Faculté des Sciences Économiques et Sociales

Thèse de Doctorat en

SCIENCES ÉCONOMIQUES

Présentée et soutenue publiquement par

Juliette ALENDA-DEMOUTIEZ

le 17 mai 2016

LES MUTUELLES DE SANTÉ DANS L'EXTENSION DE LA COUVERTURE MALADIE AU SÉNÉGAL. UNE LECTURE PAR LES CONVENTIONS ET L'ÉCONOMIE SOCIALE ET SOLIDAIRE.

Membres du jury :

M. Bruno BOIDIN, Maître de conférences/HDR, Université Lille 1, directeur de thèse.

M. Philippe BATIFOULIER, Professeur, Université Paris 13, rapporteur.

M. Hervé DEFALVARD, Maître de conférences/HDR, Université Paris-Est Marne-La-Vallée, rapporteur.

M. Fred EBOKO, Chargé de recherche 1ère Classe/HDR, Institut de Recherche pour le Développement.

Mme Florence JANY-CATRICE, Professeur, Université Lille 1.

Remerciements

Cette thèse a pu aboutir grâce aux soutiens de plusieurs personnes que je souhaite remercier.

Je tiens tout d'abord à exprimer ma reconnaissance à Bruno Boidin, qui dirige mes recherches depuis mon premier mémoire de Master 1. Ses conseils, son soutien, sa disponibilité et sa gentillesse m'ont permis de mener à son terme cette thèse, qui a été un plaisir sous sa direction.

Je remercie les membres du jury d'avoir accepté de participer à l'évaluation de mon travail : Philippe Batifoulier et Hervé Defalvard, dont le soutien lors de ma première présentation à l'AES m'a grandement encouragée pour la suite, Fred Eboko, dont les travaux ont été précieux pour éclairer mon travail de recherche, et Florence Jany-Catrice, qui m'encourage et me suit depuis le Master 2. Je suis honorée de présenter mon travail devant un tel jury.

Je remercie le laboratoire Clersé, l'école doctorale Sésam et l'université Lille 1 pour leur soutien institutionnel et pour m'avoir permis de mener ma thèse dans de bonnes conditions. J'adresse mes remerciements à l'ensemble du corps enseignant de la Faculté des Sciences Économiques et Sociales de Lille 1 et du Clersé, notamment Richard Sobel, qui m'a intéressée à l'économie lors de ma toute première année de licence et m'a appuyé dans mes projets durant le Master, Benoît Lallau, pour la motivation qu'il m'a apportée et sa bonne humeur, Michaël Zemmour et François-Xavier Devetter, pour les discussions que nous avons eues sur la protection sociale et leurs remarques lors de mes présentations aux journées des doctorants, Laurent Cordonnier, pour sa disponibilité et ses conseils lorsque nous étions un petit groupe à souhaiter partir en thèse lors du Master 1, Jean-Sébastien Lenfant, qui m'a soutenue et conseillée pour mon projet de thèse. Je remercie également Frédéric Chavy, pour son soutien inconditionnel et ses encouragements qui m'ont permis d'avancer et d'avoir confiance en moi, et Dominique Mosbah, pour avoir facilité la préparation de mes voyages de terrain.

J'adresse mes remerciements aux nombreuses personnes qui m'ont reçue et accompagnée lors de mes séjours de terrain à travers le Sénégal. Ce travail, qui les concerne en premier lieu, n'aurait pu aboutir sans eux. Ces séjours ont été intensifs mais menés de manière sereine grâce à leur accueil chaleureux, leur soutien et leur disponibilité pour m'aider à comprendre la situation des mutuelles au Sénégal. J'adresse un remerciement spécial à Massamba Sambe, pour son accompagnement dans l'ensemble de mon second séjour de terrain et pour les discussions stimulantes que nous avons eues en menant ce travail d'investigation. J'adresse ainsi ce travail aux mutualistes sénégalais et leur souhaite le meilleur pour la suite de leurs projets menés dans des conditions souvent difficiles.

Je souhaite également exprimer ma gratitude à ma famille et mes amis, doctorants comme non doctorants. Je n'en serais pas là sans l'appui inestimable de mes parents et de mes sœurs, que je souhaite rendre fiers, les relectures attentives de mon père depuis mon premier mémoire, le goût pour l'Afrique, le militantisme et le voyage que j'ai hérité d'eux. Je ne pourrai jamais assez les remercier de leur soutien et d'avoir toujours cru en moi. Je remercie mon compagnon de tous les jours, qui m'a accompagné dans les moments heureux comme difficiles, et qui est devenu mon mari durant ma thèse.

Je remercie le groupe des doctorants (et jeunes docteurs) africanistes, Lise, Pierre, Claudine, Elvire, Perrine, qui ont été de précieux compagnons de route, ainsi que Ilona, Sylvain, Claire, Jamila, François, Florian, Placide, Julie, Sarah et tous les autres doctorants du SH1 avec lesquels j'ai partagé des moments enrichissants et qui m'ont permis de m'intégrer bien que je ne sois pas souvent sur la fac. Je remercie enfin tous mes amis non doctorants, pour m'avoir changé les idées, et particulièrement Zineb, ma partenaire de travail et amie depuis notre rencontre lors de la première année de licence.

Merci à tous et à toutes.

Table des matières

Tableaux 8
Encadrés 9
Figures et schémas 11
Abréviations 12
Introduction générale 14
1. La santé : une diversité d'approches et d'acteurs 16
1.1. Les différentes approches de la santé 16
1.2. Un droit difficilement appliqué, notamment en Afrique subsaharienne 18
1.3. L'importance des acteurs extérieurs dans le développement de la santé 20
2. Le contexte spécifique de la santé en Afrique 21
2.1. Une évolution limitée de la couverture maladie et de la protection sociale 21
2.2. L'émergence des mutuelles de santé 23
3. Problématique 27
3.1. Mutuelles de santé et assurances traditionnelles 27
3.2. Des distinctions importantes entre microassurance et mutualité 29
4. Cadre théorique et méthodologie 31
4.1. Une approche institutionnaliste pour étudier la transition du système de santé sénégalais 31
4.2. Une méthodologie fondée sur plusieurs outils 33
5. Plan 34
PARTIE 1 : L'émergence des mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest et centrale. Fondements historiques, cadre d'analyse et méthodologie 39
Chapitre 1 : La couverture maladie en Afrique de l'Ouest et centrale. Une analyse historique 41
1. Une histoire de la couverture maladie en Afrique de l'Ouest et centrale 43
1.1. Les limites des premières politiques de santé après la décolonisation 43
1.2. Les conséquences néfastes du paiement direct 45
1.3. Un consensus vers l'exemption ciblée 47
1.4. Un système peu adapté au contexte africain 49
1.5. Les impacts du développement ciblant l'efficacité sous la contrainte de l'équité 51
1.5.1. La « bonne gouvernance » se diffuse 51
1.5.2. Des « bonnes pratiques » restrictives 54
2. Panorama de la couverture maladie en Afrique de l'Ouest et centrale 57
2.1. Des systèmes très diversifiés 58
2.2. La couverture du secteur formel se pérennise 60
2.3. Une extension qui cible l'économie populaire et les indigents 61

2.4. Des soins encore principalement à la charge des patients 63
3. Proposition de typologie de l'extension de la couverture maladie en Afrique de l'Ouest et centrale..... 66
3.1. La nécessité d'une typologie spécifique aux pays en développement 66
3.2. Une typologie adaptée à l'Afrique de l'Ouest et centrale..... 68
Conclusion du chapitre 1..... 72
Chapitre 2 : Les mutuelles de santé, actrices de l'ESS et potentielles sources de promotion endogène de la santé ? 75
1. Une histoire de l'ESS et des mutuelles de santé en Afrique 77
1.1. Des organisations stimulées par les effets des PAS 77
1.1.1. Des impératifs divers..... 77
1.1.2. Une remise en cause de la dualité entre l'État et le marché 78
1.2. Des mutuelles de santé créées pour les exclus des couvertures institutionnalisées au Sénégal 79
1.2.1. Un échec de l'État comme du marché 79
1.2.2. Des comités aux mutuelles de santé..... 80
1.3. La mutualité à l'heure actuelle : entre dynamisme et instrumentalisation..... 82
1.3.1. La mutualité comme alternative dans la prise en charge de la santé..... 82
1.3.2. Une instrumentalisation par la coopération internationale et les pouvoirs publics 85
1.3.3. Les mutuelles, sources potentielles de développement endogène de la santé ? 88
2. Une mise en avant de la réciprocité dans la prise en charge de la santé 91
2.1. Les visions du « non profit » et de l'économie sociale insuffisantes 91
2.2. Les apports de la vision de l'ESS..... 92
2.2.1. Une pluralité de registres..... 92
2.2.2. Une ESS traversée par les dynamiques locales 94
2.3. Comment définir les mutuelles de santé dans un cadre polanyien ? 96
2.3.1. Le cadre polanyien : revoir l'histoire de manière institutionnelle 96
2.3.2. Les mutuelles de santé dans un cadre polanyien..... 98
2.4. Les principes économiques au service d'une vision non évolutionniste 100
2.4.1. Deux visions du développement 100
2.4.2. Réencastrer l'économie par la démocratie comme fondement de l'ESS..... 102
3. D'une coordination par le risque à une coordination par l'incertitude 105
3.1. Comment se coordonner dans un univers radicalement incertain ?..... 105
3.2. Les conventions permettent de considérer le processus dynamique de la construction des règles 107
3.2.1. Des individus traversés par plusieurs systèmes de représentations donnent sens aux règles 107
3.2.2. Une pluralité de modèles de développement possibles..... 110

3.3. Le collectif au service de changements institutionnels 112
3.4. Une convention mutualiste peu adaptée ? 113
3.5. Comment concevoir la participation dans cette dynamique de construction des règles ? . 115
3.5.1. La vision instrumentale des bailleurs de fonds 115
3.5.2. Participation active ou passive ? 117
3.6. Replacer l'analyse des systèmes dans leur contexte 118
3.6.1. Une approche systémique pour comprendre l'importance du contexte 118
3.6.2. Un contexte fortement influencé par les déterminants sociaux de la santé 120
Conclusion du chapitre 2 121
Chapitre 3 : Du cadre d'analyse à la méthodologie 124
1. Démarche et matériaux 126
1.1. La revue de la littérature 126
1.2. Les entretiens semi-directifs 127
2. Les études de cas 129
2.1. Le choix des études de cas 131
3.2. La PAMECAS 133
3.3. Le GRAIM 135
3.4. Les études plus restreintes : le REMUSAC, TransVie 136
Conclusion du chapitre 3 136
PARTIE 2 : Les mutuelles dans le système de santé sénégalais : mise en évidence et analyse de la pluralité des modèles et des perceptions 138
Chapitre 4 : Les mutuelles dans la transition du système de santé. Une pluralité d'acteurs et d'approches 140
1. La transition de la couverture sénégalaise repose sur la mutualité 142
1.1. Les difficultés d'accès aux soins sur la période 1960-2000 143
1.2. Le besoin d'une transition 144
1.3. Une transition qui conserve les clivages 146
1.3.1. La mutualité devient un pilier de l'extension de la couverture maladie 146
1.3.2. Une extension séparée en deux volets 148
1.3.3. Une transition décentralisée au sein de la dynamique mutualiste 153
2. Des difficultés de coordination 155
2.1. Un large panorama d'acteurs 155
2.1.1. De l'échelon international à l'échelon local 155
2.1.2. Une matrice de l'action publique transnationale 156
2.1.3. Une hiérarchie forte entre les acteurs 160
2.2. Des difficultés de coordination … 162
2.2.1. … Entre les divers échelons de la pyramide sanitaire 162

2.2.2. … Entre les mutuelles 163
2.2.3. … Entre les acteurs externes 164
2.2.3.1. Un manque de cohérence 164
2.2.3.2. Un cadre logique restrictif 166
2.2.4. … Entre les divers acteurs dans les prises de décision 169
2.2.5. … Avec l'offre de santé 172
2.2.6. … Avec les collectivités locales 174
2.3. Le manque d'une approche systémique 176
2.3.1. La mise en avant de l'urgence de la situation de l'accès à la santé 176
2.3.2. Un compromis social face à la « bonne gouvernance » 177
2.3.3. Le DECAM, une illustration de l'absence d'approche systémique 179
3. Des visions différentes de la mutualité 180
3.1. Les mutuelles comme instruments 181
3.1.1. Une instrumentalisation par la microassurance 181
3.1.2. Une gestion des risques 182
3.2. Les mutuelles comme prestataires 184
3.2.1. La diffusion du New Public Management 184
3.2.2. Une hybridation entre les deux premières approches 185
3.3. Les mutuelles comme institutions 186
3.3.1. Une gestion collective de la santé 186
3.3.2. Vers un dépassement des visions précédentes ? 187
3.4. Des différences de visions qui influent sur l'extension de la santé et la coordination des acteurs 189
3.4.1. Des nuances au sein de mêmes groupes d'acteurs 189
3.4.2. Des rapports de force entre les acteurs 191
Conclusion du chapitre 4 192
Chapitre 5 : Étude des forces et faiblesses des mutuelles communautaires dans l'objectif d'une extension de la couverture maladie 194
1. Une convention mutualiste peu adaptée 196
1.1. De la convention à la contractualisation 196
1.1.1. Un fonctionnement uniforme 196
1.1.2. Une comparaison systématique avec le Ghana et le Rwanda : des « success stories » à relativiser 199
2. L'importance des spécificités locales 202
2.1. La nécessité d'un processus réellement inclusif 204
2.2. La prévoyance est peu comprise 207
2.3. Les déterminants locaux du succès d'une mutuelle 209

2.3.1. Des spécificités sociales, culturelles, géographiques, etc. 209
2.3.2. Des inégalités fortes de l'offre de santé 211
3. Des différences de représentation au sein des mutuelles 214
3.1. Une démocratie interne plus ou moins forte 214
3.1.1. Les valeurs comme fils conducteurs 214
3.1.2. Une application difficile 218
3.2. Les difficultés de créer une identité collective 221
3.2.1. Des visions très diverses de la mutualité 221
3.2.2. Des mutuelles communautaires basées sur des communautés déjà fortes 223
3.3. Créer des mutuelles « par le haut » ou « par le bas » ? 225
4. De multiples déterminants internes et externes 229
4.1. Un potentiel à la fois économique et social 229
4.1.1. La proximité face à la contractualisation pour gérer la diversité des cas 229
4.1.2. Les mutuelles plus à même de fixer leur cotisations 231
4.1.2.1. La proximité et la base sociale pour fixer les cotisations 231
4.1.2.2. Augmenter la taille pour diminuer le risque ? 235
4.1.3. Coupler les diverses organisations de l'ESS pour une meilleure prise en compte des déterminants sociaux de la santé 239
4.2. Des difficultés techniques, institutionnelles et sociales 241
4.2.1. Des obstacles internes 241
4.2.1.1. Un fort manque de moyens 241
4.2.1.2. Le problème du recouvrement des coûts 242
4.2.1.3. Une sensibilisation à améliorer 244
4.2.2. Des obstacles institutionnels et sociétaux 245
4.2.2.1. Le bénévolat en question 245
4.2.2.2. Des liens complexes avec l'offre de santé 248
4.2.2.3. Des pressions externes importantes 250
Conclusion du chapitre 5 251
PARTIE 3 : Les conditions d'une transition réussie 254
Chapitre 6 : Quel apport des expériences novatrices pour une meilleure prise en charge du plus grand nombre ? 256
1. Diverses formes de mutuelles cohabitent sur le territoire 259
1.1. Quelles sont les implications du couplage avec le microcrédit ? 259
1.1.1. Potentiel et limites 259
1.1.2. Étude d'un cas précurseur dans ce couplage : la MS-PAMECAS 262
1.1.2.1. Un réseau solide 262
1.1.2.2. Un fonctionnement démocratique limité 264

1.2. Les unions et fédérations de mutuelles : un rassemblement démocratique ou mécanique ? 267
1.2.1. Se regrouper pour plus de poids 267
1.2.2. Une légitimité à construire 269
1.2.3. Aller plus loin que la prise en charge directe de la santé 272
1.2.4. L'uniformisation au sein des unions 273
1.3. Les mutuelles aux cibles très spécifiques 275
1.4. Les mutuelles professionnelles 277
1.4.1. Se baser sur des corps de métier ? 277
1.4.2. L'exemple de la mutuelle TransVie : une approche entrepreneuriale 278
2. Des expériences novatrices au sein des mutuelles de santé communautaire 280
2.1. Se baser sur le genre pour mieux appréhender la structure de la société 281
2.2. Une gestion décentralisée pour améliorer le recouvrement des coûts 282
2.3. Les activités annexes : du microcrédit aux activités génératrices de revenus 284
2.4. Les mécanismes de garantie sont-ils adaptables aux mutuelles communautaires ? 285
2.4.1. Assurance, coassurance, réassurance 285
2.4.2. Des garanties à divers niveaux d'après les expériences observées 287
2.5. La prise en charge ambiguë des indigents 288
2.6. Les adhésions groupées : apport de valeurs ou massification des mutuelles ? 291
3. L'évolution des mutuelles au Sénégal : convergence ou divergence ? 294
3.1. Typologies générales et premières applications au cas du Sénégal 294
3.2. Proposition d'une typologie adaptée aux mutuelles et à l'ESS 297
3.2.1. Le principe : mettre en évidence les tensions entre assurance et mutualité 297
3.2.2. Notre typologie, basée sur la réciprocité et l'hétérogénéité 299
Conclusion du chapitre 6 303
Chapitre 7 : Les mutuelles de santé peuvent-elles devenir une réelle alternative dans le développement de la couverture maladie ? 305
1. Mutualité et techniques assurantielles 307
1.1. Les exigences de performance sont mises en avant 307
1.2. Les difficultés des techniques assurantielles 308
1.3. Deux tendances pour l'avenir des mutuelles communautaires de santé 310
2. La nécessité de faire évoluer la convention mutualiste 312
2.1. La légitimité des mutuelles de santé 313
2.1.1. Une adaptation des règles dans une logique de compromis 313
2.1.2. Les difficultés des mutuelles à fournir la capacité aux membres d'influer sur les règles 316
2.2. L'importance des déterminants sociaux de la santé 318

2.3. Se coordonner pour lutter contre les déterminants sociaux et proposer des développements alternatifs 320
3. Le rôle de l'État et de la décentralisation 322
3.1. De multiples canaux de participation de l'État 323
3.2. Le DECAM, formalisation forte de la convention mutualiste, ne permet pas la mise en avant de la capacité des membres à faire évoluer les mutuelles 325
3.3. Un manque de compréhension des dynamiques sociales 327
3.4. Des investissements encore insuffisants par rapport aux objectifs du Ministère de la Santé 328
4. Perspectives de ces enseignements sur le système de santé sénégalais 332
4.1. Des débats nombreux sur la forme du système de santé 332
4.1.1. Les mutuelles, modèle universel ou relatif ? 332
4.1.2. L'obligation 336
4.1.3. La gratuité 338
4.2. Repenser la santé communautaire 342
4.2.1. Repenser les inégalités sociales de santé 342
4.2.2. Repenser le rôle des acteurs dans un schéma plus horizontal 343
Conclusion du chapitre 7 348
Conclusion générale 350
Bibliographie 360
Annexes 392
ANNEXE 1 : Présentation de quelques associations 393
ANNEXE 2 : Classement des couvertures maladies dans 23 pays d'Afrique de l'Ouest et centrale 395
ANNEXE 3 : Entretiens réalisés de 2013 à 2015 402
ANNEXE 4 : Grille d'entretien semi-directif 405
ANNEXE 5 : Les caisses du réseau MS-PAMECAS 409
ANNEXE 6 : Grille d'entretien des études de cas 410
ANNEXE 7 : La mise en place des PAS au Sénégal 413
ANNEXE 8 : La diversité des acteurs partenaires des mutuelles de santé au Sénégal 415
ANNEXE 9 : Cadre logique de la CMU 417
ANNEXE 10 : Exemple de carnet d'adhérent (MS-PAMECAS) 420
Glossaire 423
Résumé 427

Tableaux

Tableau 1 : Les principaux types de couverture maladie 58
Tableau 2 : Caractéristiques des organisations de protection sociale 59
Tableau 3 : Les dépenses de santé entre 2000 et 2013 64
Tableau 4 : Typologie adaptée (par la forme de l'extension de la couverture et la prise en charge des soins) 69
Tableau 5 : Consensus entre les acteurs de la coopération internationale et les gouvernements concernant la santé depuis les années 1950 74
Tableau 6 : Evolution du nombre de mutuelles par région 84
Tableau 7 : Trois approches du développement 89
Tableau 8 : Cadre conceptuel 122
Tableau 9 : Le système de santé en 2007 au Sénégal 149
Tableau 10 : Estimation du montant des dépenses de soins payées par des tiers en 2004 150
Tableau 11 : Action publique pour les mutuelles de santé 159
Tableau 12 : Répartition des structures sanitaires en 2008 212
Tableau 13 : Ratio population par structure sanitaire en 2008 213
Tableau 14 : Disposition à payer 232
Tableau 15: Soldes positifs au sein de la mutuelle de Fandène 234
Tableau 16 : Nombre moyen des membres et des bénéficiaires selon la performance de la mutuelle 236
Tableau 17 : Prime à payer pour chaque mutuelle selon un taux de couverture de la population cible de 25%, 50%, et 80% 237
Tableau 18 : Grille pour situer les systèmes financiers de mutualisation des risques maladie 295
Tableau 19 : Les principales caractéristiques des modèles gérés par les membres et par le prestataire 295
Tableau 20 : Cadre de dépenses à moyen terme 330

Encadrés

Encadré 1 : Les théories du rattrapage 100
Encadré 2 : Mutuelles communautaires et ESS au Sénégal : le point de vue exprimé par les acteurs 103
Encadré 3 : Présentation générale du Sénégal..... 130
Encadré 4 : Acteurs et institutions de la matrice de l'action publique en Afrique 157
Encadré 5 : Des problèmes de représentations 164
Encadré 6 : Un manque de cohérence 165
Encadré 7 : Les difficultés de la décentralisation 171
Encadré 8 : Les liens de confiance entre les mutuelles et les structures de soins..... 173
Encadré 9 : Des liens politiques entre les mutuelles et les mairies 175
Encadré 10 : L'urgence dans l'accès à la santé passe au premier plan 176
Encadré 11 : Des liens ambigües entre les mutuelles et le DECAM 179
Encadré 12 : Un modèle désormais imposé par les acteurs du haut 198
Encadré 13 : Les exemples des processus participatifs de création des mutuelles du REMUSAC et de la mutuelle de Fandène 206
Encadré 14 : Les obligations sociales plus importantes que les obligations légales 208
Encadré 15 : Des inégalités diverses dont la santé dépend 210
Encadré 16 : La base sociale des mutuelles communautaires : le besoin d'une identité commune entre les membres 215
Encadré 17 : Fixation des cotisations et services en Assemblée générale dans les mutuelles du GRAIM 217
Encadré 18 : un exemple de CA au sein de la mutuelle And Faju 217
Encadré 19 : Un décalage entre les mutualistes et les besoins des populations..... 219
Encadré 20 : Des problèmes de gestion réglés de manière collective 220
Encadré 21 : Le registre de l'intérêt avant la solidarité 223
Encadré 22 : Les différences entre milieu urbain et milieu rural 224
Encadré 23 : Les difficultés de se baser sur des petites communautés 225
Encadré 24 : « Top down » vs « bottom up »..... 226
Encadré 25 : Étude des comptes de la mutuelle de Fandène 234
Encadré 26 : La massification des mutuelles et ses limites..... 238
Encadré 27 : Même avec une base sociale forte, le recouvrement des coûts est complexe 242
Encadré 28 : La famille comme canal d'information courant 245
Encadré 29 : L'engagement avant tout pour certains dirigeants..... 246
Encadré 30 : Un manque d'adéquation des formations 247
Encadré 31 : Les difficultés pour se rapprocher des structures proposant une médecine allopathique 249
Encadré 32 : L'apport d'une base d'adhérents déjà constituée 262
Encadré 33 : Le cas particulier de la PAMECAS en ce qui concerne l'organisation démocratique..... 264
Encadré 34 : La protection de la santé considérée comme un produit 266
Encadré 35 : La mise en avant de la recherche au GRAIM..... 268
Encadré 36 : L'exemple de la création du GRAIM : un processus impulsé par les mutualistes..... 270
Encadré 37 : Un manque de clarté entre les divers structures, l'exemple de Thiès..... 272
Encadré 38 : Au GRAIM, une harmonisation progressive pour améliorer les liens avec l'offre de soins 274
Encadré 39 : Des mutuelles basées sur des corps de métiers ?..... 277
Encadré 40 : La vision entrepreneuriale de TransVie..... 280

Encadré 41 : L'importance d'une approche genrée 282
Encadré 42 : Une massification décentralisée 283
Encadré 43 : S'appuyer sur l'école ? 292
Encadré 44 : Une piste d'adhésion groupée 293
Encadré 45 : S'organiser, de l'échelle du quartier à l'échelle internationale 321
Encadré 46 : Pas de modèle clé en main 334
Encadré 47 : Les divers points de vue sur l'obligation 336
Encadré 48 : Mettre en avant la gratuité pour se rapprocher des préoccupations des populations . 339

Figures et schémas

Figure 1 : Le prix de la santé 15
Figure 2 : Études de cas réalisées sur le territoire sénégalais 130

Schéma 1 : Un développement endogène de la santé 90
Schéma 2 : Les notions d'économie sociale et solidaire 94
Schéma 3 : Les deux volets de l'extension de l'assurance maladie au Sénégal 152
Schéma 4 : Mise en oeuvre de la phase pilote du projet de mutualisation du risque maladie dans le cadre de la décentralisation (DECAM) 154
Schéma 5 : Schéma de la matrice de l'action publique en Afrique 157
Schéma 6 : les expériences novatrices au sein de la mutualité sénégalaise 258
Schéma 7 : Divergences entre mutualité et assurance 298
Schéma 8 : Typologie des mutuelles sénégalaises 300

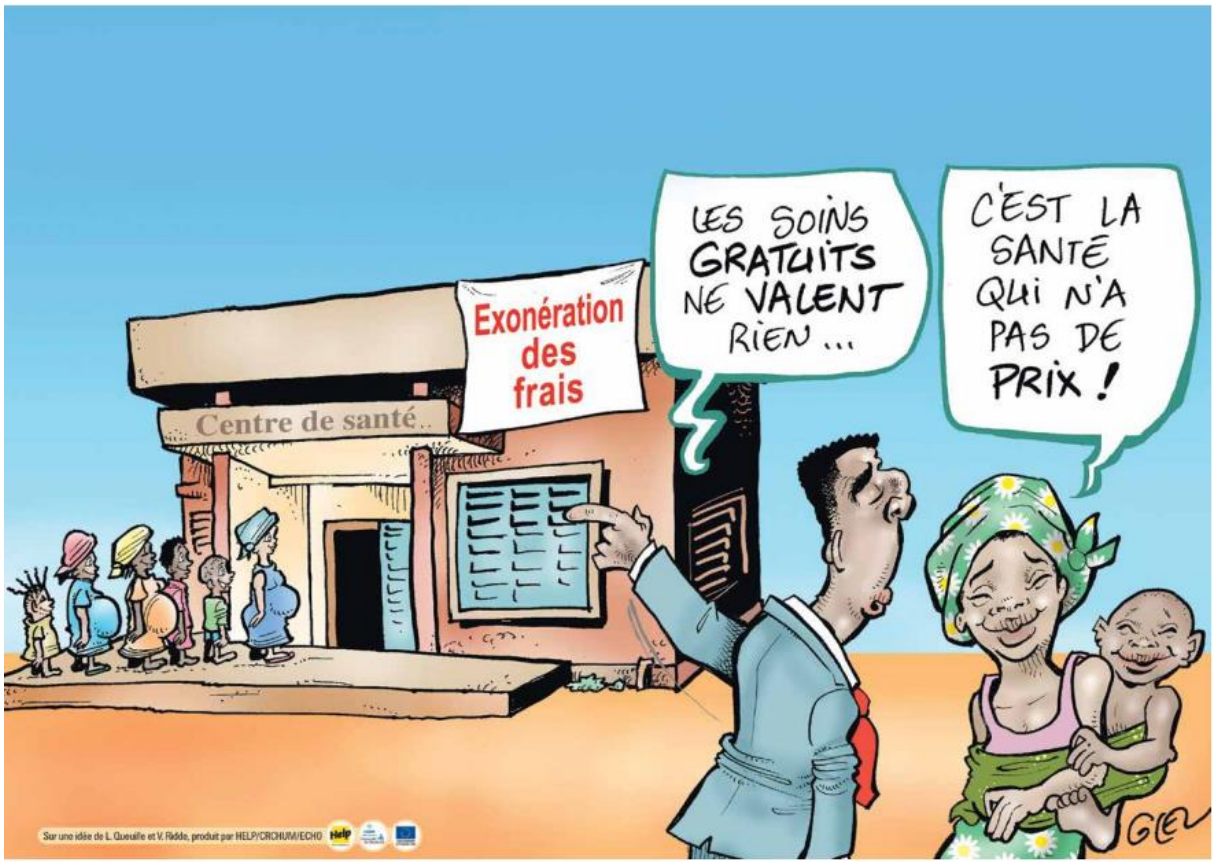
Abréviations

ACMU	Agence de la CMU
ADECRI	Agence pour le développement et la coordination des relations internationales
AFD	Agence Française de Développement
ANSD	Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie
BIT	Bureau International du Travail
CACMU	Cellule d'Appui à la CMU
CAFSP	Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat
CAMICS	Cellule d'Appui aux Mutuelles, IPM et Comités de Santé
CIDR	Centre International de Développement et de Recherche
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNC	Cadre National de Concertation
CTB	Coopération Technique Belge
DECAM	Projet de mutualisation du risque maladie dans le cadre de la décentralisation
DGPSN	Délégation Générale à la Protection Sociale et à la Solidarité Nationale
DMHI	District Mutual health Insurance
ESS	Économie Sociale et Solidaire
FMI	Fonds Monétaire International
GIE	Groupement d'Intérêt Économique
GIZ/GTZ	Coopération technique allemande
GPF	Groupement de Promotion Féminine
GRAIM	Groupe de Recherche et d'Appui aux Initiatives mutualistes
IDH	Indice de Développement Humain
INPS	Institut National de Prévoyance Sociale
IPM	Institut de Prévoyance Maladie
IRD	Institut de Recherche pour le Développement
NHIS	National Health Insurance Scheme
OIT	Organisation Internationale du Travail
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONGD	Organisation Non Gouvernementale pour le Développement
ONU	Organisation des Nations Unies
PAMAS	Programme d'Appui au Développement de la Micro-Assurance Santé
PAMECAS	Partenariat pour la Mobilisation de l'Epargne et du Crédit Au Sénégal
PAS	Programmes d'Ajustement Structurel
PBF	Performant-Based Financement
PCA	Président du Conseil d'administration
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PROMUSAF	Programme d'Appui aux Mutuelles de Santé en Afrique Subsaharienne
RIPESS	Réseau Intercontinental pour la Promotion de l'Économie Sociale et Solidaire
UEMOA	Union Économique et Monétaire des pays Ouest-Africains

UMSD	Union des Mutuelles de Santé de Dakar
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
URMS	Union Régionale des Mutuelles de Santé
URMUSAD	Union régionale des mutuelles de santé de Diourbel
USAID	Agence des États-Unis pour le Développement International

Introduction générale

Figure 1 : Le prix de la santé



Source : Queuille L. Ridde V. Glez D. (eds.). Financement et accès aux soins en Afrique de l'Ouest - Empirique et satirique. Ouagadougou : CRCHUM/HELP e.V./ECHO ; 2014.

« La santé n'a pas de prix ». Cette expression est revenue de nombreuses fois lors de notre recherche et de nos voyages de terrain. « Mais elle a un coût », rétorquerons d'autres. Droit, bien public, bien commun, la santé est vue de diverses manières selon les acteurs (droit humain pour l'ONU, bien public pour la Banque mondiale par exemple). Il existe de sérieuses controverses entre l'économie *mainstream* d'un côté et hétérodoxe de l'autre. La protection sociale de la santé a ainsi évolué. Plutôt qu'un élément de la demande, elle est considérée comme un coût, au sein de l'économie *mainstream*. Dans cette optique, ce coût est certes nécessaire afin d'accumuler du capital humain, mais il faut le réduire au maximum dans un souci d'efficience, de rentabilité. **Diverses théories et conceptions se croisent afin d'expliciter la santé et sa protection, ce qui débouche sur des modes de régulation divers**. Ces derniers résultent des interactions entre les acteurs de la santé qui ont des visions propres et n'ont pas tous le même pouvoir au sein de ces modes de régulation. Des conceptualisations différentes débouchent sur des opérationnalisations différentes en termes de politiques de santé, de financement, d'organisation du système (Kutzin, 2013). Notre approche prend place dans l'économie hétérodoxe, à travers une économie politique de la santé et du développement, qui redonne une place primordiale à la mise en contexte des études menées et au rôle de critères autres que le seul calcul économique.

Au cours de cette introduction générale, nous revenons tout d'abord (section 1) sur les diverses approches de la santé, pour nous situer plus finement au sein de cette économie politique de la santé, et sur les acteurs impliqués dans le contexte de l'Afrique, qui continue d'avoir des indicateurs de santé parmi les plus faibles dans le monde. Nous nous plaçons (section 2) dans le contexte particulier en Afrique de l'Ouest et centrale, à travers une analyse de l'évolution de la protection sociale dans ces pays et de l'émergence des mutuelles de santé. Nous présentons ensuite notre problématique (section 3), centrée sur le potentiel des mutuelles de santé au Sénégal, puis (section 4) notre cadre institutionnel et la méthodologie que nous utiliserons afin de répondre aux questions posées. Enfin (section 5), nous préciserons notre plan.

1. La santé : une diversité d'approches et d'acteurs

1.1. Les différentes approches de la santé

Les approches de la santé sont multiples : éthique (droit humain, bien commun) ; économique (bien public). La santé comme droit humain ou comme bien commun implique théoriquement que l'éthique est mise en avant par rapport aux considérations économiques. Dans le cadre des droits humains essentiels, l'accès à la santé, la protection des individus, sont des droits prioritaires. Dans la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948, deux articles insistent sur la vision de l'accès à la santé comme un **droit imprescriptible** :

- Article 22 : *Toute personne, en tant que membre de la société, a droit à la sécurité sociale ; elle est fondée à obtenir la satisfaction des droits économiques, sociaux et culturels indispensables à sa dignité et au libre développement de sa personnalité, grâce à l'effort national et à la coopération internationale, compte tenu de l'organisation et des ressources de chaque pays.*
- Article 25 : *1. Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté.*

La déclaration d'Alma-Ata (1978)[1], conférence internationale qui a marqué le développement à partir de la fin des années 1970 en centrant l'accès aux soins sur le niveau primaire, partage cette vision de droit fondamental : « I. *La Conférence réaffirme avec force que la santé, qui est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité, est un droit fondamental de l'être humain, et que l'accession au niveau de santé le plus élevé possible est un objectif social extrêmement important qui intéresse le monde entier et suppose la participation de nombreux secteurs socioéconomiques autres que celui de la santé* » (Déclaration d'Alma-Ata, 1978, p1).

L'approche par les biens communs insiste sur la gestion collective de la santé, à l'échelle mondiale. **La justice sociale, l'intérêt général, les valeurs** traversent la gestion de ces ressources communes inaliénables (Boidin, 2014, p21), comme nous le confirmerons par la suite dans ce travail de recherche. Cette approche éthique de la santé est en opposition avec la dominante économique de l'approche des biens publics. Ces derniers possèdent deux caractéristiques qui justifient leur gestion par l'État : la non rivalité, la consommation d'une personne ne diminue pas l'utilité du bien pour les autres ; la non exclusivité, dans la mesure où réserver ce bien à certains consommateurs aboutirait à un coût très élevé (Samuelson, 1954). C'est pourquoi la maîtrise des coûts est fondamentale dans cette approche, à travers la maximisation du calcul « coût-efficacité ». Nous verrons par la suite les diverses utilisations et implications de ces approches, souvent l'objet d'amalgames, dans la promotion de la santé en Afrique.

[1] Disponible à cette adresse : http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/ (consulté le 11/01/2016).

« *C'est bien parce que la santé a de la valeur qu'elle n'a pas de prix* » (Batifoulier, 2011, p 34). Cette assertion résume notre positionnement de départ par rapport à ce prisme de visions. Face à la domination du calcul économique concernant l'accès la santé, qui fait évoluer le secteur vers la marchandisation, nous nous positionnons dans une approché éthique de la santé. Si, comme nous le verrons pas la suite, la frontière n'est pas imperméable, le calcul économique étant nécessaire afin de guider les prises de décisions, la santé ne se réduit pas à cela. « *En tant que composante essentielle du bien-être individuel et collectif, la santé a une valeur intrinsèque. A la fois fin et ressource, la santé et les incapacités liées à la maladie influencent les trajectoires économiques et sociales des individus. Elle définit en grande partie les opportunités et la liberté de chacun de mener sa vie et d'accomplir des choses qui ont de la valeur pour nous* » (Euzéby, Fargeon, 2011, p 149). Face aux modèles désincarnés de l'économie *mainstream*, nous opposons dans ce travail le fait que la santé est un fait social, qui enchevêtre des dimensions, des valeurs diverses (économiques, sociales, culturelles, etc.) (Batifoulier, Domin, 2015). La demande de soin résulte d'une vulnérabilité face à la maladie et non d'un désir opportuniste. La santé, tout comme les besoins, ne sont pas des données naturelles, mais des construits sociaux. Les besoins de santé dépendent du contexte social, politique, économique, historique, des conceptions de justice et d'éthique (McCaster, Batifoulier, Domin, 2015).

1.2. Un droit difficilement appliqué, notamment en Afrique subsaharienne

Le droit d'accès à une Sécurité sociale, universel, est pourtant loin d'être universellement respecté. D'après le rapport sur la protection sociale dans le monde 2014/2015 de l'OIT (ILO, 2014), 27% de la population dans le monde a accès à des couvertures complètes provenant de systèmes de sécurité sociale divers. **Dans les pays à faible revenu, plus de 90% de la population ne bénéficie d'aucune couverture.** L'assainissement budgétaire, depuis déjà longtemps imposé dans les pays africains, s'impose à tous depuis le début de la crise économique. Toujours d'après l'OIT, en 2014, 122 pays, dont 82 en développement, ont réduit leurs dépenses publiques. Environ 40% des dépenses mondiales de santé proviennent du paiement direct des ménages. Les réformes des assurances maladies font ainsi beaucoup parler d'elles, dans les pays occidentaux comme dans les pays à faibles revenus, et dans le cas présent en Afrique, bien que leur évolution diffère. D'une superficie de 30 221 532 km2 en incluant les îles, l'Afrique est un continent couvrant 6 % de la surface terrestre, avec une population de plus d'1 milliard habitants en 2012. L'Afrique comprend 49 pays en incluant Madagascar, et 54 en incluant tous les archipels. Dans ces pays, aux caractéristiques et aux ressources extrêmement variées, des dizaines de milliers de personnes, principalement les enfants, continuent de mourir chaque année du fait des conflits, de la pauvreté, de la famine, et surtout des maladies.

L'année 2015 a marqué la fin du programme des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD, qui sont désormais remplacés par les Objectifs de Développement Durable dont l'échéance est 2030). Bien que les avancées aient été importantes en Afrique subsaharienne par rapport aux objectifs concernant la santé, ceux-ci n'ont pu être atteints dans l'ensemble (excepté pour l'objectif concernant le VIH/sida). Le taux de mortalité maternelle et celui des enfants de moins de 5 ans restent les plus élevés au monde (Nations Unies, 2014). Les inégalités de santé sont fortes entre les pays et au sein des pays. En 2010, 48,5% de la population d'Afrique subsaharienne vivait avec moins de 1,25 dollars par jour d'après les estimations de la Banque Mondiale[2] et 66% de l'emploi non agricole était informel en 2012 (BIT, 2013). Les difficultés des pays de cette région sont accentuées par la crise de 2008 ainsi que les crises alimentaires et énergétiques qui l'ont accompagnée, comme au Sénégal. Dans le pays, entre 2005 et 2010, le nombre absolu de pauvres a augmenté de 10,1%, les inégalités perdurent entre zones rurales et urbaines, ce qui complique la mise en place de politiques destinées à améliorer l'accès aux soins pour l'ensemble de la population (EMAP, 2013).

Notre étude touche des défis et des enjeux qui concernent toute l'Afrique. Cependant la zone en elle-même a été restreinte, du fait du nombre important de pays sur ce continent, et donc de la difficulté de trouver l'ensemble des données requises. Une première scission vient du fait que le champ de l'étude porte sur l'Afrique subsaharienne (au sens large, la moitié seulement de la Mauritanie par exemple étant subsaharienne), l'Afrique du Nord ayant des caractéristiques fondamentales différentes, au niveau économique, institutionnel et surtout de la santé. Ces pays sont bien moins touchés par les grandes maladies, et ne sont pas emprisonnés dans une trappe à pauvreté touchant la santé et le développement telle que celle que connaissent les pays d'Afrique subsaharienne. L'Indice de Développement Humain (IDH) a bien mieux évolué dans cette zone, au contraire de l'Afrique subsaharienne qui stagne à des niveaux bien plus bas (Nations Unies, 2011). L'Afrique de l'Ouest et centrale, qui sera étudiée plus profondément, regroupe en soi 23 pays[3], très diversifiés du point de vue culturel et historique, avec des pays francophones, anglophones, etc. Le poids de la colonisation est en effet à prendre en compte pour expliquer les organisations institutionnelles et de santé d'aujourd'hui. Les caractéristiques de ces pays sont également très diverses économiquement, politiquement, ou au niveau des ressources. Une telle zone permet de considérer des systèmes de couverture maladie très différents, et d'avoir une vision complète de

[2] Disponibles à cette adresse : http://donnees.banquemondiale.org/theme/pauvrete (consulté le 11 janvier 2016).

[3] Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Cap-Vert, Congo, Côte d'Ivoire, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Libéria, Mali, Mauritanie, Niger, Nigéria, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sénégal, Sierra Leone, Tchad, Togo. Sao Tomé-et-Principe n'est pas inclus, en effet le Cap-Vert nous fournis déjà l'exemple d'une île isolée du continent, et n'est pas indispensable pour cette étude, bien que comme les autres pays africains non cités, les enjeux de la santé revêtent la même importance.

la situation en Afrique avec un échantillon réduit, mais tout de même assez important pour prendre en compte l'ensemble des défis et enjeux de la santé sur ce continent.

1.3. L'importance des acteurs extérieurs dans le développement de la santé

Les régimes actuels de couverture en Afrique de l'Ouest et centrale ne couvrent qu'une petite partie de la population, constituée des salariés ayant la capacité de payer leurs cotisations, de se soigner, et d'accéder plus facilement aux infrastructures de santé (principalement urbaines). Des systèmes de couverture maladie existent depuis les années 1950 dans les pays d'Afrique de l'Ouest et centrale, se basant sur les modèles occidentaux, protégeant la population travaillant dans le secteur formel uniquement (même si le secteur formel lui-même rencontre des difficultés d'accès avec ces systèmes), c'est-à-dire les fonctionnaires et les salariés du secteur privé. Le paiement direct est venu en force à partir des années 1980. En Afrique subsaharienne, encore 40% à 70% des dépenses de santé totales sont prises en charges par les ménages (Diop, Ba, 2010). Mais depuis une décennie, **le discours de ces pays comme des institutions internationales s'est déplacé du paiement direct vers le prépaiement**, pour assurer la pérennité du système et étendre l'accès aux soins.

L'histoire des pays d'Afrique de l'Ouest et centrale et de la structure du marché du travail n'a pas créé un contexte actuel propice aux types de régimes existants en occident. En effet, l'émergence des couvertures existant aujourd'hui provient de l'impulsion de la colonisation puis de modèles extérieurs de développements spécifiques appliqués, et non d'une longue évolution par une interaction interne entre différents acteurs. Les spécificités africaines sont peu prises en compte dans la mise en place de tels projets par les institutions de la coopération internationale (les institutions financières internationales notamment) encore à l'heure actuelle. Les politiques soutenues par ces institutions montrent un grand décalage avec les structures socioéconomiques locales. Les acteurs impliqués dans le développement de la santé dans ces pays sont nombreux, ce qui complique leur coordination dans le but d'étendre la couverture maladie. Aux côtés des pouvoirs publics centraux et décentralisés, de l'offre de santé, de la population se trouvent un prisme très large d'acteurs internationaux. Ceux-ci peuvent être de plusieurs natures :

- Les institutions financières internationales (FMI –Fonds Monétaire International-, Banque mondiale)
- Les agences de coopération bi/multilatérales, autres que les institutions financières (pays donateurs, Nations Unies)
- Les ONG (Organisations Non Gouvernementales), qui peuvent concerner l'humanitaire ou le développement et agissent dans plusieurs pays ou au niveau mondial (Enda Graf

Sahel, Programme d'Appui aux Mutuelles de Santé en Afrique Subsaharienne – PROMUSAF–, par exemple[4], situées en Afrique). Les Associations de solidarité internationale (telles qu'Oxfam) sont des ONG du Nord travaillant avec des partenaires dans les pays du Sud. Les ONG internationales, possèdent des enjeux plus globaux (Amnistie international par exemple).

Nous rassemblerons parfois ces divers acteurs sous le terme de « coopération internationale » lorsque nous aurons besoin de qualifier un objet spécifique (documentation de la coopération internationale par exemple), ou lorsque des éléments communs justifient de rassembler ces divers acteurs sous une même appellation. Toutefois les différences de visions concernant la santé, sa régulation, sont grandes, les acteurs internationaux sont hétérogènes dans leur forme, dans leurs possibilités comme dans leur vision. Il sera ainsi important de distinguer les discours et les valeurs propres à chacun concernant la mutualité. Le terme de coopération peut revêtir diverses significations selon la forme que l'on souhaite donner à celle-ci : imposer, coproduire, etc. Trois grands types de coopération se retrouvent : l'aide internationale, dans une logique d'urgence, une approche philanthropique ; la coopération, dans le sens d'une logique de support au développement, d'une approche de justice sociale ; la solidarité, fondée sur une logique d'échange, une approche de justice sociale et de réciprocité (Favreau, 2003). Les actions menées par ces acteurs peuvent être de l'ordre de l'appui technique, de l'appui financier, de l'apprentissage. Les bailleurs de fonds, au sommet de la hiérarchie (institutions financières internationale, coopération bi/multilatérale), sont les institutions possédant les moyens financiers permettant aux plus petits organismes de pouvoir fonctionner et diffusent ainsi un paradigme dominant dans le monde du développement, comme nous le développerons au cours de notre propos.

2. Le contexte spécifique de la santé en Afrique

2.1. Une évolution limitée de la couverture maladie et de la protection sociale

Afin de surmonter les défis de la santé en Afrique de l'Ouest et centrale, les formes de couvertures évoluent et coexistent, la transition des systèmes de santé s'installe depuis le début des années 2000. Les formes de couverture peuvent se classer en 4 types principaux (Wang et al., 2010). Les couvertures maladies légales et obligatoires contiennent la **couverture nationale**, financée par imposition et gérée par le système public, et interviendra surtout ici pour le secteur

[4] Ces deux associations, ainsi que quelques autres, seront évoquées plusieurs fois dans ce travail. Nous les présentons en annexe (ANNEXE 1).

formel public. La **couverture maladie sociale** est financée par cotisations des salariés et de l'employeur. La gestion et une partie des soins sont prises en charge par un organisme indépendant juridiquement de l'État, comme la Sécurité Sociale par exemple. D'un autre côté les couvertures volontaires regroupent les **assurances privées lucratives**, ainsi que les mutuelles de santé non **lucratives**, financées par de faibles cotisations et gérées par des organismes indépendants, locaux ou extérieurs, très variés, et d'entreprises.

Que ce soit dans les pays du nord ou ceux du sud, des nouveaux modèles de protection sociale sont promus. La solidarité élargie des systèmes de protection sociale, dans une conception égalitaire, laisse la place à une solidarité résiduelle basée sur l'équité, c'est-à-dire la régulation de la pauvreté en la maintenant dans les limites de la soutenabilité sociale. **La technique assurantielle prend de plus en plus le pas sur la dimension sociétale de la protection sociale**. Selon ceux qui la promeuvent, elle doit se baser, pour plus d'efficacité, sur les risques, définis positivement (concernant ceux qui peuvent être des champs potentiels d'investissement) ou négativement (chômage, pauvreté) (Théret, 2011). Le terme « d'assurance maladie » se généralise, alors que celui-ci peut être lourd de sens, en restreignant les potentielles formes de couverture maladie à l'assurance, censée être plus efficace, dans la lignée des approches « principal/agent ». La responsabilité individuelle y est mise en avant. L'assurance peut tendre vers deux pôles : le premier est l'assurance privée, lucrative, elle nécessite de quantifier le risque au plus juste pour faire varier les cotisations individuelles et exerce dans un contexte concurrentiel ; le second est l'assurance sociale, qui implique une redistribution entre les âges, les revenus, et conceptualise des risques sociaux, qui ne peuvent être pris en compte par l'assurance privée car ils sont mal définis (Blanchet, 1996). D'autres logiques existent cependant, comme dans le cas des mutuelles communautaires de santé au Sénégal qui se basent sur l'égalité des cotisations et des prestations offertes, quels que soient les revenus, la fréquence des risques étant entendue de manière plutôt collective. Bien que ces mécanismes ne soient pas pris en compte dans la définition de la protection sociale[5] (Annycke, 2008), divers domaines de la vie sociale peuvent aussi constituer des sources de protection sociale de la santé, telles que les transferts financiers ou les initiatives diverses informelles. C'est pourquoi, au cours de notre travail, nous privilégierons le terme de « couverture maladie » plutôt que « d'assurance maladie ».

Bruno Lautier (2012) opposait deux approches de la protection sociale, l'une par les risques, les droits de propriété, l'autre par les droits sociaux. Une optique de protection sociale

[5] La définition du manuel du Système européen de statistiques intégrées de la protection sociale, sur laquelle s'appuie le BIT, est la suivante : « La protection sociale est toute intervention d'organismes publics ou privés destinée à alléger la charge que représente certains risques ou besoins pour les ménages et les particuliers à condition qu'elle n'ait pas de contrepartie et ne relève pas de dispositions personnelles. »

fondée sur les risques ne prend pas en compte le caractère collectif de l'origine des risques et de la façon de se couvrir. Dans ce cas, le marché est le niveau de recours privilégié contre les risques sociaux, puis l'État. Ce qui distingue les droits sociaux des droits de propriété dans ce cadre est restreint à leur objet et à un indice d'efficacité. Dans une optique par les droits sociaux de la protection sociale, à laquelle nous souscrivons, les droits sont : collectifs, ils concernent la mise en commun de ressources qui permettent de se garantir ; revendiqués, avec des conditions d'accès, contrairement aux droits de propriété ; définis dans la sphère politique, produits par les compromis, les rapports de force, les conventions. La légitimité de la conception de la protection sociale se fonde dans cette sphère politique, opposant une vision individuelle et une vision collective. Nous rejoignons ainsi la définition de la protection sociale telle que proposée par Robert Vuarin dans son étude des systèmes africains de protection sociale : « *la protection sociale est, de la manière la plus immédiate ou la plus élémentaire, un mécanisme de transfert de ressources d'un individu à un autre. Cette relation sociale n'est pas seulement partage d'une richesse, mais aussi d'une dette en circulation au sein d'un collectif commun, affirmation d'une identité partagée et confirmation des positions sociales respectives. Agrégées, ces relations élémentaires sont aussi un moment ou un mode selon lequel se manifestent l'architecture sociale, les valeurs qui la légitiment et les rapports de pouvoir entre groupes. Elles constituent un des principaux canaux des transferts économiques, toujours étroitement articulés à la culture* » (Vuarin, 2000, p 42). **Les systèmes de protection sociale sont, dans notre approche, des compromis institutionnalisés qui participent à la cohésion sociale**, quelle que soit l'échelle de cette protection sociale. Ils sont, avant d'être une solution technique, des constructions sociales et culturelles qui impliquent des valeurs, des règles afin de donner sens à la forme que prend la protection. Ainsi nous parlons de la prévoyance en termes de santé comme une couverture des besoins en cas de maladie, s'adaptant aux droits sociaux et à la demande sociale, et non comme la seule probabilisation du risque, mettant en avant la relation coût-efficacité avant tout[6].

2.2. L'émergence des mutuelles de santé

Face à l'assainissement budgétaire imposé depuis les années 1980 par les institutions financières internationales, des formes alternatives de prise en charge de la santé se sont développées dans les pays d'Afrique de l'Ouest et centrale, souvent en partenariat avec les ONG. Les mutuelles de santé communautaires se sont donc développées dans une dynamique à la fois exogène et endogène, d'une société civile locale, coexistant avec une coopération internationale. De quelle société civile parlons-nous ici ? En effet, ce terme revêt des significations différentes

[6] Encore une fois, il ne s'agit pas de rejeter le calcul coût-efficacité ou la technique assurantielle, mais de ne pas se limiter à eux seuls, entraînant des formes de régulation différentes de la protection sociale, jouant sur les inégalités de santé.

selon les contextes, les acteurs qui le mobilisent. Une première distinction que nous effectuons se situe entre le niveau international et le niveau local (à l'échelle d'un pays, d'une localité, d'une communauté). Bien que de nombreux opérateurs du nord comme du sud se considèrent comme appartenant à la société civile, nous rattachons ce terme à un contexte local bien particulier. La question du développement repose à la fois sur des dynamiques propres aux populations locales, à leur contexte, ainsi que sur les dynamiques extérieures à ces sociétés. La coopération internationale, qui évolue hors du contexte du pays/de la population ciblée, doit s'inscrire, lorsqu'elle mène des actions dans les pays des sud, dans des dynamiques institutionnelles, des initiatives citoyennes locales, appartenant à ce contexte, constituant les bases d'une société civile située.

La société civile se rattache dans ce cadre à l'Économie Sociale et Solidaire (ESS), elle représente des configurations locales d'espaces publics. Provenant de groupements d'individus, cette société civile se caractérise par sa dimension politique (Pirotte, 2010). Selon la littérature anglo-saxonne ou française, les deux termes peuvent se substituer[7]. Nous considérons pourtant la société civile comme une approche plus large, dans la mesure où elle peut se référer à des groupements plus diversifiés que ceux définis par l'ESS. **Dans notre approche, société civile et ESS se complètent.** La société civile repose sur la logique de l'engagement politique, au sein des dynamiques institutionnelles locales (organisation, hiérarchisation de la société, rapports de forces, compromis). Dans le contexte africain, elle correspond à des « *lieux d'éclosion des ambitions des groupes sociaux, et d'élaboration des modules d'action pour un supplément de liberté et de justice* » (Monga, 1994, p102). L'ESS, de son côté, repose sur la mise en avant d'espaces publics autonomes proposant des modes de régulation économiques et démocratiques alternatifs. La société civile, composée d'initiatives très diverses, peut recouvrir des logiques éloignées de l'ESS, qui, elle, pose un cadre d'action bien défini qui sera approfondi dans le deuxième chapitre. Si, dans l'ESS, les individus sont liés dans une identité commune, confondus dans un collectif, la société civile distingue plus clairement les acteurs à un niveau local en Afrique de l'Ouest et centrale. On peut en citer quelques-uns : les élites urbaines, tournée vers l'international, qui ont acquis un certain degré d'autonomie par rapport aux régimes en place ; les cadres intermédiaires de la fonction publique, les intellectuels, en expansion avec la coopération décentralisée, souvent à

[7] Ainsi, dans un article (Giarelli, Annandale, Ruzza, 2014) introductif d'un numéro spécial de Social Science & Medicine, en 2014, la société civile (*civil society*) est mise en opposition avec l'approche du tiers secteur (*third sector*). Elle est constituée de nombreux acteurs, du niveau local à l'échelle internationale, et présente des problématiques similaires à ce que nous appelons l'économie sociale et solidaire, comme nous le détaillerons dans le chapitre 2. Les auteurs parlent ainsi d'organisations de la société civile (*Civil society organisations*) en se posant la question de l'hétérogénéité de ces organisations, de leur dimension sociopolitique, de leur possibilité de se constituer en un mouvement social. La tradition économique française est ainsi à l'origine de cette vision de l'économie sociale et solidaire, et à l'origine de notre distinction, dans ce présent travail, entre ESS, société civile, et acteurs de la coopération internationale dans le cadre de notre objet d'étude.

l'origine de création d'associations ; les groupes qui s'organisent à partir des pratiques rurales ou urbaines, agissant essentiellement pour l'amélioration des conditions de vies (Laurent, Peemans, 1998). Les structures de l'ESS sont ainsi une émanation de la société civile (et/ou de la coopération internationale selon les cas). Nous posons ainsi la distinction entre société civile locale, coopération internationale et mutuelles de santé.

Bien que, quantitativement, les expériences de mutuelles de santé soient limitées, elles ont constitué des prémices importantes à une grande tendance actuelle dans l'extension de la couverture maladie en Afrique de l'Ouest et centrale, se basant fortement sur le développement des mutuelles de santé. Les mutuelles de santé sont souvent regroupées en deux formes différentes : les **mutuelles complémentaires**, destinées aux travailleurs du secteur formel, et les **mutuelles au premier franc**, qui couvrent la plupart du temps les soins primaires[8] pour les personnes ne bénéficiant d'aucune couverture. Les mutuelles au premier franc sont diverses. L'adhésion peut tout d'abord se faire sur la base géographique. Les mutuelles sont dans ce cas les mutuelles communautaires, qui ont pour population cible celle d'un village, d'un quartier ou d'une ville (la gestion est pleinement assurée par les membres). Il existe également, sur la base géographique, des systèmes initiés et gérés par les prestataires de soins, qui ont pour population cible la population de l'aire de couverture d'un établissement. L'adhésion peut ensuite se faire sur la base de l'appartenance ethnique (principalement des mutuelles urbaines créées par des migrants originaires d'un même groupe ethnique ou d'un même clan). Enfin l'adhésion peut se faire sur la base socio-professionnelle. Les populations cibles de ces mutuelles corporatistes sont les travailleurs qui n'ont pas d'emploi salarié dans le secteur formel, mais qui ont le même métier. **Les mutuelles au centre de ce travail sont les mutuelles au premier franc, et plus particulièrement les mutuelles communautaires**, les plus dynamiques depuis leurs débuts dans les années 1980 en Afrique de l'Ouest et centrale et en particulier au Sénégal. Les autres formes seront toutefois étudiées afin de comprendre les logiques traversant la mutualité dans son

[8] D'après la déclaration d'Alma-Ata (1978), les soins de santé primaires sont « des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination . Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal que du développement économique et social d'ensemble de la communauté. Ils sont le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire. » Ils comprennent au minimum « une éducation concernant les problèmes de santé qui se posent ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables, la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles, un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base, la protection maternelle et infantile y compris la planification familiale, la vaccination contre les grandes maladies infectieuses, la prévention et le contrôle des endémies locales, le traitement des maladies et lésions courantes et la fourniture de médicaments essentiels ».

ensemble et la possibilité de leur coexistence afin d'étendre la couverture maladie. Au cours du propos seront ainsi abordés à la fois la mutualité dans son cadre général et les mutuelles communautaires qui font partie de cadre.

Le but de l'extension des couvertures maladies dans les pays d'Afrique de l'Ouest et centrale est donc bien, tout en améliorant la couverture du secteur formel, de protéger le secteur dit informel. Nous utiliserons dans notre travail l'appellation « d'économie populaire » et non de « secteur informel »[9], qui est certes un terme utilisé par la plus grande partie des acteurs du développement, mais qui nous semble restreindre la réalité de la structure du marché du travail dans les pays en développement entre salariés et non-salariés, alors que la différence se situe plutôt entre économie du capital et économie du travail (Coraggio, 2005). La structure du marché du travail au Sénégal se divise ainsi :

- le secteur formel (ou économie formelle), qui est constitué des fonctionnaires et des salariés du secteur privé dont le travail est déclaré ;
- l'économie populaire, qui regroupe les micro-entreprises, les travailleurs autonomes, les économies familiales, les travaux d'entraide, autant d'activités non déclarés mais qui ont une valeur propre et ne sont pas que des activités de survie.

Pour notre travail, le « secteur informel » ou l'« économie populaire » désigne surtout les personnes exclues des assurances maladies institutionnalisées qui protègent les salariés du secteur formel.

[9] Le concept de secteur informel, tel qu'il fut utilisé pour la première fois par Keith Hart en 1973, désigne l'économie inconnue des décideurs publics. Au fur et à mesure de son évolution, il sera caractérisé par des éléments péjoratifs, tels que « *la petite taille, le non-respect de la législation et une façon de produire non capitaliste* » (Laville, 2010, p 118). Ce secteur, plutôt que d'être vu comme un vecteur potentiel d'un développement endogène, est considéré au contraire comme le l'échec du développement et de ses premières politiques. Dans une optique évolutionniste, le secteur informel, traditionnel, devrait être formalisé pour amener la modernité occidentale. Ce terme constitue de plus une réduction à la seule sphère économique, alors qu'il recouvre des dimensions bien plus larges, couplant l'économique au social, au culturel et au religieux, par la solidarité. Plusieurs appellations existent pour qualifier cette partie de l'économie dans les pays en développement (Castel, 2007) : « non structurée », « non officielle », « spontanée », « populaire ». Le concept « d'économie populaire » permet la prise en compte de ces différentes dimensions, traversées de valeurs. L'économie populaire cherche également à constituer de nouveaux liens sociaux face à la crise des valeurs provoquée par la longue diffusion depuis la colonisation des systèmes de valeurs occidentaux. Cette approche consiste à considérer l'économie populaire, tout comme l'ESS, qui sera l'une des bases théoriques de cette recherche, comme une alternative économique et non comme une économie de la pauvreté ou de la subsistance. L'économie populaire est considérée comme une économie du travail différente de l'économie du capital (Coriaggo, 2005). Au Sénégal, l'économie populaire constituerait un élément culturel important pour permettre à la majorité de la population exclue du secteur formel de subsister, et largement accepté par tous. Elle n'est pas considérée comme une fin mais un moyen, le travail est symbolique et tourné vers la satisfaction de ses proches au lieu de sa propre satisfaction, donc vers la responsabilité sociale de chacun (Fall, 2011). Ainsi, si l'emploi est une des composantes des réformes sénégalaises, la forme dite informelle n'est pas destinée à être éradiquée pour l'instant, mais à être aménagée pour aboutir à un travail « plus décent » (Kanté, 2002).

3. Problématique

3.1. Mutuelles de santé et assurances traditionnelles

Notre travail a donc pour objectif de mettre en relation les caractéristiques socio-économiques des pays et les formes de système assurantiel qui peuvent s'y développer, plus particulièrement les formes de systèmes mutualistes. Les couvertures traditionnelles sont les couvertures nationales et sociales qui ont été mises en place lors de la colonisation ou qui s'inspirent directement des systèmes occidentaux, qui se basent sur le salariat. Dans des pays où ces systèmes traditionnels ne peuvent fonctionner, la mutualité, de par sa proximité avec la population, pourrait constituer un système alternatif pouvant desservir les soins primaires aux populations exclues de la couverture maladie institutionnalisée. La première question de notre problématique s'énonce ainsi : **les mutuelles de santé peuvent-elles constituer une alternative aux couvertures traditionnelles en Afrique de l'Ouest et centrale** ? Cela consistera à se demander si les mutuelles de santé peuvent se développer afin d'assurer une garantie à tous, et ce de manière légitime par rapport aux besoins des populations, et notamment de l'économie populaire. Cette question principale soulève des **questions sous-jacentes** : quelle peut être la place de ces acteurs de l'ESS parmi les nombreux acteurs de la santé ? Les mutuelles peuvent-elles être une alternative sur le long terme ou plutôt une forme transitoire de solidarité ?

En effet, les caractéristiques et principes des mutuelles semblent mieux adaptés pour la couverture de l'économie populaire. Elles constituent une alternative à la fois économique et politique, portant un projet collectif de petite envergure de gestion solidaire d'un bien commun sur la scène des décisions concernant l'extension de la couverture maladie, dans un contexte d'écart entre le droit à la santé pour tous et l'application réelle de ce droit. Les mutuelles de santé pourraient montrer que le développement n'est pas unique, il est pluriel et résulte de choix politiques. Elles pourraient constituer un système économique alternatif dans un espace alternatif de démocratie. **Trois hypothèses principales de départ sont alors fixées :**

(1) Les mutuelles de santé sont a priori pertinentes pour contribuer à l'extension de la couverture maladie dans un pays pauvre comme le Sénégal. Elles ont un rôle important à jouer dans la protection de l'économie populaire, largement majoritaire.

(2) Mais les conditions d'une transition réussie dans l'extension de la couverture maladie ne sont pas encore réunies, au regard des évolutions constatées depuis plus d'une dizaine d'années.

(3) Ces mutuelles de santé appartiennent à l'ESS. Cette caractéristique pourrait être une source de développement des mutuelles et de l'affirmation de leur rôle et de leurs valeurs dans la transition des systèmes de santé.

Dans le cadre de ce travail, ces questionnements sont étudiés au Sénégal. Loin de l'idée de vouloir présenter ce pays comme le seul pays pertinent à étudier, il est un cas intéressant pour comprendre que les systèmes de couverture maladie en Afrique de l'Ouest et centrale sont des systèmes en transition, que les décideurs disent vouloir adapter à la population par des orientations nouvelles et spécifiques à la région. Ainsi, depuis le début des années 2000, tous ces pays connaissent une phase de transition dans leur système, cherchant à étendre la couverture de la santé à l'ensemble de la population. Ils cherchent à s'adapter à leurs propres contextes et contraintes, tout en étant fortement imprégnés des préconisations internationales, qui reprennent toujours de grands concepts hérités des modèles occidentaux. Cela conduit à une certaine vision de la couverture maladie à l'heure actuelle, prônant l'efficience du système sous la contrainte de l'équité.

Dans la littérature, les systèmes de protection de la santé que sont les mutuelles sont considérés comme des alternatives valables pour étendre la couverture maladie dans ces pays (Dror, Jacquier, 1999 ; WHO, 2000 ; Preker et al., 2004). Mais les mutuelles constitueraient une alternative de court et moyen terme sur le terrain, et seraient une transition vers des systèmes universels, comme le proposent plusieurs acteurs de la coopération internationale, tels que l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) (Mladovsky, Mossialos, 2007). Plusieurs travaux soulignent les faiblesses du développement des mutuelles de santé. En résumé, ces travaux et analyses mettent en évidence les problèmes suivants. Les mutuelles sont souvent détournées de leur finalité solidaire, pouvant être réduites à leur seule dimension de source alternative de financement, en correction des manques de l'État et du marché dans la protection de l'économie populaire. Elles manquent encore de représentativité par rapport aux pouvoirs publics. De plus les mutuelles ont une faible pénétration au sein des populations ciblées (Bennett, Creese, Monasch, 1998 ; Ekman, 2004). Cela pourrait s'expliquer à la fois par la difficulté à cotiser bien que les primes soient basses, mais aussi par le manque d'appropriation de la structure mutualiste par les populations ciblées. En effet les membres, au lieu d'être acteurs au sein des mutuelles, se retrouvent souvent simple bénéficiaires, le fonctionnement est trop peu démocratique. Il y aurait ainsi un manque d'informations et de communication de la mutualité auprès de la population, aboutissant à une faible demande et des problèmes de confiance. Cette confiance serait essentielle afin de maintenir les membres dans la mutuelle (Basaza, Criel, Van Der Stuyft, 2007 ; De Allegri,

Sanon, Sauerborn, 2006). Les difficultés financières et techniques font naître des expérimentations originales, comme le couplage avec la microfinance.

3.2. Des distinctions importantes entre microassurance et mutualité

Un consensus international existe autour de la mutualité dans les pays en développement. Elle est une forme spécifique de microassurance et est devenue le pilier de l'extension des couvertures maladies dans les pays en développement. La microassurance dans sa forme mutualiste est vue comme un outil permettant aux populations de s'habituer à la prévoyance et aux cotisations. Dans ce cadre, les mutuelles doivent se développer rapidement et efficacement, ainsi la quasi-totalité des recherches existantes pour les mutuelles africaines portent sur les aspects opérationnels et financiers. Microassurance et mutuelles font souvent l'objet d'un amalgame, en particulier chez les acteurs de la coopération internationale et dans la littérature anglo-saxonne, dans la mesure où la microassurance possèderait des caractéristiques similaires à la mutualité : nature démocratique, volontaire, autonome, participative, communautaire et désintéressée (Dror, Jacquier, 1999). Pour nous, la mutualité appartient à l'ESS, elle combine la mise en avant d'une économie et d'une démocratie plurielles. L'ESS connaît de nombreuses évolutions et applications dans les pays développés comme ceux en développement. Celle-ci est sociale, dans la mesure où la finalité n'est pas la rentabilité du capital investi, et solidaire, en combinant des dimensions socioéconomiques et sociopolitiques. L'ESS hybride dans son mode de fonctionnement l'économie marchande, non marchande et non monétaire. Le principe de base est celui de la réciprocité au sens de Polanyi (2009 [1944]), provenant du sens substantiel de l'économie, entre les hommes, leur environnement et le social. Cette réciprocité, si elle est dominante par rapport aux autres principes économiques d'après la typologie de Polanyi (réciprocité, redistribution, marché, administration domestique), consiste en un souci de l'autre. Les mutuelles de santé, tout comme les associations, les coopératives, sont des acteurs de l'ESS. En Afrique, les mutuelles de santé ont pour but de couvrir les populations exclues de la couverture maladie institutionnalisée. Du fait de leur fonctionnement démocratique, les membres ont donc un double statut : à la fois bénéficiaire et décisionnaire.

A contrario d'un certain nombre d'approches provenant des institutions, pour notre part, nous distinguons microassurance, ou assurance-maladie communautaire, et mutualité. En effet, si la mutualité s'appuie certes sur des techniques assurantielles, sur du calcul économique, ces **deux formes revêtent des enjeux, des dynamiques institutionnelles différentes**. Ainsi, de la même manière que nous préférons « couverture maladie » à « assurance maladie », en raison des conceptions différentes de ces expressions, la « microassurance » et la « mutualité » ne sont pas

identiques. Les mutuelles mettent en avant la volonté de regrouper des personnes pour faire face à l'incertitude des maladies, alors que la microassurance se concentre sur le développement du dispositif assurantiel (Letourmy, Pavy-Letourmy, 2005). La différence est forte au niveau de la nature du lien qui régit les relations entre les membres (dans le cas d'une mutuelle) ou les assurés (dans le cas de la microassurance).

Tout comme la protection sociale par rapport à l'assurance, les mutuelles n'appliquent pas nécessairement les mécanismes d'assurance (bien que ce soit rarement le cas, ces mécanismes étant fortement promus par les divers acteurs afin d'améliorer les mutuelles de santé, comme nous le verrons par la suite). Par exemple, à la fin des années 1990, des mutuelles communautaires d'épargne-crédit existaient au Togo et au Bénin. La population cible diffère également entre les mutuelles et la microassurance (ou assurance maladie communautaire selon les expressions utilisées par les divers acteurs). Pour cette dernière, la cible est l'économie populaire et les populations pauvres uniquement. La mutualité explore une plus grande diversité de population, du secteur formel à l'économie populaire, des personnes plus riches aux personnes vulnérables[10]. Ces différences se retrouvent dans la littérature concernant les mutuelles de santé. Waelkens et Criel distinguent deux écoles : la première, l'école « d'Europe continentale » se base sur l'approche de la mutualité à travers l'ESS, les mutuelles sont alors des mouvements qui se construisent à partir d'une base communautaire ; la seconde, l'école « anglo-saxonne » se fonde sur l'approche de de la microassurance dans le cadre de l'économie de la santé, les assurances maladie communautaires sont alors construites par les autorités, les prestataires ou des experts, et doivent être diffusées aux populations cibles. Des divergences théoriques rejaillissent ainsi sur les formes d'organisation existant dans la réalité entre Afrique francophone et Afrique anglophone (Waelkens, Criel, 2004).

L'originalité de l'approche notre approche réside dans la considération que l'évolution de la couverture maladie peut provenir de cette ESS et des acteurs qui la composent. Nous couplons la littérature académique concernant l'ESS ainsi que celle concernant l'économie de la santé et plus particulièrement de la protection sociale, sous l'angle d'une socioéconomie du

[10] Du fait qu'une grande part de la population appartient à l'économie populaire, les mutuelles au premier franc sont principalement destinées à ces travailleurs qui ne font pas parti du secteur formel dans les pays d'Afrique de l'Ouest et centrale, tout comme la microassurance. Au Sénégal, la cible est constituée des personnes exclues de la sécurité sociale existante, qui ne couvre que le secteur formel. Les mutuelles sont ainsi destinées à cibler l'économie populaire dans l'optique de l'extension de la couverture maladie. Toutefois, au sein des mutuelles étudiées au Sénégal de 2013 à 2015, nous avons pu constater la grande hétérogénéité des membres, avec par exemple des membres du secteur formel souhaitant s'affilier à la mutualité pour diverses raisons malgré l'existence d'une couverture officielle. L'important au sein de la mutuelle est le groupe, les liens entre les individus qui le constituent, quel que soit le statut des membres au sein du reste de la société. De plus, cette présente étude consiste également à se demander dans quelle mesure les mutuelles peuvent coexister avec les régimes existant ou constituer une alternative directe pour l'ensemble de la population.

développement. **Notre travail prend ainsi en compte les dimensions sociales et politiques des mutuelles**. Les études concernant ces dimensions sont encore relativement rares concernant les mutuelles africaines. En 2010, Ridde et al. exploraient le potentiel des mutuelles de santé à travers les actions menées pour les membres comme pour la communauté dans un sens plus large, la confiance dans les élus et dans les professionnels de santé et enfin l'*empowerment*. Dans les années 2000, plusieurs études se sont concentrées sur l'une des trois dimensions évoquées dans l'article précédemment cité. En 2008, Mladovsky et Mossialos travaillaient sur les liens entre capital social et développement économique pour étudier le potentiel des mutuelles de santé. Les auteurs y montraient le besoin de développer des cadres d'analyses alternatifs pour compléter les approches économiques trop restrictives. Plus récemment, plusieurs mutuelles sénégalaises ont été étudiées à travers ce prisme du capital social (Mladovsky et al., 2015). En ce qui concerne les raisons de l'adhésion à des mutuelles de santé, les études sont principalement quantitatives. Toutefois certains travaux se concentrent sur des méthodes qualitatives afin de les compléter, comme De Allegi, Sanon, Bridges et Sauerborn (2006) ou Criel et Waelkens (2003).

4. Cadre théorique et méthodologie

4.1. Une approche institutionnaliste pour étudier la transition du système de santé sénégalais

Les politiques de développement, après vingt ans de domination de l'approche libérale dans les années 1980 et 1990, vont vers un cadre standard étendu, donnant une place de plus en plus importante au secteur privé, tout en rétablissant une place à l'État, à travers des logiques contractuelles et incitatives. Les spécificités de la société sont souvent vues comme des défaillances auxquelles il ne faut pas s'adapter, mais au contraire remédier afin de se rapprocher d'un idéal préconisé, c'est-à-dire un quasi-marché de la santé, promouvant la concurrence, la démocratisation sanitaire, la complémentarité de l'État et du marché et la « **bonne gouvernance** ». La démocratisation sanitaire, passant par la participation au sein des mutuelles, est vue dans le sens de la responsabilisation des individus et de l'**empowermen**t[11] de ceux-ci, c'est-à-dire l'amélioration des capabilités dans le but d'accéder au marché, aboutissant à un statut de consommateur de soin effectuant des choix rationnels. Les mutuelles, limitées dans leur capacité à se constituer en un mouvement social de grande envergure, ont des difficultés à trouver une place au sein de cette interaction entre les acteurs locaux, nationaux et internationaux,

[11] Selon la Banque Mondiale, l'empowerment correspond au fait d'améliorer les capacités des individus ou des communautés à faire des choix et à transformer ces choix en autant d'actions et de résultats souhaités (URL : http://go.worldbank.org/S9B3DNEZ00, consulté le 13/01/2015). Mais de nombreuses approches de l'empowerment existent au sein des acteurs du développement.

privilégiant encore beaucoup ces derniers. Dans ce contexte de quasi-marché, elles pourraient glisser vers une logique marchande et être ainsi détournées de leur logique propre, sociale et solidaire.

Le cadre théorique, qui sera détaillé dans le chapitre 2, se base ainsi sur deux socles. La domination de l'économie standard a abouti à un échec des politiques de développement et la mise en place d'un cadre désormais standard étendu n'est pas satisfaisant. **Le premier socle est ainsi une approche institutionnaliste** qui nous semble plus adaptée, permettant de mieux étudier les phénomènes de transition, d'analyser de manière plus fine les interactions entre les acteurs dans un système. La grille de lecture principale sera celle de l'Économie des conventions qui, face à l'individualisation amenée par la vision de l'homo economicus, dote au contraire l'individu d'une capacité réflexive, d'interprétation des règles et surtout d'un intérêt pour la nature du collectif. La rationalité est procédurale, permettant de marquer l'importance de l'analyse du processus de prise de décision. Les individus sont imprégnés de valeurs provenant à la fois de leur environnement social et d'un cheminement personnel. Pour appuyer ce socle, nous mobilisons deux approches complémentaires, dans le prolongement de ce qui est suggéré par Boidin (2015), pour comprendre la santé comme construit social et pour aller à l'encontre de l'uniformité institutionnelle prônée par le cadre standard étendu. Les tenants d'une approche par les déterminants sociaux de la santé nous permettrons de montrer que la vulnérabilité face aux maladies dépend de nombreux facteurs (économiques, sociaux, etc.) sur lesquels les mutuelles de santé, l'État et les autres acteurs peuvent jouer ; l'approche de la complémentarité institutionnelle nous apprend qu'ils n'existe pas de « bonne » ou de « mauvaise » gouvernance dans les pays africains, mais une gouvernance spécifique, qui résulte d'un compromis social, les institutions étant complémentaires les unes des autres et non cloisonnées.

Le second socle repose sur une réexploitation de la littérature sur l'ESS. La prise en compte des valeurs des individus, la lutte contre les inégalités, la recherche de gouvernances alternatives, sont au cœur de l'ESS. C'est pourquoi nous réunissons ces deux socles, qui nous semblent complémentaires pour comprendre la place que peuvent avoir les mutuelles dans la dynamique institutionnelle de la santé au Sénégal. Ces valeurs sont importantes dans la forme que prendra la coordination des individus concernant la protection d'un bien commun comme la santé. Les acteurs de l'ESS cherchent, tout comme ce fut abordé pour l'économie populaire, à rétablir et recréer des valeurs. Cette littérature de l'ESS semble ainsi pertinente pour étudier les mutuelles de santé, afin de se positionner par rapport à la règle qu'est la concurrence, amenant les individus à devenir des « *entrepreneurs d'eux-mêmes* » (Foucault, 2004 [1978-1979] ; Dardot, Laval, 2009), et justifiant ainsi la constitution des mutuelles de santé dans une optique de développement endogène, notion que nous expliciterons par la suite, mettant en avant la

réciprocité par rapport au marché et à la redistribution dans l'extension de la couverture maladie. Cela suppose de déconstruire le concept de développement, de comprendre les valeurs propres à l'Afrique et de replacer l'ESS dans un cadre spécifique de construction des règles pouvant permettre d'aboutir à un développement co-construit avec les autres acteurs. Dans notre cadre théorique, l'approche communautaire et la participation de la société civile dans la gestion de la santé pourraient rompre avec cette vision de la gestion du « risque » (contractualisation, assurance maladie afin de se coordonner), en proposant au contraire une gestion de l'incertitude (la coordination dépendra alors des valeurs que les individus intègrent en rapport avec la santé). L'économie des conventions nous permet de montrer l'imbrication des normes qui sont à la fois locales et globales. En liant les deux socles, il s'agit ainsi de replacer l'ESS dans le cadre du Sénégal, de comprendre les relations, les rapports de forces entre les divers acteurs impliqués, pour dégager **le réel potentiel des mutuelles dans une optique de co-construction du développement, en coordination avec les autres acteurs.**

4.2. Une méthodologie fondée sur plusieurs outils

L'économie des conventions met en avant une révision des règles qui est continuelle et une approche dynamique des institutions. Les institutions agissent sur les individus et ceux-ci agissent sur les institutions. Une analyse des potentialités des mutuelles de santé doit être replacée dans son contexte local et dans le contexte de l'évolution de la couverture maladie dans son ensemble. Les mutuelles sont situées dans un environnement institutionnel particulier, elles interagissent avec les autres acteurs. Elles ne doivent pas être vues comme un simple outil permettant la diversification des systèmes de financement mais comme des acteurs ayant des impacts très divers à la fois sur la population locale et à l'échelle nationale au sein du système de santé. Nous nous inscrivons dans la méthodologie propre aux travaux hétérodoxes consacrés au développement, à travers trois volets : une analyse pluridisciplinaire d'un objet de recherche, les mutuelles communautaires de santé au Sénégal et les systèmes de santé ; une démarche empirique fondée sur les entretiens qualitatifs et les observations, permettant des rétroactions entre le terrain et la théorie ; une analyse croisée des entretiens auprès des différents acteurs concernés (institutions, experts, ménages).

La démarche repose tout d'abord sur une revue de la littérature des travaux concernant les couvertures maladies en particulier les mutuelles au Sénégal et dans d'autres pays aux caractéristiques socioéconomiques similaires. Une revue documentaire des textes concernant les politiques au Sénégal, provenant des acteurs institutionnalisés, a été nécessaire. En plus de ces données spécifiques à l'Afrique, une revue des travaux concernant l'ESS et ses rapports avec les

mutuelles de santé a été effectuée, pour ainsi établir des liens entre ces analyses et le cas du Sénégal. A partir de là, une recherche de données primaires, qualitatives et quantitatives, a été menée afin de mieux cerner le développement mutualiste au Sénégal (trois voyages pour environ deux mois sur le terrain). Nous avons réalisé des entretiens semi-directifs auprès d'acteurs impliqués dans l'extension de la couverture maladie, ainsi que deux études de cas ciblées. L'observation, les notes de terrain, constituent une matière importante à ajouter dans ce travail de terrain. Enfin, ces voyages sur le terrain nous ont donné accès à une partie de la littérature qu'il n'aurait été possible de réunir en France, provenant de divers acteurs et institutions. La méthodologie sera détaillée dans le chapitre 3.

5. Plan

La thèse est divisée en trois parties. La **première partie** (*La couverture maladie en Afrique de l'Ouest et centrale, une analyse historique*) concerne l'évolution des systèmes de santé en Afrique de l'Ouest et centrale plus particulièrement et l'émergence des mutuelles de santé. Elle permet de justifier l'adoption de notre cadre théorique ainsi que la méthodologie adoptée. Le **premier chapitre** revient sur l'histoire des formes de couverture maladie qui existent en Afrique de l'Ouest et centrale, ainsi que leur évolution depuis les transitions entamées dans les années 2000. Ceci nous permet de faire ressortir, en étudiant l'histoire, l'interaction entre les acteurs, la dynamique institutionnelle, et de comprendre pourquoi les mutuelles communautaires de santé ont pris autant d'importante dans les processus d'extension de la couverture maladie. Ce chapitre nous permet de montrer l'intérêt de l'étude d'un pays comme le Sénégal afin de comprendre les perspectives de cette région d'Afrique. Face à des situations inadaptées (manque d'interactions, structure du marché du travail) aux systèmes de santé qui existent en occident, les mutuelles ont peu à peu constitué une alternative forte dans les contextes d'Afrique de l'Ouest et centrale. Si les premières expériences provenaient principalement de la société civile locale, parfois appuyée par des ONG de la coopération internationale, leur expérience a été constituante. Désormais beaucoup de pays, en accord avec les recommandations internationales, recherchent l'apport de la mutualité, malgré les nombreuses difficultés qui se posent en réalité.

Dans le **second chapitre**, nous étudions l'histoire de l'ESS et des mutuelles de santé, en Afrique de l'Ouest et centrale et plus spécifiquement au Sénégal. Bien que les initiatives d'entraide, d'engagement soient plus anciennes que les années 1980 dans les sociétés étudiées, l'ESS s'est réellement constituée en un mouvement à partir de la mise en place des Programmes d'Ajustement Structurel (PAS) au cours de cette décennie, afin de contrecarrer la marchandisation de nombreux domaines sociaux. Le but est ainsi de comprendre, à travers la grille de lecture

polanyienne, l'importance de l'influence des modèles de développement à travers l'histoire et de poser les jalons d'une définition de la mutualité plus adaptée, plus précise que celle de la microassurance, à travers l'ESS. Nos études de terrain, par les observations, les entretiens, permettent dans ce chapitre de mieux comprendre la vision de l'ESS au Sénégal, d'analyser les différences de définition donnés à certains termes (comme la participation, qui sont lourds de sens selon les acteurs qui utilisent cette notion), de replacer l'ESS dans la construction des règles du développement au Sénégal afin de comprendre le potentiel de la mutualité de manière diverse : économique, social, politique. Il s'agit de se demander comment replacer l'ESS dans le cadre de la société sénégalaise.

Après avoir ainsi affiné nos hypothèses de départ et détaillé notre cadre théorique, nous détaillons notre démarche méthodologique dans le **chapitre 3**, qui est ainsi plus court que les autres chapitres. Nous couplons trois approches : une revue de la littérature, des entretiens semi-directifs et des études de cas de mutuelles, pour développer une analyse combinée, plus fine qu'en considérant chaque approche isolément. La complexité de notre question de recherche, qui consiste à appréhender la perception de nombreux acteurs en ce qui concerne la santé et les mutuelles, à comprendre les liens entre ces acteurs, nécessite cette méthodologie multiple. Ce chapitre permet ainsi d'expliciter la situation du Sénégal, de justifier notre méthodologie, et de situer les études que nous avons menées de 2013 à 2015, les institutions que nous avons rencontrées.

La **seconde partie** (*Comment les mutuelles de santé sont-elles perçues par les divers acteurs ?*) se concentre sur les mutuelles communautaires, leur potentiel, leur place dans le processus de transition du système de couverture maladie au Sénégal, dans le but de comprendre d'où viennent les difficultés de ces mutuelles à se développer sur l'ensemble du territoire sénégalais. Le modèle du système de santé se cherche, entre les couvertures existantes, gérées par l'État et les entreprises, les mutuelles et les divers acteurs impliqués. Dans le **chapitre 4**, nous soulignons les défauts de coordination entre les acteurs, nous présentons le processus de développement de la mutualité et les acteurs présents à l'heure actuelle dans le développement mutualiste, à travers le cadre théorique défini, afin de comprendre les difficultés de cohérence qui ont pour conséquence une stagnation des mutuelles de santé et un manque de décisions claires concernant leur développement futur. Les concepts et théories propres aux divers acteurs débouchent sur diverses visions des mutuelles de santé dans les pays d'Afrique de l'Ouest et centrale : les mutuelles comme instruments, ce sont des outils qui permettraient d'habituer les populations à la prévoyance individuelle ; les mutuelles comme prestataires, fournissant une source de financement alternatif, les structures étant guidés par les pouvoirs publics ; les mutuelles comme institutions, proposant une vision alternative de la prise en charge de la santé, de manière

collective, ce qui implique des valeurs. Ces différences de visions ont des conséquences dans la réalité sur l'évolution de la dynamique mutualiste au sein du système de santé. La multitude d'acteurs impliqués complique une réelle autonomisation des mutuelles de santé au Sénégal. Les mutuelles ainsi que les autres acteurs ont de nombreuses difficultés à se coordonner afin de construire un modèle de santé légitime, adapté à la société sénégalaise et ses diverses facettes, la transition de la couverture maladie sénégalaise est peu systémique.

Le **chapitre 5** montre l'importance de la prise en compte des spécificités socioéconomiques, culturelles, politiques, dans la mise en place de mutuelles communautaires. Beaucoup de la littérature existante est ainsi confirmée. Les mutuelles communautaires souffrent de problèmes de gestion, de recouvrement des coûts, de liens avec l'offre de santé, mais aussi de difficultés institutionnelles. Toutefois nous n'avançons pas que les problèmes des mutuelles, comme c'est souvent le cas dans la littérature, viennent seulement d'un manque de professionnalisation des mutuelles et de leur incapacité à se rapprocher suffisamment des méthodes assurantielles. Ce chapitre met en avant d'autres facteurs de compréhension, à savoir la perception des populations (des mutuelles, de la santé, de l'offre de santé), les inégalités sociales, et surtout le manque de participation communautaire et de mise en capacité des populations à s'impliquer et s'intégrer dans une relation de réciprocité avec les autres membres. Les mutuelles communautaires sont face à la difficulté de créer des identités communes autour de leur structure et de la prise en charge collective de la santé. Certaines mutuelles, dont les liens entre les membres sont très forts, se basent sur des communautés déjà existantes, ce qui favorise la réciprocité mais peut amener une exclusion des personnes hors de ces communauté. A l'inverse, les mutuelles communautaires, surtout urbaines, rassemblent des populations très diverses, ce qui renforce le besoin d'implication, d'organisation démocratique, des rencontres avec les membres.

A partir de ces enseignements la **partie 3** (*Les conditions d'une transition réussie*) nous emmène vers leur analyse afin de comprendre quelles sont les conditions pour que la transition du système de santé au Sénégal puisse réussir en se basant sur les mutuelles de santé. Les expériences novatrices pour une prise en charge du plus grand nombre sont étudiées dans le **chapitre 6**. Les mutuelles communautaires, si elles sont le pilier de l'extension de la couverture maladie au Sénégal, ne sont pas les seules. D'autres modèles se développent, tels que les mutuelles de grande envergure, les mutuelles aux cibles spécifiques, le couplage avec le microcrédit. Face à leur nombreuses difficultés, les mutuelles communautaires se réunissent, en union, en fédération, à travers des réseaux, afin d'améliorer non seulement la sécurisation financière de leurs membres mais surtout de les rassembler afin de leur donner plus de poids en tant que contre-pouvoir. En plus de ces groupements, l'organisation interne de ces mutuelles communautaires évolue : prise

en compte du genre, gestion décentralisée afin d'améliorer le fonctionnement démocratique et le recouvrement des coûts, mécanismes de garantie comme la réassurance, adhésions groupées pour s'adapter aux nombreux groupements et communautés qui existent déjà dans les zones ciblées, prise en charge des indigents afin de lutter contre leur exclusion des systèmes de prépaiement. Les formes de mutuelles, leur dynamique, les idéologies sont donc nombreuses et cohabitent au Sénégal. Nous nous demandons ainsi comment ces différentes expériences se rapprochent ou au contraire s'éloignent par rapport à la mutualité et à l'assurance. Mieux comprendre, mieux visualiser les mutuelles sénégalaises à travers des typologies adaptées permettrait de renforcer leur visibilité, de savoir si elles peuvent ou non se rassembler et de quelle manière, sur quels principes communs. A travers la revue des études déjà effectuées par de nombreux auteurs afin de classifier les mutuelles africaines d'après des facteurs divers tels que leur organisation, leur origine, l'implication des membres, etc., nous proposons une visualisation des mutuelles sénégalaises à travers deux caractéristiques principales : la réciprocité et l'hétérogénéité de la population ciblée.

Enfin, le **chapitre 7** fait ressortir les enseignements principaux afin de comprendre les perspectives qui s'offrent à la mutualité au Sénégal. Deux tendances ressortent quant à l'avenir de la mutualité au Sénégal, provenant des tensions qui existent entre deux visions principales qui concernent les mutuelles de santé et l'ESS de manière plus générale. D'un côté se trouve la vision des acteurs internationaux, cette vision se diffusant aux échelles inférieures jusqu'aux mutuelles de santé, centrée sur l'assurance et la solidarité financière. Dans ce cadre, les mutuelles de santé sont transitoires et sont des outils permettant d'habituer les populations à la prévoyance. D'un autre côté se trouve la vision, apportée à plusieurs échelons, local comme international, de la réciprocité, de l'organisation démocratique afin de protéger le droit à la santé. Dans ce cadre, si la professionnalisation est certes un facteur à prendre en compte dans l'amélioration du fonctionnement des mutuelles, ce n'est pas la finalité de ces structures ni la seule cause à leurs difficultés. Ce scénario se base sur une amélioration réelle de la capacité des populations à s'impliquer dans le fonctionnement démocratique des mutuelles et la faculté de ces dernières à améliorer la personnalisation des échanges entre leurs membres. De ces évolutions découlent la remise en cause de la convention mutualiste en application au Sénégal. La légitimité des mutuelles de santé peine à se construire, du fait principalement : des problèmes dans l'organisation démocratique, de la capacité à prendre en compte les revendications des membres et de ceux-ci à avoir les moyens d'émettre ces revendications d'un côté ; du manque de prise en compte des déterminants sociaux de la santé et de connexion avec les liens sociaux de l'autre. Ces deux éléments, organisation démocratique et déterminants sociaux, sont liés. La lutte contre les inégalités sociales joue sur les capacités des membres (moyens matériels et immatériels) à pouvoir s'impliquer dans les mutuelles. Ceci permettrait pour les mutuelles de mieux s'adapter

aux contraintes et aux spécificités rencontrées au niveau local et de comprendre comment améliorer la réciprocité au sein de leur structure. Les mutuelles sont souvent trop clivées entre les équipes de direction et le reste des membres. L'appui fourni par l'État doit permettre une meilleure intégration des mutuelles dans la transition du système de santé et afin d'assurer une autonomie par rapport aux autorités publiques et surtout par rapport à la coopération internationale. Cependant, la transition abordée depuis 2012 avec la mise en place du DECAM (Projet de mutualisation du risque maladie dans le cadre de la décentralisation) pérennise une vision descendante de la décentralisation, du développement local, et un manque de compréhension des dynamiques sociales. Les évolutions systèmes de santé, les « bonnes pratiques », ne sont pas universelles. Les mutuelles comme les autres formes de couverture maladie sont relatives. Tout comme les besoins de santé sont des construits sociaux, la protection adaptée doit être elle-même un construit social en accord avec les nombreuses dynamiques locales, afin d'aboutir à une légitimité forte et une adaptation des systèmes de santé. Pour cela, le rôle des acteurs et la façon d'organiser la santé communautaire doivent être repensés.

PARTIE 1

L'émergence des mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest et centrale :

Fondements historiques, cadre d'analyse et méthodologie

L'ambition générale de cette première partie est double. Nous analysons, à travers une étude historique (chapitre 1), les conditions qui ont amené l'émergence d'une forme particulière de couverture maladie dans les pays d'Afrique de l'Ouest et centrale : les mutuelles de santé. Nous construisons une typologie de l'évolution des systèmes de couvertures maladies dans ces pays, qui met en évidence l'intérêt du Sénégal pour notre question de recherche. A partir de là, nous développons notre cadre d'analyse (chapitre 2), puis notre méthodologie (chapitre 3). Ce cadre, s'inscrivant dans une posture institutionnaliste, combine plusieurs approches qui nous permettrons de mieux cerner notre objet d'étude et de préciser nos hypothèses. Les mutuelles évoluent dans un environnement institutionnel dynamique, dans lequel de nombreux acteurs interagissent, depuis la coopération internationale jusqu'aux populations ciblées, chacun avec ses propres intérêts, valeurs, stratégies. Notre approche méthodologique, construite à partir de notre cadre d'analyse, se fonde sur plusieurs outils afin d'appréhender cette situation complexe pour en retirer le potentiel des mutuelles de santé sénégalaises dans l'optique d'un développement local, partant de la base. Cette méthodologie s'inscrit ainsi dans une démarche qualitative, qui essaie de voir comment les individus perçoivent la mutualité, la santé, la solidarité, etc.

Chapitre 1 :

La couverture maladie en Afrique de l'Ouest et centrale

Une analyse historique

Les OMD ont atteint leur échéance et n'auront pas été remplis en Afrique de l'Ouest et centrale. Malgré ce fait, cette région, visée[12] par le PNUD (Programme des Nations Unies pour le Développement), est la plus rapide en termes d'avancées par rapport à ces OMD, notamment dans la santé et l'éducation (Nations Unies, 2011). Ceux-ci se concentrent sur la mortalité infantile, la santé de la mère et les grandes maladies (VIH/sida et paludisme notamment). La santé, comme l'éducation, l'environnement, ou la lutte contre la pauvreté, est une thématique fondamentale pour permettre le développement humain. Mais ces OMD ne regroupent qu'une partie émergée de l'iceberg, et la santé des habitants de ces pays, pour s'améliorer, doit suivre des objectifs transversaux. Les efforts doivent se concentrer sur la protection des populations, particulièrement de l'économie populaire, majoritaire, et des indigents[13], ainsi que sur la mise en place d'une offre de soins adaptée et de qualité, avec des modes de financement viables sur le long terme. Des systèmes de couverture maladie pour le secteur formel existent depuis les années 1950, comme nous l'avions vu précédemment. Le paiement direct fut longtemps privilégié. Mais depuis une décennie, le discours de ces pays comme de la coopération internationale s'est déplacé du paiement direct vers le prépaiement, pour assurer la pérennité du système et étendre l'accès aux soins. De plus en plus, un nouvel acteur émerge afin d'étendre les couvertures maladies. **Pourquoi les mutuelles de santé ont-elles pris autant d'importance dans les processus d'extension de la couverture maladie ?**

Une analyse historique (section 1) nous permettra de comprendre pourquoi ces nouveaux systèmes cherchant à dépasser la couverture traditionnelle ont émergé pour étendre la couverture maladie à l'ensemble de la population. Les systèmes existants dans 23 pays d'Afrique de l'Ouest et centrale seront analysés (section 2) afin de dresser un état des lieux de la couverture maladie et de dégager des points divergents ou convergents, notamment dans les projets d'extension. A partir de cette classification, d'une analyse de la littérature des travaux concernant les systèmes de ces pays et d'une revue des documents de politiques générales et de coopération, une typologie de l'extension de la couverture maladie en Afrique de l'Ouest et centrale sera réalisée (section 3), permettant de dégager l'importance de la dynamique mutualiste. La méthodologie de ce chapitre repose sur plusieurs éléments : une revue de littérature des travaux ayant analysé les systèmes de couverture sociale et leur évolution depuis la décolonisation en Afrique de l'Ouest et centrale ; une revue documentaire sur les textes de politique générale, les comptes rendus, les documents internes qui proviennent des divers acteurs impliqués dans les

[12] Les régions établies sont l'Afrique du Nord, l'Afrique subsaharienne, l'Asie du Sud, l'Asie de l'Ouest, l'Asie de l'Est, l'Asie du sud-est, le Caucase et l'Asie centrale, les Caraïbes, l'Amérique latine, l'Océanie.

[13] Les personnes nécessiteuses, démunies, dont les revenus sont insuffisants pour satisfaire les besoins élémentaires.

processus d'extension des couvertures maladie. Ces documents ont été réunis à la fois en France et au Sénégal.

1. Une histoire de la couverture maladie en Afrique de l'Ouest et centrale

Les premières politiques de santé dans les colonies africaines se sont mises en place par l'intérêt porté à l'état sanitaire des populations africaines afin d'améliorer la rentabilité des colonies. Ces politiques ont largement évolué depuis la décolonisation, mais de nombreuses tensions ont été accumulées et demeurent à l'heure actuelle : si les politiques, les systèmes de santé, inspirés des expériences occidentales, ne sont plus imposés par la force par le colonisateur, ils le sont désormais de différentes manières : recommandations internationales, conditionnalités des aides ; si les relations ont changé, la hiérarchie subsiste entre les pays du Nord et les pays du Sud, dans la mesure où il est nécessaire pour les pays du Sud de rattraper leur retard, au niveau économique comme au niveau social ; si la santé était considérée dans un objectif de rentabilité des colonies, elle est désormais considérée comme une des conditions du développement économique de ces pays libres. Ainsi la couverture maladie a connu plusieurs évolutions au cours depuis la décolonisation des pays d'Afrique de l'Ouest et centrale, qui ont découlé des possibilités offertes par les modèles de développement successifs.

1.1. Les limites des premières politiques de santé après la décolonisation

Si les systèmes de couverture maladie occidentaux proviennent d'une longue histoire, les plus anciennes couvertures maladies d'Afrique de l'Ouest et centrale résultent de l'époque coloniale. Des systèmes ont été créés par les pays colonisateurs dans le but de protéger les expatriés. Pendant cette époque, certains ont été étendus aux travailleurs africains urbains et industriels, afin de maintenir leur productivité. Ces systèmes sont à l'origine de ce qui existe pour les travailleurs du secteur formel et les fonctionnaires dans la plupart des pays d'Afrique de l'Ouest et centrale. Ce sont les **couvertures traditionnelles reprenant les standards européens**, se basant sur le modèle de Beveridge (couverture nationale), financé par l'impôt et géré par l'État, ou sur le modèle de Bismarck (couverture sociale), financé par les cotisations des travailleurs et des employeurs et géré par une caisse autonome. Dans les colonies britanniques, les premiers régimes sont assurés par les employeurs (comme au Ghana ou au Nigéria), avant de voir plus tardivement, comme pour les pays francophones, apparaître des caisses publiques de Sécurité sociale (Bailey, 2004).

À la suite de la décolonisation, les pays d'Afrique subsaharienne décident pour la plupart de mettre en place la gratuité des soins pour la population dans les établissements publics. L'État

finance et fournit ainsi les services. Ces politiques ont eu un effet sur le long terme, en privilégiant la gratuité face aux couvertures maladies assurantielles (Ouattara, Soors, 2007). La volonté étatique est forte durant cette première période postcoloniale, « ***l'État africain était le principal artisan de la planification de son action*** » (Eboko, 2015, p 4). À la fin des années 1970, la Déclaration d'Alma-Ata reconnaît le droit à la santé pour tous et accompagne ce mouvement consistant en une monopolisation de la santé par l'État (Tizio, 2005). Cela constitue tout de même un pas important dans l'idée de mettre en place une couverture universelle pour financer la santé de la population, et la mise en place du concept de « **soins primaires**[14] » va changer la vision du développement, en axant la santé sur les centres de premiers secours, les soins pour les populations les plus vulnérables, par l'adoption d'une vision multisectorielle de la santé.

En parallèle, les systèmes de Sécurité sociale subsistent, parfois s'étendent, en prolongeant la légitimité de tels systèmes par rapport à leur efficacité dans les pays occidentaux. Pour les pays n'ayant pas connu la mise en place d'une couverture généralisée sous la colonisation, ils s'inspirèrent tout de même par la suite des systèmes occidentaux, recherchant encore la légitimité de ces méthodes (Destremeau, Lautier, 2006). Mais l'accent est mis sur les maladies professionnelles et les accidents du travail. C'est encore le cas aujourd'hui, la Sécurité sociale couvrant principalement les accidents du travail, les prestations familiales, la vieillesse, mais incluant rarement une branche maladie. Si les offres privées de santé (création de cliniques ou de cabinets) se créent dans certains pays, d'autres comme le Mali ou la Guinée adoptent une vision socialiste du développement, interdisant l'exercice privé de la santé (Balique, 2011).

Mais **les politiques de gratuité rencontrent rapidement des limites**, principalement dans l'insuffisance du budget accordé pour le fonctionnement ou l'investissement. La mise en service des ressources de santé par les gestionnaires d'établissements publics et les agents de santé n'est pas appliquée (Letourmy, 2003). Ainsi, si les services sont gratuits durant cette période, leur qualité laisse à désirer, et les inégalités se développent, avec un encombrement des hôpitaux, recevant la plus grande partie des ressources, et des unités de santé de premiers recours délaissées.

[14] Contrairement aux pays développés, où les soins primaires constituent un premier niveau de soins, les pays en développement tentent d'appliquer les soins primaires à l'ensemble de la population, majoritairement exclue de toute couverture. La déclaration d'Alma-Ata les définit ainsi : « *Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination . Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal que du développement économique et social d'ensemble de la communauté*» (La Déclaration est disponible à cette adresse : http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/, consulté le 13/01/2015).

1.2. Les conséquences néfastes du paiement direct

La fin des années 1980 est marquée par un changement brutal dans la façon de prendre en charge les soins, qui passe de la gratuité au paiement direct, dans un contexte de crise économique. Les pays africains endettés recherchent l'aide la coopération internationale. En contrepartie, les États se retirent de la santé, et se voient imposer des programmes influencés par la doctrine néolibérale (Plassart, 2011). Le FMI et la Banque mondiale prennent le pas sur l'OMS en termes d'influence sur l'organisation de la santé. Les **PAS** visent les dépenses jugées excessives, la santé en faisant partie (Berkhout, Oostingh, 2008). Si, jusque-là, les institutions financières internationales n'avaient pas le monopole des initiatives, à partir des années 1980, l'ONU traverse une crise, son rôle se détourne de l'aide économique vers l'aide humanitaire. Les trois institutions, FMI, Banque mondiale et OMC, deviennent peu à peu les piliers de l'économie mondiale et des stratégies de développement (Favreau, 2003). La logique change, le but n'est plus le développement mais la croissance économique.

Cette époque est marquée par une dégradation des infrastructures, par une pénurie de médicaments, une détérioration des conditions de travail et une fuite du personnel qualifié, le secteur de la santé se retrouvant sous-financé. Les seules personnes qui continuent à bénéficier d'une protection sociale, limitée aux accidents du travail, sont les travailleurs du secteur formel et les fonctionnaires, à partir des systèmes subsistants depuis l'époque coloniale. Les systèmes de santé sont rationalisés, et doivent se baser sur le calcul coût-efficacité afin de décider des dépenses de santé (Jamison, 1993). En effet la protection sociale est vue comme trop coûteuse dans les économies africaines, celle-ci étant considérée comme une entreprise luttant contre les dépenses pour améliorer son profit (Baumann, 2010). Ces politiques se basaient sur deux hypothèses : la capacité des ménages à payer pour leur santé et le fait que la faiblesse de l'élasticité prix de la demande de soins n'aurait aucun impact négatif sur l'utilisation des services de santé par la population (Tizio, 2005). Les années 1980 marquent également le retour des programmes verticaux, qui existent encore aujourd'hui et qui consistent à rechercher un maximum d'efficacité dans un but précis (programmes de vaccinations, de lutte contre le sida, etc.). Ces programmes sont élaborés par la coopération internationale et s'imposent aux pays africains (Eboko, 2015). Mais ceux-ci ne peuvent suffire dans la mesure où la santé nécessite une approche inscrite dans la durée, et semblent plus répondre aux situations d'urgence.

En 1987, les ministres de la Santé africains adoptent l'Initiative de Bamako, introduite par l'UNICEF (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance). Celle-ci va amener les systèmes de santé à

tendre vers de nouvelles bases : **le recouvrement des coûts[15] et la décentralisation** de la santé pour le fonctionnement du système, et la gratuité concernant la mère et l'enfant[16] pour cibler les priorités, par des programmes de vaccination ou la planification familiale[5]. Ainsi la protection sociale n'est toujours pas à l'ordre du jour, et il est établi que le financement de la santé doit passer par le recouvrement des coûts, et donc la fin de la gratuité. Le financement privatisé et la mise en place d'un contrôle plus communautaire vont tout de même laisser de la place à l'État par la part du budget alloué à la santé et une plus grande implication dans les décisions de santé. L'approche par district suit les propositions de l'OMS d'adopter une organisation pyramidale des infrastructures de santé (district, niveau de premier contact, et communauté) (Bigot, 2011). La domination de la Banque mondiale par rapport à l'OMS s'est peu à peu installée depuis l'initiative de Bamako, la Banque ayant pris l'ascendant sur l'OMS pour les financements, l'influence, les initiatives politiques dans les pays du Sud. De plus, depuis les PAS, les institutions financières internationales sont devenues les créanciers principaux des pays africains fortement endettés, ce qui contribue à ce lien de domination dans le développement. Aujourd'hui encore, malgré un rôle renouvelé des Nations Unies, ce sont encore les mêmes institutions financières qui dictent les principales stratégies de développement[17].

Si la décentralisation de la santé a un rôle important à jouer afin de se rapprocher des besoins de la population et espérer arriver à un système prenant en compte les populations rurales[18], le recouvrement des coûts a considérablement affaibli la population. Plusieurs études montrent que ces frais à la charge des ménages ont amené une diminution de l'utilisation des services (Ridde, 2012). Un rationnement structurel de la santé se met alors en place concernant l'accès aux soins d'une grande partie de la population ne pouvant en assumer les coûts. Des subventions étaient prévues pour les couches les plus démunies, mais ne furent pas effectives, accentuant les inégalités entre les personnes pouvant payer ou non pour se soigner.

[15] Celui concernait notamment les médicaments essentiels dans le cadre de l'Initiative de Bamako. Les bailleurs de fond offrent un stock de médicaments essentiels à un dispensaire, et celui-ci est revendu aux usagers, qui versent directement la marge bénéficiaire et les frais de consultations afin de racheter le stock.

[16] Les mesures concernant la protection maternelle et infantile ayant déjà été adoptées à Alma-Ata en 1978. Le concept de la « Santé pour tous » consistait alors à mettre en place des prestations primaires universellement accessibles suivant les préconisations de l'OMS sur l'organisation pyramidale de la santé, avec la gratuité pour les soins de base et les programmes concernant la mère et l'enfant, préconisant pour la première fois une participation communautaire.

[17] L'initiative PPTE (Pays Pauvres Très Endettés), qui existe toujours à l'heure actuelle, est une illustration du fait que les politiques promues par les institutions financières internationales depuis les annnées 1980 sont toujours similaires et aboutissent à des stratégies de développement qui se pérennisent. Cette initiative est lancée en 1996 et est destinée à alléger les créances sur les pays les plus pauvres en contrepartie de la continuité de l'ajustement structurel. Le niveau de l'allègement dépend de scénarios de croissances macroéconomiques supposant un résultat positif de cet ajustement.

[18] Un consensus s'est formé au sein de la coopération internationale en faveur de la décentralisation, pouvant permettre de mieux cibler les populations, et de prendre en compte les spécificités institutionnelles locales.

L'organisation de la santé doit alors devenir plus rationnelle, responsabilisant les usagers de ces services, les incitant à protéger leur « capital santé[19] ». Faire payer le patient, dans l'économie standard, est une technique incitative destinée à mieux maîtriser les dépenses et éviter la surconsommation. Et si à ce jour, la plupart des pays d'Afrique de l'Ouest et centrale ont entamé la décentralisation, celle-ci est loin d'être achevée, nécessitant des transferts de ressources mais aussi de compétences (Baade-Joret, 2006).

1.3. Un consensus vers l'exemption ciblée

Ainsi, pendant plusieurs décennies, le manque de financement amène la dégradation du système de santé, dans l'offre de soins comme dans la protection de la population. Celle-ci assume la plus grande part de la prise en charge des soins, accentuant les inégalités et la pauvreté. L'accès aux soins devient impossible pour la plus grande partie des habitants de la région. Un consensus international se forme petit à petit[20], dénonçant l'injustice du système du paiement direct. La couverture maladie devient le nouvel objectif, permettant d'étendre l'accès aux soins par un mécanisme de financement plus équitable et plus viable sur le long terme, sous condition que l'offre de santé s'améliore (qualité des soins, infrastructures, ressources humaines, etc.). La prise en charge ne devrait plus se faire au niveau individuel mais collectif. Ce système permet également d'installer une solidarité nationale dans le domaine de la santé, loin de l'individualisation du recouvrement des coûts. **La protection sociale devient ainsi un des piliers attendus du développement** dans les rapports et recommandations de la coopération internationale telle que la Banque mondiale[21]. Ce retournement de vision provient de plusieurs facteurs, tels que la remise en cause du lien de causalité entre croissance économique et progrès social, notamment après les crises d'Asie de l'Est à la fin des années 1990.

Les révisions des approches théoriques de la pauvreté et les inégalités croissantes entre pays dans le contexte de la mondialisation ont également joué dans la construction de cette

[19] Le capital santé se base sur l'approche en termes de capital humain. La santé est considérée comme un investissement selon le modèle de Grossman (1972). Mais ce modèle se base sur une vision rationnelle de l'individu, et un sentier d'investissement optimal, alors que les incertitudes sont nombreuses. De plus il considère un stock de santé initial pour pouvoir démarrer les investissements.

[20] En 2009, l'ONU et l'OIT lançaient le projet d'un « socle commun de protection sociale » dans les pays en développement. Le but était d'obtenir un niveau minimum universel de protection sociale, avec l'accès aux services essentiels - les soins primaires - et des transferts sociaux pour les plus pauvres et les plus vulnérables (http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/features/WCMS_141819/lang--fr/index.htm, consulté le 13/01/2015).

[21] Voir « Combattre la pauvreté », Rapport de la Banque mondiale sur le développement dans le monde 2000-2001. En 2005, l'Assemblée mondiale de la Santé adoptait la « Résolution sur le Financement durable de la Santé, la Couverture universelle et l'assurance maladie sociale ». Dans cette même tendance se sont tenus la conférence de Berlin en 2005, la conférence de Paris en 2007.

approche du développement de la santé (Sossa, 2011). Le lien entre croissance et diminution de la pauvreté est rompu, il est désormais nécessaire d'avoir des institutions pour faire le lien entre les deux. La mise en place des OMD a permis une prise de conscience par rapport à la situation des pays africains, nécessitant de nouveaux moyens d'améliorer l'accès aux soins et de nouveaux engagements de la communauté internationale (Balique, 2011). Afin de prendre en compte la dimension sociale de l'ajustement, un grand nombre de pays ont décidé de créer des filets de sécurité pour les populations les plus vulnérables, comme les fonds sociaux et la promotion de formes communautaires de couverture à partir des années 1980 (Banque Africaine de développement, 2004).

Le problème est d'améliorer la situation avec les ressources disponibles, dans la mesure où il est difficile de les augmenter de manière conséquente sur le court terme (Letourmy, 2003). L'argument est ainsi de montrer le gain d'efficience pour une augmentation limitée des ressources. La couverture maladie est présentée comme capable de solvabiliser la demande, afin d'améliorer en allant plus loin le financement des établissements et la qualité des soins, ceux-ci profitant d'une sécurisation du secteur de la santé. Ainsi le consensus envers la protection sociale provient d'une **vision fonctionnaliste de l'État social**. La couverture peut permettre de diminuer la vulnérabilité de la population face aux chocs de la maladie. Dans les pays en développement, la protection devient un investissement nécessaire au développement humain, à la croissance économique[22]. Mais la couverture maladie, et la protection sociale plus généralement, possèdent avant tout un caractère redistributif important, selon les auteurs post-keynésiens, qui mettent en avant la protection comme facteur de cohésion sociale (Euzéby, Fargeaon, 2011). Cependant, la coopération internationale cible la pauvreté et non la cohésion nationale, pourtant fondamentale afin d'aboutir à un système pérenne et légitime (Stiglitz, 2002).

L'abolition du paiement direct passe notamment par les politiques de gratuité destinées aux indigents, ou aux populations ciblées telles que la mère et l'enfant. Le discours change ainsi radicalement entre l'encouragement au paiement direct et maintenant son exemption. Cette abolition est primordiale pour l'accès aux soins de la population. Elle pourrait par exemple permettre de sauver entre 150 000 et 300 000 enfants de moins de 5 ans par an, selon une étude menée dans 20 pays d'Afrique subsaharienne (James et al., 2006). En 2009, les dirigeants mondiaux[23] réitéraient la nécessité de mettre en place des « services de qualité gratuits dans

[22] En 2009, les Nations Unies lançaient le projet d'un « socle commun de protection sociale » dans les pays en développement. Les déclarations, les concertations et les rapports se multiplient désormais sur le besoin de protection sociale.
[23] Nations Unies, Premiers ministres de certains pays développés (Norvège, Royaume-Uni, etc.), et Présidents de certains pays en développement (Sénégal, Brésil, etc.).

toutes les structures de soins » pour la mère et l'enfant, mais l'abolition est encore rejetée en Afrique subsaharienne, la vision de l'Initiative de Bamako (recouvrement des coûts) continuant à dominer (Ridde, 2012). Le consensus international s'est ainsi détourné du paiement direct pour tous pour un système partagé entre le prépaiement et l'abolition des paiements pour les ménages pauvres. L'OMS prévient désormais les pays de ne pas céder « à la tentation du recouvrement des coûts » (OMS, 2008). Mais ces politiques rencontrent des effets indirects. Le but affiché par la Banque Mondiale et les autres acteurs internationaux est la « lutte contre la pauvreté », qui devient un impératif moral difficilement contestable. Pour cela, des parties de la population, les plus vulnérables, sont ciblées, afin de les faire sortir de la pauvreté (Lautier, 2001). Mais, dans le contexte africain, une majorité de la population, exclue de toute protection sociale mais ne rentrant pas dans les critères de grande vulnérabilité, est ainsi mise de côté. De plus, celle lutte occulte une approche globale en mettant en avant des soins de santé primaires sélectifs par les programmes verticaux ciblés et non des soins de santé primaires universels, se détournant de l'esprit original d'Alma-Ata.

1.4. Un système peu adapté au contexte africain

Même si les couvertures santé traditionnelles (au sens des couvertures d'origine occidentale) subsistent pour le secteur formel de la population dans la plupart des cas en Afrique de l'Ouest et centrale, il semble qu'elles ne peuvent s'adapter à l'ensemble de la population dans cette région. Le système européen de la protection sociale apparaît comme peu légitime en tant que modèle à suivre pour les pays africains. Cette protection se base sur les salariés dans l'emploi, avec un droit du travail, une implication des partenaires sociaux, et un haut niveau de protection. Ce dernier représente depuis 1945 non plus la garantie d'un minimum vital mais plutôt la conservation d'un certain niveau de vie (Ramaux, 2007). L'État est important pour réguler cette protection sociale. Cette légitimité est d'abord remise en cause par rapport au contexte africain dans la mesure où la **majorité de la population exerce au sein de l'économie populaire** et que la pauvreté est importante. Le travail n'est pas « normalisé », et les pays ne possèdent pas un droit du travail et des droits sociaux s'accompagnant d'un système juridique fort. Si ces droits existent, leur application pose problème (Destremeau, Lautier, 2006).

La couverture maladie connaît généralement plusieurs limites, propres au risque qu'elle protège et au comportement des agents. Le risque est ici la probabilité qu'une maladie ne survienne, celle-ci étant associée à une perte monétaire. Cette perte sera compensée en cas de sinistre grâce au paiement régulier d'une prime. Le comportement des agents peut varier en raison d'une asymétrie d'information entre le contractant et l'assureur. La sélection adverse correspond à la demande d'un client potentiel de s'assurer alors qu'il sait avoir un risque très

élevé de maladie et qu'il ne met pas l'assureur au courant. Cependant, en Afrique de l'Ouest et centrale, le problème de sélection adverse est connu et généralisé dans la mesure où de grandes maladies touchent les populations, et que les conditions de vie ont un impact fort sur la santé qui peut constamment vaciller. L'aléa moral (Akerlof, 1970) est un problème d'asymétrie d'information ex post, c'est-à-dire que l'assuré, se sachant protégé, va négliger sa santé. Si cela peut avoir un effet négatif, l'utilisation accrue des services de santé est bien l'objectif en Afrique subsaharienne, et comporte ici un effet positif (augmentation de la fréquentation des services d'accouchements par exemple) (Wang et al., 2010).

La contribution à apporter pose ainsi d'importants problèmes pour ceux qui ne peuvent payer la prime, nombreux dans les pays d'Afrique de l'Ouest et centrale. Trouver et délimiter une base contributive est complexe avec une forme informelle dominante. La couverture maladie doit, de plus, se coupler avec une amélioration de la qualité des soins en garantie de la couverture. Elle semble, tout au moins dans son extension à l'économie populaire, trop limitée ou peu adaptée pour couvrir la population de cette région. Le discours prônant la couverture maladie, et une base de protection sociale pour tous les pays en développement, s'appuie sur les avantages techniques sans réellement penser à la complexité de l'application (Letourmy, 2003), alors même qu'une approche par les risques semble limitée, ceux-ci étant bien connus en Afrique de l'Ouest et centrale. En effet la vision de la couverture maladie comme un « contrat », selon la théorie de l'agence et le modèle néoclassique, est censée résoudre ces problèmes propres au comportement rationnel et opportuniste des agents demandeurs de santé, et se trouve bien restrictive (Domin, 2006).

Ainsi, même sans prendre en compte l'histoire de la protection sociale en Afrique de l'Ouest et centrale, par une approche structuraliste, **imposer un système copié des modèles de protections occidentaux semble contestable, et montre les limites d'une approche par l'assurance**. Ceci confirme le scepticisme d'une certaine littérature qui remet en cause le mimétisme de « bonnes pratiques ». Des études, menées sur les changements institutionnels et le secteur entrepreneurial en Asie (Khan, 2004 ; Qian, 2003), ont montré que le copiage est contre-productif et que, selon les pays, les contextes, des réformes identiques ne débouchent pas sur les mêmes effets. L'argument selon lequel la protection ne peut se faire qu'à partir d'un certain niveau de développement pour en éviter les effets négatifs semble également peu pertinent, dans la mesure où la protection peut aider à sortir de la pauvreté et contribuer au développement économique et social. Le développement économique ne fait pas tout, les liens avec le développement humain peuvent aller dans les deux sens. De plus, la protection sociale résulte d'une histoire, d'interactions entre des acteurs qui offrent une légitimité au système adopté et s'adapte au contexte au lieu de se transposer. En Europe, les différentes forces historiques ont

abouti à des régimes d'État-providence différents, influant sur le fonctionnement de la protection sociale. La formation politique de la classe ouvrière et les coalitions construites lors de la transition d'une économie rurale à une société bourgeoise ont abouti à des régimes libéraux, conservateurs, méditerranéens et sociaux-démocrates (Esping-Andersen, 2007 [1990]). Ces différences d'État-providence proviennent d'une conception différente du droit à la démarchandisation, à la création de la citoyenneté sociale se basant sur des droits sociaux et une protection sociale collective face à des marchés devenant universels. La construction de la protection sociale en Europe résulte donc d'un processus complexe de la création de régime d'États-providence forts, régulant la protection sociale en accord avec les partenaires sociaux.

A contrario, en Afrique de l'Ouest et centrale, la Sécurité sociale ne s'est créée que par l'impulsion de la colonisation et n'a pas résulté de tels enjeux. Aujourd'hui encore la coordination des acteurs pose problème, et la protection sociale a peu évolué pendant 50 ans, face à la faiblesse des interactions entre les acteurs (État, différents ministères, coopération internationale, entreprises, formes communautaires de couverture, société civile) et à différentes échelles (entre l'État et les infrastructures de santé). Aujourd'hui l'État peine à établir des tutelles claires par rapport aux organismes obligatoires, comme à mettre en place des cadres institutionnels pour aider les formes de couvertures maladies volontaires notamment. L'implication de celui-ci est faible dans la régulation des systèmes existants (Letourmy, 2003). Au niveau des individus, leur vision de la justice sociale couple l'égalité, qui provient du statut de citoyen de l'État, et le respect des hiérarchies ancrées dans les sociétés d'Afrique de l'Ouest et centrale. Si les systèmes de sécurité sociale hérités des politiques coloniales n'ont pas été revendiqués par l'ensemble de la population, c'est non seulement du fait de l'étroitesse du salariat, mais surtout du caractère élitiste et isolé de ces politiques sociales, qui ne peuvent se substituer aux logiques et mécanismes locaux, informels (Vuarin, 2000). **Ainsi, si la protection sociale est plébiscitée aujourd'hui dans les pays d'Afrique de l'Ouest et centrale, leur histoire a construit un cadre bien moins propice à ce type de régime dans le court terme**. La couverture maladie ne s'est pas construite par une interaction entre les acteurs, une culture, ou une histoire, mais sur un certain modèle de développement (Ron, Abel-Smith, Tamburi, 1990).

1.5. Les impacts du développement ciblant l'efficacité sous la contrainte de l'équité

1.5.1. La « bonne gouvernance » se diffuse

Depuis le début des années 2000, les pays d'Afrique de l'Ouest et centrale connaissent une transition dans le domaine de la santé, accumulant les réformes par rapport aux recommandations internationales et à leur application locale. Cependant cela semblerait être au

prix de nouveaux standards fixés par les partenaires au développement tels que les OMD, la mise en place d'un cadre participatif, la contractualisation et surtout la **« bonne gouvernance »**. Le cadre participatif, consensus établi depuis plusieurs années au sein des partenaires au développement, répond à un besoin démocratique, dans l'accès aux soins et dans leur gestion, et est souvent présenté comme « un remède miracle » (Fassin, Fassin, 1989).

Aux origines de la « bonne gouvernance »

Alors que la gouvernance regroupe des modes divers de fonctionnement, de coordination des acteurs dans le but de prendre en compte divers objectifs, la « bonne gouvernance » est une homogénéisation des buts à atteindre et des outils pour y arriver. Ainsi, les préconisations actuelles de la coopération internationale reviennent sur certains préceptes du passé, en cherchant par exemple à redonner une place centrale de l'État dans la santé, bien que cela s'inspire toujours d'une optique néolibérale (l'État intervient dans la santé pour compenser les défaillances du marché). En revanche, elles en conservent ou prolongent d'autres, comme la « bonne gouvernance » et la responsabilisation. Les outils incitatifs et de gestion se diffusent, comme la séparation des fonctions de producteurs et de financeurs de soins, provenant du « managed care ». La maîtrise des dépenses est un élément fondamental des politiques de santé, et peut inciter à mettre les producteurs privés ou publics en concurrence pour aboutir à une meilleure efficacité.

La gouvernance n'est pas un terme neutre, comme son origine peut déjà l'illustrer. Ce terme est né au moment où les entreprises se sont tournées vers les marchés financiers. La « bonne gouvernance » consiste alors à prendre en compte les intérêts de l'actionnaire, puis des autres parties prenantes. L'entreprise n'a plus comme seule vocation le profit. La coopération internationale, après avoir préconisé des concepts marchands et libéraux, et voulu une moins grande implication de l'État, est passée à une recommandation de « bonne gouvernance » au sein des États. Des politologues américains ont utilisé le terme de « gouvernance » pour qualifier les relations entre les gouvernements africains et leurs partenaires internationaux dans la mise en place des politiques publiques postcoloniales (Eboko et al., 2015). Dès 1989, la Banque mondiale commence à utiliser ce terme, pour réparer la « mauvaise gouvernance » africaine présentée comme responsable des échecs du développement. Le président de la Banque lui-même (Barber B. Conable) introduit la « bonne gouvernance » dans un rapport sur l'Afrique subsaharienne : « *A root cause of weak economic performance in the past has been the failure of public institutions. Private sector initiative and market mechanisms are important, but they must go hand-in-hand with good governance – a public service that is efficient, a judicial system that is reliable, and an administration that is accountable to its public* » (World Bank, 1989, p xii). Elle est redéfinie par la

Banque mondiale en 1994 comme « *la manière dont le pouvoir est exercé dans le management des ressources économiques et sociales de développement d'un pays* » (cité par Boidin, 2014, p37). Pour le PNUD, en 1995, la « bonne gouvernance » est « *un cadre de management public basé sur l'état de droit, un système de justice juste et efficient, une large implication de la population dans les mécanismes de gouvernement et dans la façon d'être gouverné* » (UNDP, 1995, p3). Les termes de **management public, d'efficience, de participation** sont ainsi mis en avant pour harmoniser la prise en charge de la santé et améliorer la gestion des finances publiques. Un « quasi-marché » de la santé se forme (Tizio, 2004). En 2001, Hours constatait l'installation progressive d'un marché de la santé, le but pour les pays en développement, d'après les organisations internationales, étant désormais de permettre à ces « quasi-marchés » de mieux fonctionner. En écartant la perception de la santé au sein des sociétés ciblées, en se posant hors du contexte, la régulation du système de santé devient contractuelle, en considérant la santé comme une marchandise, et les individus comme des consommateurs qui doivent être responsables.

La « bonne gouvernance » n'est pas un terme neutre

Les critères politiques (efficacité, capacité de réforme, assistance aux ONG locales) s'ajoutent aux conditions économiques des prêts accordés par la Banque mondiale. La « bonne gouvernance » de la Banque mondiale n'est toutefois pas présentée comme une position politique mais technique. Elle implique des normes de gestion (comme le financement basé sur la performance) mais, contrairement aux prêts bilatéraux conditionnés par la démocratisation des pays aidés, ne préconise pas directement une forme spécifique de gouvernement qu'il serait nécessaire de mettre en place pour atteindre une « bonne gouvernance » (Castel, 2006). Cependant la diffusion de la « bonne gouvernance » marque bien la diffusion du New Public Management et des déterminants idéologiques néoclassiques (Eboko et al., 2015). Bien que présentée comme neutre, la « bonne gouvernance » devient un indicateur performatif. Elle est, pour la Banque mondiale, une condition préalable à la croissance économique et à la réduction de la pauvreté, grâce à trois axes : un rapport mon hiérarchisée avec l'État ; la négociation des décisions de politique publiques par l'ensemble des parties prenantes ; la transparence et la responsabilité des pouvoirs publics, et se trouve en réalité dans une posture pro-démocratique. Ainsi la « bonne gouvernance » postule que la participation de la société civile, la transparence de l'information, la démocratie sont des conditions suffisantes pour améliorer la gouvernance rapidement, sans prendre en compte les contraintes macroéconomiques et politiques (Cartier-Bresson, 2010).

Aujourd'hui le but affiché par la coopération internationale et appliqué dans les pays à faible revenus est la recherche de l'efficacité voire l'efficience sous la contrainte de l'équité, par la

« bonne gouvernance » de la santé, qui est alors considérée comme un bien public. L'approche en termes de droits humains de la santé semble dominer dans les discours, mais souvent l'amalgame est fait avec la notion de bien public, qui en réalité prend le pas sur la première approche (Boidin, 2015). **La santé comme bien public**, pour laquelle l'intervention de l'État résulte de la déficience du marché, date des années 1980, et fut appuyée par les PAS, rompant avec l'approche précédente, d'inspiration socialiste, de la santé vue comme un service public, prérogative naturelle de l'État. La différence avec l'approche en termes de droits humains tient à la distinction entre équité et efficience pour les biens publics comme critère de régulation de la santé. **Pour l'approche par les droits humains**, les droits fondamentaux sont des prérequis pour d'autres droits, notamment économiques. Ainsi la coopération internationale préconise l'efficience, objectif principal, sous la contrainte de l'équité, secondaire.

Ainsi les politiques de santé, d'extension de la couverture maladie doivent pouvoir respecter un développement humain durable, en mettant en avant **l'efficience**. La démarche standard intervient ici, dans le sens d'une allocation optimale des ressources. Mais la contrainte d'**équité** s'y ajoute, ainsi que celle de la **légitimité** (Barry, Boidin, Tizio, 2011). L'équité au Sénégal, comme dans la plupart des pays d'Afrique de l'Ouest et centrale, a connu plusieurs évolutions. La conception égalitariste des années 1970 consistait en un accès égal aux soins pour tous, mais fut remplacée dans les années 1980 par la vision libérale, amenant la responsabilité financière des patients, et la justification des inégalités dans l'accès aux soins par les différences entre les productivités individuelles. Aujourd'hui la vision rawlsienne domine, combinant les deux autres approches (étendre l'accès aux soins à toute la population par la rationalisation et la responsabilisation des individus, des structures de soins, de l'extension de la couverture maladie) (Boidin, 2014). L'équité est verticale dans le financement de la santé, c'est-à-dire qu'elle admet des inégalités si cela favorise les plus vulnérables (Mané, 2013).

1.5.2. Des « bonnes pratiques » restrictives

Dans le but d'améliorer la gouvernance dans le secteur de la santé, plusieurs objectifs sont ciblés, tels que la promotion de la gestion axée sur les résultats, l'amélioration de la gestion et de la planification administrative et financière, et la mise en place désormais des financements basés sur la performance[24]. La « bonne gouvernance » s'accompagne d'une forte quantification des

[24] Le Financement Basé sur la Résultats (FBR, ou PBF, pour « Performance-based financing ») est présenté, par des acteurs tels que l'OMS, comme une mesure permettant d'améliorer la productivité des travailleurs par la santé (en améliorant les mécanismes de financement, d'information, de planification, d'évaluation selon des critères spécifiques), elle sous-estime pourtant les nombreuses contraintes et la complexité d'une application sur le terrain. Les effets peuvent de plus être négatifs : distorsions en se concentrant sur certains services, manipulation des chiffres, du choix des patients afin d'atteindre les objectifs, mise en avant du quantitatif avant

données. Cette performance est évaluée à tous les niveaux du système de santé, même au niveau des individus qui doivent être autonomes et responsables. Au niveau des services publics, ce qui est mesuré par la performance est considéré comme une réalité non contestable, alors que cette mesure se place hors de tout contexte (Jany-Catrice, 2012). La responsabilisation des structures de santé comme de la population est une constante importante. Les pratiques sociales « positives » seront appuyées. Une sensibilisation est mise en place pour éviter les pratiques néfastes. La gestion axée sur les résultats est destinée à établir un fonctionnement efficace et durable basé sur la transparence, permettant la participation des différents acteurs et le partage des informations. Les réformes seront régulièrement évaluées par l'ensemble des « parties prenantes » (collectivités, partenaires techniques et financiers, ministères, secteur privé, société civile, universités, etc.), notamment au niveau de son efficience et de la rationalisation des ressources (allocation sur la base de critères précis), du coût-efficacité, réunissant quantitatif et qualitatif (participation des populations). Dans ce cadre, les partenariats publics-privés, la contractualisation se développent. Se reposant sur la théorie du *Public Choice*, la coopération internationale, notamment la Banque mondiale, élabore des **« bonnes pratiques »** dans le but d'améliorer les institutions appuyant le marché (Baron, 2006).

La rhétorique de la « bonne gouvernance » concentre toutes les raisons de l'échec du développement sur la « mal gouvernance », sur le manque d'efficacité des aides. Dans ce cadre, la réduction de la pauvreté passe par une réallocation de l'aide en fonction de la pauvreté des pays mais aussi de la qualité de leurs institutions, de leurs politiques (Collier, Dollar, 2001). Si des faiblesses existent en effet au niveau institutionnel dans les pays d'Afrique de l'Ouest et centrale[25], **l'explication de la « bonne gouvernance » est très restrictive**, occultant des facteurs primordiaux expliquant la pauvreté et l'échec de l'aide, tels que les inégalités sociales et économiques à l'intérieur des pays, les inégalités au sein de la structure internationale, les spécificités au niveau local, etc. (Cartier-Bresson, 2010). Les facteurs sont à la fois internes et externes aux pays, une remise en cause des autres acteurs sur la scène internationale est importante pour comprendre la répartition des ressources entre les pays.

---

le qualitatif, etc. Le succès ou non de la méthode du PBF dépend fortement du contexte. Mais peu d'études cherchent à comprendre pourquoi la méthode fonctionne ou non, ses conséquences à la fois positives et négatives (Ireland, Paul, Dujardin, 2011).

[25] La confiance envers les pouvoirs publics est encore faible. Selon la population sénégalaise interrogée par Transparency International, la corruption est forte au Sénégal, et notamment au sein du secteur public et des fonctionnaires. D'après le baromètre de la corruption 2013, le Sénégal faisait partie de la tranche de pays dont 50 à 74,9% des enquêtés (sur l'année passée) ont répondu avoir payé des pots-de-vin dans divers services (éducation, système judiciaire, santé, police, administration, taxes, terrains).

Des décalages entre l'évolution des discours et les réalisations sur le terrain

Depuis le début des années 2000, l'intérêt de la lutte contre les inégalités de santé se développe. L'OMS reconnait ainsi l'importance des facteurs autres que la prise en charge médicale des soins dans l'amélioration de la santé des personnes, notamment depuis le rapport de la Commission des Déterminants Sociaux de la santé de 2008. L'organisation définit les déterminants de santé de la manière suivante : « *les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie. Ces circonstances qui reflètent des choix politiques, dépendent de la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources à tous les niveaux, mondial, national et local. Les déterminants sociaux de la santé sont l'une des principales causes des inégalités en santé, c'est à dire des écarts injustes et importants que l'on enregistre au sein d'un même pays ou entre les différents pays du monde*[26]. » Deux niveaux sont distingués :

- les **déterminants structurels**, liés au contexte du pays, influent sur la répartition sociale de la population en fonctions de divers facteurs (revenu, éducation, sexe, ethnie, etc.) : politiques sociales, macroéconomiques, culture, etc.

- Ce premier niveau a un impact sur les **déterminants intermédiaires**, constitués des conditions matérielles, psychologiques, des comportements, des facteurs biologiques, du rôle du système de santé (Moquet, 2008).

Malgré cela, les approches restent restrictives sur le terrain, avec une forte domination de la « bonne gouvernance » dans tous les secteurs. La coopération internationale et son expertise ont une place importante dans la mise en œuvre des politiques de santé au Sénégal comme en Afrique de l'Ouest et centrale, en particulier les bailleurs de fonds, en haut de la hiérarchie de la coopération internationale. La dépendance est toujours forte envers les financements extérieurs, ce qui a des conséquences sur la structure du système de santé. Leurs conseils touchent la totalité du secteur de la santé, de la couverture à l'offre, en érigeant de grands concepts applicables à tous les pays à faible revenu, sans réellement se pencher sur leur application selon les contextes locaux. Ceci aboutit à une fragmentation du fait que les financements sont alignés sur les priorités des bailleurs et de la multiplicité de ces bailleurs (Kelley A. et al., 2014). Les approches de la Banque mondiale comme de l'OMS sont économiques et ne prennent pas assez en compte le contexte dans lesquelles elles s'inscrivent, les rapports de pouvoir, les objectifs des communautés, les valeurs des personnes (Mladovsky, Mossialos, 2008). Bien que connus, les problèmes et spécificités de la

[26] Définition disponible à cette adresse : http://www.who.int/social_determinants/fr/. Consulté le 13/01/2015.

société semblent être ignorés ou considérés comme des défaillances, au lieu au contraire de s'y adapter (Hibou, 1998). Comme l'expliquait Cartier-Bresson (2010), les travaux cités, s'appuyant principalement sur des démonstrations économétriques, dans les publications officielles de la Banque mondiale démontrent les apports positifs de la décentralisation, de la « bonne gouvernance », de l'ouverture commerciale, du respect des droits de propriétés, de la démocratisation. Or la littérature révèle des résultats bien plus contrastés en ce qui concerne ces divers éléments, la Banque mondiale verrait des liens de causalité là où il n'y a en fait que des corrélations. L'effet bénéfique à court terme sur la croissance de l'amélioration de la gouvernance a été remis en causes par divers auteurs (Treisman, 2000 ; Platteau, 2004 ; Pritchett, 2006 ; Cartier-Bresson, 2010). Les normes internationales continuent, à travers les divers programmes de développement accumulés jusqu'à aujourd'hui, de guider le système vers l'offre : d'infrastructure, de médicaments, d'assurance, oubliant la demande à travers les individus, leurs valeurs, leur perception de cette offre (Boidin, 2014).

Concernant l'exemple de la couverture maladie, rompant avec l'idée que la protection sociale est trop coûteuse pour les pays en développement, des instituts tels que l'Association Internationale de la Sécurité Sociale (AISS) ou la Banque mondiale ont démontré la possibilité de l'étendre à l'ensemble de la population au Sénégal, l'effort financier étant possible par rapport aux ressources, et les aides internationales nécessaires pour compléter. Ces études se concentrent sur les modalités de financement (impôts, taxes, mécanismes de marché et le cas échéant bailleurs de fond et aide internationale), mais revêtent un caractère technocratique, ne cherchant pas à composer avec les contraintes et spécificités locales, amenant un écart entre les projections et la réalité (Baumann, 2010). De par l'accumulation des politiques de développement en ce qui concerne la santé, une multitude de formes de financement de la santé coexistent dans les pays d'Afrique de l'Ouest et centrale. Malgré ce large prisme de financements, certains groupes ne sont toujours pas ciblés par des politiques de santé (comme dans le cas de certaines maladies chroniques ou débilitantes).

2. Panorama de la couverture maladie en Afrique de l'Ouest et centrale

Les diverses formes de couverture maladie dans les pays d'Afrique de l'Ouest et centrale découlent de ces accumulations successives de politiques de développement, de restructuration et de lutte contre la pauvreté. Elles hybrident régime obligatoire institutionnalisé, assistance pour les plus pauvres, et régimes volontaires autonomes pour le reste de la population, c'est-à-dire les travailleurs du secteur dit « informel », que nous qualifions « économie populaire », devant se prendre en charge par eux-mêmes. Si les mesures concernant les populations les plus vulnérables touchent une partie de l'économie populaire, elles sont loin de la prendre en compte dans son

ensemble. C'est pourquoi ces pays connaissent aujourd'hui des phases de transition, par l'extension des couvertures maladies.

2.1. Des systèmes très diversifiés

Les formes de la couverture maladie dépendent de l'histoire de leur construction, de la culture du pays, ou encore de la structure de la population. Les couvertures maladies institutionnalisées regroupent les formes nationales et sociales, les plus développées. Celles-ci dominent principalement dans les pays développées. Les couvertures privées sont constituées des formes à but lucratif (assurantiel) et à but non lucratif. Si elles sont complémentaires aux formes précédentes dans les pays développés, elles sont très importantes dans les pays en développement, comme l'esquisse le tableau suivant par quelques exemples.

Tableau 1 : Les principaux types de couverture maladie

Types d'assurance	Source de financement	Gestion	Pays
Assurance maladie nationale.	Régime d'imposition général.	Secteur public.	Canada, Costa Rica, Grande-Bretagne.
Assurance maladie sociale.	Cotisations sociales payées par les employeurs et les salariés.	Caisse de sécurité sociale ou caisse(s) d'assurance maladie.	Colombie, Allemagne, Japon, Corée du Sud, États-Unis (Medicare).
Assurance privée facultative – système commercial.	Primes payées individuellement ou par les employeurs et les salariés.	Compagnie d'assurance commerciale, à but lucratif ou non lucratif.	Afrique du Sud, Etats-Unis, Namibia.
Assurance maladie communautaire.	Primes payées individuellement ou par les communautés.	La communauté ou une association.	Chine, Inde, Philippines, Rwanda, Sénégal.

Source: Wang et al., 2010.

Dans les pays d'Afrique de l'Ouest et centrale, bien que tout soit à construire, plusieurs formes de couvertures cohabitent peu à peu au sein de chaque pays, avec des difficultés dues au manque de coordination entre les acteurs impliqués dans la santé. Cette cohabitation prend des formes variées entre les pays, du fait de cette histoire et de cette coordination entre acteurs, comme nous l'avons vu précédemment. Les couvertures maladies en Afrique de l'Ouest et centrale sont principalement : les régimes obligatoires non contributifs, qui recouvrent la couverture nationale (basée sur le système du ticket modérateur) et l'assistance (fonds de gratuité pour certaines catégories de la population, vaccination, moustiquaires contre le paludisme, etc.) ; les régimes obligatoires contributifs, qui sont les couvertures sociales gérées par des caisses de Sécurité sociale, souvent héritées de l'époque coloniale ; les régimes volontaires contributifs, qui sont constitués des assurances privées et des formes communautaires de couverture comme les mutuelles de santé.

La régulation de la prise en charge de la santé va fortement dépendre des acteurs à l'origine de ces mécanismes. Comme nous l'avions abordé en introduction, nous considérons la protection sociale de manière large, incluant les dispositifs formels comme informels. Waelkens et Criel utilisaient la classification suivante en 2004 :

Tableau 2 : Caractéristiques des organisations de protection sociale

	État	**Marché**	Organisations fondées sur leurs membres	**Ménages**
Instruments	Assurance sociale, Assistance nationale, Transferts	Contrat d'assurance, Micro-crédit	Arrangements Mutuels, coopératifs, Travail volontaire Micro-crédit	Echanges de cadeaux et de travaux, transfert de salaires, assurance sur les récoltes
Mode de fonctionne-ment	De haut en bas	Individuel	Principalement de bas en haut	Du bas vers le haut
Motivations	Réglementations	Maximisation du profit/de l'utilité; Rôle des prix	Réciprocité équilibrée, Solidarité	Normes et valeurs sociales, charité

Source : Waelkens et Criel, 2004

D'autres mécanismes existent par rapport à cette classification. Les groupes religieux peuvent également être à l'origine de mécanismes de protection. Prenons l'exemple de la zakat : cette aumône prescrite par le Coran est destinée aux pauvres et est recueillie par les imams. La zakat est considérée comme un instrument de redistribution économique, de justice sociale, mais aussi dans certains cas de levier politique. Au Sénégal, des groupes de tradition sunnite anti-confrériques mettent en avant la gestion et la redistribution centralisée de la zakat comme une alternative dans la mesure où l'État échoue à prendre en charge la misère. Peu à peu, à partir des années 1980, ces groupes sont allés plus loin que la redistribution directe de cette aumône, en engageant des actions diverses, comme des centres de santé, des écoles, des orphelinats, des centres de désintoxication, etc. (Vuarin, 2000).

Nous avons ainsi abordé les systèmes de couverture maladie en Afrique de l'Ouest et centrale en distinguant les régimes obligatoires non contributifs, contributifs, les régimes

volontaires contributifs, et les politiques propres à l'extension de ces systèmes (ANNEXE 2)[27]. Deux grandes tendances sont mises en avant, et seront ensuite détaillées. La couverture du secteur formel, bien que connaissant des défaillances, existe dans presque tous les pays, tandis que l'économie populaire est très peu protégée et se dirige vers les régimes volontaires contributifs. Les réformes à venir illustrent la volonté d'étendre la couverture à ce secteur souvent majoritaire, par des moyens divers. Le développement de la mutualité ressort également de cette analyse, celui-ci étant vu comme l'un des moyens d'étendre la couverture à l'ensemble de la population.

2.2. La couverture du secteur formel se pérennise

En 2007, le BIT (Bureau International du Travail) indiquait que seule 10% de la population d'Afrique subsaharienne bénéficiait d'une couverture maladie. Dans la grande majorité des pays étudiés, seule la population du secteur formel est protégée. Cette « population nantie » recouvre ainsi les fonctionnaires, les salariés du secteur privé et leurs familles. Ces régimes sont généralement nationaux pour les fonctionnaires et sociaux pour le privé. Les fonctionnaires bénéficient généralement d'un ticket modérateur, laissant une partie de la charge au patient. Les régimes de Sécurité sociale peinent à proposer des branches de couvertures maladies, et se concentrent principalement sur les maladies professionnelles et les accidents du travail. Parfois la couverture ouvre le droit aux soins minimums d'hospitalisation dans les établissements publics partenaires de la caisse de Sécurité sociale. **La faiblesse de ces régimes obligatoires** amène cette partie de la population à se diriger vers les assurances privées et les mutuelles complémentaires (initiatives récentes) en complément de leur protection minimale. La protection de celles-ci est minimale, avec moins de 1% en général dans les pays étudiés (avec certaines exceptions, comme le Gabon). Les indépendants peuvent dans certains pays accéder de manière volontaire aux régimes de Sécurité sociale (au Tchad par exemple), mais cette partie des travailleurs doit presque toujours se tourner vers la couverture privée pour pouvoir se protéger.

Des assurances propres aux entreprises existent également pour protéger les salariés du secteur privé. Les régimes d'entreprises, impulsés par l'employeur, permettent une couverture maladie minimale des employés, avec un financement par cotisations. L'Institut National de

[27] Ce tableau a été élaboré à partir de textes de lois, de rapports émis par les différents ministères, notamment les Documents de stratégie de réduction de la pauvreté et les Plans nationaux de développement sanitaire (Programmes menés dans le cadre du partenariat avec IHP+ -International Health Partnership-), et de rapports provenant de la coopération internationale. Les données concernant la couverture totale de la population, ou le nombre de mutuelles fonctionnelles, par exemple, sont peu actualisées et mal renseignées, ce qui nécessite des études plus approfondies sur la situation réelle de chaque pays. Toutefois cette étude permet d'avoir une idée de la situation, et de constater la diversité des formes de couvertures qui coexistent dans les pays d'Afrique de l'Ouest et centrale.

Prévoyance Sociale (INPS) au Mali ou les Instituts de Prévoyance Maladie (IPM) au Sénégal sont d'autres formes de caisses de couverture professionnelles, cette fois impulsées par l'État, mais autonomes dans leur développement. Mais ces régimes posent encore de nombreux problèmes, avec une prise en charge des soins primaires peu développée et des cadres juridiques aujourd'hui obsolètes, comme pour les IPM sénégalaises.

2.3. Une extension qui cible l'économie populaire et les indigents

Comme nous le verrons par la suite, la volonté des gouvernements de ces pays à étendre les couvertures maladies à ces populations provient en grande partie de l'évolution des recommandations internationales (Institutions financières, Nations Unies, mais aussi diverses ONG), qui se tournent vers le prépaiement comme outil pour protéger l'économie populaire et l'exemption des paiements pour les indigents. La majorité de la population d'Afrique de l'Ouest et centrale exerce son travail de manière informelle. La pauvreté est étendue, la proportion de personnes ne pouvant prendre en charge leur santé est importante. Le contexte rural est un autre facteur de difficulté. La couverture maladie doit pouvoir se baser sur des infrastructures accessibles, proposant des soins de qualité, mais les inégalités régionales sont grandes. Des fonds d'assistance existent souvent afin de prendre en charge les soins primaires pour les indigents et les populations vulnérables (notamment la mère et l'enfant). Les fonds d'équité se développent depuis le début des années 2000, ceux-ci étant des organismes indépendants ciblant la population pauvre, et prenant en charge le paiement des soins fournis (Ridde, 2012). Les étudiants sont parfois pris en compte dans ces mesures, ou bénéficient de mutuelles subventionnées par l'État. Afin de protéger le l'économie populaire, les stratégies varient également pour mettre en places des couvertures adaptées à cette partie de la population.

Certains pays, comme le Gabon, ont fait le choix d'intégrer l'économie populaire et les indigents dans les régimes obligatoires existant, avec cependant des modes de financements différents. Ainsi un fond existe pour les fonctionnaires et un pour le privé, hybridant cotisations et impositions, et un fond pour le reste de la population, financé par une taxe mise en place sur les opérateurs téléphoniques et les transactions financières. Cet exemple est représentatif de la diversité des financements proposés pour permettre l'émergence de la couverture maladie. Les pays adoptant cette forme de couverture ont des structures économiques et sociales plus fortes que les autres pays étudiés. Il semble difficile de mettre en place ce type de couverture pour l'ensemble de la population pour l'instant au Libéria ou en Gambie par exemple.

D'autres pays cherchent à mettre en place une couverture universelle identique pour tous également, mais sur des bases nouvelles, rompant avec les couvertures traditionnelles (caisse de

Sécurité sociale notamment). Le Schéma National de couverture Maladie au Ghana par exemple se base sur des mutuelles de districts pour tous. Ce pays se base également sur des modalités de financement diverses, avec notamment une TVA à 2,5%. Le Libéria, dans un contexte de reconstruction, assure gratuitement un paquet de soins primaires universel pour une période de transition[28].

Parfois le choix se porte sur la **conservation des systèmes existants pour le secteur formel, et la promotion d'une autre forme de couverture pour l'économie populaire**. Les couvertures communautaires se développent depuis les années 1980 dans le but de protéger les populations pauvres, rurales, isolées, par le prépaiement et la mise en commun de la prise en charge de la maladie. Les mutuelles de santé ont émergé et survivent grâce aux cotisations, aux aides des ONG, aux financements locaux (villages, communautés religieuses, etc.), mais restent vulnérables du fait du petit nombre d'adhérents et de la population ciblée. Les mutuelles sont généralement autonomes, cela pouvant dans ce cadre constituer une difficulté pour développer la couverture communautaire. La décentralisation serait une première étape afin de fournir des garanties par district aux mutuelles de santé, comme au Ghana notamment. Dans certains pays, l'État va aider au fur et à mesure le développement des mutuelles, en mettant en place un cadre institutionnel comme au Mali ou au Sénégal. L'UEMOA (Union Économique et Monétaire des pays Ouest-Africains) a mis en place un cadre règlementaire, entré en vigueur en 2011 pour accompagner les mutuelles des pays de la zone. Mais peu encore possèdent de réels cadres institutionnels pour aider au développement de la mutualité dans la santé, et l'offre de soin peine à se développer en contrepartie. De plus, elles doivent composer avec des primes abordables pour la population ciblée, tout en proposant un paquet de soins primaires à tous, ce qui a un impact leur viabilité financière sur le long terme. Les formes communautaires de couverture ne se limitent pas aux mutuelles, bien que cette forme soit la principale utilisée en santé. Les organismes et mutuelles de microfinance (crédits, épargnes, etc.) commencent à proposer des couvertures maladies pour cette partie de la population également. La mutualité, propre à cette forme d'extension, sera ainsi le cœur de notre travail.

[28] Le Libéria doit, de plus, depuis 2014, composer avec les conséquences de la propagation du virus Ebola, compliquant fortement le développement d'un système de santé.

2.4. Des soins encore principalement à la charge des patients

En 2002, la Commission Macroéconomie et Santé de l'OMS préconisait des dépenses de santé minimales par habitant entre 30 et 40$ US, afin de financer les soins et services essentiels[29]. Si en 2000, peu de pays d'Afrique de l'Ouest et centrale atteignaient cet objectif, en 2013 les dépenses par tête ont augmenté dans tous. 18 pays sur 23 arrivent à suivre cette préconisation, avec en tête le Gabon et la Guinée équatoriale, et de fortes disparités entre les pays. Une certaine volonté ressort d'essayer de fournir les paquets de base à la population mais ces ratios semblent encore bien faibles pour permettre de mettre en place un paquet de soins essentiels à chaque habitant. Cependant ce seul indicateur demeure limité pour marquer la volonté réelle d'un pays, puisqu'il ne prend pas en compte les inégalités dans la prise en charge des soins selon les couches de la population, les difficultés économiques, sociales et géographiques du pays, et comprend les dépenses privées comme publiques. Celles-ci sont détaillées dans le tableau suivant, afin de chercher à comprendre la structure des dépenses dans les pays de la zone ciblée et d'établir l'implication de chacun des acteurs du financement de la santé.

[29] Le résumé du rapport est disponible sur Internet : http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/fa555.pdf (consulté le 13/01/2015).

Tableau 3 : Les dépenses de santé entre 2000 et 2013

	Dépenses privées de santé (Dps) en 2000*	***Dépenses privées de santé en 2013****	***Part des versements directs des ménages dans les Dps en 2013***	***Ressources externes pour la santé en 2000*****	***Ressources externes pour la santé en 2013*****	***Dépenses de santé par habitant en 2000 (USD courants)***	***Dépenses de santé par habitant en 2013 (USD courants)***
Bénin	55,8%	45,8%	89,2%	17%	23,2%	17	37
Burkina Faso	60,4%	40,2%	82,7%	13,9%	22,7%	12	46
Cameroun	79,0%	65,3%	94,1%	4,2%	6,3%	28	67
Cap-Vert	26,7%	24,5%	87,7%	13,0%	19,6%	63	165
Congo	42,5%	22,5%	96,0%	4,6%	4,9%	22	131
Côte d'Ivoire	71,5%	75,5%	76,5%	4,2%	7,7%	24	87
Gabon	59,7%	45,6%	85,2%	2,3%	1,0%	107	441
Gambie	72,4%	39,9%	52,7%	15,4%	35,7%	18	29
Ghana	50,6%	39,4%	91,9%	14,3%	13,2%	19	100
Guinée	80,6%	64,2%	88,0%	14,0%	19,3%	21	25
Guinée-Bissau	89,5%	79,7%	54,4%	56,5%	14,2%	9	32
Guinée Equatoriale	22,6%	22,2%	86,4%	7,2%	0,9%	61	714
Libéria	75,5%	64,1%	40,6%	9,2%	57,8%	18	44
Mali	67,1%	60,3%	99,6%	7,8%	22,8%	18	53
Mauritanie	33,5%	51,0 %	90,7%	11,2%	7,2%	11	48
Niger	76,4%	63,3%	83,9%	21,4%	11,7%	6	27
Nigéria	66,5%	72,4%	95,8%	16,2%	5,2%	18	115
République centrafricaine	49,8%	49,7%	90,5%	19,1%	47,0%	10	13
République démocratique du Congo	95,8%	46,9%	70,0%	2,8%	39,9%	5	16
Sénégal	59,1%	47,7%	77,4%	16,2%	28,9%	22	46
Sierra Leone	78,5%	85,7%	71,6%	5,2%	31,3%	26	96
Tchad	57,5%	63,1%	96,7%	24,9%	8,8%	12	37
Togo	71,5%	47,9%	84,6%	5,9%	5,9%	17	54
France	20,6%	23,2%	32,1%	0	0	2209	4690

Sources : Fait par l'auteur, sur la base des comptes nationaux de la santé disponible sur le site de l'OMS, dernière actualisation au 23/07/2015. Précisons que les données des comptes nationaux de la santé peuvent fluctuer fortement d'année en année. Comme le remarquaient Bui et al. (2015), l'exhaustivité et la qualité des données recueillies par l'OMS représentent un défi pour l'institution.

Légende :

*En pourcentage des dépenses totales de santé (DTS). Celles-ci se composent des dépenses privées (compagnies de couverture, institutions sans but lucratif, sociétés résidentes ou quasi-sociétés contrôlées par une administration publique, ménages) et publiques. Les ressources externes peuvent être allouées à l'État tout comme au secteur privé.

**Sommes des ressources consacrées à la santé par l'ensemble des unités institutionnelles non résidentes utilisées par les agents de financement des administrations publiques ou du secteur privé pour payer des biens ou des services de santé.

La plupart des pays ont vu leurs parts de dépenses privées de santé dans les dépenses totales diminuer sur cette période (pour 18 pays sur 23). La République démocratique du Congo a vu ces dépenses baisser de presque 50%, mais les dépenses de santé par habitant en 2012 sont

les plus faibles des pays étudiés. Pour d'autres, la différence est moins importante. Encore 11 pays en 2013 comptaient des dépenses privées supérieures à 50% des dépenses totales[30]. En comparaison internationale, les proportions des dépenses publiques et privées sont similaires, avec des dépenses privées généralement majoritaires (Etienne, Asamoa-Baah, 2010). Mais les revenus, eux, ne sont pas comparables par rapport aux pays développés, la prise en charge des soins par les patients entraîne de graves chocs financiers pour les ménages africains. La pauvreté amène l'incapacité de les assumer et celle-ci amène à son tour la pauvreté. Des études ont déterminé que ces dépenses ont poussé 100 000 ménages au Sénégal en dessous du seuil de pauvreté durant l'année 2005 (Durairaj, D'Almeida, Kirigia, 2010). Au Burkina Faso, « *80% des ménages pauvres doivent s'endetter ou vendre des biens* » pour prendre en charge leur santé (Ridde, 2012, p119).

Augmenter la part des dépenses publiques dans les dépenses totales de santé est un point important, dans la mesure où les **dépenses privées sont principalement composées des versements directs des ménages**. 8 pays sur 23 ont des taux de prise en charge directe des soins par les ménages supérieurs à 90% des dépenses privées, pour une moyenne de 82 %. Trois pays ressortent à ce niveau, le Libéria, avec 40,6% de part de versements directs des ménages, qui connaît une phase de transition en subventionnant un paquet de services de santé de bases pour tous, la Gambie (52,7%) et la Guinée-Bissau (54,4%). La situation est telle que les ménages plus riches utilisent les ressources de santé de manière excessive, contrairement aux ménages pauvres qui, eux, sous-utilisent ces ressources. Les couvertures obligatoires des fonctionnaires ou des salariés du secteur privé ne protègent que peu en matière de santé (fort ticket modérateur, trop peu d'ayant-droits, actes et médicaments pris en charge limités), cette catégorie de la population va chercher à adhérer à des assurances privées complémentaires. Elle va ainsi bénéficier de plusieurs régimes de couvertures et donc payer une double imposition, à travers des régimes obligatoires et volontaires, et utilisant plus de ressources sanitaires (Letourmy, Perrot, 2005).

Dans 14 de ces pays, les ressources externes pour la santé ont augmenté durant cette période. Les partenariats internationaux se développent[31], notamment dans les domaines des structures de santé, du matériel, des ressources humaines, et désormais des médicaments[32].

[30] Cette étude se base sur les chiffres de 2000 et 2013, mais les pays ont pu connaître de fortes variations entre ces deux dates, la structure des dépenses pouvant varier en cas de conflits, de réformes, etc. De même, les événements récents, avec la propagation du virus Ebola, peuvent jouer fortement sur ces chiffres.

[31] Ici l'exemple du partenariat entre l'OMS et le Bénin : http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccs_ben_fr.pdf (consulté le 13/01/2015).

[32] Bien que cela ne résoudra pas le problème de l'accès aux médicaments en Afrique, dû à la pression des industries pharmaceutiques, les partenariats tels que celui entre l'OMS et Novartis (Coartem) peuvent permettre d'accéder à des médicaments moins chers, voire parfois d'en distribuer gratuitement, si les cadres institutionnels locaux et la qualité suivent (Boidin, Lesaffre, 2010).

Certains pays reposent beaucoup sur ces aides, comme, le Libéria ou la RCA. Le volume de ces aides va ainsi dépendre des besoins du pays selon sa situation (conflits, reconstructions, vagues de maladies, etc.). Par exemple, en 2007, la seconde rébellion touarègue au Niger a entraîné un besoin d'aides extérieures (à hauteur de 74,9% des dépenses totales de santé) en raison des conséquences économiques et sociales. Mais la plupart de ces aides sont aussi conditionnées par les résultats des pays demandeurs en termes de développement humain, d'impulsions réformatrices, d'optimisation des dépenses. Le volume des aides reste trop faible pour aider au développement de systèmes de santé garantissant l'accès aux soins à tous en Afrique de l'Ouest et centrale, en se limitant souvent à de grands programmes de santé verticaux, certes importants. Ainsi l'aide a pu augmenter pour le sous-secteur « Population et fertilité » entre 1997 et 2007, le sous-secteur « Santé de base » a vu sa part diminuer sur la même période au sein des aides totales (Barry, Boidin, Tizio, 2011). Les pays donateurs réaffirmaient en 2005, lors de la Déclaration de Paris, le besoin d'augmenter les aides et de les harmoniser (Berkhout, Oostingh, 2008).

Malgré les nombreuses difficultés de ces systèmes (taux de couverture, manque de financements, problèmes de coordination ou d'application, difficultés de regrouper des données fiables), cette étude montre que les pays étudiés connaissent une transition dans leurs systèmes de santé, à travers l'extension, la création, la transformation des couvertures maladie. Bien que chaque pays possède des spécificités, il semble possible de pouvoir regrouper certaines formes d'extension.

3. Proposition de typologie de l'extension de la couverture maladie en Afrique de l'Ouest et centrale

Le rôle des typologies est ambigu. De telles modélisations sont réductrices des réalités qu'elles examinent. Tout comme les indicateurs chiffrés, les typologies doivent être étudiées avec du recul, afin de comprendre ce qui est occulté et de déterminer la légitimité de ces classifications, leur origine, leur implication. Toutefois les typologies offrent des avantages. Elles permettent de mieux visualiser des situations très hétérogènes, de comprendre les points communs entre elles mais aussi ce qui les éloigne. Notre but ici est d'établir notre typologie des transitions des systèmes de santé que connaissent les pays d'Afrique de l'Ouest et centrale, afin de comprendre les spécificités propres à cette région par rapport au reste du monde.

3.1. La nécessité d'une typologie spécifique aux pays en développement

Comme nous l'avons vu précédemment, **des modèles standards ne peuvent s'appliquer au cadre africain**. Ces pays connaissent une phase de transition dans la santé comme dans

d'autres domaines. Destremeau et Lautier (2006) ont mis cet aspect en avant en réalisant une typologie des systèmes de protection sociale dans les pays en développement. Ces auteurs souhaitaient rompre avec les typologies existantes peu représentatives de la diversité africaine, qui se basent sur des idéals-types occidentaux et méconnaissant l'histoire propre à cette région. Chaque type est un groupe homogène, un idéal-type, bien que ceux-ci soient en réalité plus diversifiés, avec des subtilités propres à chaque pays. C'est dans optique que nous réaliserons ensuite une typologie plus précise concernant la couverture maladie en Afrique de l'Ouest et centrale. Ainsi ces auteurs classent les systèmes de protection sociale dans les pays en développement selon le stade de leur avancement.

Le type 1 regroupe les pays dont « le mouvement d'extension de la protection sociale est continu » (comme en Tunisie, en Colombie), c'est-à-dire qui évoluent vers des systèmes combinant une couverture professionnelle avec la solidarité nationale pour les plus vulnérables. On y observe un essor des assurances privées, et un système mutualiste peu développé, la primauté de l'État et un système de soins assez efficace. On retrouve ici le cas du Gabon, avec une Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale (CNAMGS) divisée en trois fonds, un pour les fonctionnaires, un pour les salariés, et le dernier pour la population vulnérable. Les assurances privées sont recherchées par les fonctionnaires et salariés jugeant la couverture légale trop limitée. La volonté de couverture universelle sociale amène un mouvement mutualiste rare. L'acteur principal est l'État, et le Gabon est un pays « exemplaire[33] » en termes de couverture maladie. Le type 2 caractérise un système assez inégalitaire, encore embryonnaire et dont l'extension est bloquée, avec un système à base professionnelle, des services de piètre qualité, et une extension de petite échelle par les formes communautaires de couverture. Le noyau assuré se limite aux salariés du secteur formel. L'État est fort dans le domaine de la santé à un niveau central, et la coopération internationale, les organisations religieuses le sont au niveau local. Se retrouve ici le cas de départ de la plupart des pays étudiés en Afrique de l'Ouest et centrale. Enfin le type 3 désigne les pays dualistes, possédant un système étatique tendant vers la couverture privée, avec une incitation à l'auto-prise en charge en raison de la dégradation des services publics, et un secteur de couverture résiduel, amenant de grandes inégalités.

En Afrique subsaharienne, plus spécifiquement dans le secteur de la couverture maladie, deux principales voies émergent (Ouattara, Soors, 2007). Une première regroupe les pays comme le Gabon ou la Côte d'Ivoire, souhaitant mettre en place des couvertures obligatoires universelles, basées sur les formes existantes pour le premier, ou sur des systèmes nouveaux pour le second.

[33] Exemplaire dans la mesure où ce système est un pionnier en Afrique subsaharienne, et théoriquement étendu et efficace, notamment par rapport à ses voisins. Il faut cependant nuancer cela dans la mesure où les réformes sont lentes, l'offre de soins peine à suivre ainsi que les remboursements, et beaucoup de lacunes subsistent.

Toutes les couches de la population s'intègrent au sein d'un même système. La deuxième voie est constituée des pays souhaitant dualiser leur système, avec une couverture obligatoire pour le secteur formel et des formes volontaires (s'appuyant sur les mutuelles) pour l'économie populaire. Les indigents, dans les deux systèmes, peuvent soit bénéficier d'un fond de gratuité intégré au système national, soit se voir exempter de prime au sein des mutuelles, mais ce deuxième cas est instable dans la mesure où les mutuelles ne sont pas encadrées institutionnellement et connaissent de nombreuses difficultés de prise en charge.

3.2. Une typologie adaptée à l'Afrique de l'Ouest et centrale

L'extension de la couverture maladie est ainsi une notion large, car les pays étudiés partent de taux de couvertures très faibles. Elle doit être considérée pour plusieurs groupes de la population : le secteur formel qui possède une couverture mais peu développée, l'économie populaire qui regroupe une grande majorité de la population, et les indigents qui nécessitent des politiques particulières. Il est ainsi possible de dégager quatre axes de l'extension : le premier envers le secteur formel, le second envers l'économie populaire, et un troisième tendant vers les politiques de gratuité (pour les indigents mais aussi dans le cadre de grandes campagnes, de certains actes médicaux comme les vaccins et de l'axe principal de la mère et de l'enfant). Au sein de tous ces secteurs, la question de la vieillesse émerge en tant que quatrième axe transversal et sera un défi à relever afin de diminuer la vulnérabilité des personnes âgées en termes de santé tout en construisant un système viable.

La typologie que nous avons réalisée regroupe **trois classes d'extension de la couverture maladie**, regroupées à partir des études précédentes, c'est-à-dire les analyses de Wang et al. (2010), de Desremeau et Lautier (2006), et de Ouattara et Soors (2007). Soit celle-ci se fait par le biais des régimes préexistants, institutionnalisés, soit par un système hybride, soit enfin en exploitant des formes totalement nouvelles. Les typologies existantes se concentrent principalement sur la forme actuelle de la couverture, touchent peu de pays, ou sont au contraire menées dans un cadre plus global. Ce classement est combiné avec la prise en compte de la structure des dépenses de santé, et le regroupement de ces deux paramètres permet d'intégrer plus d'éléments pouvant expliquer la construction de tel ou tel système, ainsi que leurs avancées, en s'intéressant à l'extension de la couverture et non à sa forme présente. Celui des dépenses est important dans la mesure où, sachant que les dépenses privées sont principalement composées des versements directs des ménages, il permet de se rendre compte des dépenses réelles à la charge des patients, et de l'implication de l'État dans la santé en terme de budget. Cette typologie repose ainsi uniquement sur la prise en charge de la santé au niveau de la demande. L'offre de santé doit bien sûr suivre le rythme du développement de la couverture, sous peine de voir une

couverture maladie démarrer sans garantie de prise en charge des patients (Meessen, Van Damme, 2005 ; Boussery, Campos, Criel, 2012 ; Awomo Ndongo, 2015).

Tableau 4 : Typologie adaptée (par la forme de l'extension de la couverture et la prise en charge des soins)

Forme de l'extension de la couverture maladie **Prise en charge des soins**	**Type 1 : Extension des régimes de protection sociale existants**	**Type 2 : Extension des régimes existants et promotion des mutuelles de santé**	**Type 3 : Mise en place de nouveaux régimes universels propres à la couverture maladie**
Dépenses privées >70%		- Guinée-Bissau	- Côte d'Ivoire - Sierra Leone - Nigéria
Dépenses privées [50% ; 70%]	- Tchad	- Cameroun - Guinée - Mali - Mauritanie - Niger	- Libéria
Dépenses publiques [50% ; 70%]	- Gabon - République centrafricaine	- Bénin - Burkina Faso - Gambie - République démocratique du Congo - Sénégal	- Ghana - Togo
Dépenses publiques > 70 %	- Cap-Vert - Congo (Brazzaville) - Guinée Équatoriale		

Source : Fait par l'auteur (à partir des données diverses recueillies dans les analyses précédentes sur les transitions de ces systèmes depuis le début des années 2000)

Légende : Les pays soulignés sont les pays dont les ressources externes pour la santé sont supérieures à 20%.

- **Les pays du type 1** se basent sur les couvertures traditionnelles (nationales et sociales obligatoires). Ces régimes, qui existaient déjà pour les fonctionnaires et le privé, sont étendus au reste de la population (avec cependant des modalités de financement souvent différentes). Pour cela, une branche maladie est créée ou développée au sein de l'organisme gérant la protection sociale en général.

- **Les pays du type 2** cherchent à étendre la couverture maladie pour le secteur formel à partir des formes traditionnelles, mais adoptent de nouveaux systèmes pour étendre la couverture à l'économie populaire, notamment par les mutuelles de santé.

- **Enfin le type 3** est composé de pays ayant une approche plus spécifique. Comme pour le type 1, une couverture universelle intégrant toutes les couches de la population est

recherchée. Mais au lieu de se baser sur les couvertures traditionnelles, ils mettent en place des systèmes nouveaux propres à la maladie, séparés du reste de la protection sociale, plus adaptés à leur contexte et leurs ressources. Le Ghana a adopté une approche communautaire par districts pour tous. Certains pays en conflit ou connaissant des difficultés économiques importantes mettent en avant les mutuelles de santé. La Côte d'Ivoire met en place une couverture universelle, par une refonte totale de son système. Le Togo reformule son système par la création de l'Institut National d'Assurance, souhaitant à terme couvrir toutes les catégories de la population.

- **Malgré l'hétérogénéité des systèmes de santé qui existent et se développent dans les pays d'Afrique de l'Ouest et centrale, une grande homogénéité se retrouve**, à travers les objectifs (comme la « bonne gouvernance »), les axes de développement (les soins de santé primaires), l'organisation pyramidale des structures de soins.

Cette typologie permet de classer clairement les pays selon la manière d'étendre la couverture et le financement en général de la santé, sachant que tous tendent vers une forme universelle, mais à travers des moyens différents, et selon leurs spécificités. **Si le rôle de l'État est prépondérant dans les types 1 et 3, de par la forme des systèmes qui sont mis en place, il ne l'est pas dans le type 2**. Ce dernier est l'idéal-type le plus répandu, avec une extension en deux volets : l'amélioration des systèmes traditionnels pour le secteur formel, la construction d'une couverture volontaire pour le reste de la population. Les pays du type 2 adoptent donc un système hybride, souhaitant à terme combiner des régimes obligatoires et volontaires, comme au Burkina Faso. Les autres types tendraient vers une couverture obligatoire pour tous, avec des régimes obligatoires progressifs (au Ghana par exemple), bien que les problèmes d'immatriculations soient encore grands. Il est notamment difficile de recenser l'ensemble de l'économie populaire notamment. Les pays cherchent à s'adapter à ce problème, ainsi le Gabon a mis en place un programme d'immatriculation pour chacun des fonds en envoyant des agents parcourir le pays.

Beaucoup de pays du type 2 dépendent de manière importante des **ressources externes**. Celles-ci semblent nécessaires pour appuyer le développement des couvertures traditionnelles mais surtout pour appuyer le développement des mutuelles, qui ne connaissent pas encore de cadre institutionnel, et améliorer l'offre de santé (infrastructures, personnel, programmes de vaccination, etc.). De plus, les dépenses de santé des pays du type 2 sont plus fortement privatisées que dans les pays du type 1, avec une participation importante des ménages dans la prise en charge de la santé. L'État est, dans ce type, moins impliqué que dans le type 1. Ces pays voient ainsi un avantage dans l'extension d'une couverture volontaire à travers les mutuelles, afin de

couvrir une économie populaire majoritaire, au niveau des coûts, des possibilités de recensement, de la fixation des cotisations et de solvabiliser la demande. Cependant les ressources externes devraient être analysées plus en profondeur afin d'étudier leur cheminement, l'allocation des ressources allouées à tel ou tel budget au sein de la santé. Au sein du type 2, la structure des dépenses est partagée. La situation du pays, sa stabilité, sa structure économique, l'avancée des réformes, l'importance des mutuelles, tous ces facteurs jouent pour donner un type 2 hétérogène en termes de dépenses et de ressources externes. S'il est possible de regrouper des pays par rapport à la forme de l'extension, leurs contextes sont bien différents, et nécessitent également des moyens diversifiés pour arriver à cette extension.

Peu de pays appartiennent au type 1 et la structure de leurs dépenses varie fortement. Le Gabon ou le Cap-Vert ont des plus forts taux de couverture et des ressources plus importantes. Les dépenses publiques y sont majoritaires et permettent de mettre en place des systèmes intégrant toutes les couches de la population. Le Congo Brazzaville, bien moins fort dans ses structures économiques et sociales, cherche tout de même à remettre en avant son système de Sécurité sociale adopté dans les années 1970 mais peu appliqué. Le Tchad, qui a connu une forte hausse des dépenses privées entre 2000 et 2010, a choisi de rendre volontaire son régime de Sécurité sociale pour toute personne pouvant et désirant y accéder. La redistribution est bien plus forte dans ce type 1 en termes de financement de la santé.

Les pays du type 3 ont pour certains fait le choix d'adopter une refonte totale du système de santé, avec une phase de transition en ce qui concerne la structure des dépenses qui démarre, d'autres devant faire face à des situations post-conflits, avec des systèmes à reconstruire. Les structures des dépenses sont donc encore largement tournées vers le privé, bien que les réformes en cours puissent amener dans le futur une augmentation de la part publique. Le Ghana a mis en place un système de mutuelles de santé par district, pour toutes les couches de la population, à l'initiative de l'État. Les difficultés sont encore nombreuses du fait de la fixation des primes, celles-ci devant être assez basses pour permettre la prise en charge de l'ensemble de la population, et de l'exemption des personnes ne pouvant encore y accéder. Cependant le système semble être l'un des plus développés de la zone, avec un pourcentage de la population enregistré de 53,3% en 2008, et une forte pénétration au sein de l'économie populaire, des personnes de plus de 70 ans ou encore des femmes enceintes. Le secteur formel était en 2008 le secteur le moins couvert par ces couvertures maladies (Durairaj, D'Almeida, Kirigia, 2010).

Cette typologie permet de mettre en avant **l'intérêt d'étudier un pays comme le Sénégal**. Il permet tout d'abord d'illustrer le type 2, le plus répandu parmi les pays étudiés. Choisir le Sénégal semble pertinent par rapport au contexte en Afrique de l'Ouest et centrale, faisant

partie du troisième groupe abordé précédemment, le plus répandu. Celui-ci regroupe les pays expérimentant une transition en deux volets : le renforcement des couvertures institutionnalisées obligatoires d'un côté et le développement de régimes volontaires d'un autre côté afin d'étendre la couverture à l'économie populaire. Bien que la littérature concernant ce pays soit assez récente, elle est de plus en plus abondante, permettant de disposer d'une bonne base de données. Elle possède toutefois des limites. L'accès à des données de bonne qualité est parfois ardu. La plupart de la littérature se concentre, en ce qui concerne la santé, sur la quantification, la gestion. Notre volonté est d'apporter à cette littérature qui évolue une contribution qualitative, qui veut mettre en avant les liens entre la perception des populations et les possibilités pour le système de santé, en particulier les mutuelles. Si le Sénégal n'est pas le seul pays pertinent à étudier, dans la mesure où les mutuelles de santé se développent aussi ailleurs, il est un cas intéressant pour comprendre que les systèmes de couvertures maladies en Afrique de l'Ouest et centrale sont des systèmes en transition, cherchant le plus possible à s'adapter à la population par des orientations nouvelles et spécifiques à la région.

Au niveau de la couverture maladie et surtout des mutuelles, le Sénégal possède plusieurs échelles d'analyse intéressantes. Les formes de couvertures sont diverses : nationale pour les fonctionnaires, régime d'entreprise pour les salariés du secteur privés, grandes politiques de gratuité pour les indigents. Les mutuelles peuvent être professionnelles (regroupant un grand nombre de travailleurs de l'économie populaire), complémentaires (afin de compenser la couverture limitée du secteur formel) et communautaires (se basant sur le critère géographique). Les mutuelles ciblées dans cette étude sont les mutuelles communautaires, mais également les mutuelles professionnelles en tant qu'expérimentation actuellement en cours pouvant contribuer au dynamisme du développement mutualiste dans la couverture de l'économie populaire. Même si la coordination reste insatisfaisante, des initiatives existent pour prendre en compte la place des différents acteurs concernés par la santé dans la prise de décisions, notamment au niveau du développement des mutuelles.

Conclusion du chapitre 1

Ce premier chapitre nous apporte plusieurs **enseignements**. Les divers plans de développement concernant la santé accumulés depuis les années 1980 sont un échec. La stagnation du système de santé est avérée, les formes de couverture maladie sont peu adaptées aux sociétés africaines. Les concepts, les recommandations internationales, dont le poids est important dans l'évolution du modèle de santé, sont difficilement appropriés par les acteurs locaux ayant des contraintes socioculturelles fortes. Cette conclusion constitue un élément d'explication et de confirmation de notre deuxième hypothèse, que nous avions énoncée

ainsi : « les conditions d'une transition réussie dans l'extension de la couverture maladie ne sont pas encore réunies, au regard des évolutions constatées depuis plus d'une dizaine d'années ».

- **Ainsi les systèmes de santé stagnent en raison de cet éloignement entre des cadres fixés à un niveau global et leur application à un niveau local**.

Le lien entre les divers niveaux est très ténu, et le Sénégal comme les autres pays d'Afrique de l'Ouest et centrale cherchent à mettre en place des systèmes de couverture maladie plus adaptés face aux besoins des populations. Face à cette évolution, les mutuelles de santé ont émergé jusqu'à devenir des piliers de l'extension des couvertures maladies dans plusieurs pays étudiés. Un consensus international se forme désormais sur l'importance de la mutualité comme forme transitoire afin d'étendre les couvertures maladie, ainsi que sur la mise en place de Couvertures Maladie Universelles[34] obligatoires. La CMU (Couverture Maladie Universelle) dans les pays en développement consiste, d'après la définition de l'OMS inscrite dans le rapport sur la Santé dans le monde de 2010, à veiller à ce que tous les individus aient accès aux services de santé dont ils ont besoin sans risquer de se ruiner financièrement ou de s'appauvrir, aujourd'hui et à l'avenir. Quatre axes doivent être privilégiés dans ce but selon le rapport : la réduction des paiements directs, la maximisation des prépaiements obligatoires, la mutualisation des risques à grande échelle et le recourt aux recettes publiques pour les populations ne pouvant contribuer. **L'histoire des systèmes de santé en Afrique de l'Ouest et centrale se forme autour de ces consensus**, comme nous le synthétisons dans le tableau 5.

[34] La résolution concernant la mise en place de CMU a été adoptée par l'Assemblée des Nations Unies en 2012 (Projet de résolution A/67/L.36, sur la Santé mondiale et la politique étrangère, adopté lors de la 67ème session de l'Assemblée le 12 décembre 2012. Disponible à cette adresse : http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/67/PV.53&Lang=F, consulté le 13/01/2015).

Tableau 5 : Consensus entre les acteurs de la coopération internationale et les gouvernements concernant la santé depuis les années 1950

Années 1950-1970	**Années 1980**	**Années 1990**	**Années 2000**	**Fin des années 2000**	**Début des années 2010**
Consensus sur l'approche de la biomédecine, centralisation des systèmes	Consensus sur le paiement direct	Débat et limites sur les injustices du paiement direct	Consensus sur le prépaiement	Consensus sur les mutuelles de santé	Consensus sur la couverture santé universelle
Continuité des couvertures héritées de la colonisation, les recommandations internationales ciblent surtout l'industrialisation des pays	Fort endettement des pays, qui découle sur un redressement des finances publiques	Les conséquences des PAS font réagir sur les inégalités très fortes dans le domaine de la santé	L'assurance maladie devient un outil privilégié afin de protéger plus de monde avec les moyens disponibles	Par rapport à la structure du marché du travail, les mutuelles se révèlent avantageuses aux yeux des gouvernements et de la coopération internationale	Face à la stagnation des systèmes de santé, il faut fournir plus d'efforts pour étendre la couverture maladie

Source : Fait par l'auteur

La domination de l'économie standard a abouti à un échec des politiques de développement, et la mise en place d'un cadre désormais standard étendu (Favereau, 1989), relâchant l'hypothèse du marché comme le meilleur (et unique) mode de coordination, redonnant une place à l'État, n'est pas satisfaisant. Le cadre standard repose sur deux piliers : la rationalité réduite à l'optimisation et la coordination des comportements individuels par le marché. Le cadre standard étendu s'appuie toujours sur la rationalité individuelle mais pour aborder des phénomènes de coordination autres que marchande. La contractualisation, les relations d'agence sont au cœur de ce cadre. Les chapitres suivants nous permettront d'analyser les potentialités des mutuelles de santé dans une approche institutionnaliste, en s'éloignant du cadre standard étendu que nous pensons réducteur, à travers le cas du Sénégal. En effet, malgré la domination de ces divers consensus, le niveau local n'est pas passif. Les normes diffusées par le niveau global et les règles qui en découlent sont interrogées, transformées. Elles doivent être acceptées par les populations afin de perdurer et peuvent évoluer en cas de conflit entre les représentations, les valeurs des acteurs. L'économie des conventions nous permettra de montrer l'imbrication de ces normes qui sont à la fois locales et globales.

Chapitre 2

Les mutuelles de santé, actrices de l'ESS et potentielles sources de promotion endogène de la santé ?

Dans des pays où les systèmes traditionnels ne peuvent fonctionner, la mutualité, de par sa proximité avec la population, pourrait constituer un système alternatif pouvant desservir les soins primaires aux populations exclues de la couverture maladie institutionnalisée. L'ESS connaît de nombreuses évolutions et applications dans les pays développés comme ceux en développement. Celle-ci est sociale, dans la mesure où la finalité n'est pas la rentabilité du capital investi, et solidaire, en combinant des dimensions socioéconomiques et sociopolitiques. L'ESS hybride dans son mode de fonctionnement l'économie marchande, non marchande et non monétaire. Le principe de base est celui de la réciprocité au sens de Polanyi, provenant du sens substantiel de l'économie, entre les hommes, leur environnement et le social. En Afrique de l'Ouest et centrale, les mutuelles de santé ont pour but de couvrir les populations exclues de la couverture maladie institutionnalisée. Du fait de leur fonctionnement démocratique, les membres des organisations de l'ESS ont donc un double statut : à la fois bénéficiaire et décisionnaire. Ce chapitre nous permettra ainsi d'analyser l'une de nos hypothèses principales : **ces mutuelles peuvent-elles être véritablement considérées comme des acteurs d'une économie sociale et solidaire ? Comment transférer ce concept d'ESS dans le cadre de la santé en Afrique ?**

Les acteurs de l'ESS en Afrique cherchent à rétablir et/ou créer des valeurs propres aux populations ciblées, comme nous le verrons (section 1) à travers l'histoire des associations et des mutuelles en Afrique. Les mutuelles de santé, pour nous, se constituent dans une optique d'un développement pluriel, mettant en avant la réciprocité et la redistribution par rapport au marché dans l'extension de la couverture maladie dans le cadre d'un développement local (section 2). Cela suppose de déconstruire le concept de développement, de comprendre les valeurs propres aux sociétés d'Afrique de l'Ouest et centrale et de replacer l'ESS dans un cadre spécifique de construction des règles pouvant permettre d'aboutir à un développement co-construit avec les autres acteurs et non imposé de l'extérieur. Nous nous appuyons sur l'économie des conventions pour ainsi distinguer deux approches en ce qui concerne la coordination des acteurs. La première est la contractualisation à tous les niveaux du système de santé, individuels comme collectifs, par l'assurance. Soutenue par le cadre standard étendu, elle nous semble limitée, en réduisant le comportement des individus à l'opportunisme. La seconde est l'approche communautaire et la participation de la société civile sénégalaise dans la prise en charge de la santé. Elle permet de rompre cette vision de la gestion du « risque » issue de la théorie néoclassique, en proposant une gestion de l'incertitude au contraire, ce qui entraîne une rationalité différente des agents, basée non plus sur l'opportunisme mais sur l'éthique (section 3). Ce chapitre repose sur une revue de littérature académique concernant la mutualité et l'ESS en Afrique de l'Ouest et centrale et au Sénégal, ainsi que sur la littérature provenant des institutions, qui permet de retracer l'histoire de cette économie sociale et solidaire dans ces pays. Une approche institutionnaliste, à travers l'économie des conventions, nous permettra de définir un cadre d'analyse des mutuelles

communautaires de santé. Les données recueillies lors des enquêtes de terrain et des entretiens permettront de compléter ces diverses analyses.

1. Une histoire de l'ESS et des mutuelles de santé en Afrique

Si le renouveau associatif est important dans les pays du Nord depuis les années 1980, voyant le développement de coopératives, de monnaies solidaires, de services de proximité, etc., les pays du Sud participent également depuis cette période à une dynamisation des initiatives solidaires (microfinance, tontines, coopératives, mutuelles, etc.). Cette première section nous permettra de présenter l'histoire de l'ESS et de la mutualité depuis les PAS en Afrique et plus particulièrement au Sénégal, d'établir des points de comparaison avec l'ESS dans d'autres contextes, et de comprendre les tensions entre les structures de l'ESS et leur instrumentalisation par les acteurs publics et internationaux.

1.1. Des organisations stimulées par les effets des PAS

1.1.1. Des impératifs divers

L'histoire associationiste est ancienne dans les pays du Nord. Les démocraties naissantes du 18ème siècle font ressortir le besoin d'égalité auprès des populations exclues de la citoyenneté, principalement en Amérique (mouvements Afro-américains et des femmes en Amérique du Nord), mais aussi auprès des ouvriers d'Europe cherchant à intégrer la démocratie au sein du travail (une distorsion se crée entre le statut de citoyen et celui de travailleur sans droit). Dans le premier cas, les associations servent l'émancipation des individus par l'organisation d'activités économiques permettant l'accès aux droits civils. Dans le second, les travailleurs déjà intégrés, considérés comme citoyens, sont confrontés à l'opposition entre leurs statuts de citoyen et d'employé, leurs droits s'effaçant lorsqu'ils entrent dans le cadre du travail. Ces cadres conflictuels sont à l'origine de la naissance du fait associationiste. La crise économique des années 1980 et la domination de la dualité ente État et Marché a contribué à un renouveau associatif. Celui-ci est partagé ; les organisations se tournent vers l'urgence, la correction des inégalités provenant du marché, l'intégration des normes du privé ; mais une crise idéologique, remettant en cause le capitalisme et la relation entre croissance économique et progrès humain, va renouveler ce fait associatif, faisant renaître l'entrelacement entre solidarité démocratique et économique (Laville, 2010).

Le mouvement se développant dans les pays du Sud recoupe les divers registres abordés par l'ESS dans les pays du Nord. Les organisations de l'ESS mettent en avant un projet de société

alternatif, montrant qu'il est possible de créer de la richesse, de gérer des biens et services autrement, afin de faire face à des impératifs économiques, avec pour base une identité collective**,** partagée et comprise par les membres (Favreau, 2003). Assogba (2000) disait ainsi que la dynamisation de l'ESS en Afrique a constitué une réponse à la mondialisation de l'économie de marché, au recul de l'État-providence, aux effets des PAS et à la promotion des pratiques de gouvernance locale. Comme dans les pays du Nord, une crise des valeurs a lieu. Ces divers facteurs aboutissent, en Afrique, à :

- des **impératifs économiques forts**, touchant à la protection sociale dans les pays d'Afrique subsaharienne où l'État est fortement désengagé depuis les années 1980

- des **impératifs socioculturels**, avec des initiatives cherchant à retrouver ou créer des valeurs propres, une identité, à chaque société

- des **impératifs sociopolitiques** afin de pouvoir peser dans les décisions concernant un développement démocratique.

Les initiatives solidaires sont nombreuses et anciennes dans les sociétés africaines, l'exemple des tontines étant notamment connu. En Afrique subsaharienne, des organisations solidaires de proximité existaient avant la colonisation européenne. En réponse à des besoins sociaux, matériels ou culturels, leurs formes ont évolué dans le temps, pendant et après la période coloniale. Mais le développement d'initiatives conjuguant ces trois registres résulte des PAS, de la crise économique des années 1970-1980, et des diverses politiques appliquées depuis dans ces pays mettant en avant le marché et l'État (Atim, 1999a). Les conditions établies par Jacques Defourny et Patrick Develtere (1999), permettant l'émergence d'initiatives d'ESS, sont réunies ici : une condition de nécessité et une condition de cohésion sociale.

1.1.2. Une remise en cause de la dualité entre l'État et le marché

Ce dynamisme de l'ESS, **remettant en cause la dualité État/marché**, dans le Nord comme dans le Sud, se réalise à plusieurs niveaux ; au niveau communautaire, avec des expériences provenant des communautés ; à un niveau national, avec des associations se créant dans des domaines très divers, appuyant notamment la protection sociale ; à un niveau international, avec des ONG cherchant à construire une mondialisation plus équitable (Favreau, 2003). Il ne s'agit donc pas ici de présenter le développement de l'ESS de manière déterministe, dans un mouvement où les pays d'Afrique de l'Ouest et centrale devraient prendre exemple sur le développement de l'ESS dans les pays du Nord afin de faire avancer le développement et la

démocratie. Il s'agit au contraire de comprendre la spécificité des initiatives africaines, leur vision propre de l'ESS et de dégager les potentialités, en passant de l'échelle de la communauté à celle du monde, d'un rapprochement entre les valeurs sociales et solidaires au Nord et au Sud, en mettant en avant la réciprocité par rapport au marché et à la redistribution.

L'équilibre entre intervention de l'État, des organisations de l'ESS et du marché dépend fortement du pays ou de la région. En Amérique Latine, par exemple, l'État est le principal fournisseur de services sociaux, ce qui n'est pas le cas de l'Afrique de l'Ouest et centrale. L'ESS y occupe une place bien plus importante dans la redistribution, en raison d'une privatisation importante des services commencée dans les années 1980. C'est le cas notamment pour les services sociaux de bases, tels que la santé, l'eau, l'énergie, etc. Les actions de l'ESS dans ce domaine permettent d'éviter de conditionner la fourniture de tels services à la recherche de la maximisation du profit et de rechercher l'équité pour en permettre l'accès à tous, elles ont une valeur propre importante (Castel, 2007). Elles appliquent ainsi des systèmes de fourniture de services alternatifs tout en permettant l'expression des populations à travers leur représentation, malgré les nombreuses difficultés encourues dans la réalité. L'ESS devient garante de la protection sociale et de la redistribution. De nombreuses formes appartenant à l'ESS existent ainsi de nos jours en Afrique de l'Ouest et centrale, agissant pour la protection sociale, l'accueil des handicapés, orphelins ou réfugiés, pour la fourniture de services tels que l'énergie, les conditions de vie, pour l'entraide alimentaire, financière, etc. Les tontines (des systèmes informels d'épargne-crédit rotatif) sont nombreuses, certaines offrant des services supplémentaires à leurs membres telles que des aides en cas d'urgence par la création de fonds de réserve. La culture de champs collectifs dans certains villages sert à octroyer des prêts, des dons à leur membre, en cas de maladie par exemple. Ces organisations proviennent d'origines diverses, telles que des inspirations religieuses, les communautés, les villages, les organisations non gouvernementales pour le développement (ONGD), les syndicats. L'ESS y est donc extrêmement hétérogène, dans ses origines comme dans ses applications.

1.2. Des mutuelles de santé créées pour les exclus des couvertures institutionnalisées au Sénégal

1.2.1. Un échec de l'État comme du marché

Au Sénégal, le développement d'initiatives provenant de la communauté résulte des politiques menées à la fois à l'initiative de l'État lors de la décolonisation et à l'initiative des institutions financières internationales à partir des années 1980. Le « socialisme à l'africaine » des années 1960-1970 met en avant le développement économique, agricole et industriel, au Sénégal

comme dans le reste de l'Afrique subsaharienne, la santé étant secondaire dans la réalité, découlant du reste. La gratuité a bien court comme dans d'autres pays, mais les investissements se concentrent principalement sur des programmes verticaux et le développement d'une offre de santé de haut niveau en milieu urbain, donc très limitée par rapport aux besoins[35] de l'ensemble de la population. Bien que les dépenses publiques soient présentes, seuls 15% de la population avaient accès à des structures de soins du fait de leur répartition géographique et des soins proposés dans les années 1970 (Mané, 2013). Démarré tôt au Sénégal, l'ajustement structurel a ensuite contribué à réduire les dépenses de santé. Ainsi, depuis l'indépendance, **que ce soit l'État ou le marché, ces deux formes de régulation de la santé ont échoué à fournir un accès aux soins à l'ensemble de la population**.

La solidarité interpersonnelle a beaucoup compté, ceci étant encore le cas, pour compenser l'absence de protection en termes de maladies mais aussi de protection sociale en général. Les liens familiaux, le soutien de la communauté, ou l'aide des responsables de l'économie populaire envers leurs employés, permettent de contribuer à la santé. En général, les aides informelles sont importantes au Sénégal, notamment par les transferts financiers. Dans les années 1990, les transferts informels en Afrique orientale comptaient pour environ 32% du PIB de la région, d'après le BIT (Annycke, 2008). Malgré l'importance de ces liens, ceux-ci ne peuvent permettre l'entière prise en charge de la santé de chacun au sein de l'économie populaire. La société civile a ainsi tenté de se regrouper afin de peser dans les décisions concernant la santé.

1.2.2. Des comités aux mutuelles de santé

Une expérience ancienne, qui perdure encore aujourd'hui, fut la création des **comités de santé** au cours des années 1980, par l'impulsion de divers acteurs au sein des quartiers (mère de familles, groupes religieux, associations, médecins). Ces comités ont ensuite été institutionnalisés et donc mis sous tutelle de l'État. Le premier comité de santé fut créé à Pikine dans les années 1970, sur le constat du manque de moyens quant à la santé et du manque de prise en compte des besoins des patients dans le contexte de l'époque (Fassin, Fassin, 1989). Les comités de santé, première expérience communautaire intégrée dans les prises de décisions au niveau local, sont des organisations de type association, appartenant aux structures de santé de la pyramide sanitaire publique sénégalaise (maternités, postes de santé, centres de santé, hôpitaux). La communauté gère ainsi les structures de soins, les ressources (médicaments, ressources humaines) de manière locale dans le cadre de la décentralisation, réellement amorcée au début

[35] Rappelons, comme nous l'avions dit en introduction, que les besoins sont des construits sociaux. Les besoin de santé dépendent du contexte social, politique, économique, historique.

des années 1990 au Sénégal. Ceci a permis une amélioration de l'accès aux médicaments, dans le choix comme dans le prix, dans les petites structures de soins rurales éparpillées sur le territoire. Les comités de santé comportent une Assemblée générale[36], composée des représentants des diverses communautés selon l'échelle sanitaire (siégeant et gérant de manière bénévole) : représentants des chefs de villages, des groupements de femmes ou des associations de jeunes pour les postes de santé ruraux, représentants des comités de districts pour les hôpitaux. Les comités ont un rôle primordial concernant la prévention et la santé publique, mais connaissent des nombreuses difficultés. Les travaux préparatoires à la mise en place de la CMU[37] pointent le besoin d'une réforme de ce système connaissant des problèmes de fonctionnalité, de représentation (Diagne, 2011). Il marque toutefois une étape importante dans la prise de parole de la population dans le domaine de la santé, faisant le lien entre les structures et les besoins de populations à proximité. Un autre système, mis en place au niveau des prestataires de soins, est celui des polycliniques communautaires, comme l'expérimente l'ONG Acdev depuis 1997[38], en partenariat avec le Ministère de la Santé et s'appuyant sur la coopération internationale (les ONG, les pays donateurs) et nationale. Le besoin doit être exprimé par les populations ou les collectivités locales. Le but de ces polycliniques est une meilleure mise en relation entre la demande et l'offre de santé. Le centre, basé dans une zone peu ou mal couverte, est géré de manière communautaire par une ONG ou directement par une association d'usagers, doit s'autofinancer, et est destiné à fournir une plus grande gamme de soins aux populations vulnérables.

Face à des besoins importants et une population ne pouvant accéder aux soins, **la mutualité sénégalaise se développe à la fin des années 1980, représentée d'abord par les associations socioprofessionnelles, socioculturelles, confessionnelles ainsi que les groupements féminins.** Ces expériences s'étant développées jusqu'à aujourd'hui, les mutuelles sont devenues l'un des piliers de l'extension de la couverture maladie. L'ampleur des services demandés à la population, aux associations, aux mutuelles dans la prise en charge de la protection sociale à l'heure actuelle a bien évolué depuis les premières politiques de développement. L'évolution des mutuelles se résume en trois phases. La première, à partir de 1989, est

[36] Textes sur l'organisation et le fonctionnement des comités de santé, Édition 1992. URL : http://rds.refer.sn/IMG/pdf/3a92-01-15comitesanteorgani.pdf (consulté le 13/01/2015).
[37] Précisons bien que la CMU dans les pays en développement diffère de la CMU française. Cette dernière est une prestation sociale accordée aux résidants français qui ne sont pas déjà couvert par un autre régime obligatoire et qui ont un revenu inférieur à un plafond déterminé. Dans les pays en développement (cf. Chapitre 1 et glossaire), la définition de la CMU est bien plus large. Elle recoupe toutes les réformes initiées pour étendre ou créer des couvertures maladies et incarne les objectifs du système de santé. La CMU représente ainsi le schéma d'ensemble du système de santé dans le cas des pays en développement.
[38] Acdev est une association sénégalaise basée à Dakar, créée en 1991, regroupant des professions diverses, dédiée à la santé et au développement des femmes et des enfants.

expérimentale (principalement dans la région de Thiès). La première mutuelle de santé communautaire du Sénégal fut créée en 1989 dans le village de Fandène appuyée par l'Hôpital Saint Jean de Dieu. Cette phase est suivie entre 1994 et 1998 d'une période de diffusion de ce système. Dans cette seconde période se développent dans les autres régions des mouvements associatifs divers et des groupements de microfinance. Les mutuelles d'enseignants de la région de Dakar par exemple montrèrent la voie dans cette région. Le programme ACOPAM/BIT[39] joua un rôle important dans la communication à propos des mutuelles et le CESAG (Centre Africain d'Études Supérieures en Gestion) commença à mettre en place des analyses du fonctionnement et de la portée des mutuelles. Enfin, la dernière phase dure depuis 1998, date de la plate-forme d'Abidjan, et est dite d'engagement des acteurs nationaux (la mise en place de la CAMICS[40] par l'État notamment) comme internationaux (programmes STEP/BIT, PHR, PROMUSAF, GTZ, etc.[41]). Les acteurs internationaux ont surtout un rôle d'appui technique et de sensibilisation à la mutualité (CAS/PNDS, 2004).

1.3. La mutualité à l'heure actuelle : entre dynamisme et instrumentalisation

1.3.1. La mutualité comme alternative dans la prise en charge de la santé

Plusieurs formes de mutuelles existent à l'heure actuelle au Sénégal. Les mutuelles de santé sont regroupées en deux formes différentes : les **mutuelles complémentaires**, destinées aux travailleurs du secteur formel, et les **mutuelles au premier franc**. Ces dernières sont constituées principalement des mutuelles communautaires, les plus nombreuses au Sénégal, c'est-à-dire à base géographique, du village, du quartier, et des groupements de professionnels de l'économie populaire. Les mutuelles communautaires sont de petite taille et cohabitent avec des mutuelles d'envergure nationale. Généralement, le calcul des cotisations se fait sur le principe du montant forfaitaire par bénéficiaire (au Sénégal comme dans les autres pays d'Afrique de l'Ouest et centrale). L'adhésion à une mutuelle au premier franc sénégalaise ne se fait pas sur la base individuelle mais sur la base de la famille (le nombre de bénéficiaires possibles dépend ensuite de la mutuelle, en considérant la famille de manière plus ou moins élargie). Dans beaucoup de cas, une période dite de « stage » (ou d'observation), calculée à la première cotisation, est obligatoire

[39] Programme du BIT entre 1978 et 1999 concernant l'Appui Associatif et Coopératif aux Initiatives de Développement.
[40] Cellule d'appui aux mutuelles, IPM et comités de santé.
[41] Le STEP/BIT (Stratégies et Techniques contre l'Exclusion et la Pauvreté) est un programme destiné à appuyer la mise en place et à améliorer la protection sociale dans le monde. PHR (Protecting Human Rights) est un programme de l'USAID. Le PROMUSAF (Programme d'Appui aux Mutuelles de Santé en Afrique) est lancé en 1998 avec le soutien de l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes de Belgique et l'ONG Solidarité Mondiale, possédant des antennes dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne. La GTZ est la coopération technique allemande, devenue le GIZ depuis 2011.

avant de pouvoir accéder aux soins (Source : nos observations). Les mutuelles ont établi des conventions avec principalement les centres de santé et les postes de santé. Le tiers payant s'applique pour la prise en charge des soins, certaines mutuelles ayant plutôt fait le choix du remboursement, ou d'une combinaison des deux systèmes. En 2003, 46% utilisaient le tiers payant et 24% le remboursement selon une étude du BIT (Annycke, 2008).

Si, en Europe, la création des mutuelles a constitué les prémices du développement de couvertures nationales obligatoires, cela ne semble pas être le cas pour le contexte africain, cet élément montrant encore une fois l'importance de l'histoire, et le fait de ne pouvoir appliquer des systèmes standardisés dans des situations bien différentes. Depuis le début des années 2000 le mouvement mutualiste prend de l'ampleur. Si en Afrique de l'Ouest, 76 mutuelles étaient recensées en 1997, elles étaient 366 en 2003, et 626 en 2006 selon les estimations (Ridde, 2012). Malgré l'absence de recensements complets, de 19 unités fonctionnelles (principalement communautaires) en 1997, elles sont passées à 129 en 2007 pour environ 200 mutuelles en 2008 au Sénégal (Villane, Faye, 2008). Il n'est pas évident de comptabiliser l'ensemble des mutuelles du territoire sénégalais, car les dynamiques sont nombreuses : mutuelles de grande envergure, communautaires, créées dans le cadre du DECAM, professionnelles, complémentaires, créées par les prestataires de soins, sans compter les pratiques plus informelles qui ne rentrent pas dans la convention mutualiste. De nombreuses expérimentations échappent ainsi aux circuits officiels. Toutefois certains inventaires existent, tels que celui de la CAFSP (Cellule d'Appui aux Mutuelles, IPM et Comités de Santé) (tableau 6).

Tableau 6 : Evolution du nombre de mutuelles par région

	Nombre de mutuelles actives	
	2003	2007
Dakar	23	33
Louga	6	8
Diourbel	4	13
Thiès	27	35
Kaolack	8	17
Fatick	3	7
Ziguinchor	3	3
Matam	0	0
Tambacounda	1	1
Kolda	0	5
Saint-Louis	7	7
	80	**129**

Source : CAFSP 2008, comptes nationaux de la santé.

D'après ce tableau, de 2003 à 2007, les mutuelles se concentrent principalement dans les régions de Dakar et de Thiès, et progressent fortement à Diourbel et à Kaolack. En 2008, à travers le PAMAS (Programme d'Appui au Développement de la Micro-Assurance Santé), la coopération Technique Belge (CTB) comptabilisait les mutuelles communautaires dans trois régions du Sénégal : Kaolack, 19 mutuelles, presque toutes communautaires, pour près de 20 000 bénéficiaires, créées pour la plupart entre 1996 et 1998, avec l'appui de la CAMICS ; Diourbel, 14 mutuelles, les premières ont été impulsées en 1995 par la coordination allemande dans le cadre de la réhabilitation de l'hôpital régional, avec un taux de pénétration de 1,5% ; Fatick, 6 mutuelles fonctionnelles et 4 en gestation, plus récentes (PAMAS, 2008). Les données doivent être de plus réactualisées dans le cadre du DECAM, avec le processus de création de mutuelles pour chaque collectivité locale.

Dans ce pays, les programmes d'extension de la couverture maladie se basent sur les mutuelles de santé (communautaires en particulier, dans le cadre de la décentralisation). Dans bien d'autres pays et au sein de la communauté internationale, un consensus se forme sur les avantages de la forme mutualiste dans la prise en charge des soins dans les pays en développement. Ce mouvement s'appuie principalement sur une dynamique exogène, par les préconisations de la coopération internationale, s'appuyant tout de même sur les expériences passées de la société civile (au Sénégal par exemple, la mutuelle institutionnalisée des routiers s'appuie sur la longue expérience en termes de mutualité de ce groupe professionnel). En Europe, la dynamique a commencé au 19ème siècle, par la création de mutuelles par les ouvriers, dans un contexte où les couvertures maladies obligatoires n'existaient pas encore. En Afrique de l'Ouest et

centrale, les influences intérieures, datant des années 1980, et extérieures, plus récentes, se mêlent pour appuyer le mouvement, dans un contexte où au contraire les couvertures obligatoires existent, mais ne fonctionnent pas et ne peuvent s'adapter à l'ensemble de la population. Les mutuelles ne semblent pas constituer les prémices à l'établissement de systèmes semblables aux nôtres, mais au contraire une **forme alternative permettant de mieux s'adapter à l'économie populaire** notamment (Criel, Dormael, 1999). Elles ne doivent cependant pas être vues dans une simple logique réparatrice, par rapport à un marché ou à un État ne pouvant prendre en charge la santé, mais dans un projet plus ambitieux d'adaptation, de transformation de l'économie dans le cadre, ici, de la santé.

Plusieurs auteurs mettent en avant le potentiel des mutuelles dans le financement de la santé dans les pays en développement. Une étude menée par Flori (2000) analysait les diverses sources de financement possibles par rapport à leur équité, leur efficacité, leur stabilité, leur impact sur l'utilisation des services et leur place par rapport aux autres sources. Ainsi les fonds publics peuvent être à la fois efficaces et équitables, mais nécessitent que les politiques effectuent des choix quant à la répartition des dépenses ; les ressources des ONG peuvent aussi être équitables, efficaces et améliorer l'utilisation des services, mais devraient rester un appoint de par leur manque de stabilité et des conditionnalités ; la contribution financière directe des ménages (le paiement direct des soins) ne peut permettre une bonne prise en charge ; les assurances privées posent de nombreux problèmes ; les systèmes publics de sécurité sociale ne peuvent couvrir qu'une faible partie de la population : enfin, les mutuelles, pour Flori, sont une des solutions possibles, elles peuvent être équitables, avoir un bon impact et être pérennes. Ainsi l'auteur préconise une meilleure utilisation et répartition des dépenses publiques, afin d'appuyer les ménages pour diminuer les dépenses directes. Face aux limites de l'État, les mutuelles permettraient un système qui pourrait être pérenne et équitable. Les ressources extérieures viendraient alors en appoint, en soutien.

1.3.2. Une instrumentalisation par la coopération internationale et les pouvoirs publics

L'ESS comme palliatif des insuffisances de l'État et du marché

Ce sont les conséquences néfastes de la libéralisation économique des années 1980 sur l'économie et sur le social, qui ont amené l'émergence d'une ESS pouvant porter les besoins de la population. Mais la domination du marché peut se révéler dangereuse pour les organisations de l'ESS, par leur instrumentalisation, mais aussi par la diffusion des valeurs du marché empiétant sur celles de la réciprocité. Ainsi, les frontières entre ces trois sphères sont floues (Baron, 2007). Ces organisations connaissent des problématiques similaires à celle des pays du Nord, telles que

l'instrumentalisation des concepts ou le risque d'une « banalisation ». L'ESS est reconnue comme participant à l'élaboration de l'empowerment[42] des individus, ce qui légitimise les plans de développement par l'intégration de dimensions sociales. Dans cette vision, l'ESS se limite à une économie de la pauvreté, de la subsistance. En plus d'une instrumentalisation du concept, les organisations de l'ESS connaissent également des difficultés à se faire entendre face à l'État ou au marché. Les mutuelles de santé au Sénégal connaissent beaucoup de limites à la fois techniques (notamment financières) et institutionnelles (difficulté à se positionner en tant qu'acteur autonome légitime dans la protection de la santé). Pour soutenir leur développement, l'État (comme nous le verrons à travers le DECAM dans les chapitres suivants) comme les bailleurs de fonds et les Nations Unies préconisent de plus en plus une harmonisation des mutuelles et une meilleure formation des gestionnaires afin de responsabiliser l'organisation de celles-ci et de diffuser des normes privées de gestion. Dans une publication préparée pour l'USAID (Agence des États-Unis pour le Développement International), les auteurs, d'Abt Associates, estimaient ainsi que « *les mutuelles de santé devraient connaître une extension sur les plans fonctionnel et organisationnel. Les paramètres fondamentaux des mutuelles de santé devraient tendre vers plus d'harmonie pour faciliter l'interaction avec les interventions des pouvoirs publics. Le Ghana et le Rwanda ont étendu et harmonisé les paquets de bénéfices des mutuelles de santé afin que tous leurs citoyens aient accès à un paquet minimum de garanties comparables sur l'ensemble du pays, pour les catégories les plus aisées de la population et les catégories les plus pauvres* » (Diop, Ba, 2010, p27).

De plus en plus souvent les programmes de santé présentent les mutuelles comme des prestataires, nécessaires pour agir dans l'urgence. Les mutuelles, cherchant à survivre, peuvent ainsi être conduites à mettre leur facette revendicative de côté. Les ONGD, créées dans les années 1960, sont un autre exemple. Elles se sont développées en grande parties grâce à l'aide de donateurs extérieurs. Beaucoup sont ainsi devenues dépendantes de leurs bailleurs de fonds, reproduisant les politiques promues par ceux-ci, appliquant ainsi une logique similaire à la plupart des actions menées sur le terrain et évacuant toute réflexion politique. Elles sont ainsi considérées comme des prestataires de services efficaces (Castel, 2007). Les groupements féminins, associations permettant une importante dynamique social au Sénégal et ailleurs (Badiane, 1995), combinant approche sociale et économique, subissent également les effets de l'implication des bailleurs de fonds internationaux, avec une division se formant entre

[42] Selon la Banque Mondiale, l'empowerment correspond au fait d'améliorer les capacités des individus ou des communautés à faire des choix et à transformer ces choix en actions pour obtenir les résultats souhaités (Traduction par l'auteur, définition disponible sur la fiche dédiée sur le site de la Banque mondiale : http://go.worldbank.org/TB9B2B7JS0, consultée le 13/01/2015). Mais de nombreuses approches de l'empowerment existent au sein des acteurs du développement.

groupements traditionnels et groupements adaptés désormais aux conditions et objectifs de ces bailleurs (Piraux, 2000).

De la revendication de la société civile à la marchandisation de la santé

Le mouvement de l'ESS en Afrique peut ainsi être mis en parallèle à la vague du renouveau associatif des années 1980 en France par exemple, destiné à faire face à la montée des inégalités et traversé par des normes de gestion provenant du secteur privé. Dans cette perspective, les associations doivent s'adapter à des actions tournées vers l'urgence pour les exclus dans un monde centré sur la compétitivité. Ce n'est plus l'idée d'un système alternatif qui domine, mais celle de la contribution au bien commun et à l'intérêt général à travers des organismes alternatifs. L'État ne se désengage pas, mais délègue, en offrant des subventions accordées sur des critères marchands. Les économistes orthodoxes eux-mêmes estiment que le marché n'est pas tout puissant. **Les associations sont en bas de la hiérarchie dominée par le marché, définies négativement pour combler les imperfections de celui-ci**. Plaçons-nous dans le cadre des mutuelles sénégalaises. Jean-Louis Laville (2010) détaille trois voies possibles concernant l'ESS : une marchandisation par les pouvoirs publics dans le cadre du New Public Management, diffusant les méthodes de gestion et de management du privé ; une instrumentalisation par le capitalisme marchand, se basant sur la moralisation de celui-ci ; et enfin une prise en compte de l'associationnisme marquant la fin de la dualité entre marché et État. Ce cadre se retrouve alors pour les mutuelles en trois scénarii similaires. Elles risqueraient ainsi de tendre vers un statut de prestataires de soins ou d'assurance santé, par les pouvoirs publics dans le cadre de la contractualisation. Elles sont de plus en plus vues comme des outils permettant d'améliorer la participation économique des personnes par les bailleurs de fonds. Ces derniers ont une vision fonctionnelle des mutuelles, permettant de combler les déficiences de l'État et du marché, utilisant leur capacité démocratique dans la diffusion de la responsabilité. Enfin elles pourraient se développer pour elles-mêmes, possédant une place légitime, en cohérence avec les autres systèmes publics ou privés et perdurer sur le long terme afin de contribuer à la protection de la santé de la population. Les mutuelles de santé se placent dans un contexte de marchandisation de la santé, au Sénégal comme ailleurs.

Dans le domaine de la santé, l'extension marchande n'est cependant pas sans imperfections, elle ne peut se faire sans l'intervention de l'État, ce qui brouille les frontières entre les deux (Batifoulier, 2008). Mais, comme nous l'avons vu précédemment, les États africains sont soumis à des problèmes de « mauvaise gouvernance » d'après les institutions internationales dominantes. Pour contrer cela, les critères de « bonne gouvernance » favorisent les actions de la société civile pour compenser les défaillances à la fois du marché et de l'État, tout en encadrant

ces actions. Ainsi, dans les pays développés, comme en France, et dans les pays en développement, comme le Sénégal, la trajectoire marchande du système de santé s'est installée depuis les années 1980. En France, cette tendance est marquée par une désocialisation à travers la montée des mécanismes de coassurance. Il s'agit de mettre en place un « marché institué », l'État étant le constructeur de ce marché (Batifoulier et al., 2006). Le Sénégal n'a pas connu cette mutation. Les mutuelles elles-mêmes, comme nous le verront plus précisément dans le chapitre 6, ont dès le départ appliqué le système du ticket modérateur, les ménages demeurant un large financeur de la santé dans le pays. **L'action des mutuelles est ainsi dès le départ écartelée entre deux tendances** : marquer une réelle revendication des individus, ou marquer leur glissement vers une plus forte marchandisation de la santé, aux côtés d'un État qui lui-même adopte les normes de gestion du secteur privé et les critères de performances internationaux. Il s'agit de mettre en place les institutions favorables à cette marchandisation, plaçant bien les mutuelles et l'ESS au bas de la hiérarchie.

1.3.3. Les mutuelles, sources potentielles de développement endogène de la santé ?

Ainsi, l'ESS en Afrique de l'Ouest et centrale, plus particulièrement au Sénégal, peut s'analyser dans des termes semblables à ceux de l'ESS dans les autres pays et est traversée par des problématiques similaires. Il est cependant réducteur de tenter d'adapter le concept de l'ESS tel quel au contexte africain. L'histoire de l'ESS, ses formes, les interactions entre les acteurs, le public visé, la construction des règles, tout cela est bien propre à chaque situation. Cette adaptation est importante afin de contribuer à faire émerger une ESS possédant des valeurs universelles se combinant avec des valeurs spécifiques et de contribuer à donner du poids à ces organisations encore limitées dans les pays en développement, alors qu'elles peuvent contribuer à un **développement endogène**. Fall, Favreau et Larose (2004), distinguaient trois approches du développement.

Tableau 7 : Trois approches du développement

Dévoppement économique et social	Approche néolibérale	Approche social-étatiste ou développementiste	Approche démocratique partenariale
Rôle du marché	Marché prédominant : développement économique extraverti ; développement social, conséquence de la force du marché	État central prédominant : développement social dépendant quasi exclusivement du service public	Développement de l'intérieur ; collaboration active entre partenaires ; nouvelle liaison de l'économique et du social
Rôle de l'État et des services publics	Services collectifs par le réseau public de façon subsidiaire	Entreprises et services collectifs publics « mur à mur »	Services collectifs mixtes coordonnés au plan national mais décentralisés
Rôle des associations et de la société civile	Gestion sociale de la pauvreté par des programmes ciblés	Rôle complémentaire mais subalterne des associations au développement de services collectifs	Construction conjointe de l'offre et de la demande de services collectifs
Rôle des citoyens	Citoyens consommateurs	Citoyens usagers des services	Citoyens coproducteurs des services et acteurs collectifs de développement

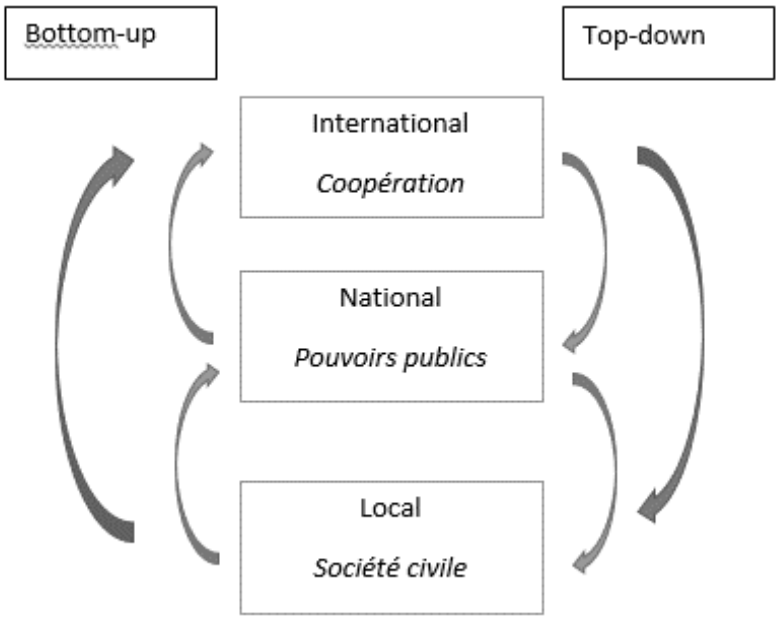
Source : Fall, Favreau, Larose, 2004

À l'approche développementiste à la suite de la colonisation s'est substituée l'approche néolibérale. Bien que, dans les discours des bailleurs de fonds internationaux, l'utilisation de la participation, de l'empowerment, pourrait rejoindre l'approche démocratique partenariale, que nous nommons ici développement endogène, en réalité ces expressions se rapprochent plus d'un statut de citoyen consommateur, dans une logique individualiste, que d'un statut de citoyen acteur, dans une logique collective. Nous pouvons appliquer cette lecture du développement sur la santé. Cette classification est affinée dans notre analyse, avec **quatre modèles de développement de la santé** : l'approche démocratique ; l'approche social-étatiste (à la suite de la décolonisation) ; l'approche néolibérale, qui se découpe en deux temps que sont le cadre standard, dans les années 1980, puis le cadre standard étendu à partir des années 1990. Le modèle standard étendu consiste en un adoucissement du cadre standard, qui mettait en avant le développement comme l'amélioration du fonctionnement des marchés, en redonnant une place plus importante à l'État, surtout en ce qui concerne la protection de la santé des populations les plus pauvres. Notre but est d'analyser les mutuelles dans le cadre d'une approche démocratique

du développement. Celle-ci, telle que définie par Fall, Favreau et Larose, rejoint ce que nous qualifions de développement endogène de la santé.

Ce développement serait co-construit entre les divers acteurs afin de rechercher à la fois une plus grande légitimité et une plus grande efficacité. Il pourrait aboutir à une meilleure appropriation de pratiques intéressantes par les acteurs locaux et à mieux appréhender les contraintes locales afin de faire constamment évoluer ces pratiques à un niveau local comme national. Nous percevons ce développement endogène comme la rétroaction entre les expériences à un niveau local, le modèle de santé au niveau national et les interaction avec le niveau international, à travers le couplage entre les approches dites **« top-down » ou « par le haut »** (les stratégies et pratiques décidées à un niveau international et/ou national et appliquées à un niveau local) et **« bottom-up » ou « par le bas »** (une meilleure compréhension des besoins et des contraintes socioéconomiques locaux, permettant de mieux définir ensuite la politique à un niveau national). Le schéma de ce développement endogène possède donc deux niveaux, comme nous le montrons dans le schéma suivant.

Schéma 1 : Un développement endogène de la santé



Source : Fait par l'auteur

Le local a à la fois des liens avec le niveau national et international, en raison de la forte présence de diverses institutions internationales sur le territoire africain qui interviennent directement auprès des populations locales ou des acteurs de la société civile, qui implique des liens entre ces deux niveaux. L'État reste l'intermédiaire au niveau des politiques de santé entre

les préconisations internationales et les politiques menées au niveau national et appliquée au niveau local. Le côté « top-down » du schéma domine les liens entre ces divers niveaux à l'heure actuelle dans le domaine de la santé au Sénégal et en Afrique.

2. Une mise en avant de la réciprocité dans la prise en charge de la santé

L'objectif de cette section est de définir notre grille d'analyse des mutuelles de santé. Cette grille est celle de l'ESS, face à des visions du « non profit » et de l'économie sociale qui nous semblent insuffisantes. Il est nécessaire de comprendre si l'ESS peut s'appliquer dans ces sociétés et de quelle manière. Cette grille se couple avec un cadre polanyien qui nous permet de mieux définir la mutualité et les principes économiques qui la traversent. Nous justifierons ainsi, à partir de ce cadre, que notre vision du développement n'est pas évolutionniste, ceci nous permettra de préciser ce que nous entendons par le « développement endogène », auquel les mutuelles de santé pourraient participer.

2.1. Les visions du « non profit » et de l'économie sociale insuffisantes

La recherche sur ces initiatives solidaires s'est cristallisée par rapport à deux cadres d'analyse différents, apportant une vision bien différente de leur capacité à constituer un mouvement social (Favreau, 2003). La première est celle du « non profit », courant américain se rapprochant de la vision du **tiers-secteur** mais aussi de **l'Économie sociale**, ayant ses entrées dans la coopération internationale (notamment les institutions financières). Dans l'optique du tiers-secteur, ces initiatives constituent une réalité observable, quantifiable, en termes de nombre d'organisations, d'emploi, d'utilité sociale, définie de manière négative par rapport au marché et à l'État. Cette approche est surtout descriptive. Ce courant provient notamment de l'université américaine Hopkins, qui réalisa dans les années 1990 une comparaison de divers pays (Laville, 2010 ; Favreau, 2003). Plusieurs caractéristiques sont alors allouées à ce secteur : les organisations sont formelles, privées et indépendantes, leur but n'est pas la lucrativité et l'on observe une implication bénévole importante.

Dans cette vision d'un tiers-secteur, la dualité État/marché n'est pas remise en cause. Dans certains cas, la théorie orthodoxe nous apprend que recourir à de telles formes d'organisations peut être plus pertinent que le marché ou l'État (cf. Laville, 2010). En la présence d'externalités, dans certains domaines présentant des problèmes de confiance, provenant de comportements opportunistes et d'une asymétrie de l'information, le marché comme l'État sont défaillants et laissent ainsi la place au tiers-secteur. Dans ce cadre d'analyse, le tiers-secteur possède un avantage grâce à sa non lucrativité, qui devient alors une preuve de confiance pour les

consommateurs, une garantie. Par rapport à l'accès à la santé, cela rejoint l'approche de la contractualisation, de l'assurance, permettant de régler les problèmes de sélection adverse et d'aléa moral. Il est rationnel, dans cette optique, d'appliquer la **non lucrativité** au lieu de la rentabilité, dans la mesure où ces organisations sont plus adaptées que le marché à certains cas. Cette relation entre non lucrativité et confiance est mécanique, elle ne s'appuie pas une sur une identité collective des individus mais sur la rationalité individuelle d'individus consommateurs. Cette approche s'intéresse à l'organisation en elle-même et aux comportements des individus. Le pan institutionnel, la coopération, les enjeux politiques, démocratiques, ou sociaux ne comptent pas pour ce cadre d'analyse. L'État et le marché restent les principes sur lesquels le développement doit se baser, le tiers-secteur est un complément. Cette vision exclue les mutuelles et les coopératives.

La notion d'économie sociale, seconde vision de ces structures solidaires, prend place dans les pays francophones, allant plus loin que la notion de tiers-secteur mais restant insuffisante. La non lucrativité correspond au fait de ne pas redistribuer les profits. L'économie sociale se base sur un critère plus élargi, celui de la limitation à l'appropriation privée des bénéfices. La première approche raisonne en termes de consommateurs et producteurs de services, l'économie sociale cherche à retrouver une épaisseur historique débouchant sur diverses formes aux spécificités juridiques propres (mutuelles, coopératives, associations). Mais cette vision est toujours restreinte à un secteur, certes particulier par rapport à l'État et au marché, mais avec des pratiques gestionnaires similaires. La dimension politique, le questionnement de l'économie sont encore mis à part dans l'Économie sociale. La reconnaissance d'un cadre juridique, institutionnel, amène également une normalisation des pratiques (Laville, 2010).

2.2. Les apports de la vision de l'ESS

2.2.1. Une pluralité de registres

Bien que le terme en lui-même d'ESS soit peu utilisé (par les acteurs) en Afrique, nous considérons que les diverses initiatives font bien écho à ce concept, allant plus loin que le tiers-secteur ou le « non profit ». Dans la mesure où l'État et le marché se révèlent insuffisant pour le développement de ces pays, et ici à l'accès à la santé, les initiatives de l'ESS permettent de **rechercher de nouvelles manières de répondre à des besoins sociaux**, mettant en avant la réciprocité au sens de Polanyi. Contrairement au tiers-secteur et à l'économie sociale, qui sont pensés en complémentarité avec le marché et l'État, l'ESS, parfois raccourcie en « économie solidaire », s'inscrit dans un cadre plus large, **en dessinant les contours d'une économie alternative** (Defalvard, 2013). Dans les deux premières approches, l'ESS est en effet restreinte à

ses organisations, qui sont efficaces du fait de leur non lucrativité mais ne peuvent être à la base d'un changement au niveau de la société. Cette troisième approche est destinée à comprendre l'origine et l'évolution des diverses organisations, les liens créés au sein de la communauté, le rapport avec le politique. Elle étudie les associations, les mutuelles, les coopératives, mais aussi toutes autres expériences combinant les diverses caractéristiques exposées ci-dessous. Au sein de la coopération internationale, le BIT se rapproche plutôt de cette vision (Favreau, 2003).

Les organisations appartenant à l'ESS se basent sur plusieurs caractéristiques, registres, qui ont été abordés précédemment :

- **La pluralité économique**

  Les impératifs économiques sont à l'origine des organisations en Afrique de l'Ouest et centrale. Il s'agit alors de chercher des moyens différents de gérer des biens, des services, de créer et de partager la richesse. Ces expériences alternatives permettent une pluralité économique, leur but est d'humaniser l'économie.

- **La pluralité démocratique**

  La démocratie est double. Elle doit être interne ; les membres sont à la fois décisionnaires, chacun peut faire entendre sa voix et compter dans les prises de décisions. Elle est aussi externe : ses organisations font le lien avec le politique, les pouvoirs publics. La démocratie, tout comme l'économie, est plurielle. Les organisations de l'ESS permettent de constituer des lieux de discussion, de proximité, afin de faire le lien entre le niveau communautaire et les niveaux plus élevés (collectivités, État, International). La coordination passe par la délibération, cœur du processus démocratique. Cette délibération consiste en la construction de règles à travers la confrontation de divers points de vue dans une relation d'égalité. La délibération collective constitue un principe économique, tout comme la régulation marchande ou étatique (Dacheux, Goujon, 2010).

- **Une identité commune**

  C'est la réflexion collective propre à l'organisation qui permettra la constitution d'une identité propre, partagée par les membres. Cette identité se crée en établissant des liens sociaux entre les membres, ainsi qu'à travers la légitimisation de la mutuelle, de sa finalité, de ses valeurs. Le projet de la mutuelle doit faire sens auprès des membres potentiels afin que ceux-ci puissent partager un intérêt commun et prendre la décision de se réunir collectivement afin de prendre en charge, dans notre cas, la santé. Les valeurs véhiculées par la mutuelle sont dans

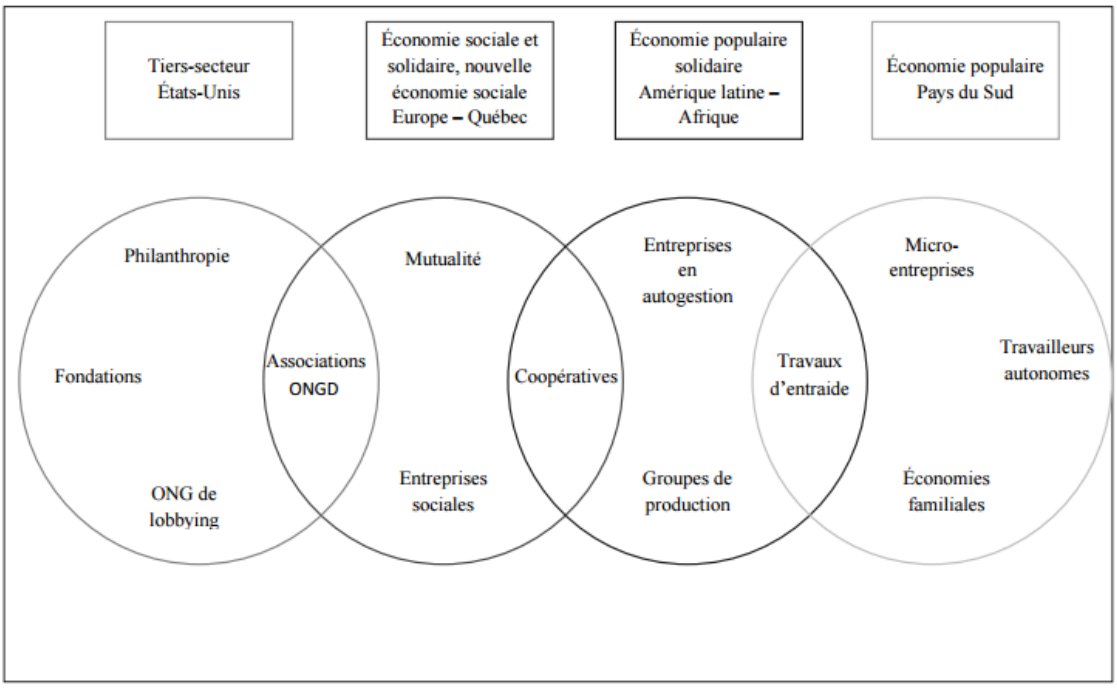
ce cas partagées par les membres. Les valeurs ont une dimension de coordination, elles permettent l'évaluation des actions par les individus et forgent l'appartenance à une communauté (Batifoulier, 2011).

La réciprocité intervient dans les trois registres : elle intervient dans l'objectif d'humanisation de l'économie, donc dans le premier registre ; elle participe à l'identité commune, les membres mettent en commun des ressources dans un contexte de confiance, de relations réciproques ; elle favorise l'implication des membres dans le processus démocratique, dans l'évolution de la mutuelle, dans les prises de décision.

2.2.2. Une ESS traversée par les dynamiques locales

Après avoir analysé les diverses théories, du tiers secteur à l'ESS, précisons également que l'économie sociale et solidaire revêt des réalités différentes selon le lieu où elle prend place, comme le montre le schéma suivant.

Schéma 2 : Les notions d'économie sociale et solidaire



Sources : Castel (2008)

Nous retenons la seconde conception dans ce schéma en ce qui concerne les mutuelles de santé, l'ESS, qui est étudiée surtout en Europe et au Québec. Les formes principales de l'ESS sont les associations, les mutuelles, les coopératives, les entreprises sociales. Mais, dans notre vision de l'ESS, toute organisation qui reprend les trois registres (pluralité économique, démocratique –

interne et externe- et identité commune), en se basant sur la réciprocité, appartient, à notre sens, à l'ESS. L'économie populaire peut être considérée comme une branche de l'ESS, dans la mesure où l'on y retrouve des intentions similaires, avec un projet collectif d'économie alternative à l'économie capitaliste et une identité commune entre les travailleurs. Certaines de ces organisations populaires hybrident, de la même manière que l'ESS, des ressources marchandes, non marchandes et non monétaires (Castel, 2007). Mais, si parfois l'économie populaire se base sur la réciprocité ou la redistribution, la démocratie n'est pas forcément un mode de fonctionnement propre à cette économie, elle peut être très hiérarchisée par exemple quand elle prend place dans la société sénégalaise. C'est pourquoi nous ne pouvons intégrer dans son ensemble l'économie populaire à l'ESS.

Les cultures locales doivent être prises en compte afin de mieux cerner l'ESS en Afrique de l'Ouest et centrale. La culture, au sens anthropologique, désigne un ensemble de valeurs, de croyances, de pratiques et de techniques permettant de construire une certaine représentation du monde. Les valeurs issues de cette culture sont donc très fortes, elles façonnent la réalité et se pérennisent. Ainsi l'ESS et ses valeurs universalistes rencontrent la culture africaine, afin de ne pas seulement transférer cette économie mais bien d'amener la possibilité d'un développement endogène en donnant sens à son adaptation dans les pays d'Afrique de l'Ouest et centrale. Les économies dites « traditionnelles » reposaient sur une production communautaire, une certaine conception du travail et surtout la réciprocité, dans un cadre d'obligation provenant des diverses affiliations (filiale, tribale, devoirs religieux, etc.). La division du travail était telle que chacun, homme ou et femme, était indispensable dans le processus de production. Les échanges étaient fondés sur la réciprocité, qui jouait un rôle de régulateur des prix, et la redistribution, et non sur le marché (Tsafack Nanfosso, 2007). **L'ESS est ainsi considérée, dans notre approche, comme une économie alternative à part entière et non une économie de la subsistance**. Cette ESS mobilise des ressources non monétaires, non marchandes et marchandes autour d'un projet, d'un bien commun, appuyant la pluralité des principes économiques et leur cohabitation.

Il ne s'agit pas ici de présenter la mutualité comme un cadre idéal d'organisation de la prise en charge de la santé. Les difficultés des organisations de l'ESS sont nombreuses, elles manquent de visibilité, sont fragiles (financièrement, dans la gestion), et peinent à atteindre le modèle proposé. Toutefois ce mouvement, observé en Afrique de l'Ouest et centrale et plus particulièrement au Sénégal, atteste d'un dynamisme local important, bien que celui-ci soit fortement appuyé par des intervenants extérieurs. De plus, ces organisations ne doivent pas être considérées en dehors des réalités de la société dans laquelle elles s'inscrivent. Les structures de l'ESS sont traversées par des dynamiques institutionnelles locales, des rapports de forces, des règles qui, en réalité, compliquent ce modèle. La distinction est importante entre solidarité et

réciprocité. Les deux sont indubitablement liés : la réciprocité s'applique dans un cadre solidaire, la solidarité est un lien social d'engagement et de dépendance réciproques. Mais la réciprocité, plus large que la solidarité, est un principe d'intégration économique, qui contribue à la production et la subsistance de la famille (Polanyi, 2009 [1944]). Si la solidarité est positive, la réciprocité peut être négative (la vengeance peut par exemple être à l'origine du maintien d'un ordre social). Ainsi, la réciprocité, au sein des organisations de l'ESS, s'organise dans le cadre d'une solidarité entre les membres, qui partagent une identité commune. Mais ces organisations doivent coexister avec des réciprocités déjà existantes au sein des contextes dans lesquelles elles se créent. La société ouest africaine est marquée par plusieurs modes de sociabilité : la réciprocité, ritualisée, organisée sur un mode hiérarchique (contribution aux cérémonies familiales) ; la sociabilité quotidienne, codifiée, élargissant les contours de la communauté considérée (activités productives collectives, formation civique et culturelle) ; la sociabilité volontaire, qui prend forme dans des associations de développement local, de défense de certaines causes, dans le cadre de l'intérêt général (Vuarin, 2000). Si les trois formes sont à l'origine d'une protection sociale différente, elles partagent des valeurs propres à ces sociétés. **L'ESS s'inscrit dans les formes quotidienne et volontaire en codifiant les relations, la réciprocité, et doit composer avec la sociabilité ritualisée.**

2.3. Comment définir les mutuelles de santé dans un cadre polanyien ?

Les thèses de Polanyi sont utilisées dans des domaines divers, dans les pays développés comme en développement. Ce second cas, afin d'étudier les implications de ces théories, nous intéressera particulièrement dans ce travail. Polanyi lui-même a étudié les sociétés du sud en contraste avec les sociétés libérales du nord. Il en conclut que l'économie de marché du 19ème siècle, décrite dans *la Grande Transformation*, était unique, et il en retira une perspective non évolutionniste des principes d'intégration économiques que sont la réciprocité, la redistribution et le marché. Par une relecture de Polanyi, qui met en contraste diverses sociétés, une autre vision du développement est possible par rapport aux approches évolutionnistes.

2.3.1. Le cadre polanyien : revoir l'histoire de manière institutionnelle

Dépasser la vision formelle de l'économie

La logique de la réciprocité est transversale aux divers registres de l'ESS, elle sous-tend la pluralité économique, permet de créer une communauté, une identité partagée, et appuie une vision différente du développement. Plus loin que d'humaniser l'économie, il s'agit **d'humaniser ce développement.** « *La découverte la plus marquante de la recherche historique en anthropologie*

récente est que les relations sociales de l'homme englobent, en règle générale, son économie » (Polanyi, 2009 [1944], p91). Face à la domination du marché, les organisations de l'ESS cherchent à retrouver cette relation entre la société et l'économie.

La réciprocité provient de la **définition substantive de l'économie**. Deux définitions sont distinguées par Polanyi : la définition formelle, socle de l'économie néoclassique, qui se base sur la rareté des ressources, et la définition substantive, qui doit permettre, selon lui, de dépasser la première définition. Dépasser l'économie formelle est nécessaire dans la mesure où celle-ci se limite à une attention récente de l'histoire, aboutissant à la vision d'un marché universel, intemporel. L'économie primitive est négligée et le troc est vu comme une propension naturelle de l'être humain. Le marché s'est naturellement étendu avec l'agrandissement de la communauté vers le commerce extérieur. Dans cette définition formelle, les acteurs économiques adoptent un comportement rationnel pour arbitrer entre fin et moyens afin de gérer cette rareté. L'individu est maximisateur, à la recherche des gains que peuvent procurer les échanges. Le seul moyen efficace de gérer la rareté est, dans ce cadre, le marché autorégulateur organisant la société sous l'égide de la concurrence. L'économie substantive, de son côté, correspond plus généralement à la manière de satisfaire des besoins, et implique la pluralité des modes de fonctionnement. L'être humain n'est pas un atome mais au contraire un être social dépendant de son environnement, c'est-à-dire la nature et les autres êtres humains (Polanyi, 2011 [1977]). Bien différencier les deux visions de l'économie a permis à Polanyi de dépasser le « sophisme économiciste » (*economistic fallacy*), c'est-à-dire cette tendance à confondre l'économie humaine et l'économie marchande. Il ne faut pas confondre le marché avec le commerce ; celui-ci est ancien et n'a pas toujours relevé uniquement du principe marchant, mais bien au contraire plus de celui du don/contre-don et de la redistribution. Le principe du marché ne s'est imposé que de manière exceptionnelle en certaines parties de l'histoire (Caillé, 2009). L'économie se retrouve réduite, dans ce sophisme, à l'étude d'allocation de ressources dans un contexte de rareté, tout marché est confondu à l'idéal du marché autorégulateur. Le marché est expliqué par une propension naturelle à la maximisation de l'utilité et ne relèverait donc pas d'un processus institutionnalisé.

La grille d'analyse des principes d'intégration économique

Ce tournant dans l'étude de l'économie et de la société consiste ainsi à **revoir l'histoire de manière institutionnelle** (Maucourant, Plociniczak, 2011). Polanyi va alors faire émerger plusieurs principes d'intégration économique, c'est-à-dire des institutions résultant des règles sociales aboutissant à des formes plurielles de production et de mise en circulation des biens : **la réciprocité, reposant sur la symétrie, la redistribution, reposant sur la centralité,**

l'administration domestique et l'autarcie, et enfin plus tardivement le marché, reposant notamment sur le troc. Ainsi, contrairement à la croyance en un marché autorégulateur qui a émergé spontanément, les marchés proviennent également de processus institutionnalisés, tout comme le « quasi-marché » de la santé[43]. De plus, même au sein de ces divers principes, une pluralité de formes peut exister, il n'y a pas une forme dominante d'organisation dans chacun d'eux ; leur dimension se rapproche plutôt de préceptes généraux, de systèmes de justification (Servet, 2007). Dans le principe de redistribution, la production des richesses est centralisée pour être ensuite remise en circulation selon des modalités diverses de prélèvements, la logique se base sur des objectifs politiques communs. Dans le principe de réciprocité, la production est partagée dans un cadre solidaire, où chacun possède le souci de l'autre, ce qui résulte en des obligations au sein de la communauté. Un lien durable est créé grâce à une suite de dons effectués dans cette optique. Ce n'est pas un simple don/contre-don bilatéral, la symétrie signifie que les individus sont dans une relation de complémentarité au sein d'un tout social, ils ne sont pas interchangeables. Si la réciprocité peut être négative ou positive, la logique de l'obligation y est commune. Au contraire, dans la logique du marché, chaque individu est interchangeable, équivalent. Les individus sont utilitaristes et y défendent leurs intérêts propres, la recherche de gains. Si le marché est un principe spécial par rapport aux autres, c'est parce que celui-ci est autonomisé, le social y est réduit aux contraintes économiques seules.

2.3.2. Les mutuelles de santé dans un cadre polanyien

Nous cherchons à montrer ici que les mutuelles de santé semblent bien s'inscrire dans l'approche de l'ESS. La société civile met en œuvre un projet collectif d'économie alternative, dans un contexte d'écart entre le droit à la santé pour tous, et l'application réelle de ce droit (cf. Introduction générale). Cette économie alternative se base sur la solidarité, la réciprocité au sens de Polanyi face à l'encouragement à l'individualisme favorisé par les systèmes de santé des années 1980. Ce projet est également politique, par la création d'espaces autonomes de discussions sur le domaine de la santé au sein de ces mutuelles, amenant la participation de la société civile sénégalaise aux décisions touchant la santé. Les mutuelles permettent une interaction entre la sphère domestique, les partenaires extérieurs, les pouvoirs publics et le secteur privé. Mais les formes de la mutualité sont très diverses au Sénégal. Cette grille d'analyse nous permettra d'analyser cette hétérogénéité, afin de comprendre leur rapprochement à cette

[43] Comme nous l'avions détaillé dans le premier chapitre, ce « quasi-marché » consiste en une vision contractuelle du développement de la santé, celle-ci étant alors considéré comme une marchandise. Les patients sont dans ce cadre des consommateurs responsables de leur santé. Le terme « quasi-marché » est important dans la mesure où l'on assiste bien à une marchandisation de la santé depuis les années 1980, mais dans un cadre standard étendu, dans lequel la régulation de la santé résulte d'une forme hybride entre marché, intervention de l'État et participation de la société civile locale.

définition ou au contraire leurs divergences, de savoir s'il est possible de rassembler toutes les mutuelles derrière des fondements communs. La réciprocité pourrait constituer un indicateur pertinent par rapport à l'appartenance ou non des organisations à la vision de l'ESS, en distinguant une **réciprocité plutôt faible**, appliquant la solidarité mais sans la volonté de mettre en place une communauté de personnes liées par le don/contre-don, et une **réciprocité plus forte**, mettant justement en avant les relations entre les hommes.

Les apports de Polanyi nous permettent de définir plus finement les mutuelles de santé. La prise en charge de la santé au Sénégal se place principalement au sein de la sphère domestique et se base sur la réciprocité. En cas d'épisode de maladie, les personnes ont recourt en premier à l'aide de leur famille, de leurs proches. La réciprocité fonctionne à divers niveaux. Les mariages, les naissances, les enterrements, les maladies sont autant de situations de la vie courante permettant une mise en place de dons et de contre-dons. Dans la sphère de la réciprocité, expliquée par Polanyi par rapport aux pays qu'il a étudié, traversée par des conventions, ne pas se montrer « généreux » peut conduire à être exclu de ce système. Les mutuelles de santé recoupent à la fois la réciprocité et la redistribution afin d'encadrer un « quasi-marché » de la santé plutôt que l'inverse, de peser différemment dans la prise en charge des soins en cherchant à élargir cette réciprocité entre proches vers une réciprocité entre membres d'une même mutuelle. Ceux-ci mettant en commun, car ils y trouvent un intérêt, leurs ressources au sein d'une structure centrale, la mutuelle, ces ressources seront redistribuées par la prise en charge de la santé en cas de besoin. Les jalons de définitions posés ici, **mêlant réciprocité, intérêt et redistribution**, vont donc à l'encontre d'une théorie assurantielle des mutuelles de santé, destinées par la contractualisation à lutter contre les opportunismes. L'intérêt est vu différemment de la rationalité instrumentale, les individus sont certes intéressés par leur satisfaction personnelle, mais aussi par leur satisfaction directe, se rapportant à l'identité sociale (Caillé, 2006). L'appartenance à la communauté permet de recevoir, en cas de besoin, l'assistance du groupe sans distinction entre les membres. Cette appartenance, le processus d'intégration dans une communauté mutualiste résulte du registre de l'intérêt, du registre de la réciprocité, du sens donné à l'adhésion et à la participation à ce groupe. Il s'agit « *d'intégrer sa propre individualité dans un plus grand que soi pour en tirer avantage et donner du sens à son existence* » (De Rosnay, cité par Regnard, Rousseau, 2007, p5).

2.4. Les principes économiques au service d'une vision non évolutionniste

2.4.1. Deux visions du développement

Les approches évolutionnistes du développement se basent sur un **processus déterministe**, les pays ciblés doivent imiter les comportements des autres agents ayant réussi, sans aucune prise en compte d'un quelconque apprentissage individuel. En prenant une approche polanyienne, la réciprocité n'est pas une simple forme primitive d'échange, une étape qui devrait laisser la place au marché ou/et à l'État pour arriver au développement (compris donc dans le sens de la modernité occidentale). **Polanyi nous révèle au contraire que les diverses formes coexistent**, notamment la redistribution et la réciprocité, rejetant toute hiérarchie entre les formes ou toute évolution nécessaire entre l'une ou l'autre. Les changements que peuvent connaître ces diverses façons de produire et répartir les biens et services ne sont pas considérés dans une approche évolutionniste mais dans une approche de changement et d'adaptation à des processus institutionnels (Servet, 2007). Cette distinction est importante pour le développement de l'Afrique de l'Ouest et centrale dans la mesure où les modèles de développement mis en place depuis leur décolonisation (présentés dans l'encadré 1) ont connus des échecs successifs.

Encadré 1 : Les théories du rattrapage

A partir des années 1950 se développent les premières approches, dites de rattrapage, telles que la théorie de Lewis de la mise au travail de l'excédent de main d'œuvre en la transférant du secteur traditionnel de subsistance vers le secteur moderne capitaliste (Lewis, 1954). Ces théories du rattrapage consistaient au final en la recherche d'un financement de la transition entre une économie traditionnelle, dans un pays à peine décolonisé, et son atteinte de la modernité occidentale. Plusieurs théories se sont par la suite mises en place, cherchant à comprendre comment les pays en développement pouvaient rattraper leur retard, par des financements extérieurs (comme Chenery et sa théorie du double déficit), intérieurs (Paul Baran et le rapport entre surplus potentiel et surplus effectif) ou les deux (Chenery, Strout, 1966 ; Baran, 1967). La théorie des avantages comparatifs a également connu une large diffusion parmi les néoclassiques dans les théories du développement, le libre-échange étant censé garantir l'efficience du système. Les années 1980 voient l'imposition pour ces pays, connaissant alors une forte crise de la dette, des PAS par le FMI. Ces politiques marquent un tournant dans le développement. Il s'agissait auparavant d'industrialiser ces pays de manière à rattraper les systèmes occidentaux et de s'ouvrir au commerce international. Il s'agit désormais de se rapprocher le plus possible de l'idéal du marché afin de tirer ces pays vers la croissance, la société risquant de devenir encore une fois un auxiliaire à partir d'un processus institutionnalisé.

Source : fait par l'auteur

Toutefois, dans les années 1990, les politiques de développement vont évoluer, sous l'égide des organes de l'ONU, vers une meilleure prise en compte des conséquences des PAS sur le social. Peu à peu, dans les discours des Nations Unies mais aussi des institutions financières internationales, la redistribution et les mécanismes de solidarités communautaires vont devenir des outils pour le développement et pour contrer les effets négatifs des PAS. Pour cela, la vision du développement va se tourner vers les besoins essentiels (Bolouvi, 2007). Les programmes se sont alors mis à prendre en compte le niveau macroéconomique, par la continuité de l'entrée dans le commerce international, le niveau mésoéconomique, lié aux infrastructures économiques et sociales et le niveau microéconomique, c'est-à-dire les ménages entrepreneurs d'eux-mêmes. C'est dans ce cadre que l'empowerment va devenir un concept essentiel dans les politiques de développement, se rapportant aux capabilités d'Amartya Sen qu'il faudrait pouvoir fournir à tous pour entrer dans le processus économique et établir des arbitrages. Dans cette nouvelle lutte, la redistribution et la réciprocité sont mises en avant, dans une optique instrumentale dans la lutte contre la pauvreté, devenue un impératif moral (Lautier, 2001). Mais si la forme des politiques de développement évolue, le fond reste toujours libéral. La redistribution et la réciprocité sont considérés par défaut : dans l'approche des biens publics pour la redistribution (le marché est inefficace pour gérer de tels biens), dans l'optique de la subsistance pour la réciprocité, ce qui est éloigné de la définition des principes économiques selon Polanyi. La lutte pour le développement devient la lutte contre la pauvreté au sein la coopération internationale. Les divers plans de développement soumis à l'Afrique subsaharienne sont ainsi légitimés par la prise en compte des structures locales et de la population, bien que ceci reste dans une optique de mise en place d'une économie marchande. La « bonne gouvernance » et les bonnes pratiques se diffusent dans les politiques de développement, influençant l'aide extérieure selon des résultats précis, à travers notamment les Documents de stratégie de réduction de la pauvreté, promouvant des réformes telles que la libéralisation des marchés, la privatisation des entreprises publiques, la décentralisation et la réforme du système judiciaire. Certains outils permettant d'améliorer la gestion et de diminuer la corruption sont certes importants, mais les idéologies traversant les politiques de développement semblent pour le moment aboutir à un échec.

Deux optiques du développement s'affrontent donc ici. La domination de l'économie standard, établissant l'interdépendance d'individus interchangeables par le biais de l'échange marchand, a conduit à un échec des politiques de développements, et la mise en place d'un cadre désormais standard étendu, donnant une place de plus en plus importante au privé, tout en rétablissant une place à l'État, à travers des logiques contractuelles et incitatives, n'est pas satisfaisant. Une vision non évolutionniste aurait une portée bien différente concernant les politiques de développement, aboutissant à l'idée d'un développement endogène, co-construit entre les acteurs et non imposé de l'extérieur, marquant l'encastrement de l'économique dans des

relations sociales. Nous en revenons ici aux fondements de l'économie du développement proposés par Albert Otto Hirschman[44] et François Perroux[45]. Ceux-ci considéraient le développement comme pluridimensionnel, dans un cadre incertain. L'économie, plurielle, était pour eux encadrée dans des règles sociales, dans le politique. Les agents, le sens qu'ils donnent au processus de développement, leurs valeurs, l'éthique sont au centre de la tradition héritée de ces deux auteurs (Hugon, 2003).

2.4.2. Réencastrer l'économie par la démocratie comme fondement de l'ESS

La relecture de Polanyi nous amène à nous interroger sur la domination de la logique du marché financier mondialisé et autorégulé et sur les manières de s'en dégager. Cette relecture va également plus loin en proposant de dépasser la dualité État/marché, celle-ci négligeant le principe de la réciprocité. Les principes d'une économie et d'une démocratie plurielle connaissent de plus en plus de défenseurs dans les pays développés comme en développement. A travers le cadre normatif de l'ESS, il s'agit, pour reprendre les termes de Polanyi, de réencastrer l'économie dans les relations sociales à travers des moyens démocratiques. « *Une nouvelle façon de vivre et de penser l'économie à travers des dizaines de milliers de projets dans les pays du Nord comme ceux du Sud* » pour reprendre les termes du Président du RIPESS (Réseau Intercontinental pour la Promotion de l'Économie Sociale et Solidaire) en 2004[46]. L'économie n'est pas naturellement marchande, encastrée dans des relations, elle est plurielle et évolue. Lorsque la lecture formelle de l'économie devient universelle, tous les comportements proviennent d'un calcul rationnel individuel comme collectif ; tout citoyen est au final réduit à un consommateur, la démocratie perdant son sens. Favoriser les formes et les espaces de démocratie permettrait de considérer l'économie de manière plurielle, de s'interroger sur les voies que la société pourrait emprunter face au tout marchand.

Le changement démocratique, selon Polanyi, passe notamment la force du collectif, dépassant l'individualisme méthodologique. L'apprentissage individuel comme collectif y est fondamental, tout autant que l'impact sur les politiques publiques, l'affirmation de la redistribution et la défense de la réciprocité pour encadrer le principe du marché (Caillé, Laville, 2007). Autant de questionnements que l'ESS s'approprie, comme nous avons pu le voir précédemment. Il est possible de se rapprocher de Marcel Mauss, considérant que le changement démocratique ne peut arriver que par la création de nouvelles institutions à travers des processus

[44] A partir de 1958, avec son ouvrage *The strategy of Economic Development* (Yale University Press).
[45] En 1955, François Perroux publiait, dans les Cahiers de l'ISEA, Trois outils d'analyse pour l'étude du sous-développement. En 1960 paraissait Économie et société, contrainte, échange, don (PUF).
[46] Interview de Abdou Salam Fall, chercheur à l'Institut Fondamental d'Afrique Noire, disponible à cette adresse : http://www.traversees.org/article125.html (consulté le 13/01/2015).

collectifs (Mauss, 2010 [1950]). Ainsi l'ESS, en appliquant une participation interne, démocratique, prend également la parole dans une participation externe aux débats politiques, héritant de ces visions. Elle possède une caractéristique constituante.

Les mutuelles de santé au Sénégal sont hétérogènes, mais les diverses formes combinent bien réciprocité (création de liens entre les individus), **redistribution** (mise en commun de ressources) **et intérêt** (prévoyance de la santé), à des niveaux variables. Les acteurs mutualistes sont en accord, que ce soit au sein des mutuelles communautaires ou au sein des mutuelles de grande envergure, dans leurs discours, avec l'importance de la solidarité, d'après les entretiens effectuées de 2013 à 2015, comme nous le verrons dans les chapitres 5 et 6. **Mais cette définition de la solidarité et les principes qui en découlent varient fortement selon les acteurs sénégalais**. Les mutuelles communautaires mettent plus généralement en avant la réciprocité, alors que les mutuelles de grande envergure se concentreront sur l'intérêt. Au sein des mutuelles communautaires, d'après nos observations, la volonté est bien présente de vouloir construire une identité commune afin de repenser la manière de gérer la santé, à travers une organisation démocratique, ce qui sera étudié plus en détail dans le chapitre 4. Ces acteurs se posent en contrepouvoir des autorités publiques, de la coopération internationale, des prestataires de santé. Nous étayons cette situation dans l'encadré suivant, à l'aide d'extraits d'entretiens.

Encadré 2 : Mutuelles communautaires et ESS au Sénégal : le point de vue exprimé par les acteurs

« *Nous mettons en avant la citoyenneté des individus, la dimension politique des mutuelles* » nous disait le directeur exécutif d'Intermondes, une association venant en appui aux mutuelles communautaires de Guédiawaye, dans la banlieue de Dakar (ANNEXE 1). Il ajoute qu'il est nécessaire de « *promouvoir le dialogue entre les acteurs économiques, sociaux et politiques, en vue de renforcer la participation citoyenne pour la prise en compte des intérêts de la population* ».

« Il y a deux éléments qui sont jusque-là importants », nous expliquait le coordinateur du GRAIM (Groupe de Recherche et d'Appui aux Initiatives Mutualistes) à propos des mutuelles communautaires du réseau, *« accéder aux soinx et organiser la communauté en termes de pouvoir de proposition, de négociation, de plaidoyer, de défense par rapport à l'offre mais aussi aux gouvernants* ». Dans un entretien ultérieur, il nous précisait la vision du réseau concernant les mutuelles de santé : « *La cohésion est un capital sur lequel on peut bâtir une mutuelle. Les mutuelles se sont développées dans ce contexte-là […] Il n'y aura de durabilité qu'à travers l'appropriation que*

les communautés feront de la mutualité et les éléments internes qu'ils mettront en œuvre pour que cela deviennent de véritables communautés. »

Le président de la mutuelle Goxu-Mbathie nous présentait les forces des mutuelles de santé : « *cultiver l'esprit de solidarité et d'entraide entre les populations d'un même terroir. C'est une générosité de cœur et le sens du partage* ».

Lorsque nous discutions de la tendance à la massification des adhérents des mutuelles communautaires, le président de la mutuelle Lalane-Diassap estimait qu'il fallait être prudent, par rapport à l'identité commune derrière la communauté des membres : « *Il faut que les gens aient à peu près un même point de vue, une même orientation, un même objectif globalement pour qu'ils puissent cheminer ensemble, pour éviter certains dérapages ».*

Source : Présentation de l'auteur d'après les entretiens effectués en septembre 2013 à Guédiawaye auprès de Mamadou Ndiaye (Directeur exécutif d'Intermondes), en juin 2014 et en février 2015 à Thiès auprès d'André Wade (Coordinateur du GRAIM), en septembre 2013 à Saint-Louis auprès de Lamine Mbaye (Président de la mutuelle Goxu-Mbathie), en février 2015 à Lalane auprès de Thomas Diop (Président de la mutuelle Lalane-Diassap).

Citoyenneté, dialogue, participation, défense, cohésion, appropriation, solidarité, sens du partage, une même orientation : autant de termes évoqués par les acteurs rencontrés qui se rapprochent fortement de la définition que nous avons posée de l'ESS. Cependant, s'ils cherchent à mettre en pratique ce cadre de l'ESS, ce que nous avons pu constater sur le terrain montre que la réalité est bien plus complexe. Les mutuelles communautaires, comme nous le préciserons par la suite, peinent à réellement enclencher cette réciprocité, à l'origine des autres principes (économie et démocratie plurielle, remise en cause de la dualité État/marché, mise en avant d'un autre développement). La solidarité se restreint trop souvent au respect des cotisations, à travers une définition mécanique. La prévoyance à travers la solidarité organisée, à travers les mutuelles, peine à trouver sa légitimité. L'importance des liens entre les membres diffère aussi entre les milieux ruraux et les milieux urbains, ce qui fait que les mutuelles communautaires sénégalaises se créent souvent à partir de groupes, de communautés déjà existantes. De ce fait, et du fait des tensions exercées par les échelons nationaux et internationaux, cette grille d'analyse montre les difficultés d'application entre le cadre normatif de l'ESS et les réalisations sur le terrain. L'importance de l'application de la réciprocité nous permettra de distinguer les mutuelles de santé, communautaires comme de grande envergure, dans la volonté d'application, de rassemblement derrière le cadre de l'ESS, et dans leur potentiel en tant que source de développement endogène.

3. D'une coordination par le risque à une coordination par l'incertitude

La section précédente nous a permis de comprendre le potentiel des mutuelles par rapport à un développement endogène. Le cadre de l'ESS se retrouve adopté par les mutuelles sénégalaises, à des niveaux divers. Deux échelles principales ressortent : une échelle interne, avec l'importance d'un fonctionnement démocratique permettant la continuité de la réciprocité et de l'évolution de la structure ; une échelle externe, avec une capacité de représentation auprès des autorités publiques et de la coopération internationale. Mais, si les mutuelles de santé ont théoriquement cette capacité de contrepouvoir et de création de valeurs, comment la construire ? L'échelle interne nécessite de comprendre les liens entre les membres d'une mutuelle d'un côté, les valeurs et les règles qui découlent de la construction de la mutuelle de l'autre. Comment les membres peuvent-ils pérenniser une organisation démocratique qui donne un réel pouvoir de participation aux membres, afin de faire évoluer la mutuelle dans le temps ? L'échelle externe nécessite de comprendre les relations entre les divers acteurs impliqués dans la transition du système de santé, dans la mesure où ces relations sont hiérarchiques, résultent de rapports de force et de négociations. Comment les mutuelles peuvent-elles s'inscrire dans ce prisme d'acteurs afin de représenter un contrepouvoir en ce qui concerne le développement ? Afin de compléter la grille d'analyse de l'ESS, qui nous donne la capacité théorique des mutuelles à s'inscrire dans des changements, la grille de l'économie des conventions nous permettra de comprendre la capacité réelle, pour les membres d'une mutuelle, à faire évoluer les règles au sein de celle-ci, et, à un niveau supérieur, à se positionner au sein des autres acteurs.

3.1. Comment se coordonner dans un univers radicalement incertain ?

Les acteurs de l'ESS cherchent à pérenniser, rétablir et créer des valeurs propres aux communautés dans lesquels ils s'inscrivent. Face à l'individualisation amenée par la vision de l'homo economicus, l'Économie des conventions dote au contraire l'individu d'une capacité réflexive, d'interprétation des règles et surtout d'un intérêt pour la nature du collectif (Favereau, 2001 ; Caillé, 2006). La rationalité est procédurale, permettant de marquer l'importance de l'analyse du processus de prise de décision. Les individus sont imprégnés de valeurs provenant à la fois de leur environnement social et d'une réflexion personnelle. La question de la coordination des acteurs est au cœur de l'économie des conventions, mais aussi de la réflexion sur la viabilité à long terme du système de santé au Sénégal. Comment les acteurs peuvent-ils se coordonner afin de faire émerger un modèle pérenne sur le long terme ?

Deux visions de la régulation de la santé s'opposent. **L'une**, appliquée et largement diffusée dans le cadre standard étendu, se base sur **la contractualisation afin de coordonner**

les acteurs et la notion de risque maladie, l'incertain étant dans ce cas probabilisable. L'autre, au contraire, met en avant les valeurs des individus permettant la coordination et replace les acteurs dans un univers radicalement incertain. Dans la première approche, le consommateur de soins est un individu rationnel et opportuniste, le contrat (l'assurance maladie) permettant de résoudre les problèmes de coordination par la compétitivité, la responsabilité, la justice, l'efficacité (Domin, 2006). L'individu est responsable de sa santé. Le contrat provient de la notion « d'équilibre » (Eymard-Duvernay et al., 2006), alors qu'en réalité la relation n'est pas équilibrée, les individus ayant des intérêts différents. **La vision de la coordination n'est pas la même en se basant sur une approche par l'incertitude**. Celle-ci entraîne une rationalité différente des agents, dépendant de la coordination entre eux, des valeurs que chacun intègre en rapport avec la santé. L'ancrage éthique est mis en avant, au lieu des intérêts instrumentaux des agents (Batifoulier, 2011). Les individus ne sont pas omniscients, et le futur n'est pas probabilisable. Dans ce contexte, prévoir signifie émettre un jugement s'appuyant sur l'expérience d'une part, évaluer ce jugement à partir de sa propre confiance en soi d'autre part. La communauté permettrait d'adopter un principe de précaution pour gérer ces incertitudes, par l'expérience et la discussion, permettant ainsi l'évolution du système. **Les institutions collectives aideraient alors les individus à prendre leurs décisions, les valeurs aidant la coordination**. La précaution évolue, elle est révisable, provenant de processus d'apprentissage collectifs, marquant l'importance d'une rationalité procédurale (Domin, 2006). Les deux approches aboutissent donc à des modèles de protection de la santé différents, l'un se basant sur une relation contractuelle, l'autre se basant sur une médecine communautaire et une démocratie sanitaire. Cette distinction que nous posons, entre d'un côté les risques et la contractualisation, et de l'autre l'incertitude et la solidarité, est spécifique à notre travail. Elle n'est pas organique, dans la mesure où des mécanismes de solidarité peuvent se baser sur des risques, l'approche par l'incertitude n'amène pas automatiquement une approche par la solidarité et la réciprocité.

Cette opposition recoupe un débat ancien, dans les pays du Nord, entre la **voie assurantielle et la voie mutualiste**, alors que ces deux voies sont aujourd'hui confondues dans leur application aux mutuelles sénégalaises à travers la microassurance. Ces mutuelles combinent des principes de l'ESS tout en intégrant des normes de gestion de l'assurance privée. **L'unicité des cotisations**, règle de base dans les mutuelles communautaires sénégalaises, était aussi celle en application au sein du fonctionnement mutualiste en France au 19ème siècle, systèmes mutualistes et assurances étant alors opposés. Les théoriciens ne savaient trancher entre ces deux voies afin de développer la prévoyance ; la voie assurantielle, pouvant être portée à un niveau national et représenter un contrat social permettant un niveau de redistribution entre les richesses, reposant sur la différenciation dans la prime reflétant le niveau risque, la sélectivité ; la voie mutualiste, comprenant notamment les sociétés de secours mutuels au sein des milieux ouvriers, mettant en

avant la réciprocité au sein de collectifs, les liens sociaux. L'adhésion était basée sur le volontariat au sein des sociétés de secours mutuels, mais la participation (aux assemblées générales notamment) était imposée. La différence entre les deux voies tenait notamment à une différence de public, de leur milieu social, avec des secours mutuels consacrés aux pauvres et des assurances consacrées à la bourgeoisie (Toucas-Truyen, 1998). Toutefois, peu à peu, le système assurantiel sera considéré comme plus efficace, notamment par la différenciation des cotisations en raison de la fréquence du risque prévu. La notion de « mutualisation du risque » se développe, confondant les deux voies. Ce débat nous semble mettre en perspective **les différences de vision des mutuelles de santé, selon un cadre assurantiel ou selon un cadre social et solidaire, qui expliquent en partie les difficultés des mutuelles sénégalaises, en particulier communautaires, à se positionner** face à la diffusion des recommandations nationales et internationales. En effet le terme assurance se retrouve partout, des assurances nationales à la microassurance, comme nous l'avons abordé dans l'introduction.

3.2. Les conventions permettent de considérer le processus dynamique de la construction des règles

3.2.1. Des individus traversés par plusieurs systèmes de représentations donnent sens aux règles

Les systèmes de représentation

Nous nous inscrivons ainsi dans l'Économie des conventions, afin de comprendre comment les individus, et leurs systèmes de représentation, peuvent se coordonner dans cette situation d'incertitude radicale : au niveau microéconomique, au niveau des membres d'une mutuelles ; au niveau macroéconomique, pour analyser les systèmes de santé et leurs évolutions. Deux types de conventions[47] sont identifiés : les premières sont les « modèles d'évaluation », situées à un niveau universel, constitutifs en instituant des pratiques et représentant un monde commun ; les secondes sont les règles conventionnelles, situées au niveau interindividuel, conditionnées par ces mondes communs mais aussi et surtout sources d'interprétation par les individus. **En effet, suivre une règle signifie en rechercher le sens**. La convention ne doit pas être vue dans une simple optique stratégique, outil de coordination des individus, car elle permet avant tout de coordonner des représentations et des individus non atomisés, mais ancrés dans un collectif. Les règles sont incomplètes. Pour suivre une règle, il est nécessaire de faire le chemin entre celle-ci et le modèle d'évaluation, afin de la compléter par ce que chacun pense être la

[47] La convention possède plusieurs caractéristiques : l'arbitraire, au sens d'une pluralité de possibilités, le caractère vague de la définition et l'absence de sanctions explicites (Batifoulier, De Larquier, 2001).

représentation collective, de mobiliser des valeurs et de lui donner du sens. Ce sens est à la fois social, c'est-à-dire partagé par un collectif engagé dans des actions communes, et politique, permettant la mise en place d'un apprentissage collectif et la légitimation des valeurs constitutives des modèles d'évaluation (Biencourt, Chaserant, Rébérioux., 2001). De la même manière que Polanyi, en considérant la redistribution et la réciprocité dans les ethnies étudiées, expliquait que les modèles institutionnels (ou principes économiques) et les principes de comportement s'ajustent mutuellement, l'économie des conventions avance le fait que les modèles d'évaluation impliquent également un ajustement des comportements, dans la mesure où les individus estiment légitime le fait de suivre telle ou telle règle répondant à tel ou tel modèle d'évaluation.

Boltanski et Thévenot (1991), puis Boltanski et Chiapello (1999), ont développé une approche identifiant des grands systèmes de représentation, amenant l'approche des Économies de la grandeur. Les auteurs les ont identifiés comme des « cités », des principes supérieurs communs à un ensemble de personnes, permettant d'analyser les actions individuelles au sein d'une réalité plurielle. Ces modèles d'évaluation permettent d'assigner une valeur, un jugement aux personnes et aux choses ; ils sont compris, partagés et doivent êtes soumis à une contrainte de légitimité. Les individus ne s'engageront dans le collectif que si celui-ci est associé à une représentation satisfaisant le bien commun.

- La **cité civique** repose sur une volonté collective de définir le bien commun, s'exprimant notamment par la démocratie. Le droit doit être organisé de manière égalitariste.
- La **cité industrielle** propose une vision utilitariste de la justice sociale, le bien commun est défini par rapport à l'utilité sociale et la satisfaction des besoins. L'efficacité, la rationalisation de la gestion en sont des grands principes.
- La **cité marchande** met en avant la concurrence, l'individualité. Les inégalités sont acceptables, elles trouvent leur justification dans la richesse, garante du bien commun.
- La **cité domestique** est importante en Afrique. Elle repose sur des valeurs traditionnelles, la proximité, la hiérarchie.

Une application au Sénégal

Avant la mise en place des PAS, la logique civique dominait, combinée à la logique domestique à partir de la déclaration d'Alma-Ata. À partir des années 1980, la cité civique se replie face à la diffusion de la cité marchande, combinée toujours à la cité domestique. Aujourd'hui, à travers les diverses évolutions de l'articulation entre la redistribution, le marché et la réciprocité, plusieurs cités cohabitent : marchande, civique, industrielle et domestique (Tizio, 2005), hybridant des systèmes de représentations traditionnels au sein de la société africaine, à travers

la société domestique, et des systèmes provenant de l'Occident, tels que la cité marchande. Nous sommes en accord avec cette analyse, qui se propose d'adapter aux sociétés africaines une grille tournée au départ vers les sociétés occidentales. Cette interprétation illustre et confirme notre analyse historique des systèmes de santé en Afrique de l'Ouest et centrale, en identifiant les cités et les systèmes de représentation associés qui ont dominé au cours de l'évolution des modèles de développement. Le retour de l'État dans le cadre de la « bonne gouvernance » ne marque pas le retour de la logique civique, mais s'inspire de la conception individualiste, libérale de l'État social (Gadreau, Tizio, 2000). La cité industrielle va prendre une place de plus en plus importante pour le rôle de l'État. Elle marque la mise en avant des experts, des scientifiques comme sujets valorisés. Ainsi, au Sénégal, depuis le milieu des années 1980, les gestionnaires, les ingénieurs, les managers, les entrepreneurs prennent une part de plus en plus importante au sein des institutions dirigeantes. L'éducation va dans ce sens (Eboko, 2015). Pour reprendre la grille d'analyse de Boltanski, Thévenot et Chiapello, qu'en est-il des trois autres cités ?

- Le principe supérieur commun de la cité inspirée est le jaillissement de l'inspiration. La créativité, l'imaginaire, la spontanéité sont valorisées. Cette cité, bien particulière, ne se rapproche pas de l'histoire des systèmes de santé en Afrique, elle interviendra à d'autres niveaux de la société, mais ne sera ainsi pas abordée dans ce travail.
- La cité du renom se base sur le prestige, la reconnaissance de l'opinion. Les leaders, les personnes célèbres, considérés comme grands, influent, persuadent afin de recueillir l'adhésion de leurs supporters. Cette cité se manifeste au sein de l'évolution des systèmes de santé : les leaders d'opinion prenant beaucoup d'importance, notamment dans notre contexte africain, au niveau de l'adhésion des population à telle ou telle réforme, au niveau politique, au niveau des mutuelles de santé également comme nous le verrons par la suite. La cité du renom, bien que non dominante et moins marquée que la cité domestique, prend tout de même place dans la légitimation des politiques de santé à travers le temps et à diverses échelles de la société.
- La cité par projet se développe, à travers l'action des ONG et de l'accumulation des projets qu'ils effectuent dans le domaine de la santé. Le principe supérieur commun est la valorisation du réseau. L'autonomie, la flexibilité, sont des caractéristiques valorisées des médiateurs, comme les chefs de projet, qui donnent de l'employabilité. L'épreuve se manifeste dans le passage d'un projet à l'autre. Le grand est celui qui sait s'engager mais aussi engager les autres.

Les mutuelles rassemblent des individus qui s'appuient sur des registres divers

Au niveau microéconomique, les individus, bien que replacés dans un cadre de rationalité interprétative, n'appréhendent pas les règles en considérant la société dans son ensemble. **Afin de donner du sens à des règles, ils peuvent s'appuyer sur divers registres, se rapportant aux intérêts individuels, à l'intérêt général, à l'intérêt de collectifs** de diverses tailles (tels que les mutuelles de santé). Les individus sont situés socialement, c'est-à-dire qu'ils sont influencés par des normes, de par leur appartenance à un groupe particulier et par leur environnement, dans un monde radicalement incertain, ce qui rend impossible la saisie de l'ensemble des situations. D'où l'importance d'initiatives telles que celles de l'ESS afin de repousser les limites de cette réflexivité en univers radicalement incertain, de construire un apprentissage collectif afin d'améliorer la capacité d'interprétation des règles par les individus (Bessis, Hillenkamp, 2010). Notre théorie de l'action regroupe ainsi la vision de Boltanski et Thévenot, les individus orientant leur action d'après des principes supérieurs communs, et l'analyse de Weber, les agents agissant également selon des intérêts idéaux, matériels (Swedberg, 2006).

Au sein de la mutualité, la cité civique est mise en avant, à travers l'action collective, la solidarité, la volonté générale. Mais ce modèle d'évaluation se confronte à celui de la cité domestique, où la tradition, la hiérarchie dominent. Les membres de mutuelles communautaires de santé ne peuvent être dissociés de leur appartenance à un groupe et sa position dans celui-ci. Cette confrontation des systèmes de représentation, de la réciprocité organisée et de la réciprocité qui existe au sein des sociétés sénégalaises, a, comme nous le verrons, des conséquences sur le terrain pour les mutuelles de santé et la construction d'une identité commune derrière la prise en charge de la santé. Dans le cadre de l'économie des conventions, les mutuelles sont des espaces d'échange, de redistribution, à travers lesquels diverses représentations du monde se confrontent (ceci sera analysé plus spécifiquement dans ce chapitre à travers la convention mutualiste puis dans les chapitres suivants).

3.2.2. Une pluralité de modèles de développement possibles

Pour donner du sens à l'ESS en Afrique et examiner sa contribution potentielle à un développement endogène, il est important de comprendre **comment les acteurs influencent l'évolution des règles au sein du processus de développement**. Souvent sont évoquées dans le développement les approches « par le haut » et « par le bas ». La limitation à ces deux approches, appliquées de manière cloisonnée, ne permet pas à l'ESS de trouver une réelle place dans la construction des règles à l'heure actuelle. Les approches par le haut correspondent à une

approche stratégique, les règles étant fixées au niveau global, destinées à la mise en place de la « bonne gouvernance ». D'un autre côté, l'ESS est pour l'instant cantonnée au niveau local, appliquant l'approche par le bas, permettant la pérennité d'institutions et de règles locales, mais sans pouvoir de négociation sur les règles fixées au niveau global (Baron, 2007). Un développement endogène correspondrait ainsi à mettre en place de réelles passerelles entre l'approche « par le haut » et l'approche « par le bas ».

La pluralité des modèles d'évaluation permet de conférer une analyse dynamique des conventions et de ramener le politique dans la théorie économique (Eymard-Duvernay, 2001). L'Économie des conventions illustre le début sur l'évolutionnisme étudié précédemment. Elle considère la capacité réflexive des individus, avec l'hypothèse que les règles imposées de l'extérieur font l'objet d'une révision en fonction du contexte. Si les conventions sont caractérisées par la pluralité, tel est le cas également des acteurs de l'ESS cherchant à dégager la pluralité des principes économiques ainsi que de la démocratie à travers des espaces publics de proximité. L'ESS en Afrique possède ainsi un rôle important en ce qui concerne le développement : montrer qu'il n'existe pas un modèle unique, mais une pluralité au contraire. **Le choix d'un certain développement promu par la coopération internationale relève d'un arbitrage politique aboutissant à des programmes similaires dans les pays aidés** (Baron, 2007).

Deux logiques sont à l'œuvre dans ce processus dynamique des règles conventionnelles : l'une consensuelle et l'autre conflictuelle. La dynamique consensuelle peut aboutir à l'émergence de nouvelles règles ou à l'adaptation de certaines par rapport aux formes de jugement du modèle d'évaluation partagé. Au sein du modèle d'évaluation, les règles sont ainsi prises dans un cycle récurrent d'interprétation et de révision, amenant peu à peu un apprentissage collectif. La dynamique conflictuelle provient du fait que les règles contiennent le pouvoir, dans le sens où non seulement elle induit un rapport de pouvoir, certains cherchant à influencer les décisions d'autrui, mais elle canalise également ce pouvoir, ce qui empêche les rapports de force. La logique conflictuelle peut se constituer à travers deux mécanismes : la recherche d'autonomie, marquant l'opposition des individus au contrôle extérieur, ceux-ci s'engageant dans une action collective et normative ; le déplacement des règles, c'est-à-dire leur modification dans le but de maintenir la coordination dans un sens favorable aux détenteurs de pouvoirs, ou d'éviter des corrections trop défavorables à leurs positions. Ces changements se produisent au niveau des règles conventionnelles. Mais il est également possible d'aboutir à un changement des modèles d'évaluation, évoluant du fait d'un trop grand décalage entre les représentations et les règles, dans une logique uniquement conflictuelle. Dans ce cas, un réajustement des règles va être opéré afin d'aboutir à une légitimité satisfaisante et à une redéfinition des principes supérieurs communs (Rebérioux et al., 2001). Le conflit et la critique sont donc importants dans l'Économie des

conventions, lorsque la coordination est défaillante, que les règles ou les modèles d'évaluation doivent être adaptés ou changés. Les règles propres à ces mutuelles coordonnent des comportements, des représentations du monde, des valeurs. Ces règles, jugées, revisitées, sont soumises à une contrainte de légitimité. Le fonctionnement démocratique doit permettre à chaque membre d'acquérir la capacité d'agir sur les règles et de faire évoluer la mutuelle et la manière de se coordonner, en se basant sur l'apprentissage collectif.

3.3. Le collectif au service de changements institutionnels

Comme nous l'avons exprimé plus haut, les institutions collectives aideraient alors les individus à prendre leurs décisions, les valeurs aidant la coordination. Cette approche des institutions se rapproche de celle de North depuis son ouvrage de 2005, considérant les institutions comme le résultat d'un rapprochement collectif des hommes afin de mieux gérer les incertitudes de leur environnement, tout en échappant aux hommes en partie (Prévost, 2010). Bien que prenant en compte le rôle des institutions depuis les années 1990, après la remise en cause des PAS, la coopération internationale s'inspire de la Nouvelle Économie institutionnelle (NEI), les institutions sont ainsi vues comme des outils afin de diminuer les coûts de transactions et de coordinations (Dutraive, 2009). Cette vision est fonctionnaliste, comme nous l'avons vu avec la vision de l'État social et de la protection sociale dans le premier chapitre. Les institutions agissent sur les hommes, produisent des règles permettant de déterminer les comportements, ces règles pouvant évoluer dans le but d'améliorer l'économie. Le développement économique est toujours mis en avant, les institutions s'inscrivent dans un cadre marchand. **Améliorer la qualité des institutions est synonyme de développement économique**, dans la mesure où le marché a besoin d'institutions sur lesquelles s'appuyer (Clévenot, 2010). C'est l'objet du second consensus de Washington. Le déterminisme économique s'est mué en déterminisme institutionnel par la « bonne gouvernance », la vision qu'une seule façon de faire est possible.

Notre vision des institutions se distingue de la NEI, puisqu'elle s'intéresse à la réalisation d'un collectif. La notion d'institution est dynamique : les institutions résultent d'un arbitrage entre diverses représentations du monde, divers principes de justice, et entretiennent un rapport de causalité circulaire avec les individus. Les institutions produisent des règles, les règles étant constamment révisables par les individus pouvant se former en collectif afin de faire évoluer les règles et les institutions. En articulant conventions et régulation, la vision de la coordination s'enrichit, intégrant des dimensions normatives et conflictuelles (Bessis, 2009). Les institutions, qui reposent sur des conventions sous-jacentes (Favereau, 1999), se présentent ainsi comme une articulation entre les règles, incomplètes, les représentations, à la fois importées et locales dans notre cas, et les actions des individus se formant en collectif, s'appuyant sur le registre

de la légitimité et/ou s'inscrivant dans des rapports de force. Nous nous inscrivons ainsi dans l'approche de la complémentarité institutionnelle : pour Aoki (2006), les institutions résultent des interactions stratégiques entre les agents qui débouchent sur un équilibre particulier dynamique. Le bon fonctionnement d'une institution dépend des autres, dans une optique de complémentarité.

Nous opposons ainsi deux visions de la régulation de la prise en charge de la santé et des mutuelles :

- la première est la vision assurantielle, qui s'inscrit dans un cadre standard et désormais dans un cadre standard étendu. Les risques sont considérés comme des opportunités de développement. Les mutuelles sont des instruments qui permettraient d'habituer les individus à la prévoyance, à la cotisation. La contractualisation est le pilier d'après lequel les acteurs se coordonnent. La régulation se base sur des intérêts individuels.
- La seconde qui est notre cadre conceptuel. L'approche est celle de l'ESS et de l'économie des conventions. Ce ne sont pas les risques mais les valeurs qui sont considérées comme des opportunités de développements. Les mutuelles ne sont pas vues de manière fonctionnaliste, mais comme des institutions. La réciprocité est mise en avant comme mode de coordination entre les individus. La régulation, ici, se base sur des actions collectives.

3.4. Une convention mutualiste peu adaptée ?

Nous arrivons ainsi à la conception d'une **convention mutualiste propre au Sénégal**. Cette convention coordonne des comportements, des représentations d'individus inscrits dans un collectif. Elle est arbitraire, il existe d'autres manières de se coordonner par rapport à la santé, mais la mutualité est la forme désormais dominante dans l'extension de la couverture maladie au Sénégal. La forme de cette mutualité est particulière et a été objectivée. Les acteurs à l'origine des mutuelles se basent, pour interagir, sur les règles en découlant, telles que la méthode assurantielle, le caractère volontaire de l'adhésion, l'équité par une égale contribution de chaque membre, quel que soit son revenu à l'origine ou encore la structuration organisationnelle (bureau directeur, bureau exécutif, AG, etc.). Cette convention, sur laquelle se base presque l'ensemble des mutuelles au Sénégal, n'a pas besoin de menace explicite en cas de non-respect ; il est possible de créer d'autres formes de mutuelles ou de coordination à l'échelle locale. Toutefois des menaces implicites peuvent exister, dans le manque de visibilité ou la difficulté à établir des partenariats techniques ou financiers. Si les mutualistes (au sens large du terme car nous verrons par la suite que les différences de vision peuvent être grandes entre les dirigeants d'une mutuelle et le reste des membres) peuvent poursuivre des objectifs différents (certains sont plus tournés vers la

réciprocité, d'autres vers l'intérêt), ils s'appuient, lors de la création d'une mutuelle, sur des ressources communes. Cette convention prend son origine dans la mise en place des premières mutuelles sénégalaises dans la région de Thiès, qui s'inspiraient fortement des mutuelles qui existaient dans les pays du Nord. Un engouement s'est peu à peu développé, s'appuyant sur ces expériences, reprenant leurs diverses caractéristiques. Cette convention a évolué, d'un cadre non écrit, non explicite, qui allait de soi, à sa formalisation progressive par écrit au cours des années 2000 : par les acteurs internationaux, fournissant des guides de la mutualité, par l'UEMOA et sa règlementation de la mutualité sociale, par le gouvernement sénégalais avec le DECAM désormais, ce qui, comme nous le verrons, débouche sur une contractualisation mutualiste et non plus une convention.

Comme nous l'avons abordé précédemment, les mutuelles de santé résultent à la fois d'une dynamique endogène et exogène. Les systèmes de représentations sont donc variés au sein des acteurs par rapport à la mutualité. La cité civique constitue le principal modèle d'évaluation des mutuelles au début de leur histoire. La solidarité, l'équité sont valorisées. Les actions collectives, la démocratie, participative ou représentative, constituent la référence. Les épreuves sont régulières de par les élections. En s'inscrivant dans un contexte local particulier, les mutuelles sont également jugées dans le cadre de la cité domestique, qui est traversée par des logiques qui peuvent s'éloigner des règles découlant des autres cités. Peu à peu, depuis les années 1980, d'autres systèmes de représentation se sont ajoutés. Tout d'abord la cité industrielle, qui valorise l'efficacité, la performance. Les experts, les professionnels sont les sujets valorisés. La réalisation des projets, des dispositifs constituent les épreuves de ce modèle d'évaluation. La cité marchande est peu à peu légitimée, à travers le « quasi-marché » déjà abordé, la vision de l'assurance individuelle comme celle de l'empowerment par les mutuelles de santé contribue à la valorisation des intérêts individuels. La cité par projets semble également se développer, en particulier dans l'action des ONG, à travers l'extension des réseaux, la valorisation de l'autonomie, la logique d'accumulation des projets.

Cette convention mutualiste se généralise quelle que soit la taille ou l'origine des mutuelles créées. Elle est vue comme la seule forme possible, à laquelle les membres doivent s'adapter. Les chapitres suivants nous permettront de mieux saisir cette conception dont les jalons sont posés dans son application au Sénégal. **Cette convention guidant le développement mutualiste, il est important de comprendre si celle-ci est réellement adaptée au contexte dans lequel elle s'inscrit**, à travers la vision des membres des mutuelles qui existent dans le pays, ce qui fera l'objet plus spécifiquement des chapitres 5 et 7. En effet la convention n'a pas besoin d'être optimale pour s'imposer (Batifoulier, Réberioux, 2001).

3.5. Comment concevoir la participation dans cette dynamique de construction des règles ?

3.5.1. La vision instrumentale des bailleurs de fonds

Durant les années 1990, la coopération internationale et les pays africains ont constaté les ravages des politiques de la décennie précédente. Face à cela, le mouvement « altermondialiste » a contribué à révéler l'existence de ces pratiques solidaires afin de remettre en cause les modèles de développement imposés par les bailleurs de fonds. Ces derniers, afin de faire évoluer leurs plans de développement, ont peu à peu installé un consensus sur l'importance de la solidarité et des pratiques solidaires (Baron, 2007). La participation communautaire, comme préconisée par ces bailleurs de fonds, est entendue non dans le sens de la démocratisation de l'économie de la santé, mais comme une mise en activité des populations, mettant en avant l'autodétermination. La participation se focalise encore sur la participation économique des personnes et non politique, elle est instrumentale (Fournier, Potvin, 1995). Le système conserve également des standards hérités des programmes d'ajustements et du principe de la participation de la population dans la santé, même si l'outil est désormais le prépaiement. Le consensus de Washington a introduit, à la place d'une vision collective de travailleurs victimes des structures sociales, une vision individualiste. Cet individu doit être rationnel et avoir un comportement responsable en matière de santé (Baumann, 2011). Dans cette optique, la protection de la santé n'est plus un droit mais une responsabilité personnelle (Fonteneau, 2007). Farmer et al. (2015) voient la participation communautaire, dans ce cadre, comme une gouvernance néolibérale. Si la participation est censée améliorer les capacités des individus, leur permettre de faire des choix, leur donner une voix, elle contraint les individus à se prendre en charge par eux-mêmes, la faute retombant sur eux en cas d'échec. Une déconnection s'opère entre les managers des projets et les citoyens, dans le cas, dans cette étude, de la planification des services ruraux de santé. Les citoyens doivent prendre leur responsabilité en ce qui concerne leur vie et leurs communautés (Peeters, 2014).

La participation communautaire/démocratique, selon cette vision dominante, consiste en l'appropriation par les populations d'un comportement efficient en termes de santé, plus responsable, préconisant aux communautés de s'en sortir par elles-mêmes pour combler les manques de leurs systèmes de santé. Les populations doivent dans cet objectif être mieux informées afin de pouvoir prendre leurs décisions quant à leur santé et mettre en place une démocratie sanitaire (Baade-Joret, 2006). Dans ce cadre, l'**empowerment** est devenu un pilier du développement, aboutissant à un statut de consommateur de soin effectuant

des choix rationnels, révélant des individus d'entrepreneurs d'eux-mêmes. Les politiques néolibérales vont bien plus loin que la problématique de l'intervention de l'État en cherchant à produire un « homme néolibéral » qui se base sur la concurrence, la responsabilité, l'esprit d'entreprise. Elles ont une potentialité normative qui concerne non seulement les individus, la vie sociale, mais également le champ politique (Dardot, Laval, 2010). Ainsi le néolibéralisme passe par un État entrepreneurial, jugé quantitativement par rapport à la mise en place de conditions adéquates au marché et à la concurrence, comprenant des individus eux-mêmes entrepreneurs au niveau de leur destin (Grenier, Orléan, 2007). La démocratisation sanitaire vue dans le sens de la responsabilisation des individus et la mise en concurrence des structures de santé contribueraient à modifier le rapport de force entre le bénéficiaire et la structure de soin, en présentant l'individu comme un consommateur de ces soins, amenant un quasi-marché de la santé (Batifoulier, 2011). Les bailleurs de fonds internationaux, notamment les institutions financières, mais aussi l'État sénégalais s'inscrivent dans une hybridation entre les modèles libéral et néolibéral de l'empowerment.

La décentralisation, destinée à favoriser la participation, prend également un sens différent selon la dimension considérée. Par une décentralisation politique, administrative, les pouvoirs publics souhaitaient rétablir une confiance entre les citoyens et les autorités nationales et locales. Mais ce qui a réellement pris le pas dans l'évolution de la décentralisation en Afrique de l'Ouest et centrale est sa dimension économique, destinée à mobiliser l'ensemble des « parties prenantes », grâce à des outils comme les partenariats publics-privés (PPP). Cette vision de la décentralisation et de la participation des divers acteurs provient du monde des entreprises (Jaglin, 2005). Les partenariats, notamment les PPP, se basent sur une approche « **gagnant-gagnant** » des parties prenantes, permettant d'atteindre une meilleure allocation des ressources, une plus grande responsabilisation des acteurs, un plus grand partage des expériences et des connaissances, etc. Cette approche « gagnant-gagnant », promue par la coopération internationale, provient de la conception de la Responsabilité sociale des entreprises (RSE) par la théorie des parties prenantes (Freeman, 1984). Celle-ci est instrumentale et désigne la RSE comme une stratégie avantageuse à mettre en place par les entreprises, qui doivent faire faces aux pressions des acteurs extérieurs. Ainsi le gouvernement Sénégalais cherche à appliquer cette approche contractuelle par des partenariats multiacteurs dans le secteur de la santé à un niveau local, dans le but de diversifier les financements. Effaçant les enjeux de pouvoir, la participation est diluée dans le concept de partenariat, une forme de coordination contractuelle, gestionnaire, recherchant l'amélioration des performances économiques dans la prise en charge de la santé (Baron, 2006).

3.5.2. Participation active ou passive ?

Les visions de l'empowerment sont en réalité diverses. Elles impliquent des manières différentes de concevoir la mise en capacité des populations de participer et la définition de cette participation. Trois modèles idéaux se distinguent (Bacqué, Biewener, 2015) : radical, les enjeux sont dans ce cadre une transformation de la société par la reconnaissance des groupes, leur émancipation individuelle et collective ; libéral ou social-libéral, qui légitime le rôle de l'État dans la lutte contre la pauvreté, et se rapproche de la « bonne gouvernance » ; néolibéral, dans une logique de gestion de la pauvreté par les individus eux-mêmes, et de leur permettre de trouver leur place dans une économie de marché, sans poser la question de la justice sociale. Si les deux derniers modèles sont la source de l'empowerment dans une vision instrumentale, nous nous inscrivons ainsi dans la vision radicale, dans la mesure où nous posons **l'hypothèse que les mutuelles peuvent être des institutions permettant une émancipation et contribuent à établir de meilleurs liens avec les autres acteurs de la santé afin de reconnaître les groupes, leurs valeurs, leur perception afin d'aboutir à un développement endogène**.

Au sein des mutuelles de santé, la participation démocratique des membres est un point fondamental. Les membres sont à la fois bénéficiaires et décisionnaires. La définition de la participation revêt une dimension bien différente dans le cadre de l'ESS. La démocratie au sein de la mutuelle se base sur une **participation active des membres**. Cette démocratie interne se couple avec une démocratie externe, les organisations de l'ESS constituant un intermédiaire avec les pouvoirs publics, pouvant permettre de faire le lien entre une participation observée à un niveau local et sa représentation à un niveau plus large. La participation n'est pas qu'économique, elle pose les bases d'un espace autonome démocratique. Les règles, incomplètes, permettent de repenser le concept de participation des acteurs, qui s'approprient mais aussi construisent ces règles (Baron, 2007). L'Économie des conventions débouche ainsi sur l'affirmation, comme cherche à le montrer l'ESS, que le politique traverse forcément tout espace de transaction. Les tensions sont continuelles entre d'un côté les volontés démocratiques et de l'autre les rapports de pouvoirs. Les mutuelles dans le domaine de la santé, pourraient constituer **des groupes intermédiaires mettant en place des dynamiques d'apprentissage de la démocratie, d'interaction entre les règles et la culture locale**. Ils pourraient permettre une révision des règles à un niveau local, facilitant la critique, tout en se répercutant ensuite sur le modèle d'évaluation. Fournier et Potvin (1995) établissaient trois types de participation communautaire :

- La « **participation démocratique** », dans laquelle les individus cherchent à répondre à des besoins de représentation, d'expression, d'égalité.

- La « **participation qui vise l'investissement de pouvoir** » qui se base sur l'organisation de personnes capables d'effectuer des changements afin d'améliorer leur situation et de mieux répondre aux besoins.
- La « **participation utilitariste** », dont la finalité est une plus grande utilisation des services par les populations.

- Les deux premiers types correspondent aux apports de l'ESS, à travers la démocratie interne et externe des mutuelles. Notre vision d'une participation « active » se retrouve à l'échelle des membres d'une mutuelle, qui ont alors la capacité de faire évoluer les règles au sein de cette institution, et à une échelle supérieure, celle du collectif, qui doit alors avoir la capacité de participer à l'évolution des règles au niveau du système de santé.
- Le troisième type est également important, dans la mesure où ce qui est recherché, dans ce travail, est bien de comprendre comment pourrait être améliorée l'utilisation des services, de manière à la fois quantitative et qualitative. Cette dernière vision de la participation, impulsée de manière exogène, ne nous semble pas pouvoir fonctionner seule, risquant alors de rester dans une construction des règles de type « top down ».
- Cette combinaison des trois types est ce qui nous oppose à la vision restreinte de la participation des bailleurs de fonds, qui est celle de l'approche quantitative de la « participation utilitariste ».

La variété des visions de la participation au sein des acteurs externes à la mutualité (coopération internationale, pouvoirs public, ONG nationales, locales), ainsi que la capacité d'appropriation de ce concept par les acteurs locaux, sont donc des questionnements important et seront analysés plus finement par rapport aux enquêtes de terrain dans les chapitres suivants.

3.6. Replacer l'analyse des systèmes dans leur contexte

3.6.1. Une approche systémique pour comprendre l'importance du contexte

La vision des individus, donnant du sens aux actions réalisées, aux règles mises en place, est fondamentale pour construire un modèle de santé qui puisse apporter de la cohésion sociale et permettre une continuité sur le long terme. La cohésion sociale s'inscrit dans un système de droits et de devoirs réciproques, qui permet le contrôle de la place du groupe dans le temps et dans l'espace, et est garantie par des valeurs, qui sont partagées par les membres constitutifs de ce groupe (Vuarin, 2000). L'économie des conventions met ainsi en avant une révision des règles qui est continuelle et une approche ainsi dynamique des institutions. Pour appliquer notre cadre d'analyse, notre méthodologie s'inscrit, comme nous l'avions dit en introduction, dans une

socioéconomie hétérodoxe. Notre démarche, fondée sur une analyse pluridisciplinaire de notre objet de recherche, les entretiens qualitatifs et l'analyse croisée de ces entretiens auprès de multiples acteurs de la santé, est liée à la complexité de la réalité que nous souhaitons appréhender. Nous analysons celle-ci à travers le prisme de l'incertitude radicale et de la multiplicité des représentations du monde des divers acteurs, qui nécessite de comprendre la perception des individus en ce qui concerne la santé et la mutualité ainsi que les rapports de forces qui influent sur la transition du système de la santé sénégalais.

La complexité d'appréhender des systèmes complexes a ouvert la voie à de nouvelles approches au sein de la recherche, notamment par rapport aux politiques publiques. Les utilisateurs de l'approche *Realist*, récente, cherchent de meilleures méthodes d'évaluation de dispositifs, ce qui nous semble intéressant afin d'organiser notre pensée. Cette approche permet de regrouper « *des données probantes sur les interventions sociales ou complexes, qui fournissent une explication de la manière dont celles-ci fonctionnent (ou pas), et pour quelles raisons, dans des contextes spécifiques* » (Ridde et al., 2012, citant Pawson et al., 2004). Il va s'agir par la suite de notre étude de produire des données concernant l'intervention des mutuelles de santé, intégrées dans un système de santé en évolution, et qui permet de comprendre leur potentiel, leurs faiblesses, leur provenance, dans des contextes bien particuliers. Les approches systémiques, par rapport au système de santé, et Realist, par rapport aux mutuelles de santé, se couplent donc. Dans l'approche Realist, les interventions sont donc situées, replacée dans une histoire, dans des relations particulières, non linéaires, donnant des enchevêtrements multiples et complexes. Les interventions complexes possèdent sept caractéristiques permettant une meilleure appréhension d'un dispositif. Elles sont évaluées à l'aune de divers objectifs, impliquent la participation de tous les acteurs afin d'aboutir à une chaîne de décisions. Elles sont soumises à des boucles rétroactives, les agents pouvant influencer son évolution, encastrées dans des règles sociales. Elles sont perméables à l'influence d'autres interventions, un dispositif ciblant un objectif même très spécifique aura un impact sur d'autres éléments, dans une vision systémique, et constituent des systèmes ouverts influençant les acteurs, ceux-ci adaptant leur comportement. **Ceci dans le but de comprendre l'importance du contexte par rapport à une logique d'intervention, de comparer les résultats avec d'autres contextes et de faire ressortir des régularités pouvant expliquer le fonctionnement de cette intervention** (Ridde et al., 2012). Dans une approche systémique, il est donc important de considérer les réseaux dans lesquels un projet, une mutuelle s'inscrivent, afin de comprendre les effets indirects qu'ils peuvent provoquer, le fait qu'ils peuvent avoir des effets non seulement sur les personnes directement ciblées mais aussi celles qui font partie d'un même réseau social. Ces réseaux peuvent ainsi modifier l'impact d'une intervention dans la santé (les effets pouvant être négatifs comme positifs) (Powell-Jackson, Ansah, 2015).

Il s'agit ici d'analyser la transition d'un système particulier, celui de la santé, par l'entrée des mutuelles. Le système, dans l'approche systémique, est considéré comme la totalité organisée d'un ensemble d'unités actives et solidaires en relation et interaction par l'intermédiaire de flux. Son fonctionnement repose sur les interactions entre les éléments du système et sur des boucles de rétroaction, permettant à la fois de stabiliser le système et de le faire évoluer. L'étude du fonctionnement de ce système doit se coupler à l'étude de ses transformations et inversement (Le Moigne, 1994 [1977]). Ces systèmes sont complexes, il faut les aborder dans leur ensemble, dans la mesure où « le tout est plus que la somme des parties », et non de manière réductionniste (Donnadieu, Karsky, 2002). Il ne s'agit pas en pratique d'analyser l'impact d'une politique, ou d'un acteur, sans penser à ses conséquences et à ses interactions avec l'ensemble du système. **Une analyse des potentialités des mutuelles de santé doit être replacée dans son contexte local et dans le contexte de l'évolution de la couverture maladie dans son ensemble**. Les mutuelles sont situées dans un environnement institutionnel particulier, elles interagissent avec les autres acteurs. Leur évolution doit donc être étudiée conjointement avec l'évolution du système de santé dans son ensemble pour aboutir à une analyse pertinente. Elles ne doivent pas être vues comme un simple outil permettant la diversification des systèmes de financement mais comme des acteurs ayant des impacts très divers à la fois sur la population locale et à l'échelle nationale au sein du système de santé.

3.6.2. Un contexte fortement influencé par les déterminants sociaux de la santé

Les études systémiques des systèmes de santé ne sont pas nombreuses (Spaan et al., 2012). Pourtant, ces systèmes, dans lesquels coexistent différentes formes de régulation, n'ont pas les mêmes impacts, de par leur organisation mais aussi de par le contexte des pays dans lesquels ils s'inscrivent. L'approche systémique offre un autre apport par rapport à la prise en compte de la diversité des facteurs qui influent la santé (environnement, éducation, cohésion des divers régimes de financements de la santé, etc.). L'importance de la prise en compte de ces divers facteurs se diffuse avec les approches des déterminants sociaux de la santé. Les mutuelles de santé doivent non seulement être replacées dans le système de santé sénégalais, qui combine divers acteurs et une multiplicité de mécanismes de financements, mais aussi dans un système plus large qui est celui des nombreux facteurs extérieurs qui influent la maladie, avec leurs propres acteurs, leurs propres mécanismes.

« *La Santé est ainsi un marqueur de la stratification sociale* » (Batifoulier, Domin, 2015). Le lien a été montré de nombreuses fois entre la classe sociale, les facteurs sociaux d'un côté et les comportements, la qualité de travail, l'environnement, l'accès aux ressources, l'accès aux services de santé, l'intégration dans des réseaux sociaux, etc. de l'autre, l'ampleur des inégalités variant

selon les pays étudiés (Winkleby et al., 1992 ; Pappas et al., 1993 ; Williams, Collins, 1995 ; Kawachi et al., 1997 ; Mackenbach et al., 2002 ; Bouchard et al., 2015). Certaines études explorent, pour mieux comprendre ces inégalités sociales de santé, les approches de recherches basées sur les communautés (Israel et al., 2010). Les inégalités sociales s'intéressent aux liens entre la santé et l'appartenance à un groupe social, permettant des comparaisons au sein de l'ensemble de la population, mettant en avant des différences socioéconomiques, territoriales, de genre, etc. (Guichard, Potvin, 2010). La question des inégalités sociales permet d'aller plus loin en considérant leur impact sur la cohésion sociale, le statut des individus par rapport à l'accès à la santé, leur vision de l'équité. Se poser la question des inégalités sociales ouvre la voie à d'autres manières d'évaluer les politiques de santé, en prenant en compte leurs impacts par rapports à diverses strates sociales (Link, Phelan, 1995). Ces déterminants, à l'origine des inégalités sociales de santé, sont au cœur des débats actuels concernant les politiques de santé, dans les pays en développement comme dans les pays développés (Embrett, Randall, 2014 ; Commission des Déterminants Sociaux de la Santé, 2009). Pourtant, cette approche a été adoptée anciennement par l'OMS, tout au moins dans les textes. Dès 1986, l'approche de la Promotion de la santé était définie comme « *une combinaison d'éléments d'éducation pour la santé, d'actions sur les politiques et les environnements, d'interventions pertinentes à caractère juridique, fiscal, économique, écologique et structurel dans les programmes qui visent à instaurer la santé et à prévenir la maladie* » (Houéto, Valentini, 2014, p12). Telle sera notre approche de l'analyse des mutuelles de santé sénégalaises, face à la vision restrictive de la « bonne gouvernance » et des normes de gestion et de financement qui y sont attachées.

Conclusion du chapitre 2

Ce chapitre a permis de montrer que les mutuelles sénégalaises sont traversées par des valeurs provenant à la fois de l'ESS des pays du Nord mais aussi de valeurs traditionnelles, locales, provenant de la société sénégalaise elle-même. Le concept d'ESS prend ainsi son sens, cherchant à recréer des valeurs propres dans l'optique d'un développement endogène, co-construit entre les divers acteurs, permettant de créer un système de santé légitime par rapport aux besoins des populations. Les auteurs cités ont pour la plupart mené leurs travaux dans le contexte des pays occidentaux, notamment la France. Ceux-ci sont ici repris afin d'analyser la situation des pays en développement pour diverses raisons. Les héritages coloniaux concernant l'évolution de la couverture maladie sont importants dans ces pays, permettant de justifier l'application de telles analyses en Afrique de l'Ouest et centrale dans la mesure où de nombreux standards des formes de couvertures occidentales sont repris. Nous avons pu voir précédemment que la réussite des couvertures maladies occidentales a légitimé la mise en place des premières couvertures maladies. De plus les débats théoriques sur la vision de la couverture maladie et des patients

connaissent des implications dans les politiques de santé en Afrique également. Les préconisations de la coopération internationale, importantes pour la mise en place des politiques en Afrique subsaharienne, définissent un idéal à atteindre par rapport aux expériences passées des couvertures occidentales. Enfin, ces travaux apportent une contribution importante à l'analyse de la santé en Afrique subsaharienne, en introduisant un aspect peu abordé. En prenant du recul par rapport à ces deux niveaux d'analyses différents, il reste intéressant d'en utiliser les éléments pour confronter différentes visions de la santé en les replaçant dans le contexte.

Le développement, dans l'optique de modèles économiques et sociétaux à atteindre, ne coïncide pas avec les actions de développement menées sur le terrain, devant alors composer avec les contraintes et opportunités locales. De nombreux acteurs sont impliqués, du côté de la coopération internationale, des pouvoirs publics mais aussi des populations ciblées. Les enjeux, les stratégies, les intérêts sont propres à chacun (Olivier de Sardan, Bierschenk, 1993). Leurs diverses interactions vont ainsi déterminer l'appropriation et l'évolution des actions de développements sur le terrain, ce qui amène ce décalage entre les discours et les actions, entre les politiques soutenues par ces institutions nationales et/ou internationales et structures socioéconomiques locales. Les modèles préconisés au départ, qui proviennent notamment d'une approche évolutionniste, se confrontent à la réalité. Des groupes stratégiques s'affrontent, forment des compromis, à travers la continuité, la transformation, le changement des règles. Pour comprendre ces divers schémas, notre cadre conceptuel s'oppose donc à celui du cadre standard étendu, comme nous le synthétisons dans le tableau 8.

Tableau 8 : Cadre conceptuel

	Vision assurantielle, approche du contrat	**Vision solidaire, approche de la précaution**
Cadre théorique	Cadre standard puis standard étendu	ESS et économie des conventions
Opportunités de développement	Les risques	Les valeurs
Vision des mutuelles	Les mutuelles comme instruments	Les mutuelles comme institutions
Coordination des acteurs	Par la contractualisation	Par la réciprocité

Source : Fait par l'auteur

Les individus révisent constamment les règles conventionnelles, les adaptent. Ils font le lien entre des systèmes de représentations globaux et les règles à un niveau individuel. Ce lien

entre les systèmes présentés et les valeurs des individus se retrouve donc dans la dynamique mutualiste au Sénégal tout comme dans la régulation de la santé de manière générale. **La société sénégalaise est traversée par cette hybridation de référentiels locaux et importés**. Les mutuelles cherchent à coordonner des membres, des employés, des directeurs, chacun ayant sa propre vision de la santé, de la prévoyance, de la solidarité. Le système de santé cherche à coordonner des acteurs publics, privés très hétérogènes eux-mêmes partagés par diverses valeurs. Comment en arriver, à partir de là, à un modèle de santé considéré comme légitime par tous, depuis la base, dont les mutuelles de santé sont les principaux intervenants à l'heure actuelle, jusqu'à un niveau national, permettant le développement du système de santé de manière systémique et pérenne ?

Le but n'est pas de montrer que les mutuelles sont forcément nécessaires à l'extension de la couverture maladie au Sénégal, d'autant qu'elles connaissent de nombreuses difficultés. D'autres systèmes, plus adaptés encore, pourraient voir le jour au sein de la société civile sénégalaise. Mais ces mutuelles et leur dynamisme offrent des potentialités intéressantes dans le but d'une meilleure interaction entre le « bottom up » et le « top down » vers un développement endogène, se basant sur un apprentissage collectif, permettant l'appropriation de principes ou de concepts extérieurs intéressants tout en évoluant par rapport à un contexte et des besoins précis. L'évolution des mutuelles dans cette transition du système de la santé, ce processus institutionnel, est donc un point important à observer. Leur institutionnalisation ne doit pas amener à une instrumentalisation mais à la possibilité de pouvoir évoluer selon leurs propres valeurs.

Chapitre 3

Du cadre d'analyse à la méthodologie

Ce chapitre nous permet de préciser notre méthodologie construite à partir de notre cadre d'analyse, d'où sa brièveté, afin de répondre à notre problématique principale : « les mutuelles peuvent-elles être des alternatives aux couvertures santé traditionnelles dans les pays d'Afrique de l'Ouest et centrale ? Perspectives à travers le cas du Sénégal ». Notre démarche méthodologique se place ainsi dans le contexte du Sénégal. Les approches théoriques menées dans les deux premiers chapitres nous ont permis de confirmer et développer nos hypothèses de départ, sur la pertinence des mutuelles (hypothèse 1), l'absence des conditions nécessaires pour aboutir à une transition réussie (hypothèse 2), l'appartenance des mutuelles sénégalaises à l'ESS (hypothèse 3). Pour mieux comprendre l'évolution du système de santé au Sénégal dans la réalité, nous énonçons deux hypothèses secondaires qui rejoignent les trois hypothèses centrales et qui résultent des analyses menées précédemment.

- **Le manque d'adhésion aux mutuelles provient en partie de cette différence de vision entre la solidarité organisée au sein d'une mutuelle, s'inspirant de systèmes réussis dans les pays occidentaux, et la solidarité entre proches qui est la base au départ de la prise en charge des soins dans la société sénégalaise.** Plusieurs questions sous-jacentes s'offrent alors à nous, en considérant notre grille d'analyse. Peut-on considérer les mutuelles de santé sénégalaises, traversées par des valeurs hétérogènes, influencées par le marché, comme un ensemble ayant un poids dans la prise de décisions concernant le développement et l'extension de la couverture maladie ? Peuvent-elles se rassembler afin de faire le lien entre la culture locale et les décisions prises à un niveau national ? Les diverses formes expérimentées par la dynamique mutualiste sont-elles légitimes par rapport aux besoins des populations ? Les acteurs comprennent-ils la mutualité comme application du « non profit » ou comme des acteurs appliquant la réciprocité ? Les mutuelles peuvent-elles être les intermédiaires privilégiés d'une participation démocratique ?
- **Les rapports de force, le poids des divers acteurs, influent fortement sur l'évolution du système de santé au Sénégal, ce qui complique la mise en place d'une approche systémique.** Est-il possible de rassembler l'ensemble des acteurs impliqués dans le système de la santé vers un modèle propre ?

La construction de notre méthodologie, qui a été guidée par ces deux hypothèses et leurs questions sous-jacentes, résulte de notre cadre d'analyse. Utilisée ici dans le contexte particulier du Sénégal, cette approche réflexive qualitative peut être employée dans d'autres situations afin d'analyser les liens entre les acteurs, leur perception d'un même objet, la hiérarchisation entre eux. Elle se base sur trois volets principaux : la revue de la littérature en ce qui concerne les

mutuelles de santé au Sénégal et dans d'autres pays en développement ; les entretiens semi-directifs que nous avons mené en 2013 ; les études de cas, qui comprennent un volet empirique et un volet sur les entretiens qualitatifs. Nous revenons tout d'abord sur la démarche, les matériaux, notamment les entretiens semi-directifs (section 1), puis sur les études de cas (Section 2).

1. Démarche et matériaux

1.1. La revue de la littérature

Notre but est de comprendre, d'analyser les visions que peuvent avoir les divers acteurs en ce qui concerne les mutuelles de santé, notamment communautaires au Sénégal : les acteurs externes (coopération internationale, pouvoirs publics, associations, etc.) et les acteurs internes (membres et dirigeants des mutuelles). Par rapport à notre approche théorique, nous cherchons à **appréhender les relations, les rapports de forces, les compromis** entre les divers acteurs impliqués, du niveau local au niveau international, dans le développement des mutuelles de santé au Sénégal. Nous souhaitons ainsi dégager:

- Les décalages ou les convergences entre les discours et les actions menées sur le terrain
- Les relations entre les différents acteurs
- Les relations au sein d'un même groupe d'acteurs

Pour compléter cela, il est nécessaire de comprendre quels obstacles les mutuelles affrontent, quel est leur potentiel, comment elles peuvent évoluer selon leur environnement institutionnel. La première étape a ainsi été la revue de la littérature, qui nous a guidés pour établir nos besoins méthodologiques sur le terrain : grilles d'entretiens semi-directifs, choix des études de cas. Cette revue de la littérature a été faite à partir de deux corpus différents : la documentation institutionnelle et la documentation académique.

La littérature institutionnelle

Nous avons réuni les documents nécessaires à notre travail à la fois en France et au Sénégal. Nous avons tout d'abord souhaité étudier les nombreux rapports émis par les acteurs externes aux mutuelles mais concernés par leur développement et par la transition du système de santé, afin de comparer les visions, les recommandations de chacun, de comprendre à quel point les discours entre ces divers acteurs pouvaient être convergents ou divergents. Nous avons ainsi parcouru les rapports principaux de la Banque mondiale, de l'OMS, de l'OIT (ces deux branches des Nations Unies étant impliqués dans le développement mutualiste) ; les programmes

gouvernementaux, comme les PNDS (Plans Nationaux de Développement Sanitaire), le plan CMU, les plans stratégiques de développement des mutuelles ; les rapports et sites d'associations et d'ONG locales (comme le GRAIM, Intermondes), nationales et internationales (Solidarité Mondiale, Oxfam, etc.). Sans être exhaustifs dans la revue de cette littérature, car le nombre d'acteurs impliqués dans le développement des mutuelles de santé en Afrique est important, nous avons sélectionné des acteurs emblématiques de cette évolution au Sénégal. Solidarité Mondiale par exemple, basée en Belgique, a de fortes influences dans l'appui aux mutuelles communautaires sur le terrain (ANNEXE 1).

La littérature académique

Nous avons ensuite effectué une seconde revue de la littérature qui concernait directement l'évaluation de l'action des mutuelles de santé, au Sénégal et dans les autres pays en développement, en plus particulier en Afrique. Ces études concernent les mutuelles, les modalités d'adhésion, leur potentiel, les difficultés qu'elles rencontrent. Cette littérature comprend des études quantitatives comme qualitatives. Des études diverses ont été menées par des acteurs variés : chercheurs, acteurs de la coopération internationale, ONG sénégalaises ou africaines, acteurs de la mutualité, cabinets d'expertise. Cette seconde partie de la revue de la littérature a été réalisée pour nous situer par rapport à nos propres études de cas sur le terrain, afin de confirmer ou d'infirmer les recherches qui ont déjà été effectuées.

1.2. Les entretiens semi-directifs

Notre méthodologie cible particulièrement les entretiens semi-directifs menés sur le terrain. Les entretiens semi-directifs ont l'avantage de présenter une forme souple d'échange avec les personnes interviewées. Ces entretiens se sont déroulés plutôt comme des discussions ouvertes, permettant de laisser une certaine liberté à nos interlocuteurs, de fluidifier la discussion, de nous permettre de rebondir ou d'aborder d'autres thèmes. Les grilles d'entretiens permettent d'orienter cette discussion, de revenir sur certains points si besoin est, de ramener l'interlocuteur au sujet principal s'il s'égare trop. Contrairement aux enquêtes quantitatives, le rapport au terrain, dans une enquête qualitative, induit une adaptation constante entre la rigueur méthodologique (avec les grilles d'entretiens) et une certaine souplesse, pour exploiter au mieux le temps passé avec les interlocuteurs. Ces entretiens ont été divisés en deux parties (le détail des personnes interviewées se trouve en ANNEXE 3) :

- Les entretiens exploratoires auprès d'une diversité d'acteurs (institutionnels, de la coopération, des chercheurs, des experts, des promoteurs de mutuelles) afin dans un

premier temps d'affiner notre analyse pour préparer au mieux ensuite nos études de terrain.

- Les entretiens plus spécifiques auprès des membres et des élus au sein de mutuelles de santé, dans le cadre de nos études de cas.

Nous nous concentrerons dans cette section sur la première partie des entretiens. Notre objectif a été dans ce cadre d'aller plus loin dans notre analyse de la perception des divers acteurs à propos des mutuelles et de la transition du système de santé plus généralement, de notre compréhension des rapports de pouvoir ou de coopération entre chacun. Nous avons découpé notre grille d'entretien (ANNEXE 4) en 4 parties :

(1) **La présentation** de la personne interviewée et de l'organisation, nous permettant au fur et à mesure de réaliser un panorama des organisations et des partenaires impliqués dans le développement des mutuelles au Sénégal.

(2) **L'apport potentiel des mutuelles de santé**, à travers d'abord des questions touchant à l'émergence des mutuelles, à leur capacité dans l'extension de la couverture maladie, à leurs forces, leurs faiblesses, à la vision qu'ont les divers acteurs d'une mutuelle de santé, au rôle de l'État ; puis sur les apports des expérimentations concernant le développement des mutuelles de santé (mutuelles nationales, couplage avec le microcrédit, décentralisation, mises en réseau) et sur l'importance des valeurs d'ancrage communautaires par rapport à ces expérimentations.

(3) **Les mutuelles dans le cadre du système de santé global.** Cette partie cible l'analyse des difficultés de coordinations entre les différents acteurs, les modes de gouvernance proposés par chacun, la place des mutuelles par rapport aux autres acteurs. Elle nous permet également de mieux comprendre les différences entre les discours et le terrain.

(4) Enfin nous souhaitions entendre le point de vue des acteurs sur **l'évolution de la couverture maladie dans son ensemble,** afin de rechercher les capacités de la transition du système de santé sénégalais pour étendre la couverture à tous de manière transversale, et de comprendre quelle place peuvent avoir les mutuelles au sein de cette transition.

Ces entretiens nous ont permis de dégager plusieurs pistes qui nous semblaient importantes à suivre ensuite au sein des études de cas. Ils ont été réalisés au cours de nos trois séjours de terrain (de 2013 à 2015), dans une optique exploratoire tout d'abord, puis dans une

approche prenant en compte les évolutions du terrain. Dans la mesure où le système est en transition, où les réformes s'accumulent, il était intéressant de rencontrer des personnes-clés dans le développement mutualiste tout au long de notre étude, en marge des études de cas. Nous avons pu également rencontrer certaines personnes plusieurs fois, afin de comprendre au mieux la transition rapide de la situation des mutuelles de santé sénégalaises, et pour analyser l'évolution du discours de certains acteurs par rapport à cette transition. Il faut préciser que, du fait des nombreuses évolutions, déclarations, réformes qui ont eu lieu au cours de ces trois années d'études de terrain, nous avons au fur et à mesure ajouté des questions à nos entretiens, pour toujours rester au plus près du contexte. Les grilles d'entretiens sont des canevas souples, qui évoluent au fur et à mesure des entretiens, en fonction à la fois de la pertinence des questions testées et de l'apparition de nouveaux événements au cours de l'enquête. Afin de bien déterminer les niveaux d'analyses de ces entretiens, il a été nécessaire de les traiter en séparant d'un côté les faits objectifs et de l'autre les opinions des personnes interviewées, pour mieux saisir la vision des divers acteurs, les liens entre eux, leur perception de la transition du système de santé au Sénégal. En plus des entretiens semi-directifs, des entretiens informels, des rencontres, des visites moins officielles ont été effectués au fur et à mesure que nous rencontrions des acteurs, ce qui a permis d'étoffer encore notre méthodologie. Toutes les personnes que nous souhaitions rencontrer, sauf dans certains cas de problème de coordination de nos emplois du temps, ont pris le temps de discuter avec nous, nos interlocuteurs n'ont pas été réticents mais au contraire prévenants avec nous[48].

2. Les études de cas

Nous avons conduit deux études de cas principales, qui ont été étoffées par des études plus informelles, réalisées selon les opportunités sur le terrain. La carte suivante situe ces études sur le territoire sénégalais.

[48] Il faut toutefois signaler un fait qui a été rapporté dans plusieurs entretiens : certaines personnes étaient dans un premier temps hésitantes à me recevoir, car ils voient déjà passer de manière très régulière des personnes qui souhaitent les interroger (chercheurs, ONG, coopération internationale), mais voient rarement un retour concret par la suite.

Figure 2 : Études de cas réalisées sur le territoire sénégalais

Cette carte du Sénégal permet de situer les mutuelles que nous avons étudiées et les personnes que nous avons rencontrées. L'étude exploratoire, en 2013, nous a conduits à Dakar, Guédiawaye, Thiès, Saint-Louis, Diourbel, Kaffrine. Les mutuelles de Fandène, de Lalane et le GRAIM se situent dans la région de Thiès. Les caisses que nous avons ciblées pour la PAMECAS, se trouvaient à Guédiawaye, à Pikine (Dakar) et à Yenne. Les mutuelles du REMUSAC sont situées à Guédiawaye.

Encadré 3 : Présentation générale du Sénégal

Le Sénégal est un pays d'Afrique de l'Ouest. Depuis 2012, le président est Macky Sall (le 4ème président de la république Sénégalaise), qui succès à Abdoulaye Wade. Le pays est présenté comme un modèle de stabilité politique par rapport aux autres pays d'Afrique. Le Sénégal fait partie de la CEDEAO (Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest), de l'UEMOA (Union économique et monnétaire Ouest Africaine), de l'Union Africaine, de l'Organisation Internationale de la Francophonie. La monnaie est le Franc CFA (1 euro = 655,96 FCFA au 12 novembre 2015). Ancienne colonie française (l'indépendance du pays a eu lieu en 1960), les liens sont encore importants entre les deux pays, au niveau économique, politique, et de la coopération. Une diversité de langues sont parlées : le français, qui a le statut de langue officielle ; les langues

nationales, dont le wolof, la langue la plus parlée. Plusieurs ethnies cohabitent, dont les plus importantes : Wolofs (plus de 40% de la population), Peuls et Toucouleurs (plus de 20% de la population), Sérères (environ 15% de la population), Diolas (environ 4% de la population), Mandingues (environ 3% de la population), Lébous (moins de 1% de la population)[49]. La population sénégalaise est principalement musulmane (officiellement plus de 90% de la population). La population du Sénégal est estimée à 14,67 millions en 2014. Elle est en constante extension, elle était ainsi estimée à 11,9 millions en 2007. Depuis 1993, le taux de croissance de la population se situe entre 2 et 3% (données de la Banque mondiale). Dakar, la capitale, comptait dans son ensemble plus de 3 millions d'habitants en 2013. Elle était suivie de Mbour (641068), Thiès (636088), Kaolack (466421), Saint-Louis (281747). Le taux d'urbanisation était estimé à 45,25%. Si la population se répartie presque également entre hommes et femmes, elle est surtout jeune : l'âge moyen de la population était estimé à 22,4 ans en 2014 (Données : agence nationale de la statistique et de la démographie). L'espérance de vie était de 63 ans en 2014 (Ministère des affaires étrangères). Le taux d'alphabétisation des adultes était de 43% en 2013 (Banque mondiale). Le pays était classé, par rapport à son IDH, 163ème sur 187 pays par le PNUD en 2013. Son PIB était de 14,79 milliards USD en en 2013 (Banque mondiale), ce qui le place comme deuxième économie en Afrique de l'Ouest derrière la Côte d'Ivoire. Avec une agriculture encore importante, le climat influe fortement sur la croissance du pays, notamment en cas de sécheresse. En 2011, le ratio de la population pauvre (en fonction du seuil de pauvreté national) était de 46,7% (Banque mondiale). Au niveau des grandes variables de la santé, d'après le PNUD, le taux de prévalence du VIH/Sida est très faible au Sénégal. Mais, malgré les efforts fournis pour les OMD, les taux de mortalité maternelle et infantile sont encore forts.

Source : fait par l'auteur

2.1. Le choix des études de cas

Ces études de cas ont été menées afin de comparer les pratiques pour en retirer des enseignements globaux, de comprendre la spécificité de diverses zones afin d'analyser la manière dont la forme mutualiste peut s'adapter, d'analyser les perceptions des acteurs à un niveau local. Elles comprennent deux volets :

- un volet visant à caractériser la mutuelle tout d'abord, son environnement institutionnel, son fonctionnement, ses financements, sa potentialité technique, ses liens avec l'offre de santé. Quelle est l'histoire de la mutuelle ? Quels « seuils », en termes économique,

[49] *Atlas du Sénégal*, Éditions J. A., Paris, 2007, p. 72-73

financier, technique, de poids politique, doit atteindre une mutuelle afin de pouvoir pérenniser son activité ?

- un volet basé sur les entretiens réalisés auprès des membres, afin de comprendre les besoins réels de la demande de santé, de se demander à quelles échelles peut se pratiquer la solidarité, d'avoir leur point de vue concernant la mutualité. Ces études ont également permis de comprendre l'impact de la base sociale sur la cohésion au sein de la mutuelle et les adhésions. Comment fonctionne la solidarité en milieu urbain/rural ? Comment transférer cette solidarité au sein d'une mutuelle ? Peut-on, à partir d'une base sociale hétérogène, créer une réelle communauté partageant un certain intérêt pour la mutuelle après la création de celle-ci ?

Les études de cas et les grilles d'entretiens ont été établis de manière transversale, pour pouvoir établir des comparaisons entre chaque cas, avec toutefois des spécificités selon le contexte. Chaque étude a été choisie pour sa pertinence par rapport aux pistes que nous avions dégagées jusque-là grâce à la revue de la littérature et aux divers entretiens semi-directifs.

⇨ La MS-PAMECAS (Partenariat pour la Mobilisation de l'Epargne et le Crédit Au Sénégal) est une expérience innovante, à grande échelle, et qui semble prometteuse, en liant mutuelle de santé et microfinance. Sa forme est double : centrale, la PAMECAS étant un réseau national ; communautaire, car le réseau se base sur des caisses de quartiers disséminées sur le territoire. Choisir la PAMECAS pour notre première étude de cas avait plusieurs intérêts : la couverture sur une grande partie du territoire, ce qui nous a permis d'appréhender les spécificités urbaines/rurales ; sa forme, pour comprendre les avantages et inconvénients d'une forme homogène de mutuelle malgré les contextes divers dans lesquels elle s'inscrit ; ses liens entre la microfinance et la mutuelle de santé, dans la mesure où ce type de couplage est de plus en plus promu dans les pays africains ; enfin les moyens, la présence d'un personnel professionnel, qui nous a facilité la réalisation de nos recherches et la rencontre avec des membres.

⇨ Le GRAIM (Groupe de Recherche et d'Appui aux Initiatives Mutualistes), dans la région de Thiès, est un réseau régulièrement cité dans la littérature et par les acteurs comme un exemple de solidité dans le temps de mutuelles qui ont un fort ancrage communautaire. Cette étude de cas nous a permis de nous ancrer dans les mutuelles communautaires rurales, qui se basent sur des communautés soudées. Nous avons ciblé, au sein de ce réseau, Fandène, qui dispose de la plus ancienne mutuelle sénégalaise, afin d'étudier l'évolution de la situation, de l'environnement mutualiste depuis les années 1980 et de comprendre comment cette mutuelle s'est pérennisée. La mutuelle de Lalane a également été intégrée dans cette étude, car elle est présentée comme une

expérience réussie, qui a su s'adapter aux spécificités des populations rurales comme des reconfigurations urbaines dans le temps autour de Thiès. Au cours de notre travail de recherche, une expérience novatrice, appuyée par le GRAIM, a consisté à mettre en place une mutuelle pour les daaras (écoles coraniques) de la région de Thiès. Nous avons ainsi souhaité prendre en compte cette expérience qui nous semblait intéressante.

⇨ Les rencontres lors de nos séjours de terrain nous ont permis, dans des études toutefois plus restreintes que les deux précédentes, d'ajouter les cas du REMUSAC et de Transvie. Les mutuelles du réseau REMUSAC, appuyé par l'association Intermondes, se basent sur une approche genrée, et constituent une expérience dynamique et prometteuse dans un milieu cette fois-ci urbain. TransVie est enfin une autre expérience intéressante, car elle change radicalement des formes communautaires des mutuelles dont nous venons de parler. C'est une mutuelle nationale, centralisée, destinée à protéger les routiers.

3.2. La PAMECAS

La PAMECAS est un réseau national de microfinance et de finance islamique qui se développe depuis 1996 sur l'ensemble du territoire sénégalais. Deux niveaux se distinguent : la direction nationale, centrale, et les multiples caisses de quartier (ANNEXE 5). Le personnel, contrairement, comme nous le verrons, aux mutuelles communautaires, est professionnel, au sein des caisses comme de la direction. Au sein de certaines caisses, le besoin s'est fait sentir au fur et à mesure de prendre en charge la santé en plus des divers services financiers proposés par le réseau, ce qui a amené la création de la MS-PAMECAS, la mutuelle de santé, qui, tout en étant autonome par rapport à la PAMECAS, se base sur le même réseau de caisses et bénéficie ainsi du même personnel. La MS-PAMECAS dispose d'une organisation propre (direction nationale, Conseil d'Administration). A travers les deux volets de l'étude de cas, les thèmes abordés ont été les suivants :

- Couplage microcrédit/mutuelle de santé
- Cadre institutionnel de la mutuelle
- Problématique de la professionnalisation, de l'engagement, communication
- Apport de la mise en réseau
- Suivi/indicateurs/attractivité
- Processus démocratique
- Diversité entre les caisses

Nous avons mené des entretiens auprès des adhérents (26 personnes), des dirigeants et du personnel (7 personnes), au sein de trois caisses différentes (deux urbaines, l'une rurale), ainsi

qu'auprès de la direction nationale et du Conseil d'Administration (7 personnes) (ANNEXE 3). Cela nous a permis de réunir un riche panorama de visions, d'opinion, de satisfaction par rapport à la mutuelle de santé. De nombreuses personnes parlaient uniquement en wolof, nous avons ainsi été assistés par le chargé de suivi/évaluation de la MS-PAMECAS qui faisait la traduction si besoin lors des entretiens[50]. Ces derniers étaient menés de la manière suivante : nous nous installions dans la salle de réunion de la caisse de la MS-PAMECAS choisie pour une partie de la journée. Les dirigeants de la caisse ont contacté eux-mêmes les adhérents pour les prévenir que nous souhaitions les rencontrer, et que nous serions disponibles pour les recevoir tel jour, durant tels créneaux. Nous recevions ainsi les adhérents au fur et à mesure de leur arrivée. Nous avons été positivement surpris de voir que de nombreuses personnes ont pris le temps de venir nous rencontrer, beaucoup y ont vu l'intérêt de se faire entendre.

La grille d'entretiens des mutualistes (dirigeants de mutuelle, personnel professionnel) est séparée de celle des adhérents dans la mesure où l'une de nos hypothèses est la différence de vision entre les adhérents et les promoteurs de mutuelles, d'après ce que nous avons pu constater dans la littérature. Les deux grilles sont ainsi semblables (ANNEXE 6), mais possèdent quelques questions plus spécifiques à l'un ou l'autre statut. Les thèmes communs aux deux grilles d'entretiens ont été les suivants :

(1) **Le profil socioéconomique**, important afin de comprendre la situation socioéconomique des membres et dirigeants.
(2) **L'adhésion à la mutuelle** : dans le cas des dirigeants, des élus, du personnel, les questions touchent à la formation, à l'apport de la mise en réseau (certains, tout en étant couverts puisque salariés du secteur formel, prenaient tout de même la décision d'adhérer à la mutuelle, dans ce cas les questions rejoignaient la seconde grille d'entretien, qui concerne les adhérents) ; dans le cas des adhérents, il s'agissait de comprendre pourquoi ils avaient pris la décision d'adhérer.
(3) **La conscience mutualiste et l'idéologie**, afin de recueillir les points de vue sur les missions d'une mutuelle, de connaître l'implication des personnes rencontrées.
(4) **Les perspectives par rapport à la mutualité**, avec des questions plus transversales sur les formes que peuvent prendre les mutuelles (prise en charge différenciée, obligation, équité verticale, etc.).

[50] M. Massamba Sambe nous a appuyés dans toute l'organisation de notre travail de recherche sur le terrain pour la MS-PAMECAS : prospection des caisses intéressées par notre travail de recherche, planification des rencontres, traduction, etc. Nos échanges réguliers avec M. Sambe nous ont permis, à l'un comme l'autre, de prendre du recul par rapport aux nombreuses interviews que nous menions, d'émettre des hypothèses, de mieux comprendre le point de vue et les attentes des adhérents, ce qui a également été une source d'enrichissement importante pour notre travail.

Dans le cadre des entretiens auprès des adhérents, nous avons ajouté un thème concernant la **satisfaction** (5), par rapport aux garanties, à la fréquence des cotisations, de leur mutuelle de manière plus générale.

3.3. Le GRAIM

La mutuelle communautaire et rurale de Fandène a vu le jour à la fin des années 1980, avec l'appui des institutions religieuses. Les expériences se sont ensuite multipliées dans les communautés avoisinantes, telles que la mutuelle de Lalane. Au cours des années 1990, le besoin d'appui, de partager les expériences, de permettre une pérennisation de ces expériences a amené la nécessité de se mettre en réseau, ce qui a conduit à la naissance du GRAIM. A l'heure actuelle, le GRAIM va plus loin que l'appui aux mutuelles, en s'attaquant à des problématiques diverses (gouvernance, environnement, etc.). Les thèmes abordés auprès de la MS-PAMECAS ont été repris ici avec toutefois la spécificité, non plus du couplage avec le microcrédit, mais des milieux ruraux (ANNEXE 6 pour les grilles d'entretien, ANNEXE 3 pour les personnes rencontrées).

L'organisation fut plus complexe à Thiès, dont les mutuelles sont dirigées bénévolement, d'autant plus que nous étions en milieu rural. Les difficultés de transports, le temps disponible, sont des contraintes fortes pour les membres et les élus des mutuelles ainsi que pour les dirigeants du réseau dans cette région qui ont fort à faire. Si le volume d'entretiens a été moins important que pour la MS-PAMECAS, l'étude du GRAIM et de ces mutuelles n'en a pas été moins intéressante, nous avons pu recueillir de nombreux enseignements précieux dans le cadre de notre recherche. Les grilles d'entretiens utilisées sont les mêmes que pour la PAMECAS, avec des questions spécifiques quant aux communautés rurales fortement soudées à l'origine de ces mutuelles, qui remplacent les questions qui concernaient le couplage avec le microcrédit. Pour mener les entretiens, nous sommes allés directement à la rencontre de nos interlocuteurs, ce qui nous a permis de constater directement les contraintes de ces mutuelles communautaires (manque de moyens, local chez l'habitant, étendue des populations rurales, difficultés de transport), qui, pourtant, se sont pérennisées dans le temps, dans un contexte où de nombreuses mutuelles ont des durées de vie très courtes.

Dans le cadre de la PAMECAS, du GRAIM, mais aussi du REMUSAC (Section suivante), nous avons également rencontré des personnes appartenant à l'offre de soins et visité des centres et postes de santé. Ces entretiens nous ont permis de mieux situer l'environnement direct de ces mutuelles, leurs liens avec les prestataires de soins. Il est important, à notre sens, de comprendre la perception quant aux mutuelles de l'ensemble des acteurs, y compris bien sûr au sein de l'offre, puisque ce sont des acteurs en liens directs avec les mutuelles. Nous avons ainsi préparé des

questions spécifiques pour ces acteurs, sur les processus de contractualisation avec les mutuelles, les liens entre eux, leur perception de la mutualité, de ses faiblesses et de ses forces, les difficultés qu'ils ont pu rencontrer avec ces partenariats, les liens qu'eux-mêmes ont avec les autres acteurs, notamment les pouvoirs publics.

3.4. Les études plus restreintes : le REMUSAC, TransVie

Le Résumac a son siège à Guédiawaye. Ce réseau a été créé en appui aux mutuelles communautaires qui ont peu à peu émergé en se basant sur les associations de femmes des divers quartiers. Dans ce cadre, nous avons pu rencontrer des dirigeants de mutuelles (And Faju, And Fagaru), des personnes du secrétariat au REMUSAC, des membres d'Intermondes, l'association qui soutient le REMUSAC, un adjoint à la mairie, et un membre d'un comité de santé, lors d'une visite d'un poste de santé. Nous avons pu assister à un Conseil d'Administration de la mutuelle And Faju (ANNEXE 3). Le secrétaire du REMUSAC, M. Zackaria Diallo, nous a accompagné à la rencontre de ces deux mutuelles et, durant l'observation du CA, nous a fait la traduction au fur et à mesure.

TransVie, dont le siège est à Dakar, est une mutuelle de santé nationale, destinée à protéger les routiers. Cette mutuelle, du fait des capacités plus fortes de contribution de ses membres, de sa professionnalisation, de ses capacités d'informatisation, permet une protection plus large que les soins primaires au sein des mutuelles communautaires. Nous avons pu étudier TransVie plus en détail grâce à un entretien effectué avec son directeur à Dakar, qui nous a beaucoup appris sur la création, le fonctionnement, la vision de la mutuelle, mais aussi grâce à des études effectuées au Sénégal, dont nous avons pris connaissance sur place.

Bien que de moindre grande ampleur que les deux autres études de cas, nous avons déjà pu recueillir des enseignements importants grâce à TransVie et au REMUSAC par rapport aux pistes suivies. Nous avons aussi pu situer ces mutuelles dans leur environnement, comprendre les diverses représentations qui les traversent, analyser leur potentiel quant à l'extension de la couverture maladie.

Conclusion du chapitre 3

Notre démarche méthodologique est ainsi fondée sur plusieurs techniques complémentaires, ce qui est lié, comme nous l'avons dit précédemment, à la complexité de la réalité que nous souhaitons étudier. En croisant les entretiens, les rapports produits par les divers

acteurs, les apports de la littérature qui existe sur les mutuelles de santé, nous pourrons, au cours des chapitres suivants, analyser l'évolution du rôle des mutuelles de santé dans la transition du système de santé sénégalais, cette évolution étant caractérisée par une multitude d'acteurs, d'approches, de perception de la mutualité et de la santé, cette diversité posant des problèmes pour la coordination des acteurs. Nous pourrons également analyser les forces et faiblesses des mutuelles communautaires de santé, les convergences et les divergences entre les diverses formes de mutuelles et, enfin, le potentiel des mutuelles pour constituer une alternative viable et légitime aux couvertures santé traditionnelles du secteur formel.

PARTIE 2

Les mutuelles dans le système de santé sénégalais

Mise en évidence et analyse de la pluralité des modèles et des perceptions

Dans une optique systémique, les mutuelles doivent composer à la fois avec leur environnement institutionnel, composé de nombreux acteurs parmi lesquels elles peinent à trouver leur place, et avec leur propre dynamique interne, les membres ayant des intérêts, des valeurs, des visions diversifiées. Cette partie se construit ainsi par rapport à nos deux hypothèses secondaires (cf. Chapitre 3). Dans le chapitre 4, nous revenons sur la pluralité d'acteurs et d'approches qui entraînent des rapports de pouvoir et influent sur l'évolution du système de santé et des mutuelles sénégalaises. La transition du système manque ainsi d'une approche systémique, la coordination entre les acteurs est complexe. Dans le chapitre 5, nous cherchons à comprendre d'où proviennent les difficultés des mutuelles communautaires de santé sénégalaises, en se concentrant sur la perception des individus, à travers l'application de notre grille d'analyse de l'ESS. Nous développons ainsi ce décalage entre une solidarité organisée et une solidarité traditionnelle au sein des populations ciblées.

Chapitre 4

Les mutuelles dans la transition du système de santé

Une pluralité d'acteurs et d'approches

Ce chapitre est destiné à comprendre l'environnement des mutuelles, les acteurs impliqués dans la dynamique mutualiste et les conséquences provenant de différences de visions, de représentation par rapport au développement et aux mutuelles. Au Sénégal, les mutuelles de santé sont devenues le pilier de l'extension de la couverture maladie à l'ensemble de la population. Le changement à la présidence, avec l'élection de Macky Sall en 2012, qui a succédé à Abdoulaye Wade, a accentué cette volonté de voir les mutuelles se développer. L'objectif était de couvrir 50% de la population en 2015 grâce à ces organisations, d'après les programmes du précédent gouvernement. Il n'a pu être atteint, mais a été remplacé par des objectifs tout aussi ambitieux alors que seuls 20% de la population étaient protégés en 2012 par une couverture publique ou privée. Ainsi les interlocuteurs des mutuelles se multiplient à toutes les échelles (internationale, nationale, locale). Bien que l'OMS, dans ses derniers rapports sur la santé dans le monde, et le gouvernement sénégalais, à travers son plan CMU, reconnaissent le besoin de s'adapter aux réalités économiques, sociales et culturelles, les différences sont grandes entre les discours et ce qui est appliqué dans le pays. Les visions des divers acteurs, en ce qui concerne la santé et la mutualité, sont diverses. Les recommandations des acteurs au sommet de la hiérarchie, les institutions financières internationales en particulier, se diffusent aux autres acteurs. Ces difficultés de cohérence aboutissent à une stagnation des mutuelles de santé et un manque de décisions claires concernant leur développement futur. **Quelle est la place des mutuelles de santé parmi les autres acteurs au Sénégal ? Comment sont-elles intégrées dans le schéma de la CMU ?**

Nous reviendrons tout d'abord (section 1) sur le contexte particulier du Sénégal depuis la décolonisation afin d'analyser ensuite la transition que connaît le système de santé à l'heure actuelle, qui cherche à instaurer une CMU par les mutuelles de santé. La dynamique mutualiste, depuis plusieurs années, est appuyée par un large panorama d'acteurs (section 2). La coordination est complexe avec les autres acteurs du système de santé. Au niveau général, l'approche des politiques publiques semble peu systémique, c'est-à-dire qu'au sein du système de santé, les divers régimes, les divers politiques et les divers acteurs ne sont pas pensés comme des éléments liés, qui ont des impacts les uns sur les autres, mais comme des régimes clivés selon la population ciblée. Ces difficultés de coordination (section 3) sont dues en partie aux rapports de pouvoir entre les divers acteurs impliqués dans la transition du système de santé et les approches, les valeurs, les concepts qui leurs sont propres. La vision de la mutualité est bien différente selon le cadre dans lequel on se place.

La méthodologie de ce chapitre comporte trois volets. Un premier comporte la revue documentaire concernant l'évolution du système de santé au Sénégal et des mutuelles, produite par les acteurs institutionnels. Le second volet s'appuie sur les enquêtes de terrain afin de cerner

les difficultés de coordination de ces divers acteurs, ainsi que leur vision d'après les entretiens et les documents fournis. Le troisième volet est constitué d'une analyse des discours et des approches des acteurs impliqués dans l'orientation de la dynamique mutualiste, aux niveaux local, national et international. La section 3 se base ainsi sur les rapports émis par les institutions financières internationales, les agences de coopération, les ONG internationales, nationales, locales, les pouvoirs publics. Les rapports choisis l'ont été sur divers critères. Ils s'inscrivent dans la transition actuelle du système de santé au Sénégal, transition entamée dans les années 2000 mais intensifiée depuis 2012 avec la mise en projet de la CMU, ils sont donc récents. Au niveau de la coopération internationale, nous avons ciblé des acteurs qui représentent certaines catégories : la Banque mondiale principalement pour les institutions financières internationales ; l'OMS et l'OIT pour les Nations Unies ; des agences de coopération directement impliquées dans le développement de la prise en charge de la santé communautaire, comme la CTB ; des ONG internationales, de la même manière, directement impliquées, comme Solidarité mondiale, structure Belge qui fournit des appuis importants à la mutualité au Sénégal ; des ONG sénégalaises et des réseaux locaux d'appuis aux mutuelles ; les ressources produites par les pouvoirs publics et notamment le Ministère de la Santé. Cette étude permet de se rendre compte des différences de vision entre les catégories d'acteurs abordées précédemment, avec forcément des nuances entre chaque catégorie d'acteurs. Concernant plus spécifiquement les mutuelles, les visions des élus, des dirigeants, des membres seront analysées dans les chapitres suivants. Cette partie est destinée à se focaliser sur l'environnement des mutuelles, sur la place de la mutualité au sein de l'ensemble du système de santé, les cadres théoriques et les idéologies mises en avant pour justifier telle ou telle façon de fonctionner et influençant les mutualistes au niveau local et les membres au niveau microéconomique.

1. La transition de la couverture sénégalaise repose sur la mutualité

Cette première section nous permettra de revenir sur une analyse historique de la couverture maladie au Sénégal depuis la décolonisation et de mieux comprendre la forme que prend la transition du système de santé depuis plus d'une dizaine d'années : position hiérarchique des acteurs, influence des modèles de développement, etc. Face à la stagnation du système de santé au début des années 2000 et aux recommandations internationales plus pressantes, le Sénégal accumule les réformes dans le domaine de la santé, mais pérennise un système clivé hérité de la colonisation et des divers modèles de développement qui se sont accumulés par la suite. La transition la plus importante est celle effectuée, depuis 2012, au niveau de la dynamique mutualiste, par la décentralisation. L'histoire de l'évolution des politiques de santé au Sénégal peut se découper en trois temps, rejoignant ce qui a été dit dans la première partie concernant la région de l'Afrique de l'Ouest et centrale :

- Les années 1960-1980 : Création de la Sécurité Sociale pour les fonctionnaires, des IPM pour les salariés du secteur privé. Le système est fortement étatisé, centralité et basé sur la gratuité. Le contexte est celui de la décolonisation, de la recherche de légitimité par l'État et d'industrialisation du pays.

- Les années 1980 : Conservation des régimes existants, mise en place des politiques d'assistance, création parallèle des mutuelles de santé. Le système est basé sur le marché, le paiement direct des ménages, le retrait de l'État. Le contexte est celui d'un fort endettement qui conduit à rechercher de l'aide auprès des institutions financières internationales, qui vont devenir les bailleurs de fonds principaux.

- Les années 1990 à aujourd'hui : Conservation des régimes existants, extension par l'assistance et l'appui à la couverture volontaire (la mutualité). Le système est basé sur l'hybridation entre la régulation marchande et étatique, et désormais le prépaiement. Le contexte est celui de la stagnation de la couverture santé, de la difficulté d'accéder aux soins, de la promotion de la protection sociale comme élément indispensable du développement.

1.1. Les difficultés d'accès aux soins sur la période 1960-2000

Comme dans les autres pays d'Afrique de l'Ouest et centrale, l'assurance maladie a d'abord été mise en place au moment de la colonisation, afin d'aligner les prestations des fonctionnaires de l'administration coloniale sur celles de leurs collègues en France métropolitaine et pour protéger les dirigeants des compagnies privées. Le modèle était celui de Bismarck, se basant sur les cotisations, sociales et patronales, et découpant la population en catégories. Celui-ci tranchait ainsi avec le modèle libéral, privilégiant l'assurance privée, et le modèle socio-démocrate, universel et basé sur le droit citoyen à la protection. Ce système a progressivement été diffusé vers les Sénégalais occupants des postes à responsabilité, toujours lors de la colonisation. Après l'indépendance, ce système s'est développé du fait de l'augmentation du nombre de Sénégalais au sein de l'administration. Le 15 juin 1961 fut adoptée la loi instituant la Sécurité sociale des fonctionnaires. Les Instituts de prévoyance maladie (IPM) couvrant le secteur privé ont vu le jour en 1975 (couverture maladie sociale, contributive). Seul le secteur formel, avec une couverture toutefois limitée, était protégé avant les dégradations économiques, l'ajustement structurel des années 1980 et la fin de la gratuité. Le Sénégal fut le premier pays africain à appliquer les PAS. Un premier Plan de stabilisation à court terme a été appliqué dès 1979 (ANNEXE 7).

Les fonctionnaires, les agents des collectivités territoriales et leurs familles bénéficient d'une couverture nationale (non contributive). Les consultations, examens et analyses effectués dans les structures publiques ou privées agréées sont pris en charge par l'État, grâce à la mise en place d'un ticket modérateur. Ainsi, après la couverture de l'État, il reste à assumer pour le patient 20% du coût ainsi que les médicaments, qui ne sont pas pris en compte. La couverture semble ainsi bien limitée, d'autant plus que les médicaments représentent la plus grande partie des coûts d'une maladie. Mais pour l'instant, si l'extension de l'assurance se met peu à peu en place, le contrôle financier et médical, au sein des structures sanitaires publiques, n'est pas automatique. L'utilisation des fonds avancés par l'État aux hôpitaux publics n'est par exemple pas contrôlée (Fall, Sene, Brusset, 2008). Pour les entreprises de plus de 100 salariés, la création d'un IPM est obligatoire. Les structures plus petites doivent s'affilier à des IPM inter-entreprises. Les entreprises ont commencé à prendre en charge, de manière limitée, leurs salariés de manière volontariste avant la loi de 1975 obligeant les entreprises à affilier leurs salariés aux IPM (Fall, 2003). La couverture proposée (frais médicaux, consultations, médicaments, hospitalisation, actes médicotechniques) varient d'un IPM à l'autre. Le système du ticket modérateur est alors également appliqué, celui-ci pouvant aller de 40% à 80% selon les IPM. D'un autre côté, salariés et employeurs cotisent à hauteur de 6% de leur salaire (plafonné à 60 000 FCFA).

Depuis les années 1970 et la mise en place de régimes d'assurance maladie pour le secteur formel, aucune autre réforme n'avait été impulsée pour les étendre à l'économie populaire. La mise en place du recouvrement des coûts et la réforme des structures sanitaires priorisant l'équilibre financier à la suite de l'Initiative de Bamako a réduit l'accès à la santé pour un grand nombre de sénégalais, d'après le rapport de synthèse de l'atelier national de concertation sur la stratégie nationale (2010). Les lois concernant la gratuité, par la mise en place de programmes verticaux, s'accumulent notamment depuis le premier Plan National de Développement Sanitaire (PNDS, 1998-2007). Ces politiques de gratuité devaient permettre une plus grande solvabilisation de la demande, mais ne ciblent qu'une faible part de la population non solvable, amenant peu à peu la nécessité de trouver de nouveaux mécanismes de protection afin de toucher l'ensemble de la population.

1.2. Le besoin d'une transition

Si l'intérêt envers la protection sociale forme désormais un consensus au niveau des partenaires internationaux et des acteurs nationaux concernés, il se développe également au niveau national, dans les milieux politiques comme dans les entreprises et au sein des ménages. La persistance de la cherté des soins, et surtout de la domination des versements directs des ménages dans la prise en charge de la santé, **révèle peu à peu l'intérêt du prépaiement**. Les

entreprises y voient l'avantage d'une main d'œuvre en bonne santé, mais aussi un but à atteindre pour répondre aux préconisations des agences de notation en termes de responsabilité sociale des entreprises (Baumann, 2010). En plus de raisons d'ordre national, les acteurs transnationaux ont eu et ont toujours un rôle important dans l'évolution des perceptions envers l'extension de l'assurance maladie, sa compréhension, sa mise en place. Leur discours de lutte contre la pauvreté se transforme peu à peu en objectif de travail décent[51], et la protection est vue comme fonctionnelle, devenant un moyen pour atteindre cet objectif.

Mais pour atteindre cet objectif, les systèmes préexistants sont insuffisants. Une faible partie de la population est couverte (fonctionnaires et salariés du secteur privé). Or la forme principale du travail est informelle, avec une dégradation de l'emploi privé formel en 50 ans. L'auto-emploi, sous la forme de micro-entreprises quel que soit le secteur, est important malgré les risques en termes de statut, de protection et de rémunération. Souvent les créations d'entreprises passent par une phase informelle pour éviter les coûts. Ainsi, pour illustrer l'importance de l'économie populaire, celle-ci était à l'origine de 97% des créations d'emplois entre 1995 et 2004 (Fall, 2010). Il semble ainsi important de se séparer de cet héritage colonial qui couplait salariat et protection sociale, dans la mesure où seuls 12% des actifs appartiendraient au secteur formel (Baumann, 2010). La protection sociale, telle qu'elle peut exister dans les pays occidentaux, ne peut ici permettre la cohésion nationale. Si les capacités de créations d'emploi formel sont réduites, le recourt à l'impôt est également limité avec une telle structure de la population. Une grande partie est donc exclue de toute protection, jusqu'au sein du secteur formel, avec les travailleurs par intérim ou les chômeurs perdant toute couverture. La **protection accordée à une partie de la population clive les deux secteurs** du travail.

S'ajoutent à ces éléments les difficultés des régimes existant à fonctionner, amenant un besoin de réformes de ce côté-ci également. Les IPM notamment ne sont plus adaptées juridiquement aux besoins actuels des salariés du secteur privé et font l'objet de réformes à l'heure actuelle. Peu de liens existent entre les différents IPM, avec une absence de cadre comptable ou financier de référence par exemple. L'Agence pour le Développement et la Coordination des Relations Internationales (ADECRI) rapportait que 34% de ces structures rencontrent des difficultés financières du fait du manque d'adhérents et des difficultés financières

[51] D'après l'Agenda de l'OIT pour le travail décent, celui-ci se compose de quatre grands thèmes : le volume d'emplois, le droit du travail, la protection sociale et le dialogue social. Chacun d'entre eux est traversé par la problématique de l'égalité hommes-femmes (URL : http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/decent-work-agenda/lang--fr/index.htm, consulté le 13/01/2015).

conjoncturelles, pour 30% en excédent financier (c'est-à-dire que cet excédent correspond à cinq mois de cotisations) en 2009[52].

De nombreux facteurs viennent ainsi appuyer l'intérêt de recourir à d'autres formes de couvertures plus adaptées à la population sénégalaise. Face aux limites des couvertures institutionnalisées, des mutuelles complémentaires ont été créées. Ainsi existent la mutuelle des Forces Armées Sénégalaises, de la gendarmerie nationale, de la Douane, des employés de SOCOCIM industrie ou encore la mutuelles des enseignants du supérieur (CAS/PNDS, 2004). De plus, ces couvertures ne protègent souvent que les conjoints et les enfants. Des salariés cotisant à un IPM se retrouvent également à cotiser dans des mutuelles au premier franc afin de profiter d'une protection plus élargie, correspondant mieux à la structure de la famille sénégalaise.

1.3. Une transition qui conserve les clivages

1.3.1. La mutualité devient un pilier de l'extension de la couverture maladie

Dans ce contexte, en 2002, le gouvernement du Sénégal, dirigé par Idrissa Seck sous la présidence d'Abdoulaye Wade, mettait en place son Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP)[53] (Conseil économique, social et environnemental, 2003), sous la houlette des institutions financières internationales, pour la période 2003-2005 (dans la continuité de l'initiative des Pays Pauvres Très Endettés[54]), même si ces premières versions ne pointaient pas la protection sociale avec la même importance que la seconde génération. L'impulsion de l'Organisation internationale du Travail (OIT) a eu un rôle dans cette introduction (Wade, 2007). En 2005 le pays se dotait d'une Stratégie Nationale de Protection Sociale et de Gestion des Risques, axe important du DSRP II de 2006 (Conseil économique, social et environnemental, 2006). Les réflexions ont commencé en 2007, impliquant le Ministère de la Santé, l'ensemble des autres ministères, et les autres acteurs concernés par la santé, pour aboutir à la Stratégie nationale d'extension de la couverture du risque maladie, avec pour objectif la protection de 50% des sénégalais en 2015, et le Plan National de développement Sanitaire 2009-2018, axé sur la réalisation des OMD. Pour cela, quatre axes sont mis en avant, la réduction de la mortalité infantile

[52] Étude sur l'assurance maladie obligatoire des travailleurs salariés au Sénégal, rapport définitif 2009, ADECRI
[53] « Le dispositif des DSRP, mis en place en septembre 1999 par le FMI et la Banque mondiale, est concrétisé par des stratégies générales de réduction de la pauvreté pilotées par les pays », comme le stipule la fiche technique du FMI. Les DSRP sont des documents existant dans les pays à faible revenu, établis par les gouvernements, en partenariat avec la Banque mondiale et d'autres structures extérieures, dans le but d'atteindre les OMD.
[54] Lancée en 1996, cette initiative amène une réorientation des institutions internationales vers la lutte contre la pauvreté, intégrant l'amélioration de la situation des populations vulnérables et la participation. La continuité de l'ajustement structurel est une condition pour obtenir des ajustements de prêts aux institutions financières internationales dans ce cadre.

et juvénile, l'amélioration des performances du secteur de la santé, le renforcement durable du système, et l'amélioration de la gouvernance du secteur de la santé.

La transition du système de santé s'installe au cours des années 2000, s'appuyant peu à peu sur la mutualité. La mutualité se développe depuis le début des années 1990 **sous l'impulsion de facteurs intérieurs** (volonté de l'État, expériences des populations, volontarisme des populations) **et extérieurs** (organismes internationaux). Elle est fortement encouragée depuis la troisième phase d'expansion par le Ministère du Travail, celui de la Santé, ainsi que les partenaires internationaux, notamment l'OIT (par son programme STEP), l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) ou encore le GTZ (Coopération Technique Allemande). S'est ainsi créée, en 1998, la CAMICS, pour appuyer la dynamique mutualiste. La mise en place d'une politique sociale globale basée sur le dialogue devait permettre un meilleur consensus au sein de la société, conférer plus de légitimité aux politiques de santé, mieux les adapter aux problèmes locaux, et regagner la confiance de la population, après des années d'insuffisances en matière de santé, en lui redonnant un place centrale dans ce domaine (Wade, 2007). La CAMICS, rattachée à la Direction de la prévention, a pour mission de « renforcer les capacités d'intervention de tous les groupements d'auto promotion intervenant dans le secteur de la santé, relever et élargir le niveau de la protection sociale afin de réduire les inégalités devant les risques socio-sanitaires, et développer un nouveau type de partenariat entre structures de soutien mutuel et structures de santé ». Pour cela, trois programmes ont été mis en place : le Programme d'appui aux Mutuelles de Santé, le Programme d'appui aux Comites de Santé et le Programme de renforcement et de suivi des IPM. Dans sa mission d'appui aux mutuelles, la CAMICS possèdent divers partenaires (principalement des ONG et des associations), promoteurs de la mutualité au Sénégal ou au niveau international, tels que le BIT/STEP, ou le GRAIM à Thiès, par exemple, à un niveau plus local. La CAMICS fut remplacée par la CAFSP (Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au partenariat) en 2004, cet organisme ayant pour « mission d'assurer l'accès financier aux soins de santé par le développement de stratégies appropriées en vue de la mise en place d'un système de couverture maladie universelle et de développer le partenariat avec les collectivités locales les associations, les mutuelles, les comités de santé et les organismes de prévoyance maladie ». la CAMICS, devenue la CACMU, est aujourd'hui l'Agence de la CMU (ACMU)[55]. Ont été créés par le même décret le Service national de l'information sanitaire et la Cellule d'appui et de suivi du plan national de développement sanitaire (Daffé, Diagne, 2009).

En 2003, les mutuelles se dotaient d'un cadre juridique constitué par la loi du 4 juin. Faisant partie de l'UEMOA, le Sénégal a mis en place en juillet 2011 un règlement portant sur

[55] Créée le 7 janvier 2015.

l'organisation et la promotion de la mutualité sociale. Du fait du nombre d'acteurs dans la mutualité, un organisme de concertation fut créé pour mieux coordonner les actions et renforcer les capacités de chacun, permettre les échanges d'expériences, promouvoir la mutualité auprès des autorités locales, le but étant d'améliorer la couverture du point de vue géographique des mutuelles mais aussi du point de vue de la prise en charge des personnes (CAS/PNDS, 2004). Le CNC, Cadre National de Concertation, vit donc le jour en 2001, permettant la participation des acteurs non étatiques dans les prises de décisions concernant les politiques de santé[56] (Sene, Kane, 2008). Les partenaires nationaux et internationaux (tels que Parthnerships for Health Reform, l'USAID, le BIT) sont également importants pour leur appui technique et financier dans le développement des mutuelles. Ce cadre s'est inspiré de la Concertation, organisme regroupant plusieurs pays Africains et structures internationales, dont l'objectif est de créer un réseau d'échanges entre les mutuelles, par la mise en place, par exemple, d'inventaires et de forums, et bénéficiant du soutien du programme STEP du BIT, que nous avions abordé dans le chapitre 2.

1.3.2. Une extension séparée en deux volets

Une part encore importante du versement direct des ménages

Le régime non contributif regroupe ainsi en tout 12% de la population, et le régime des IPM moins de 4 % de la population. Le tableau 9 illustre la faible envergure de ces régimes formels par rapport à l'économie populaire.

[56] Le CNC intègre le Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, les représentants des autres ministères, les promoteurs, les structures locales de santé et les unions de mutuelles.

Tableau 9 : Le système de santé en 2007 au Sénégal

Type de régime	Personnes couvertes	Organismes gestionnaires	Nombre bénéficiaires	Part de la population couverte
Régime non contributif	Agents de l'Etat	Min Finances	817.193	7,35%
	Les personnes âgées de plus de 60 ans. Plan SESAME	Etat & IPRES	555.690	4,87%
	Les étudiants	COUD	33.000	0,30%
Régimes contributifs volontaires	Membres des mutuelles de santé*	mutuelles de santé	421.670	3,79%
	Souscripteurs à une assurance santé privée	Assureurs privés	24.500	0,22%
Régimes contributifs obligatoires (IPM)	Salariés du secteur privé	IPM	400.149	3,60%
Total			**2.252.202**	**20,13%**

Source : Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat, 2008.

Les données datent de l'inventaire de 2003, actualisées selon le taux de croissance de la population. Il est à noter que les prestations spécifiques comme les accouchements, césariennes ne sont pas prises en compte dans ce tableau.

Au niveau des IPM, un manque se fait ressentir, avec 400 000 salariés couverts en 2007 face à un total de 4,973 millions de salariés la même année selon l'Agence nationale de la Statistique et de la Démographie. L'estimation fournie quant aux IPM se base sur l'estimation de l'ANDS dénombrant 400 000 salariés dans le secteur privé. Or selon l'atelier national de concertation sur la Stratégie nationale d'extension de la couverture du risque maladie au Sénégal tenu en 2010, les IPM ne couvriraient en réalité que 120 000 salariés, pour environ 700 000 bénéficiaires. Selon les calculs de cet atelier, en prenant comme base un quotient familial de 4 personnes environ par salarié, la population ciblée atteindrait environ 1 664 000, représentant 27,73% des 50% ciblés en 2015. Les entreprises de l'économie populaire seraient, à terme, intégrées au sein des régimes des IPM. Il faut préciser qu'aucun inventaire n'a été réalisé depuis 2003 au niveau des mutuelles, il est donc difficile de se rendre compte du nombre réel de bénéficiaires à cette forme d'assurance. Toutefois l'assurance proposée par les mutuelles couvrirait déjà plus de personnes que le régime des IPM, amorçant une dynamique importante à ce niveau. L'augmentation de leur nombre est un indicateur positif.

Au niveau de la prise en charge des soins et de la répartition des dépenses de santé, des améliorations sont notables. En effet, les dépenses publiques ont augmenté sur la période 2000-2013, passant de 40,9% à 52,3% en pourcentage des dépenses totales de santé. Dans ce même temps les dépenses privées ont diminué, et surtout la part des dépenses directes des ménages a baissé au sein de ces dépenses privées, de 91,6% à 77.4%. **Toutefois cette part reste encore**

importante par rapport aux dépenses des autres acteurs de la santé en termes de prise en charge des soins, comme le montre le tableau suivant.

Tableau 10 : Estimation du montant des dépenses de soins payées par des tiers en 2004

Sources de financement	MONTANT		
Dépenses des usagers non assurés*	62.471.919.884	77,93%	78%
Assurance Maladie obligatoire (IPM)**	7.855.000.000	9,80%	
Assurance maladie Privée	4.161.436.13	5,19%	
Etat (Employeur)	4.032.000.000	5,03%	22%
Assurance maladie Volontaire (Mutuelles)	1.270.315.857	1,58%	
Fonds de garantie Automobile	378.328.046	0,47%	
Total	**80.169.000.000**	**100%**	

Source : Diagnostic de la Situation Nationale Macroéconomie et Santé. Dr Moustapha SAKHO. Mars 2005. CAFSP, 2010.

Légende :

* Ce montant a été obtenu en ôtant des dépenses totales des usagers les montants payés par les systèmes d'assurance maladie.

** Le montant de 7.855.000.000 correspond vraisemblablement plus à la totalité de ce qui est payé par les IPM (frais réels) et non à ce qui est réellement pris en charge par les IPM (charges techniques). Il est à noter que les prestations spécifiques comme les accouchements et césariennes ne sont pas prises en compte dans ce tableau.

Un clivage par rapport à la couverture maladie

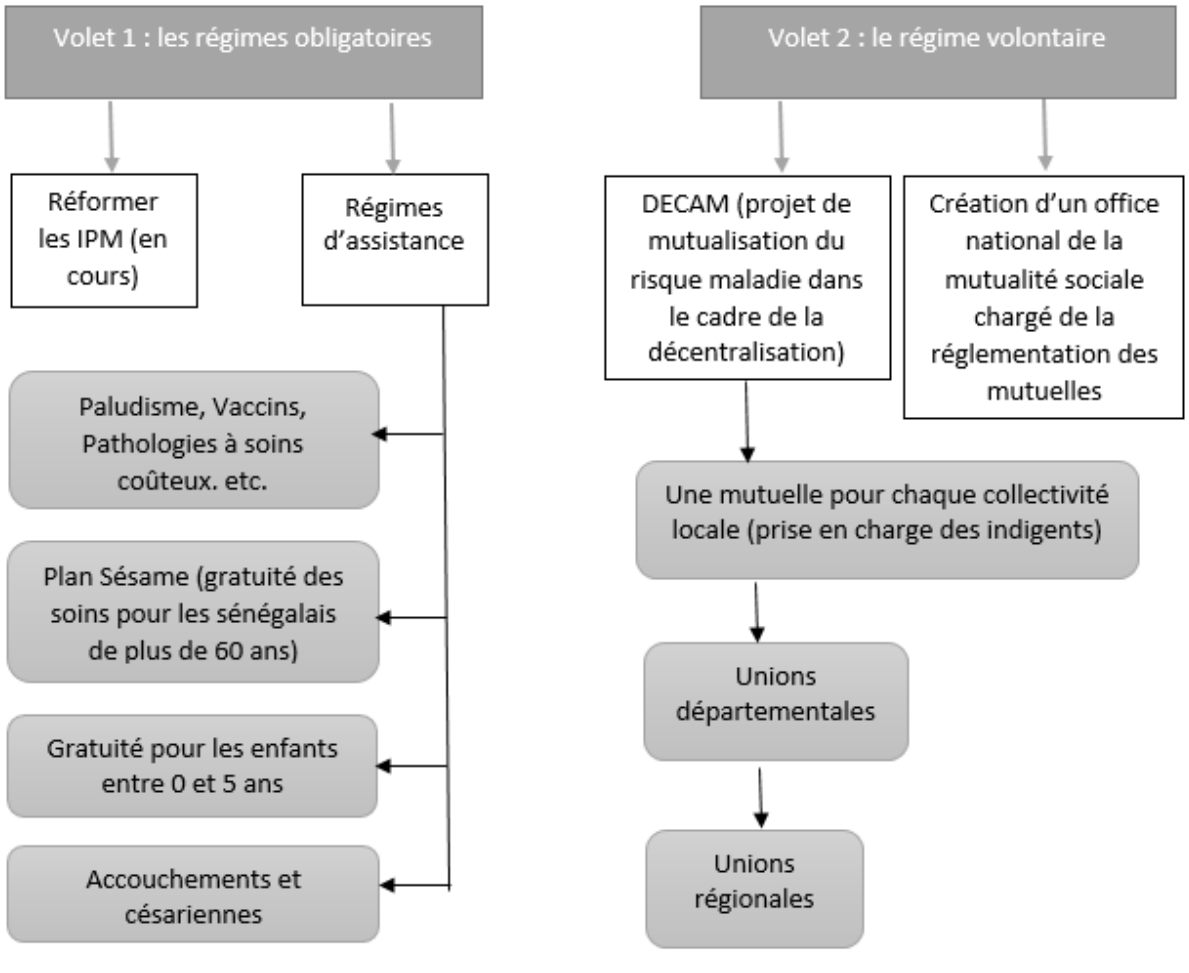
Bien que le nombre de bénéficiaires soit plus important au sein des mutuelles que dans les IPM, les principales contributions proviennent de ces IPM, du privé, et de l'État. Les mutuelles semblent encore limitées dans la prise en charge des soins, du fait d'une couverture limitée et de faibles ressources. Le tableau 10 illustre l'importance des versements directs des ménages n'ayant pas encore d'assurance maladie, comptant pour presque 78% des dépenses totales de soins en 2004, face à des dépenses marginales provenant des assurances obligatoires et privées. Le Sénégal a construit sa Stratégie nationale d'extension de la couverture du risque maladie des sénégalais sous la présidence d'Abdoulaye Wade par rapport à l'extension de la couverture au sein du secteur formel d'un côté, et au reste de la population qui n'est pas encore couvert de l'autre. Pour le secteur formel, la réforme des IPM est mise en avant. Pour les secteurs informel et rural, ainsi que les indigents, trois axes principaux ressortent : le renforcement et le développement des mutuelles de santé, la mise en place d'un fond national de solidarité santé pour la population vulnérable, et la création d'assurances pour les travailleurs de l'agriculture, de l'artisanat, de l'économie populaire.

Le système est ainsi clivé entre trois parties de la population : le secteur formel, se basant sur un régime obligatoire, l'économie populaire, devant se prendre en charge par elle-

même à travers des organismes volontaires, les mutuelles communautaires, et enfin les populations vulnérables (femmes, enfants, indigents, personnes âgées, etc.), bénéficiant de politiques d'assistances menées par l'État. Après les élections de 2012, le nouveau Président, Macky Sall, annonce la mise en place d'une Couverture Maladie Universelle. L'objectif de 50% n'ayant pu être atteint en 2015, de nouveaux buts sont fixés : « *Dans cette perspective, l'objectif général du Plan d'Action 2013-2017 est d'étendre la couverture maladie de base à 100% des populations du secteur informel et du monde rural à travers les mutuelles*[57] *de santé à l'horizon 2017* »[58]. Plus précisément, le scénario mis en place consiste à couvrir 50,50% de la population par les mutuelles en 2015, 65,5% en 2017. Des objectifs extrêmement ambitieux (le scénario pour 2015 est loin d'être atteint) mais qui conservent pourtant les clivages observés précédemment. D'un côté les régimes obligatoires et le régime d'assistance médicale vont être renforcés, de l'autre le régime mutualiste, volontaire, va se développer afin de couvrir l'ensemble de la population. Les grandes lignes de la CMU, établies par le gouvernement actuel, reprennent ainsi celles des programmes du gouvernement précédent.

[57] Les mutuelles de santé ciblées ici sont les mutuelles communautaires.
[58] P17, Plan stratégique de développement de la Couverture Maladie Universelle au Sénégal 2013-2017.

Schéma 3 : Les deux volets de l'extension de l'assurance maladie au Sénégal



Source : fait par l'auteur, à partir du Plan stratégique de développement de la Couverture Maladie Universelle au Sénégal, 2013-2017 (Ministère de la santé et de l'action sociale, 2013).

Le Sénégal expérimente ainsi un système mixte, se basant sur l'assurance obligatoire et volontaire. Cette transition illustre une évolution de l'assurance maladie de moins en moins uniforme. L'assurance libérale, sociale-démocrate (basée sur le modèle de Beveridge), ou encore conservatrice (basée sur le modèle de Bismarck avec des ciblages catégoriels de la population), se côtoient et se transforment. Ces formes pures évoluent vers des formes mixtes et des modalités de financements plus diversifiées, cherchant à s'adapter à l'évolution de l'environnement économique et social propre à chaque pays, comme le met en avant le rapport de la CMU au Sénégal. Le souci de démocratisation semble ainsi important, notamment dans la mesure où la protection sociale a un caractère politique, et provient de rapports de force, d'interactions entre les acteurs comme nous avons pu le voir précédemment. La diversité de ceux-ci complique la coordination, mais peut aussi marquer la volonté d'intégrer la parole de tous

concernant les décisions de santé. Au final le système repose sur trois piliers : la Sécurité sociale, l'assistance sociale et le réseau mutualiste.

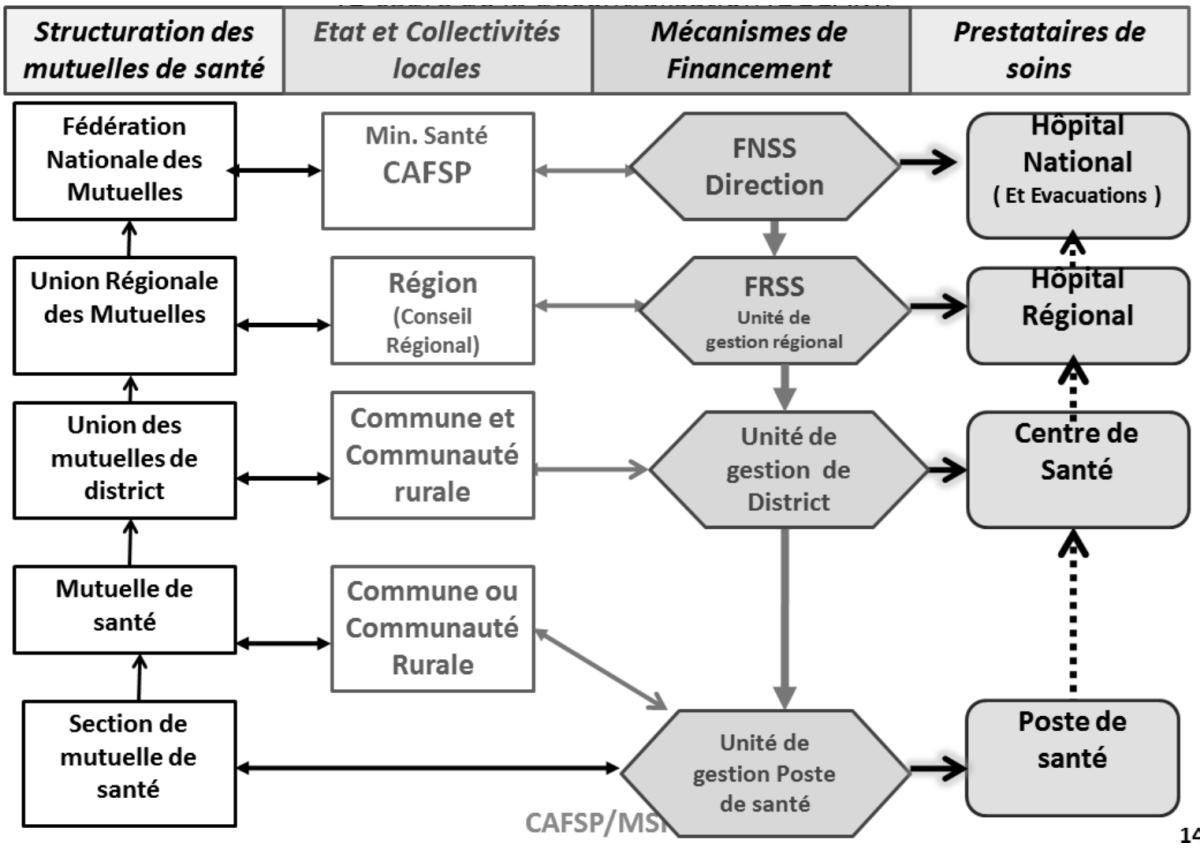
Ainsi le plan CMU comprend la création du Conseil national de la santé, organisme consultatif destiné à orienter la politique de santé, basé sur une approche multisectorielle. Sa composition est la suivante : les membres du Gouvernement, un député représentant de l'Assemblée nationale, un représentant du Conseil de la République pour les Affaires Economiques et sociales, les directeurs de l'hygiène et de la protection sanitaire, de la recherche, de la planification et de la formation, de l'approvisionnement médico-pharmaceutique, de service de santé des forces armées, de l'assainissement, de l'environnement, le Doyen de la faculté de médecine et de pharmacie, les présidents des Ordre des médecins, des pharmaciens, des chirurgiens-dentistes. **Ainsi, la volonté du gouvernement de mettre en place un système multiacteurs se concrétise par la mise en place d'une institution dans une approche « top-down », qui ne compte pas d'acteur du « bas »,** et qui se spécialise fortement dans une vision médicale. Bien que consultatif, le Conseil national de la santé limite d'emblée la possibilité aux acteurs du « bas » de participer directement à l'orientation générale des politiques de santé.

1.3.3. Une transition décentralisée au sein de la dynamique mutualiste

Au sein de la dynamique mutualiste, la transition se base principalement sur la décentralisation et l'harmonisation des pratiques. Dans le cadre de l'expérimentation de la Stratégie nationale d'extension de la couverture du risque maladie, un schéma décentralisé s'est développé, préconisant au moins une mutuelle par collectivité locale, et la mise en place d'unions par département. Ce cadre est établi dans le but de faciliter la gestion des fonds d'équité, permettant la prise en charge des indigents notamment, le suivi, la coordination, et l'information auprès de la population et des partenaires potentiels. Un cadre décentralisé peut également permettre d'attirer plus de financements, et d'aider à construire un terrain propice à la participation de la population. Enfin la décentralisation redouble d'importance pour les milieux ruraux souvent éloignés des structures de santé, permettant une meilleure adéquation avec les besoins locaux (Baade-Joret, 2006). Si le projet de coordination avec les mutuelles de santé est récent, la décentralisation est impulsée au Sénégal depuis 1996 (les premières actions, notamment l'information des acteurs de la santé, ont commencé en 2000). L'USAID, ayant établi sa crédibilité auprès du Ministère de la Santé et des acteurs de la société civile, joua un rôle important dans la mise en place de la décentralisation, mettant en avant dans le processus les principes de contractualisation, de « bonne gouvernance » au sein du management des structures sanitaires décentralisées, et de démocratisation de la santé. Le résultat attendu de ces réformes

est la création de bonnes pratiques de la gestion de la décentralisation au sein d'un cadre participatif.

Schéma 4 : Mise en œuvre de la phase pilote du projet de mutualisation du risque maladie dans le cadre de la décentralisation (DECAM)



Source : CAFSP, 2010, Atelier sur l'État des lieux de l'assurance maladie au Sénégal et perspectives, Rwanda, Kigali.

Depuis 2013, les mutuelles communautaires agréées reçoivent des subventions de l'État, calculées par rapport à la cotisation des adhérents. **Un nouveau cadre d'action se dessine sous l'actuel gouvernement : les mutuelles communautaires seraient destinées à prendre en charge les soins primaires, prioritairement dans les cases et postes de santé, l'État assumerait de son côté les actes plus lourds au sein des hôpitaux**. Le plan DECAM perdure, dans un schéma comportant trois axes comme le stipule le Plan stratégique de développement de la CMU : la mise en place d'un environnement juridique plus favorable (Création d'un office national de la mutualité sociale, d'une agence de la CMU), le renforcement des capacités techniques des acteurs, l'extension de la couverture par le DECAM. Afin de mieux appliquer la réglementation communautaire de l'UEMOA, deux organes devraient être créés : l'Organe Administratif de la Mutualité Sociale (contrôle de l'agrément des mutuelles, tenue du registre

national d'immatriculation, suivi des mutuelles) et le Fonds National de Garantie (prévenir les défaillances des mutuelles, garantir les engagements contractuels)[59].

2. Des difficultés de coordination

Au sein du système de santé, les difficultés de coordination sont grandes. Les mutuelles de santé sont en interaction avec les autres mécanismes de financement de la santé et surtout avec une multitude d'acteurs, en particulier les acteurs internationaux. Cette section nous permettra, après avoir dressé un panorama de ces acteurs, d'analyser les nombreuses difficultés de coordination à différentes échelles. Celles-ci trouvent leur source dans deux facteurs principaux : la faible prise en compte d'une approche systémique dans la transition du système de santé au Sénégal et la diversité des visions comme des acteurs impliqués, qui n'ont pas tous la même place dans la hiérarchie qui s'est établie entre eux.

2.1. Un large panorama d'acteurs

2.1.1. De l'échelon international à l'échelon local

Les acteurs impliqués dans le développement de la mutualité au Sénégal sont nombreux à trois niveaux d'après nos observations (ANNEXE 8):

- **Au niveau international**, se côtoient les bailleurs de fonds (institutions financières internationales, pays pratiquant l'aide bilatérale ou multilatérale), les organes des nations unies, les ONG internationales, parties prenantes dans les prises de décision concernant la santé. Les recommandations internationales provenant notamment des institutions financières internationales et des Nations Unies concernent les documents de politiques fixées ensuite au niveau national, touchant aux mutuelles et au secteur de la santé en général. Ces acteurs internationaux interviennent ainsi sur le terrain aussi bien au niveau national, par les politiques, les objectifs fixés, les plans mis en places, que local, en appuyant les mutuelles de santé et les diverses initiatives communautaires. Des branches nationales sont souvent créées afin de mieux coordonner les actions. L'accompagnement se situe à deux niveaux : financier, soit par l'aide accordée au pays, soit en implantant un projet au niveau local, et technique, notamment par les formations en gestion, comptabilité, « bonne gouvernance », etc.

[59] Rapport introductif de Madame le Ministre pour le conseil interministériel sur la CMU tenu en 2013.

- **Au niveau national**, l'État intervient. La santé et les mutuelles concernent plusieurs ministères (Santé, Économie, Gouvernance locale, etc.). Anciennement la CAMICS, puis, CACMU (Cellule d'Appui à la CMU), c'est aujourd'hui l'ACMU qui coordonne les avancées concernant les mutuelles de santé[60]. L'accompagnement est notamment financier, depuis que l'État a décidé de mettre en place des subventions, mais aussi juridique, par la mise en place de lois, de décrets afin d'appuyer institutionnellement la dynamique. Des associations nationales viennent en appui aux mutuelles de santé également. Des tentatives ont également été faites de mettre en place une union nationale des mutuelles de santé.

- **Au niveau local**, la décentralisation a débouché sur le transfert de la santé, devenant une compétence des collectivités locales. Des associations, des unions, des fédérations se créent en appui aux mutuelles de santé. Les associations sénégalaises, les unions viennent notamment en appui technique et pour la recherche de partenaires. Certains réseaux créés à un niveau local se déploient ensuite dans d'autres régions. Les populations, membres des mutuelles, constituent un acteur au niveau local, participant à l'évolution des mutuelles de santé. L'offre de santé constitue le dernier acteur important. Comme nous l'avions dit dans la première partie, l'offre de santé doit pouvoir suivre le rythme de l'extension de la demande. A l'inverse, les mutuelles et la protection sociale sont vus comme des moyens afin de solvabiliser cette demande et de pouvoir ainsi améliorer la qualité de l'offre de soins. Depuis plusieurs années les mutuelles de santé mettent en place des conventions avec les structures publiques de soins, notamment les cases et postes de santé, ainsi qu'avec les pharmacies privées. Les relations avec les hôpitaux ont évolué récemment, avec l'appui de réseaux grandissants, tels le GRAIM à Thiès, et celui de l'État. Les structures privées jouent également un rôle. La mutuelle de Fandène, plus ancienne du pays, s'est construite sur la base de liens forts avec l'hôpital Saint Jean-de-Dieu.

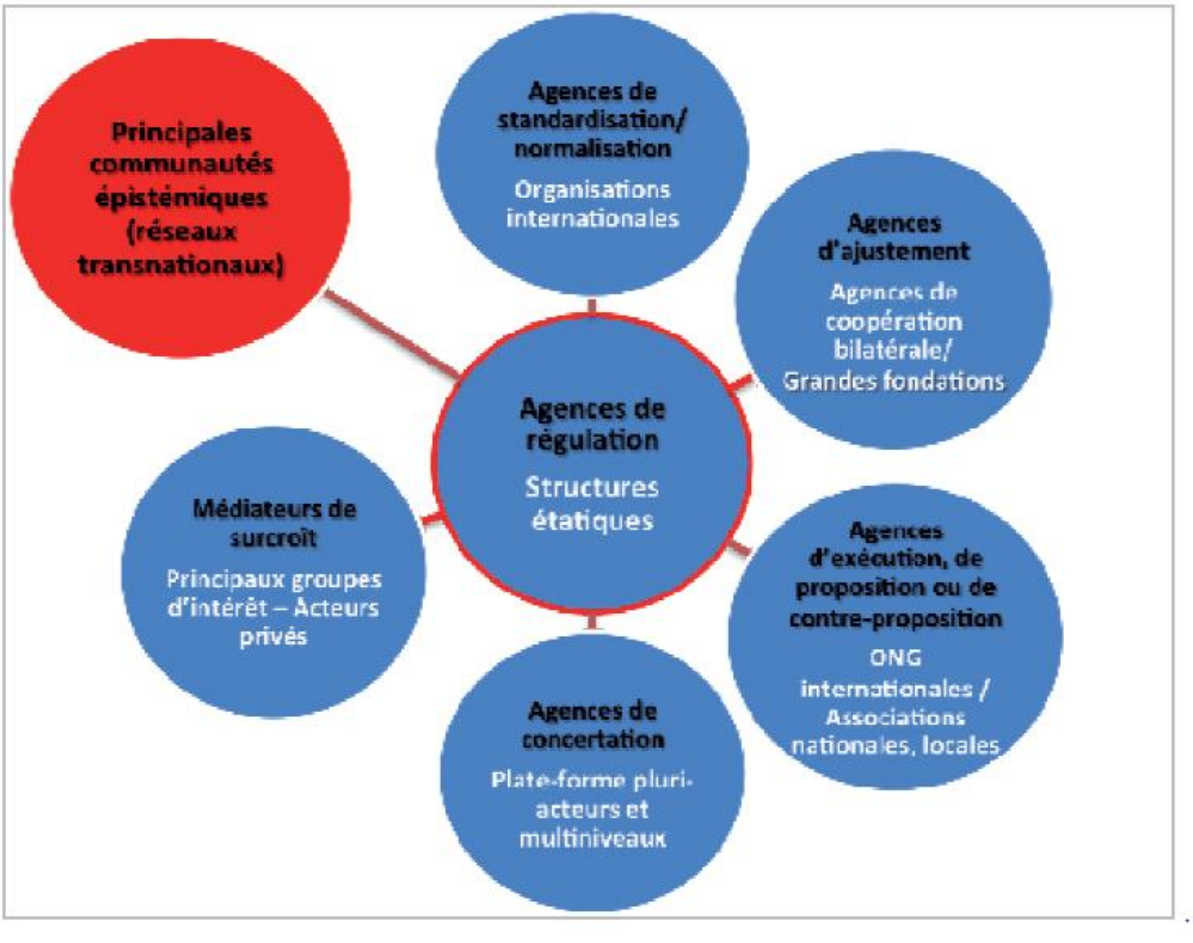
2.1.2. Une matrice de l'action publique transnationale

En 2015, Eboko a élaboré une « matrice de l'action publique transnationale » en Afrique, « *à laquelle n'échappent que les pays jouissant d'une relative prospérité économique, ou au moins d'une certaine capacité économique et politique à imposer des priorités nationales aux acteurs de la coopération internationale* » (Eboko, 2015, p32), ce qui ne semble pas être le cas du Sénégal en ce

[60] D'après le plan de mis en œuvre de la CMU, la CACMU vient principalement en appui technique et administratif pour les acteurs du Comité National de Pilotage de la CMU, présidé par le Ministre de la santé, incluant plusieurs ministères (économie, famille, entreprenariat féminin, décentralisation, agriculture, etc.), des organisations mutualistes, des représentants de l'Union des associations des Elus locaux, la DGPSN.

qui concerne le secteur de la santé, comme nous le verrons en approfondissant ensuite cette matrice dans ce cadre. Celle-ci, présentée dans la figure ci-dessous et détaillée dans l'encadré 2, se base sur les relations, les statuts, la régularité de la présence d'acteurs diversifiés dans plusieurs secteurs du développement.

Schéma 5 : Schéma de la matrice de l'action publique en Afrique



Source : Eboko, 2015.

Encadré 4 : Acteurs et institutions de la matrice de l'action publique en Afrique

– Une ou plusieurs organisations multilatérales onusienne(s) ou internationale(s). Ce sont les agences de normalisation et/ou de standardisation. Elles mobilisent sur le continent africain les «contingentements internationaux imposés par des agences de normalisation et de standardisation des modes de gestion sociale relayées par les jeux d'acteurs africains et non africains».
– Une ou plusieurs agences de coopération bilatérale. Ce sont les agences d'ajustement qui se sont repositionnées suite à la chute du mur de Berlin. Elles acceptent formellement le nouvel ordre mondial et les directives internationales tout en tentant de redéployer des sphères d'influence, parallèlement et dans le respect des agences de normalisation imposées au niveau multilatéral. Dans ce registre, la France, à travers la défunte « coopération française », est parmi les derniers grands pays industrialisés à s'être réadaptée à la multilatéralisation de l'action publique en Afrique. À l'inverse, les États-Unis, via l'Agence américaine de développement international (United States Agency for International Development, USAID), se sont soumis aux desiderata des agences multilatérales malgré leurs velléités

hégémoniques en la matière. Ces « agences d'ajustement » soutiennent, conseillent, (ré)orientent les acteurs sociaux et politiques des pays concernés dans la mise en oeuvre des directives internationales.
– Une plate-forme de coordination des acteurs nationaux et internationaux présents sur le territoire des États africains concernés. Ce sont les agences de concertation qui agissent sur les procédures administratives et techniques dont la mission est d'organiser la mise en oeuvre bureaucratique de l'action publique en question. Selon les secteurs, ces agences se réunissent suivant un agenda défini par les pays africains eux-mêmes.
– Une structure étatique chargée officiellement de la mise en oeuvre de l'action publique dans le secteur concerné. Ce sont les agences de régulation nationale. Elles sont constituées d'acteurs nationaux, nommés par décret présidentiel ou par arrêté ministériel, dans la logique des jeux politiques nationaux et internationaux. Suivant les pays, cette structure peut être rattachée au ministère de tutelle (santé, éducation, environnement par exemple), à la primature ou à la présidence de la république. Elles portent le nom de « programme national », de « comité national » ou encore de « conseil national » et elles s'inspirent en cela, dans certains cas (santé), de la structure établie pour les programmes/conseils/comités nationaux de lutte contre le sida.
– Un partenariat dit « public-privé » entre les structures étatiques et internationales d'une part et les entreprises ou fondations impliquées dans la promotion, la gestion et la pérennité du secteur en question.
– Des associations nationales africaines − ou régionales dans certains cas − représentant les personnes et les groupes directement concernés par l'action publique dans un secteur précis. Ce sont des agences d'exécution issues de structures initialement créées par des acteurs internationaux ou nationaux pour faire « société civile ». Certaines d'entre elles ont évolué et constituent des forces de contre-proposition. Il peut s'agir d'associations de malades, de défense des droits des populations riveraines (environnement), de parents d'élèves ou d'étudiants (éducation). Elles constituent les parties prenantes nationales et s'inscrivent dans des réseaux transnationaux d'action/mobilisation collective en maintenant des liens avec des organisations non gouvernementales (ONG) internationales.
– Un bailleur de fonds multilatéral et des bailleurs de fonds privés notamment des fondations internationales occidentales (États-Unis) ou des groupements d'intérêt public (GIP, France) tels que Esther fondé en 2001. Ils accompagnent et soutiennent le travail des agences d'ajustement et/ou celui des agences d'exécution. Ce sont les médiateurs de surcroît.
– Des réseaux d'experts internationaux publics ou privés (universitaires, consultants, etc.). C'est dans ce cadre que l'on retrouve les **«** communautés épistémiques **»** dont il convient de rappeler ici la célèbre définition de Peter M. Haas : « Ce sont des réseaux de professionnels ayant une expertise et une compétence reconnues dans un domaine particulier qui peuvent faire valoir un savoir pertinent sur les politiques publiques. » Autrement dit : « La notion de communauté épistémique désigne les canaux par lesquels de nouvelles idées circulent des sociétés vers les gouvernements et d'un pays à l'autre. »

Source : Eboko, 2015, pp 8-9.

Cette matrice, comme l'a montré Fred Eboko, est pertinente pour étudier divers secteurs, tel que celui de la santé. Si l'auteur l'utilise pour analyser l'action publique transnationale en ce qui concerne le Sida, le paludisme et la tuberculose, **nous l'utilisons ici afin de mieux classifier les nombreux acteurs impliqués dans le développement des mutuelles de santé**, de comprendre comment ils s'organisent, de déceler l'importance de chacun.

Tableau 11 : Action publique pour les mutuelles de santé

Agences de standardisation/normalisation Organisations internationales	Banque Mondiale, OMS, UNICEF
Agences d'ajustement Principales agences de coopération bilatérale	USAID (États-Unis), CTB (Belgique), ACDI (Canada), GIZ (Allemagne), AFD (France), JICA (Japon)
Grandes fondations	Mutualité française
Agences de régulation Structures étatiques « Points focaux »	Les divers ministères impliqués, ACMU, CNC
Agences d'exécution, de proposition ou de contre-proposition ONG internationales	USC, Frère des hommes, Solidarité mondiale, PROMUSAF, Abt associates, FHI360, coopération décentralisée, RADI
Associations nationales/locales	APROFES, AcDev, Intermondes, GRAIM, PACTE
Agences de concertation Plate-forme pluri-acteurs et multiniveaux	Programme PASS, CONGAD, CCMS de l'UEMOA
Médiateurs de surcroît Principaux groupes d'intérêt Acteurs privés	GIP SPSI Offre de santé privée
Principales communautés épistémiques (réseaux transnationaux)	IRD, CIDR, ADECRI, Développement international Desjardins, Cabinet Hygea

Source : fait par l'auteur.

Ce panorama n'est pas exhaustif, notamment au niveau des partenariats locaux, qui sont très nombreux sur le territoire. Il montre toutefois bien la diversité des partenaires des mutuelles de santé, dans leur origine, leurs missions, leur importance.

La matrice des acteurs partenaires des mutuelles de santé sénégalaise est ainsi détaillée dans le tableau précédent. **Elle montre l'importance des acteurs internationaux dans la plupart des catégories**. L'échelle est ainsi fortement étirée entre les mutuelles communautaires de santé, se basant sur la proximité, et les organisations internationales, qui s'inscrivent en dehors de ce contexte local. Souvent, le partenaire national/local de la mutuelle (dont le mandat est ciblé sur la santé ou sur des groupes spécifiques) fait l'intermédiaire avec des partenaires internationaux (dont le mandat est plus large que la santé), qui sont prédominants. Par exemple, des mutuelles communautaires de Guédiawaye se sont rassemblées en un réseau, le REMUSAC, appuyé par Intermondes, elle-même appuyée par IAMANEH Suisse et d'autres partenaires internationaux. Le PROMUSAF, de son côté, est l'organe d'exécution au Sénégal de Solidarité

Mondiale et de l'Alliance nationale (belge) des mutualités chrétiennes. Ces intermédiaires permettent de rechercher notamment des fonds. Certaines mutuelles possèdent comme partenaires (surtout techniques) des entreprises (comme dans le transport), mais ce schéma est plus rare. Les programmes multilatéraux, nationaux et régionaux, pouvant toucher les mutuelles de santé, en passant par les intermédiaires, sont souvent financés par les mêmes organisations : Commission Européenne, Banque Mondiale, Banque Africaine de Développement, l'USAID, etc. Les appuis aux mutuelles peuvent se faire de plusieurs manières : soit la communauté a un projet ou une structure déjà mise en place et recherche une aide financière ou technique ; soit c'est l'organisation internationale qui prend l'initiative d'un projet (l'État est désormais, dans le cadre du DECAM, dans cette situation, en appuyant la mise en place de mutuelles dans chaque collectivité locale). Les missions sur le terrain sont très variées. Les appuis financiers peuvent être directs ou en nature (informatisation, local, etc.). Les appuis techniques sont également très ciblés : communication, aide juridique, conseil, suivi, évaluation, échanges d'expertises, etc. (Source : nos observations).

2.1.3. Une hiérarchie forte entre les acteurs

Les structures externes ont un rôle important d'appui technique aux mutuelles, ce qui peut restreindre l'indépendance de ces dernières. Ces structures externes sont constituées des agences de coopération bi ou multilatérales, avec des mandats bien plus larges que les seuls appuis au développement des mutuelles (l'USAID dans la région de Thiès et celle de Louga ou la Coopération Française ayant des actions transversales avec le Ministère de la Santé par exemple). Ces structures comptent aussi les ONG nationales et internationales, ayant pour action prioritaire la santé (PROMUSAF, World Vision ou PACTE par exemple). L'appui est bien plus important au niveau technique que financier. Ainsi ces structures mettent en place des études de faisabilité, en invoquant l'absence de telles compétences au sein des mutuelles, et la diminution des coûts de telles études en en produisant pour une région entière à la fois notamment. Au niveau du suivi, l'informatisation est promue, et le PHRplus comme le BIT/STEP ont démarrés un programme d'appui dans ce domaine. Les réseaux nationaux ou locaux (Groupements d'Intérêt Economique –GIE-, associations, etc.) s'occupent d'actions ciblées, occasionnelles ; ces réseaux sont importants pour relayer les actions de terrains. Pour toutes ces structures, la plupart des locaux se situent à Dakar, pour des interventions principalement menées dans les régions de Dakar et de Thiès (CAS/PNDS, 2004). De plus en plus, les structures externes d'appui étendent les domaines d'étude pour couvrir des thèmes plus globaux que la seule couverture des mutuelles, tels que la santé de la reproduction, le problème du genre, l'environnement économique et social (notamment les coordinations de mutuelles et des prestataires), la mise en place de fonds de garantis et/ou de réassurance et l'amélioration de la capacité contributive des membres par la

mise en place de crédits rotatifs. Ceci est en soi une avancée dans la mesure où plusieurs déterminants de la santé peuvent être considérés conjointement. Toutefois il est nécessaire pour cela de se coordonner entre acteurs, et même au sein d'un acteur. Même si les mandats d'une agence de coopération ou d'une ONG peuvent être larges, la coordination des divers programmes peut poser problème. La multitude d'actions menées le sont souvent de manière cloisonnée, sans réels liens entre elles. Ainsi, dans une approche « top-down » des nombreux acteurs internationaux, la diversité des aides pour les mutuelles ainsi que la pluralité des actions menées amène à une plus grande confusion plutôt qu'à une action globale et concertée. Comme nous le détaillerons par la suite, l'échelon local peut jouer un rôle important de coordination. Des réseaux tels que le GRAIM, Intermondes, essaient de jouer sur divers déterminants (santé, gouvernance, éducation, etc.) dans un cadre de proximité, ce qui pourrait permettre une meilleure coordination des actions à partir d'une approche « bottom-up », dans un cadre cohérent et qui s'adapte aux populations ciblées de manière plus aisée.

Nous observons que la hiérarchie entre les acteurs dans les prises de décisions en ce qui concerne la santé, les poids politiques, correspondent aux échelons international/national/local :

- Les structures internationales, et surtout les institutions financières, sont prédominantes à plusieurs niveaux. Les recommandations, les conditions en échange de prêts, d'aide au développement, influent les politiques nationales. De par l'engouement international envers les mutuelles de santé en Afrique et leurs difficultés, la coopération internationale s'est, comme nous l'avons vu précédemment, imposée comme un partenaire incontournable, bien que leurs actions soient loin de couvrir l'ensemble du territoire. Les « bonnes pratiques » se diffusent ainsi aussi bien à l'échelon national que local par la multiplication des formations.

- Les pouvoirs publics sont les acteurs intermédiaires : dominés de par leur position au sein de l'économie mondiale, ils appliquent les stratégies résultant des recommandations internationales, en cherchant à les adapter selon le contexte du pays.

- C'est enfin le niveau local qui a la responsabilité de s'approprier ces politiques afin de les mettre en place selon des contextes socioéconomiques et culturels bien particuliers selon les territoires, avec l'appui de réseaux locaux ou nationaux se spécialisant peu à peu dans la mutualité. Les mutuelles agréées bénéficient de ce schéma, les échelons nationaux et internationaux possédant à la fois un statut d'accompagnateur et de décideurs par rapport au local. Les appuis financiers proviennent surtout de l'international, et désormais du

national. L'État incite fortement à l'agrément des mutuelles à l'heure actuelle. Sans cela, il est impossible de recevoir les subventions dans le cadre du DECAM, les mutuelles risquent ainsi de se retrouver en concurrence avec des structures agréées.

- Dans ce schéma, la population, dernier échelon, est considéré surtout par ses capacités de prépaiement et sa responsabilisation. L'important n'est pas l'enjeu démocratique mais l'accès à la santé, occultant la population en tant qu'acteur au sein des prises de décisions (cf. Chapitre 1, section 1). De patients et citoyens (participation démocratique), les individus sont peu à peu devenus dans les termes utilisés par divers acteurs des consommateurs de soins (participation économique), des gestionnaires d'un capital santé (Batifoulier et al., 2006).

2.2. Des difficultés de coordination …

Le système sénégalais est très clivé et parcellisé. Les approches « bottom up » et « top down » ne sont pas complémentaires. Le plan Sésame par exemple est totalement indépendant des structures dans lesquelles il doit pourtant être appliqué. Les politiques de gratuité ou la couverture maladie pour certaines professions sont des initiatives de l'État, possédant un cadre institutionnel, et s'oppose à un système venant « du bas », du niveau communautaire. Celui-ci, bien que promu par l'État, ne donne pourtant pas encore les clés d'un développement important de ce secteur. Ces deux niveaux de l'action dans le secteur de la santé sont pourtant complémentaires, et appartiennent à un système cohérent et coordonné. Le système semble pour l'instant encore largement clivé entre les deux anciens régimes du secteur formel, les politiques décidés au niveau central, et les mutuelles laissées à la société civile. Si les objectifs de la transition au Sénégal sont fixés, il manque en revanche une approche systémique (Alenda, Boidin, 2012)[61]. C'est le cas en matière de protection sociale en général, le pays manque d'une vision d'ensemble (Baumann, 2010). Les analyses suivantes se basent fortement sur les observations que nous avons effectuées sur le terrain de 2013 à 2015.

2.2.1. … Entre les divers échelons de la pyramide sanitaire

La coordination entre les diverses échelles du système de santé pose de nombreux problèmes, illustrés par le cas des politiques de gratuité. Les politiques de gratuité en général rencontrent des problèmes d'applications au sein des structures devant prendre en charge les populations ciblées. Ainsi certains prestataires refusent de prendre en charge les bénéficiaires de

[61] Nous développons ici des éléments d'analyses, des problèmes que nous avions déjà soulignés dans un article précédent.

ces fonds, du fait des retards courants dans les remboursements (Sambo, 2009). La communication est faible, et les indigents ne sont parfois pas au courant des politiques de gratuité les concernant. De plus, pour les actes gratuits, les structures de santé sont gérées séparément, accentuant le risque de fraude dans la gestion des médicaments. La subvention à 100% de ces fonds par l'État peut également poser problème, avec pour conséquences des difficultés dans le financement. L'évaluation des besoins logistiques se fait au niveau central, sans prendre en compte les besoins réels de chacune des structures de la hiérarchie. Ainsi la couverture s'étend sans prendre en compte les dysfonctionnements ou les faiblesses de l'offre et peut à terme déstabiliser le système. Sans offre de santé suffisante, il est difficile d'améliorer la couverture maladie, ceci étant un problème de plus en plus reconnu dans la littérature (Meessen, Van Damme, 2005).

2.2.2. … Entre les mutuelles

De plus en plus les mutuelles communautaires de santé s'intègrent dans des réseaux, des unions. Certains réseaux, tels le GRAIM à Thiès, se sont constitués sur l'initiative des mutualistes de la région directement. Mais à l'heure actuelle, dans le schéma du DECAM, les unions se créent dans un processus plus « top down » que « bottom up », ce qui complique la coordination des mutuelles d'une même zone, rendant l'aspect de leur regroupement mécanique, fonctionnel.

Les diverses formes de mutuelles elles-mêmes peinent à se coordonner. Peu de liens existent entre les mutuelles communautaires, nombreuses, de petite taille, et des mutuelles au premier franc mais de plus grande envergure, telle que TransVie pour les routiers ou la PAMECAS, couplant microcrédit et couverture santé. Une fédération nationale des mutuelles s'est créée et a commencé ses activités en ce début d'année 2015, afin de renforcer la mutualité communautaire et de faire le lien avec les partenaires, mais les tentatives ont été nombreuses et le processus lent. Déjà en 2004, les acteurs demandaient la mise en place d'une telle structure[62]. Il était stipulé également dans le Plan stratégique de développement des mutuelles de santé au Sénégal en 2004 l'appui dans la mise en place d'une fédération. Cette fédération comprend l'Union nationale des mutuelles communautaires et les mutuelles de corporations (Douane, Transvie, etc.) mais des problèmes de représentation se sont posée entre les différentes formes de mutuelles et cette fédération ne prend pas en compte l'ensemble des expériences existant sur le territoire. Lors de plusieurs entretiens, cette problématique a été soulevée, lorsque nous amenions la discussion sur

[62] Document du colloque sur la couverture du risque maladie en Afrique francophone, Paris, 26-30 avril 2004, WBI-IMA (http://www.ces-asso.org/Pages/ESPADColloqueWBI-IMA-CES.htm).

les liens entre les diverses formes de mutuelles de santé, comme le monde l'extrait de l'encadré suivant.

Encadré 5 : Des problèmes de représentations

« *Les unions sont une coquille un peu vide. L'union fait la force, mais il faut renforcer la base d'abord sinon ça ne sert à rien […] Au niveau du système de santé, on ne se rencontre pas entre les acteurs, il n'y a pas assez de liens. Même au niveau du cadre de concertation, il n'y a que les mutualistes et encore ils ne sont pas tous représentés* » indiquait la coordinatrice de la MS-PAMECAS.

Source : Présentation par l'auteur sur la base d'un entretien effectué en septembre 2013 à Dakar auprès de Khady Fall Diop (Coordinatrice de la MS-PAMECAS).

Il existe ainsi un manque de complémentarité entre les diverses formes de mutuelles, tout comme avec les autres acteurs. Les opinions sont partagées, si certains sont critiques envers les instances telles que la Fédération, comme dans l'encadré précédent, d'autres sont au contraire enthousiaste de voir la mutualité reconnue et représentée, malgré les difficultés de coordination.

2.2.3. … Entre les acteurs externes

2.2.3.1. Un manque de cohérence

Les appuis extérieurs sont principalement conjoncturels, de court terme, ne se basent pas la plupart du temps sur une étude des besoins réels de la mutuelle conseillée, et peu d'actions sont réellement menées. **La cohérence est parfois absente**, avec plusieurs structures externes d'appui pour une mutuelle, aboutissant sur des conflits d'intérêts (Baumann, 2010). Les mutuelles de santé encourent ainsi le risque de connaître, comme la microfinance, le problème de la rentabilisation de la structure afin de justifier l'investissement des bailleurs de fonds. Les bénéficiaires eux-mêmes, ne pouvant alors réellement participer et comprendre le système mutualiste, glissent aussi vers la rentabilisation et la surconsommation de soins (Dupré, 2011).

Cette large palette de partenaires aux actions ciblées n'est pas en faveur d'une situation claire pour les mutuelles et les possibles soutiens, influant sur une visibilité déjà faible du dynamisme mutualiste. De plus, le contrôle des actions de la coopération internationale par les pouvoirs publics est absent. Les partenaires internationaux, ont chacun leurs propres objectifs, leur propre philosophie en arrivant sur place et se concentrent ainsi uniquement sur les résultats quantitatifs de l'aide apportée en appuyant la création d'une mutuelle. Les pouvoirs publics n'établissent pas de contrôle afin de savoir si le projet est en cohérence avec le terrain, d'évaluer l'impact sur la population, de suivre les dégagements financiers. Un rapport établi en 2012 par la

CTB illustre ceci. Elle estimait que le PAMAS n'était pas en cohérence avec les autres programmes belges, du fait d'un manque de concertation malgré des influences réciproques (AEDES/CTB, 2012). Dans l'encadré 4, nous illustrons cette problématique à travers des extraits d'entretiens sur la place des mutuelles dans le cadre du système de santé global.

Encadré 6 : Un manque de cohérence

En évoquant les liens tenus entre la MS-PAMECAS et le ministère de la Santé, la coordinatrice du réseau rajoute : « *ce qui nous renferme surtout c'est les programmes internationaux qui sont venus avec leurs stratégies, leurs objectifs bien définis, et que compte-tenu de ceci, il faut faire cela* ». Les liens sont tout de même importants, dans la mesure où le BIT/STEP a appuyé l'expansion de la mutuelle dans le réseau et effectué des formations.

« *Tu viens dans un pays et les partenaires ont des visions différentes* », confirme un économiste à la DGPSN (Direction générale à la Protection sociale et à la Solidarité Nationale), « *et il y a la problématique des visions techniques mais aussi politiques. Comment on fait pour les concilier ? Les choix politiques ne sont pas toujours scientifiques. Ça dépend du Président, du cabinet. Il a lui aussi parfois des contraintes que je n'ai pas en tant que technicien* ».

Le Coordinateur de l'Union régionale des mutuelles de santé (URMS) de Saint Louis appuie cette hiérarchisation des acteurs : « *Jusque-là, il n'y a pas de cadre logique pour les partenaires. L'État ne soutient pas. Chacun avait sa mission, ses objectifs. La coopération appuie l'État, mais ce n'est pas l'État qui dicte ça. L'État ne contrôle pas les actions, pour savoir si c'est en cohérence avec la vision du terrain. Il dégage des ressources mais ne sait pas où ça va.* »

« *Chacun avait ses mutuelles, avec ses objectifs, avec sa philosophie, ce ne sont pas les mêmes moyens mais pour la même population. C'était pas facile de savoir si c'était pour les besoins de la population ou les résultats* » raconte le PCA (Président du Conseil d'Administration) de l'Union régionale des mutuelles de Santé de Diourbel (URMUSAD), dans la période d'engouement pour les mutuelles dans la région de Diourbel à la fin des années 1990 et au début des années 2000.

Source : présentation par l'auteur d'après les entretiens effectués en juin 2014 à Dakar auprès de Khady Fall Diop (Coordinatrice de la MS-PAMECAS), puis Ousseynou Diop (Économiste à la DGPSN), en septembre 2013 à Saint Louis auprès d'Alioune Niasse (Coordinateur de l'URMS de Saint Louis) et à Diourbel en août 2013 auprès de Demba Mame Ndiaye (PCA de l'URMUSAD).

Plusieurs acteurs mutualistes comme des pouvoirs publics confirment ainsi ce cloisonnement entre les divers partenaires extérieurs. Les contraintes, les pressions amenés par les acteurs internationaux, en particulier les bailleurs de fonds, se ressentent dans ces extraits. Lors d'une interview menée par Allison Kelley, lors du séminaire international organisé par l'AFD au CIDR (Centre International de Développement et de Recherche) en 2013, Bruno Gallan, conseiller thématique sur les mutuelles de santé en Afrique de l'Est et centrale au CIDR, regrettait le manque de cohérence : « *Il y a de la place pour tout le monde ! Ce qui se passe aujourd'hui est que*

nous sommes dans la politique du roitelet : un bailleur « Je prends une province pour financer par exemple un Financement Basé sur les Résultats » et en 'chasse' les autres ; un autre dit « je prends en charge les indigents » ; il y a un troisième qui dit « je vais faire des mutuelles ». Rares sont les pays où ces différents mécanismes de financement sont associés de façon cohérente. Chaque bailleur développe des mécanismes coûteux de gestion et de contrôle de son financement[63]*. »*

2.2.3.2. Un cadre logique restrictif

Toutefois, malgré ces difficultés de cohérence et ces différentes philosophies, les divers acteurs de la coopération internationale harmonisent leur méthode de terrain à travers un outil particulier : **le cadre logique**, élaboré par l'USAID en 1969. Le but est d'établir, avant la mise en place d'un projet sur le terrain, des liens logiques entre des objectifs finaux, des objectifs intermédiaires, des moyens, des conditions de réalisation et des résultats attendus. Ainsi, le plan stratégique de développement de la CMU (2013-2017), mis en place par le Ministère de la Santé et de l'Action sociale, propose un cadre logique afin de planifier l'action, avec une hiérarchie des objectifs, des indicateurs de performances et des hypothèses critiques (ANNEXE 9). Précisons que le DECAM, point central de ce plan, est chapeauté par l'USAID. Le but global, ambitieux, est l'extension de la couverture maladie à **65% en 2017 au sein de la population rurale et du secteur informel**. Pour cela, des indicateurs clés sont édictés : taux d'utilisation des services de santé, dépenses directes de santé des ménages, proportion des ménages qui font face à des dépenses catastrophiques de santé, proportion de la population satisfaite de la qualité des services des formations sanitaires, proportion de la population générale/du secteur informel/rural couverte par les mutuelles.

Des hypothèses critiques dans une approche « top-down »

Un second niveau est ensuite fixé, celui des objectifs spécifiques, qui sont au nombre de quatre : mise en place d'un environnement favorable pour stimuler l'extension de la couverture, avec un indicateur d'effet qui est le niveau des subventions de l'État et des collectivités locales pour étendre les paquets ; renforcement des capacités techniques des acteurs de développement pour soutenir l'extension de la couverture maladie, avec pour indicateur d'effet la proportion des mutuelles qui disposent de gestionnaires qui répondent au profil professionnel défini par les autorités compétentes ; extension progressive de la CMU dans le cadre de la décentralisation, avec comme indicateur d'effet le nombre de bénéficiaires par région ; renforcement de l'interface entre les mutuelles et les filets sociaux, avec le nombre d'indigents et de groupes vulnérables pris en

[63] Disponible à cette adresse : http://www.healthfinancingafrica.org/home/la-contribution-des-mutuelles-au-financement-de-la-sant-interview-de-bruno-galland

charge par des tiers (État, ONG, mécènes, etc.) à travers les mutuelles selon la région comme indicateur d'effet. Pour atteindre l'objectif général à partir des objectifs spécifiques, deux hypothèses critiques sont fixées : la qualité de l'offre d'un côté et la gouvernance de l'autre s'améliorent. Deux hypothèses qui sont difficilement vérifiables ou quantifiables. La qualité de l'offre repose certes sur son renforcement, donc sur des indicateurs chiffrés (ressources humaines, nombres de prestataires, équipement, etc.), mais aussi sur la perception des patients comme nous le détaillerons par la suite. Placer la gouvernance dans les hypothèses critiques revient, en cas de difficultés ou d'échec par rapport aux objectifs, à jouer encore sur une « mauvaise gouvernance » face à une « bonne gouvernance ». Enfin, un dernier niveau est fixé, celui des extrants pour chacune des quatre composantes. Les hypothèses critiques, pour passer de ces extrants aux objectifs spécifiques, sont multiples : capacité de payer des ménages, de l'État, des collectivités grâce à une croissance économique soutenue ; soutien durable à plusieurs niveaux de la volonté et du leadership politique ; engagement des collectivités locales ; engagement de la société civile, des organisations socioprofessionnelles et des organisations communautaires de base ; renforcement de la stabilité politique et de la cohésion. Cette diversité d'hypothèses critiques, qui touche à plusieurs acteurs, pourrait être intéressante pour amener une approche systémique. L'amélioration des mutuelles dépend aussi de facteurs externes. Mais les politiques menées, d'un côté pour la croissance, de l'autre pour la santé, de l'autre pour la politique, sont cloisonnées**. L'apparition de ces facteurs dans la colonne des hypothèses critiques permet encore une fois de les évacuer, et non de les intégrer dans la direction que prennent les politiques de santé.**

Chacun des quatre objectifs spécifiques dispose de son propre cadre logique, dans lesquels les hypothèses critiques sont « *à déterminer par les parties prenantes aux niveaux national, régional, départemental et local au niveau de leur plan de travail annuel* » (Plan stratégique de développement de la CMU, p 71). Il en est de même pour les indicateurs et les sources de vérification en ce qui concerne les activités qui sont ensuite détaillées une à une pour chaque objectif spécifique. Ce cadre logique n'a pas été mis en place en amont avec la participation de tous les acteurs, y compris ceux du « bas ». Il a été créé dans une logique « top-down » et reste effectivement en « surplomb » de la réalité des échelons locaux. Une fois le programme CMU lancé, il revient aux acteurs locaux d'essayer d'adapter ce cadre logique à leur propre contexte en aval, dans une logique qui est celle de l'urgence pour l'accès à la santé, comme le démontre l'ambition des objectifs généraux. Ce cadre n'est là que pour fixer la base et les indicateurs principaux. Les spécificités économiques, politiques, sociales, culturelles des populations ciblées sont finalement reléguées dans les hypothèses critiques.

Des indicateurs objectivés

Les indicateurs utilisés doivent être « objectivement vérifiables », donc quantifiables et présentés comme neutres. Donnons quelques exemples :

(1) Pour l'objectif spécifique 1, on trouve : le niveau des subventions, la proportion de mutuelles immatriculées, la mise en place des textes juridiques pour harmoniser les paquets de services et les modalités de paiement des prestataires.
(2) L'objectif 2 concerne principalement la formation des gestionnaires de mutuelles, la communication, les TIC, la tenue d'ateliers nationaux afin de valider les outils de gestion, le suivi des mutuelles, etc. Les indicateurs fixés tournent ainsi autour de ces thématiques : mise en place d'un manuel de procédures du plan comptable adapté au règlement de l'UEMOA, proportion de mutuelles qui soumettent régulièrement leurs rapports, nombre de formateurs formés sur la mutualité selon la région, nombres de contrats passés avec les radios pour la communication, etc.
(3) L'objectif 3, d'après le cadre logique, va nécessiter la refonte des mutuelles existantes et le renforcement de l'organisation du système au niveau local, avec des indicateurs tels que le taux de pénétration des mutuelles, la proportion de mutuelles à jour de leur cotisations, le nombre de personnes formées sur la gestion administrative et financière selon les régions, le nombres d'union départementales de mutuelles de santé ayant une convention avec un réseau d'institutions de micro-crédit.
(4) Enfin l'objectif 4 est l'amélioration des liens entre les mutuelles et les filets sociaux pour étendre la couverture maladie aux indigents et aux groupes vulnérables. Les indicateurs consistent à dénombrer les membres de comités locaux de ciblage formés sur les mécanismes communs de ciblage par région, les mutuelles ayant passé une convention avec leur collectivité locale pour la prise en charge des indigents selon le département, et les unions régionales de mutuelles ayant passé une convention avec au moins un programme national de filets sociaux.

Autant d'objectifs et d'indicateurs qui sont certes importants, mais qui laissent les contraintes socioéconomiques locales de côté. Pourtant, de l'atteinte de ces objectifs dépend la continuité des subventions aux mutuelles de santé. Un risque existe ainsi par rapport à l'obligation de rendre des comptes et de bons résultats, ce qui est parfois impossible selon les contextes comme nous le verrons par la suite, de voir des organisations « pousser » les chiffres. La communication, la formation, les moyens techniques et financiers, ou encore une meilleure organisation sont certes des éléments qui seront indispensables à une meilleure évolution de la

mutualité sénégalaise. Mais ceci ne peut être atteint sans une réelle appropriation par les populations ciblées et une adaptation à de nombreuses spécificités.

Ce cadre logique planificateur possède des finalités générales, politiques, éthiques, se rapportant à la « bonne gouvernance ». Le procédé occulte les acteurs dans l'atteindre des objectifs. Dans ce cadre, une part des responsabilités est rejetée sur l'extérieur, sous la forme « d'hypothèses critiques ». Si le projet échoue, la faute n'incombera pas aux acteurs internes à celui-ci, qui sont guidés par le cadre logique, mais à des acteurs extérieurs, des imprévus, des contextes politiques, des problèmes institutionnels. Mettant en avant la communauté, les discours du développement passent sous silence les clivages, les corporatismes, les inégalités sociales, les tensions. Ainsi ce cadre logique, fixé avant l'action, établie des normes, des principes d'actions, qui font fi de la réalité et des déterminants sociaux de la santé. Il constitue une modélisation qui exclue ce qui est considéré comme non rational, non mesurable, sans rechercher de mécanisme d'adaptation ou d'interaction. Le cadre logique surplombe le contexte dans lequel il intervient plutôt que de s'y inscrire, il est de plus peu soumis à révision en cours de projet. Passage forcé par les institutions, le cadre logique rencontre de nombreuses difficultés sur le terrain et son usage se trouve ainsi limité, mais reste considéré comme un atout pour améliorer la cohérence (Giovalucchi, Olivier de Sardan, 2009).

2.2.4. … Entre les divers acteurs dans les prises de décision

Des différences entre les discours et les pratiques

Les plans présentés au niveau national (PNDS, Stratégie de d'extension des mutuelles, CMU, etc.), que ce soit pendant la présidence de Abdoulaye Wade ou de Macky Sall, mettent en avant une approche **qui se veut participative, multiacteurs** concernant le système de santé, mais ces alliances sont beaucoup plus complexes en réalité. Le partenariat avec la communauté est notamment mis en avant par l'État dans la promotion de la santé à travers le PNDS, ce partenariat fonctionnant grâce à « *la participation, l'adhésion et responsabilisation dans la mise en œuvre et l'évaluation des activités. L'appropriation des objectifs de santé par les leaders sociaux et la communauté jouera un rôle important dans la prévention et la prise en charge des maladies. L'analyse situationnelle participative, le renforcement de capacités, la médiation et le recours aux ressources physiques et intellectuelles de la communauté en seront les principales composantes. Sur le plan socioculturel, les valeurs et pratiques sociales positives seront renforcées et mises à contribution pour la protection et l'amélioration de la santé. Les pratiques néfastes seront ciblées par des programmes de recherche socio comportementale, d'éducation et de sensibilisation en vue de leur abandon. Il sera tiré un plus grand profit de toutes les opportunités existantes tels que les*

organisations communautaires de base, les associations de relais polyvalents, les ONG, les associations de jeunes, les leaders communautaires, les notables, le milieu scolaire, les média publics, privés ainsi que des radios communautaires» (Ministère de la Santé et de la Prévention, 2009, p35). Pourtant les difficultés de coordination entre les acteurs sont très importantes, tout comme les différences entre les discours et la situation sur le terrain. Jusqu'ici, ces intentions concernant une meilleure régulation de la promotion de la santé ne trouvent pas leur application dans l'évolution de la couverture maladie. **Les différences sont grandes entre les discours et les réalités sur le terrain**, entre les volontés et la réelle appropriation des concepts et outils au niveau local.

Le manque de coordination est souvent pointé dans les analyses du système, telles que la Stratégie nationale d'extension de la couverture du risque maladie des Sénégalais ou le PNDS 2009-2018, et pas seulement au Sénégal (Waelkens, Criel, 2004). Le but de celui-ci est d'intégrer un grand nombre d'acteurs, afin de mettre en place des partenariats, et, au niveau des mutuelles et de la décentralisation, de rechercher des financements alternatifs. Mais ces divers acteurs peuvent avoir des intérêts et des visions contradictoires, limitant la mise en place d'un système cohérent de politique de santé nationale. Après l'annonce d'une CMU par le nouveau Président en 2012 et avant la création de la CACMU puis de l'ACMU, au sein du Ministère de la Santé, il a été complexe pour les acteurs de se coordonner afin de savoir à qui donner la responsabilité de la CMU : le Ministère de la Santé, ou la Délégation générale à la protection sociale et à la solidarité nationale[64], créé sous la Présidence afin d'améliorer la cohérence des actions du gouvernement concernant la protection sociale.

Une décentralisation difficile

Pierre angulaire de la coordination entre les acteurs et d'une approche plus adaptée au contexte local, la décentralisation a été entamée il y a maintenant plus d'une décennie. Son rôle est important dans la volonté gouvernementale de lier la mutualisation et la décentralisation, afin de donner un cadre technique aux mutuelles et une garantie financière. La décentralisation intervient également dans l'offre de santé, dont l'une des mesures phares est la réforme des hôpitaux. Pour articuler les approches « bottom up » et « top down », la décentralisation peut être un outil intéressant. Mais la mise en place de la décentralisation est également une période longue (Boidin, 2012), pour les raisons abordées dans la partie précédente. Et la confiance des populations est encore à construire, dans un système où les transactions financières sont opaques et où la corruption tient une place importante (Baade-Joret, 2006). Les extraits suivants, tirés de

[64] Article de Seneweb, disponible en ligne : http://www.seneweb.com/news/Sante/gestion-de-la-couverture-maladie-universelle-awa-marie-coll-seck-et-mansour-faye-a-couteaux-tires_n_91072.html (consulté le 13/01/2015).

rencontres entre le GRAIM et les chefs de village, à Thiès, illustre les problèmes de la décentralisation.

Encadré 7 : Les difficultés de la décentralisation

Lors d'un atelier organisé par le GRAIM et l'association des chefs de village de la communauté rurale de Fandène le 11 mai 2011, un intervenant illustre les problèmes de la décentralisation. « *La politique de décentralisation avec tout son arsenal de compétences transférées et sa clé de répartition des tâches et fonctions des acteurs au niveau local semble mal assimilée par les autorités locales à la base, en l'occurrence les chefs de village qui peinent à se retrouver dans ce système. Leurs connaissances en gouvernance locale (administration et gestion des collectivités locales) sont généralement très limitées alors qu'ils constituent un maillon incontournable dans le processus de décentralisation, dans l'élargissement de la démocratie locale et la bonne gouvernance des communautés rurales,* explique Boubacar Sidibé, Consultant-formateur en Décentralisation et Gestion des Collectivités Locales*. Or, cette méconnaissance, poursuit-il, peut engendrer des dysfonctionnements, voire des blocages dans la bonne marche des organes de la communauté rurale amenant des confusions de rôles, mésententes et défiances entre les conseillers ruraux et les autres acteurs locaux, des retards dans le traitement de dossiers, etc.* »

Sur le même propos, lors de l'atelier du 28 avril 2011, regroupant les conseillers ruraux, les chefs de village et le sous-préfet : « *Le processus de décentralisation au Sénégal se caractérisant par un transfert progressif de compétences de l'État en faveur des collectivités locales (communautés rurales, communes et régions), cela s'est traduit par une responsabilisation des élus et des acteurs locaux, dont les Chefs de village, a indiqué Boubacar Sidibé, Consultant-formateur en Décentralisation et Gestion des Collectivités Locales. Cependant, a-t-il ajouté, ce contexte de décentralisation est aujourd'hui émaillé de contraintes majeures, dont, entre autres, la confusion et non maitrise par les élus et autres acteurs locaux de leurs rôles et responsabilités spécifiques, leur manque de formation, l'absence de dialogue et de collaboration effective entre les populations et les autorités locales qui passent outre le plus souvent leur obligation de rendre compte. Ce qui n'a pas manqué de soulever des problèmes entre acteurs dans la communauté rurale de Darou Khoudoss. A ce propos, Bassirou Fall, 1er Vice-président du Conseil rural, fera observer que c'est le constat unanime des relations conflictuelles et heurtées entre les Conseillers ruraux et les chefs de village qui a inspiré le Président du Conseil rural à initier la présente session de formation qui, espère-t-il contribuera au règlement définitif et durable des dits conflits qui s'opposent de façon permanente au fonctionnement normal et régulier de la communauté rurale en menaçant dangereusement son développement.* »

Source : extraits tirés de la lettre d'information de juin 2011 du GRAIM.

Ces extraits illustrent deux faits : tout comme pour les mutuelles, les chefs de village, dans le cadre de la décentralisation, ont du mal à s'approprier leur rôle ; la décentralisation, en se basant sur certains acteurs comme les chefs de village, s'inscrit dans un contexte institutionnel bien particulier, avec des rapports de pouvoirs, qu'il est nécessaire de comprendre pour ne pas aboutir à des situations telles que celles évoquées dans l'encadré précédent. On constate toutefois, dans le cas bien précis de Thiès, que la concertation entre les acteurs locaux est possible afin d'essayer d'améliorer la coordination à cette échelle locale.

L'exemple de la LOASP

Une autre illustration d'un manque de coordination fort entre les acteurs impliqués dans la santé est la mise en pause du projet de Loi agro-sylvo-pastoral. En 2004 fut promulguée la Loi d'Orientation agro-sylvo-pastorale[65], initiant un projet devant durer 20 ans. L'un des objectifs est la mise en place d'une protection sociale, notamment d'une couverture maladie, pour 85% de cette catégorie de travailleurs, notamment informels, pour 2024. D'après le document de la Stratégie nationale d'extension de la couverture du risque Maladie, près de 6 millions de personnes, en comptant les ruraux et leur famille feraient partie de cette catégorie. Mais la mise en place de telles politiques se fait attendre. Le plan stratégique de développement de la CMU au Sénégal (2013-2017) n'évoque plus ces dispositifs, l'accent étant mis sur les mutuelles de santé communautaires et le DECAM. Des problèmes politiques et financiers ont freiné sa mise en place, notamment au niveau du CNCR (Conseil national de concertation et de coopération des ruraux, regroupant les principales fédérations paysannes et de producteurs du Sénégal). La transition du système agricole dans le cadre de la LOASP est complexe, elle rencontre des résistances fortes dans la mesure où l'agriculture est fortement libéralisée, notamment sur la question foncière, cherchant à rompre avec l'agriculture familiale sénégalaise, jugée archaïque (Vandermotten, Ba, 2008). Les concertations sont donc complexes par rapport à la LOASP. Ceci illustre le poids de différences de visions dans la coordination des acteurs, dans le domaine ici de l'agriculture.

2.2.5. … Avec l'offre de santé

Les structures de santé comme les collectivités ont un rôle important pour appuyer les mutuelles de santé. Toutefois les liens sont complexes entre les mutuelles et ces acteurs. La qualité de l'offre, sa répartition inégale complique la confiance des populations à adhérer à des mutuelles. Les prestataires de soins ont, de leur côté, du mal à établir des liens viables avec les mutuelles

[65] Les métiers de l'agriculture sont définis dans un sens large : agriculteurs, éleveurs, exploitant forestiers, pêchers, artisans ruraux, etc.

communautaires. Les difficultés de ces dernières rejaillissent sur leur réputation et peuvent mettre en péril des conventions déjà établies avec des retards de remboursements. Divers facteurs contribuent au refus par les prestataires de signer des conventions avec les mutuelles : le manque d'information, la volonté d'éviter une surcharge de travail, la méfiance par rapport à la solvabilité des mutuelles, le mouvement du personnel sanitaire, la peur de perdre une partie de leur autorité, le manque de transparence des situations financières des mutuelles, la peur des abus, des fraudes. Certains établissements exigent des cautions (Ntamwishimiro Soumare, 2006). Les mutuelles doivent aller vers les structures de soins et les convaincre de mettre en place une convention permettant une meilleure prise en charge des membres. Cette problématique de la confiance a été illustrée lors d'entretiens que nous menions auprès de l'offre de santé, comme le monde l'extrait suivant.

Encadré 8 : Les liens de confiance entre les mutuelles et les structures de soins

Le médecin-chef du centre de santé de Parcelles Assainies expliquait : « *C'est pas compliqué avec les plus petites mutuelles, mais il faut toujours la confiance […] Une maladie qui se déclare ça ne dit pas toc-toc j'arrive. Et si tu te réveilles et que tu n'as pas cotisé à la PAMECAS, on vérifie les coupons. Maintenant sans la lettre de garantie je ne prends pas. J'ai perdu beaucoup avec une mutuelle quand on prenait quand même des gens, parfois il y a des mutuelles qui ne rendent pas l'argent. Donc nous sommes devenus plus intransigeants. Par contre les femmes enceintes je ne les fais jamais attendre, je les gère, le temps d'aller chercher la lettre de garantie c'est pas possible parfois.* »

Source : Présentation par l'auteur d'après l'entretien effectué en juin 2014 au Centre de santé de Parcelles assainies auprès de M. Traoré (Médecin chef).

Ainsi, en raison des capacités limitées des mutuelles communautaires à pouvoir assumer financièrement et techniquement les processus de remboursement dans le temps, l'offre de santé conserve un pouvoir important par rapport aux mutuelles. Mais ceci est aussi dû aux difficultés que connaît l'offre de santé de son côté, comme le montre l'extrait, notamment dans les centres et les postes de santé (moyens limités, forts afflux de patients). Cet extrait fait surgir un autre élément important : le processus de remboursement propre aux mutuelles, les patients devant d'abord passer à la mutuelle avant d'aller consulter, est parfois impossible à respecter, comme dans le cas des femmes enceintes. La confiance de la structure de soin envers la mutuelle est alors primordiale.

Les liens se multiplient toutefois, les conventions se diffusent, des points focaux se créent au niveau des hôpitaux quand ceux-ci sont partenaires[66]. Ces liens évoluent donc avec des hauts

[66] Un exemple d'une étude menée en 2014 par (Mladovsky et al., 2014) illustre les difficultés mais aussi les opportunités pour aboutir à une relation de confiance avec les structures de santé, et plus particulièrement les

et des bas, les difficultés des mutuelles communautaires compliquent une relation de confiance, tout comme à l'inverse les inégalités dans l'offre de soins. La relation est particulièrement difficile au niveau des pharmacies privées. **Toutefois, quand les liens sont établis, la mutuelle peut permettre de renforcer la structure de soins en améliorant la demande, et la structure de soin participe à la confiance, la crédibilité de la mutuelle par rapport à ses membres**. Les mutuelles, en rendant accessible les soins, possèdent un pouvoir de négociation, bien que limité en réalité (Atim, 2000)[67], qui devrait permettre une amélioration de la qualité des soins dans les structures agréées (Fall, 2003). Elles permettent également d'augmenter quantitativement l'utilisation des soins, notamment dans les centres et les postes de santé (Letourmy, Pavy-Letourmy, 2005). Ainsi la relation entre qualité des soins[68] et mutuelles est double : les mutuelles peuvent être des leviers pour la qualité des soins et cette qualité se trouve être une des conditions de succès d'une mutuelle (Criel, Blaise, Ferette, 2006). D'autres avantages ressortent, ainsi la mutuelle And Fagaru, appartenant au réseau REMUSAC, possède son local directement au sein du poste de santé, grâce à des liens importants avec le comité de santé. Les interactions se font souvent directement avec les comités de santé, dépendant ainsi des personnes, des médecins-chefs, de leur sensibilisation par rapport à la dynamique mutualiste. Les interactions peuvent se faire sous plusieurs formes : implication de la structure de soins dans la création d'une mutuelle (comme à Thiès), mise en place de conventions avec les structures de soins, qui se développent, et conventions avec les pharmacies.

2.2.6. … Avec les collectivités locales

Au niveau des collectivités, malgré la décentralisation concernant l'organisation de la santé au niveau local, toutes ne réservent pas de ligne dans leur budget afin d'appuyer les mutuelles de santé à proximité. Les liens peuvent être directs. Par exemple, la ville de Guédiawaye a octroyé un local à la mutuelle And Faju. A Diourbel, des terrains et des locaux ont été également octroyés aux mutuelles communautaires. Dans le département de Kaffrine, les conseils ruraux de Malène et Birkilane appuyaient les mutuelles en leur fournissant des locaux, des moustiquaires et en faisant adhérer les élèves en classe d'initiation. Mais, dans le cadre d'une décentralisation qui prend du temps, au niveau des compétences et des moyens financiers, les liens sont encore tenus

hôpitaux : « La fédération régionale de Thiès a dès lors dû courtiser le directeur financier de l'hôpital, l'invitant à leurs réunions et le tenant informé des progrès réalisés. Finalement, les dirigeants de la mutuelle de Thiès ont développé une relation de confiance avec lui et il a fini par adhérer aux valeurs de la mutuelle, faisant même de lui un défenseur des mutuelles au sein de son hôpital, au point de gagner la réputation de « Monsieur le mutualiste » auprès de ses collègues. En effet, le directeur financier était tellement passionné par les mutuelles et leur bien-fondé, qu'il a même démarré une mutuelle dans son propre village. »

[67] L'auteur avance plusieurs facteurs : jeunesse relative des mutuelles, faibles compétences, faibles moyens financiers, connaissance insuffisante.

[68] Comme nous le verrons ensuite, la qualité revêt des dimensions différentes selon les individus.

entre les mutuelles communautaires et les collectivités. Cependant ces acteurs se rapprochent obligatoirement dans le cadre du DECAM, l'État passant par les collectivités territoriales afin de mettre en place des mutuelles et de faire parvenir les subventions. D'après nos observations, **plusieurs mutuelles rencontrées font en sorte d'avoir des liens avec les pouvoirs publics**, par l'intermédiaire de personnes clés, proches des décisions politiques locales ou nationales, permettant une meilleure anticipation des articulations entre les pouvoirs publics et les mutuelles. Ces personnes ressources sont importantes dans les deux sens : elles permettent aux mutuelles d'avoir un pied au niveau des autorités pour anticiper les décisions, les évolutions ; elles permettent d'améliorer la visibilité des mutuelles auprès des autorités. Elles peuvent appartenir ou non à la mutuelle. Dans le cas de la mutuelle And Faju, des liens sont établis au niveau de la collectivité locale, montrant également l'influence de la politique sur les mutuelles de santé. Cette importance du politique est illustrée par les extraits d'entretien dans l'encadré suivant, à propos des liens entre les collectivités locales et les mutuelles.

Encadré 9 : Des liens politiques entre les mutuelles et les mairies

Le deuxième adjoint au Maire nous expliquait qu'avant 2009, le maire sortant s'était engagé à s'impliquer dans le fonctionnement des mutuelles de santé. *« Les dames ont organisé une manifestation après la passation afin de le rappeler »*. Il était lui-même partisan de ce chemin, comme deux conseillers de son parti qui plaidaient au cours des conseils en faveur des mutuelles[69].

Le président du CA de la caisse Mecpa de la PAMECAS avouait que « *quand on a rencontré les maires* (à la recherche d'appuis financiers)*, ce qui m'a le plus impressionné, c'est un qui m'a dit : « je suis désolé, on est en année d'élection, si c'était l'année dernière je signe ici maintenant* ».

Source : Présentation par l'auteur d'après les entretiens menés en septembre 2013 à Guédiawaye auprès d'Issa Diouf (Deuxième adjoint au Maire), et en juin 2014 à Parcelles Assainies auprès de Kamaye Dramé (PCA à la MS-PAMECAS).

L'opinion est ainsi divisée sur les soutiens aux mutuelles de santé. Les appuis, financiers, techniques, juridiques, aux mutuelles proviennent d'une volonté politique, au niveau local comme au niveau national. Mais cette volonté politique n'est pas forcément durable. Créer des liens prend du temps, ces liens étant remis en cause à chaque nouvelle élection. Les mutuelles communautaires de santé, avec leurs moyens limités, doivent donc compter sur deux sources de financements extérieurs (coopération internationale, pouvoirs publics) qui sont limités, instables.

[69] Il faut préciser que cet exemple prend place avant la mise en place de la DECAM. Les subventions accordées directement par l'État devraient modifier les rapports notamment financiers entre les mutuelles communautaires et les collectivités locales. Dans ce schéma, les collectivités vont être l'intermédiaire des subventions et vont se charger notamment de l'offre de santé dans le cadre de la décentralisation, comme nous l'avons vu précédemment.

2.3. Le manque d'une approche systémique

2.3.1. La mise en avant de l'urgence de la situation de l'accès à la santé

La transition du système de santé au Sénégal conserve toujours ce clivage entre le secteur formel et une économie populaire marginalisée, bien que majoritaire. Le modèle de la couverture maladie semble avancer à deux vitesses, entre une population devant s'auto-organiser pour accéder aux soins primaires, et une population appartenant au secteur formel pouvant posséder légalement une couverture dépassant les soins primaires, d'ores et déjà institutionnalisé, malgré les difficultés qu'elle peut encore rencontrer. La couverture maladie, et la protection sociale plus généralement, possèdent un caractère redistributif important selon les auteurs post-keynésiens, mettant en avant la protection comme facteur de cohésion sociale (Euzéby, Fargeaon, 2011). Comme nous l'avons vu, la protection sociale devient un investissement nécessaire dans les pays en développement (chapitre 1). Mais elle risque de devenir ici une nouvelle source de clivages, au sein d'un système où la solidarité s'organise d'un côté au sein du secteur formel, « l'élite » de la population, et d'un autre côté au sein d'un secteur dit informel et pauvre, sans aucune redistribution entre les différents niveaux de richesses. L'une des plus grande problématique des mutuelles est la faible capacité des bénéficiaires à cotiser, l'absence de redistribution se ressent ainsi particulièrement ici (Baumann, 2010). La combinaison des approches par le haut et par le bas se révèle limitée, avec des règles fixées au niveau global peu applicables dans des contextes particuliers, et des acteurs cantonnés à un rôle local, permettant la pérennité d'institutions et de règles locales, mais sans pouvoir de négociation sur les règles fixées au niveau global (Baron, 2007). Si les objectifs de la transition au Sénégal sont fixés, **l'urgence est mise en avant**, et le pays manque d'une vision systémique concernant l'extension de la couverture maladie, dans des contextes socioéconomiques et culturels bien différents, comme l'illustrent les extraits d'entretiens suivants, qui se rapportent à l'évolution de la couverture maladie dans son ensemble.

Encadré 10 : L'urgence dans l'accès à la santé passe au premier plan

Le coordinateur du GRAIM analyse la situation ainsi : « *maintenant le contexte dans lequel nous sommes, y a des soucis prioritaires en termes d'accès à la santé. Qui l'emporte sur toute autre considération qu'on voulait avoir et certainement qu'on va utiliser ce défi d'accès à la santé pour mettre en place les mutuelles. Mais plus tard il faudra travailler à renforcer socialement ces mutuelles, organisationnellement et politiquement. Parce que pour nous la mutualité est une culture. C'est dommage qu'on soit en train de construire la mutuelle à partir de paradigmes ou de réalités aujourd'hui plus matérielles que sur un aspect culturel. On a laissé de côté l'aspect culturel.* »

« *Tout change depuis la volonté de la CMU. On va tout récupérer, tout ce qui se fait et ça contribuera : le Sésame, la gratuité des césariennes, des vaccins et les mutuelles. En mélangeant tout ça, c'est*

magique, on a la CMU» ironisait un anthropologue de l'IRD (Institut de Recherche pour le Développement).

En parlant des volontés de l'État d'une CMU basée sur les mutuelles et les subventions, un économiste à la DGPSN regrettait : « *Si on a des projets ambitieux comme ça, il faut commencer, avoir une approche systémique. Un système construit de façon intelligente, que tout le monde comprend. Mais ça pose beaucoup de problèmes* […] *Quel modèle de société on veut ? A partir de ça, on a le modèle de protection sociale. En France, c'est un modèle de société. En Allemagne, c'est construit de telle façon que, quand on a un certain niveau de richesse, tu peux en sortir pour aller dans assurance privée. En France, on ne peut accepter ça car le modèle de société n'a pas cette conception. Ça découle de toute une trajectoire historique, idéologie, économique, donc nous quel modèle ? On a choisis le schéma le plus simple. Ce n'est pas de gaieté de cœur que toi tu cotises pour tout. Mais c'est parce que c'est le modèle de santé, le modèle social, que chacun fasse l'effort pour financer ça. Beaucoup de pays africains se sont embourbés dans des histoires d'assurance maladie volontaire. Au Sénégal on est les champions, on atteint les 20%, la Côte d'Ivoire c'est catastrophique, 6%. Parce qu'on n'a pas fait l'effort de construire notre modèle*. »

Source : Présentation par l'auteur d'après les entretiens effectués en février 2015 à Thiès auprès de André Wade (Coordinateur du GRAIM), à Dakar en septembre 2013 auprès de Bernard Taverne (Anthropologue à l'IRD), et en juin 2014 à Dakar auprès d'Ousseynou Diop (Économiste à la DGPSN).

La transition du système sénégalais consiste en la reprise des diverses formes existantes pour aboutir à une couverture universelle. Cependant, certains acteurs interrogés regrettent le manque de cohérence dans la mise en place d'une CMU reprenant toutes ces formes sans réels liens entre elles.

2.3.2. Un compromis social face à la « bonne gouvernance »

Dans la théorie de la « bonne gouvernance », reconstruite par les institutions financières internationales, l'État est considéré comme neutre, comme un prestataire de services. En reprenant les recherches menées par Khan (2004) en Corée et au Pakistan, nous pensons que l'État devrait être une institution qui gère un processus de transformation sociale au niveau du système de santé. Du fait d'environnements variés selon le pays dans lequel on se place, les formes institutionnelles changent aussi. Une même forme institutionnelle n'aura pas les mêmes effets selon le contexte. Ainsi, nous allons à l'encontre de la NEI et des institutions de premier rang (les institutions optimales amènent à la situation optimale), pour nous ancrer dans la complémentarité institutionnelle, le bricolage institutionnel étant en réalité indispensable à tout compromis politique (Cartier-Bresson, 2010). Dans la mesure où il est impossible de créer un jeu complet d'institutions souhaitables à court terme, la dynamique institutionnelle est une évolution

constante, qui résulte d'interaction entre les divers acteurs, permettant la construction d'un compromis social légitime aux yeux de telle ou telle société (Qian, 2003). De ce fait, l'insistance sur les mesures par la performance des institutions, dans le cadre de la « bonne gouvernance », se heurte à la réalité de la transition institutionnelle. Comme l'expliquait Aoki (2001), les institutions sont interreliées, avec des effets de réseaux et d'externalités. On ne peut donc évaluer la contribution marginale de chacune aux performances. Cette interdépendance des institutions montre l'importance de la cohérence entre elles. La complémentarité institutionnelle met en avant l'importance des processus politiques, alors que la « bonne gouvernance » estime que les « bonnes pratiques » suffisent, hors de tout compromis social. **La « bonne gouvernance » empêche une introspection, au sein de la transition du système de santé au Sénégal, vers un modèle de santé propre au pays, adapté à l'ensemble des situations, résultant d'un tel compromis social**.

Aujourd'hui encore la coordination entre les acteurs pose problème, et la protection sociale a peu évolué pendant 50 ans, face à la faiblesse des interactions entre eux. L'État peine à établir des tutelles claires par rapport aux organismes obligatoires, l'implication de celui-ci est faible dans la régulation des systèmes existants. Le système semble pour l'instant encore largement clivé entre les deux anciens régimes du secteur formel, les politiques décidées au niveau central, et les mutuelles laissées à la société civile, toutes ces formes étant traversées par des préconisations des institutions internationales. L'extension de la couverture semble manquer d'une réelle approche systémique, l'évolution d'une forme de protection devrait évoluer en coordination avec les autres. En effet le système de santé ne devrait pas être pas être considéré comme « la somme des parties », chaque régime est abordé de manière réductionniste, sans liens entre eux et avec des interactions complexes, voire inexistantes, entre les acteurs. Ce problème se retrouve dans d'autres travaux et d'autres pays. Cela confirme une certaine littérature, qui se concentre sur les « government silos », c'est-à-dire les cloisonnements au sein d'un gouvernement, en plusieurs départements qui fonctionnent comme des « vases clos », au sein d'une organisation verticale. **Ces cloisonnements sont considérés comme des barrières dans la mise en place de politiques publiques efficaces** (Carey, Crammond, 2014). D'après les études menées par ces auteurs, notamment en Australie, ce « départementalisme », destiné à simplifier l'action de gouverner, aurait pour conséquence un désir, pour les pouvoirs publics, de se restreindre aux frontières de leur département pour cibler des problèmes, mener des politiques, établir les lignes de crédit, faciliter la comptabilité et le management. Mais ceci ne favorise pas la mise en place d'une action systémique, qui comprendrait une évolution globale du système de santé et une prise en compte des déterminants sociaux de la santé.

2.3.3. Le DECAM, une illustration de l'absence d'approche systémique

Le DECAM, projet soutenu par l'USAID, illustre ce problème de manque d'interaction entre les institutions au niveau global et les institutions au niveau communautaire. La mise en place de mutuelles et d'unions peut amener à des situations de concurrence avec des structures déjà présentes d'après nos observations. Les mutuelles communautaires souffrent d'un manque de visibilité face aux pouvoirs publics et de poids dans la prise de décision. Toutefois certains réseaux ou certaines mutuelles bien installées, comme dans le cas du GRAIM à Thiès, se sont mieux intégrés dans ce schéma, avec certains regrets cependant comme nous l'avons vu dans l'encadré 9. Comme nous le verrons plus en détail par la suite, le DECAM peut à la fois constituer une opportunité et un risque pour les mutuelles communautaires. Malgré les retards dans les subventions, de nombreuses mutuelles agréées ont été intégrées dans le DECAM. Le contexte de la CMU pourrait marquer une opportunité du côté des mutuelles afin d'améliorer leur visibilité, leur appui institutionnel et de profiter des avancées financières. Il faudrait pour cela que les réformes dans le cadre de la CMU se fassent en accord avec ce qui existe déjà sur le terrain, les acteurs présents, afin de prendre en compte les contraintes locales. En discutant du rôle des mutuelles dans le cadre du système de santé global, plusieurs personnes interviewées ont insisté sur ce manque d'interaction entre les mutuelles et les pouvoirs publics, comme le montre l'encadré suivant.

Encadré 11 : Des liens ambigües entre les mutuelles et le DECAM

« *Dommage que la nouvelle démarche de Decam risque de déstructurer et casser une dynamique qui était là même si elle était faible* », regrette le coordinateur du GRAIM. « *Même si l'État a défini la politique, c'est aujourd'hui les partenaires financiers qui déterminent la démarche notamment par l'USAID. Qui met plus de ressources, qui détermine, anime les réflexions, réfléchit les orientations, et vient associer le ministère. Le ministère est associé mais pas responsable de l'orientation d'aujourd'hui, et eux-mêmes sont critiques, tu le sens à travers les agents du ministère* ».

« *Effet d'annonce* » pour le Président de la Mutuelle de Goxu-Mbathie à Saint Louis, le problème de la concurrence se pose. Dans le village de Yenne par exemple, la MS-PAMECAS est implantée depuis plusieurs années. Toutefois, dans le cadre du DECAM, les pouvoirs publics se sont directement concertés avec la collectivité locale afin de créer une mutuelle subventionnée. Au sein du réseau REMUSAC, des personnes du bureau exécutif de la mutuelle And Faju, à Guédiawaye, expliquaient qu'un processus s'était enclenché de création d'une mutuelle dans le cadre du DECAM. C'est à la mutuelle qu'il revient d'aller vers les autres acteurs.

Source : Présentation par l'auteur d'après les études menées au Sénégal en 2013, 2014 et 2015 et les entretiens effectués en juin 2014 à Thiès auprès de André Wade (Coordinateur du GRAIM), à Yenne avec le Président et le Vice-Président de la caisse rurale de la MS-PAMECAS, et en septembre 2013 à Guédiawaye auprès des membres du bureau exécutif de la mutuelle And Faju.

Trois problèmes principaux ressortent de ces extraits, qui seront développés par la suite : le risque propre à une approche « top-down » comme le DECAM ; le fait que le DECAM soit mis en place et déterminé par l'USAID, alors que les visions sont diverses au sein même des pouvoirs publics ; les relations entre le DECAM et les structures existantes, cette relation pouvant être de concurrence (comme l'illustre l'encadré précédent) ou de contractualisation (les mutuelles existantes s'intègrent dans le DECAM et touchent des subventions, mais au prix d'objectifs et d'attentes bien particulières).

3. Des visions différentes de la mutualité

Dans une approche systémique, les acteurs sont impliqués dans un réseau. Les politiques de santé résultent de processus complexes qui impliquent ses divers acteurs, qui possèdent des intérêts, des positions idéologiques différents (Carey, Crammond, 2015). Au sein des acteurs impliqués dans le développement mutualiste, plusieurs visions se côtoient et se confrontent, impliquant une certaine place de l'acteur mutualiste par rapport aux autres, une certaine définition de la participation, une certaine vision de l'ESS par rapport au développement économique. Nous considérons que les trois scénarii abordés dans la partie précédente se retrouvent ici : une instrumentalisation par le capitalisme marchand, dans le cadre d'une marchandisation de la santé ; une instrumentalisation par l'État, les présentant comme des prestataires de services ; une prise en compte de la société civile comme cadre de démocratie et d'économie plurielle, ayant une volonté de participer ensemble à la construction d'un système de santé adapté et légitime. Du fait du rôle spécifique de l'État par rapport aux bailleurs de fonds au Sénégal, les deux premiers scénarii se confondent. La mutuelle est à la fois vue comme un instrument, reprenant un cadre néolibéral, et comme un prestataire de service, dans le cadre d'une place plus importante de l'État à l'heure actuelle. La définition mise en avant de la protection sociale et son apport dans les pays en développement est toujours similaire, comme le résume ce passage : « *Basée sur le principe de solidarité, la protection sociale permet la redistribution des richesses. C'est donc un levier important pour arriver à* ***une société juste****, parce que la protection sociale prévient et atténue l'exclusion sociale et l'inégalité, la pauvreté et la vulnérabilité* » (Verstraeten et al., 2010, p12). Toutefois, les termes utilisés ne revêtent pas les mêmes significations selon les acteurs, influant sur la vision de la mutualité. Nous présentons ainsi les diverses visions de la mutualité : comme instruments, comme prestataires, comme institutions.

3.1. Les mutuelles comme instruments

3.1.1. Une instrumentalisation par la microassurance

Les mutuelles et les associations, dans ce cadre, doivent intégrer les méthodes de gestion et de management du privé tournées vers la compétitivité, avec des objectifs sociaux mais surtout de rentabilité. Mais cette instrumentalisation va encore plus loin, jusqu'à utiliser les valeurs mêmes des organisations de l'ESS pour diffuser les « bonnes pratiques » préconisées par les bailleurs de fonds. La participation communautaire, comme préconisée par les bailleurs de fonds, est entendue non dans le sens de la démocratisation de l'économie de la santé, mais comme une mise en activité des populations, mettant en avant l'autodétermination comme nous l'avons vu plus tôt. Dans cette optique, les mutuelles doivent « utiliser » la participation communautaire afin de responsabiliser les populations, à adopter un comportement plus préventif, en quelque sorte à éviter le risque moral et l'asymétrie d'information (Wang et al., 2010). Dans une publication de l'USAID portant sur la mutualité en 2010, les auteurs couplent les notions de responsabilisation et d'empowerment dans cette optique « *La deuxième dimension a trait à la responsabilisation des personnes pauvres et des citoyens dans la santé. Il est reconnu, maintenant, que l'amélioration des capacités des individus et des communautés à prendre en charge leur propre santé constitue une dimension clé des stratégies d'amélioration de l'État de santé des populations. Ainsi, des efforts d'extension de l'assurance maladie dans les pays africains devraient contribuer à la responsabilisation des individus et des communautés à prendre en charge leur propre santé et accroître leur pouvoir dans la santé et leur implication dans les décisions qui les concernent en matière de santé. »* (Diop, Ba, 2010, p 7).

Au niveau du cadre d'analyse des mutuelles, cette vision instrumentale se rapproche du « non profit » (cf. Chapitre 2, section 2), bien que celui-ci exclue normalement les mutuelles et les coopératives. La dualité Marché/État n'est pas remise en cause, mais les mutuelles sont plus efficaces de par leur proximité avec les individus afin de forger un consommateur de soins. Les mutuelles s'inscrivent dans un cadre assurantiel, le terme « microassurance » étant souvent mis en avant dans les rapports par rapport au terme « mutuelle communautaire ». Dans ce cadre, la **microassurance est intemporelle et universelle**, l'épaisseur historique et le questionnement de l'économie sont laissés de côté. Bien qu'évoquant les expériences passées impulsées par la société civile, les mutuelles sont des outils efficaces, se déployant de manière identique, les populations devant s'adapter à cette forme de protection de la santé assurantielle.

Les mutuelles, sont, dans ce cadre, des initiatives provisoires. Le rapport sur la santé dans le monde de 2010, se focalisant sur les divers financement vers une CMU, explique ainsi la vision

de l'OMS concernant les mutuelles : « *La façon la plus efficace de gérer le risque financier lié au paiement des services de santé est de le partager, et plus de personnes le partagent, meilleure est la protection […] Ils (*cf. les régimes de santé communautaires*) familiarisent également les personnes au prépaiement et à la gestion commune, et peuvent faire naître le sentiment de solidarité nécessaire à la mise en place d'un mouvement plus vaste vers une couverture universelle. L'assurance maladie participative, ou micro-assurance, peut aussi être un tremplin institutionnel vers de plus grands régimes régionaux qui, à leur tour, peuvent être consolidés sous forme de mise en commun des risques au niveau national, bien que cela nécessite presque toujours le soutien du gouvernement. De nombreux pays qui se sont rapprochés de la couverture universelle ont commencé par des petits régimes volontaires d'assurance maladie, qui ont progressivement évolué en assurance sociale obligatoire pour des groupes spécifiques, réalisant finalement des niveaux de protection du risque financier beaucoup plus élevés dans des caisses largement plus grandes.* » (OMS, 2010, p52-53). **Une « meilleure façon » de faire est mise en avant, dans une approche déterministe du développement de la santé**. Dans cette vision, la microassurance est un outil intéressant afin de développer une solidarité financière et devenir un levier permettant la mise en place de systèmes nationaux divers, à dominante publique ou privée, sur le long terme. Mais cette solidarité, diluée dans un cadre assurantiel, tend plus vers l'individualisme que le collectif.

3.1.2. Une gestion des risques

Le rapport sur le développement dans le monde 2014 de la Banque mondiale (*Risques et opportunités : la gestion du risque à l'appui du développement*) illustre bien ce paradigme. Ici, le développement dépend directement de la capacité des individus à surmonter les risques. La gestion du risque au niveau des populations est fondamentale : « *Forte de cette aptitude renforcée à faire face aux aléas, les populations, et en particulier les plus pauvres, peuvent plus aisément surmonter leur aversion au risque et saisir les opportunités qui s'offrent à eux […] Lorsque des individus prennent volontairement des risques dans la recherche d'opportunités, ils doivent faire aussi la part entre le rendement espéré et les pertes potentielles* » (Banque mondiale, 2013, p8). L'approche combine une multiplicité de théories économiques. Elle se base sur Neumann et Morgenstern (1944) et donc sur l'utilité espérée des individus. Dans ce cadre, les individus sont rationnels et arbitrent en fonction des risques, de leur connaissance, des probabilités associées à divers résultats et risques. Toutefois la Banque mondiale reconnaît les limites en termes de rationalité, se rapportant alors aux travaux de Kahneman et Tversky (1979) sur les limites du comportement humain, et en termes de prise de décision, s'appuyant sur Black (1948), Buchanan et Tullock (1962) et Olson (1965) qui illustrent le fait que les décisions ne se font pas de manière isolée mais dans un cadre collectif. La théorie du Public choice est couplée à d'autres approches encore, telles que celles de Hurwicz (1960), Myerson (1979) et Maskin (1999), sur l'importance

des contraintes d'incitations pour assurer l'efficience des marchés et des institutions (Banque mondiale, 2013). Le cadre analytique de la Banque mondiale se base ainsi sur toutes ces approches, héritées de la théorie standard. Le risque, s'associant à une perte mais également à une opportunité selon les termes utilisés, est probabilisable. Les objectifs, bien que louables concernant l'amélioration de la santé et d'autres domaines du développement humain, sont toujours similaires : l'augmentation de la productivité, le développement économique, la dynamisation des entreprises. Le fil directeur du développement est toujours le même : **le développement économique est premier**. Pour dépasser le risque, trois axes s'articulent : les connaissances, l'acquisition d'informations, la capacité de les exploiter ; la création d'une protection couplée à l'adhésion à une assurance ; l'adaptation, lorsque le risque se concrétise, c'est-à-dire la capacité à actualiser les informations par rapport à de nouveaux risques et à adapter les mesures à prendre. D'où l'intérêt de l'adhésion à une assurance maladie. Selon ce rapport de la Banque mondiale, de nombreux obstacles existent sur la route d'une meilleure gestion des risques : le manque d'informations ; les déficiences cognitives des individus ; les biais de comportement, qui proviennent d'une baisse de vigilance, d'un manque d'information et/ou de normes sociales et de croyances ; l'absence de marchés et de biens publics, ce point affirmant le besoin de marchés bien établis concernant la gestion des risques, l'assurance, l'emploi, qui résulterait d'un autre obstacle, les défaillances des institutions publiques, d'où l'importance d'une « bonne gouvernance » ; les externalités sociales et économiques, nécessitant une meilleure coordination des acteurs. Afin de lutter contre ces obstacles, face aux défaillances du marché et de l'État, la société civile, le secteur privé et la communauté internationale sont mis en avant afin d'améliorer la prestation de services publics. « *Dans le droit fil de la métaphore présentée par Gary Becker dans son traité sur la famille intitulé A Treatise on the Family, les ménages sont des ≪ petites usines ≫ qui produisent des biens et des services d'information, de protection et d'assurance en ayant recours, d'une part, à des ≪ intrants intermédiaires ≫ obtenus du reste de la société et, d'autre part, aux efforts conjoints et aux compétences des membres de la famille […]. Les collectivités, le marché du travail, le marché financier et les institutions publiques sont les ≪ intrants intermédiaires ≫ sur lesquels les familles fondent leurs activités de gestion du risque. Pour mener à bien ces dernières, il est essentiel qu'elles aient systématiquement accès à ces institutions et à ces marchés et qu'elles puissent y participer* » (Banque mondiale, 2013, p21, p23).

Ce cadre s'inscrit dans une vision néolibérale, le développement économique est mis en avant, il est nécessaire pour cela d'améliorer les institutions appuyant les marchés. La société fonctionne à plusieurs vitesses du fait de cette différence entre personnes non vulnérables, pouvant accéder au marché, protégés parce que travaillant de manière formelle ; les personnes assez vulnérables, mais pouvant se prendre en charge par elles-mêmes, avec la capacité de prépayer ; les populations très vulnérables, ne pouvant accéder au marché, piégées dans la

pauvreté. Nous observons de ce fait un double mouvement : marchandisation de la santé d'un côté, prise en charge des laissés pour compte du développement de l'autre par l'État. La cité marchande est ainsi fortement présente ici.

3.2. Les mutuelles comme prestataires

3.2.1. La diffusion du New Public Management

Le New Public Management (Hood, 1991, 1995 ; Osborne, Gaebler, 1992, Esty, Porter, 2005) impose les modes de fonctionnement compétitifs et rationnels marchands au non-marchand**. Les objectifs des associations seraient fixés par l'autorité publique qui se désengage**. Les mutuelles dans ce cadre se transformeraient en prestataires, ayant pour objectifs la minimisation des coûts, et évaluées par des critères standards conditionnant les aides. Elles perdraient toute volonté de réforme sociale en cherchant uniquement l'action sociale et la pérennisation de l'organisation par la continuité des subventions.

Dans l'axe concernant l'amélioration de la promotion de la santé du PNDS, il est précisé qu' « *il est attendu de cette stratégie plus de responsabilité des populations dans la prévention de la maladie, l'acquisition de comportements favorables à la santé et leur adhésion à la politique de santé. Des initiatives de financement alternatif tel que le renforcement des mutuelles de santé, de l'assurance et l'avènement de toute autre initiative d'accès aux soins des pauvres et couches vulnérables seront également mises en œuvre* » (Ministère de la Santé et de la Prévention, 2009, p34). Les mutuelles constituent un financement alternatif, les individus doivent mieux adhérer aux politiques de santé. L'État est mis en avant dans cette vision, les mutuelles et autres initiatives devenant des prestataires de services. La gestion axée sur les résultats est promue dans ce cadre. La participation est vue comme un partenariat entre les divers acteurs. « *Le partenariat entre les mutuelles de santé communautaires, les collectivités locales et l'État est déclinée en une approche intégrée d'extension de la couverture du risque maladie dans le secteur informel et rural* » (CMU 2013-2017, 2013, p20). « *Le défi majeur dans ce domaine d'intervention est l'extension de la couverture du risque maladie aux acteurs du secteur informel et rural à travers les mutuelles de santé. Pour faire face à ce défi, il est nécessaire d'adapter l'organisation des mutuelles de santé et de leurs unions dans le contexte du système de décentralisation administrative afin qu'elles servent de relais entre les interventions de l'État (CAPSU, FNSS) et les ménages dans la gestion du risque maladie au niveau régional et local* » (CMU 2013-2017, 2013, p37). Les mutuelles doivent être efficaces, d'où une harmonisation de leur organisation pour mieux s'intégrer dans un schéma provenant du haut, tom-down. Les structures, et donc leurs membres, doivent s'adapter à une stratégie globale, tout en prenant en compte les contraintes locales. Bien qu'une meilleure

organisation soit nécessaire, cela ne doit pas être au détriment des principes démocratiques et des valeurs promues par les mutuelles de santé.

3.2.2. Une hybridation entre les deux premières approches

La vision néolibérale, d'une mutuelle comme instrument, s'est peu à peu couplée avec la vision des mutuelles comme prestataires, subalternes aux pouvoirs publics. Dans cette vision, bien que le développement économique soit toujours le but, l'État retrouve une place dans le développement social de la population. Bien qu'ayant hésité pendant longtemps entre un statut d'accompagnateur ou de directeur par rapport aux mutuelles communautaires, le schéma du DECAM s'inscrit dans cette vision, les mutuelles étant des prestataires de services. Letourmy et Pavy-Letourmy (2005) estimaient que si les projets nationaux de santé étaient conçus pour autonomiser le mouvement mutualiste, alors le poids politique de ce mouvement permettrait de relayer les attentes des populations dans une optique « bottom up ». Mais les États auraient tendance à se méfier de l'impact institutionnel de ces mouvements, à limiter leur influence. L'appui financier de l'État se couple avec une restructuration dans l'organisation des expériences existantes et un schéma directeur bien établi dans une optique « top down ». Face aux conséquences des ajustements structurels, le lien entre développement économique et développement social a fait revenir l'État comme acteur privilégié de la protection sociale.

Dans ces deux premiers cadres, qui considèrent les mutuelles comme des instruments et comme des prestataires, la notion de solidarité est très restreinte. Les mutuelles sont présentées, que ce soit dans les rapports nationaux et internationaux, comme des organismes de microassurance, destinés à protéger contre le risque. Elles appliquent la solidarité « *dans la mesure où, si tout le monde cotise, seuls ceux pour lesquels le risque survient sont indemnisés. Il existe ainsi de multiples solidarités qui s'instaurent entre les maladies et les bien portants, entre les pauvres et les riches, entre les différentes communautés adhérentes à la mutuelle* » (Fall, 2003, p27). La solidarité est donc financière, elle s'exprime dans le respect des cotisations par les individus. Ce type de solidarité doit permettre une éducation individuelle des personnes afin de développer les systèmes de prévoyance santé, mais ne permet pas de création de liens entre les personnes et les communautés. Les mutuelles sont alors cantonnées à une vision de financement alternatif communautaire. Le terme « communautaire » lorsque sont abordées les microassurances santé communautaires, possède également un sens restreint, en mettant en avant la géographie, la juridiction (village, quartier, collectivité territoriale, district sanitaire, etc.) par rapport aux liens entre les personnes.

3.3. Les mutuelles comme institutions

3.3.1. Une gestion collective de la santé

Au lieu d'une instrumentalisation pourrait se développer une prise en compte de la société civile comme cadre de démocratie et d'économie plurielles, ayant une volonté de changement de la société. Les organisations de l'ESS questionnent l'économie capitaliste et ses conséquences inégalitaires, ainsi que ses cadres institutionnels, par la mise en place de lieux d'expressions. Les associations contribueraient alors à la construction des politiques publiques, et à l'évolution de la société. Les mutuelles seraient des institutions intermédiaires permettant une meilleure interaction entre les règles et la culture locale, un apprentissage de la démocratie au niveau des membres dont les besoins et les valeurs auraient un impact sur les politiques de santé. Ceci correspond à notre cadre d'analyse fixé dans le chapitre 2. Qu'en est-il en réalité d'après la vision des acteurs impliqués ?

Les acteurs nationaux ou régionaux, tels les réseaux d'appuis, s'inscrivent pour beaucoup dans cette démarche. Prenant la présentation du site du GRAIM, « *L'idéal de l'organisation ou sa vision du monde est celui de sociétés de solidarité et de démocratie qui promeuvent et garantissent l'épanouissement des personnes dans leur environnement*»[70]. Trois objectifs ressortent : la formation à la citoyenneté, la constitution de collectifs, la promotion de la régulation participative. Bien que la santé soit effectivement l'enjeu, il n'est pas le seul, avec des individus reconnus avant tout comme des citoyens. « *Concernant la* ***formation à la citoyenneté****, le GRAIM se fixe comme objectif d'aider les individus à se positionner comme citoyens (personnes averties), de les appuyer pour qu'ils puissent se positionner dans leurs contextes en étant capables de faire une analyse propre de leur environnement et de se donner les moyens pour la prise en compte et en charge de leurs problèmes avec l'application de solutions adéquates qu'ils contribueront à rechercher. Pour ce qui est de la* ***constitution de collectifs****, il s'agit d'appuyer l'organisation des citoyens en collectifs (forces de pression) afin qu'ils puissent réfléchir aux enjeux communs, prendre des positions consensuelles, en assumant leurs responsabilités et devoirs au sein du groupe et vis-à-vis de l'extérieur, et prendre des initiatives concertées de défense de leurs intérêts et droits. Dans la* ***promotion de la régulation participative****, l'objectif est d'impulser une* ***gestion collective*** *des questions importantes de la santé et de la protection sociale, de l'environnement et des ressources naturelles, de l'économie, etc. Cela suppose l'écoute et le respect mutuels, la reconnaissance de la légitimité de l'autre à participer à la gouvernance. Gouverner collectivement, c'est aussi créer les conditions pour que tous les collectifs puissent participer pleinement à la* ***régulation****, à la définition, à la mise en œuvre et au suivi ou*

[70] http://www.graim.sn/ (consulté le 13/01/2015).

contrôle de programmes et de politiques publics »[71]. L'ONG Intermondes, appuyant les mutuelles communautaires du REMUSAC à Guédiawaye, « *appuie et accompagne les initiatives à la base dans les domaines de la santé, de l'éducation, de la décentralisation, des droits humains et de la citoyenneté. Toutes nos activités s'inscrivent dans le cadre d'un axe stratégique permanent : favoriser les dynamiques populaires porteuses de sens individuel et collectif pour recréer des liens et des cohérences et ainsi améliorer les conditions de vie*[72]. »

Les objectifs diffèrent de ceux observés au niveau international (bailleurs de fonds) et du Ministère de la Santé. Recréation de liens, citoyenneté, démocratie sont mis en avant dans la gestion de l'accès aux soins. En effets, les objectifs pour les mutuelles de santé, comme le montre le document de la CMU (Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, 2013), que ce soit au niveau de l'organisation même comme des unions, touchent à la sensibilisation des populations, la participation à l'identification des indigents, la contribution au financement du Fonds départemental de solidarité, la contractualisation avec l'offre de soins, l'intermédiation avec les partenaires, l'appui technique, administratif. Tous ces objectifs sont certes importants mais restent dans le domaine de l'organisation, ils ne revêtent pas de dimension politique, de création de valeurs, contrairement à la vision des acteurs présentés ici. La pluralité économique, la pluralité démocratique, l'identité commune se retrouvent ici pour forger une mutualité bien spécifique, devant pourtant s'adapter aux évolutions rapides impulsées par le haut. Nous ne réfutons pas ici l'importance de certaines pratiques, telles qu'une meilleure gestion, provenant de l'extérieur des organismes mutualistes. Les mutuelles ne sont pas enfermées sur elles-mêmes mais appartiennent à un environnement complexe et doivent être viables afin de pouvoir continuer ses missions. Le risque est toutefois, en se concentrant sur cet aspect organisationnel, de perdre l'aspect démocratique. C'est tout l'enjeu de considérer la participation comme économique, comme un partenariat ou comme démocratique selon les visions abordées ici.

3.3.2. Vers un dépassement des visions précédentes ?

La vision des acteurs internationaux est elle-même très diverse. Dans le rapport sur *la protection sociale : une question de changement social*[73], plusieurs organisations internationales donnent leur point de vue concernant la place des initiatives citoyennes : « *au-delà de ces services, souvent de nature préventive ou promotionnelle, nous ne pouvons pas ignorer le rôle transformateur*

[71] Les passages en gras sont ainsi dans le texte d'origine.
[72] http://www.intermondes.org/ (consulté le 13/01/2015).
[73] Ce rapport est soutenu par Solidarité Mondiale, la Confédération des syndicats chrétiens, l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes, qui sont des organisations belges. La Belgique est un partenaire important du Sénégal et des mutuelles de santé, que ce soit au niveau de la CTB que des ONG. Solidarité Mondiale est notamment un partenaire privilégié du GRAIM à Thiès.

joué par les mouvements sociaux et plus particulièrement par les partenaires sociaux dans la gestion tripartite de la sécurité sociale dans beaucoup de pays à travers le monde […] Malgré leur expertise, l'impact des mouvements sociaux sur l'élaboration et l'exécution d'une politique nationale de protection sociale reste trop limité. Cela est dû principalement à un manque de reconnaissance et d'appui pour la contribution qu'ils fournissent à l'extension réelle de la protection sociale. Cette reconnaissance est une condition essentielle pour arriver à un dialogue structurel au niveau national, qui, à son tour, est essentiel pour une politique de protection sociale globale et largement soutenue » (Verstraeten et al., 2010, p10). Dans cette vision, nous retrouvons l'importance de la société civile dans la mise en place d'une extension de la santé aboutissant à un système soutenu, partagé, légitime, provenant d'un réel dialogue. La pensée est précisée plus loin dans ce rapport : « *En réunissant leur capital humain et social, ils (cf les gens) constituent la base d'un mouvement solidaire et social. En tant que mouvements, ils font entendre leur voix et cherchent à répondre collectivement aux défis qui se posent dans la société. En bref, les gens sont le mouvement […] Le mouvement développe sa vision de société et la réalise en entreprenant des actions très concrètes d'une part. D'autre part, il défend cette vision devant les décideurs politiques et les interpelle pour qu'ils reconnaissent la contribution spécifique des mouvements sociaux, mais aussi pour qu'ils assument enfin leur propre responsabilité* » (Verstraeten et al., 2010, p12). Dans son bulletin, Solidarité mondiale se pose de manière critique et affirme sa vision de l'ESS. « *Au Nord, l'économie sociale est vue plus sous l'angle de filet de sécurité sociale pour des personnes exclues de la société. Dans le Sud, l'économie sociale constitue un troisième secteur qui développe des pratiques innovantes dans la production des biens et des services et répond aux besoins et aspirations des membres et de la collectivité, face à la faillite de l'État et le marché*», résume le coordinateur en Afrique de l'Ouest (Ngongang, 2014, p6). *« Face à l'économie néolibérale globalisée, l'économie sociale et solidaire - pris comme modèle alternatif – n'a de sens que si on s'y met à plusieurs pour viser des objectifs communs. Aussi, fort de vingt-et-un partenaires sur vingt-quatre sur le continent actifs sur le thème, le programme soutenu par Solidarité Mondiale permet d'articuler des synergies entre partenaires dans cinq pays »* (Petre, 2014, p10).

Dans cette approche sociale et solidaire, les mutuelles de ne cantonnent pas à la livraison d'un service. Il existe toute une épaisseur qui n'est pas prise en compte par les visions précédentes. Non seulement au niveau de la démocratie interne, permettant la création de valeurs, de liens, allant plus loin que l'accès à la santé, mais aussi au niveau de la démocratie externe, car elles possèdent une caractéristique constituante. Elles ont réussi à se faire entendre par les niveaux nationaux et internationaux, à obtenir une certaine reconnaissance, pour désormais peser dans l'extension de l'assurance maladie, bien que cela comporte les risques déjà abordés par rapport aux idéologies premières de l'ESS. Les mutuelles résultent dans ce cadre de la vision d'un collectif, de la mise en commun de ses ressources. Elles produisent des règles, qui

sont incomplètes et révisables selon la représentation du monde des individus et de leur intérêt. Elles sont traversées par un registre de légitimité, qui est difficile à mettre en place comme nous le verrons dans le chapitre suivant, et des rapports de force, au sein de la mutuelle comme dans son environnement extérieur. De par leur système démocratique, elles sont dynamiques, les dimensions normatives comme conflictuelles font évoluer la mutuelle vue dans ce cadre comme une institution.

3.4. Des différences de visions qui influent sur l'extension de la santé et la coordination des acteurs

3.4.1. Des nuances au sein de mêmes groupes d'acteurs

Le rôle des divers acteurs, intégrés dans des interactions institutionnelles complexes au niveau politique, économique, social, et les effets des idées politiques dominantes sont des facteurs importants afin d'expliquer pourquoi telle politique est mise en place, et pourquoi celle-ci réussit ou non (Marmor, Wendt, 2012 ; Walt et al., 2008 ; Embrett, Randall, 2014). Les mutuelles de santé sont confrontées à des visions différentes, provenant des nombreux partenaires privés comme publics, mais l'État lui-même est impliqué dans plusieurs cadres compliquant la coordination des acteurs. Malgré les partenariats, les méthodes préconisées peuvent varier. Alors que le cadre de l'UEMOA concernant les mutuelles de santé consacre le caractère volontaire de l'adhésion, l'OMS affirmait avec force dans son rapport sur la santé dans le monde de 2010 qu'atteindre la CMU est impossible avec des régimes volontaires. Le Sénégal cherche ainsi à améliorer la pénétration de la population par les mutuelles à travers des incitations, lui-même remettant en cause ce caractère volontaire dans les documents préliminaires de la CMU, mais se devant d'appliquer les décisions de l'UEMOA.

Une étude conjointe de 2008[74] résumait ainsi la situation : « *Il existe cependant des divergences de vues pour savoir dans quelle mesure les systèmes de santé devraient être financés par les revenus d'imposition et dans quelle mesure différents mécanismes d'assurance pourraient être mis en place. Il y a également des désaccords sur le rôle que le gouvernement devrait jouer et même dans quelle mesure l'objectif d'équité dans l'accès aux soins de santé devrait être poursuivi* », puis précisait que « *l'OIT préconise fortement une approche de la protection sanitaire sociale basée sur les droits, en accordant une attention plus particulière aux segments de la population qui ne sont pas couvertes actuellement : « Toutes les options de financement devraient être envisagées tant qu'elles contribuent à l'assurance universelle et à l'égalité d'accès » (OIT, 2007). La Société financière*

[74] Oxfam International, Action for global health, Médecins du monde, Save the children, Plan, Global health advocates, Act up Paris.

internationale, le bras financier du secteur privé de la Banque mondiale, a préconisé dans sa stratégie 2007 pour le secteur privé que les fonds publics et des donateurs devraient être canalisés par les acteurs privés du secteur de la santé, y compris les systèmes d'assurances privées. Des pays donateurs tels que l'Allemagne, la France et les Pays Bas ont également montré un intérêt croissant pour l'assurance maladie […] Cependant, ni les Pays Bas ni la France n'ont défini une politique claire en matière de financement de la santé. Dans certains cas, on semble considérer que le manque de ressources justifie d'accorder des avantages de manière inéquitable – tels que des taux d'accès plus bas pour les populations pauvres - en se concentrant d'abord sur l'extension de l'assurance à la population qui peut y contribuer, comme les travailleurs du secteur formel et ceux qui sont en bonne santé » (Oxfam, 2008, p6, p28). L'OIT met plus en avant la dimension sociale et le rôle de l'État. La Banque mondiale, de son côté, met en avant la dimension économique et la limitation du rôle de l'État à la protection des plus pauvres, le reste de la population devant gérer ses risques sociaux (Fonteneau, 2007).

L'OMS, bien qu'ayant une vision limitée des mutuelle communautaires, insiste sur l'importance d'approches systémiques et adaptatives par rapport à des contextes, des normes sociales et culturelles, bien particuliers (Dye et al., 2013). En 2009, la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS affirmait que « *les marchés ne peuvent fournir les biens et services indispensables de façon équitable*», plaidant pour une meilleure implication de l'État et des sociétés civiles locales dans les décisions de développement (Commission des Déterminants Sociaux de la santé, 2009, p 12). La santé, comme l'accès à l'eau propre, sont des besoins humains de base, ce qui implique, dans la vision la commission, que les services y attenant soient mis « *à la disposition de tous, sans considération de solvabilité* », s'éloignant de l'approche par les biens publics en faveur de l'approche par les droits humains pour justifier l'intervention des autres acteurs que le marché (Commission des Déterminants Sociaux de la santé, 2009, p 14). L'ONU présente une définition du développement plus humaine que celle des institutions financières internationales (Favreau, 2003). Ce fut déjà dans les années 1990 des branches des Nations Unies qui furent les fers de lance de la critique du FMI et de la Banque mondiale par rapport aux conséquences des PAS. Dans son rapport de 2012, la CTB regrettait, par rapport à la CAFSP, « *un leadership trop modéré, qui traduit la coexistence de différentes visions au niveau national (UEMOA, BIT, MSAS, autres). Cela aboutit sur un manque de débat sur les questions stratégiques majeures (ex : coexistence et conflit potentiels entre modèles mutualistes différents) et le manque de développement de politiques et documents d'orientation nationaux* » (AEDES/CTB, 2012, p 10). Autant de visions diverses compliquant la trame de la coordination entre les acteurs par rapport au développement mutualiste.

3.4.2. Des rapports de force entre les acteurs

Cette coordination n'est pas seulement complexifiée par les différences de visions mais également des rapports de force, de domination entre les acteurs. L'État comme les mutuelles communautaires à un niveau local sont pour la plupart tributaires d'aides extérieures, qui nécessitent des contreparties fixées par le créditeur. Ce rapport dû à la possession des moyens financiers se couple aux divers consensus[75] des organisations internationales, leur représentation du monde, leur savoir, étant considérés comme les plus légitimes et les plus efficaces (Pesche, 1995). L'évolution des mutuelles de santé et des choix de développement résulte de l'interaction entre divers visions du monde, certaines visions étant à l'arrivée plus importantes que d'autres. A un autre niveau, les organisations locales telles que les mutuelles communautaires subissent des pressions de l'État comme des organisations internationales, ceux-ci appliquant des solutions, des projections similaire dans des milieux culturels bien différents. L'efficacité technique est mise en avant par rapport à la légitimité des actions et des acteurs. La participation est présentée comme la solution à ce manque de légitimité, mais celle-ci est limitée. La « bonne gouvernance », la « bonne participation », se heurtent à des réalités locales bien différentes, aboutissant à de fortes différences entre les discours et les pratiques (Delville, 1992). Entre institutions financières internationales et acteurs locaux, le rapport est très loin d'être équilibré, l'État cherchant au milieu à satisfaire ses faces extérieures (importantes au niveau macroéconomique) et intérieures (revendications des populations).

Les rôles des citoyens, de la participation change ainsi selon la vision mise en avant. **Deux manières de voir les mutuelles s'affrontent. L'une combine une approche instrumentale et une approche hiérarchique, mettant en avant le développement économique** ; dans ce cadre, les citoyens oscillent entre un statut de consommateur et d'usager, mais la participation reste économique : les mutuelles sont des instruments afin de responsabiliser les populations et les sensibiliser au prépaiement. **L'autre met en avant une approche collaborative entre le public, l'ESS et le privé** ; ici, les citoyens sont des acteurs d'un développement qui se construit de manière collective, la participation est démocratique avant d'être économique : les mutuelles sont la réalisation d'un collectif avec des représentations diverses, elles produisent des règles, elles sont traversées par des dynamiques conflictuelles, de compromission et reposent sur une convention de réciprocité. Pour la première, l'approche des mutuelles et de l'ESS sont bien circonscrites. Pour la seconde, c'est un contre-mouvement. Cette opposition entre ces deux cadres analytique et toutes les nuances existant dans ce large prisme d'acteurs impliqués dans le développement

[75] Ces consensus étant entendus comme « la volonté de celui ou de ceux occupant les principales positions dans un champ de forces donné » (Bako-Arifari, Laurent, 1998).

mutualiste permettent de se rendre compte de l'importance de représentations différentes du monde et de leur influence sur la dynamique mutualiste au Sénégal. Les critiques émises par les acteurs, au lieu de faire avancer les choses dans un cadre de co-construction du secteur de la santé et du développement, sont en revanche désactivées en raison de rapports de force importants, les acteurs ayant des poids très différents par rapport aux prises de décisions.

Conclusion du chapitre 4

A tous les niveaux diverses représentations des mutuelles existent. Au niveau international, les institutions financières, fortement libérales, cohabitent avec les Nations Unies, insistant sur le développement humain, et des ONG internationales ayant pour certaines un point de vue totalement opposé, redonnant l'épaisseur démocratique propres aux mutuelles. Au niveau national, l'État est traversé à la fois par les besoins locaux et les recommandations internationales. Dans les rapports se retrouvent à la fois l'importance des normes sociales, de la prise en compte de la parole des populations mais aussi l'instrumentalisation, la banalisation des mutuelles dans une optique d'urgence. Au niveau local et des ONG sénégalaises, l'importance de la participation démocratique ressort, les objectifs affichés sont bien différents de ceux des niveaux supérieurs. Hiérarchiquement, malgré les critiques qui se développement partout dans le monde, les institutions financières internationales gardent la main sur le développement ; les objectifs et les intérêts de chaque acteur répondent également de cette hiérarchie, l'objectif économique, d'accès à la santé, prenant largement le pas sur l'objectif démocratique, d'accès à la citoyenneté. Ainsi la dynamique mutualiste est traversée par des idéologies et des concepts qui en découlent très divers, influençant la vision des acteurs sur le terrain.

Si, avant les dernières avancées au Sénégal dans le cadre du DECAM, l'État hésitait entre adopter une posture d'accompagnateur (mise en place de statuts juridiques avec un cadre mutualiste se développant par lui-même) ou de directeur (mise en place d'instruments de tutelle), de par l'intensification de la promotion des mutuelles par la coopération internationale, la seconde approche semble se profiler. Ceci touche directement les mutuelles communautaires, concernées par la nouvelle politique « une collectivité, une mutuelle ». En acceptant de s'intégrer dans le schéma du DECAM, dans le cas où les mutuelles communautaires sont déjà présentes, le niveau de la recherche de financements évolue. Les mutuelles communautaires devaient chercher des financements auprès des collectivités locales, des partenaires internationaux. Désormais le lien est établi avec l'État. Toutefois, dans les deux cas, l'équilibre est complexe pour les mutuelles communautaires entre besoin de financements d'un côté, de par leur situation, et autonomie de l'autre, de par la mise en place d'une situation de domination entre les deux parties. Les chapitres suivants vont nous permettre de nous concentrer sur les mutuelles communautaires en elles-

mêmes et les représentations des membres, dans le but de comprendre l'influence de l'environnement sur les principes premiers de l'ESS.

Chapitre 5

Étude des forces et faiblesses des mutuelles communautaires dans l'objectif d'une extension de la couverture maladie

Les chapitres précédents se concentraient sur l'environnement institutionnel de la dynamique mutualiste, en Afrique de l'Ouest et centrale et au Sénégal**.** Ce chapitre est destiné à étudier plus spécifiquement les mutuelles de santé, notamment communautaires**.** Ces dernières se basent sur des liens géographiques et/ou sociaux. Elles sont à l'échelle des villages ou des quartiers, et peuvent ainsi cibler des populations hétérogènes selon la structure sociale de la zone fixée. Nous nous concentrons ici sur la perception des membres des mutuelles de santé, leur fonctionnement, leur potentiel à la fois technique et démocratique. Nous nous demandons, par rapport au cadre défini dans le second chapitre, si les mutuelles communautaires peuvent prétendre lier les trois dimensions de l'ESS, que sont la pluralité économique, la pluralité démocratique et l'identité commune. Une étude menée sur les mutuelles communautaires appartenant à l'URMS de Saint-Louis a fait ressortir les difficultés suivantes (Niasse, 2010):

- le niveau des cotisations et la limitation du nombre d'adhérents,
- le paquet de services limité à la seule utilisation des postes de santé,
- l'absence d'appui des collectivités locales et même la reconnaissance des mutuelles de santé dans le dispositif institutionnel de santé communautaire,
- la faible implication des populations et l'appropriation du projet mutualiste,
- la faible implication des conseils de quartier facilitateurs de l'ancrage sociale des MS,
- la faiblesse des ressources pour financer le développement des MS.[76]

Ainsi **les mutuelles communautaires de santé sont-elles des structures légitimes par rapport aux contextes dans lesquels elles s'inscrivent ? Peuvent-elles surmonter les obstacles rencontrés ?**

Nous reviendrons dans un premier temps (section 1) sur la convention mutualiste dont nous avions déjà parlé (cf. Chapitre 2, section 3) afin de nous demander si cette convention est appropriée pour et par les groupes visés. Devant les difficultés de cette tâche, nous montrons l'importance de la prise en compte des spécificités locales (section 2). Prendre en compte ces spécificités nécessite de s'intéresser à la perception des mutuelles par leurs membres, par les élus. Les mutuelles communautaires de santé sont des organisations dans lesquelles les membres partagent une certaine représentation de la mutuelle, une identité commune. Il est toutefois complexe, en raison justement des spécificités locales, d'établir une réelle démocratie (section 3). Si le potentiel, financier et solidaire, des mutuelles est bien présent dans la prise en charge des soins primaires, les obstacles sont importants. Ils sont à la fois économiques, sociaux, techniques,

[76] Étude menée en octobre 2010 réalisé par M. Alioune Niasse : « Étude de faisabilité pour la mise en place de mécanismes de garantie des mutuelles de santé de la région de Saint-Louis ». L'URMS comptait alors 8 mutuelles à Saint-Louis et une en zone rurale (mutuelle de santé Fass/Gandiol), il reste désormais 3 mutuelles dont une fonctionnelle. Le programme régional de développement des mutuelles de santé a été appuyé de 1999 à 2010 par le Promusaf (acteur international) et l'ASADEP, association local d'appui au développement économique et social.

institutionnels (section 4). La démarche méthodologique de ce chapitre consiste à faire le lien entre la littérature concernant les mutuelles au Sénégal et en Afrique et nos enquêtes de terrain, menées au Sénégal en 2013, 2014 et 2015. Les entretiens semi-directifs avec les divers acteurs et les études de cas (PAMECAS, GRAIM en particulier, mais aussi Remusac et autres mutuelles communautaires) nous ont permis de mieux cerner les difficultés des mutuelles, leur environnement, les différences selon les groupes sociaux, les zones géographiques, les diverses perceptions de la mutualité, etc. Les observations et les notes de terrain prennent également une part importante dans l'argumentation.

1. Une convention mutualiste peu adaptée

Nous revenons tout d'abord sur les difficultés d'adaptation de la convention mutualiste sur le territoire sénégalais. Cette convention diffusait déjà un cadre strict aux mutuelles communautaires qui étaient difficilement appropriées par les populations locales. La formalisation de cette convention, dans le cadre de la contractualisation, restreint d'autant plus les possibilités pour les initiatives locales de rechercher des cadres adaptés par rapport aux contraintes socioéconomiques locales et légitimes par rapport aux représentations diverses des individus.

1.1. De la convention à la contractualisation

1.1.1. Un fonctionnement uniforme

A partir de la mutuelle de Fandène, de nombreuses mutuelles se sont créées par mimétisme, soit par rapport aux autres mutuelles communautaires, soit en s'inspirant directement de modèles externes. Fandène lui-même s'est beaucoup appuyé sur la façon de faire des mutualistes des pays occidentaux afin de créer leur mutuelle de santé communautaire comme nous l'avions vu dans le chapitre 2. Ainsi, bien que la mutualité se soit adaptée et imprégnée des valeurs propres à certaines communautés, les logiques sont fortement inspirées de l'ESS dans les pays du Nord dès le départ. Cette convention évolue. Elle se retrouve, depuis une dizaine d'années, d'abord formalisée, puis imposée. Si la convention allait de soi depuis les années 1980, c'est désormais la contractualisation, à partir de textes officiels permettant l'agrément, qui prévaut, en établissant des règles explicites. La mutualité, plutôt que demandée par la population, est de plus en plus vendue par les acteurs extérieurs (Haudeville, 2013). Les politiques menées ne laissent plus la place à d'autres formes d'initiatives (autres manières de se rassembler, de cotiser) pour améliorer la prise en charge de la santé, ou tout au moins officieusement, sans la possibilité de peser réellement face à l'offre de santé et aux autorités. **Dans l'urgence qu'est l'accès à la santé**

pour tous, les mutuelles doivent se développer rapidement, efficacement. Toutes les mutuelles communautaires fonctionnent ainsi sur le même schéma. Bien que le niveau des cotisations, les garanties, les prestataires agréés et les tickets modérateurs varient selon les mutuelles, le fond reste le même. Au niveau du processus de prise en charge, l'adhésion à la mutuelle résulte de l'obtention d'un carnet d'adhérent (exemple en ANNEXE 10), où sont inscrits les divers bénéficiaires. En cas de maladie, le bénéficiaire doit aller chercher une lettre de garantie à la mutuelle afin de pouvoir aller se faire soigner dans une structure agréée. Le bénéficiaire paye la part de son ticket modérateur, ce qui est pris en charge par la mutuelle doit être remboursé directement à la structure de soins. Bien que des variantes existent, certains points se retrouvent toujours : les cotisations monétaires et les tickets modérateurs.

Au niveau du fonctionnement interne, et afin d'avoir l'agrément du ministère, le schéma est également identique. Une Assemblée Générale est organisée annuellement. Des membres sont élus au Conseil d'Administration (CA), organe hiérarchiquement supérieur au bureau exécutif, chargé de faire respecter les décisions et de les faire évoluer selon la bonne marche ou non de la mutuelle. Enfin un organe de contrôle encadre les pratiques des autres organes. Présidents, vice-présidents, trésoriers, secrétaires sont élus pour des périodes qui varient selon les mutuelles. Les mutuelles sénégalaises s'appuient ainsi sur le cadre règlementaire de l'UEMOA. Celui-ci s'inspire directement des codes occidentaux dans leur organisation. Ainsi, le cadre règlementaire de l'UEMOA donne la définition d'une mutuelle dans son premier article : « *groupements qui, essentiellement au moyen des cotisations de leurs membres, se proposent de mener, dans l'intérêt de ceux-ci et de leurs ayants droit, une action de prévoyance, d'entraide et de solidarité visant la prévention des risques sociaux liés à la personne et la réparation de leurs conséquences* ». Le code de la mutualité française la définit dans l'article L111-1 : « *Elles mènent, notamment au moyen des cotisations versées par leurs membres, et dans l'intérêt de ces derniers et de leurs ayants droit, une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide, dans les conditions prévues par leurs statuts, afin de contribuer au développement culturel, moral, intellectuel et physique de leurs membres et à l'amélioration de leurs conditions de vie* ». Par rapport à l'organisation des mutuelles, l'article 41 du règlement de l'UEMOA concerne l'Assemblée générale : « *L'Assemblée générale est composée de l'ensemble des membres participants, en règle vis-à- vis des obligations prescrites par les statuts et le règlement intérieur des mutuelles sociales régies par le présent Règlement. Toutefois, lorsque la mutuelle sociale est organisée en sections, l'Assemblée générale peut être composée des seuls représentants élus des sections dans les conditions définies par les statuts et le règlement intérieur* ». Dans le code de la mutualité français, l'article L114-6 est le suivant : « *L'assemblée générale des mutuelles est constituée des membres honoraires et des membres participants de la mutuelle. Toutefois, les statuts peuvent prévoir qu'elle est constituée de délégués élus par des sections locales organisées par la mutuelle. Les délégués peuvent être répartis en plusieurs collèges définis par les*

statuts »[77][78]. Toutefois le règlement de l'UEMOA se base dans sa définition des mutuelles sur les risques sociaux et la « réparation de leurs conséquences », dans une optique assurantielle, alors que le code de la mutualité français définit d'abord la mutualité comme appui au développement et à l'amélioration des conditions de vie des membres, avant d'évoquer les risques dans le reste du code. D'autant qu'en France, il existe des sociétés d'assurance mutuelle, qui reprennent la forme de la mutualité, mais sont définis par le Code de l'Assurance. Dans le cadre de l'UEMOA, les deux formes, mutualité et assurance, sont hybridées dès le départ.

Un consensus s'est ainsi développé à tous les niveaux, auprès de nombreux acteurs, que ce soit au sein de la coopération internationale, nationale, des institutions transnationales, des pouvoirs publics, ou de la mutualité, établissant que cette forme de mise en commun des ressources à travers les mutuelles est la plus efficace pour le contexte du Sénégal, se réalisant dans la contractualisation entre les mutuelles et ses partenaires. Des voix dissonantes s'élèvent toutefois au sein de ce panorama d'acteurs, comme nous le verrons par la suite. La forme de la mutuelle présentée ici est devenue, dans les programmes à tous les niveaux, la forme la plus légitime afin d'étendre l'assurance maladie, au Sénégal comme dans d'autres pays. Les guides méthodologiques se multiplient afin de diffuser les « bonnes pratiques ». Les extraits d'entretiens recueillis sur le thème de l'apport potentiel des mutuelles de santé et des dangers à imposer ce consensus mutualiste sont présentés dans l'encadré suivant.

Encadré 12 : Un modèle désormais imposé par les acteurs du haut

Un anthropologue à l'IRD constate : « *les mutuelles ne marchent pas. La Concertation*[79] *a explosée. J'ai participé à un colloque, j'ai constaté la nature idéologique du discours en contradiction avec la réalité. Il faut reproduire la solidarité du Nord au Sud […] Début juin, il y a eu une réunion des économistes de la santé à Dakar. Une « grande messe » de la CMU. J'étais stupéfait de retrouver dans la salle des personnes sénégalaises investies. Tous sont là dans une complète logique de reprise de pouvoir des mutuelles de santé. Il y a un discours de comparaison systématique avec le Rwanda et le Ghana. Le discours est que les sénégalais seraient à l'origine de ça, que le Rwanda a pris exemple sur les mutuelles sénégalaises. Tous les pontes des mutuelles de santé du Sénégal ont été consultants à l'OMS, à Abt au Rwanda. Les lignes politiques internationales (poids important USC, FMI, Abt) ont depuis une dizaine d'année de cesse d'imposer un modèle de mutuelles en formatant les cadres*

[77] Règlement n°07/2009/CM/UEMOA portant réglementation de la mutualité sociale au sein de l'UEMOA.
[78] Code de la mutualité, version consolidée au 4 avril 2015, disponible sur Legifrance.
[79] La Concertation est un réseau de partage d'expériences, de compétences et d'informations sur le développement des mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest et centrale, dont l'origine se trouve au Sénégal. En 1998, plusieurs acteurs de la mutualité ont décidé de se réunir et ont été ensuite rejoints par d'autres pays.

sénégalais à leur point de vue. Abt et tout ça prennent des gens du ministère en tant que consultants, comme ça ils ont la main mise sur le ministère. »

Un économiste de la santé à l'OMS confirmait : « *Les « grands intellectuels » de maintenant ont découvert récemment le règlement de l'UEMOA, et le ressassent maintenant […] c'est la « bible* ».

Source : présentation par l'auteur, sur la base des entretiens effectués en septembre 2013 à Dakar auprès de Bernard Taverne (Anthropologue à l'IRD) et en septembre 2013 à Dakar auprès de Farba Lamine Sall (Économiste à l'OMS).

Cela confirme bien que ce consensus sur la forme mutualiste cache des rapports de pouvoir entre les acteurs du système de santé. Il est principalement partagé par les acteurs du « haut », que ce soit au sein des pouvoirs publics, des institutions internationales, des mutualistes et s'impose aux autres acteurs. Selon les territoires, dans la réalité, cette forme de la mutualité peine à prendre pied auprès des populations.

1.1.2. Une comparaison systématique avec le Ghana et le Rwanda : des « success stories » à relativiser

Les systèmes mutualistes au Ghana et au Rwanda

La comparaison avec le Ghana et le Rwanda, présentés comme exemplaires dans l'extension de la couverture maladie par les mutuelles[80], est quasiment automatique dans les discours internationaux et partagée par des acteurs publics sénégalais comme par certains initiateurs de mutuelles, alors que la structure politique n'est pas la même et que le caractère volontaire de l'adhésion à des mutuelles de santé n'est pas aussi sacré qu'au Sénégal. Le « National Health Insurance Scheme» (NHIS) au Ghana, se base sur les principes d'équité, de solidarité, de mise en commun des risques, de subventions croisées, de partenariat, de participation démocratique de tous les acteurs concernés, de pérennité, et de la portée financière pour tous, en se basant sur les districts administratifs (OMS, 2010). L'extension de la couverture, à partir de 2003 et surtout en 2005, fut expérimentée dans tous les districts du pays dans la même période. Avec cette extension se sont créés le "National Health Insurance Fund" (NHIF), instrument de gestion des financements publics pour l'assurance maladie (égalité dans l'offre de subventions

[80] Comme le montre ce compte-rendu du séminaire sur l'assurance maladie en Afrique, tenu à Accra en 2009 et qui rassemblait des participants de huit pays africains (URL : http://siteresources.worldbank.org/INTGHANA/Resources/Ghana_Health_Insurance_Workshop-PR_French.pdf, consulté le 13/01/2015). L'OMS mettait en avant le Ghana et le Rwanda aux côtés d'autres pays dans son rapport sur la santé dans le monde en 2010. Dans plusieurs entretiens que nous avons menés en Afrique, l'exemple du Ghana et du Rwanda sont apparus. Les médias reprennent aussi ces exemples, comme le New York Times ou Courrier International (URL : http://www.courrierinternational.com/article/2010/07/08/assurance-maladie-un-bilan-globalement-tres-positif, consulté le 13/01/2015).

étatiques, couverture des indigents basée sur le même type de subventions, implantation des mutuelles, assistance technique, mise en place de bureaux régionaux), financé grâce à la TVA et le système de Sécurité Sociale, et le "National Health Insurance Council" (NHIC), qui régule les supports techniques des "District Mutual Health Insurances" (DMHIs). L'administration du district permet de faire émerger les projets de DMHIs. C'est le Ministère de la Santé qui dirige ce secteur. Il est responsable du développement, de la planification, de la coordination et de la mobilisation des ressources. Le tout possède une autorité nationale, la « National Health Insurance Authority » (NHIA). La DMHIS est autonome, mais dispose d'une garantie. Le niveau régional assure le suivi et la supervision des DMHIS, gère les conflits, et apporte une assistance technique. La politique se formule au niveau national, ainsi que l'accréditation des services de santé, le suivi et l'évaluation des mutuelles, la mise en place de la logistique et des supports techniques. Autant d'éléments qui rappellent grandement les évolutions dans le secteur de la santé au Sénégal. En 2009, selon des sources officielles, plus de 60% de la population était enregistrée, et plus de 80% possédaient une carte valide[81]. 145 DMHIs et 10 bureaux régionaux étaient fonctionnels, et plus de 5000 prestataires étaient accrédités par le NHIS.

Au Rwanda, la tâche est assurée par la CBHI (Community-Based Health Insurance). Le « miracle Rwandais » attire, avec 91% de la population couverte en 2010[82]. Deux fonds (le Fonds national de garantie et le Fonds de solidarité de district) soutiennent financièrement le système basé sur les mutuelles de districts (les districts sont au nombre de 30). Mais ce système est fragile, la plus grande partie des ressources provenant des partenaires internationaux et de l'État. L'obligation est de mise dans le pays, la volonté très forte du gouvernement de couvrir l'ensemble de la population débouche sur des tensions aux niveaux locaux, quant aux sanctions appliquées aux personnes ne pouvant présenter de carte d'adhérent[83]. La structure politique de la présidence de Paul Kagame influence la réussite de la couverture maladie et diffère des schémas politiques et des rapports de pouvoirs sénégalais[84].

[81] Rapport annuel de 2009 NHIS, disponible à cette adresse : http://www.nhis.gov.gh/files/1(1).pdf (consulté le 13/01/2015).
[82] D'après les chiffres du rapport annuel produit par le Ministère de la santé, disponible à cette adresse : http://www.moh.gov.rw/fileadmin/templates/MOH-Reports/Final-MoH-annual-report-July-2009-June-2010.pdf (consulté le 13/01/2015).
[83] D'après l'article disponible à cette adresse : http://www.jambonews.net/actualites/20130306-rwanda-rubavu-la-carte-de-mutuelle-obligatoire-pour-tous/ (consulté le 13/01/2015).
[84] Le coordinateur du GRAIM nous révélait également (entretien effectué en février 2015 à Thiès), que les modèles du Rwanda et du Ghana commencent à s'effriter. « Affaire de quelques personnes », « sans sous-bassement social », il est critique envers cette manière de construire une couverture maladie. Ces approches critiques ne sont toutefois pas encore présentées dans la littérature, la plupart des acteurs sont unanimement élogieux.

La décentralisation est fortement mise en avant

Dans le cas du Ghana comme du Rwanda, les politiques de santé vont plus loin que les soins primaires (Diop, Ba, 2010). Le prépaiement pour tous, accompagné de l'exemption pour les plus vulnérables, est la règle dans ces trois systèmes, mais avec des variations. Au Ghana, les financements proviennent d'une TVA (Taxe sur la Valeur Ajoutée) sur certains produits, d'une cotisation par l'impôt pour le secteur formel, de primes d'assurances pour les travailleurs informels, sans ticket modérateur. Au Rwanda, en plus des contributions des ménages et du gouvernement, les ressources externes sont très importantes (jusqu'à 50%)[85]. Un ticket modérateur est appliqué dans ce pays. Dans ces deux pays, le principe d'équité, la contribution dépendant du niveau de revenu, domine ; au Sénégal, c'est le principe d'égalité des cotisations qui est mis en avant. La décentralisation du système de santé, couplée à l'organisation mutualiste, est la base des politiques menées dans ces trois pays. **La décentralisation serait la marque d'une approche à la fois « bottom-up » et « top-down »** (Diop, Ba, 2010). Pourtant, dans la réalité, ceci est difficilement le cas, comme nous l'avons déjà abordé avec le Sénégal et le DECAM dans le chapitre précédent. Au Ghana, l'expansion des mutuelles pour la CMU s'est créée d'abord sur une base « bottom-up », avec une augmentation des mutuelles communautaires de 1999 à 2003, puis « top-down », avec la mise en place du NHIS. Aujourd'hui, la force du système de santé ghanéen peut aussi être une faiblesse : c'est le NHIC qui organise l'implémentation et l'assistance technique des mutuelles, le leadership du Ministère de la santé est fort. Si la mutualité a été conservée et étendu, l'approche dominante reste « top-down » au niveau de l'organisation du système de santé. Au Rwanda, dès le départ, le Ministère de la Santé est l'initiateur des premières expériences mutualistes (avec une première expérience dans trois districts de santé en 1999). Le succès du Rwanda vient ainsi de l'appui du gouvernement, d'un programme national intensif, d'une législation effective et d'un consensus sociétal (Lu et al., 2012). Loin des mutuelles communautaires de petite taille au Sénégal, les mutuelles de district, qui résultent de la forme de la décentralisation appliquée au Ghana et au Rwanda, ne sont pas de la même ampleur. Un district au Ghana compte environ 150 000 habitants, de 200 000 à 300 000 au Rwanda. Ce dernier s'appuie sur les diverses mutuelles existantes pour établir des subdivisions de districts (Diop, Ba, 2010).

Comme souvent avec ce type de données, les résultats sont à nuancer. Selon des études menées en 2008 et retransmises par Oxfam, la couverture au Ghana aurait alors été bien plus basse que les chiffres annoncés. Si chaque Ghanéen contribuait au système, au moins 82% d'entre

[85] D'après les comptes nationaux de la santé retransmis par l'OMS, les ressources externes pour la santé, en % des dépenses totales, étaient de 52,5% en 2006, 46,7% en 2007, 42,6% en 2008 et 53,2% en 2009 (URL : http://apps.who.int/nha/country/rwa.pdf?ua=1, consulté le 13/01/2015).

eux restaient exclus de la prise en charge des soins par le NHIS. Les dépenses directes seraient encore monnaie courante pour compenser le manque de moyens et de fonds, les problèmes administratifs et les abus (Apoya, Marriott, 2011). Le dernier rapport annuel produit par le NHIS en 2012 comptabilisait environ 34% de la population comme membres actifs du système[86], revenant ainsi sur les chiffres de 2009. Une nouvelle méthodologie a été utilisée à partir de 2010, distinguant les membres actifs des autres au sein des enregistrements, ce qui donne une plus juste vision de la réalité. En 2015, le BIT estimait que la couverture ghanéenne, en 2013, concernait réellement 36% de la population. Lors de la même présentation, le taux de couverture au Rwanda était estimé à 81% de la population en 2014[87]. Lors d'une présentation du projet HFG, lancé par l'USAID, en avril 2015, l'estimation du taux de couverture au Ghana était de 39% pour l'année 2013[88]. Si les deux pays montrent une forte volonté d'étendre la couverture maladie, des limites subsistent. Au Rwanda, la qualité des centres de santé et la présence des ressources humaines varient selon les districts, la fidélisation des membres aux mutuelles est ardue. L'accent a été mis sur les centres de santé dans le cadre de la délocalisation, ce qui débouche sur une forte augmentation des patients dans ces centres et peut provoquer des lenteurs dans leur prise en charge. De ce fait la priorité est parfois donnée aux patients qui ont la capacité de payer directement. Enfin les processus de remboursements présentent des lourdeurs (Mwedzi, 2013). Au Ghana, l'insuffisance des capacités de l'administration provoque des retards dans les processus de traitement, de remboursement, etc., et la communication sur le NHIS est parfois faible, notamment en zone rurale. La question du conflit d'intérêt se pose dans la mesure où l'autorité centrale qui met en place le système est aussi le régulateur (Alamazani, 2012). Malgré la décentralisation, dans les deux cas, le système reste centralisé et « top-down ».

2. L'importance des spécificités locales

La littérature sur les mutuelles de santé en Afrique se développe dans les années 2000, notamment sur la question de l'adhésion. Cette problématique est prépondérante dans ces travaux, dans la mesure où les taux de pénétration des mutuelles de santé africaines restent relativement bas. Les déterminants de l'adhésion sont donc au cœur de ces travaux, qui regroupent des méthodes variées, que ce soit quantitatives ou qualitatives, et des champs

[86] Le rapport est disponible à cette adresse : http://www.nhis.gov.gh/files/2012%20NHIA%20ANNUAL%20REPORT.pdf (consulté le 13/01/2015).
[87] Symposium sur la Protection sociale en Afrique, Abidjan, 24-26 juin 2015, présentation de Adam Dramane Batchabi, au nom du BIT. URL : http://www.fanaf.com/file/upload/2015_2_Batchabi_PS_sante_Étude_cas.pdf (consulté le 13/01/2015).
[88] Présentation en Haïti, avril 2015, par Chris Atim. URL : https://www.hfgproject.org/wp-content/uploads/2015/04/Financement-des-soins-de-sant---universels-taxation-et-p--rennit---cas-du-Ghana.pdf (consulté le 13/01/2015).

d'investigation plus ou moins vastes, dans plusieurs pays d'Afrique et d'autres pays en développement dans le monde. Ainsi Mladovsky et al. (2014) montraient que les capacités de gestion des responsables de mutuelles ne sont pas suffisantes, il est nécessaire d'avoir une connaissance approfondie du contexte dans lequel la mutuelle s'inscrit afin d'intégrer les réseaux de la population ciblée. Jehu-Appiah et al. (2011) expliquaient, concernant les mutuelles au Ghana, que les adhésions dépendent de déterminants socioéconomiques qui jouent différemment selon les populations ciblées. Prenons quelques exemples plus précis. La faible capacité contributive des ménages est souvent mise en avant (Massio, 1998 ; Tine, 2000 ; Chee, Smith, Kapinga, 2002 ; Fonteneau, 2003 ; Criel, Waelkens, 2003 ; Jütting, 2003 ; Basaza, Criel, Van Der Stuyft, 2007, Gnawali et al., 2009 ; Shafie, Hassali, 2013). Plusieurs études montrent l'impact, souvent négatif, de la qualité des soins et la perception de cette qualité par les adhérents à des mutuelles de santé (Fonteneau, 2003 ; Waelkens, Criel, 2004 ; Richard, 2005 ; Schneider, 2005 ; De Allegri, Sanon, Sauerborn, 2006 ; Basaza, Criel, Van Der Stuyft, 2008). L'éducation est aussi un déterminant de l'adhésion à une mutuelle (Dong et al., 2003 ; Jütting, 2003 ; Chankova et al., 2008). L'ethnie, selon les contextes, joue sur les adhésions, tout comme la religion, même si ce dernier déterminant est peu envisagé dans la littérature. Comme nous le confirmerons ensuite, Jütting (2003) remarquait le fort taux de pénétration des mutuelles chez les chrétiens sérères dans la région de Thiès. L'importance de la base sociale, de la cohésion de la population ciblée sur les adhésions varient selon les études et les contextes. Certaines études indiquent que l'adhésion à une mutuelle peut être facilitée lorsque d'autres associations de partage des risques sont déjà présentes (Jütting, 2005), mais ceci n'est pas forcément déterminant, comme le montrent De Allegri, Sanon, Sauerborn (2006), qui ont trouvé des proportions similaires, chez les membres comme les non-membres, de personnes participant à d'autres systèmes informels ou formels. Si ce n'est pas toujours le cas, certains travaux mettent en avant les barrières géographiques et l'impact positif de l'accessibilité géographique (Chankova et al., 2008). La périodicité des cotisations constitue aussi une barrière selon les contextes, ce qui nécessite une adaptation du système par rapport aux capacités des populations ciblées à contribuer dans le temps (Atim, 2000 ; Criel, Barry, Von Roenne, 2002 ; Chankova et al., 2008). **Ces déterminants de l'adhésion sont divers, ils proviennent de paramètres internes aux mutuelles mais aussi de déterminants sociétaux. Selon le contexte, l'importance de chaque déterminant varie, ce qui nécessite une bonne connaissance du terrain et une capacité à s'adapter aux spécificités pour améliorer la viabilité des mutuelles de santé.**

Le manque de prise en compte des spécificités locales, dans la dynamique générale des mutuelles communautaires, est d'après nous le facteur principal de leurs difficultés, avant les problèmes de gestion. L'importance d'un processus « bottom up » prend ici son importance afin de mieux appréhender ces spécificités à travers les acteurs locaux. La prévoyance appliquée par

les mutuelles rencontre aussi de fortes réticences selon les populations ciblées. Il est nécessaire de comprendre leur perception de la santé et de la prévoyance afin d'adapter le modèle au lieu d'imposer un modèle auquel il faudrait que les populations s'adaptent. Les inégalités sont fortes à travers le territoire, provenant de caractéristiques sociales, culturelles, géographiques propres. Ces inégalités compliquent la mise en place de mutuelles « standardisées » et montrent l'importance de la réflexion sur une approche systémique des déterminants sociaux de la santé.

2.1. La nécessité d'un processus réellement inclusif

Les mutuelles communautaires résultent souvent de longs processus qui permettent d'impliquer les populations dans la mise en place de telles structures[89]. Il semble important afin de poser les bases d'une mutuelle comprise par la communauté et légitime, contrairement à des structures créées dans l'urgence du DECAM. Ce processus, en amont de la mutuelle, permet aux populations de se rencontrer, de se rassembler, de décider de l'intérêt ou non d'une mutuelle, d'aborder le concept de la prévoyance par rapport à d'autres modes de prises en charge de la santé. Il pourrait marquer une étape réellement participative. Cependant, ce processus de mise en place, de rencontres, de prise de décisions collective se résume souvent à la mise en place d'étude de faisabilités, effectuées ou appuyées par les experts nationaux ou internationaux, soit à leur initiative, soit sur l'initiative de citoyens locaux, souhaitant faire émerger une mutuelle. Des formations et des actes de sensibilisation sont ensuite menés (pas systématiquement) auprès des populations locales, dans une approche « top down », car les études s'imposent aux populations qui doivent s'adapter à la prévoyance santé. Pourtant les expériences de terrain montrent que l'adhésion de la population à une mutuelle provient notamment de la proximité de l'instance de promotion, de la confiance de la population envers elle, et de l'apprentissage de l'action collective (Letourmy, Pavy-Letourmy, 2005). Ces auteurs montraient, à partir des expériences menées au bénin et en Guinée par le CIDR, que la présence dans la durée de l'équipe d'appui, avec des actions régulières favorisant la construction d'une cohésion sociale, d'une identité commune, permet une meilleure sensibilisation, une meilleure implication de la population ciblée, alors que la promotion externe a « *peu de chances de déboucher sur une sensibilisation efficace ou rapide* » (Letourmy, Pavy-Letourmy, 2005, p 127). Les mutuelles constituées à partir de l'offre de soins, en Afrique de l'Est, n'ont ainsi pas amené une socialisation suffisante pour créer une base solide, nécessaire à la création d'une mutuelle et à sa durabilité. Autre exemple abordé par ces auteurs, les systèmes créés par le Ministère de la Santé en Tanzanie dans les années 1990 (les Community Health Funds) ne donnaient pas une place réelle à la participation des communautés. Avant la sensibilisation au

[89] Toutefois ce processus ne fait pas tout, car, comme nous le verrons ensuite, il est difficile de créer et surtout de maintenir une identité collective à la suite de la création d'une mutuelle de santé.

système assurantiel en lui-même, ce sont les **mécanismes de socialisation** qui sont visés et qui doivent être adaptés aux populations ciblées, afin d'établir une base commune tout au long du processus de création de la mutuelle. Le GTZ (coopération allemande), en 2003, insistait aussi sur la nécessité de connaissances approfondies du terrain et de l'approche « bottom up », sous-estimée par la plupart des organisations internationales. Cette approche serait plus apte à attirer la population ciblée et à créer une base commune (Huber, Hohmann, Reinhard, 2003). Lors de cette étude menée pour le GTZ, les auteurs ont rencontré sur le terrain des réticences envers les études de faisabilité, dans la mesure où celles-ci sont coûteuses, très détaillées, et ont de faibles capacités de prévision. Souvent présentées comme des « conditions nécessaires et suffisantes » pour le succès d'une mutuelle, les études socio-économiques standards ne suffisent au contraire pas. Il est fondamental de connaître les populations ciblées, de comprendre leur perception de la maladie, d'appréhender les formes traditionnelles de solidarité. Des expériences se sont ainsi développées, comme avec le programme STEP, pour introduire des « études de faisabilité participatives », dans lesquelles le comité de pilotage de la création de la mutuelle est celui qui conduit l'étude.

Nos observations confirment cette littérature. De telles études sont certes importantes afin de mettre en place une structure qui puisse se pérenniser financièrement (Atim, Diop, Bennett, 2005), toutefois le processus ne doit pas se limiter à de telles analyses techniques et quantitatives, car les populations ne s'approprient pas réellement la mutuelle qui en résulte, ils apprennent « seulement » comment la gérer de la meilleure manière, sans penser à se baser sur une identité commune, sur une participation de tous. Il ne s'agit pas d'imposer une mutuelle à des populations qui doivent s'y adapter, mais au contraire de profiter du processus de l'étude préliminaire pour comprendre comment s'adapter à la population ciblée. Les deux points semblent donc importants afin de créer une mutuelle de santé : **des études de faisabilité techniques couplées à long processus de rencontres et de partage entre les populations concernées afin d'arriver à une structure acceptée par tous, dont le fonctionnement est compris et légitime, et d'aboutir à une identité commune, base d'une structure propre à l'ESS**. Ceci laisse la possibilité aux acteurs locaux, qui connaissent bien mieux le terrain que des experts extérieurs, d'intégrer les valeurs de la communauté dans une optique de construction communautaire des mutuelles de santé. Nos observations ont montré que les mutuelles communautaires qui ont connu ce long processus, qui ont hybridé les études de faisabilité et l'implication des populations, qui se sont basés sur des acteurs qui ont une forte connaissance du milieu dans lequel ils s'inscrivent, sont par la suite plus solides, mieux acceptées, plus aptes à construire une identité commune et à stimuler la participation. C'est le cas des deux exemples détaillés dans l'encadré suivant, dans le cadre de deux processus qui diffèrent dans la forme.

Encadré 13 : Les exemples des processus participatifs de création des mutuelles du REMUSAC et de la mutuelle de Fandène

« *Les premières expériences remontent à Enda Graf, à Pikine. L'antenne locale de Guédiawaye était Enda Graf Guédiawaye avant de devenir Intermondes. Il y a eu une autonomisation en 2007. Tout est parti dans les années 2000, dans le but d'accompagner les femmes dans le cadre d'un projet avec une ONG Suisse, IAMANEH. Il fallait aider les femmes en vulnérabilité extrême pour renforcer leurs capacités. Il fallait aussi des activités créatrices de revenus pour sortir de ça. Il y avait des dynamiques associatives qui existaient au sein des communautés (tontines notamment). Mais si on veut faire ça, il faut penser à prendre en charge la santé. La dégradation de la santé contribue à l'appauvrissement. Ils ont dit aux femmes : « d'abord si vous faites des activités, vous cotisez régulièrement pour éventuellement contribuer à la prise en charge, à mettre dans un sous-compte ». C'était une épargne santé au départ. Puis en 2002, on a fait l'inventaire, l'évaluation. Les femmes mettaient de l'argent dans le compte, mais il n'y avait pas de sécurité, donc il y avait souvent des retraits pour d'autres fins que la santé. Les mutuelles ont vu le jour pour contrer ça. Tout un processus. On a fait des réunions publiques d'informations dans le quartier pour savoir quels étaient les besoins, si une mutuelle était nécessaire ou pas. Il y a eu des réunions entre les délégués de quartier, les responsables religieux, etc., pour obtenir un consensus […] Même si il n'y a pas lieu de faire des bénéfices, il faut équilibrer les comptes. On a donc fait aussi une étude de faisabilité, technique, financière et administrative. Quelle est l'offre sanitaire ? Quels sont les principaux cadres de consultation ? Le taux de morbidité ? Le coût des traitements ? La fréquence des maladies ? Des enquêtes sociodémographiques (taille population, taille des familles) et économiques (revenus des familles, périodicité des revenus) ont aussi été réalisées. Tout ça pour déterminer la capacité de contribution d'une famille. Dans les expériences mutualistes, beaucoup de mutuelles sont créées sur la base de la solidarité, de l'engagement, mais sans volet accompagnement technique, donc beaucoup périclitent ».* Il résume le processus ainsi : *« la population veut une mutuelle, on a ça comme moyens, on peut prendre si ou ça en charge pour déterminer un coût contribution/prestation. Ensuite on restitue et on fait des propositions aux populations.* »

Le coordinateur du GRAIM nous raconte de son côté l'histoire de la mutuelle de Fandène, résultant d'un processus partant de 1984 pour voir la création de la mutuelle dans sa forme définitive en 1989-1990. Ce processus, impulsé par l'église et par des besoins forts de prise en charge de la santé, est un exemple de participation de la population, composée d'une communauté forte, déjà soudée, sans intervention à cette époque d'autres intervenants extérieurs. « *L'idée a été lancée entre 84-85 à la suite de l'ouverture de l'hôpital Saint Jean de Dieu, qui est un hôpital privé catholique. Qui était un hôpital moderne et qui appliquait des tarifs corrects contrairement à ce que les patients connaissaient avant. Il y avait la consultation externe, de 2000F, et puis il y a eu l'aspect interne, avec l'hospitalisation, 6000F par jour. Donc l'église, en construisant ça, avait dit « je construis un hôpital pour les pauvres ». Mais très vite ils se sont rendu compte que les pauvres*

n'avaient pas accès. Et donc ils ont sollicité que des réflexions soient menées pour mener des initiatives et permettre l'accès des populations rurales et de l'économie informelle des quartiers. C'est ainsi que l'idée a commencé, pour qu'on réfléchisse. Au niveau de l'église étaient lancées des choses comme des caisses de solidarité. Des gens cotisaient, mais ça n'a pas réussi, et c'est en 1989 qu'à la suite d'un processus, de rencontres, d'échanges, au niveau de Fandène, les gens ont réussi à mettre en place quelque chose qu'ils appelaient « associations santé », avec une cotisation de 100F par mois. Ils ont discuté des règles de fonctionnement et ont tout mis sur papier. »

Source : Présentation par l'auteur sur la base des entretiens effectués en septembre 2013 à Guédiawaye auprès de Babacar Mbaye (Chargé de programme à Intermondes) et en juin 2014 à Thiès auprès d'André Wade (Coordinateur du GRAIM).

D'un côté les mutuelles du REMUSAC se sont créées avec l'appui d'un partenaire, Intermondes, lui-même soutenu par une organisation internationale. De l'autre côté, avec l'appui des institutions religieuses, la mutuelle de Fandène s'est construite par tâtonnement. Mais il faut préciser que dans ces deux cas, une identité commune forte était déjà présente à la base des mutuelles : les groupements féminins pour le REMUSAC, la communauté sérère catholique pour Fandène. Comme nous le verrons ensuite, l'importance de l'implication des populations ciblées dans le processus de création est d'autant plus forte quand il n'y a pas de communauté soudée à la base, en particulier dans les milieux urbains.

2.2. La prévoyance est peu comprise

Prendre en compte les perceptions des usagers passe par un examen de leur vision de la prévoyance. La notion de prévoyance et la solidarité organisée rencontrent des résistances au sein de la population (Toussiida Kagambega, 2014). Ces résistances proviennent du fait que la solidarité entre proches revêt des valeurs différentes et que la prévoyance n'est pas une conception habituelle selon les populations (Fonteneau, 2000 ; Bationo, 2001 ; Defourny, Failon, 2011). Toutes les recommandations par rapport à la protection sociale mettent en avant la capacité de paiement des populations, dans la mesure où c'est bien le prépaiement qui est promus par la coopération internationale, au contraire du paiement direct (jugé injuste) et de la gratuité (jugée comme peu viable sur le long terme, comme nous le verrons plus en détail dans le chapitre 6). **Toutefois cette capacité de paiement est remise en cause par cette différence de vision entre la mutualité et les représentations locales**. Les acteurs mutualistes évoquent souvent le terme « culture mutualiste », qui manquerait au sein des populations.

Concernant la conception de la santé, elle revêt une valeur primordiale, à la fois économique et sociale. La bonne santé permet de travailler, répondant à ses responsabilités

sociales, et permet d'être heureux (CAFSP, HYGEA, PAMAS, 2011). La conception de la santé est collective, si un membre de la famille est malade, cela influera sur la tranquillité du reste de la famille, d'où l'importance de la solidarité entre proche qui s'inscrit dans la réciprocité entre les individus. Mais la vision de la prévoyance est parfois inexistante ou peu habituelle. Les difficultés financières rejaillissent sur les obligations sociales, obligeant les individus à hiérarchiser selon les besoins comme nous avons pu l'observer. La logique est de subvenir aux besoins de bases avant de penser à épargner dans l'idée de prévoir des maladies ou autre. La prévoyance revêt de plus un caractère pessimiste, ce serait pour certains une manière d'attirer les maladies (Jütting, 2005), pour d'autres du fatalisme, les maladies étant des événements prédéterminés (Mladovsky et al., 2014).

Dans un cadre plus large de la réciprocité entre proches, la participation et la décentralisation se basent dans les plans de développement sur les « valeurs de solidarités et d'entraide mutuelle ambiantes dans les communautés de base » (CMU, 2012, p19), comme si ces solidarités étaient automatiques entre tous. **Mais la réciprocité peut être négative comme positive**. Les réseaux de sociabilité, entre proches, au sein de la famille, ne se fondent pas forcément sur la solidarité mais la reproduction de rapports de forces, de liens, de positions (Laurent, Peemans, 1998), incluant l'entraide et le partage comme moyens de pérenniser ces liens. La démocratie, une voix pour tous, incluant la participation de chacun, n'est pas une évidence par rapport aux schémas de réciprocités déjà existants, **il ne faut pas confondre les rapports dynamiques entre les individus et la relation horizontale des membres des mutuelles de santé et des autres organisations de l'ESS**. De plus le système assurantiel, individualisé, ne s'adapte pas facilement à cette vision collective des liens sociaux. Les logiques des populations ciblées sont ainsi mal comprises par les promoteurs de la mutualité, d'après certains acteurs interviewés, dont les remarques sont rassemblées dans l'encadré suivant.

Encadré 14 : Les obligations sociales plus importantes que les obligations légales

Un conseiller en économie de la santé à l'OMS explique qu'il faut aller plus loin dans la compréhension des logiques sociales et culturelles : « *La population sait qu'il vaut mieux prévenir que guérir, mais les individus arbitrent selon leurs obligations sociales et culturelles. L'obligation sociale est plus forte que l'obligation légale : je suis père, ma fille se marie, entre payer les frais de mariage et le fisc, je vais payer le mariage* ».

Un anthropologue de l'IRD estime, en parlant de la Banque mondiale, qu' « *ils pensent que si les gens payent pour les fêtes par exemple, ils peuvent payer pour les soins courants. Ici, au plus on monte dans la hiérarchie sociale, au plus on pense « ils ont des bêtes, ils font un baptême, ils peuvent payer* ». Il ajoute qu'il est convaincu que les gens ont « *des logiques rationnelles. Pour les gens, ce n'est pas inutile d'investir dans les soins, il faut juste comprendre les logiques propres aux gens. Les logiques*

des hauts placés sont beaucoup trop économiques, on ne s'intéresse pas aux logiques sociales, culturelles. »

Source : présentation par l'auteur d'après les entretiens effectués en septembre 2013 à Dakar auprès de Farba Lamine Sall (Économiste à l'OMS), et à Dakar auprès de Bernard Taverne (Anthropologue à l'IRD).

La limite des études de faisabilité économiques se pose ici. Évaluer les besoins de santé et les capacités à payer des populations ne peut se faire sans une compréhension de la perception de ces populations, de leurs traditions, du fonctionnement de leur société. La rationalité des individus n'est pas instrumentale, elle résulte de valeurs, de règles qui leur sont propres.

Les mutuelles communautaires mettent parfois en place des expériences originales concernant les cotisations, comme nous avons pu le constater au cours de nos séjours de terrain. C'est le cas de la mutuelle Gueranne Fasse, dans le village de Santhi Gueranne. Cette mutuelle se base sur la culture collective d'un champ d'arachide (depuis 2007). Les membres peuvent contribuer en apportant des semences ou en travaillant dans le champ. Cet exemple marque la volonté de certaines mutuelles d'essayer de trouver des alternatives au schéma basique des cotisations en monnaie pour aider les populations à la fois à cotiser et à se rencontrer. Les cotisations prennent dans ce cadre un sens, une dimension au-delà de la prime individuelle. **Si les adhésions se basent sur la famille élargie le plus souvent, ce qui est important, elles restent individualisées, alors que les mutuelles cherchent à établir une identité collective.**

2.3. Les déterminants locaux du succès d'une mutuelle

2.3.1. Des spécificités sociales, culturelles, géographiques, etc.

Des règles, des normes diverses (culturelles, sociales, religieuses) existent et se pérennisent au sein de la société. Constamment révisables, de nouvelles normes s'ajoutent au fur et à mesure à celles déjà existantes, dans un monde dynamique, changeant. Ces nouvelles normes peuvent coexister avec les précédentes ou faire évoluer des normes, des règles existantes. Les mutuelles de santé au niveau local, tout comme le reste du système de santé jusqu'à un niveau national et international, doivent composer avec ces règles, ces normes. Les ménages, au niveau microéconomique, composent également de leur côté avec l'évolution, l'ajout de nouvelles règles.

Il est crucial pour mener des politiques appropriées, concernant les systèmes de santé, de **comprendre le contexte dans lequel elles s'inscrivent**, il n'existe pas de solution « clé en main » (Boussery, Campos, Criel, 2012). En effet, les situations varient énormément selon les mutuelles de santé, les membres, les cultures. La forme de la famille pose souvent problème. Le nombre de

bénéficiaires est souvent plus important que la limite proposée par les mutuelles, mais d'un autre côté il peut être très compliqué de gérer un aussi grand nombre de personnes. Les décisions familiales, la polygamie ne sont pas assez prises en compte (CASFP, HYGEA, PAMAS, 2011). L'Ethnie, la religion entrent également en compte. Les Peulh, nomades, présentent un taux de participation inférieur aux Wolofs (Jütting, 2005). Parmi les Sérères[90], catholiques, dans les villages autour de Thiès (Fandène par exemple), le principe de la contribution est depuis longtemps ancré dans la communauté. La position de leaders (chefs religieux, personnes influentes) peut également influencer les décisions d'adhésion dans certains cas. Le niveau d'éducation joue aussi, par rapport à la compréhension du processus de remboursement, à l'appropriation de la mutuelle[91]. Ces exemples montrent la diversité des publics concernés par les mutuelles de santé communautaire. Une étude menée à Thiès auprès des ménages en 2005, dans le cadre du programme Phrplus, montrait que la régularité des cotisations dépendait avant tout du genre, de l'appartenance religieuse, de l'appartenance ethnique (Atim, Diop, Bennett, 2005).

Les différences entre le milieu urbain et le milieu rural sont très importantes. Les inégalités d'éducation, de travail, d'urbanisme jouent sur les inégalités de santé. Ces inégalités illustrent les difficultés, selon sa position géographique, selon son appartenance sociale, à prendre en charge les soins de santé, comme l'illustre l'extrait d'entretien mené dans le cadre de notre étude de cas à Thiès dans l'encadré suivant.

Encadré 15 : Des inégalités diverses dont la santé dépend

Comme l'explique le président de la mutuelle de Fandène, qui est située à Thiès et est la plus ancienne au Sénégal, « *Voyez aussi la hausse des cotisations qui n'arrange pas les membres, parce que c'est en milieu rural. Les revenus dépendent de la pluviométrie. Quand il pleut, les gens ont des ressources, payer les cotisations ce n'est pas un problème. Quand il n'y a pas assez de pluie, les récoltes ne sont pas bonnes c'est difficile. Il faut taper à gauche à droite pour se nourrir, pour payer l'école, la santé.* » Que ce soit en milieu rural ou en milieu urbain, «*dans un environnement de pauvreté, il y a des arbitrages, en fonction des obligations*» d'après un conseiller en économie de la santé à l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Source : Présentation de l'auteur d'après l'entretien effectué en février 2015 auprès de Pascal Ndione (Président de la mutuelle de Fandène), à Fandène.

[90] Rappelons la structure ethnique (dans les grandes lignes) du Sénégal : les wolofs, l'ethnie la plus importante, les Lébous, spécialisés dans la pêche, les Peuls, principalement près du fleuve Sénégal, les Toucouleurs, des bergers, Les Sérères, deuxième groupe ethnique du Sénégal, les Saracolés (fondateurs de l'empire du Ghana), les Diolas, spécialisés dans la culture du riz, les Bassaris, qui vivent principalement autour du parc national de Niokolo-Koba, Les Mandingues (Diouf, 2000).

[91] Lors de notre étude au sein de la MS-PAMECAS, le problème de l'analphabétisme est revenu plusieurs fois. Certains membres ont ainsi du mal à comprendre réellement ce que propose la mutuelle et comment elle fonctionne.

L'économie de la santé voit l'accessibilité aux soins comme résultant de plusieurs dimensions : physique (géographique), économique (accès financier), administrative (mesures permettant de faciliter le choix des usagers), cognitive (connaissances des prestations, du processus de prise en charge) et psychosociologique (facteurs psychologiques, sociaux, culturels qui favorisent ou freinent l'utilisation des services) (Auray et al., 1996). Cette accessibilité aux soins, déjà multidimensionnelle, se couple avec les valeurs plurielles de la mutualité, rajoutant un registre de légitimité, une dimension collective vers un développement alternatif. Ces mutuelles se retrouvent à la croisée de l'économie de la santé et de l'économie du développement. Les spécificités sont grandes selon les publics ciblées quelle que soit la dimension abordée, les mutuelles doivent ainsi s'y adapter, loin d'un cadre totalement harmonisé effaçant ces nuances. C'est pourquoi les problèmes rencontrés ne débouchent pas sur des solutions « clés en mains ». Il faut les considérer dans leur contexte, dans la mesure où un modèle ne mène pas forcément aux mêmes résultats selon l'environnement considéré (Fonteneau, Galland, 2006). De plus, en instaurant des systèmes tels que les mutuelles de santé, les acteurs se heurtent à des terrains institutionnels bien spécifiques, des « arènes socio-politiques locales complexes » (Blundo, 1998). Les mutuelles, tout comme les autres organisations de l'ESS impliquées dans le développement local s'inscrivent dans un rapport de force (Fall, Favreau, Larose, 2004). **La mise en place de telles structures devraient prendre en compte la situation politique locale, l'existence de divers groupes aux intérêts multiples**, qui compliquent leur légitimité au niveau local.

2.3.2. Des inégalités fortes de l'offre de santé

Mais les inégalités de santé se situent également au niveau de l'offre de soins, encore une fois notamment entre le milieu urbain et le milieu rural. Le système construit après la décolonisation était principalement urbain, l'offre publique s'est développée dans les années 1970 par le renforcement des hôpitaux dans les zones urbaines. Dans les années 1980, face à la mise en place du paiement direct, l'offre privée s'est étendue (cliniques, cabinets, pharmacies), mais encore une fois dans les villes principalement (CAS/PNDS, 2004). Dans le même temps, alors que les dépenses de l'État dans la santé diminuaient, le personnel de santé et les lits d'hôpitaux disponibles dans le secteur public augmentaient, élevant les coûts fixes des services hospitaliers, dans un contexte de réduction des dépenses. L'État dut ainsi faire un choix, privilégia les hôpitaux urbains alors qu'il ne pouvait plus supporter le coût des structures de santé dans les zones rurales, éloignées et pauvres (Fassin, Fassin, 1989).

Ainsi en 2008, le Sénégal comptait 69 districts sanitaires pour 971 postes de santé fonctionnels, 76 centres de santé dont 24 de référence, et 26 hôpitaux dont 24 seraient fonctionnels. S'ajoutent également plus de 2000 cases de santé, plaque tournante des

interventions communautaires, et environ 476 maternités rurales en 2007 selon les chiffres du Ministère de la Santé, qui sont détaillés dans le tableau suivant.

Tableau 12 : Répartition des structures sanitaires en 2008

Région	Population	Districts sanitaires	Hôpitaux (EPS et non EPS)	Centre de santé	Postes de santé complets	Postes de santé sans maternité
Dakar	2 622 408	8	9	19	35	74
Diourbel	1 319 308	4	2	4	62	10
Fatick	627 804	6	2	6	62	14
Kaffrine	492 685	4	0	3	38	2
Kaolack	757 743	4	1	4	48	16
Kedougou	118 921	3	1	2	12	6
Kolda	553 708	3	1	2	33	9
Louga	777 085	5	1	5	63	5
Matam	533 385	3	1	3	44	22
Saint-Louis	837 583	5	2	5	60	35
Sedhiou	418 278	3	0	2	39	1
Tambacounda	610 550	7	1	7	29	31
Thiès	1 474 754	9	3	9	106	20
Ziguinchor	474 374	5	2	5	81	14
Total	11 615 586	69	26	76	712	259

Source : Ministère de la Santé, Carte sanitaire 2008. EPS = Etablissement Public de Santé, Extrait du Rapport provisoire de l'Annuaire statistiques 2007 – SNIS – MSP.

Inégalement répartis, les centres et postes de santé s'implantent tout de même dans toutes les régions. Bien que l'offre de santé reste encore globalement insuffisante par rapport aux besoins de la population, et limite la capacité d'extension de l'assurance maladie, **des progrès ont été faits par rapport aux objectifs fixés**. Les normes mises en place par le Programme de Développement Intégré de la Santé conjointement avec l'OMS sont de 10 000 habitants pour un poste de santé urbain, 5000 pour un poste rural, 150 000 pour un centre de santé et enfin 300 000 pour un hôpital. Si Ziguinchor se démarque ici pour son ratio des postes de santé, la moyenne nationale était en 2008 de 11 962 habitants pour un poste de santé. Au niveau des centres de santé, des régions comme Kedougou, Tambacounda ou Ziguinchor avaient atteint l'objectif en 2008, et la moyenne nationale était encourageante par rapport à la norme avec 152 836 habitants pour un centre de santé. Enfin le ratio de la population par hôpital varie beaucoup entre les régions, allant de 777 085 habitants pour un hôpital dans la région de Louga à 118 921 dans celle de Kedougou (sans compter les deux régions n'en possédant pas). Au niveau national en 2006, le ratio était ainsi de 446 753 habitants pour un hôpital. Par rapport à l'accès géographique, selon

l'enquête ESAM II, 57,4% de la population se situaient en 2004 à moins de 30 minutes d'un service de santé, ce taux diminuant en milieu rural, ce chiffre pouvant atteindre 86,5% à Dakar et tomber à 41,2% en milieu rural.

Tableau 13 : Ratio population par structure sanitaire en 2008

Région	Population	Ratio population par hôpital	Ratio population par centre de santé	Ratio population par poste de santé*
Dakar	2 622 408	291379	138021	24059
Diourbel	1 319 308	659654	329827	18324
Fatick	627 804	627804	104634	8261
Kaffrine	492 685	0	164228	12317
Kaolack	757 743	757743	189436	11840
Kedougou	118 921	118921	59461	6607
Kolda	553 708	553708	276854	13184
Louga	777 085	777085	155417	11428
Matam	533 385	533385	177795	8082
Saint-Louis	837 583	418792	167517	8817
Sedhiou	418 278	0	209139	10457
Tambacounda	610 550	610550	87221	10176
Thiès	1 474 754	491585	163862	11704
Ziguinchor	474 374	237187	94875	4993
Total	11 615 586	464623	152837	11962

Source : Fait par l'auteur. Ministère de la Santé, Carte sanitaire 2008.

Légende : *Tous les postes de santé, complets et sans maternité.

Bien que la couverture passive du territoire soit relativement bonne, il existe de nombreuses inégalités entre les régions, comme l'illustre le ratio de la population par hôpital à Kaoloack qui est par exemple très important. Dakar possède 9 hôpitaux pour environ 2,6 millions d'habitants, alors que la région de Diourbel, pour une population deux fois moindre, ne possède que 2 hôpitaux. Selon la localisation géographique, l'offre de santé n'est pas présente, le personnel de santé manque cruellement. En cas de maladie, les patients doivent alors assumer les coûts et les difficultés du transport afin d'atteindre une structure de santé, ce qui est souvent dissuasif. Ainsi selon son appartenance sociale, sa situation géographique, son genre, les inégalités de santé sont fortes et surtout diverses. Elles sont à la fois économiques, géographiques, culturelles. Ces différentes dimensions doivent ainsi être prises en compte dans la construction et l'évolution des mutuelles de santé. On ne peut harmoniser et promouvoir la demande sans s'inscrire dans une approche globale, qui prendrait en compte ces inégalités et les liens entre l'offre et la demande.

3. Des différences de représentation au sein des mutuelles

Cette section se concentre sur les points principaux de notre grille d'analyse de l'ESS en ce qui concerne les mutuelles communautaires sénégalaises, pour confronter ces dernières à cette grille (cf. Chapitre 2, section 2) : **l'organisation démocratique (section 1), l'identité commune (section 2), la construction de la réciprocité (section 3)**. Si, dans la volonté des créateurs, des dirigeants des mutuelles de santé communautaires, la volonté est forte, d'après les entretiens, de coordonner les individus à travers des valeurs, grâce à une organisation démocratique, cette volonté est en réalité limitée. La construction d'une identité commune à travers les mutuelles communautaires rencontre de fortes difficultés, ceci pour deux raisons : la diversité des représentations en ce qui concerne la mutualité et la santé (Mladovsky et al. (2014) montraient ainsi le décalage entre les gestionnaires et les membres dans la compréhension des principes propres aux mutuelles) ; le fait que les mutuelles communautaires se basent souvent sur des communautés déjà fortes, ce qui peut entrer en contradiction avec la création d'une identité propre à la mutuelle et non à la communauté de départ. Nous retiendrons enfin l'importance, malgré les difficultés des mutuelles communautaires, d'établir un processus « bottom up » dans leur construction, par une émanation des populations, de la société civile locale, plutôt qu'un processus « top down ».

3.1. Une démocratie interne plus ou moins forte

3.1.1. Les valeurs comme fils conducteurs

Pour plusieurs acteurs mutualistes, la démocratie et la réciprocité restent au centre des mutuelles de santé, tout comme le registre de l'intérêt. La mutuelle doit coupler une véritable base sociale et représenter les membres auprès des acteurs de leur environnement. Bien que la capacité de contribution et la mise en place de prestations adaptées soient des points importants, la **transparence, la confiance dans les dirigeants, le contrôle social ou encore l'appropriation des principes mutualistes** permettent d'obtenir des plus forts taux de pénétration des populations cibles, comme à Lalane Diassap (Devignes, 2014), ces éléments influent sur la volonté d'adhésion des populations (Waelkens, Criel, 2004 ; Schneider, 2005 ; De Allegri, Sanon, Sauerborn, 2006 ; Basaza, Criel, Van Der Stuyft, 2008). Or des études menées dans plusieurs pays d'Afrique (Criel, Waelkens, 2003 ; Ozawa, Walker, 2009, Ridde et al., 2010) s'accordent pour dire que les membres comme les non-membres de mutuelles de santé ont généralement un haut niveau de confiance dans la structure et envers leurs dirigeants. Les autres facteurs, au sein des déterminants sociaux de la santé tels que la faible capacité contributive, le manque d'informations, seraient ainsi plus importants que le manque de confiance. Lors de nos

entretiens, sur le thème de la conscience mutualiste et de l'idéologie, plusieurs acteurs ont insisté sur le besoin de cette base sociale, de l'identité commune entre les membres, comme nous le montrons dans l'encadré suivant.

Encadré 16 : La base sociale des mutuelles communautaires : le besoin d'une identité commune entre les membres

La plus grande force des mutuelles, explique le Président de la mutuelle Goxu-Mbathie, est de « *cultiver l'esprit de solidarité et d'entraide entre les populations d'un même terroir dont les revenus sont modestes. D'assurer le minimum de protection sociale et de couverture sanitaire aux mutualistes, avec une générosité de cœur et le sens du partage.* » Selon lui, les défis des mutuelles sont nombreux, et recoupent les registres de la démocratie interne comme externe. « *Pour la région de Saint Louis, sur les 9 MS qui existaient, seules deux subsistent, à savoir la nôtre et celle des gardiens qui est une MS socio professionnelle. La viabilité d'une MS, c'est d'assoir une véritable base sociale, ce qui augmente sensiblement le taux de pénétration qui prouve que les populations ont trouvé un intérêt certain dans la MS. Il faut un fonctionnement régulier des organes, une sensibilisation permanente, des rencontres périodiques avec les prestataires de soins pour la qualité et la diversité dans l'offre de soins.* » Il ajoute qu'il « *faut partager les décisions, pas de système autoritaire. Il faut des décisions démocratiques. Tout ce qui participe à la cohésion est une bonne chose. Cela pourrait aller au Sénégal.* »

Le directeur exécutif d'Intermondes met, lui, en avant la « *citoyenneté* », la « *dimension politique* ». Contrairement aux pouvoirs publics qui considèrent que la participation consiste à « *contribuer aux actions définies par l'État* », il définit la participation de manière *« plus large, plus active, créative, autour d'une table. Il faut contribuer et évaluer ensemble* ». Il s'agit de « *promouvoir le dialogue entre les acteurs économiques, sociaux et politiques, en vue de renforcer la participation citoyenne pour la prise en compte des intérêts de la population […] Pour atteindre le maximum de sénégalais, les mutuelles de santé communautaires sont là pour la proximité, l'attrait communautaire, les valeurs qui existent au sein de la société. Il est important de rencontrer les usagers pour leurs avis, leur opinion.* » Il insiste sur la notion de « *capital social* »[92] et sur l'importance de « *recréer des valeurs* », notamment en milieu urbain.

Le coordinateur du GRAIM développait sur ce sujet : « *Bon, en fait, nous on essaye de bâtir, c'est sûr que la mutuelle elle a besoin de ce sous-bassement social. La cohésion étant un capital sur lequel on peut bâtir une mutuelle. Les mutuelles se sont développées dans ce contexte-là. C'est pourquoi on avait plus de mutuelles rurales qu'urbaines. Parce que la solidarité étant plus développée, les gens*

[92] La définition que nous adoptons dans ce travail de « capital social » est la suivante : il comprend des ressources sociales, dynamiques, accessibles dans des réseaux sociaux caractérisés par la confiance, qui peuvent bénéficier à l'individu comme à la communauté, ainsi que les dimensions cognitives, structurelles à l'origine de ces réseaux (Ahnquist, Wamala, Lindstrom, 2012).

gardant des liens. En ville les gens sont en train de construire alors qu'en milieu rural c'est des choses qui sont là depuis on peut dire des siècles tu vois. Et quand tu regardais la cartographie des mutuelles, tu sentais cette réalité sociale. Ça nous on parlait de recréation de société, nous au GRAIM. Que les mutuelles étaient à l'origine de recréation de sociétés. Parce que dans cette démarche, nous disions oui c'est la santé, un des enjeux c'est la santé, mais nous étions dans une dynamique sociale, sociopolitique. Tu as vu. Dans le sens où ces mutuelles étaient aussi des moyens de développement de la démocratie. D'exercice aussi de fonctions, de gestion, de responsabilité. Et du devoir de rendre compte de ce qu'on fait à travers les AG. Donc vraiment ça constituait un moment de formation et d'émergence d'une nouvelle société. Nous au GRAIM on avait beaucoup évité de construire des mutuelles pour simplement dire de se soigner. Ça permet de se soigner mais ça permet aussi à une communauté de se questionner sur sa situation, et d'envisager son avenir et ses relations avec les différents acteurs y compris l'autorité. De prendre une position par rapport à une autorité, comment on va faire avec une autorité. Ça c'est laissé de côté aujourd'hui par ceux qui sont là pour promouvoir les mutuelles. Mais je pense qu'il faudra à un moment donné revenir sur ces aspects-là. Il n'y aura de la durabilité qu'à travers l'appropriation que les communautés feront de la mutualité et les éléments internes qu'ils mettront en œuvre pour que cela devienne de véritables communautés, de véritables sociétés. »

Source : Présentation par l'auteur sur la base des entretiens effectués en septembre 2013 à Saint Louis auprès de Lamine Mbaye (Président de la mutuelle Goxu-Mbathie), à Guédiawaye auprès de Mamadou Ndiaye (Directeur exécutif d'Intermondes), en juin 2015 à Thiès auprès d'André Wade (Coordinateur du GRAIM).

Ces extraits d'entretiens illustrent les divers registres de l'ESS comme base des mutuelles de santé : l'identité commune (*base sociale, cohésion, sous-bassement social*) ; la participation démocratique (*partager les décisions, dialogue, avis, opinions des usagers, émergence d'une nouvelle société*) ; l'économie basée sur la réciprocité et les valeurs (*sens du partage, recréer des valeurs, appropriation*). La construction des mutuelles de Thiès notamment reflète la nature démocratique de certaines mutuelles communautaires, comme le montre l'encadré suivant. Les paramètres clés sont ainsi presque toujours fixés par l'Assemblée générale constitutive (Atim, Diop, Bennett, 2005), les études de faisabilité ne correspondant pas ainsi toujours avec le résultat obtenu par les décisions prises ensuite de manière collective.

Encadré 17 : Fixation des cotisations et services en Assemblée générale dans les mutuelles du GRAIM

Le coordinateur du GRAIM expliquait, à propos des mutuelles de Thiès, comment la fixation des cotisations et services se faisait : « *Qu'est-ce qu'on se décide de cotiser ? On discute tant que le montant n'est pas accepté. Et vous faites le lien entre la cotisation et le service. Et donc chaque mutuelle se déterminait par rapport à ça, à la contribution acceptée par l'ensemble*. »

Source : Présentation par l'auteur sur la base de l'entretien effectué en juin 2014 à Thiès auprès d'André Wade (Coordinateur du GRAIM).

Cet entretien illustre les possibilités d'implication des membres dans les prises de décision au sein des mutuelles communautaires, l'importance de l'appropriation de la structure et de l'adhésion à son fonctionnement et ses principes. Certaines mutuelles peuvent être très dynamiques d'après nos observations, comme nous le montrons dans l'encadré suivant, qui résume notre participation à un CA d'And Faju.

Encadré 18 : un exemple de CA au sein de la mutuelle And Faju

Sur les 15 membres (femmes) du CA, 8 sont présentes ce 12 septembre 2013. Le CA est organisé normalement le soir, plus de membres pouvant ainsi y participer. Les conditions de ce CA et ma venue ont fait qu'il a été tenu en fin de matinée. Le CA commence par le passage de la feuille de présence, suivie d'une prière et de l'annonce des ordres du jour : (1) la lecture et l'adoption du dernier procès-verbal, (2) le compte-rendu des activités, (3) la situation de la mutuelle.

La secrétaire prend d'abord la parole pour faire le bilan sur le mois : des ventes de carnets, des cotisations, des tickets modérateurs, des frais de fonctionnements, des factures, des ressources externes, etc. Le total des entrées était de 99 880 FCFA pour des sorties totales de 93 200 FCFA. Le procès-verbal est ensuite adopté (la mutuelle compte 71 adhérentes pour 275 bénéficiaires).

Deux nouvelles conventions devaient être signées, illustrant les difficultés des liens avec l'offre de soins. Au niveau de l'hôpital, la gérante d'And Faju n'a pu réunir tous les documents malgré un passage dans la totalité des services. Une rencontre est prévue avec la direction le lendemain. Au niveau d'une autre institution voisine, les difficultés résultent d'une mauvaise compréhension : la convention mettait en exergue l'infirmière chef et non le comité de santé, le document est donc à refaire.

La discussion se tourne ensuite vers le surplus du moins et les possibilités d'activité, surtout autour de la sensibilisation auprès des femmes des quartiers. Les femmes discutent de la possibilité d'aller sur place, de redynamiser le groupement en informant les populations, en organisant des formations. Le plus souvent, le solde de la mutuelle est négatif, il leur semble nécessaire de renforcer la sensibilisation et de redynamiser l'équipe de collecte des cotisations. Une rencontre est prévue le 16 septembre avec les femmes animatrices pour les impliquer dans le processus de ventes de carnets et de collecte des cotisations. La discussion est très dynamique

autour de l'organisation des activités. Un forum au niveau de la ville est prévu les 2 et 3 octobre, ce qui nécessitera une réunion de préparation et une équipe à dépêcher sur place.
La situation de la mutuelle est ensuite abordée, avec un solde positif ce mois-ci. Les factures ne sont pas encore disponibles, mais elles vont pouvoir les régler grâce à ce solde positif. La mutuelle souffre d'une situation spécifique. L'ancienne présidente, qui a dû gérer une maladie importante, a pris 500 000 FCFA à l'insu de la mutuelle. Au jour du CA, la mutuelle possédait 148 000 FCFA à la banque. Les frais de gestion sont ponctionnés dans ce compte, le reste est désormais bloqués, afin de laisser le temps au compte de se régénérer. Les cotisations doivent normalement tomber le 10, mais il arrive souvent que des gens viennent payer lors des réunions et sont donc comptés ensuite. Une certaine souplesse est ainsi appliquée à ce niveau, pouvant créer des problèmes de trésorerie mais permettant d'améliorer légèrement le recouvrement des coûts.
La discussion s'anime encore fortement ensuite à propos du ticket modérateur et de ce problème du recouvrement des coûts. Les femmes parlent alors de leur expérience, par exemple des tontines journalières organisées pour compenser les périodes difficiles, qui pourraient être une piste intéressantes pour la mutuelle. Les groupements vont organiser une réunion avec le secrétaire du REMUSAC pour parler de la sensibilisation à ce niveau.

Source : présentation par l'auteur d'après la participation au Conseil d'administration de la mutuelle communautaire And Faju le 12 septembre 2013 à Guédiawaye. Le CA se tenait en Wolof, M. Zackaria Diallo, secrétaire du REMUSAC, faisait la traduction au fur et à mesure.

La mutuelle And Faju organise une Assemblée générale annuelle, un Conseil d'administration et une réunion du bureau exécutif une fois par mois, en même temps, afin de tenir les membres constamment informés de la situation de par leurs représentants au Conseil d'administration (dans le cadre d'une gestion décentralisée, d'une démocratie représentative comme nous le verrons dans le chapitre suivant). Malgré les faiblesses généralement pointées des mutuelles sur les capacités de gestion et la dynamique, le Conseil d'administration reflète la volonté de participation et les possibilités de s'organiser bien que les moyens manquent (gestion papier, local prêté au sein de la mairie).

3.1.2. Une application difficile

Mais en réalité, la participation communautaire, dans le sens du jeu démocratique au sein de la mutuelle, et vue comme l'un des déterminants de la confiance envers cette structure, et propre à la forme mutualiste de proximité, est peu appliquée. Les études concernant les expériences des mutuelles de santé en Afrique subsaharienne ont généralement aboutis au constat que **malgré l'enthousiasme suscité par ces structures auprès des populations cibles et des partenaires au développement, la réalité est souvent différente des prévisions**, avec

des taux d'adhésions et de renouvellement plus faibles et des problèmes dans le prélèvement des cotisations. L'adhésion résulte de la volonté de s'assurer mais également d'une sensibilité envers la mission de la mutuelle, d'une volonté d'engagement associatif. Pour ce deuxième élément, l'information, la communication sont importantes mais font souvent défaut (Schneider, 2005 ; De Allegri, Sanon, Sauerborn, 2006 ; Basaza, Criel, Van Der Stuyft, 2008 ; Defourny, Failon, 2011). En tant qu'acteur de l'économie solidaire, la mise en place d'un espace démocratique, de la participation de tous les membres est importante pour une mutuelle de santé, mais semble avoir des difficultés à se mettre en place. La légitimité des acteurs mutualistes à intervenir dans le processus démocratique au niveau des politiques nationales doit aussi se coupler à la légitimité de la démocratie interne à la mutuelle, dans le but de « démocratiser l'économie », d'amener un questionnement politique sur le système de santé au sein de la société civile (Laville, 2010). Ceci aboutit à des décalages entre la vision des membres et celle des mutualistes, les membres élus, gérants, très impliqués dans le développement de la mutualité. L'encadré 17 illustre ce problème, à travers un extrait d'entretien et les observations que nous recueillies lors de l'étude de cas de la MS-PAMECAS.

Encadré 19 : Un décalage entre les mutualistes et les besoins des populations

Le responsable du cabinet Hygea regrette : « *la démocratie représentative dans les mutuelles ne représente pas vraiment les membres. On demande toujours aux présidents mais jamais aux membres, on ne prend pas en compte leurs besoins. Quand un gars veut faire une mutuelle, il fait toujours venir les mêmes experts qui font les mêmes études de faisabilité et les mêmes mutuelles qui ne correspondent pas à la situation.* » Une étude réalisée par le cabinet Hygea pointe le fait que les membres interrogés « *ont formulé un nombre incalculable de plaintes et de doléances qui ne sont pas toujours prises en compte par les responsables des mutuelles* »[93].

Au sein des caisses de la MS-PAMECAS, les AG concernent la mutuelle d'épargne et de crédit mais pas la mutuelle de santé. Les adhérents rencontrés étaient très positifs sur le fait qu'une personne vienne écouter leurs besoins et leurs doléances.

Source : Présentation par l'auteur d'après l'entretien effectué à Dakar en septembre 2013 auprès d'Idrissa Diop (Directeur du cabinet Hygea).

La tâche des équipes de direction est lourde, elle freine la possibilité de prendre en compte toutes les voix et tous les problèmes, toutefois, d'après ces études et nos observations à la MS-PAMECAS, les membres des mutuelles ne sont pas assez entendus, la démocratie n'est pas

[93] Étude réalisée en 2010 par le cabinet Hygea (cabinet d'études et de recherche, spécialisé sur la santé et l'action sociale, basé à Dakar), à partir d'enquêtes réalisées sur les mutuelles au premier franc de Dakar, Diourbel et Thiès, auprès de 982 perdus de vue, 112 démissionnaires, 353 suspendus, 562 non utilisateurs et 201 radiés, à propos des alternatives mutualistes pour éviter la déperdition des membres et favoriser l'accès des pauvres aux soins.

réellement dynamique, les membres ne sont pas motivés à s'impliquer. D'après ce que nous avons pu constater dans diverses mutuelles communautaires sénégalaises, les difficultés à trouver des personnes de confiance et compétentes afin de gérer les mutuelles sont importantes et pèsent sur le processus démocratique. Ainsi, dans la mutuelle de Goxu Mbathie à Saint louis, le président est renouvelé dans ses fonctions chaque année. C'est également le cas dans la mutuelle de Fandène, le président exerce ses fonctions depuis 18 ans. Une fois la confiance installée, l'équilibre trouvé, la gestion se pérennise, les membres comme les dirigeants favorisent la continuité par rapport à une démocratie plus dynamique mais qui peut aboutir à des divergences de visions et à un freinage de l'évolution de la mutuelle.

L'implication des adhérents intervient principalement à la constitution de la mutuelle, afin de créer cette confiance et de prendre les décisions initiales, telles que les taux de cotisations ou les prestations. L'implication est moindre concernant les décisions stratégiques, l'évolution de la mutuelle à long terme (Letourmy, Pavy-Letourmy, 2005). La participation des membres est ainsi forte au lancement, puis ils s'éloignent progressivement (Miller Franco, Mbengue, Atim, 2004). La participation des membres se mue parfois en un contrôle sur les pratiques des dirigeants. Lorsque la situation de la mutuelle est bonne, que la confiance envers un dirigeant est présente, la participation aux AG tend à diminuer. Si la mutuelle rencontre des problèmes, l'inverse est observé. A travers l'encadré suivant, nous illustrons, grâce à des extraits d'entretiens sur l'apport potentiel des mutuelles de santé et sur la conscience mutualiste, l'importance d'une gestion plus collective, d'une démocratie plus dynamique en interne et plus représentative en externe.

Encadré 20 : Des problèmes de gestion réglés de manière collective

« *Il y a des problèmes dans la formation et la gestion. Solidarité mais pas que ça. Ce sont toujours les mêmes qui se décarcassent. Il faut gérer de manière collective. C'est un bien de tout le monde* » pense le président de la mutuelle Goxu Mbathie.

Le coordinateur de l'Union régionale des mutuelles de Saint Louis abordait l'exemple d'une mutuelle appuyée par le partenariat avec Lille (dans le cadre de la coopération décentralisée, les villes de Saint Louis et de Lille sont partenaires) : « *C'est un exemple de l'échec d'une mutuelle. C'était une bonne intention au départ, mais l'argent est allé dans la main des dirigeants, la population a toujours pu attendre. Il y a un problème de transparence, pas de démocratie* ».

Parmi les membres des mutuelles rencontrés, si beaucoup ne connaissaient pas bien le fonctionnement démocratique de la mutuelle, certains manifestaient le désir de plus s'impliquer. Ainsi, le cas de ce professeur d'éducation physique, membre de la MS-PAMECAS : « *Le fonctionnement interne ? C'est le côté négatif de ma participation. A ce niveau-là, je pense que en tant que membre, on a besoin du maximum d'informations par rapport à la marche de la structure,*

je ne dois pas ignorer les règles, la bonne marche, si ça marche j'en tire bénéfice, si ça marche pas je serai le grand perdant. Il faut que je m'approche davantage. »

Source : Présentation par l'auteur sur la base des entretiens effectués à Saint Louis en septembre 2013 auprès de Lamine Mbaye (Président de la mutuelle Goxu-Mbathie), puis d'Alioune Niasse (Coordinateur de l'URMS de Saint Louis) toujours à Saint Louis en septembre 2013, et en juin 2014 auprès de M. Naki, adhérent à la Caisse Mecson (Dakar).

Une démocratie réelle peine ainsi à s'installer. Le format des AG, généralement fixées une fois par an, n'est pas forcément adapté, de par leur périodicité et en raison de l'éloignement des personnes. Il est complexe d'informer l'ensemble des adhérents à ce rythme et de les intégrer dans les prises de décisions et dans la gestion de la structure. Certaines mutuelles augmentent ainsi le rythme, telle que celle de Lalane qui se base sur des réunions mensuelles, tous les deuxièmes dimanches du mois, au niveau de chaque village, en plus de l'Assemblée générale annuelle.

3.2. Les difficultés de créer une identité collective

3.2.1. Des visions très diverses de la mutualité

Alors que le but de l'ESS et des mutuelles communautaires est de créer une identité autour de la structure, et ici de la santé, cette identité collective ne semble prendre pied qu'en se créant sur des identités communes existant déjà. Les raisons d'adhérer à une mutuelle communautaire sont nombreuses d'après nos observations et la littérature. Dans certains cas l'adhésion de leaders communautaires, ou de communautés homogènes surtout dans les milieux ruraux, pousse à aller vers les mutuelles. D'autres se basent, comme cela a été le cas à Fandène, sur l'expérience. Ils adoptent une attitude attentiste afin d'évaluer le succès des expériences mutualistes à proximité. Le bouche à oreille est très important (Toucas-Truyen, 2001), renforçant la nécessité de se baser non seulement sur des individus, mais également sur leur propre réseau. Les mutuelles étant des structures peu habituelles, les membres potentiels ne connaissent pas réellement le fonctionnement, les intérêts, les principes d'une mutuelle. **Leur vision va dépendre de leur propre conception de l'intérêt dans la prévoyance, la solidarité organisée, et de la conception émanant des structures déjà mises en place**. Les représentations en amont d'une adhésion sont diverses : certains s'intéressent à une mutuelle pour le fait de se faire soigner à moindre coût, d'autres voient d'abord l'initiative communautaire (CAFSP, HYGEA, PAMAS, 2011). Si certains mettent l'intérêt par rapport à l'accès à la santé en avant, d'autres adhèrent dans une optique de générosité et d'entraide. Il arrive régulièrement dans les mutuelles, comme nous avons pu le constater, de rencontrer des membres qui cotisent mais ne cherchent pas à se soigner ou utilisent des services non compris dans la garantie de la mutuelle. Leur but est de partager avec

leur communauté dans la mesure où ils ont les capacités de payer, ils mettent la solidarité avant tout.

Dans une étude menée dans des mutuelles de Fatick, Kaolack, Diourbel et Kaffrine (CAFSP, HYGEA, PAMAS, 2011), les membres définissent les mutuelles comme des structures qui permettent, par la solidarité, de faciliter l'accès la santé aux membres et à leur famille. La logique de convivialité est mise en avant, consolidant la cohésion sociale. Il s'agit de résoudre de manière collective les problèmes de santé, en s'entraidant, en partageant, d'où l'importance pour beaucoup de l'égalité dans l'accès aux soins et dans la cotisation. Les mutuelles offrant des paquets différents selon les cotisations sont critiquées car elles se rapprocheraient ainsi de la logique assurantielle lucrative, dérivant ainsi des principes de réciprocité (Vilane, 2006). Malgré un système assurantiel individualiste, les mutuelles construisent des mouvements collectifs mettant en avant la réciprocité dans la prise en charge de la santé et la création de liens sociaux afin aussi d'améliorer la précaution concernant la santé. Une cohésion sociale déjà existante serait un facteur important pour la viabilité des mutuelles de santé. **Le succès, bien que mitigé de manière globale, des mutuelles communautaires ne vient pas de la structure en elle-même, de la nature de l'activité, mais des liens créés, des mécanismes de socialisation enclenchés par cette activité** (Letourmy, Pavy-Letourmy, 2005). Toutefois les mutuelles sont souvent perçues comme un soutien aux familles[94]. La vision des membres se limite dans ce cas à un cadre très limité, se rapprochant d'une solidarité individuelle.

Si la plupart des acteurs à l'initiative des mouvements mutualistes partagent la vision de solidarité, cette approche ne suffit pas pour les membres (Mladovsky et al., 2014). Le manque de participation réelle au sein des mutuelles fait que la solidarité est souvent financière, par le règlement de la cotisation, et non par l'implication des membres ou le partage de valeurs. D'où la difficulté de se constituer en un réel mouvement social. Afin de construire une identité collective, la vision même de la mutuelle devrait être mieux partagée. Nous observons toutefois un décalage de la vision entre des dirigeants souvent très impliqués, partageant les valeurs mutualistes, la « culture mutualiste », et des membres mettant en avant le registre de l'intérêt avant le registre de la réciprocité. Comme nous l'avons vu précédemment dans ce chapitre, les dirigeants, les élus, les promoteurs des mutuelles mettent en avant, dans leur vision des mutuelles, les divers registres de l'ESS, les valeurs. Les réponses sont bien plus diverses lorsque nous demandons aux membres de définir une mutuelle de santé, comme nous le montrons dans l'encadré suivant.

[94] Études menées par l'auteur au Sénégal de 2013 à 2015, rapport de 2010 du LARTES : « Evaluation de la perception communautaire sur les prestations offertes dans les formations sanitaires des districts de Sokone, Gossas, Kaffrine et Koungheul, après 4 ans d'interventions du projet ASSRMKF ».

Encadré 21 : Le registre de l'intérêt avant la solidarité

Le gérant de la mutuelle et comptable de l'hôpital à Saint Jean de Dieu nous racontait cette anecdote : « *Mais les gens sont calculateurs. J'ai un ami qui a cotisé 5 ans, mais n'est pas tombé malade donc a arrêté. Quand on ne cotise pas 3 mois d'affilés, on vire. Le gars est tombé malade à ce moment-là et a dû verser. Quand je lui ai montré les différents coûts, qu'il aurait moins payé en restant à cotiser à la mutuelle, le gars a compris l'intérêt et est revenu. Problème de solidarité, c'est ce qui manque. Comme pour une assurance voiture*. »

Plusieurs définitions, visions de la mutuelle ont ainsi été entendues au cours des entretiens avec les membres des mutuelles étudiées. Voici quelques exemples :

« Pour moi, une mutuelle, quand je suis venu ici et que j'ai vu l'affiche, je me suis dit ça c'est le meilleur pour le quartier, au moins ça aide pour la population, y a des gens qui ont pas de sous pour aller se soigner. Si ici membre à 1000 membres à 250 F, les 1000 membres ne vont pas tomber malade, peut-être un qui va tomber malade, et il va bénéficier. »

« La mutuelle, c'est pour tout le monde, différent, plus avantageux ».

« C'est une couverture qui vient en appoint, à mon niveau par exemple la mutuelle me rassure. Déjà quand j'ai un malade chez moi, je pense tout de suite à la mutuelle. Pour moi, c'est un partenaire, une structure qui m'assure dans les moments difficiles. »

« La mutuelle c'est quand des forces se réunissent pour pouvoir solutionner nos problèmes. Le problème ici, c'est un problème de santé, des soins dont on a besoin. Une mutuelle, c'est deux ou plusieurs partis qui unissent leur force. »

Source : Présentation par l'auteur sur la base des entretiens effectués en février 2015 à Thiès auprès de Bertin Ndione (Gérant de la mutuelle de l'hôpital Saint Jean de Dieu) et en juin 2014 auprès des membres de la MS-PAMECAS.

Si l'expression « *l'union fait la force* » est régulièrement revenue dans les entretiens données, la signification n'est pas la même, tantôt tournée vers les liens, les valeurs, tantôt vers la solidarité financière. Le manque de démocratie participative, de partage de l'information jouent sur la construction d'une identité collective autour de la protection de la santé.

3.2.2. Des mutuelles communautaires basées sur des communautés déjà fortes

Les mutuelles ont ainsi beaucoup de difficultés à créer une identité collective. Les mutuelles qui fonctionnent se basent principalement sur des identités déjà existantes, comme dans les communautés rurales. Un point important par rapport à l'une des trois caractéristiques de l'ESS. L'identité commune pose ainsi beaucoup de problèmes. La solidarité, vue de manière mécanique, fonctionnelle par les institutions financières internationales (la solidarité financière, instituant le respect des cotisations) se ressent également au niveau des mutuelles communautaires notamment urbaines. Cette différence importante entre milieu urbain et rural,

entre hétérogénéité et homogénéité de la population ciblée, est soulignée dans les extraits d'entretiens de l'encadré suivant.

Encadré 22 : Les différences entre milieu urbain et milieu rural

Le directeur du cabinet Hygea pointait une caractéristique intéressante démontrée dans le cadre de leurs recherches : « *la solidarité est forte contre la maladie mais pas au sein des mutuelles* ». La différence est forte entre milieu urbain et rural. « *Le problème ici, c'est que les mutuelles communautaires se basent sur les quartiers. Les gens se connaissent plus ou moins, il n'y a pas de relations horizontales mais de l'individualisme [...] Depuis 20 ans, on végète sur les mutuelles, beaucoup de toutes petites mutuelles peu viables. On met trop en avant les problèmes de gestion, de formation, les formes mutualistes sont calquées sur les formes occidentales. Personne ne parle vraiment de solidarité autre que financière.* »

Un membre de la MS-PAMECAS en milieu rural nous expliquait : « Ici, c'est une communauté, tout le monde est pratiquement une famille. C'est une communauté de caractère. Qui agissent ensemble. Donc s'ils acceptent une chose, c'est de manière globale. Une même vision, un même regard, une même voix. »

Source : Présentation par l'auteur sur la base des entretiens effectués à Dakar en août 2013 auprès d'Idrissa Diop (Directeur du cabinet Hygea) et en juin 2014 à Yenne auprès de Mme Fai, femme de ménage à la caisse PAMECAS.

Les mutuelles urbaines ont des taux de pénétration plus faible par rapport à la population ciblée, les difficultés sont plus importantes (Daff, 2000). La forte solidarité déjà présente dans la culture Sérère à Thiès ou chez les femmes des mutuelles du Remusac par exemple illustre l'importance de tels liens comme bases de mutuelles de santé communautaires afin d'obtenir des plus forts taux de pénétration. Pour créer une identité collective par rapport à la prise en charge de la santé et aux questionnements concernant les décisions de santé, les mutuelles fédèrent des personnes dont les représentations sont très diverses. En milieu rural, elles peuvent se baser sur des communautés déjà constituées, comme à Fandène, modèle de pérennisation d'une mutuelle de santé au Sénégal, avec une assise très forte sur la communauté sérère. En milieu urbain, malgré la très grande hétérogénéité d'individus, des groupes existent malgré tout. Associations, groupements religieux, migrants d'une même communauté, de nombreuses communautés se côtoient. Les mutuelles du Remusac à Guédiawaye s'appuient ainsi sur ces communautés déjà fortes de femmes appartenant à des groupements féminins. Mais ces communautés ne font pas tout. En milieu urbain, quoi qu'il arrive, le public sera très morcelé de par la répartition des populations dans les quartiers. Une étude menée en 2006 sur des mutuelles dakaroises montrait que les quartiers pauvres et très peuplés sur lesquels elles se basaient étaient composés d'îlots de différentes ethnies et milieux sans liens, sans fréquentations entre les divers groupes (Cheikh Vilane, 2006). Les milieux urbains principalement voient l'éclatement progressif des structures

sociales traditionnelles (clans, groupes, familles élargies) (Fall, 2003). Il s'agit avant tout dans ce cas de recréer des valeurs afin de fédérer les membres de ces groupes variés. En milieu rural, il s'agit de pérenniser des valeurs en s'adaptant à des nécessités. **Mais le fait de s'appuyer sur des communautés aussi fortes peut poser problème quant à l'adhésion de membres extérieurs à ces communautés**, comme nous le montrons dans l'encadré suivant à travers deux extraits d'entretien.

Encadré 23 : Les difficultés de se baser sur des petites communautés

Le PCA de l'Union régionale des mutuelles de santé de Diourbel nous expliquait : « *Dans le rural et l'urbain, il y a des inconvénients. Au niveau du Sénégal, les mutuelles se créent sur la base « appartenant à une confrérie ». Ça a des avantages et des inconvénients. Car les extérieurs à la confrérie ne pourront pas adhérer. Il y a une mainmise du chef religieux. Si la population avait pour base que la santé, on se focaliserait davantage sur la santé tout court* ».

Le coordinateur du GRAIM analysait cette question dans le cas de Thiès : « *Fandène c'est une réalité sociale, même communauté ethnique, religieuse. Une même communauté, c'est fondamental. C'est plus compliqué en milieu urbain. Il y a une réalité sociale palpable, à Fandène et à Lalane, une homogénéité. Et quand vous voulez sortir de ces cercles-là vous avez des difficultés. Quand vous voulez intégrer d'autres, ils peuvent venir dans un premier temps mais c'est un effritement.* »

Source : présentation par l'auteur d'après l'entretien effectué à Diourbel en août 2013 avec M. Demba Mame Ndiaye (PCA de l'URMUSAD), et en juin 2014 à Thiès auprès de André Wade (Coordinateur du GRAIM).

Ainsi, la mutuelle de Soppante, ouverture à toutes les religions et ethnies, fut créée car l'Eglise s'était opposée à l'extension de la mutuelle de Fandène aux non-catholiques (Mladovsky et al., 2014). Les défis ne sont pas les mêmes en fonction de la population ciblée : si la mutuelle ne se base pas sur une population déjà soudée, le processus de création, d'implication des membres, de construction d'une identité commune, d'adhésion aux règles de fonctionnement, est bien plus long. Toutefois se baser uniquement sur des identités déjà créées au sein de la société amène le risque de l'exclusion des personnes extérieures à ces divers réseaux. **Cette problématique montre l'importance de la construction d'une identité propre à la mutuelle, qui peut certes s'appuyer sur une identité déjà existante, mais doit pouvoir fédérer les membres autour d'un objet particulier qui est la prise en charge collective de la santé.**

3.3. Créer des mutuelles « par le haut » ou « par le bas » ?

Les origines des mutuelles sont très diverses. Elles peuvent partir de groupements féminins, d'individus déjà sensibilisés à la mutualité ou au milieu associatif, de groupements religieux, comme dans le cas de Fandène, ou encore sur l'initiative d'associations, telle que

l'association des jeunes de Lalane, qui a impulsé la mutuelle de Lalane Diassap. Ces deux derniers exemples symbolisent la réussite des mutuelles communautaires au Sénégal. Ces deux mutuelles, Fandène et Lalane Diassap, tournées vers un milieu rural, s'assoient sur une forte base sociale et possèdent un taux de pénétration bien plus fort que ce que connaissent généralement les mutuelles communautaires : respectivement 90 % et 82% (Devignes, 2014). Malgré les difficultés, à la fois financières (les cotisations ont augmenté dans le temps afin de soutenir les garanties proposées) et techniques (des crises ont émaillé la direction), ces mutuelles existent depuis 1989 pour Fandène et 1994 pour Lalane et se pérennisent. Plusieurs facteurs contribuent à cela d'après ce que nous avons pu observer : les liens avec l'hôpital Saint Jean de Dieu, l'habitude des communautés sérères de s'organiser, de cotiser pour obtenir des services, notamment religieux, de donner (la quête à l'Eglise), la forte cohésion sociale dans ces villages malgré leur étendue géographique.

L'approche « top down » du DECAM est critiquée par les acteurs mutualistes, dans la mesure où les initiatives ne viennent plus des populations (même si c'était loin d'être toujours le cas, même avant le DECAM) mais des collectivités et de l'État. Toutefois ces mêmes acteurs reconnaissent une opportunité dans ce nouveau schéma, surtout au niveau financier et de leur visibilité. **L'adhésion des mutuelles à ce schéma résulte avant tout de besoins financiers et non d'une adhésion au programme en lui-même**, comme nous le montrons à travers divers extraits d'entretien dans l'encadré suivant.

Encadré 24: « Top down » vs « bottom up »

« *La mairie peut appuyer les mutuelles mais pas les créer, cela doit partir d'un groupement de personnes* », affirme le coordinateur de l'Union régionale des mutuelles de Saint Louis.

Le coordinateur du GRAIM regrette que les choses soient désormais décrétées au lieu d'être discutées. « (Concernant les cotisations) *Avant c'était 200, maintenant 300. Il faut toute une discussion pour faire accepter des changements. Mais aujourd'hui c'est décrété. Maintenant, ce n'est plus vous qui décidez de la cotisation de votre mutuelle, c'est l'État qui a décidé. Ce qui fait que beaucoup de gens restent en attente maintenant pour voir comment ça va évoluer […] Maintenant l'État a subventionné les cotisations. Maintenant la question c'est : inscrite dans quelle durée ? Elle n'est pas encore élucidée. Est-ce que tant que l'actuel président qui a mis ça en place est là, ça va continuer ? Sinon, quelle sera la suite ? Deuxième chose, il y a eu une volonté politique manifeste et matérialisée et des objectifs sont fixés aujourd'hui pour les mutuelles de santé. 47% taux de couverture en 2015, 67,5% ensuite. Mais si on n'y arrive pas, qu'est-ce qu'il va advenir des mutuelles ? Ce sont des problèmes qui sont là sur lesquels il faut réfléchir et discuter. On a commencé en 2014, on est presque à la fin de l'année, quelle évaluation, est-ce qu'on a fait des projets géniaux qui permettent d'espérer qu'on va arriver à 67% ? Je me fait du souci quand même.*» Pourtant lui-même

reconnait l'opportunité de la situation actuelle, entre le DECAM, les subventions et la reconnaissance d'une certaine forme de protection l'année suivante : « *il y a une volonté de l'État en place. Par la mise à disposition de ressources financières déjà […] Comme la situation actuelle est encourageante pour les mutuelles, tu vois, elle doit se traduire en termes d'augmentation du nombre de membres dans les mutuelles et du nombre de structures ».* Mais cette opportunité est très risquée : *« On a compris ce que l'État veut faire, mais à leur niveau on n'a pas oublié aussi, plus tard on va vérifier comment on a utilisé l'opportunité que l'État nous a donné, et adapté pour construire quelque chose et le renforcer avec cette vision sur le capital social. Fou fou fou ces objectifs fixés par l'État. C'est très ambitieux mais on est dans le mécanique. Il faut décréter les choses, que les choses aillent vite. C'est ça en fait, on a oublié les processus et le sens du processus dans la chose. C'est évident, ça peut pas aller. Aujourd'hui ils pensent mettre des unions de département et de mettre des techniciens au niveau de ces unions. Mais vous prenez un département comme Thiès, plus de 20 collectivités locales, 3 districts sanitaires, comment 5 personnes peuvent s'occuper du développement de la mutualité comme ça ?* »

Le Président de la mutuelle de Fandène confirme l'opportunité de la situation actuelle : « *Heureusement, avec le gouvernement de Macky, on a tendance à changer, il y a des efforts, c'est mieux* ». Mais il est critique envers le chemin pris par l'extension de la couverture maladie : « *c'est mal : les gens doivent s'adapter à la structure, ce n'est pas bien. Il ne faut pas que des appuis, il faut faire soi-même. Ce sont les structures qui doivent s'adapter à la population. Il faut des études sur chaque milieu, sur les possibilités, les revenus. Il faut des idées participatives, là on aboutit. Si on fait une formation diplômante, que les gens doivent s'adapter à ce modèle, ça marche pas.* »

Source : Présentation par l'auteur sur la base des entretiens effectués en septembre 2014 à Saint Louis auprès d'Alioune Niasse (Coordinateur de l'URMSL), en juin 2014 et en février 2015 à Thiès auprès d'André Wade (Coordinateur du GRAIM), en février 2015 à Fandène auprès de Pascal Ndione (Président de la mutuelle de Fandène).

Les « *efforts* », la situation « *encourageante* », sont mis face à la critique de la forme que prennent ces efforts : si, au niveau des pouvoirs publics, ils sont importants, dans la mesure où ils s'impliquent désormais plus fortement, ils sont considérables pour les mutuelles, à la vue des objectifs fixés par le gouvernement. Une opportunité certes existante, mais conditionnée à une évolution des mutuelles qui restreint la participation des membres à une participation économique et qui doit se faire dans l'urgence.

Le DECAM n'est pas le seul système à être expérimenté. Dans les départements de Foundiougne, Koungheul, des Unité Départementales d'Assurance Maladie (UDAM) sont mises en place avec l'appui de la CTB et englobe les expériences existantes, telles que la mutuelle de Santhi Gueranne, ce qui résulte en une approche encore une fois « top down ». L'UDAM reprend la définition associée aux mutuelles de santé : « *Il est créé au niveau du département de ********* :*

*l'Unité Départementale d'Assurance Maladie de ********* (UDAM). L'UDAM est une association de personnes physiques ou morales à but non lucratif dont la vocation première est l'entraide et la solidarité essentiellement au moyen des cotisations des membres qui se proposent de mener dans l'intérêt de ceux-ci et de leurs familles une action de prévoyance, d'entraide et de solidarité par le biais de la mise en place d'une assurance maladie au niveau du département* »[95]. Les UDAM sont divisées en sections et composées d'Assemblée au niveau des collectivités locales. Au niveau central, elles possèdent un Conseil d'Administration dont les membres sont élus par l'assemblée générale, composées des membres des comités des antennes locales et les membres d'honneur. Les UDAM reprennent ainsi les mécanismes des mutuelles de santé en organisant la participation au niveau des collectivités (Coopami/CTB, 2014).

La décentralisation est vue dans les programmes de développements nationaux et internationaux comme un outil qui permettrait une plus grande efficacité des services publics, une réduction des coûts, des déficits des finances publiques, tout en assurant une meilleure adaptation à la demande. Elle s'inscrit dans l'importance donnée à la participation des usagers. Cependant cette participation, dans le cadre de la « gouvernance locale » (World Bank, 1992), s'entend dans le sens d'une pédagogie de la participation au marché plutôt qu'à une participation active dans les décisions collectives (Laurent, Peemans, 1998). **Toutefois la participation des usagers, même entendue dans un sens démocratique à un niveau local, n'est pas évidente**. Des inégalités traversent ces populations (financières, temporelles, géographiques, culturelles, éducatives, etc.), les possibilités de participation ne sont pas les mêmes pour tous. Souvent la participation, dans le cadre de projet de la coopération internationale, se résume à la rencontre avec les leaders locaux, les élus d'associations, les comités villageois, etc. Malgré leur rôle de représentation, la parole de tous les acteurs, notamment les populations locale, est loin d'être intégrée. Le GTZ (Coopération Allemande) estimait (Huber, Hohmann, Reinhard, 2003) que la décision finale de création d'une mutuelle communautaire de santé doit revenir à la population, qui doit ressentir la nécessité d'avoir une mutuelle, afin d'avoir la volonté ensuite de s'y engager. Susciter des mutuelles depuis l'extérieur peut être utile jusqu'à un certain niveau, cependant, lorsque l'actions de ces promoteurs va trop loin, elle devient contre-productive car elle implique trop peu la population locale. L'approche « top down » peut avoir des avantages par sa rapidité, mais sa durabilité sur le long terme est remise en cause.

[95] Texte statuaire des UDAM, article 1.

4. De multiples déterminants internes et externes

Malgré les difficultés souvent pointées concernant les mutuelles communautaires - mauvaise gestion, petite taille, abus (CAS/PNDS, 2004 ; Waelkens, Criel, 2004 ; Letourmy, Pavy-Letourmy, 2005 ; PAMAS, 2011) - notre étude montre au contraire que le potentiel économique des mutuelles est bien présent, **dans le cadre des soins de santé primaires**. La proximité, la base sociale, pourraient constituer des éléments importants pour améliorer leur fonctionnement. Les obstacles sont toutefois importants. Ils sont à la fois internes (gestion, recouvrement des coûts), institutionnels et sociétaux, comme nous l'avions déjà vu avec les déterminants de l'adhésion dans la section 2 de ce même chapitre. Ces obstacles diversifiés sont liés les uns avec les autres. Ainsi les obstacles sociétaux ont un impact sur le recouvrement de coûts. Avec cette section, **nous souhaitons illustrer le fait que la santé est multidéterminée, et que les multiples déterminants de la santé influent sur le développement des mutuelles**. Après avoir analysé le potentiel des mutuelles de santé en ce qui concerne le financement et la force d'un cadre solidaire, nous analyserons les divers obstacles qui se dressent devant elles.

4.1. Un potentiel à la fois économique et social

4.1.1. La proximité face à la contractualisation pour gérer la diversité des cas

Plusieurs études montrent que la surutilisation de soins n'est pas l'un des problèmes majeurs des mutuelles communautaires de santé. L'État de santé du ménage n'est pas déterminant pour l'adhésion et il n'y a pas de différences importantes dans l'utilisation des services entre les membres et les non-membres (Daff, 2000 ; Musango et al., 2004 ; CRDI/HYGEA, 2006 ; Atim, Diop, Bennett, 2005). Les problèmes d'aléas moral et de sélection adverse ne sont donc pas des priorités, par rapport particulièrement au recouvrement des coûts comme nous le verrons ensuite. Toutefois des cas particuliers ressortent. La mutuelle de l'hôpital Saint Jean de Dieu accueille ainsi beaucoup de personnes diabétiques. Ceci pose deux problèmes. Le premier est l'homogénéité d'une population au sein d'une mutuelle, dans la maladie comme dans les revenus. Une mutuelle qui doit gérer un grand nombre de cas de diabètes, les soins coûtants chers, par rapport au nombre de bien portants ne peux être viable financièrement sur le long terme. L'appui de l'État serait important pour les mutuelles de santé par rapport à ces maladies lourdes et par rapport aux indigents. Les personnes cotisant ayant généralement de faibles revenus, et les cotisations étant identiques quel que soit le revenu, la mise en commun des ressources au sein des mutuelles communautaires ne peut à elle seule gérer ces situations.

Le second recoupe le problème de la sélection adverse. Toute personne est admise à la mutuelle de santé tant que la période d'observation et les cotisations sont réglées. Mais rien n'empêche de cacher une telle maladie. Toutefois le fait de cacher des informations n'est pas forcément opportuniste, au contraire. Comme dans le cas du VIH, certains cachent leur maladie, entrent dans un processus d'autoexclusion, par peur de la divulgation qui peut entraîner de la stigmatisation, du rejet. Les contraintes financières poussent certains adhérents, en raison de la taille de leur famille, à faire des choix par rapport aux bénéficiaires. Une adhérente de la MP-PAMECAS à Marche Ndiareme déclarait ne pas pouvoir être en mesure d'intégrer toute sa famille, elle a dû sélectionner ses trois enfants les plus fragiles. Les contraintes économiques, les conditions de vies jouent sur la structure globale des adhérents. Dans la région de Thiès, les femmes enceintes, en âge de procréer, les enfants, les personnes âgées ont plus de chances de bénéficier d'une couverture (Atim, Diop, Bennett, 2005). Le problème de sélection adverse ne se réduit pas à la recherche d'intérêts économiques, les individus, influencés par des inégalités sociales et économiques fortes, cherchent à s'adapter à ces contraintes importantes.

D'après nos observations, ces problématiques revêtent un caractère différent selon le milieu. En milieu rural, ou dans les petites communautés, il est bien plus complexe de cacher des informations que dans d'autres contextes, les choses se savent. Il ne s'agit aucunement d'empêcher les personnes ayant des maladies qui requièrent des traitements lourds d'accéder aux mutuelles de santé, mais de **comprendre comment mieux distribuer les ressources pour prendre en charge de telles maladies.** La contractualisation à elle seule ne peut résoudre des problèmes découlant des nombreuses inégalités de santé, extérieures à la couverture maladie en elle-même, qui sur la santé et sur la capacité de participer. L'importance d'une approche systémique, multidimentionnelle, est ici justifiée.

Les cas de surconsommation, qui résultent souvent d'un manque d'information, d'un manque de compréhension de la mutuelle, après l'adhésion, peuvent également être évités dans le cadre de communautés fortes ou de mutuelles ayant réussi à établir une identité commune. Dans un schéma de réciprocité, les individus respectent les règles afin de pérenniser des liens, contrairement au schéma assurantiel où les individus sont opportunistes et le contrat doit régler ce type de problèmes. **La base démocratique des mutuelles et la prise en charge de la santé par la réciprocité pourraient être des pistes permettant d'éviter les comportements frauduleux**. Par exemple, au sein de la mutuelle And Fagaru, du réseau REMUSAC à Guédiawaye, un fort contrôle social s'exerce par la réciprocité entre les membres et grâce à la proximité de la structure de santé, le local étant situé au sein du poste de santé. La taille de la mutuelle est également un critère à prendre en compte pour gérer les possibilités d'abus, une plus petite taille permettant une meilleure connaissance des membres et entre les membres (Fischer, 2004).

4.1.2. Les mutuelles plus à même de fixer leur cotisations

4.1.2.1. La proximité et la base sociale pour fixer les cotisations

De faibles capacités de paiement

La fixation des cotisations se base souvent sur trois facteurs d'après ce que nous avons observé au sein des mutuelles communautaires : les revenus estimés des populations, les coûts des actes au sein des structures de santé agréées et la consommation estimée de soins. Chacun de ces points connait des variations selon la population ciblée et son contexte. Les revenus des populations sont souvent difficiles à estimer, que ce soit en milieu rural, où le revenu est saisonnier et dépend des conditions climatiques, ou en milieu urbain, avec une forte prédominance des emplois informels. Le coût des actes varie selon les structures, ils ne sont pas les mêmes sur l'ensemble du territoire. Les mutuelles doivent ainsi s'adapter à des grilles tarifaires non fixées. Enfin, la consommation des soins est une variable complexe. Le risque de contracter telle ou telle maladie diffère selon le milieu géographique, l'habitat, l'âge, le sexe, les conditions de vie, etc. **Les mutuelles ciblant des petites populations, à proximité, devraient permettre une meilleure prise en compte de ces inégalités sociales de santé pour la fixation des cotisations**, qui peuvent être fixées de manière démocratique durant les AG comme nous l'avons vu précédemment.

Selon une étude du CRDI et du cabinet Hygea menée (CRDI/Hygea, 2006), les taux de cotisations oscillent entre 100 et 700 FCFA par mois et par bénéficiaires, soit 15 centimes d'euros et un 1,07 euros. Les différences semblent minimes, mais elles sont énormes selon la population. En 2013, 58% des mutuelles ont des taux de cotisations inférieurs ou égaux à 200FCFA[96]. Deux problèmes principaux se posent. Le premier est purement financier. Les mutuelles, malgré une population hétérogène, possèdent de nombreuses difficultés financières par rapport à des cotisations aussi faibles[97]. Le second problème se situe au niveau de l'équité. L'une des bases de l'idéologie mutualiste au Sénégal est l'égalité des cotisations pour tous. Dans les communautés relativement homogènes, les cotisations changeraient peu, même en les modulant par rapport aux revenus, bien que des différences existent toujours selon la hiérarchisation de la communauté. Dans un milieu hétérogène, notamment en milieu urbain, les différences sont très fortes. Nos

[96] Selon le rapport introductif de Mme le Ministre pour le Conseil Interministériel sur la CMU de 2013.
[97] Il faut préciser que nous nous plaçons toujours dans le contexte des soins primaires. Les mutuelles ne sont pas dans la capacité de prendre en charge des soins plus lourds, d'où la difficulté de certaines mutuelles devant protéger des maladies plus lourdes, telles que le diabète au sein de la mutuelle de l'hôpital Saint Jean de Dieu. Bien que cette approche ne fasse pas tout, elle atténue les difficultés financières des mutuelles qui prennent en charge les actes les plus basiques.

observations ont montré que si de nombreuses personnes sont prêtes à augmenter leur cotisation, beaucoup ne peuvent déjà les assumer dans l'état actuel. Les membres reconnaissent souvent un manque de redistribution verticale entre plus riches et plus pauvres (Mladovsky et al., 2014). Allant plus loin, des membres, des dirigeants de mutuelles et d'autres acteurs proposent une modulation selon le revenu mais aussi une différenciation de contrats, avec plus ou moins de services selon la cotisation fixée. La situation financière difficile des mutuelles rend ainsi difficile la pérennité de cette vision égalitaire dans la cotisation. La modulation des contrats, dans une approche assurantielle, romprait avec les principes mêmes de ces structures, reprenant le débat des mutuelles et des assurances en France au 19e siècle. La capacité de prépaiement présupposée des populations est très faible et varie fortement selon les milieux. Les dispositions réelles à payer compliquent l'augmentation d'une cotisation et participent à la fluctuation du recouvrement des coûts. Le tableau suivant montre à quel point la capacité de paiement joue sur la fixation des cotisations, dans la mesure où le recouvrement des coûts est déjà complexe, à partir d'une étude réalisée à Diakhao (Ouest du Sénégal).

Tableau 14 : Disposition à payer

Cotisation	Effectif	%	Personnes prêtes à payer au moins	Total
25	3	1,5%	100,0%	75
50	11	5,3%	98,5%	550
100	127	61,7%	93,2%	12 700
150	9	4,4%	31,6%	1 350
200	26	12,6%	27,2%	5 200
250	8	3,9%	14,6%	2 000
300	3	1,5%	10,7%	900
500	18	8,7%	9,2%	9 000
1000	1	0,5%	0,5%	1 000
(vide)	3			
Total	206			32 775
Moyenne				**159**

Source : étude menée sur 209 enquêtés sur les 1089 membres de l'Union des Organisations Villageoises de Développement de Diakhao dans le cadre de la création d'une couverture médicale communautaire (Akra, 2007).

Entre 25 et 100 FCFA, la proportion des personnes prêtes à payer est importante, puis chute à partir de 150 FCFA. C'est en raison de cette faiblesse des capacités de contribution que les mutuelles de santé ressentent le besoin de faire appel aux bailleurs de fonds et de rechercher désormais les subventions de l'État. Prise en charge des indigents, constitution d'un fonds de réserve, prise en charge des membres, frais de fonctionnement, les besoins sont énormes. Toutefois, si le partage de la prise en charge de la santé telle que le met en place le DECAM se

diffuse réellement, les mutuelles n'auraient plus qu'à se concentrer sur les soins primaires. Les subventions couvriraient également les indigents. Ainsi, dans ce schéma, les mutuelles pourraient plus aisément conserver cette règle de l'égalité des cotisations, en ne prenant en charge que le financement des soins primaires. Mais il ne faut pas que ça soit dans l'optique d'une instrumentalisation de celles-ci.

Une viabilité financière possible dans le cadre des soins primaires

Il faut également ajouter que le tableau n'est pas si noir concernant les équilibres financiers des mutuelles de santé existantes. Une étude menée par l'USAID en 2005 sur les mutuelles de Thiès montrait que sur 17, six avaient toujours un solde positif, sept un solde toujours négatif et les 10 restantes des soldes soit positifs soit négatifs (Atim, Diop, Bennett, 2005). Les mutuelles semblent ainsi plus à même de fixer des cotisations plus proches des besoins des populations qu'à un niveau centralisé. L'État, dans ses politiques d'incitation par les subventions, se base sur des dépenses constatées, les dépenses per capita des comptes nationaux de la santé, ce qui est éloigné des besoins réels.

Prenons quelques exemples, à travers des études existantes et l'étude que nous avons menée à Fandène, dans l'encadré 23 : la mutuelle communautaire de santé And Fagaru est située à Guédiawaye, dans la banlieue de Dakar. Une étude menée en 2005 détaillait ses comptes pour l'année 2004, montrant encore ici que les mutuelles peuvent réussir à se pérenniser malgré leurs difficultés. 43% des cotisations prévues seulement ont été récoltées, pour un total de 1032000 de francs. Les charges de fonctionnement ont été de 572807F[98]. A cette époque, la mutuelle touchait une subvention de 20000F d'Enda Graf et de 100000F de l'État. L'année 2014 a donc été positive, avec des recettes s'élevant à 1332800F pour 1236767F de charges totales. Avec un taux de recouvrement des coûts plus fort, les possibilités financières de la mutuelle seraient intéressantes. De plus, les droits d'adhésions alimentaient un fond de réserve estimé en 2004 à 317023F et d'un fond de garanti représentant 2,5% de la somme totale des cotisations annuelles. La même étude montrait qu'une autre mutuelle, Ndiareme Limamoulaye à Guédiawaye, obtenait en 2004 un excédent de 286800F (Yapi, 2005).

Une autre étude menée en 2013 sur la mutuelle de santé communautaire Wer Ak Werle, située à Pikine, détaillait ses résultats pour l'année 2011. Les recettes s'élevaient à 350000F pour des cotisations (200F par mois et par bénéficiaire) de 2011800F et des subventions de 350000F.

[98] Ce montant pourrait être cependant bien plus élevé dans le cadre d'une professionnalisation des personnels et de la mise en place de rémunérations.

Les charges étaient de 1965340F, comptant 508900F de charges de fonctionnements et des prestations s'élevant à 1106440F. Le solde varie selon les années, 474460F pour 2011, 41390F pour 2012 (pour un taux de recouvrement cette année-là de 42%). Un fond de réserve était estimé en 2012 à 1192830F (Soro, Serge, 2013).

Encadré 25 : Étude des comptes de la mutuelle de Fandène

Malgré les nombreuses difficultés et les contraintes du milieu rural, la mutuelle de Fandène s'est maintenue de 1989 à aujourd'hui. La cotisation était au départ de 100F par bénéficiaire par mois, la mutuelle prenait en charge pour cela 50% (hospitalisation, consultation externe, chirurgie). Mais en raison de crises de gestion, de l'augmentation des coûts à l'hôpital Saint Jean de Dieu, la mutuelle a accumulé de nombreuses dettes afin de pouvoir rembourser la structure. Les cotisations sont passées à 200, puis 350F. Cela a entraîné des difficultés de plus en plus importantes pour les ménages afin de continuer leurs cotisations.

Tableau 15: Soldes positifs au sein de la mutuelle de Fandène

2004	2005	2006	2007	2008	2009	2014
4644275	7401350	7881340	4848670	4402095	4322695	1554225

Source : fait par l'auteur à partir des informations données par le président de la mutuelle de Fandène, entretien réalisé en février 2015.

En 2014, les cotisations et les crédits rapportaient 8 258 960 FCFA. Pour donner quelques exemples, ceci pourrait correspondre à 869 grossesses, 1500 prises en charge de paludisme léger, 2359 journées d'hospitalisation ou encore 165 actes de chirurgie[99]. Depuis 1990, jusqu'en 2014, la mutuelle a recensé 2994 cas d'hospitalisation pour un coût total de 185 269 927 FCFA, soit un peu plus de 7 millions par an. Bien que durant la période 2010-2013, la mutuelle a connu des déficits de plus d'un million de francs, Fandène réussit à obtenir souvent des soldes positifs, comme le montre le tableau. Les dettes comptent pour beaucoup encore dans la comptabilité de la mutuelle (5 millions de francs CFA). Mais il faut préciser que malgré la pérennité de Fandène, le taux de recouvrement des coûts est encore loin des 100%. La situation s'est aggravée globalement depuis les premières baisses de 2007. Les subventions de l'État sont ainsi accueillies très positivement. Avec 3500 FCFA par individu par an, le montant doit tourner autour de 10-11 millions (environ 3000 bénéficiaires). Les dettes au niveau de l'hôpital pourraient ainsi être réglées en une subvention. Bien que ces subventions puissent constituer un second souffle pour

[99] Basés sur les tarifs relevés en 2000 (Daff, 2000) à l'hôpital Saint-Jean de Dieu, le poste de santé de Thiès et les centres de santé.

la mutuelle, les comptes de la mutuelle pourraient être équilibrés par rapport aux services proposés avec des conditions de vie plus favorables pour les membres et avec un taux de recouvrement des coûts plus grands. D'après les estimations données par le Président de la mutuelle, il faudrait un budget prévisionnel annuel de 12-13 millions de francs CFA (dans le cas idéal où tout le monde cotise), pour des dépenses d'environ 11-13 millions selon les années. Le président de la mutuelle nous expliquait son problème principal : « *c'est pas un déficit qui est dû aux soins. Souvent c'est dû au manque de cotisations. Parce que les gens ont d'autres chats à fouetter, que de prendre en charge la santé, y a d'autres problèmes fondamentaux. Et puis au fur et à mesure qu'on avance, la scolarité est de plus en plus cher, de plus en plus exigeant. De nos jours pour réussir il faut être performant. Tu sais tout ça c'est à la charge souvent d'un seul père de famille, qui prend toutes les cotisations, la santé, la nourriture. En tout cas moi je dis que si c'était dans un autre milieu, bien géré, plus favorable à la vie, les coûts moins cher de la vie, la mutuelle de santé pourrait s'en sortir facilement* ». La difficulté principale se trouve ainsi dans le recouvrement des coûts, provenant d'inégalités sociales, économiques, que la contractualisation et la professionnalisation ne peuvent résoudre seules.

Source : présentation par l'auteur sur la base de l'entretien effectué en février 2015 à Fandène auprès de Pascal Ndione (Président de la mutuelle de Fandène).

En restant dans le cadre des soins de santé primaires, la capacité financière des mutuelles communautaires existe bel et bien. D'autant que les taux de recouvrement des coûts n'atteignent pas les 100%, ce qui montre que la situation pourrait même être meilleure avec les moyens existants. Il semble toutefois très compliqué de sortir des soins primaires et de se passer totalement des subventions ou des aides extérieures. Le financement de la mutualité doit se penser en cohésion avec les divers modes de financement et leur pérennité. Si la forme prise par le DECAM laisse à désirer, la volonté de partager financièrement les divers niveaux de soins est en revanche intéressante, afin de dépasser les soins de santé primaires tout en pérennisant le système des mutuelles communautaires.

4.1.2.2. Augmenter la taille pour diminuer le risque ?

Augmenter la taille n'est pas nécessaire dans le cadre des soins primaires

Cette analyse des cotisations se couple ainsi aux débats concernant la taille des mutuelles de santé. Comme nous l'avons vu plus tôt (chapitre 3), il est reconnu par la coopération internationale (Nations Unies, Institutions financières) mais aussi par le gouvernement que plus les mutuelles sont grandes, plus le risque sera partagé, plus la viabilité financière de la mutuelle sera assurée. De ce point de vue, effectivement, l'élargissement des membres facilite la possibilité

de subventions croisées et augmente la solidité financière d'une mutuelle (Dror, 2001), permettant ainsi de couvrir des soins plus hauts que les soins primaires. Mais une partie de la littérature affirme que l'échelle réduite et la détention de la structure par la communauté locale sont justement à l'origine du fait que les mutuelles communautaires de santé sont plus avantageuses que d'autres formes de couverture (Davies, Carrin, 2001 ; Zweifel, 2004).

Il faut tout d'abord préciser que, malgré la manière de présenter les mutuelles sénégalaises, leur taille n'est pas si petite. En 2006, l'effectif moyen des mutuelles communautaires était de 330 adhérents pour 1200 bénéficiaires (CRDI/HYGEA, 2006). Dans la région de Thiès, le nombre moyen de bénéficiaires était en 2003 de 1800 par mutuelle communautaire (Atim, Diop, Bennett, 2005). La mutuelle de Lalane compte cette année 436 adhérents avec près de 2000 bénéficiaires. La difficulté se situe surtout au niveau des individus et de la structure des familles, de par la différence entre le nombre d'adhérents et de bénéficiaires. Les revenus, provenant du chef de famille et parfois en plus de la mère, sont souvent faibles pour assurer la prise en charge de l'ensemble de la famille. Dans la région de Thiès, la taille moyenne de la famille est de 8 personnes par ménage (Diop, 2005). Ce n'est pas dans ce cadre la taille des mutuelles qui est à mettre en cause, mais les difficultés sociales et financières des individus à pouvoir assumer un grand nombre de bénéficiaires pour certains. Il faut ensuite ajouter que plusieurs études montrent que la taille des mutuelles n'est pas décisive dans leur viabilité financière, comme le montre le tableau suivant, dans la mesure où, rappelons-le, **les mutuelles prennent en charge les soins primaires, et non les soins plus coûteux.**

Tableau 16 : Nombre moyen des membres et des bénéficiaires selon la performance de la mutuelle

		Année			
		2000	2001	2002	2003
Mutuelle avec un bon équilibre financier	Membre	226	171	259	326
	Bénéficiaires	719	556	941	1406
	Rapport Bénéficiaires : membre	4,3	3,8	4,1	4,1
Mutuelle avec un équilibre financier mitigé	Membre	416	444	484	841
	Bénéficiaires	2239	2288	2352	2443
	Rapport Bénéficiaires : membre	5,9	5,5	6,3	5,3
Mutuelle dont l'équilibre financier est négatif	Membre	214	235	236	370
	Bénéficiaires	515	756	702	534
	Rapport Bénéficiaires : membre	2,6	3,5	3,9	3,1

Source : USAID, Abt, PHRplus, 2005 (étude menée sur 27 mutuelles fonctionnelles depuis deux au moins).

Bien que les mutuelles ayant un équilibre négatif présentent un plus faible nombre de membres, c'est également le cas dans les mutuelles ayant un bon équilibre financier. Les mutuelles qui ont le plus grand nombre de membres sont celles ayant un équilibre financier mitigé. Le tableau suivant, dans une autre étude menée sur onze mutuelles de Thiès en 2000, confirme le fait que l'augmentation de la taille de la mutuelle n'est pas décisive pour leur viabilité.

Tableau 17 : Prime à payer pour chaque mutuelle selon un taux de couverture de la population cible de 25%, 50%, et 80%

Mutuelles	25%	50%	80%
Thially	255,76	255,41	260,97
And Fagaru	255,67	256,13	255,41
Fandène	255,93	221,79	257,86
Koudiadiène	255,12	256,83	257,12
Lalane	264,79	256,37	263,14
Léhar	254,42	252,52	255,24
Mboro	255,43	254,73	255,32
Ngayengaye	255,91	255,12	239,35
Sanghé	251,53	277,73	255,95
Soppanté	254,21	253,02	255,34
Werwerlé	259,06	256,27	257,54

Source : Enquêtes mémoire D.S.E.S. (Daff, 2000).

Légende : Pour calculer ces cotisations, ont été pris en comptes : l'identification des affections et des services prioritaires, la disponibilité des soins et leurs coûts dans les structures, les taux de morbidité, les revenus des adhérents, la proportion de la prime sur le niveau de revenu, les dépenses techniques et administratives des mutuelles, le nombre de bénéficiaires et la disposition à payer des ménages. Il faut préciser que le calcul du taux de cotisation n'a pas pris en compte le ticket modérateur, le plafond ou les franchises en raison de l'hétérogénéité de la pratique des mutuelles, ainsi que les budgets de formation et de sensibilisation. Les soins pris en compte sont : grossesses, hospitalisations, paludisme, chirurgies, maladie de la peau, parasitose intestinale, diarrhées, maladies respiratoires, anémies, grippes, radiographies, autres affections.

Quel que soit le taux de couverture de la population ciblée, les cotisations « optimales » restent similaires. Toutefois, si un trop grand nombre de bénéficiaires n'est pas nécessaire, un trop petit nombre peut être fatal pour une mutuelle de santé, car, selon les taux de morbidités de la population ciblée, un faible montant de cotisations ne pourra permettre la prise en charge d'actes coûtant des milliers de FCFA. Ce seuil devrait être fixé au sein de chaque mutuelle, celui-ci dépendant des coûts et des services disponibles dans les structures de soins, de la morbidité de la population, de la taille de la population ciblée, de sa capacité à payer, etc. Dans un rapport annuel d'activités, en 2000, Le Moustarder estimait le seuil quantitatif minimal d'une mutuelle à 1000

bénéficiaires. Il est nécessaire de réfléchir à une cotisation qui permettrait à la fois d'assumer la prise en charge des soins et les autres frais de la mutuelle d'un côté, et qui serait possible à payer pour les populations alentours afin d'améliorer le recouvrement des coûts parmi les bénéficiaires d'un autre côté.

Une dilution de la réciprocité avec la massification des mutuelles

Augmenter la taille des mutuelles peut constituer un danger concernant leur aspect démocratique, compliquant encore la création d'une identité commune. Selon Waelkens et Criel (2005), la confiance entre les membres, la réciprocité se construisent en partie sur le fait qu'ils se connaissent. Cette connaissance, cette confiance se détériorent avec l'augmentation de la taille de la mutuelle. Plus le collectif est vaste, plus il est abstrait. La solidarité devient anonyme. **La légitimité du régime protecteur dépend de la personnalisation de l'échange, de la confiance entre les membres et avec les partenaires.** Cette confiance est d'autant plus grande que le collectif est étroit d'après Vuarin (2000). La solidarité de proximité s'exprime dans des effectifs réduits (Toucas-Truyen, 1998). Comme le montraient Letourmy et Pavy-Letourmy (2005), la participation au sein des mutuelles de santé est importante dans des contextes où la communauté est fortement soudée, et s'affaiblit quand les relations sociales se distendent. Pourtant le mouvement est à la massification des membres des mutuelles. La mutuelle de santé de Tefess, à Mbour, souhaite passer de 300 à 4000 voire 5000 adhérents dans les années à venir. La décision a été prise à Saint-Louis d'unifier les trois mutuelles présentes (dont une encore fonctionnelle) pour permettre une plus grande fonctionnalité. A travers des extraits d'entretiens, présentés dans l'encadré 24, nous soulignons le point de vue de certains acteurs sur la massification de ces mutuelles. Cette problématique est apparue au cours de notre travail de recherche, ce qui atteste de la rapidité de l'évolution des mutuelles au Sénégal et la nécessité de s'y adapter.

Encadré 26 : La massification des mutuelles et ses limites

Le Président de la mutuelle de Lalane est prudent : « *Dans, disons dans la tendance de cette massification, me semble-t-il, il faut une certaine prudence. Donc dans un premier temps on pense à cette massification, mais d'abord il faut qu'il y ait ce noyau dur. Qui donne sens. Comme pour cette mutuelle, il faut que l'AG adhère. Pour faire cela, il faudrait que l'AG adhère et que les gens puissent épouser un point de vue, leurs objectifs. C'est un peu ça. Parce que à l'heure actuelle, plus on a de personnes, avec la nouvelle politique gouvernementale, plus la mutuelle marche.* »

Le directeur du cabinet Hygea mettait en avant le fait que « *les mutuelles devraient proposer des valeurs surtout. Mais cela disparaîtrait avec des mutuelles fortes* ».

Source : présentation par l'auteur sur la base des entretiens effectués en février 2015 à Lalane auprès de Thomas Diop (Président de la mutuelle de Lalane-Diassap) et en août 2013 à Dakar auprès d'Idrissa Diop (Directeur du cabinet Hygea).

Ces extraits illustrent bien ce qu'évoquait la littérature sur le sujet. Si les mutuelles sont considérées comme des formes de microassurance, en évacuant les dimensions politiques, sociales, augmenter le nombre de bénéficiaires est ainsi effectivement un avantage pour permettre un meilleur partage du risque. Mais en se plaçant dans le cadre de l'ESS, cette massification présente le problème de la dilution de la réciprocité et des principes mutualistes.

Les difficultés principales par rapport à la viabilité financière des mutuelles résulte avant tout de facteurs sociaux couplés à des facteurs économiques qui impactent négativement le recouvrement des coûts, l'organisation de la mutuelle, la création d'une base sociale et une confiance envers la mutuelle et les prestataires de soins. L'étude de l'USAID sur les 27 mutuelles de Thiès montrait que sur la période 2000-2003, les taux de recouvrements moyens étaient de 53% pour les mutuelles avec une mauvaise performance financières, 67% pour une performance mitigée et 73% pour une bonne performance financière (Atim, Diop, Bennett, 2005). Ces points seront détaillés ensuite dans les obstacles et les difficultés du développement des mutuelles de santé communautaires. Il est important de souligner que les soins pris en charges par les mutuelles de santé, à partir des cotisations des membres, ne le sont pas dans leur totalité. Les tickets modérateurs ou les franchises varient (20%, 25%, 50%, etc.). Bien que les coûts soient, à l'arrivée, moins forts pour les membres qui tombent malade que s'ils n'avaient pas eu une mutuelle, ils restent toutefois très important en raison de cette somme restant à payer.

4.1.3. Coupler les diverses organisations de l'ESS pour une meilleure prise en compte des déterminants sociaux de la santé

L'un des fils directeurs de notre cadre théorique est l'importance des déterminants sociaux de la santé. Les mutuelles de santé, de par leur proximité, peuvent déjà mieux appréhender les diverses inégalités sociales qui touchent la population ciblée. Les mutuelles peuvent ainsi avoir un impact sur les inégalités de revenus qui bloquent l'accès à la santé pour un grand nombre de personnes, sur les inégalités politiques, en favorisant la parole des populations dans les prises de décisions, et sur les inégalités sociales, en cherchant à adapter le modèle de la mutualité. Les mutuelles peuvent ainsi agir sur les déterminants intermédiaires, par rapport au rôle de l'accès au système de santé ou encore à la prévention, afin de jouer aussi sur les comportements. **Mais les mutuelles ne peuvent à elles seules capter l'ensemble des déterminants sociaux de la santé, qui sont bien plus divers,** comme nous l'avons vu plus tôt dans ce chapitre. D'où l'importance du rôle de l'État en ce qui concerne les déterminants structurels (comme nous le verrons plus en détail dans le chapitre 6) et du rôle de l'ESS en général afin de mieux englober les divers déterminants intermédiaires.

Une étude intéressante menée par (Mladovsky et al., 2014), dans des mutuelles de milieux différents (Dakar, Diourbel et Thiès), montre les liens entre les mutuelles et les autres associations au niveau des adhérents. Un grand nombre de membres adhérent à d'autres associations, la dynamique associative semblant dynamique et populaire. Les ménages adhérant aux valeurs mutualistes ont plus tendance à aller vers d'autres associations. Les associations comme les mutuelles, par des mécanismes de solidarité, fournissent une protection sociale plus ou moins développée. De plus les mutuelles font souvent elles-mêmes la promotion d'autres associations. Le dynamisme de ces associations est dû à plusieurs facteurs : des rencontres régulières avec les membres, des associations plus localisées, une participation qui n'est pas financière (ou très faiblement) mais fondée sur une identité, une croyance, un intérêt communs. Les mutuelles apparaissent pour leurs membres comme plus impersonnelles, mais aussi comme meilleures gestionnaires que les associations, il y aurait plus de transparence, de démocratie. Cette étude montre à la suite de cela l'importance d'un capital social déjà constitué dans la volonté d'adhésion et de participation à une mutuelle. Les personnes se référant à des groupes sociaux, à des « parents fictifs » seraient plus à même de vouloir adhérer à des mutuelles que les personnes se référant à leur famille proche, faisant passer en premier ce type de solidarité « traditionnelle » dans la prise en charge de la maladie, et que les personnes pauvres, possédant peu de capital social. Ceci confirme l'étude menée par Jütting en 2003, qui montre que les personnes qui se sont déjà impliquées dans des expériences participatives au sein d'associations locales tendent à plus participer aux mutuelles de santé. La dynamique associationiste est forte sur le territoire. L'étude menée à Diakhao (tableau 10) montrait que 74% des personnes interrogées étaient membres d'un mouvement associatif en en 2007. Les associations y sont nombreuses et diverses : Organisations Villageoises pour le Développement, Groupements de Promotion Féminines, Groupements d'intérêts Economiques, tontines, groupements d'entraides, coopératives, Dahiras (associations de personnes sur la base religieuse pour une solidarité mutuelle en cas de mariages, décès, maladies, etc.) (Akra, 2007).

Nos observations confirment ces éléments. Les comités de santé comme les mutuelles communautaires se concentrent principalement sur les inégalités économiques concernant la prise en charge de la santé. Les revenus des personnes exclues des couvertures obligatoires étant faibles, le but des mutuelles est de proposer des garanties en échange de cotisations très faibles. Toutefois les initiatives citoyennes de multiplient dans la santé comme dans d'autres domaines, permettant des rapprochements entre les acteurs luttant contre les inégalités diverses. Ce rapprochement peut se faire à partir des membres, des mutuelles, voir même à l'échelle des collectivités locales organisant des journées associatives. Les mutuelles communautaires ne sont pas les seules structures dynamiques, les associations constituent également des éléments de précaution, de protection et de solidarité entre les individus. Les identités collectives ainsi créées

pourraient bénéficier aux mutuelles de santé comme aux associations en mettant en commun leurs forces et en échangeant leurs expériences. Ces diverses initiatives s'appuient à la fois sur des **impératifs économiques** (touchant aux inégalités de revenus), **socioculturels** (touchant aux inégalités sociales, géographiques, culturelles) et **sociopolitiques** (luttant contre les inégalités dans la prise en compte de la parole des acteurs, des besoins des populations dans les décisions au niveau des politiques de santé et des autres domaines du développement).

4.2. Des difficultés techniques, institutionnelles et sociales

4.2.1. Des obstacles internes

4.2.1.1. Un fort manque de moyens

Les mutuelles connaissent de nombreuses défaillances, dans la gestion de l'institution, celle-ci dépendant principalement des compétences du gérant principal et de l'existence d'un appui technique proposé par des structures extérieures (Dupré, 2011). Le problème se trouve être le même que la décentralisation, bien que de nombreuses pratiques d'entraides aient tout de même vu le jour. Le système national n'a pas vraiment permis aux communautés d'acquérir les compétences et l'expérience pour prendre en main ce genre d'institutions. Ainsi les collectivités s'impliquent encore peu dans la promotion du système mutualiste, devant faire face à une période de transferts et d'apprentissage des compétences, au-delà des textes mis en place il y a déjà une décennie. Les mutuelles communautaires émanant de la société civile locale peuvent donc se retrouver également limitées par ce type de problème, dans leur gestion, dans leurs liens avec les collectivités encore jeunes, mais aussi dans leurs expérimentations. La transition pour la mutualisation dans un cadre décentralisé sera donc longue, surtout dans les régions rurales nécessitant des moyens humains et financiers ainsi qu'un cadre stable (Baade-Joret, 2006).

Il est, pour beaucoup de mutuelles communautaires, difficile d'avoir accès à un local, même au sein de mutuelles intégrées dans le DECAM. La mutuelle de Fandène est dans ce cas, le siège étant le foyer du Président. La mutuelle And Faju, à ses débuts en 2004 et 2005, organisait les réunions dans la rue. Les liens, avec les pouvoirs publics, avec l'offre de santé, avec les associations, ont permis dans plusieurs cas rencontrés d'avoir accès à un local, au moins pour les réunions. A la mutuelle And Fagarfu, le siège résulte d'une bonne volonté d'Intermondes, l'ONG d'appui, et de l'ancien chef de poste qui s'est investi pour convaincre de donner une portion de terrain. Le système d'information pose également souvent problème. Beaucoup de mutuelles communautaires n'ont pas de système informatique, toutes les informations sont tenues sur des cahiers s'accumulant au cours des ans, ce qui complique la gestion et la transparence. Ceci rejoint

un élément que nous avions souligné plus tôt (cf. Chapitre 4, section 2): les difficultés pour les mutuelles communautaires à pouvoir assumer et suivre les remboursements aux structures de soins, en raison des manques de moyens techniques, comme financiers. Certaines mutuelles, comme Fandène, peuvent s'appuyer sur l'ordinateur possédé par un membre. L'étude du Phrplus menée en 2005 à Thiès montrait que moins de la moitié des mutuelles conservaient les procès-verbaux des réunions, que peu d'entre elles émettaient des rapports d'activité et qu'un tiers d'entre elles proposaient un budget annuel à l'Assemblée générale. Toutefois, la nécessité de ces outils de gestion et de suivi doit être remise dans son contexte. Que ce soit en milieu urbain ou rural, l'analphabétisme est important au Sénégal. En 2011, d'après les données de la Banque mondiale, le taux d'alphabétisation des adultes (15 ans et plus) était de 52%. En 2010, au sein des mutuelles au premier franc, environ 42% des membres n'étaient pas alphabétisés (Hygea/CRDI, 2010). Même en présence des outils de suivis, la capacité de comprendre et de s'intéresser à la gestion de la mutuelle n'est pas accessible à tous. **D'où l'importance de la confiance accordée aux dirigeants, les membres jugeant surtout les résultats**.

4.2.1.2. Le problème du recouvrement des coûts

Le recouvrement des coûts (qui ne correspond pas ici au paiement direct de l'Initiative de Bamako mais au volume des cotisations à jour) **est l'une des difficultés principales des mutuelles communautaires**. Même dans une mutuelle « exemplaire », telle que celle de Lalane, le recouvrement tourne autour de 75-76% d'après les informations que nous avons recueillies sur place, ce qui est encore loin de l'ensemble des personnes inscrites en tant que membres. Fandène également atteste de la difficulté de faire cotiser tout le monde, malgré la présence d'une forte base sociale, comme nous le montrons dans l'encadré suivant.

Encadré 27 : Même avec une base sociale forte, le recouvrement des coûts est complexe

Le président de la mutuelle de Fandène nous disait : « *tu sais, Fandène c'est une communauté à 100% catholique, il était plus facile pour eux, 100% sérère, même ethnie, il y a la religion et la culture de commun. Ils avaient l'habitude déjà de travailler en collectif au sein de chaque famille. La réunion était facile, y avait le langage, l'ethnie, la religion. Ce sont des facteurs qui ont permis l'union rapide des villageois. Facile pour les réunir mais pour les faire cotiser c'est autre chose. Il a fallu qu'un noyau dur se forme à Fandène et qui est parti faire de la sensibilisation auprès des 9 communautés de bases de Fandène. De janvier 89 jusque décembre, c'était la sensibilisation, l'information, les cotisations pour avoir un matelas financier avant d'entamer la prise en charge.* »

Source : présentation par l'auteur sur la base de l'entretien effectué en février 2015 à Fandène auprès de Pascal Ndione (Président de la mutuelle de Fandène).

Les faiblesses de la capacité contributive des populations ciblées, la périodicité des cotisations, sont l'une des raisons principales du faible recouvrement des coûts observés dans les mutuelles communautaires d'après de nombreux auteurs (Massio, 1998 ; Tine, 2000 ; Atim, 2000 ; Chee, Smith, Kapinga, 2002 ; Criel, Barry, Von Roenne, 2002 ; Fonteneau, 2003 ; Criel, Waelkens, 2003 ; Jütting, 2003 ; Basaza, Criel, Van Der Stuyft, 2007 ; Chankova et al., 2008 ; Gnawali et al., 2009 ; Shafie, Hassali, 2013). D'autres arguments ont été avancés d'après des études de cas menées au Sénégal (Mladovsky et al., 2014), comme le fait que, malgré la petite taille des mutuelles, l'ensemble des bénéficiaires ne connaissent pas les responsables de la mutuelle, ce qui freine la construction d'une identité commune. Selon les mêmes auteurs, l'éloignement des membres et des responsables, le manque d'infrastructures de transport, le temps disponible pour se déplacer, sont des facteurs qui empêchent la mise en place de contacts réguliers.

Nos observations confirment la littérature sur le sujet. Nous avons identifié diverses raisons qui compliquent le recouvrement des coûts : l'éloignement des personnes par rapport au local ; le manque de suivi des adhérents ; l'absence d'une identité commune ; des erreurs, des oublis, de la part des membres comme du personnel. Mais souvent les plus grandes difficultés sont financières. Malgré l'hypothèse de la capacité de paiement des populations sur laquelle se base les évolutions de la couverture maladie, les adhérents ont de réelles difficultés à assumer la cotisation et les coûts annexes. Les populations rencontrées au sein des mutuelles sont très hétérogènes dans leur capacité à payer. Si certains, notamment en milieu urbain, sont prêts à augmenter les cotisations, la plupart, surtout en milieu rural, peinent déjà à payer les faibles cotisations proposées (en 2013, d'après le rapport du conseil interministériel sur la CMU, 58% des mutuelles ont des taux de cotisations inférieurs ou égaux à 200FCFA par personnes et par mois, soit environ 30 centimes d'euros). Bien que les cotisations peuvent se faire de manière mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle pour mieux s'adapter aux irrégularités des revenus, de nombreux ménages ne peuvent être réguliés dans leurs cotisations, que ce soit en milieu rural, les revenus dépendant fortement de la pluviométrie, ou en milieu urbain, avec des emplois principalement informels.

En plus de cela, il faut **assumer le ticket modérateur** dans les structures de santé et dans les pharmacies. Souvent les bénéficiaires suivent le processus jusqu'à la consultation, mais ne peuvent acheter les médicaments, du fait des coûts, mais aussi de la difficulté de trouver des pharmacies agréées par la mutuelle à proximité, ou encore des disfonctionnements dans la prise en charge du fait de liens difficiles entre les mutuelles communautaires et les pharmacies (source : nos observations). Le conseil interministériel sur la CMU en 2013 notait que 72% des mutuelles ne prennent pas en charge les ordonnances dans les pharmacies privées. Une étude menée en auprès des mutuelles de Thiès (Daff, 2000) montrait que 25% des adhérents des mutuelles

étudiées sont dans une situation de forte précarité. Leur revenu ne dépassait pas 20000 FCFA, cela devient alors impossible de cotiser pour une mutuelle dans la mesure où il est déjà complexe de nourrir toute la famille. Ainsi les arriérés de cotisations sont souvent importants et varient fortement selon les mutuelles. Pour donner quelques exemples, d'après une enquête du PHRplus dans la région de Thiès en 2002, le total des arriérés à Fandène était de 153901F (59 bénéficiaires concernés). À Jappo, le total était de 3591800F (186 bénéficiaires concernés sur 1164). À Petit Thialy, le total était de 45900F pour 13 bénéficiaires concernés sur 2034 (Sarr, 2007).

En conséquence les taux de déperdition des membres sont parfois grands dans les mutuelles communautaires. Les mutuelles prévoient la suspension des adhérents s'ils ne sont pas à jour dans leurs cotisations, la durée dépendant des structures. Mais souvent ces suspensions sont définitives, les adhérents deviennent alors des perdus de vue. Cependant, par manque de suivi mais aussi parce que c'est une pratique peu courante, gênante, les perdus de vue ne sont pas radiés et restent bien inscris dans les comptes des mutuelles. La démission peut avoir un caractère très officiel, comme dans la mutuelle And Fagaru, qui demande une lettre de démission. Dans l'autre sens, la plupart des membres perdus de vue se considèrent toujours comme des membres à part entière, impliquant ici une identité collective qui se manifeste malgré les irrégularités dans les cotisations. Certaines mutuelles ont tenté de régler ce problème par la régulation des arriérés de cotisations, d'autres ont décidé de prendre en charge des membres suspendus tombés malades (Hygea, 2010a). Le manque de ressources financières reste, malgré les efforts des mutuelles à mettre en place de faibles cotisations, décisif. Ces déperditions proviennent également des différences d'adéquation entre les aspirations des membres et les garanties proposées par la mutuelle, souvent jugées trop basses. Plusieurs adhérents rencontrés ont pointé l'insuffisance des couvertures (accès aux hôpitaux plutôt qu'aux postes et centres de santé, certains actes spécifiques à prendre en charge, amélioration de la prise en charge des médicaments). Ce dernier point devrait évoluer avec le nouveau schéma de prise en charge, partagé entre les mutuelles et l'État.

4.2.1.3. Une sensibilisation à améliorer

Nos observations auprès des mutuelles rencontrées ont rapidement ciblé ce problème d'information entre les membres et la structure. Ces problèmes d'informations peuvent aboutir à des problèmes de défections importants et à un manque de confiance envers la mutuelle[100].

[100] Dans leur étude (Mladovsky et al., 2014), les auteurs citent comme exemple : « Un problème majeur est apparu à Soppante lorsque l'hôpital privé, avec lequel la mutuelle avait un contrat, a commencé à faire payer le prix plein aux adhérents de la mutuelle car l'hôpital avait un différend vis-à-vis des délais de remboursement de la mutuelle. Cela a conduit à la défection de nombreux membres car l'information n'était pas passée auprès des adhérents. »

Comme nous l'avions supposé plus tôt, la fréquence des rencontres entre les membres, les dirigeants, semble peu adaptée afin d'obtenir une organisation viable, ici dans la diffusion des informations. Au niveau de la sensibilisation des populations non-membres, bien que les campagnes d'informations aient un impact positif, l'information se fait la plupart du temps par le bouche à oreille. Nos observations ont montré que la famille compte beaucoup aussi dans la diffusion de l'information, comme l'illustre ce cours extrait, dans l'encadré suivant, des entretiens menés auprès des membres à la MS-PAMECAS.

Encadré 28 : La famille comme canal d'information courant

Parmi les adhérents interrogés de la caisse Mecson, la famille, surtout les enfants adultes, reviennent souvent comme source de l'information :
« *Mon garçon sait mieux, c'est même lui qui a sensibilisé sa maman pour ouvrir le compte* »,
« *Ce sont mes filles qui ont décidé de nous faire nous prendre en charge* ».

Source : présentation par l'auteur sur la base des entretiens effectués auprès des membres de la MS-PAMECAS de Marche Ndiareme, juin 2014.

Les mutuelles multiplient ainsi les actions : caravanes, journées avec d'autres associations, radios communautaires, etc. La sensibilisation, l'information revêt, tout comme l'organisation de la mutuelle en elle-même, un caractère différent selon le milieu. En zone rurale, il est nécessaire de sensibiliser des personnes clés ou directement des communautés très homogènes. En milieu urbain, le bouche-à-oreille est plus limité, la sensibilisation doit se tourner vers des individus plus isolés, des petits groupes, des populations hétérogènes. **Il pourrait être intéressant dans ce cadre de se baser sur d'autres associations, d'autres initiatives communautaires, et également sur des personnes clés, afin d'améliorer les taux de pénétration des populations ciblées.**

4.2.2. Des obstacles institutionnels et sociétaux

4.2.2.1. Le bénévolat en question

La question du bénévolat et de la professionnalisation des mutuelles est au cœur de l'évolution des mutuelles de santé, aussi bien au sein des mutuelles que des acteurs extérieurs. Dans certains cas, les gérants reçoivent une petite motivation, en frais de transports par exemple. Au sein de la mutuelle And Fagaru, le gérant, assurant la permanence, possède une activité au sein du local directement (photocopies, journaux, poste, etc.) pour assurer un revenu. La tâche est lourde. Que ce soit dans un milieu professionnel, comme pour le personnel de la MS-PAMECAS, ou en milieu bénévole, ces personnes doivent gérer de nombreux adhérents avec des systèmes

d'informations souvent rudimentaires, compliquant le suivi. La question du bénévolat peut être positive, dans l'engagement et le désintéressement des dirigeants, dans la mesure où ils sont censés être renouvelés régulièrement. Dans ce cas **l'engagement de personnes ne dépend pas d'une rémunération, mais de leur place et de leur responsabilité au sein de leur communauté**. L'entretien mené avec le président de la mutuelle de Fandène, dont un extrait est présenté dans l'encadré suivant, illustre bien le tiraillement entre les difficultés et les apports du bénévolat.

Encadré 29 : L'engagement avant tout pour certains dirigeants

Malgré les difficultés du bénévolat, les personnes dirigeantes rencontrées sont généralement fières de leur travail. Ainsi, le président de la mutuelle de Fandène : « *Ici c'est Keur Ndiour, y a des maisons à 4km d'ici. C'est vaste, c'est 9 communautés de base. Ce sont les gens qui apportent eux-mêmes leur cotisation, donc c'est encore plus difficile, le temps, le trajet. Et encore y a pas de siège. Faut aller chez le gérant. Souvent les gens disent mais comment vous arrivez à vous en sortir comme ça ? On se décarcasse ! C'est le devoir de tout bon citoyen, d'aider sa population, donc il faut qu'on s'y mette.* » Il ajoute, illustrant les contradictions de la tâche : « *Moi je suis président de la mutuelle depuis octobre 97. J'ai travaillé avec 4 ou 5 bureaux exécutifs, mais chaque fois on me reconduit en tant que président, donc je me dis que je vais me donner pour mon village, mais c'est difficile, c'est difficile.* » Concernant la question du bénévolat, il pense que « *si c'est du bénévolat, là au moins on peut dire qu'il n'y aura pas de tiraillement. Mais dès qu'il y a, tu sais, avec la CMU, c'est ça qu'il fait qu'il y a le fusionnement pour la création des mutuelles. Ils ont entendu que l'État allait subventionner, chacun a tendance à créer une mutuelle. Mais c'est pas ça. Il faut avoir le culte de l'unité, de la communauté, de l'entraide, pour créer une mutuelle.* »

Source : présentation par l'auteur sur la base de l'entretien effectué en février 2015 à Fandène auprès de Pascal Ndione (Président de la mutuelle de Fandène).

Ainsi, selon certains acteurs, **le bénévolat serait l'émanation de l'identité communautaire au sein de la mutuelle**, il garantirait en quelque sorte les valeurs propres à la communauté. Les capacités de gestion sont fondamentales, mais elles doivent s'exprimer dans le cadre de l'autogestion, et non à l'aide de « professionnels », « d'experts », extérieurs au contexte. Les formations sont ainsi devenues ces dernières années la solution aux problèmes de gestion des mutuelles communautaires de santé. Elles peuvent être proposées à un niveau local, comme à Thiès avec le GRAIM, mais elles sont le plus souvent proposées directement par les organisations internationales (USAID, Abt, BIT, etc.). Des guides sont mis en place pour que les personnes sur le terrain s'appuient sur de « bonnes pratiques ». Le partage d'expériences au sein de l'ESS est un point positif permettant de maintenir une réelle dynamique mutualiste. Des outils plus adaptés, plus efficaces, sont également importants afin d'améliorer la viabilité des mutuelles. Mais les

guides se trouvent être encore une fois une approche « top down », diffusant des pratiques universelles que les acteurs de terrains intègrent, formatant l'organisation des mutuelles qui, comme nous le voyons dans ce chapitre, souffre d'un manque de prise en compte des spécificités locales et de l'importance de la légitimité de la structure au sein des communautés. Ce qui découle sur une inadéquation des formations, comme l'illustre l'anecdote recueillie dans l'encadré suivant.

Encadré 30 : Un manque d'adéquation des formations

Le coordinateur du Graim nous racontait une anecdote : « *Il y a deux semaines on faisait une formation sur le plan comptable de l'UEMOA, y a eu des experts envoyés pour faire la formation. On les a laissés de côté pour aller prendre d'autres, un cabinet proche de l'USAID, pour que eux viennent animer l'atelier. J'avais à côté de moi un agent qui avait suivi le plan comptable de l'UEMOA, mais est très critique par rapport à ce qu'ils produisent. On a tellement réagi lors de cet atelier là pour montrer l'insuffisance, et ils nous ont appelé en aparté, ils nous ont dit « on sait que vous avez un certain niveau dans la comptabilité, mais on voudrait que vous nous compreniez et après on se verra pour améliorer*.»

Source : présentation par l'auteur sur la base de l'entretien effectué en juin 2014 à Thiès auprès d'André Wade (Coordinateur du GRAIM).

Les formations devraient se baser sur deux éléments importants, d'après cette anecdote : choisir les acteurs qui sont considérés comme légitimes par les personnes formées ; s'adapter aux compétences qui existent déjà au sein de la société, privilégier le partage d'expériences à l'apprentissage unilatéral. Pour Sow/PROMUSAF et le GTZ (Huber, Hohmann, Reinhard, 2003), les compétences locales doivent être identifiées, développées et mieux utilisées. C'est dans cette optique que la formation continue des dirigeants du GRAIM a permis de construire ensuite d'autres formations, à travers des formations et un partage d'expériences au niveau local entre le GRAIM et les promoteurs des mutuelles communautaires. L'approche consiste ainsi à former des personnes ressources, qui font partie du mouvement mutualiste, qui s'identifient aux principes propres à la mutualité, qui ont une grande connaissance du contexte local. Dans certains cas, des guides sont mis en place à un niveau local, avec l'appui des réseaux, constituant une expérience déjà plus proche de partages d'expériences horizontaux plutôt qu'une diffusion verticale, du haut vers le bas.

Les manques de moyens, de ressources humaines, de temps, jouent également négativement sur l'information et la sensibilisation. Au sein de la mutuelle, les informations ont du mal à se diffuser, que ce soit dans le sens de la mutuelle vers les membres ou des membres vers

la mutuelle[101]. Les membres ne connaissent pas toujours bien, même après plusieurs mois d'adhésion, les services proposés, les structures agréées, la fréquence des cotisations ou encore les interlocuteurs. A l'inverse, les membres informent peu la structure, concernant les changements dans les familles ou encore quand ils sont en incapacité de payer des cotisations. Selon le milieu, la zone géographique à couvrir, le temps, les moyens pour se déplacer sur le terrain, les informations de changement ont du mal à parvenir à tous les membres, d'autant que la fréquentation fluctue aux AG annuelles. Bien que les dirigeants des mutuelles soient souvent des personnes dynamiques au sein des communautés, de nombreux adhérents ne connaissent pas les membres de la direction (Mladovsky et al., 2014).

4.2.2.2. Des liens complexes avec l'offre de santé

Le problème de confiance envers l'offre de santé influe sur la confiance accordée aux garanties des mutuelles communautaires. Au niveau quantitatif et qualitatif, les insuffisances sont grandes : éloignement des structures de soins, manque de personnel, de matériel. La qualité perçue par les populations est influencée par la qualité des médicaments, les ruptures de stocks, les surprescriptions ou encore la façon dont les patients sont traités d'après leur statut socioéconomique (Waelkens, Criel, 2004 ; De Allegri et al, 2005). **La qualité des soins n'est pas figée, elle est construite par rapport à un contexte donné, par rapport à des perceptions individuelles et collectives, et évolue** (Criel, Blaise, Ferette, 2006). L'obligation de passer par un centre agréé ou de respecter le schéma de la pyramide sanitaire peut poser des problèmes aux personnes qui font confiance à une structure ou un médecin spécifiquement. Une étude menée sur les formations sanitaires dans les districts de Gossas, Koungheul et Sokone dégageait plusieurs facteurs liés à la perception des populations de ces structures de soins : l'accessibilité socioculturelle, surtout en milieu rural (confiance, bon accueil, empathie), l'accessibilité financière, l'accessibilité géographique, la qualité des soins (niveau d'équipement médical, facteur affectif, compétence du personnel) (Ndoye, Fall, 2010).

L'offre de soins agréée par les mutuelles se base sur les structures de santé « modernes ». Pourtant, la médecine « traditionnelle » est importante au Sénégal. L'automédication est également importante, appuyée par les vendeurs de médicaments ambulants. De nombreux adhérents à des mutuelles de santé valorisent les deux types de soins, allopathique et traditionnel, et continuent de faire appel à la médecine traditionnelle après leur adhésion (Mladovsky et al., 2014), d'où l'importance d'une meilleure compréhension de la perception des populations en ce

[101] Une adhérente rencontrée à la MP-PAMECAS de Parcelles Assainies le 4 juin 2014 expliquait avoir 8 bénéficiaires inscrits dans son carnets, mais n'en comptait réellement plus que 6 et ne l'avait pas déclaré. Des décalages peuvent ainsi se glisser dans les comptes par rapport au nombre réel de bénéficiaires.

qui concerne la santé, la médecine, comme nous le soulignons dans l'encadré suivant au travers de quelques extraits d'entretiens.

Encadré 31 : Les difficultés pour se rapprocher des structures proposant une médecine allopathique

« *Il faut songer à la culture des institutions de santé* » nous disait le directeur exécutif d'Intermondes. « *On les fréquente difficilement. On les considère comme un milieu ésotérique. C'est pas évident pour une personne lambda de pouvoir connaître ce milieu* ».

Un adhérent de la caisse Mecson, de la PAMECAS nous disait qu'il « *habite dans une zone très ancienne de Guédiawaye, et j'habite avec des gens, quand ils tombent malades, ils pensent tout de suite à la pharmacopée. On est dans une zone extraordinaire pour ça, avec la médecine traditionnelle, il faut allier les deux.* »

La perception des populations est ainsi très importante pour comprendre leur comportement en termes de soins : « *la maladie n'y est pas perçue seulement comme un désordre physiologique, mais comme une rupture de l'harmonie avec certaines composantes de l'environnement matériel ou immatériel. Dans ce registre, la médecine scientifique n'est pas toujours efficace, et l'initiative est laissée aux spécialistes populaires mieux armés pour lutter sur le terrain symbolique et obtenant des résultats probants bien que souvent occultés* » (Enda Graf Sahel, 1994, pp 33-34).

Source : présentation par l'auteur sur la base des entretiens effectués en août 2013 à Guédiawaye auprès de Mamadou Ndiaye (Directeur exécutif d'Intermondes), et à la caisse Mecson (MS-PAMECAS) à Marche Ndiareme en juin 2014 auprès des membres. La dernière citation provient de Réinventer le présent, d'Enda Graf Sahel. Ce livre a constitué en une introspection de l'ONG Enda Graf et de ses actions et a été le fruit de « concertations régulières et d'actions communes avec des groupes de recherche populaires » (p121).

Si la médecine traditionnelle est peu prise en compte de manière générale, certains acteurs, tels que l'OMS et les États africains, lui accorde une grande importance. L'OMS définit la médecine traditionnelle comme « *la somme totale des connaissances, compétences et pratiques qui reposent sur les théories, croyances et expériences propres à une culture et qui sont utilisées pour maintenir les êtres humains en bonne santé ainsi que pour prévenir, diagnostiquer, traiter et guérir des maladies physiques et mentales*[102]. » Mais peu de pays encadrent et promeuvent réellement la médecine traditionnelle. Au Sénégal, certaines avancées ont eu lieu depuis plusieurs années. En 2007, un financement pour la valorisation des activités de la médecine traditionnelle a été accordé, financé à moitié par le gouvernement italien, en partant du constat qu'une majorité de patients font appel à cette médecine, et que même la médecine moderne se tourne parfois vers les guérisseurs traditionnels[103]. En 2015, l'Organisation Ouest-Africaine de la Santé organisait une

[102] Définitions extraites des *Principes méthodologiques généraux pour la recherche et l'évaluation de la médecine traditionnelle*, publiés en 2000 par l'OMS (http://www.who.int/topics/traditional_medicine/definitions/fr/, consulté le 13/01/2015).

[103] Source : http://www.soninkara.com/informations/actualites/medecine-traditionnelle-au-senegal-et-au-mali--litalie-accorde-un-financement-de--de-2-milliards.html (consulté le 13/01/2015).

réunion entre les autorités de régulation et les responsables de la médecine traditionnelle. Le clivage reste cependant important entre médecine moderne et médecine traditionnelle, qui reste exclue des divers indicateurs de la santé et ne sont pas pris en compte dans les schémas de la couverture maladie au Sénégal.

4.2.2.3. Des pressions externes importantes

Les difficultés institutionnelles des mutuelles, de leur capacité à se positionner comme un acteur à part entière dans le schéma de la couverture maladie dans le pays, résultent de plusieurs facteurs. Les difficultés techniques et financières les forcent à survivre, les préoccupations urgentes prennent le pas sur des processus de plus long terme asseyant une démocratie interne réelle et une identité collective. Sur la face de la démocratie interne propre à l'ESS, les mutuelles communautaires ont ainsi du mal à intégrer l'ensemble des membres. Le contexte joue également : manque de l'offre de santé, analphabétisme, structures familiales, liens entre les individus, les facteurs sont nombreux et multidimensionnels. Vouloir développer les mutuelles sans améliorer les déterminants sociaux de la santé et l'offre de santé est ainsi un projet ardu au niveau technique. De ce fait, les mutuelles se trouvent dépendantes des bailleurs de fonds, se devant d'acquérir, malgré le manque de moyens, leurs objectifs et leurs méthodes.

Les pressions exercées sur les mutuelles de santé, de par les objectifs fixés par le gouvernement mais aussi par les bailleurs de fonds, limite la capacité des mutuelles à pouvoir se constituer comme un système alternatif, ayant un poids dans les décisions concernant la santé. Bien que les programmes de développement intègrent désormais les mutuelles comme piliers de l'extension de la couverture maladie, ce qui était un pas positif, les objectifs sont fixés sans concertation et la convention mutualiste se diffuse. Une certaine « banalisation » des mutuelles se développe. D'une manière similaire à la dynamique de l'ESS dans les pays occidentaux (Hély, 2009), l'évolution de la place des pouvoirs publics, en particulier la décentralisation, a installé un mode de collaboration particulier par le partenariat. Ceci débouche sur un rapport de force entre les résultats attendus par les pouvoirs publics et les bailleurs de fonds d'un côté et l'autonomie des mutuelles de santé de l'autre. L'une des explications aux difficultés abordées précédemment se retrouve dans cette tension entre les objectifs propres à la mutuelle communautaire, la réciprocité, l'équité horizontale, et la viabilité financière. L'État délègue une grande partie de la prise en charge de la santé à ses partenaires, les mutuelles permettant de capter des financements alternatifs. Sur la face de sa démocratie externe, les mutuelles de santé communautaires peinent donc aussi à se positionner et à représenter les réels intérêts et besoins des membres. Les responsables des mutuelles, malgré la faiblesse des interactions étudiées, sont généralement des personnes connues, dynamiques dans les

communautés, pouvant mettre en avant leur réseau afin de tenter d'influer sur les décisions concernant la santé, de transmettent les valeurs provenant des mutuelles de santé (nos observations, Mladovsky et al., 2015). Bien que les difficultés furent grandes, la fédération est un exemple de l'influence des acteurs mutualistes à l'heure actuelle afin de tenter d'autonomiser les mutuelles de santé. Toutefois, dans les rapports de force entre les acteurs, le poids de la représentation externe des mutuelles communautaires de santé par leurs dirigeants est limité par rapport à celui des autres acteurs. Pour tenter de développer le partage d'expérience et d'améliorer les capacités institutionnelles des mutuelles, des réseaux et des unions se développent depuis les années 1990. Mais les difficultés sont encore nombreuses. Une étude menée à Thiès pointe les faiblesses institutionnelles des mutuelles, telles que leur faible implication dans la définition des politiques de santé, leur faible représentation dans les comités de santé, dans les CA des établissements publics, la faiblesse des relations avec les collectivités locales, le déficit de communication (Devignes, 2014).

Conclusion du chapitre 5

Les mutuelles communautaires sénégalaises, malgré les difficultés, cherchent à bien à lier les divers critères de l'ESS : la pluralité économique est mise en avant, avec des petits systèmes de mises en commun des ressources dans le cadre de la santé primaire, bien que cela s'inspire de l'assurance ; la pluralité démocratique se retrouve dans l'organisation propre aux mutuelles (élections, un membre = une voix), mais l'application réelle du jeu démocratique rencontre de nombreuses difficultés ; l'identité commune est à la base de ces mutuelles, mais varie en réalité fortement selon les milieux. La réciprocité est bien un fil directeur des mutuelles communautaires, les membres s'attendent à un retour du reste de la communauté. La solidarité a aussi cours (prise en charge des indigents ou des membres en retard sur leurs cotisations par exemple dans certaines mutuelles), mais **reste secondaire par rapport à la réciprocité**. Se baser sur la « solidarité africaine » est bien un idéal, les mutuelles se basent avant tout sur la réciprocité propre à une telle organisation et dont les règles qui en découlent dépendront du contexte dans lesquels cette réciprocité s'inscrit.

Pour les mutuelles communautaires, les obstacles sont nombreux. Le manque de ressources (techniques, financières, éducatives) pèse sur la viabilité des mutuelles. De plus, de par leur difficulté à se positionner dans le large prisme d'acteurs concernés par leur développement, elles rencontrent des difficultés institutionnelles qui ne leurs permettent pas d'appliquer pleinement la démocratie représentative, externe, propre à de telles structures de l'ESS. Ces difficultés découlent des inégalités sociales selon les territoires, de la place limitée des mutuelles par rapport aux autres acteurs, mais aussi du manque de base sociale qui complique l'engagement

de chacun. Les difficultés sont à la fois techniques, institutionnelles et sociétales. Les obstacles présentés précédemment, en allant des obstacles internes aux obstacles externes, montrent bien que la santé est multidéterminée et que la capacité des mutuelles à impliquer les membres et à subsister dépend de ces déterminants sociaux de la santé. Si divers groupes de déterminants coexistent, ils sont liés les uns avec les autres, ce qui rejoint le besoin d'une approche systémique au niveau des mutuelles de santé (local) comme au niveau du système de santé (national). Certaines premières conditions ressortent pour la réussite des mutuelles de santé communautaires. Ces pistes seront étudiées plus en détails dans le chapitre 6 :

- l'intérêt pour les populations de se protéger contre les maladies. Le registre de l'intérêt est fort parmi les membres, il faut déjà acquérir la notion de prévoyance, ce qui est un long processus dans certains milieux.

- un sous-bassement social déjà fort, nécessitant ensuite de travailler entre les divers groupes. Se baser sur des identités déjà existantes peut être à la fois un avantage et un inconvénient. Elles existent toutefois et sont très fortes, il est ainsi nécessaire de les prendre en compte. Dans un groupe fortement homogène, l'ensemble du groupe adhère ou n'adhère pas. Il s'agit de ne pas s'enfermer ainsi mais d'essayer de réunir divers groupes et individus extérieurs à travers une identité partagée en cohérence avec leurs valeurs propres. Une taille limitée pour les mutuelles communautaires semblerait ainsi plus adaptée, allant à l'encontre des recommandations à agrandir au contraire les mutuelles pour mieux partager le risque. L'échelle réduite est en effet considérée comme positive dans la littérature sur les mutuelles (Davies and Carrin, 2001, Zweifel, 2004, Capital social, 2014), contrairement à la vision actuarielle se basant sur la solidité financière avant tout. Ces questions seront débattues dans la partie suivante.

- une confiance forte envers l'offre de santé mais aussi les dirigeants et entre les membres

- de ces deux derniers points découlent l'importance d'une identité commune et d'une meilleure participation de la population. Les difficultés et la périodicité des rencontres ne semblent pas permettre une réelle adhésion de chacun aux principes de la mutuelle. Les informations se diffusent peu, la solidarité reste trop souvent financière, le recouvrement des coûts est complexe. Malgré les difficultés financières, géographiques, temporelles, une meilleure base sociale pourrait être à même d'atténuer certains problèmes. Quand des personnes se demandent « peut-être si j'investis mon argent, est-ce que c'est sûr qu'en cas

de besoin, on va m'aider comme on me l'a offert au départ ? »[104], la réponse par la confiance et la réciprocité pourrait être plus efficace que par la contractualisation. Les liens de confiance semblent bien plus forts.

- la prise en compte de divers déterminants sociaux de la santé, allant de l'éducation, pour mieux assoir la démocratie au sein de ces organismes, améliorer l'implication des membres, à la prise en compte des différences culturelles. On ne peut espérer mettre en place des systèmes viables sans prendre en compte l'ensemble des spécificités de chaque territoire qui peuvent accélérer ou freiner la dynamique mutualiste. Tous les problèmes abordés précédemment sont liés. On ne peut aborder l'un sans l'autre. Les mutuelles, pour se développer, doivent avoir une vision d'ensemble de leur système, et le faire évoluer par l'implication des membres dans des boucles de rétroaction.

[104] Citation d'une adhérente de la PAMECAS, réfléchissant sur le manque de confiance des gens concernant les mutuelles de santé. Entretien effectué à la caisse Mecson, à Marche Ndiareme, en juin 2014.

PARTIE 3

Les conditions d'une transition réussie

Les mutuelles au premier franc sont diverses : principalement communautaires, elles côtoient d'autres formes de plus grande envergure. Pour dépasser leurs difficultés, les expériences se multiplient. Mais ces diverses évolutions peuvent-elles permettre un rassemblent des différentes formes de mutuelles pour leur donner un poids plus important par rapport aux autres acteurs dans la transition du système de santé ? Cette question sous-jacente à nos hypothèses (cf. chapitre 3) est développée dans le chapitre 6, en cherchant à mettre en évidence les convergences et les divergences entre ces mutuelles en partant de notre grille d'analyse. Enfin (chapitre 7), nous mettons en lumière, à partir de notre apport empirique et d'un retour théorique, les différentes perspectives qui s'offrent aux mutuelles de santé dans le contexte de la transition du système de santé sénégalais. Les mutuelles tout comme le système de santé plus globalement ne devraient pas résulter d'un processus et d'une mise en application « clé en main ».

Chapitre 6

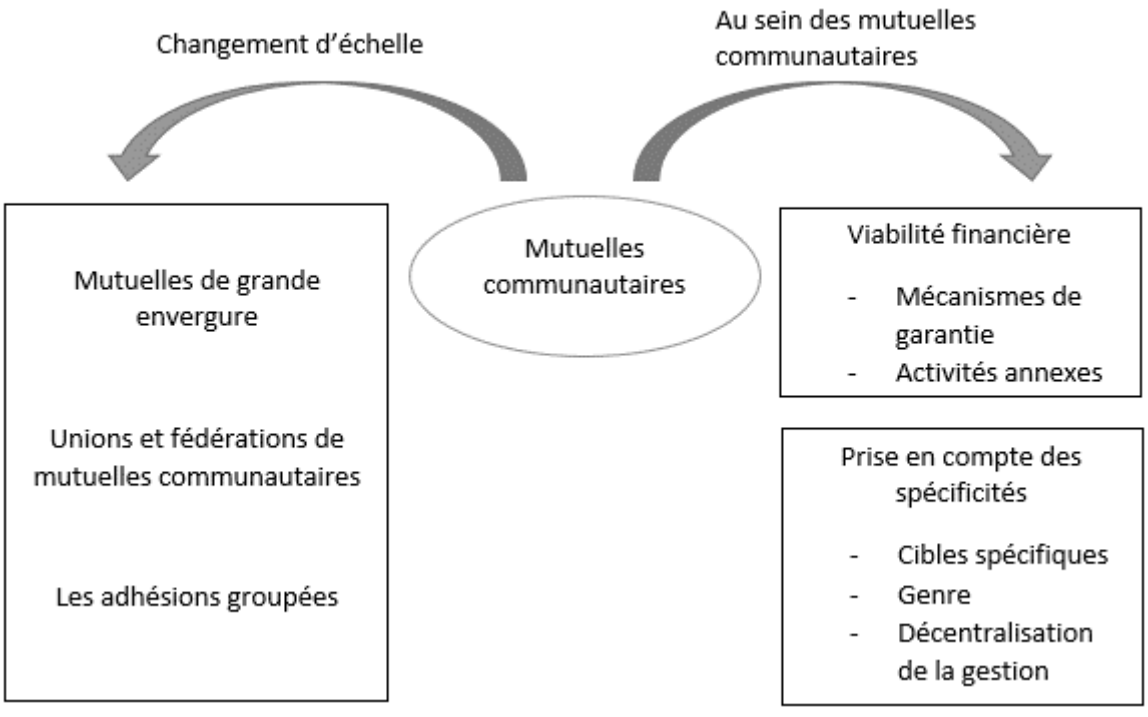
Quel apport des expériences novatrices pour une meilleure prise en charge du plus grand nombre ?

Nous avons parlé des mutuelles de manière assez uniforme jusqu'ici. Mais, si les mutuelles sénégalaises sont principalement communautaires, d'autres formes se sont créées (nationales par exemple), ainsi que des sous-catégories (telles que le couplage avec le microcrédit dans des montages originaux). Les mutuelles au premier franc professionnelles sont incarnées par un exemple national couramment cité, celui de la mutuelle des routiers (TransVie). Les unions, les fédérations, les réseaux se développent pour rassembler les mutuelles communautaires et leur donner plus de poids, à la fois financièrement et dans leur mission de plaidoyer. En plus des mutuelles communautaires, corporatistes, ethniques, dans la catégorie des mutuelles au premier franc, se développent des mutuelles ciblant des populations bien spécifiques (talibés[105], malades atteints du VIH). Au niveau des mutuelles de santé sénégalaises, qu'elles soient récentes ou plus anciennes, les expériences sont considérées comme novatrices dans la mesure où elles sortent du schéma originel de ces mutuelles (c'est-à-dire une structure de proximité proposant une couverture à ceux qui ont les capacités de payer). Ces expériences sont destinées à la fois à améliorer le fonctionnement de la structure à la base mais aussi à développer les activités vers d'autres types de populations (indigents, maladies lourdes par exemple) et d'autres domaines que la prise en charge directe de la santé (prévention, séances d'informations, etc.). **Les expériences novatrices, au sein des mutuelles communautaires mais aussi en dehors, peuvent-elles permettre l'amélioration de la couverture par les mutuelles de santé ? Comment les diverses formes peuvent-elle cohabiter ?**

Ainsi les mutuelles communautaires ne sont pas les seules à se développer (section 1). Regroupées sous le terme de « mutualité sociale » dans le cadre de l'UEMOA, les formes mutualistes sont diverses et sont toutes autant de formes de protection sociale. De nombreux questionnements traversent la mutualité communautaire (section 2), à la fois dans la pérennité financière des structures, dans l'amélioration du fonctionnement démocratique, dans l'ouverture de leurs services à des populations jusque-là souvent exclues. Les mutuelles de santé, communautaires comme les autres, regroupées sous le terme de mutualité sociale (dans le cadre de l'UEMOA), sont variées, dans leur fonctionnement, leur construction, leur évolution (section 3). Il est ainsi important de visualiser les différentes expériences mutualistes, de comprendre ce qui les rapproche, ce qui les éloigne, par rapport aux principes mutualistes que nous avions analysés dans le chapitre 2. Le schéma suivant permet de visualiser cette pluralité d'expériences.

[105] Les talibés sont des garçons, entre 5 et 15 ans, qui ont été confiés à la charge d'un maître coranique.

Schéma 6 : les expériences novatrices au sein de la mutualité sénégalaise



Source : fait par l'auteur

La méthodologie, comme dans le chapitre précédent, couple une revue de la littérature concernant ces expériences novatrices et les études réalisées sur le terrain. La MS-PAMECAS, qui fut l'objet de la première étude de cas, est importante à la fois dans le chapitre 4 et le présent chapitre, dans la mesure où cette expérience est doublement originale : elle hybride le niveau communautaire (objet du chapitre 4) et le niveau central ; elle constitue une expérience importante de couplage entre les mutuelles de microcrédit et les mutuelles de santé (objet du chapitre 5). De la même manière, l'étude du cas du GRAIM a été importante pour ces deux chapitres car le réseau appuie les mutuelles communautaires de santé les plus anciennes et parmi les plus dynamiques du territoire ; ce réseau, créé dans les années 1990, a constitué l'une des premières expériences novatrices qui a permis le rassemblement de plusieurs mutuelles communautaires dans un cadre d'échange pour se renforcer. Les analyses d'autres mutuelles, d'autres réseaux (tels que le Remusac à Dakar) effectuées lors des études de terrain entrent également en compte dans ce chapitre.

1. Diverses formes de mutuelles cohabitent sur le territoire

Les diverses expériences abordées dans cette section feront l'objet d'une analyse sur leur potentiel, leurs obstacles, leur dynamique institutionnelle, leur rapprochement ou leur éloignement par rapport à la définition et aux principes attribués aux mutuelles de santé dans le cadre de l'ESS. Les formes de mutuelles se diversifient : couplage avec les institutions de microfinance, mutuelles professionnelles, mutuelles de grande envergure, mutuelles aux cibles spécifiques, ainsi que la mise en réseau des mutuelles communautaires.

1.1. Quelles sont les implications du couplage avec le microcrédit ?

1.1.1. Potentiel et limites

Une promotion de plus en plus importante de ce montage

Le microcrédit est un autre exemple de ces tensions entre réciprocité et marché. Celui-ci s'est énormément diffusé depuis les années 1990, se basant sur des faibles montants, la proximité géographique avec les populations, les relations sociales du fait de cette proximité et enfin la vulnérabilité de la population ciblée ; il s'est également diversifié vers la microfinance, proposant de nombreux autres produits tels que l'épargne. Le microcrédit est largement promu par la coopération internationale aux pays en développement et ici en Afrique subsaharienne, comme un instrument vers plus d'empowerment et vers l'accession au marché (Servet, 2006).

Avec les mutuelles communautaires qui connaissent des difficultés financières ou techniques, certaines optent pour le couplage entre mutuelle de santé et la microfinance, couplage également appuyé par le gouvernement sénégalais dans le cadre de l'extension de l'assurance maladie, d'après le plan stratégique de développement de la CMU (Ministère de la Santé et de l'Action sociale, 2013). La microfinance est vue comme un instrument de lutte contre la pauvreté, comme facteur de développement. Ce secteur a connu de nombreuses expériences au sein de la société civile avant l'engouement des institutions internationales. Ces expériences se basent sur l'hypothèse de la capacité des populations à supporter un coût s'il s'agit d'accéder à des opportunités d'améliorer ses conditions de vie, en ayant un contrôle sur le fonctionnement de l'organisme, dans un cadre démocratique (Dupré, 2011).

Si le développement de la mutualité en santé fut important au Sénégal, il le fut également, en parallèle, pour la microfinance. Afin de profiter des synergies entre les deux activités, le couplage se fait selon **différents montages institutionnels** dans les pays africains (Letourmy,

Pavy-Letourmy, 2005 ; Labie et al., 2006 ; Dupré, 2011). Du côté des mutuelles de santé, il permettrait de soutenir les populations pour exercer des activités par le biais du microcrédit, afin de générer un revenu, et ainsi d'augmenter la capacité des membres à cotiser au sein de la mutuelle (nous développerons ce point dans la seconde partie). Du côté des institutions de microfinance (IMF), la diversification des services proposés est recherchée. Déjà ce secteur a connu une importante évolution, en passant du microcrédit (octroi de prêts de petits montants pour mettre en place une activité rémunératrice) à la microfinance (services diversifiés tels que l'épargne, les prêts à la consommation, les transferts d'argent, etc.). D'autres facteurs augmentent l'intérêt des IMF envers ce couplage. Souvent les crédits octroyés sont détournés de leurs buts originaux pour compenser des dépenses découlant des besoins en termes d'éducation ou, notamment, de santé. Proposer une assurance santé permettrait donc de mieux rediriger les ressources, et de diminuer le risque de non remboursement des prêts dus par exemple à un épisode de maladie de l'emprunteur (Sources : nos observations ; Vilane, 2006).

Plusieurs arguments encore sont mobilisés en faveur d'un couplage, tels que les effets d'échelle sur les coûts administratifs (répartition des charges de fonctionnement, prélèvement à la source pour réduire les coûts de transactions d'un recouvrement mensuel), un meilleur partage de l'information (l'assurance santé pouvant devenir une condition nécessaire à l'octroi d'un prêt) ou encore le renforcement de la mission sociale de ces différentes organisations en proposant plus de services aux populations défavorisées. La mutuelle de santé pourrait bénéficier à son démarrage de la logistique et du réseau de l'IMF, si le couplage se fait dans ce sens (Letourmy, Pavy-Letourmy, 2005). Les IMF peuvent ainsi créer une mutuelle (en effet la loi leur interdit de mettre directement en place une assurance santé[106]) indépendante dans sa gestion. Malgré les difficultés du microcrédit à vraiment atteindre sa cible, les IMF se spécialisent au départ dans des activités bancaires pour les travailleurs informels, les populations pauvres, généralement établies dans les zones rurales et périurbaines (la taille de l'activité n'est pas importante, la garantie n'existe pas toujours, etc.) (Vilane, 2006). Nos observations ont montré que **s'appuyer sur un réseau de membres déjà constitué autour du microcrédit peut être un tremplin** afin d'installer une mutuelle de santé, reprenant alors cette base d'adhérents déjà mutualistes. La cible des deux types d'organisation se trouvant être la même, ce couplage pourrait être intéressant.

En 2003, une étude de faisabilité se concentrait sur la mise en place d'une mutuelle de santé au sein d'une structure de microfinance, en l'occurrence l'assocation NDADJE des femmes

[106] Les IMF, elles, peuvent avoir plusieurs statuts (mutuelle, assurance, etc.). Elles peuvent être formelles (banques de microfinance, institutions financières non bancaires), semi-formelles (ONG, mutuelles, coopératives) ou encore informelles (initiatives à base communautaire comme les tontines) (Perron, Weiss, 2011).

de Yeumbeul Sud (Kaba, 2003). En plus d'un engouement fort dans l'arrondissement pour la vie associative, les membres de cette structure y participent activement de manière démocratique. En raison des liens de parenté, de proximité des adhérentes, le degré de cohésion est fort au sein de l'association. En plus de cet avantage d'une identité déjà construite autour de la microfinance, l'apport de l'expérience de gestion des femmes au sein de l'association est mis en avant. La population cible serait de 2196 bénéficiaires pour 366 adhérentes.

Des défaillances observées

La mutuelle de santé peut être créée par l'IMF, et bénéficier ainsi du réseau de la structure à son démarrage. **Mais, à plus ou moins long terme, des défaillances peuvent apparaitre**. L'étude de Mathilde Dupré (2011) montrait ainsi plusieurs limites par l'observation des diverses expériences de couplage au Sénégal. L'IMF, en utilisant des ressources pour la mutuelle, peut augmenter les coûts, afin de compenser, pour les bénéficiaires de l'IMF seulement. Les IMF développent parfois l'obligation, pour accéder au crédit, d'être bénéficiaire de la mutuelle (ou l'inverse), amenant un coût supplémentaire par une double adhésion, ce qui limite la capacité des populations à accéder à de telles structures. Ce couplage revêt d'autres dimensions, notamment le fait pour les IMF d'utiliser la microfinance pour attirer la population vers d'autres services, **sans valoriser la mutuelle de santé pour elle-même**. De plus, avec un tel système, les IMF risquent de se retrouver dans une situation de monopole dans certaines zones, captant l'ensemble des bénéficiaires dans une structure plus grande et plus solide que les mutuelles de santé communautaires seules. Il ne faudrait pas que ce couplage évince totalement toute autre alternative. Il peut enfin avoir pour but la responsabilisation des individus, notamment lorsque les crédits sont attribués aux membres les plus à jour dans leur cotisation à la mutuelle de santé, stigmatisant ainsi les autres bénéficiaires, alors qu'en principe le but de telles institutions est justement de toucher les populations vulnérables ne pouvant pas forcément cotiser régulièrement à une mutuelle de santé. Dans les deux sens, en raison des coûts d'entrées et des autres limites citées, le couplage semble encore évincer les populations les plus vulnérables, n'ayant pas la capacité contributive nécessaire. Cette méthode cherche à renforcer les mutuelles, mais risque d'oublier la finalité principale d'aider les plus fragiles, même ceux ayant une faible capacité contributive.

1.1.2. Étude d'un cas précurseur dans ce couplage : la MS-PAMECAS

1.1.2.1. Un réseau solide

Nous l'avons déjà abordé, la PAMECAS est au départ le réseau UM-PAMECAS (Union des Mutuelles du Partenariat pour la Mobilisation de l'Epargne et du Crédit au Sénégal), créé en 1995. Cette étude de cas illustre les potentialités mais aussi les obstacles du couplage microfinance/santé communautaire. Comme nous l'avions dit, la MS-PAMECAS, créée en 2006, autonome par rapport à l'UM-PAMECAS, se base à l'échelle des quartiers, des villages, présentant une face communautaire. Dans le cas de la MS-PAMECAS, il est nécessaire d'être membre de l'UM-PAMECAS, mais il n'est pas nécessaire de contracter un microcrédit. Il est ainsi possible d'accéder directement à la mutuelle de santé sans utiliser les produits de l'IMF. Sa forme est originale par rapport aux mutuelles communautaires, puisqu'elle se décline en multiples caisses locales avec un niveau central. Ce niveau central n'est pas une union de caisses hétérogènes, mais bien l'instance de décision duquel découlera l'évolution des diverses caisses. Les diverses caisses n'ont pas un statut propre, elles sont toutes intégrées dans la mutuelle MS-PAMECAS. Ce type de mutuelle se retrouve ainsi à cheval entre une forme communautaire, s'appuyant sur des assises locales, et une forme nationale. L'échelle nationale peut poser des problèmes concernant la prise en compte des spécificités locales. Les caisses, éparpillées sur le territoire, sont en territoire urbain, périurbain ou rural. Malgré de fortes contraintes locales, l'ensemble du réseau est harmonisé. Ainsi la démocratie, les décisions, la fixation des cotisations, des services, etc., se fait dans le « haut » de la mutuelle, l'approche au sein même de la mutuelle semble « top down ».

Certains avantages relevés dans la littérature (section 1.1.1.) ont été confirmés lors de cette étude, tels que la sécurisation des emprunteurs par rapport au problème de fongibilité du crédit, l'apport d'une base d'adhérents mutualistes qui existe déjà, comme le souligne l'extrait d'entretien suivant.

Encadré 32 : L'apport d'une base d'adhérents déjà constituée

« *Il y avait une communauté d'intérêt déjà existante, qui s'adressait déjà à des mutualistes, il y avait déjà cette conscience mutualiste, donc pas trop de difficultés. Aujourd'hui quiconque veut mettre en place une mutuelle va devoir faire du porte-à-porte, beaucoup de séances de sensibilisation. Nous nous avons déjà notre cible à portée, qui ont déjà la culture mutualiste* » nous expliquait la coordinatrice de la MS-PAMECAS.

Source : présentation par l'auteur sur la base de l'entretien effectué en juin 2014 à Dakar auprès de Khady Fall Diop (Coordinatrice de la MS-PAMECAS).

La professionnalisation au sein de la mutuelle découlant de la professionnalisation au sein de l'UM-PAMECAS est un avantage important pour la bonne marche des caisses. Malgré la lourdeur de la tâche, les caisses regroupent les produits financiers et la couverture maladie de la mutuelle de santé. Ainsi la mutuelle bénéficie d'un personnel professionnel, au sein des caisses comme au sein de la direction, afin de gérer la structure. Au niveau de la direction, dans les caisses comme à l'échelon, l'implication de chacun est forte, la communication entre eux également, ce qui montre que la professionnalisation ne prend pas forcément le pas sur leur engagement. Nos observations comme les réactions recueillies sur place montrent le dynamisme de l'équipe de direction à souhaiter étendre leurs services.

De plus, la sécurisation financière de la mutuelle provient en grande partie de l'appui à la base de l'UM-PAMECAS. Au niveau de l'offre de santé, la PAMECAS est considérée, par les personnels du système de santé rencontrés, comme un partenaire de confiance. Malgré tout, les difficultés sont nombreuses, dans la compréhension des adhérents, dans le processus de prise en charge entre la mutuelle et les structures de santé, dans le refus, en particulier des pharmacies, d'établir une relation avec la caisse la plus proche. Toutefois, l'un des points intéressants de la PAMECAS, grâce à la mise en place d'un tel réseau, est la possibilité pour les adhérents de se faire soigner sur l'ensemble du territoire malgré l'appartenance à une caisse locale.

Ainsi en 2013, le réseau comptait un peu plus de 80 agences, 40 d'entre elles proposant la couverture santé de la mutuelle. La mutuelle dans sa totalité comptait environ 20 500 bénéficiaires. Une taille volumineuse de par la centralisation de la mutuelle et sa couverture nationale, pour 512 bénéficiaires en moyenne par caisse, ce qui rejoint ici un niveau beaucoup plus local. Le potentiel serait de 500 000 membres, le taux de pénétration reste encore faible. L'autonomie financière n'est pas encore réelle par rapport à l'UM-PAMECAS, elle possède toutefois son propre budget et du potentiel. Pour l'année 2007, la MS-PAMECAS recevait 14 809040F de cotisations, pour des dépenses de prestations de 4 330 576 FCFA. Ceci est dû en particulier à une faible utilisation des services. Les comptes sont équilibrés en 2007 bien que la mutuelle ne fonctionne pas encore sur ses ressources propres en raison de nombreux coûts, nécessitant des subventions par l'appui du réseau. Malgré la massification des adhérents, la mutuelle rencontre régulièrement des difficultés financières (Marcello, 2008). Avoir de nombreux membres permet de recueillir beaucoup de cotisations, mais la difficulté de communication, par rapport à leur nombre et par rapport aux limites du personnel (en effet, malgré un nombre importants d'élus et de personnel, cela semble encore insuffisant pour gérer de manière sereine la mutuelle, la tâche est très lourde pour le personnel au niveau des caisses comme des trois personnes de l'équipe de direction au plus haut), ne permettent pas de bons taux de recouvrement des coûts, de pénétration de la population cible, et d'utilisation des services. La

massification devrait ainsi s'accompagner d'un cadre permettant une meilleure prise en compte des besoins des adhérents et une meilleure gestion de la mutuelle avec plus d'implication de tous. **La massification des adhérents des mutuelles est donc bien plus complexe que le seul objectif de mieux partager le risque**. Elle nécessite de nombreux moyens qui ne sont pas disponibles.

1.1.2.2. Un fonctionnement démocratique limité

L'implication des membres est faible, les rencontres rares. En milieu urbain, la trop grande population de la banlieue dakaroise a été invoquée pour justifier cela, montrant la difficulté d'instaurer des liens autre qu'une solidarité financière avec un trop grand nombre de membres. Ainsi l'information peine à se diffuser et les besoins des membres sont régulièrement en inadéquation avec les services proposés, d'après nos entretiens menés en 2014[107]. La solidarité mise en avant est financière, bien que divers visions cohabitent au sein de la mutuelle de santé. Comme nous le montrons dans l'encadré 31, basé sur nos observations effectuées lors de notre étude de cas, l'histoire de la MS-PAMECAS résulte en une organisation à la démocratie limitée.

Encadré 33 : Le cas particulier de la PAMECAS en ce qui concerne l'organisation démocratique

L'histoire de la mutuelle illustre ces problématiques. La création de la mutuelle de santé résulte de l'implication de certains membres de la mutuelle d'épargne de crédit. Lors de l'Assemblée générale d'une des caisses du réseau (MECIB, située à Pikine), la décision fut prise de s'appuyer sur les excédents dégagés pour mettre en place une mutuelle de santé[108]. Les autres caisses ont suivi cet exemple et la mutuelle de santé est devenue autonome par rapport à la mutuelle d'épargne et de crédit[109]. L'échelle communautaire se couple ainsi à une centralisation forte de la mutuelle. Au niveau central se trouvent l'Assemblée générale, constituée de deux membres de la CPS (Commission de Prévoyance Santé) de chaque caisse, de la direction du réseau, du Conseil d'Administration et du Conseil de Surveillance ; le Conseil d'administration, composé par des membres élus par l'Assemblée générale ; le Conseil de Surveillance, composé de membres élus par l'AG. Au niveau local, les CPS, étaient composées du directeur de la caisse PAMECAS et de deux membres désignés par le Conseil d'administration de chaque caisse. Ainsi la démocratie, la volonté d'impliquer l'ensemble des membres est déjà faible dans ce schéma. Les rencontres sont rares, les Assemblées générales et les Conseils d'administration de chaque caisse se font dans le cadre de la

[107] Toutefois la plus grande partie des personnes interrogées sont satisfaites de pouvoir bénéficier d'une telle couverture malgré ses limites.
[108] Ces excédents étaient déjà utilisés pour des actions diverses : réfectionner des écoles, construire une morgue à la Mosquée, faire peindre des murs, acheter des médicaments.
[109] Malgré cette autonomie, par souci d'efficacité, les caisses de la MS-PAMECAS sont aussi celles de la mutuelle d'épargne et de crédit. Chaque caisse accueille donc les deux mutuelles.

mutuelle d'épargne et de crédit et non de la mutuelle de santé. Les CPS permettaient toutefois de créer un lien entre les personnes. Ils recueillaient les doléances, dans un schéma de démocratie représentative, organisaient la sensibilisation, menaient les actions de mobilisations sociales. Toutefois, en raison de certaines dérives, les CPS ont été supprimés. Bien que le système conserve des interlocuteurs en charge de prendre les doléances[110], les CPS sont regrettés. Le président du Conseil d'administration de la caisse Mecpa évoque ainsi les CPS (lui-même étant un ancien membre du CPS de la caisse) : « *Donc, pour la mutuelle, c'est vrai, dans certaines caisses, les CPS ne travaillaient pas. Mais par exemple dans ma caisse, à la fin du CPS, on a perdu des adhésions. Aujourd'hui tout un programme a été mis en place, avec des points focaux ciblés dans les caisses, c'était la même chose avec les CPS. Donc si on faisait revenir CPS au niveau des caisses, les points focaux comme ils sont en train de le faire, ça sera bénéfique pour les caisses. C'est un projet social, il faut que ça soit porté par les gens […] Si mes souvenirs sont bons, ma caisse était parmi les CPS dynamiques, et j'étais parmi ceux qui ont porté les CPS au niveau zonal. Et je me souviens un séminaire auquel on avait convié les préfets, les instituts de santé et autres, pour échange global à Guédiawaye, ça nous avait permis je crois de mieux comprendre nos partenaires et comprendre comment mieux les aborder. C'était extraordinaire […] Ici au Sénégal, les gens ne comprennent pas la solidarité en matière d'assurance. Ils croient au départ que s'ils tombent malades, ils auraient de l'argent dans leur poche pour aller se soigner. Dans les CPS, c'est ce qu'on disait, ce n'est pas forcément pour toi, mais c'est peut-être pour aider quelqu'un d'autre qui n'a pas les moyens de se soigner. On avait beaucoup d'adhésions. Je n'ai pas compris quand je suis revenu de trouver ça, plus de CPS, plus la même information* ». Une ancienne CPS de la caisse rurale de Yenne évoquait également avec nostalgie : « *Je suis adhérente depuis le début, nous étions deux et nous faisions de la sensibilisation. Nous allions village par village pour leur expliquer. C'était une bonne chose le CPS.* » La réaction de la plupart des membres que nous avons rencontrés dans les diverses caisses lors de cette étude cas a été très positive : cette réaction montrait le besoin d'aller plus régulièrement à la rencontre des membres afin de recueillir leur avis, leurs réactions, d'organiser des échanges plus réguliers.

Source : Présentation par l'auteur sur la base de l'entretien effectué auprès de Khady Fall Diop (Coordinatrice de la Ms-PAMECAS) en septembre 2013 à Dakar, et de l'étude de cas de la MS-PAMECAS effectuée en juin 2014 : entretiens avec des membres des caisses Mecson, Mecpa, Yenne, auprès des dirigeants de ces caisses, auprès des membres du CA de la MS-PAMECAS (François Diouf le Président, Moustapha Séye le vice-président, Daouda Thioune le secrétaire et Mbaye Mboup Mbengue), auprès de Massamba Sambe (Chargé du suivi/évaluation pour la MS-PAMECAS), Khady Fall Diop, Mamadou Diack (Gestionnaire de la MS-PAMECAS).

Si les membres peinent à s'impliquer, cela provient en partie de la **difficulté pour la mutuelle elle-même de se positionner** en tant que mutuelle ou en tant qu'assurance proposant un produit santé en plus de de ses produits financiers. Les adhérents semblent plus impliqués

[110] L'agent du marketing par exemple à la caisse Mecson.

dans la mutuelle d'épargne et de crédit, avec une bonne participation aux AG notamment, que dans la mutuelle de santé. Il n'est pas évident pour eux de se s'approprier les principes d'une mutuelle de santé : dans les discours des adhérents, elle est plus souvent un « simple » produit financier qu'une gestion basée sur la solidarité. L'adhésion se fait au niveau de l'UM-PAMECAS et vaut pour les deux structures. Ainsi la volonté des membres est limitée de se diriger d'abord vers la mutuelle de santé, ce sont les produits financiers qui ressortent en premier lieu. Le produit est individualisé, bien qu'il permette de toucher un grand nombre de bénéficiaires, les adhérents voient cela comme une aide personnelle pour leur propre famille, mais ne visualisent pas forcément le schéma d'entraide global qui se trouve derrière cette prestation. Au niveau de la direction, des caisses comme au plus haut, les termes « produits », « marketing » reviennent souvent. La « solidarité » revient toutefois régulièrement dans les discours, des membres comme des dirigeants, mais cette solidarité n'est pas évidente à définir et semble plus financière que relationnelle, comme nous le soulignons dans l'encadré suivant à travers quelques extraits d'entretiens auprès des dirigeants et du CA de la mutuelle.

Encadré 34 : La protection de la santé considérée comme un produit

La personne chargée du suivi et de l'évaluation à la MS-PAMECAS expliquait, par rapport à la force du réseau : « *La PAMECAS nous met à disposition un réseau de distribution du produit. La force de vente est très intéressante, même si elle n'est pas encore assez rodée.* » Il résumait la vision de la mutuelle de santé, découlant sur sa forme, son histoire, son évolution particulière : « *c'est une assurance avec un visage humain* ».

Les liens avec la direction de la PAMECAS influent aussi sur la MS : « *Ils pensent que c'est avec le produit de la mutuelle de santé qu'ils peuvent mettre en exergue l'aspect des performances sociales pour le réseau PAMECAS, l'aspect social des finances.* » expliquait la coordinatrice de la MS. Ceci peut être positif par l'appui du réseau dans ce cadre, mais négatif en considérant la couverture maladie comme un instrument pour mieux justifier la solidarité de l'IMF.

Lors d'une rencontre avec des membres du CA, l'un deux confirmait cette vision : « *Une mutuelle n'est plus considérée comme une mutuelle mais comme un produit, comme l'épargne, comme le crédit régulier*. »

Source : Présentation par l'auteur sur la base des entretiens effectués en juin 2014 à Guédiawaye auprès de Massamba Sambe (Chargé du suivi/évaluation pour la MS-PAMECAS), Khady Fall Diop (Coordinatrice de la MS-PAMECAS), Mamadou Diack (Gestionnaire de la MS-PAMECAS), et auprès des membres du CA : François Diouf, Moustapha Séye, Daouda Thioune, Mbaye Mboup Mbengue.

Le couplage entre ces deux types de structures peut être intéressant, à des niveaux financiers, techniques, les adhérents rencontrés sont à la fois contents de pouvoir bénéficier d'un tel service et prêts à recommander la MS-PAMECAS autour d'eux. Mais le montage institutionnel

rejaillit sur l'idéologie derrière la mutuelle de santé, qui semble plus se rapprocher **d'une vision assurantielle que mutualiste dans le sens où nous l'entendons dans ce travail**. Cela joue négativement sur l'information et sur les interactions avec les membres, créant les problèmes abordés dans le chapitre précédent concernant l'implication de tous. Le risque d'un tel type de couplage, comme de la massification des adhérents, est de perdre les principes derrière le terme « communautaire » des mutuelles de santé. Dans ce cadre les mutuelles, encore une fois, se rapprochent des mutuelles occidentales.

1.2. Les unions et fédérations de mutuelles : un rassemblement démocratique ou mécanique ?

1.2.1. Se regrouper pour plus de poids

Plusieurs formes de rassemblement existent pour les mutuelles (Fischer, 2004):

- Les unions de représentation d'intérêts, surtout centrée sur la représentation, le plaidoyer par rapport à l'offre de santé, aux politiques publiques.

- Les réseaux, soit consensuels (un certain nombre de ressources sont mises en commun, mais les membres gardent leur indépendance stratégique) soit stratégiques (les mutuelles membres cèdent au réseau le pouvoir de décision sur un nombre fixé d'aspects).

- La fusion (la gestion est centralisée, les mutuelles membres doivent se conformer aux décisions du bureau central).

Par rapport à l'évolution des mutuelles au Sénégal et dans les pays en développement, la fusion correspondrait à la vision de plusieurs acteurs de la coopération internationale, fusionnant des mutuelles de petites tailles afin d'arriver à un système de très grand volume, permettant un meilleur partage du risque. Les unions, fédération et réseaux existant à l'heure actuelle au Sénégal concernant les mutuelles communautaires se rapprochent plutôt des deux autres formes de rassemblement. Le réseau intervient ainsi plus ou moins dans la vie des mutuelles membres.

La mise en réseau peut être importante pour les mutuelles membres à la fois sur leur organisation interne et leur organisation externe. Elle permet de constituer un contre-pouvoir en termes de négociations, de plaidoyers, de propositions, par rapport à l'offre de santé, aux pouvoirs publics, aux bailleurs de fonds, à travers une démarche plus adaptée aux contraintes socioéconomiques et culturelles locales. Les fédérations ont ainsi pour but de « *promouvoir des*

actions régionales ou des engagements plus stratégiques avec le gouvernement, la société civile, les marchés et de permettre de construire des relations durables entre différentes formes d'associations » (Mladovsky et al., 2014, p178). Les mutuelles peuvent adhérer à des fédérations, des réseaux, **soit exclusivement mutualistes, soit intersectoriels**, c'est-à-dire regroupant des ONG locales, des organisations à bases communautaires dont l'objectif est le développement humain. Ce second cadre permet un rapprochement avec d'autres associations, ce qui apporte un accès au partage d'expériences, une orientation stratégique commune concernant le développement.

Les réseaux possèdent un rôle d'animation pour les membres comme les non membres, de sensibilisation, de diffusion de l'information, de recherche concernant la dynamique mutualiste. La recherche pour la promotion de la gouvernance collective est ainsi l'une des missions du GRAIM, comme nous le montrons dans l'encadré suivant.

Encadré 35 : La mise en avant de la recherche au GRAIM

Le coordinateur du GRAIM nous expliquait que les recherches, concernant l'évolution mutualiste, la gouvernance, « *permet à des organisations comme le GRAIM de rester alertes par rapport à un certain nombre d'éléments de viabilité très importants* ».

Dans l'historique disponible sur le site du réseau, le texte illustre l'importance de la recherche par le GRAIM afin de se positionner comme acteur de l'ESS : « *A partir de 2004, le processus de réflexion entrepris a permis de faire une analyse au niveau micro, méso et macro. Il a abouti à des constats, à l'identification d'enjeux et à la formulation d'un projet de société définissant la vision, la mission et les secteurs d'enjeux du GRAIM. Le constat fait ressortir un monde d'exclusion, de marginalisation, d'injustice sociale, d'insécurité, de désaffiliation sociale, de paupérisation croissante.*

Pour le GRAIM, ces déséquilibres sont le résultat de dysfonctionnements sociétaux qui ont trait aux modes de gouvernance de nos sociétés : « une gouvernance par une minorité, une gouvernance par et pour l'économique, une gouvernance par des clichés ou à deux sens (riches/pauvres, gouvernants/gouvernés, Nord/Sud…).

Dès lors se pose, pour le GRAIM, la question de la gouvernance au sein des sociétés. L'enjeu est alors de promouvoir une gouvernance collective incluant toutes les familles d'acteurs. »

Source : présentation par l'auteur sur la base de l'entretien effectué en février 2015 à Thiès auprès d'André Wade (Coordinateur du GRAIM) et sur la base du site disponible à cette adresse : http://www.graim.sn/

Ils peuvent également mettre en place des mécanismes de garantie, de coassurance, des fonds de garantie, afin d'appuyer les mutuelles membres[111]. **La mise en réseau permet ainsi**

[111] Selon le règlement de l'UEMOA sur la mutualité sociale, Section 2, Article 14 : Les unions de mutuelles sociales et les fédérations ont pour objet : - d'assurer une meilleure prise en charge des risques et partant l'amélioration

pour les mutuelles d'effectuer ou de bénéficier d'actions qu'elles ne pourraient mener isolément ou tout au moins difficilement. Un réseau, une union, peuvent appuyer les mutuelles dans le cadre professionnel. Comme dans le cas des mutuelles du REMUSAC ou du GRAIM, le réseau, constitué de professionnels, peut appuyer et accompagner les mutuelles membres, dont les dirigeants sont bénévoles. Des formations peuvent s'effectuer dans ce cadre, entre le réseau et la mutuelle membre. La sensibilisation, faite à un niveau plus général, se trouve facilitée par à la fois un cadre professionnel et le fait que les intervenants connaissent bien le contexte local. Bien que la sensibilisation au sein des mutuelles reste importante, notamment pour améliorer le recouvrement des cotisations, pratiquer la communication à un niveau plus central permet un meilleur partage des tâches. Les mutuelles devant déjà elles-mêmes s'occuper de leur pérennisation, le réseau peut chercher à s'étendre vers d'autres communautés.

1.2.2. Une légitimité à construire

Un cadre de réflexion sur le long terme

Les unions, les réseaux, tout comme les mutuelles, sont traversés par deux tendances différentes. Certains réseaux se sont créés par des processus de long terme, appuyant leur légitimité par rapport aux mutuelles membres. Ces réseaux pourraient ainsi pérenniser les valeurs des mutuelles communautaires et les appuyer dans leur approche externe de la démocratie. Toutefois, avec le DECAM, le schéma doit s'accélérer, avec la création d'union de mutuelles de district et d'unions régionales. Le risque est de voir des unions se créer mécaniquement, tout comme les mutuelles, sans le processus de construction permettant une réelle appropriation du réseau. La mise en réseau au sein du GRAIM par exemple repose sur une histoire, une interaction entre les acteurs, les porteurs d'initiatives, permettant un regroupement ayant plus de sens que dans des unions mises en place mécaniquement, sur la base d'une meilleure efficacité. Cette **mise en réseau permet d'échanger, d'établir un cadre de réflexion sur le long terme,** à la fois théorique et pratique, pour se demander comment pérenniser les mutuelles de santé. Ce long processus pourrait permettre d'éviter le risque d'appropriation par l'alliance de plusieurs mutuelles communautaires (Fischer, 2004).

---

des prestations aux membres ; - d'agir en qualité d'organisme de supervision, d'appui conseil et de suivi des activités des structures affiliées ; - de promouvoir le développement, la viabilité et la performance du mouvement mutualiste ; - d'assurer la représentation des structures affiliées aux différents niveaux ; - d'assurer des services communs de gestion. Les Unions et fédérations de mutuelles doivent comprendre une Assemblée Générale, un Conseil d'Administration et un Organe de contrôle.

L'Union des mutuelles de santé de Dakar (UMSD) regroupe un grand nombre de mutuelles par rapport à d'autres unions sur le territoire, de formes diverses (professionnelles, complémentaires, syndicalistes, communautaires, etc.). Créée en 1997, l'UMSD résulte à la fois de motifs techniques et de motifs politiques et sociaux. Les mutuelles dakaroises, très diverses dans leur population, leur forme, leurs outils de gestions, semblaient un bon point de départ pour leurs représentants afin d'échanger sur les différentes pratiques de chacun. Les difficultés de chaque mutuelle pouvaient également être partagées afin de mener des actions en commun, au niveau de l'offre de soins, de la professionnalisation, de la gestion, etc. Du côté politique, les représentants souhaitaient mettre en avant les mutuelles comme mouvement social et politique. L'Union pouvait dans ce cadre appuyer la promotion et la sensibilisation concernant les mutuelles de santé. Les échanges étaient d'autant plus recherchés avec des mutuelles de formes très diverses, et donc aux réalités sociales très différentes. Cette diversité des visions, des contextes, semblaient une base intéressante aux représentants des mutuelles pour la création d'une union. Les débuts de l'union ont été difficiles du fait d'une gestion principalement bénévole et lourde. L'UMSD a ainsi bénéficié de l'appui financier du BIT/STEP pour la constitution d'une équipe (Wade, 2007). Nous prenons de la même manière l'exemple de la création du GRAIM à Thiès, dont nous résumons le processus dans l'encadré suivant.

Encadré 36 : L'exemple de la création du GRAIM : un processus impulsé par les mutualistes

Le coordinateur du GRAIM nous racontait l'histoire du réseau : « *Après Fandène, les autres villages autour des églises ont vu les hommes de Fandène et ont cherché à copier le modèle. C'est ainsi que vers les années 94, ça avait déjà commencé à prendre formes avec déjà 12 initiatives de mutuelles. Mais tout partait d'échange, d'expérience, y avait pas de spécialiste en la matière, Fandène restait la source pour aider à concevoir, organiser, développer. A force de sollicitations de Fandène, on s'est rendu compte qu'il importe maintenant de penser à organiser un peu ces initiatives-là. D'où les premières rencontres en septembre 94 entre les porteurs d'initiative pour réfléchir, échanger, quel était le niveau de développement, qu'est-ce que les gens rencontraient comme difficultés. Y a eu un échange pendant 2 jours, et à la suite de cela, les participants se sont tellement félicité des résultats qu'ils ont décidé de maintenir cette réflexion, ce cadre, et ils l'ont appelé comité de pilotage et de coordination des mutuelles de santé dans la région de Thiès et Diourbel. C'était une première initiative, de créer un cadre unitaire […] En 97, le processus a amené à la création du GRAIM. Y avait pas d'experts en matière de mutualité, ce qui se sont investis, les porteurs de la dynamique unitaire, ont décidé de mettre en place une structure permettant de capitaliser les expériences, de partager, de se renforcer. Nous étions des gestionnaires de mutuelles de santé, nous avons décidé de créer le GRAIM pour apporter notre expérience aux porteurs de projets. Nous avons continué à développer la communication autour de la mutualité.* »

Source : présentation par l'auteur sur la base de l'entretien effectué en juin 2014 à Thiès auprès d'André Wade (Coordinateur du GRAIM).

Si les Unions préconisées par le DECAM fonctionnent pour les mêmes buts, le partage d'expériences, la sensibilisation, la négociation avec les partenaires, les nouvelles unions risquent de perdre de leur légitimité par rapport aux réseaux créés précédemment, d'autant que la phase revendicative peut être mise de côté dans la mesure où le système reconnaît désormais les mutuelles communautaires comme un pilier central de la CMU. L'efficacité découlant des regroupements est mise en avant par rapport à la facette démocratique du mouvement, déployant les valeurs des mutualistes membres. De plus les unions, les réseaux, ne doivent pas se substituer aux entités de base, les mutuelles. Même s'ils fonctionnent avec une Assemblée générale constituée des représentants des mutuelles, la mise en réseau par l'établissement d'une équipe technique centrale peut déboucher sur une concentration des initiatives, des réflexions, affaiblissant alors les parties constituantes (Fischer, 2004). Un certain équilibre doit ainsi être recherché, entre la place de l'équipe « experte », à la tête de l'union, et le poids des diverses mutuelles, parties constituantes de cette union.

Un partage des tâches à éclaircir

Avec beaucoup d'intervenants extérieurs, le partage des tâches n'est pas évident pour les mutuelles devant composer avec de nombreux acteurs, y compris les réseaux. Ainsi, dans le cas de Thiès, les mutuelles sont encadrées par le GRAIM et par la coordination régionale de Thiès (CRMST). Le GRAIM, déjà abordé de nombreuses fois, formé en premier (1994), est une ONG qui appuie les mutuelles de santé de manière technique. La CRMST, venue ensuite sous l'impulsion et la direction du Ministère de la Santé (1997), est destinée à stimuler le dialogue et la coopération entre les représentants des mutuelles de santé, à promouvoir le mouvement mutualiste, à participer au développement des politiques nationales. Les objectifs vont plus loin : réaliser des activités communes entre les mutuelles, mettre à disposition une expertise, constituer un cadre de concertation pour la mise en œuvre de formations, d'évaluation, représenter les mutuelles auprès des bailleurs de fonds, des pouvoirs publics, défendre les intérêts des mutuelles dans la région. Les deux structures sont proches, géographiquement, dans leurs fonctions, dans leurs liens, ce qui peut aboutir à une situation floue pour les mutuelles membres des deux structures. « *L'un des principaux défis était de trouver* ***le juste équilibre entre la part de l'initiative locale et la part d'assistance externe de l'État ou d'organisations d'appui*** » (Wade, 2007, p 65), comme nous avons pu le constater au cours des entretiens que nous avons menés dans la région de Thiès. L'encadré suivant présente les extraits se rapportant à ces difficultés de coordination.

Encadré 37 : Un manque de clarté entre les divers structures, l'exemple de Thiès

La mise en place et la pérennité du GRAIM illustre ces débats de deux manières. Avec la création postérieure de la coordination régionale, les rôles attribués peuvent sembler flous. Le président de la mutuelle de Fandène estimait que « *le rôle du GRAIM c'est d'appuyer, un appui technique. Bon, heu, mais la coordination aussi. Y a deux structures là-bas, la coordination régionale, le GRAIM. Le GRAIM normalement c'était pour l'appui technique, peut-être recherche des partenaires, peut-être j'ai dit. Mais voilà on en est là, au point de départ, ça ne va pas, ça ne fonctionne pas. Normalement c'était un partenariat entre la mutuelle et la structure GRAIM, un appui technique. Mais nous, en tout cas à notre niveau, on a eu 2 crises, mais on n'a pas eu l'intervention ni son soutien. De même que la coordination. Ce sont les mêmes pour la même chose. Coordination, GRAIM, des fois on ne s'y retrouve même pas. C'est un peu flou. C'est pas du sérieux ça. La coordination on dit régionale, ça c'est étatique. GRAIM c'est une ONG. Ça devait se scinder. A part. Et il y a encore l'union au-dessus. C'est un pèle mêle. Et souvent les gens disent ne touche pas, surtout les étrangers qui viennent là-bas, donc tu es obligé de tâtonner de gauche à droite pour tout avoir, ça c'est pas sérieux, pas sérieux.* »

En plus de difficultés internes au réseau, les difficultés peuvent être externes, chaque acteur cherchant sa place au sein de la dynamique mutualiste. Le comptable de l'hôpital Saint Jean de Dieu nous racontait ainsi qu' « *en 1980 déjà il y avait dispensaire sous l'impulsion du diocèse de Thiès. Au départ un évêque avait demandé que les gens créent une union mais ça n'a pas marché, mais le GRAIM est venu entre temps. Il y a eu une concurrence entre les deux structures, des mutuelles étaient entre les deux* ».

Source : présentation par l'auteur sur la base des entretiens effectués en février 2015 à Fandène auprès de Pascal Ndione (Président de la mutuelle de Fandène) et à Thiès auprès de Bertin Ndione (Gérant de la mutuelle de l'hôpital Saint Jean de Dieu).

La création d'un réseau illustre ainsi les difficultés de s'accorder entre les divers acteurs et de mener ensuite une action coordonnée auprès des mutuelles membres. Une meilleure vision des divers acteurs impliqués pourrait être bénéfique pour les mutuelles membres de réseau, pour bien comprendre quel type d'acteur (le réseau, l'État, les collectivités) sont impliquées dans telle ou telle tâche.

1.2.3. Aller plus loin que la prise en charge directe de la santé

Les mutuelles ont pour mission une meilleure prévention des maladies au sein des populations ciblées. Les réseaux peuvent appuyer l'information, la prévention auprès des populations, en fournissant des moyens techniques, financiers. Par exemple le réseau REMUSAC mobilise une journée par an pour le don du sang et des activités citoyennes. Une journée gratuite de dépistage du cancer du col de l'utérus est organisée. Les mutuelles travaillent avec les médecins

chefs de district pour la prévention, les grandes maladies et la planification familiale. Au niveau d'Intermondes, l'ONG sénégalaise encadrant le réseau, plusieurs programmes sont en cours. Tout comme la plupart des réseaux et unions, les programmes sont divers et se font en partenariat avec des acteurs de la coopération internationale. Au lieu de mener ces programmes mutuelle par mutuelle, il peut être intéressant de les regrouper au sein d'un réseau, afin de donner plus de forces dans l'établissement de ces programmes, la diffusion de l'information à un plus grand nombre. Voici quelques exemples de programme au sein d'Intermondes : accélération d la lutte contre la tuberculose, réduction des grossesses et mariages précoces, Fonds Mondial de lutte contre le VIH auprès des jeunes filles du secteur informel, programmes sur l'enfance. Au sein du GRAIM, les actions se diversifient depuis les années 2000 avec la mise en œuvre de programmes de prévention, d'alphabétisation, etc.

Cela permet également d'aller plus loin que la santé, de se tourner vers d'autres problématiques telles que l'urbanisme, l'environnement, l'éducation, etc. Le regroupement au sein d'un réseau peut permettre d'adopter une vision systémique du développement d'un territoire, d'esquisser une approche globale des déterminants sociaux de la santé, ce qui est un point fort. Le GRAIM mène ainsi plusieurs projets en marge des mutuelles de santé. Depuis 2009, deux projets ont vu le jour, concernant l'insertion des enfants handicapés et le travail des enfants. Le réseau travaille sur quatre secteurs : la protection sociale (accès aux soins, protection des groupes vulnérables, lutte contre le travail des enfants), le développement économique et la réduction des inégalités (pour permettre aux groupes cibles d'avoir des appuis financiers), la gestion des ressources naturelles (gérer collectivement l'environnement) et le développement institutionnel et organisationnel (regrouper les citoyens, ce secteur étant transversal). Le REMUSAC, de son côté, possède également quatre axes d'intervention : la décentralisation et la gouvernance locale (notamment dans l'appui à la scolarité), la santé, la microfinance, et enfin les droits humains et la protection sociale des enfants.

1.2.4. L'uniformisation au sein des unions

L'intégration aux Unions, aux réseaux, débouche généralement sur une harmonisation au sein des mutuelles membres. Cette harmonisation peut se faire à plusieurs niveaux : des outils, de la cotisation, des conventions avec les prestataires de soins. La MS-PAMECAS est un exemple d'uniformisation globale (cotisations, outils, conventions pour une couverture géographique bien plus large). En règle générale, l'harmonisation se fait principalement au niveau des outils, afin d'appuyer la gestion des mutuelles membres, et des conventions avec les prestataires, pour faciliter la tâche des mutuelles et éclaircir la situation auprès des structures de soins, avec le poids du réseau comme base de négociation, plus forte que celui des mutuelles membres. Cette

harmonisation, dans un cadre démocratique, **devrait être le fruit d'un long processus** afin que les changements puissent être acceptés, paraître légitimes aux yeux des membres des mutuelles. Le cas du GRAIM illustre la volonté de procéder à une uniformisation par l'acceptation de chacun, comme le disait le coordinateur du GRAIM, dans l'encadré suivant.

Encadré 38 : Au GRAIM, une harmonisation progressive pour améliorer les liens avec l'offre de soins

Le coordinateur du GRAIM expliquait que « *quand on avait signé la convention avec l'hôpital (régional), c'était pour amener à harmoniser dans les temps, construire petit à petit, pas décréter. On avait les postes, l'hôpital régional, et on avait commencé à harmoniser au niveau du district pour que les mutuelles se rapprochent, avec des unions à l'échelle du district. Au niveau de l'union, chacune a une convention avec le centre de santé pour un paquet qu'ils conviennent tous de prendre en charge, et l'union prend en charge ce paquet. C'est un niveau qui permet de renforcer la complémentarité entre les mutuelles au bénéfice des mutualistes.* » Une convention commune peut permettre une meilleure crédibilité par rapport à l'offre de soin et une gestion facilitée à leur niveau. Ainsi, une convention commune est testée par le GRAIM avec l'hôpital régional. Au début, l'hôpital a eu des problèmes financiers, rejetant la faute sur la multitude de conventions propres à chaque mutuelle. Le GRAIM a ainsi décidé de changer de stratégie, avec une même prise en charge pour tout le monde et la mise en place d'un point focal au sein de cette structure. Dans ce schéma, en cas de visite d'un membre, l'hôpital conserve le bon de garantie puis renvoie l'ensemble des bons à l'union concernée pour que celle-ci les dispatche ensuite au sein des mutuelles membres, afin de faciliter la prise en charge du tiers payant.

Source : présentation par l'auteur sur la base des entretiens effectués en juin 20214 à Thiès auprès d'André Wade (Coordinateur du GRAIM), en novembre 2013 à Verviers auprès de Ndeye Seyni Kane (Chargée de programme au GRAIM) et sur la base des observations glanées lors de l'étude de cas du réseau.

L'uniformisation imposée dans le cadre du DECAM laisse de côté cette dimension démocratique, la capacité de chaque mutuelle communautaire à fixer une cotisation adaptée et acceptée par les populations. Tout comme le couplage entre les IMF et les mutuelles de santé, la mise en réseau des mutuelles communautaires présente un fort potentiel, que ce soit au niveau technique, financier, politique. Les mutuelles communautaires manquent de visibilité, de poids réel afin de constituer un contrepouvoir par rapport aux autorités publiques, sanitaires et à la coopération internationale. Se rassembler à un niveau supérieur, en construisant un montage institutionnel qui soit légitime par rapport aux futurs mutuelles membres, peut être une force pour la mutualité telle que nous la comprenons dans la grille d'analyse de l'ESS. Ceci nécessite un processus interne aux mutuelles, qui prend du temps, mais qui est laissé de côté par les mécanismes mis en place dans le cadre de la transition vers la CMU.

1.3. Les mutuelles aux cibles très spécifiques

Les initiatives se développent afin de créer des mutuelles ciblant des communautés très particulières, qui ont des difficultés à s'intégrer dans le schéma ordinaire des mutuelles communautaires, telles que les Talibés, les malades du VIH, etc. Cet effet provient à la fois des difficultés de certaines populations à cotiser pour les mutuelles, et des difficultés au sein des mutuelles d'assurer certains actes très chers (comme pour la mutuelle de l'hôpital Saint Jean de Dieu, qui accueille beaucoup de diabétiques et rencontre ainsi beaucoup de difficultés financières). Au sein du schéma du système de santé, les mutuelles de santé prennent en charge les exclus du système institutionnalisé national. **Les mutuelles aux cibles très particulières prennent au final en charge « les exclus des exclus »,** ceux qui ne peuvent accéder ni au schéma national, y compris les politiques d'assistance, ni aux mutuelles de santé. Comment assurer alors, pour ces mutuelles qui ciblent des populations particulières, des actes très chers ? Encore ici, cette situation devrait évoluer avec la diffusion du DECAM, l'État devant prendre alors en charge, à travers les subventions, les indigents et les actes plus lourds. Toutefois cette prise en charge reste limitée par rapport à de nombreux actes qui ne rentrent toujours pas dans les cadres de cette protection de la santé. Des expérimentations se créent ainsi afin de protéger les plus faibles par des mutuelles à part. Ces mutuelles possèdent une dimension supplémentaire par rapport aux autres mutuelles qui cherchent à mettre en place une identité collective autour de la santé. Ici, l'identité tourne toujours autour de la santé, mais avec cette fois-ci une situation (Talibé) ou une maladie (VIH, diabète) bien particulière, qui peut renforcer les liens entre les membres.

Ainsi, allant plus loin que les initiatives de prise en charge des Talibés au sein de mutuelles, le GRAIM a appuyé la création d'une mutuelle ciblant directement les daaras en 2011. Les daaras sont des écoles coraniques. Un maître coranique accueille des enfants, des adolescents, mis à disposition par leur famille. La plupart des familles n'ayant les moyens de payer pour leurs enfants, l'éducation, le logement, la nourriture sont fournis par le daara en contrepartie d'une somme, fixée par le maître, dont les enfants s'acquittent eux-mêmes. La taille des daaras varie, ils peuvent parfois accueillir plus de 50 enfants. Certains daaras évoluent : les daaras plus modernes possèdent des internats, les parents participent, ce qui diffère du daara avec des enfants ambulants. Souvent, quand les talibés sont malades (accidents de la route, maladies), ils ne peuvent aller se soigner. Lorsqu'ils sont ramenés auprès d'une structure sanitaire, celle-ci doit les prendre en charge sans contrepartie sur leur volet social. Le médecin chef du district a ainsi souhaité mettre en place une mutuelle des daaras et a convié le GRAIM à la réflexion et pour l'accompagnement. En accord avec les chefs des daaras, la cotisation a été fixée à 100F par mois par enfant. Dans le cas où le talibé est dans la rue, il faut 5F par jour pour un enfant qui mendie pendant 20 jours pour que la cotisation soit complète. La prestation regroupe les postes et centres

de santé et l'hôpital régional. Face aux difficultés de disponibilité, le GRAIM a engagé une personne pour assister la mutuelle, assurer la permanence, faire de la sensibilisation auprès des autres chefs de daaras et recouvrir les cotisations. Ceci permet, pour le GRAIM, d'avoir une **porte d'entrée dans les daaras**, afin de discuter des autres aspects que la santé, liés à ces écoles coraniques, de responsabiliser les maîtres. En février 2015, la mutuelle comptait 150 personnes à jour pour 107 enfants.

En 2009, une étude montrait la faisabilité d'une mutuelle de santé au sein des associations des PV VIH du département de Mbour (Ndiaye, 2009). Le VIH est une maladie particulière à prendre en charge par rapport à d'autres, dans la mesure où le paquet de soins pris en charge par l'État couvre déjà une grande partie des coûts directs, ce qui implique que les coûts seraient limités, favorisant la création d'une mutuelle de santé des associations des PV VIH. La cotisation calculée par rapport à la population cible (233 personnes réparties dans 4 associations de PV VIH dans le département de Mbour, sans compter leurs bénéficiaires) est relativement élevée : de 721FCFA pour une prise en charge de 100% à 350,56 FCFA pour une prise en charge de 50%. Les soins pris en charges seraient : les médicaments prescrits, le transport pour certaines analyses, les examens médicaux non gratuits concernant le VIH, l'achat de lait artificiel, l'hospitalisation. Ce qui est intéressant dans cette étude est l'importance donnée à certains services peu proposés par les mutuelles généralement, comme le transport dans certains cas, ce qui peut être fondamental pour certaines personnes, et l'achet de lait artificiel, permettant, pour le besoin de l'enfant, d'aller plus loin dans la prévention que par la prise en charge de soins directs. L'identité collective dans ce cadre pourrait être favorisée par l'appartenance à des associations des membres potentiels, qui possèdent déjà une identité collective autour du VIH. Ce couplage pourrait être intéressant afin d'instaurer une réciprocité entre les membres autour de la santé. Les membres de ces associations sont ainsi déjà habitués à un système participatif, à la fois financièrement (les 4 associations disposent d'un système de cotisation périodique et gèrent une caisse commune) et démocratiquement. **De même, que ce soit dans le cadre de Mbour ou ailleurs, la population cible fait souvent déjà partie d'autres associations ou systèmes d'entraides, tels que les GPF (Groupements de promotion féminine), les tontines, les Dahiras, etc.**

Ces mutuelles, qui ciblent des populations aux situations diverses, sont des expériences très intéressantes pour compenser les difficultés du système. Elles sont toutefois parfois encore plus fragiles financièrement que les mutuelles « ordinaires ». De plus, créer des mutuelles en isolant des populations dont la situation (mendicité des Talibés) ou la maladie (VIH) créent déjà une forme d'exclusion au sein de la société risque de **renforcer la discrimination** envers ces populations, malgré toutes les réformes mises en place, ne peuvent toujours pas accéder à des

soins ou ont fortement besoins d'une prise en charge complémentaire par rapport à ce qu'ils peuvent déjà avoir (à travers les politiques d'exemption pour le VIH par exemple). L'organisation démocratique interne peut être limitée dès le départ, comme pour la mutuelle des daaras. Il est difficile de croire que les Talibés pourront réellement s'impliquer dans la construction de leur mutuelle, contrairement aux maîtres. Toutefois la dimension politique reste présente par la relation entre le réseau et les écoles coraniques, pouvant arriver à une discussion sur les conditions de vies et la situation des Talibés. Comme nous le verrons ensuite, plutôt que de créer des structures à part afin de protéger les derniers exclus du système, certaines mutuelles mettent en place au niveau interne des mécanismes de prise en charge pour ces populations.

1.4. Les mutuelles professionnelles

1.4.1. Se baser sur des corps de métier ?

Une autre forme de mutualité se dessine aussi bien dans les expérimentations que dans les discours de certains acteurs, comme nous le montrons dans l'encadré 37. Au lieu de se baser sur l'échelle d'une communauté, les mutuelles professionnelles sont considérées comme une piste pour développer la mutualité à l'échelle du pays. Au niveau du gouvernement, la LOASP montrait également cette volonté de se baser sur l'échelle professionnelle. Les mutuelles complémentaires se basent déjà sur certains corps de métiers, mais les mutuelles au premier franc adoptent désormais aussi parfois cette forme.

Encadré 39 : Des mutuelles basées sur des corps de métiers ?

Un économiste à l'OMS expliquait les possibilités de baser l'extension de la couverture santé à des métiers : « *En parlant des mutuelles, les gens opposent l'informel. Au Sénégal, on donne les semences aux agriculteurs. Pourquoi ne pas leur demander de protéger leur santé ? Pour les commerçants, il suffit de rendre un registre de commerce annuel en demandant de venir avec une assurance maladie. Il faut attaquer le bastion de l'informel, qui n'est pas homogène. A partir du moment où il y a différents revenus, il faut différents traitements. Mais ça demande des efforts. Il faut démanteler l'informel. Pour les chauffeurs de taxi par exemple, il y a un permis à valider annuellement et une assurance du véhicule. Ils ont le sens d'assurer le véhicule mais pas la personne ? On peut obliger l'assureur de prévoir une assurance pour le propriétaire du véhicule également et de l'apprenti. On continu ainsi jusqu'aux indigents, avec une gestion de proximité pour ne pas se tromper, au niveau des collectivités. La société cotisera pour eux.* »

Le gérant de la mutuelle And Fagaru considérait à la fois les mutuelles et l'État à l'appui d'une extension par les corps de métier : « *Pour avoir plus d'adhérents, il faudrait un vrai engagement de l'État et des collectivités. Par exemple « pour ouvrir un petit commerce, il faut un carnet* ».

En parlant d'exemples de mutuelles réussies, un anthropologue à l'IRD nous disait qu'il existait « *des mutuelles agricoles qui fonctionnent dans certains endroits car les cotisations sont obtenues au moment des récoltes, c'est un corps de métier précis.* »

Source : présentation par l'auteur sur la base des entretiens effectués en septembre 2013 à Dakar auprès de Farba Lamine Sall (Économiste à l'OMS), à Guédiawaye avec le gérant de la mutuelle And Fagaru et à Dakar auprès de Bernard Taverne (Anthropologue à l'IRD).

Avec des visions différentes, cette idée de mutuelles professionnelles, de plus ou moins grande ampleur, germe dans l'esprit de plusieurs acteurs, mutualistes, chercheurs, acteurs de la coopération internationale. L'exemple en la matière, encensé par les divers acteurs rencontrés, est la mutuelle TransVie, née en 2008. L'étude de TransVie qui suit est basée à la fois sur nos observations et l'entretien effectué avec le directeur général, ainsi que sur l'étude menée par Faye en 2012. Ce sont les expériences des routiers, en termes de savoir-faire dans l'entraide et le contrôle social (les travailleurs se rassemblaient sur des bases corporatistes), qui ont permis la création d'une mutuelle sociale institutionnalisée dont le siège se situe à Dakar. La question de la protection sociale des routiers remonte à son inscription en 2004 parmi la plate-forme revendicative du Syndicat National des Travailleurs des Transports Routiers du Sénégal. En 2005, le Comité National du Dialogue Social (CNDS) mettait en place des discussions avec le Ministère de la Fonction Publique, du Travail, de l'Emploi et des Organisations Professionnelles, et les acteurs concernés pour faire avancer cette problématique. Les expériences des regroupements existants offraient une bonne base à la mise en place d'une mutuelle nationale, montrant l'importance des expérimentations de la société civile dans l'impulsion d'une loi d'envergure nationale.

1.4.2. L'exemple de la mutuelle TransVie : une approche entrepreneuriale

L'organisation de TransVie montre une professionnalisation importante : en plus des trois organes obligatoires pour une mutuelle, elle compte un directeur, un assistant de direction, des responsables administratif, financier, des prestations, marketing et communication et d'agence, puis des responsables pour le recouvrement, pour l'animation réseau, un comptable, des gestionnaires et enfin des conseillers commerciaux. L'Assemblée générale est constituée des délégués issus des sections locales, des membres d'honneur (statut accordé par l'Assemblée générale sur proposition du Conseil d'administration aux personnes ayant rendu des services exceptionnels à la mutuelle, ces membres ne bénéficient pas des services de la mutuelle mais peuvent participer aux AG avec une voix consultative) et des partenaires de la mutuelle.

Le siège s'occupe de la gestion informative, technique, de la formation ou encore de la coopération avec les différents acteurs concernés (c'est-à-dire les différents regroupements appartenant à la mutuelle ainsi que les partenaires extérieurs). En plus des ressources propres aux regroupements, le financement se fait par des cotisations salariales et patronales. La population des routiers est estimée à 400 000 personnes (en incluant les familles). Le régime comprend également un certain nombre d'inactifs, comme les travailleurs au chômage ou les retraités membres des regroupements. Les premiers bénéficiaires ont été les travailleurs des Groupements d'Intérêts Économiques de la région de Dakar (42 000 personnes environ avec les routiers et leur famille). Les adhérents peuvent prendre en charge 6 personnes maximum, dont les conjoints et les enfants âgés de moins de 21 ans.

La mutuelle ne recouvre pas que la branche maladie, qui est autofinancée en totalité depuis son lancement (le budget total est, quant à lui, autofinancé à 92% au démarrage). Selon le gouvernement, la mutuelle a atteint un seuil d'équilibre en 2009, et peut depuis autofinancer ses coûts fixes et variables. Cependant, afin de garantir la mutuelle contre les instabilités financières qu'elle pourrait rencontrer, un fonds de réserve a été créé et rempli entre 2007 et 2010. En 2012, la mutuelle comptait 10889 bénéficiaires (ce qui est encore très peu par rapport à la population cible) (Faye, 2012). 4 régions étaient couvertes en 2013 pour un objectif fixe à l'ensemble du territoire en 2018. La cotisation est plus élevée que dans les mutuelles communautaires, du fait du secteur ciblé. Elle est, mensuellement, de 7200FCFA par famille, pour un taux de prise en charge de 90% pour les hôpitaux et de 70% pour les centres de santé. Le recouvrement des coûts est fortement facilité par l'application du prélèvement bancaire, ce qui est spécifique ici au secteur des routiers. TransVie applique la différenciation des contrats, les primes sont différentes en fonction des garanties. Celles-ci peuvent aller jusqu'à l'évacuation sanitaire ou l'indemnisation journalière en cas de maladie. Les garanties proposées sont donc bien plus fortes que dans les mutuelles communautaires. Une cible plus stable, des cotisations plus importantes, une couverture élargie géographiquement et dans les services, une forte professionnalisation sont les diverses caractéristiques permettant la réussite de TransVie.

Ce cas se rapproche également du couplage avec le microcrédit. Une convention a été signée en 2008 avec la MEC/TRANS, une structure spécialisée dans le financement en apport personnel pour obtenir des véhicules, afin de renouveler le parc automobile (programme initié par l'État et la Banque mondiale). Dans ce cadre, la MEC/TRANS rend obligatoire l'adhésion à la mutuelle TransVie et recouvre elle-même les cotisations de ses membres pour la santé. De son côté TransVie s'engageait à prêter une partie de ses réserve à la MEC/TRANS à un taux préférentiel (Faye, 2012). Cette forme de couplage est originale et bénéficie de l'opportunité du programme de renouvellement du parc automobile. La structure de microcrédit est appuyée afin

de mener ses missions et TransVie bénéficie d'une augmentation du taux de pénétration de la population.

L'approche de TransVie se rapproche plus de **l'entreprise sociale** que de la mutuelle de santé dans notre cadre d'analyse, comme l'illustre les extraits d'entretiens dans l'encadré suivant.

Encadré 40 : La vision entrepreneuriale de TransVie

Le directeur général nous expliquait que TransVie se basait sur une « *approche entreprise, ainsi que la corrélation sociale, mais il faut connaître sa cible pour pouvoir se battre sur le marché […] TransVie mise sur la qualité des ressources humaines, sur des personnes très qualifiées. C'est le problème au Sénégal, on ne comprend pas ce qu'est un produit financier, ce n'est pas des enquêtes, de la sociologie, c'est du business. […] Il faut des professionnelles, les primes ne sont pas rentables sinon, il faut des gestionnaire […] Le bénévolat pose trop de problèmes, ils ne connaissent que la littérature concernant l'assurance santé, ce ne sont pas des experts* ».
Il met en avant l'apport de la formation des créateurs et leur influence : « *TransVie se base sur un groupe de jeunes très motivés. Quand vous avez l'expérience des entreprises, des études en business school, vous apprenez à être au cœur du stratégique […] L'influence est anglo-saxonne, c'est l'action avant tout* ». Il finit sur sa conviction que « *l'entreprise doit avoir une vision, des valeurs, une mission. Il faut un management stratégique pour s'adapter constamment*. »

Source : présentation par l'auteur d'après l'entretien effectué avec Abdou Diagne (Directeur de TransVie) en septembre 2013 à Dakar.

La non lucrativité, l'organisation d'AG annuelle, sont bien présentes, mais la vision est plus tournée vers l'entreprise, l'efficacité que les valeurs que l'on peut retrouver au sein des mutuelles communautaires. Ceci peut provenir de plusieurs facteurs : l'éclatement géographique des bénéficiaires, la formation des dirigeants, la mise en place d'objectifs, tout comme à la PAMECAS, la différenciation des contrats. La structure se rapproche du système des mutuelles complémentaires françaises, l'organisation se base avant tout sur l'assurance et non sur les liens réels entre les personnes.

2. Des expériences novatrices au sein des mutuelles de santé communautaire

Si la dynamique mutualiste dans son ensemble évolue, les mutuelles communautaires elles-mêmes expérimentent, à leur niveau. Ces expériences peuvent toucher : à la viabilité financière, avec les mécanismes de garantie, les activités annexes ; au fonctionnement, avec l'approche par le genre, la gestion décentralisée, les adhésions groupées.

2.1. Se baser sur le genre pour mieux appréhender la structure de la société

Si la structure sociale est importante à prendre en compte pour le fonctionnement des mutuelles communautaires de santé, le genre en fait partie. **Les dynamiques de genre influent également l'accès à la santé**. Le ménage est souvent considéré comme la cible dans les divers plans de développement, sans considérer les différences de statut au sein de ce ménage. Les normes de genre déterminent qui participe à l'économie, qui possède le pouvoir de décider dans tel ou tel domaine, lorsque telle ou telle ressource est nécessaire (Dixon, Luginaah, Mkandawire, 2014). De plus, les femmes ont un plus grand besoin d'accès à la santé, cette situation étant à l'origine des nombreuses politiques qui ciblent les femmes, à la fois pour une meilleure prise en charge de leur santé et pour une amélioration de leurs capacités, de leur statut et de leur participation au sein des communautés. Les femmes sont en effet souvent des cibles pour le développement (l'un des OMD consistait ainsi en l'autonomisation des femmes).

Les femmes occupent un rôle important concernant la santé de leurs proches et leur bien-être. En Afrique, elles contribuent de manière important à la nutrition, la sécurité alimentaire, l'approvisionnement en eau, etc. Ainsi, une étude menée par Chankova et al. (2008) dans les pays d'Afrique de l'Ouest montrait que les ménages dirigés par une femme auraient une plus haute propension à adhérer aux mutuelles de santé. Ceci serait dû à la stratification des rôles traditionnels au sein de la famille, les femmes étant celles à qui la prise en charge de la santé est dévolue, elles peuvent plus facilement appréhender les coûts et les conséquences associées à un épisode maladie et ainsi établir des priorités en ce qui concerne la prise en charge de la santé, comme l'adhésion à une couverture santé. De plus, les femmes participent plus fréquemment que les hommes à des mouvements de mises en commun des ressources comme les tontines, et peuvent ainsi être plus concernées par les principes et les systèmes mutualistes que les hommes.

En ce qui concerne la mortalité des enfants, la mère se trouve être un intermédiaire primordial de leur santé. Les effets de l'éducation des femmes peuvent être importants sur l'amélioration de la santé, de la prévention. Il faut également prendre en compte le fait que les femmes, du fait de ces nombreuses activités au sein du foyer, particulièrement en milieu rural, possèdent peu de temps (Banque mondiale, 1994). Il serait donc intéressant d'adopter une approche genrée par rapport aux mutuelles de santé, impliquant les femmes dans un rôle qui leur est déjà dévolu. Toutefois les contraintes (de temps, de moyen, etc.) sont à prendre en compte également en mettant en place ce type d'approche.

La question du genre au Sénégal est déjà mise en avant au sein des politiques qui mettent en avant la santé de la mère et l'empowerment des femmes. Toutefois, certaines mutuelles

communautaires vont plus loin dans la prise en compte de la structure de la famille sénégalaise. Certaines mutuelles du réseau REMUSAC, qui se basent sur les groupements féminins, appliquent cette prise en compte du genre pour construire des mutuelles de santé, comme nous le montrons dans l'encadré suivant.

Encadré 41 : L'importance d'une approche genrée

Le chargé de programmes à Intermondes, expliquait ainsi l'application de cette approche genrée au sein du réseau : « *Ce sont des groupements mutualistes solidaires. 10 femmes mères de famille se mettent ensemble pour adhérer ensemble à la mutuelle avec leur famille. C'est une approche genrée. Dans une famille sénégalaise, il y a une répartition des tâches. Les fonctions d'éducation et de santé sont dévolues aux femmes, même si c'est le mari qui paye, c'est la femme l'adhérente. Ce modèle a permis d'inscrire pour chaque femme 4-5 personnes (minimum) dans son carnet.*»

Source : présentation par l'auteur sur la base de l'entretien effectué en août 2013 à Guédiawaye auprès de Babacar Mbaye (Chargé de programmes à Intermondes).

Ainsi, au sein de la mutuelle And Faju, ce sont les femmes qui adhèrent et qui sont élues dans les divers organes de la mutuelle. Nos observations ont montré que, selon la localisation des caisses étudiées au sein de la PAMECAS, les femmes sont très présentes en tant qu'adhérentes, quel que soit leur âge. De la même manière, les femmes fréquentent plus souvent les structures de santé comparativement aux hommes. Les rôles sociaux sont à prendre en compte, dans la mesure où ce sont généralement les femmes qui s'occupent de la santé, restent au chevet des membres de leurs familles (Ndoye, Fall, 2010). De même, si les mutuelles peuvent s'appuyer sur les femmes en tant qu'adhérentes, elles peuvent aussi améliorer la prévention, en donnant des informations sur la santé qu'elles peuvent ensuite elles-mêmes apprendre à d'autres. Comme pour les mutuelles du REMUSAC, la mutuelle de Wer ak Werle dans la région de Dakar applique une décentralisation de la gestion en se basant sur les GIE de femmes. Comptant les unes sur les autres pour subvenir à leurs besoins, la confiance est déjà fortement installée entre les femmes de ces GIE. Ceux-ci sont traversées par la solidarité, la promotion de l'autonomisation de la femme, la nécessité de sortir de la pauvreté et la volonté d'acquérir une indépendance financière par rapport à leurs maris (Mladovsky et al., 2014).

2.2. Une gestion décentralisée pour améliorer le recouvrement des coûts

De plus en plus, afin d'améliorer le recouvrement des coûts et la représentation des membres, les mutuelles décentralisent leur organisation quand la taille des bénéficiaires s'agrandit. Par exemple, la mutuelle And Faju, à Guédiawaye, qui se base sur les GIE (Groupements d'Intérêt Économique) et les GPF : si les GIE ou les GPF deviennent trop grands, ils sont divisés en

sous-groupes de 10 personnes pour conserver la proximité, en nommant une personne responsable. Dans ce cadre, en plus de la démocratie directe par les AG annuelle, la démocratie devient représentative, les responsables devant à la fois s'occuper du recouvrement des coûts de leur sous-groupes mais aussi faire passer les informations et les représenter lors des CA.

La mutuelle communautaire Mame Diarra Bosso, à Diourbel, applique également un schéma décentralisé. La mutuelle était déjà dynamique, avec des élections régulières, une forte participation aux Assemblées générales. Ces assemblées étaient populaires mais posaient des problèmes au niveau du contrôle, aussi la mutuelle a opté pour une convocation avec une représentation de section, pour la décentralisation. Un point focal est désigné par groupe de 25 adhérents. En étant à cheval sur trois quartiers, la mutuelle, en 2013, possédait 4 sections. Chaque point focal veille sur les cotisations. La mutuelle de Lalane Diassap a aussi évolué. Chaque quartier a un délégué, qui siège au Conseil d'administration. Ces délégués sont les points focaux de la mutuelle, ils sont chargés de collecter les cotisations, de recueillir les besoins de son quartier, de faire le lien entre la mutuelle et les membres de sa division. Les réunions sont mensuelles.

L'un des avantages de la décentralisation de l'organisation de la mutuelle est la proximité pour le suivi des membres, afin de ne pas avoir de rupture totale en cas d'arrêt des cotisations. **Conserver des petits groupements avec un représentant permet de conserver ou de créer des liens forts au sein de chaque petit groupe**, avec une personne représentante pouvant réellement faire entendre les besoins et la voie des autres membres de son groupe. En discutant de la tendance à la massification des mutuelles, le président de la mutuelle de Fandène soulignait cette idée, que nous détaillons dans l'encadré suivant.

Encadré 42 : Une massification décentralisée

En parlant de la massification des membres des mutuelles, le président de la mutuelle de Fandène évoque la gestion décentralisée comme nécessaire pour conserver « l'esprit mutualiste » : « *Si c'est en milieu urbain, c'est (*la massification*) possible, parce que là-bas c'est le melting pot. Y a des gens qui viennent de n'importe où. Mais il faut aussi bien structurer la mutuelle pour que chacun puisse se voir avant, son intérêt quoi. Parfois en milieu urbain, les cultures ne sont pas les mêmes, communautés hétérogènes, pas homogène comme en milieu rural. C'est possible mais il faut beaucoup de travail. Et si c'était possible, chaque quartier doit être avec ses représentants. Il faut diviser par section, et chaque section est représentée dignement au niveau du bureau exécutif ou bien du CA. Ça permet de pouvoir toucher tous les membres à n'importe quelle réunion. Les membres de la mutuelle doivent avoir le culte de l'entraide, de la complémentarité.* »

Source : présentation par l'auteur sur la base de l'entretien effectué en février 2015 à Fandène auprès de Pascal Ndione (Président de la mutuelle de Fandène).

La décentralisation dans l'organisation des mutuelles pourrait permettre, dans le cadre de mutuelles comme Fandène, avec une population très éparpillée, de maintenir le lien et d'améliorer le recouvrement des coûts. Avec l'augmentation du nombre d'adhérents et de bénéficiaires, ceci pourrait permettre de pérenniser le fonctionnement démocratique de la mutuelle en s'adaptant aux contraintes locales, et de mettre en place une identité commune à l'aide de petits groupements au sein de la structure. Cette approche est très intéressante, mais nécessite de bien penser l'organisation, la constitution de chaque groupe, et de conserver des liens entre les groupes par les rencontres régulières avec les représentants.

2.3. Les activités annexes : du microcrédit aux activités génératrices de revenus

Les mutuelles communautaires sont nombreuses à proposer des activités annexes très diverses. Beaucoup essaient de mettre en place, par exemple, des possibilités de microcrédit ou d'activités génératrices de revenus. Par exemple, la mutuelle And Faju (comme les autres mutuelles du REMUSAC) pratique les deux activités. Chaque groupement (GIE, GPF) a accès à un microcrédit de 50000FCFA pour renforcer des activités génératrices de revenus. Sur des cycles d'un an, les crédits sont établis pour une période de 6 mois, ensuite un mois de pause, puis 5 mois de remboursement. Ceci permet, pour la mutuelle, de rester en contact permanent avec les membres et d'essayer d'attirer d'autres personnes. Au niveau des activités génératrices de revenus, la mutuelle possède des ateliers comme la teinture, la transformation de la savonnerie, afin que les femmes diffusent ensuite leurs connaissances autour d'elles. En plus d'activités génératrice de revenus, avec le crédit, il est possible par exemple d'acheter des produits d'usage courant en gros pour une consommation immédiate.

Toutefois d'autres mutuelles qui ont testé la mise en place de microcrédit pour leurs membres ont mis fin à l'expérience, du fait de diverses difficultés. Au sein de la mutuelle de Goxu-Mbathie, à Saint-Louis, un fond rotatif avait été mis en place, dans l'optique d'améliorer l'efficacité pour les cotisations. Mais il y a eu trop de problèmes au niveau des remboursements, le président regrette désormais ce couplage. Au sein du GRAIM, le couplage avec le microcrédit a également été essayé. Après sa mise en place, une partie des nouveaux membres des mutuelles venaient avant tout pour le microcrédit, et non pour participer à un schéma de réciprocité concernant la santé. Ce schéma a donc été stoppé afin de se baser uniquement sur la santé. Les mutuelles développent en conséquence des activités génératrices de revenus plutôt que du microcrédit directement. Le succès du microcrédit au sein du réseau REMUSAC résulte d'un couplage entre la santé, le crédit et les activités génératrices de revenus, qui permettent un meilleur remboursement des crédits et une utilisation directe des fonds.

L'importance du contexte, des liens entre les individus, interviennent encore ici, dans cette ouverture des mutuelles aux activités annexes. La réussite du couplage avec le microcrédit, de la mise en place d'activités génératrices de revenus, dépend fortement de la situation des personnes, de leur perception du microcrédit, de ces activités génératrices de revenus. Le réseau REMUSAC se base sur des groupements féminins dont l'intérêt est déjà multidimensionnel, permettant des liens forts entre les membres des GPF et un intérêt direct pour les activités génératrices de revenus dans le cadre de leur GPF. Le microcrédit est largement promu par la coopération internationale aux pays en développement et ici au Sénégal, comme un instrument vers plus d'empowerment et vers l'accession au marché. Ainsi, ces initiatives, se basant toujours sur la réciprocité, cherchant à rétablir un visage humain à l'échange, risquent l'instrumentalisation. Le microcrédit pourrait servir, par la proximité, à responsabiliser les personnes et à en faire des entrepreneurs d'eux-mêmes dans une vision libérale. De plus, les crédits sont souvent chers[112] pour les populations ciblées, les taux d'intérêts sont élevés, excluant ainsi une partie de la population qui ne peut assumer ces frais (Servet, 2006).

2.4. Les mécanismes de garantie sont-ils adaptables aux mutuelles communautaires ?

2.4.1. Assurance, coassurance, réassurance

Les mutuelles communautaires, notamment grâce à leur réseau, créent de plus en plus des mécanismes de garantie, tels que la coassurance ou la réassurance :

- La coassurance signifie que le risque est partagé de manière horizontale entre les mutuelles de santé, évitant ainsi que des sinistres mettent en péril la viabilité financière des membres du système. Chaque mutuelle perçoit dans ce cadre un taux de prime qui s'élève au même pourcentage que son taux d'engagement dans la couverture totale des soins, et doivent verser, toujours au même pourcentage, la somme correspondante en cas de sinistre.

- La réassurance consiste, pour la mutuelle, à se décharger d'une partie ou de l'ensemble des garanties proposées aux membres sur le cessionnaire. La mutuelle reste cependant la responsable auprès de ses membres. La réassurance peut être proportionnelle ou non proportionnelle :

[112] Selon une étude de la CGAP, en 2007, le taux d'intérêt moyen des microcrédits était supérieur au taux d'intérêt des crédits à la consommation au Sénégal et au Cameroun. Mais les taux varient d'un pays à l'autre, ils étaient en effet inférieur à ceux des crédits de la consommation en Ethiopie, au Kenya ou encore au Togo.

- Dans le premier cas, la part du sinistre à la charge du réassureur est exactement proportionnelle à la part de cotisation.

- Dans le second cas, la réassurance consiste en un transfert au réassureur des sinistres au-delà d'un montant connu à l'avance (ce qui permet de protéger la mutuelle contre les fréquences anormal de sinistres moyens ou la survenue de très forts sinistres). La part de risque conservée par la mutuelle est la franchise[113] (Sarr, 2007).

Ainsi la coassurance, qui pourrait permettre un partage entre plusieurs mutuelles et améliorer les liens, les partages d'expériences, et la réassurance proportionnelle, qui semble mieux adaptée à la prise en charge de l'incertitude propre aux mutuelles, de la variabilité des besoins, pourraient être des pistes intéressantes dans le but d'améliorer la viabilité financière des mutuelles. La gestion des risques dans le cadre de ces expérimentations ne doit pas devenir pour autant la principale cause de rassemblement des mutuelles. La coassurance, la réassurance sont des formes biens connues de la finance et de l'assurance à travers le monde. Ceci rejoint les problématiques précédentes concernant les mutuelles et les unions : traversées par l'approche assurantielle, la solidarité financière, la mise en avant de leur efficacité par rapport à la gestion du risque, ces structurent de l'ESS peuvent perdre leurs principes originaux. La coassurance, la réassurance, les autres initiatives, pourraient être pensées dans l'optique de la réciprocité entre les mutuelles, de l'application de liens entre elles dans des formes permettant d'améliorer la précaution par rapport aux incertitudes. Comme nous l'avions dit précédemment, il est extrêmement complexe de calculer les risques dans un monde d'incertitude radicale, surtout dans certains contextes. Les mutuelles s'appuient, afin de fixer leurs cotisations et de mettre en place des mécanismes de garantie, sur les taux de morbidité calculés par rapport aux fréquentations moyennes des structures de soins, par rapport à des dépenses passées. La coassurance et la réassurance peuvent être utiles dans le cas où ces taux de morbidité varient car, en réalité, ces taux de morbidité peuvent être très éloignés de la réalité des besoins réels des membres. Toutefois, à la base, c'est-à-dire au sein de la mutuelle, le taux de morbidité et les besoins des personnes pourraient être mieux appréhendés à travers le prisme de la précaution, de la démocratisation sanitaire. **Mieux connaître les membres pourrait signifier une meilleure**

[113] Au sein de la réassurance non proportionnelle, plusieurs formes existent : l'excédent de sinistre, le réassureur ne prendra en charge qu'une partie du sinistre au-delà de la priorité (le sinistre doit atteindre un certain coût) et avec une portée limitée ; l'excédent de pourcentage de perte annuel, la franchise est calculée en pourcentage de sinistre/cotisation, nécessitant de bien tenir les comptes afin de connaître les résultats ; l'excédent de sinistres cumulés, la franchise à la charge de l'assureur initial est fixée en additionnant les coûts des sinistres d'une année.

prise en compte des besoins de santé réels, et non une assurance se basant sur des calculs de risques moyens.

Le débat sur la taille de la mutuelle se retrouve encore une fois dans notre propos. Avec une grande taille, le calcul des primes serait facilité, les risques plus prévisibles. Nous pensons que, bien que la moyenne des risques soit effectivement plus prévisible, elle resterait éloignée des besoins réels (d'où la nécessité de réassurance ou de coassurance, même pour les grosses structures[114]). Avec une taille plus faible, la couverture maladie pourrait se baser sur les besoins réels des membres qui évoluent avec le temps. Au lieu de prendre en charge un risque moyen, serait pris en charges des précautions spécifiques. Il ne faut toutefois pas oublier que ce débat se positionne dans un cadre bien spécifique, différent des assurances et mutuelles occidentales : l'égalité des cotisations.

2.4.2. Des garanties à divers niveaux d'après les expériences observées

En 2010, une étude de faisabilité avait été réalisée à Saint-Louis afin de créer un Fonds de Garantie pour les mutuelles de la région et un **mécanisme de coassurance**. Le premier devait résulter en grande partie dans ce cadre des contributions des partenaires au développement et des promoteurs, le selon de la contribution des mutuelles communautaires à travers la cotisation des adhérents. Les tâches dévolues au **Fonds de garantie** étaient la sécurisation financière, la pérennisation des mutuelles, l'appui à la gestion, l'administration, la mobilisation des ressources et l'animation. La coassurance devrait permettre de son côté une amélioration des paquets de soins proposés. La cotisation des membres seraient pour cela scindées en deux : une partie pour la mutuelle et l'autre cogérée par les mutuelles pour le fonds de coassurance. Ce second fonds bénéficierait aussi de ressources externes et de la dotation allouée par le Fonds de garantie (Niasse, 2010). Le GRAIM réfléchit également à des systèmes de réassurance[115]. La Coordination régionale de Thiès avait entreprit une étude sur les conséquences du plafonnement de la prise en charge des frais d'hospitalisation. L'une des solutions envisagées est la fixation d'un montant forfaitaire d'après une durée d'hospitalisation moyenne. L'hôpital serait alors rémunéré au **forfait,** quelle que soit la durée de l'hospitalisation. La manière d'organiser l'offre de santé peut

[114] Ainsi, en France, ces systèmes sont bien connus de l'assurance, et la coassurance a été ouverte aux contrats collectifs pour les mutuelles en 2014.

[115] André Wade nous expliquait, en juin 2014 à Thiès, leurs réflexions à ce stade : « *Du système où on a une convention, les factures arrivent, on fait la distribution, pour avoir une idée des coûts moyens et donc de fixer un montant par malade. Chaque fois que la mutuelle envoie un malade, voici l'assurance à verser en même temps, la mutuelle ne s'en occupe pas. C'était notre démarche. Amener vers le forfait même si c'est pas le prestataire qui le demande mais l'union.* »

ainsi évoluer afin d'appuyer les mutuelles et le système de santé. Le projet PAODES (CTB) s'intéresse désormais au forfait (Ciss et al., 2013).

La volonté du gouvernement se porte également sur un fonds de garantie au niveau national, qui offrirait des prêts, des subventions si besoin est et selon certaines modalités. Ce fonds national de solidarité santé (FNSS), déjà prévu avec le Président précédent, est l'une des composantes de la CMU sénégalaise. Il doit fonctionner de manière décentralisée, dans des fonds départementaux, les mutuelles contribuant ainsi à un échelon départemental pour remplir ces fonds. Leurs buts sont de fournir les subventions partielles pour les membres, des subventions ciblées pour les indigents et les groupes vulnérables, des mécanismes de garantis pour promouvoir l'adhésion en groupe (partenariats avec la microfinance notamment). Le mécanisme de subventionnement de l'État passerait donc par ces fonds, auxquels les mutuelles contribuent également (ceci sera détaillé dans le chapitre suivant).

2.5. La prise en charge ambiguë des indigents

Les communautés chargées de la définition des indigents

La prise en charge des indigents doit évoluer dans les années à venir dans le cadre de la CMU, en se basant sur les mutuelles communautaires de santé, afin de faciliter leur ciblage et leur enrôlement. D'ici 2017, des approches communes de ciblage des indigents devraient être mises en place, ainsi qu'une interface entre les unions régionales et les programmes nationaux de filets sociaux, d'après le programme établi. La manière de déterminer qui est indigent ou non sera fondamental pour le plan CMU à long terme, dans la mesure où cette tranche de la population devrait être couverte par les subventions. Les mutuelles, de par leur échelon local, sont vues comme un acteur privilégié afin de mieux cibler certaines parties de la population. Les études sont récentes sur ce lien. En 2010, l'une des premières montrait, à travers un processus de recherche-action mené au Burkina Faso, la sélection communautaire comme une solution, bien que complexe selon les contextes, pour identifier les personnes vulnérables (Ridde, 2010). L'étude menée par Ousmane Sow en 2007 dans le cadre du Projet Financement et Politiques de Santé (dans le cadre d'un partenariat avec l'USAID/Dakar et le Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale) met en avant le fait que l'emprise des mutuelles sur les réalités sociales est à la source d'un meilleur ciblage des indigents : « *Dans les processus d'identification et de sélection des bénéficiaires des schémas de parrainage, les mutuelles mettent en exergue des références du milieu socioculturel pour apprécier la situation sociale d'une personne ou d'une famille. Au-delà du niveau de revenu, on considère en plus le capital social. Par exemple, un vieillard ou une veuve sans revenu, un enfant ou un handicapé, peuvent ne pas être considérés dans le schéma pour les indigents s'il s'avère qu'ils ont*

un soutien familial en capacité de supporter leur charge de santé en cas de maladie. La place accordée à la communauté dans la caractérisation de l'indigence garantit une meilleure visibilité sur la situation des bénéficiaires potentiels. » (Sow, 2007, p 65).

Les mutuelles elles-mêmes mettent en place depuis plusieurs années des initiatives dans le but de prendre également en charge ceux qui ne peuvent assumer une cotisation. Dans notre cadre d'analyse, plus loin que l'efficacité de l'échelon de proximité, la prise en charge des indigents et des populations vulnérables pourrait bénéficier des valeurs de la mutualité. De par les liens entre les membres, ceux-ci pourraient plus facilement accepter de prendre en charge les arriérés de cotisations par exemple, pour les membres traversant des périodes difficiles, ainsi que les cotisations pour les indigents. Le fait de se baser sur des communautés déjà existantes, sur des tailles raisonnables (à l'échelle de la proximité), serait également un atout pour assoir cette solidarité avec les indigents, qui feraient partis de la même communauté, qui auraient également des liens avec les autres membres. Toutefois, malgré la présence d'une solidarité « réelle » entre les membres, la solidarité financière n'est pas facile. Prendre en charge les indigents sur les propres fonds de la mutuelle **signifie demander à des personnes qui ont déjà des difficultés à assurer la continuité de leur paiement de payer pour des personnes encore plus pauvres**. Techniquement, comme nous l'avions déjà vu dans les potentialités financières des mutuelles, cela semble impossible, d'où le besoin de ressources externes.

Des formes diverses de prise en charge des indigents par les mutuelles

Ainsi la mise en place d'un mécanisme de prise en charge des indigents provient la plupart du temps soit des membres de la mutuelle directement, exprimant leur solidarité face à la pauvreté, soit à l'initiative d'institutions partenaires, offrant des appuis techniques et/ou financiers pour cette population cible. Plusieurs montages existent :

- le partenaire à l'initiative du mécanisme identifie lui-même les bénéficiaires, la mutuelle n'intervient pas dans le processus de sélection en tant qu'institution
- le partenaire peut aussi au contraire s'appuyer totalement sur la mutuelle pour identifier et sélectionner les bénéficiaires
- la mutuelle, qui s'occupe du processus elle-même, peut recourir à la contribution de personnes de bonne volonté extérieures
- les mutuelles peuvent aussi mettre en place des mécanismes internes, avec un prélèvement sur les recettes propres ou par la contribution des membres qui en ont les moyens, en particulier dans la prise en charge des talibés, comme l'expérience de la mutuelle Sant Yalla dans la région de Dakar (Sow, 2007).

- D'autres expériences ont eu lieu, comme le parrainage des indigents par les adhérents afin de régulariser les situations de certaines familles, dans la mutuelle de Lalane Diassap.

Deux approches sont généralement appliquées afin de cibler les indigents : soit directement auprès des ménages, soit auprès des structures de soins. En se basant sur les ménages, l'approche est plus compréhensive (observation de l'environnement des individus, les personnes sont plus à l'aise pour s'exprimer) et inclusive (aller chercher les personnes qui ne se présentent pas forcément dans les structures de soins). Cette approche est plus coûteuse en moyen et en temps qu'en allant chercher les données auprès des structures de soins. Elle pourrait bénéficier de l'appui des mutuelles de santé, de par les connaissances des membres de l'environnement et des autres personnes de leur communauté, de leur entourage, de par les moyens mis en place, grâce à des personnes de confiance pour les populations. Le ciblage des indigents, de l'identification en amont des indigents potentiels à la découverte sur le terrain de ces personnes, pourrait bénéficier d'une approche combinée avec les divers acteurs : les structures de soins, les mutuelles de santé, les divers associations, les responsables religieux, les personnes ressources, des collectivités locales (CAFSP, PAMAS, 2011).

Une solidarité limitée envers les indigents

Il faut toutefois encore se garder de la vision positive de la communauté au sein des mutuelles dans le cadre de la prise en charge des indigents. De par leur statut, ils ne peuvent prendre part aux décisions de la mutuelle dans laquelle ils s'inscrivent, établissant une différence entre membre participatif ou non participatif, ce qui va à l'encontre des valeurs d'ancrage communautaire (Sow, 2007). En ce qui concerne la pauvreté extrême, la mendicité, l'image de l'indigent est ambivalente, à la fois craint et méprisé (Vuarin, 2000)[116]. Encore une fois, bien que les mutuelles aient pour objectifs la création de liens au sein d'une communauté réunie autour de la prise en charge de la santé, elles se heurtent aux statuts des individus dans la société, leur hiérarchie, la perception de chacun. Dans des contextes bien différents, la sélection des indigents n'est pas exercée de la même manière par les communautés. Valéry Ridde (2012) comparait ainsi une expérience réalisée au Burkina Faso et une au Cambodge. Dans le premier cas, les communautés ont été très sévères dans la sélection des indigents, par rapport aux objectifs fixés par les chercheurs. Au Burkina Faso, les communautés, dans un cadre de pauvreté généralisée,

[116] Dans son livre, Robert Vuarin raconte cette ambivalence à travers un livre de la romancière sénégalaise Aminata Sow Fall : elle raconte l'histoire des mendiants de Dakar qui ont décidé de faire grève de l'aumône afin de protester contre les mauvais traitements dont ils sont les victimes de la part des personnes riches. Le but de ce refus de l'aumône est d'empêcher les riches d'accumuler des mérites qui seront comptés lors du jugement dernier. L'histoire se termine, après une dure négociation, sur une leçon de morale que les démunis adressent aux nantis.

mettait en avant l'extrême pauvreté. De plus, avec une organisation des communautés très hiérarchisée, l'indigence peut être un signe de déshonneur. Enfin, l'absence de financements significatifs dans la prise en charge des indigents a pu contribuer à cette sévérité dans leur sélection. Des intervenants de l'association Enda Graf Sahel expliquaient ainsi : « *L'appauvrissement et la domination sont liés au regard qui nous pousse à voir la réalité en fonction de nous et de nos projections. Par exemple, nous étions conduits à rechercher des groupes avec lesquels établir des collaborations en privilégiant des démarches collectives, alors que les pauvres, ceux qui motivaient notre action à la base, se trouvent précisément en marge des groupes, ce qui explique d'ailleurs qu'ils sont et se sentent pauvres. Notre regard était déformé par nos idées sur la démocratie et sur les valeurs que nous accordions aux mouvements collectifs* » (Enda Graf Sahel, 1994, p18).

2.6. Les adhésions groupées : apport de valeurs ou massification des mutuelles ?

Se baser sur la structure familiale, en commençant par les enfants

Les adhésions groupées consistent en l'adhésion collective de groupements existants ou de membres d'autres associations. Ceci peut permettre de bénéficier de la cohésion, du contrôle social déjà propres à ces groupes qui souhaitent adhérer, et de développer une gestion décentralisée, les responsables de ces groupes pouvant être responsables des cotisations et faire le lien entre son groupe et la mutuelle en termes de représentation. En milieu urbain particulièrement, les groupements, les associations, sont nombreux et souvent de petite taille (Waelkens, Criel, 2004). Ils pourraient ainsi soient adhérer collectivement à une mutuelle de santé déjà présente, soit, en se réunissant avec d'autres groupes, être à l'origine de mutuelles de santé.

Dans cette tendance, au Sénégal, une expérience est actuellement menée, ciblant cette fois ci une tranche spécifique de la population avec les élèves du primaire et du secondaire. L'Assurance Maladie des Elèves (AMEL) a été initiée en 2007 dans la région de Fatick, suite à la demande d'enseignants, avec l'appui de la CTB (dans le cadre de leur programme PAMAS). Toutefois, une structure n'est pas créée dans ce cadre, les élèves passent par les mutuelles de santé existantes, avec une participation symbolique de 1000FCFA pour leur année scolaire. En 2012, 20000 élèves étaient couverts pour les soins primaires dans les régions de Fatick, de Kaolack et de Diourbel (Vanderputten, 2012). L'idée de se baser sur les enfants afin d'étendre la couverture maladie a également été évoquée lors de nos entretiens, comme nous le montrons dans l'encadré suivant.

Encadré 43 : S'appuyer sur l'école ?

Le coordinateur de l'URMS, sans avoir évoqué l'AMEL lors de l'entretien, initiait l'idée de passer par la protection des élèves : « *La société sénégalaise est segmentée. Dans la famille, il y a de tout, des commerçants des artisans, des paysans. L'universalité, c'est pour tous. Quand on voit ce que les parents investissent pour leurs enfants à l'école, il manque la protection. Il faudrait donc commencer par protéger les enfants. Une blouse c'est 10000F, on pourrait faire une cotisation de santé à 1500F. Il existe des corporations (artisans, commerçants). Pourquoi ne pas faire une mutuelle par corporation ? C'est faisable pour les enfants et pas coûteuse. Il y a plusieurs années, il existait des dispensaires scolaires, maintenant, ils doivent aller dans les centres. Mais j'ai vraiment l'impression que tout le monde dort. Quand on segmente la famille, c'est une démarche novatrice. On intègre au fur et à mesure (en s'aidant de fonds d'équité). Il faut se demander quelle est la démarche la plus rationnelle. Les parents paieront pour leurs enfants.* »

Source : présentation par l'auteur sur la base de l'entretien effectué en septembre 2013 à Saint Louis auprès d'Alioune Niasse (Coordinateur de l'URMS de Saint Louis).

Quelles que soient les expérimentations effectuées à l'heure actuelle, les mutuelles communautaires se retrouvent au centre des programmes. Tout comme pour la mutuelle des Daaras, par ce processus d'adhésions groupées des élèves, les mutuelles communautaires agissent non seulement **pour la prise en charge de la santé mais également pour une certaine ouverture à d'autres éléments** (absentéisme à l'école, distributions de cahiers, boîtes à pharmacies pour les écoles, etc.). Ce type de couplage permet ainsi de prendre en compte divers **inégalités sociales de santé**, en se rapprochant ici du milieu scolaire. Les deux institutions peuvent bénéficier l'une de l'autre : les élèves ont besoin d'être en bonne santé afin de pouvoir progresser et être assidus ; du côté des mutuelles, une meilleure éducation, une meilleure prévention au sein des jeunes qui font un premier pas dans le monde mutualiste peuvent être des éléments positifs afin de les renforcer techniquement comme démocratiquement. Dans un horizon de court terme, ceci permet également à la mutuelle d'augmenter son volume d'adhérents. La MS-PAMECAS applique également les adhésions collectives, comme dans le cas des adhésions pour les élèves d'écoles privées.

Des avantages et des inconvénients aux adhésions groupées

Toutefois ce type de ciblage, impliquant un public particulier, de grande taille, ne devrait pas se faire mécaniquement au sein des mutuelles communautaires, qui risquent ainsi de rencontrer de nouvelles difficultés afin de créer une réelle identité commune autour de la prise en charge de la santé. Les adhésions groupées peuvent avoir l'avantage d'amener une communauté déjà soudée, ce qui nécessite dans ce cadre un travail d'intégration des divers

groupes, de création de passerelles, de liens entre eux. Elles peuvent aussi rajouter des difficultés à la mutuelle, si la cible est constituée d'une population très hétérogène, possédant peu de liens à la base, ce qui nécessite cette fois-ci un travail d'intégration pour chaque individu. Dans le cadre de l'AMEL, l'intégration peut se faire directement par les enseignants des écoles partenaires, qui peuvent se faire le relais des besoins et des contraintes de leurs élèves. Dans l'encadré suivant, nous explorons la piste d'une adhésion groupée, qui résulte de nos études menées sur le terrain.

Encadré 44 : Une piste d'adhésion groupée

Un exemple intéressant nous a marqué lors d'un des séjours de terrain effectué en 2014. Lors des entretiens au sein de la caisse Mecson, l'une des adhérentes, une infirmière de 32 ans présidente d'un GPF (Takku Liguey 2), nous a invités, moi-même et M. Sambe, de la PAMECAS, à assister à une de leurs réunions à Guédiawaye. Les femmes composant le groupement se désignent surtout comme ménagères, avec toutefois au milieu des commerçantes, des enseignantes, une infirmière, ce qui permet d'avoir des profils hétérogènes et de rassembler les compétences pour diriger le GPF. 32 femmes ont signé la fiche de présence, ce qui montre l'importance que peut avoir un tel groupement. Les femmes sont appuyées par l'ONG PLAN Sénégal, une personne formée est mise à disposition afin de tenir les comptes rendus et de suivre l'évolution du groupement. La présidente, la secrétaire, la trésorière dirigent la séance, comptabilisant toutes les entrées de la semaine dans des cahiers. Chaque adhérente possède son cahier et un numéro, permettant de suivre toutes les cotisations émises par ce membres et les sorties éventuelles. Le fonctionnement est bénévole, il n'y a pas de frais de gestion ni de réunion. Chaque vendredi, les adhérentes cotisent 500F pour une caisse de développement, une centrale d'achat permettant d'acheter des produits d'usages courants en gros, et 100F pour une caisse de solidarité, en cas de mariage, de problème ou autre (les femmes peuvent cotiser plus si elles le souhaitent, elles peuvent aussi retirer de l'argent mais avec une amende). Ainsi, depuis 3 mois d'existence, à ce moment-là, la caisse de développement enregistrait un solde de près de 5000 000F de fonds propres. Le tout est conservé dans une boîte, m'une des membres est désignée comme la maîtresse des clés de la boîte. Les deux fonds sont séparés dans deux sachets, chaque vendredi permet ainsi de faire et d'annoncer le compte à l'ensemble des membres. En début de chaque réunion, les membres doivent annoncer le bon montant de la semaine suivante sous peine de recevoir une amende, afin de montrer son assiduité et son écoute lors des réunions.

Source : présentation par l'auteur sur la base de la rencontre organisée en juin 214 avec ce GPF à Guédiawaye.

Dans le cadre d'une adhésion collective, se baser sur des groupements tels que celui-ci pourrait permettre d'amener un certain nombre d'adhérentes en même temps, déjà liées par une proximité, une identité commune, des liens de voisinages et familiaux. De plus les fonds

rassemblés par ce groupement pourraient permettre une adhésion à une mutuelle de santé, si les membres sont d'accord pour utiliser une partie des cotisations au groupement pour cela. Ceci permettrait de grouper plusieurs aspects : la consommation, le développement économique et social d'un groupe, la santé, les événements de la vie, etc.

3. L'évolution des mutuelles au Sénégal : convergence ou divergence ?

Alors que nous parlions jusqu'ici d'un mouvement qui semblait relativement uniforme au niveau des mutuelles communautaires, la dynamique mutualiste est en train de vivre de nombreuses évolutions. Les formes évoluent, les structures se rassemblent, les activités se diversifient. Ces diverses formes de mutuelles revêtent-elles les mêmes valeurs ? Peuvent-elles se rassembler afin de devenir un contre-pouvoir fort par rapport aux autres acteurs ? De la même manière que pour les formes d'extension de l'assurance maladie, un panorama des mutuelles de santé sénégalaises serait intéressant : afin de donner plus de visibilité à la dynamique mutualiste ; afin de comprendre les origines de son hétérogénéité ; afin de saisir ce qui rassemble ces diverses évolutions dans les mutuelles de santé et ce qui les éloigne, à partir de l'analyse effectuée dans le chapitre 2. Ceci nous permettra de revenir sur notre cadre théorique, couplant l'analyse de Polanyi sur les principes d'intégration économique et l'analyse des cités, provenant de l'économie des conventions.

3.1. Typologies générales et premières applications au cas du Sénégal

McCord, en 2000, proposait une typologie des types de microassurance santé en Afrique en quatre catégories, dans une approche économique :

- Le modèle partenarial (*Partner-Agent Model*), qui correspond à un couplage entre un assureur et une IMF.
- Le modèle assurantiel (*Full-service Model*), qui fonctionne sur le même modèle qu'une assurance privée classique, sans toutefois rechercher de bénéfice.
- Le modèle mutualiste (*Mutual Model*), qui est celui des mutuelles de santé, qui nécessite un investissement important des gestionnaires bénévoles.
- Le modèle des prestataires (*Provider Model*), dans lequel le prestataire impulse lui-même un produit d'assurance pour ses patients.

En 2004, Waelkens et Criel cherchaient à réconcilier, pour caractériser les mutuelles en Afrique subsaharienne, les écoles Europe continentale et anglo-saxonne, en tenant compte à la

fois de la structure organisationnelle et des différents groupes ciblés, donc l'identité du gestionnaire d'un côté, les critères d'adhésion de l'autre (dans le sens de « qui adhère » ?) (Tableau 18).

Tableau 18 : Grille pour situer les systèmes financiers de mutualisation des risques maladie

Géré par : ***Critère d'adhésion :***	**Le prestataire**	**Les membres**	**Un assureur séparé**	**Autre ?**
Géographique				
Appartenance ethnique				
Professionnelle : le secteur formel				
Professionnelle : le secteur informel				
Groupes existants				
Autre ?				

Source : Waelkens, Criel, 2004

Ces deux premières typologies sont très descriptives, se basent sur des critères restreints. Criel, en 2000, en se basant sur la typologie de Bennett, Creese et Monasch (1998), établissait deux catégories, qui permettent de mieux saisir les implications de modèles différents dans la régulation qui en découle.

Tableau 19 : Les principales caractéristiques des modèles gérés par les membres et par le prestataire

Le modèle mutualiste	**Le modèle géré par le prestataire**
Intégration des fonctions d'assureur et de membres cotisants/bénéficiaires	Intégration des fonctions d'assureur et de prestataire
Organisation de bas en haut	Organisation de haut en bas
La responsabilité des prestataires envers les membres est explicite et formalisée	La responsabilité des prestataires envers les membres peut être moins explicite ou négligée
Risque financier pour l'association des membres	Risque financier pour le prestataire
La demande domine le choix des risques couverts	L'offre et les priorités de santé publique dominent le choix des risques couverts
Priorité à l'intégration dans les mécanismes financiers communautaires	Priorité à l'intégration dans le système de santé
Importance primordiale de l'entente entre les membres	La cohésion du groupe de membres n'est pas une priorité
Plus de contrôle social	Moins de contrôle social
Limitation structurelle au nombre de membres	Plus d'opportunité pour atteindre un nombre important de membres

Source : Criel, 2000

Atim (1999b) établissait une classification des systèmes de microassurance (*voluntary, non-profit health insurance schemes*) en Afrique, d'après les liens à l'origine des relations entre les membres et le niveau de participation. Cinq catégories ressortaient :

- (1)Les réseaux sociaux de solidarités traditionnels (*traditional social solidarity networks*), principalement urbains, impulsés par un clan ou une ethnie.
- (2)Les mouvements ou associations d'aide mutuelle (*inclusive mutual health associations or movements*), ruraux comme urbains, impulsés par des communautés, des entreprises, des associations, des unions de partage, etc. L'origine se trouve dont des groupes préexistants, mais dont la base est plus large que l'ethnie ou l'homogénéité.
- (3)Le financement communautaire avec une faible participation *(« Simple » or low model of community financing*), généralement organisé par un prestataire de soins dans un contexte de recouvrement des coûts, la participation est faible ou inexistante.
- (4)Le financement communautaire avec une forte participation *(« Complexe » or high participation community financing model*), dont la gestion est assurée collectivement grâce à des structures participatives faisant le lien entre l'offre de santé et les assurés.
- (5)Les sociétés d'aide médicale (« *Medical Aid Societies* »), plus développées, professionnelles, à plus grande échelle. Le personnel est professionnel et emprunte des techniques de management et de gestion au secteur privé commercial.

Cette analyse d'Atim est plus fine. Elle permet de comprendre à la fois l'origine de ces divers mouvements et leur fonctionnement d'après l'implication des acteurs. Dans cette typologie, parmi les mutuelles que nous avons étudiées au Sénégal, se retrouvent les types 1 et 2 (à travers les mutuelles communautaires de santé), et le type 5 (Transvie, PAMECAS). En 2001, Develtere et Fonteneau changeaient d'approche par l'économie sociale, en distinguant les organisations qui concernent la demande de celles développées du côté de l'offre, des pouvoirs publics. Sept catégories d'associations ressortent ainsi, dans le contexte dans pays en développement :

- Extension de l'assurance sociale (*Extension of social insurance*), notamment les mutuelles complémentaires initiées par des agents de l'État, des travailleurs du secteur formel ou directement l'employeur.
- Assurance initiée par une ONG (*Health insurance system within community organisations*), qui a pour mission le développement local.
- Groupements d'intérêts communs, communautaires (*Solidarity or community group relatif insurance ; common interest groupe insurance*). L'adhésion est restreinte à une population spécifique dans des caisses qui ont souvent une mission plus large que la santé.

- Assurance organisée par l'employeur (*Employer facilitated insurance systems*).
- Assurance relative à un mouvement social (*Social movement related insurance*), impulsée par les mouvements de femmes, les associations de crédit, les syndicats, etc.
- Microassurance communautaire (*members-based health micro-insurance organisations*), qui sont nos mutuelles de santé communautaires.
- Assurance initiée par le prestataire –donc l'offre- (*Health care services related systems*), inclue dans cette typologie dans la mesure où les membres participent activement à l'évolution de la structure.

Toutefois toutes ces typologies reprennent la sémantique de l'assurance et de la microassurance. Tout en prenant en compte la participation des membres à la gestion dans la typologie d'Atim (1999b), l'économie sociale chez Develtere et Fonteneau (2001), certains paramètres propres aux mutuelles de santé sont écartés par rapport à ce que nous recherchons (réciprocité, identité commune). Cependant ces divers panoramas sont importants afin de **mieux cerner les mutuelles sénégalaises et de mieux distinguer les diverses formes** (dans l'origine, la participation des personnes, les techniques utilisées, le rapprochement à l'assurance d'un côté ou à des formes mutualistes de l'autre, etc.). Notre but dans cette section était de synthétiser les diverses typologies des mutuelles de santé, qui résument effectivement les diverses formes qui cohabitent au Sénégal. Mais elles ne permettent pas de comprendre si les multiples expériences convergent ou divergent dans leur manière de mettre en commun les ressources, dans les principes qui sous-tendent l'organisation. Notre travail ne consiste ainsi pas à reprendre ces typologies, mais à les adapter, à comprendre les points communs et les points divergents entre les mutuelles, pour aboutir à notre propre panorama en ce qui concerne les mutuelles sénégalaises et notre cadre d'analyse provenant de l'ESS, en intégrant les tensions et les possibilités de coexistence entre les divers principes d'intégration économiques expliqués par Polanyi.

3.2. Proposition d'une typologie adaptée aux mutuelles et à l'ESS

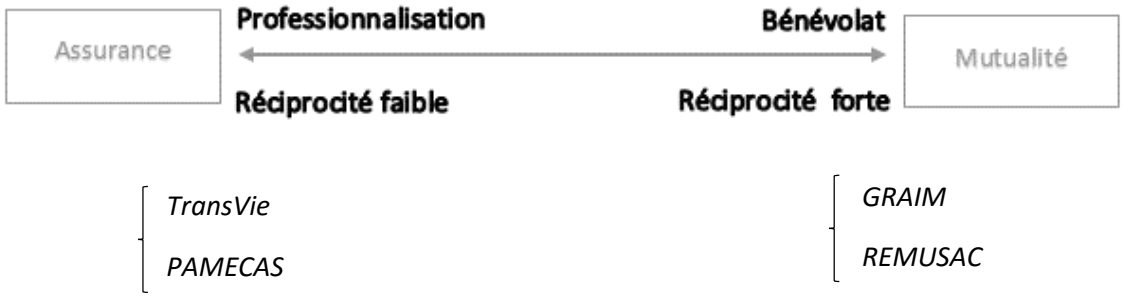
3.2.1. Le principe : mettre en évidence les tensions entre assurance et mutualité

Si nous ne reprenons pas la sémantique de l'assurance, comme dans les typologies précédentes, en s'inscrivant dans la mutualité sociale, les mutuelles sénégalaises ont intégré cette convention mutualiste et adoptent les méthodes assurantielles. Ainsi, en proposant une typologie des mutuelles sociales au Sénégal, la méthode assurantielle y est forcément incluse. Notre typologie, présentée plus bas, se concentre spécifiquement sur les mutuelles de santé. Bien que nous reconnaissions les actions de la société civile dans son ensemble dans sa mission de protection sociale (redistribution informelle, zakat, solidarité familiale en cas de maladie, etc.),

notre question de recherche porte bien sur la mutualité organisée, s'appuyant sur le schéma de la convention mutualiste, correspondant au cadre de l'UEMOA. Ces systèmes mutualistes sont le cœur du débat à l'heure actuelle, mais peuvent être tout de même enrichis par l'existence de ces diverses formes « cachées » de protection sociale au sein des sociétés dans lesquelles elles s'inscrivent.

Avec notre analyse, nous souhaitons illustrer, dans le contexte du Sénégal, **les tensions entre mutualité et assurance** (schéma 3). Les deux pôles sont au départ opposés. Toutefois, du fait des difficultés des mutuelles (dans la gestion, dues au bénévolat et dans la démocratie interne, dues aux difficultés de mettre en place une forte réciprocité) et de la diffusion des méthodes assurantielles, les mutuelles sociales sénégalaises se retrouvent entre ces deux pôles. A travers les analyses précédentes, il est possible, sommairement, de placer les mutuelles communautaires vers le pôle droit, bien qu'elles soient en réalité très hétérogènes, et les mutuelles nationales, centralisées, se rapprochant plutôt de l'assurance privée, mais avec un fonctionnement démocratique à travers les organes de décisions, vers le pôle gauche.

Schéma 7 : Divergences entre mutualité et assurance



Source : fait par l'auteur

La mutualité se retrouve en tension entre les divers systèmes d'intégration économiques qui la traversent (cf. Chapitre 2, section 2) : la réciprocité tout d'abord, la redistribution, le marché et l'administration domestique. La symétrie, à la base de la réciprocité, et la centralité, à la base de la redistribution, peuvent être complémentaires. Entre les membres, la symétrie permet de personnaliser la prise en charge collective de la santé. **En favorisant la réciprocité, la symétrie est à l'origine de l'identité commune**. La centralité se ressent dans la mise en commun des ressources afin de les redistribuer pour prendre en charge la santé de chacun. Au sein d'une mutuelle de santé, la redistribution dépend de cette réciprocité, dans la mesure où les acteurs en

charge de la centralisation sont des membres élus, qui sont eux-mêmes une part de ces relations de réciprocité. Toutefois, ces **deux principes économiques peuvent entrer en tension** comme le montre l'évolution des mutuelles de santé. Au sein des mutuelles de grande taille, la participation des membres est réduite. Le registre de la redistribution, de la centralisation –ou mutualisation- des ressources, est prédominant. De même, dans les mutuelles communautaires, la confiance accordée envers les dirigeants est complexe à obtenir. Une fois cette confiance accordée, les élus sont parfois reconduits de manière systématique, ce qui fait que les mêmes personnes, sur le long terme, gèrent la prise en charge collective de la santé. Encore une fois, la redistribution est mise en avant, dans la façon d'organiser la mutuelle, par rapport à la réciprocité.

Ces deux premiers principes, que l'on peut qualifier d' « ouverts », peuvent montrer au sein des mutuelles des incompatibilités avec le modèle du « groupe clos » de l'administration domestique. L'autarcie, dans ce cadre, peut se situer au niveau de la famille ou du village. Le principe économique du marché entre enfin en tension avec les autres principes. Reposant sur le troc, ce principe peut sembler loin de la santé, mais s'y diffuse néanmoins. La pauvreté, la santé, qui peuvent dans ce cadre se présenter comme des marchés rentables, doivent se gérer conformément aux principes de gestion du privé, ici de l'assurance privée. Tous ces principes, redistribution, réciprocité, marché, administration domestique, peuvent être complémentaires dans leur coexistence au sein des mutuelles de santé, mais l'équilibre est fragile. Par rapport aux principes mutualistes (pluralités économique, démocratique, identité commune), les tensions sont importantes dans la mesure où les mutuelles de santé sénégalaises peinent à trouver un modèle adapté, autonome face à la convention, désormais la contractualisation, mutualiste appliquée et la relégation de la réciprocité derrière l'efficacité et les objectifs économiques. Ces diverses tensions s'illustrent par les systèmes de représentations invoqués par les membres, les dirigeants, les participants de la dynamique mutualiste afin de légitimer l'action des mutuelles de santé.

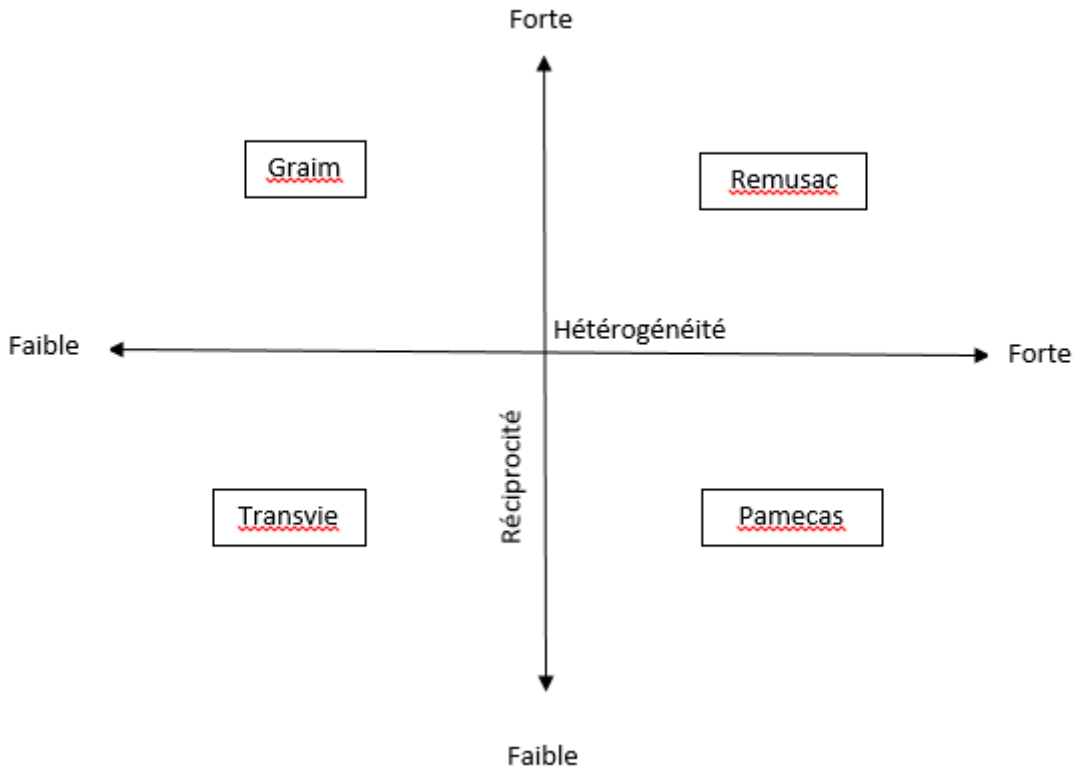
3.2.2. Notre typologie, basée sur la réciprocité et l'hétérogénéité

Dépasser la microassurance avec une typologie basée sur l'ESS

D'après nos analyses précédentes (cf. Chapitres 4 et 5), deux éléments principaux caractérisent les diverses mutuelles de santé sénégalaises : la **réciprocité** tout d'abord, principe fondamental de la mutualité, à travers la symétrie entre les membres, la personnalisation de l'échange ; l'**hétérogénéité** de la population ciblée, qui peut être variée (revenus, métiers, liens

sociaux, vision de la mutualité, localisation, etc.). Dans le schéma 7, nous proposons une représentation graphique des différents cas.

Schéma 8 : Typologie des mutuelles sénégalaises



Source : fait par l'auteur

Reprenons ainsi les mutuelles de nos quatre exemples principaux. Les mutuelles qui appartiennent au **GRAIM**, telles que Fandène et Lalane-Diassap, présentent une hétérogénéité faible et une réciprocité forte. La situation des membres est plutôt homogène. Les populations sont rurales, vivent de l'agriculture pour la plupart. Les liens sont déjà présents à l'origine de ces mutuelles, ce qui permet d'avancer avec une vision commune. La réciprocité est ainsi importante. Malgré les difficultés, les relations de réciprocité sont personnalisées. La construction d'une identité commune, d'un fonctionnement démocratique, est favorisée dans ce cadre par la réciprocité. Les mutuelles du **REMUSAC** reprennent les mêmes éléments, mais cette fois-ci dans un milieu urbain et hétérogène. La réciprocité y est plutôt forte, l'implication est importante. La population ciblée est hétérogène dans les métiers exercés, les revenus, les situations sociales. Des liens peuvent préexister, certaines mutuelles se basant sur les groupements féminins, mais l'effort

de construction d'une identité commune est plus important que dans le cas des mutuelles rurales et ethniques telles que Fandène.

La **PAMECAS** croise une hétérogénéité forte et une réciprocité faible. Bien que la population ciblée soit déjà intégrée dans une structure mutualiste, les liens sont peu personnalisés. Le fonctionnement démocratique est fortement centralisé au niveau des instances dirigeantes, laissant peu de place à la participation des membres. Fonctionnant avec des caisses de quartiers, aussi bien en milieu rural qu'urbain, la population est très hétérogène dans ses revenus, les liens ne sont pas préexistants, les visions des membres envers la mutualité sont variées. Comme pour **Transvie**, ces organismes semblent plus se rapprocher de l'assurance sociale. Transvie est enfin le dernier exemple, présentant à la fois une réciprocité et une hétérogénéité faible. Bien que la mutuelle soit nationale, la population ciblée est homogène de par le métier. Les membres, routiers, assument des cotisations plus importantes et le fonctionnement peut se baser sur des prélèvements sur les comptes bancaires. La réciprocité y est faible, le modèle de la mutuelle se rapproche plus du modèle entrepreneurial.

Les différents types de réciprocités au Sénégal peuvent être précisés d'après les travaux sur l'ESS. La forme de la réciprocité varie au sein des organisations de l'ESS. Castel (2015) reprenait la typologie établie par Gardin (2006) pour l'appliquer aux organisations de l'ESS. La réciprocité est inégalitaire dans les associations dont les membres et les destinataires sont deux groupes distincts (comme le Secours catholique). La réciprocité entre pairs se manifeste dans des associations qui se basent sur des groupes homogènes, avec une forte identité qui rend difficile leur instrumentalisation. Enfin la réciprocité multilatérale s'applique aux associations qui placent tous les membres, quel que soit leur statut, dans une relation symétrique. Ceci peut s'appliquer dans le cadre de la diversité de réciprocité dans le cadre des mutuelles sénégalaises :

- les mutuelles nationales, avec un fort professionnalisme, mettent en place une réciprocité plutôt inégalitaire, dans la mesure où les adhérents sont bien séparés des salariés, eux-mêmes protégés puisqu'appartenant au secteur formel.
- Les mutuelles communautaires appliquent pour certaines la réciprocité entre pairs, comme la mutuelle de Fandène ou les mutuelles au cibles spécifiques, en se basant sur des groupes homogènes déjà liés, et pour d'autres la réciprocité multilatérale, en acceptant des membres qui ne font pas au départ partie de la même communauté. Une identité commune trouvera plus fortement sa place dans les mutuelles appliquant une réciprocité entre pairs, car l'identité est déjà présente à la base. Pour la réciprocité multilatérale, les mutuelles communautaires sénégalaises peinent plus à mettre en place une réelle identité commune (cf. Chapitre 5, section 3) autour de la mise en commun des ressources pour la prise en charge de la santé. Les déterminants sociaux de la santé ont un plus fort impact dans cette

seconde situation, ils sont variés selon le statut de chacun dans la société, les individus doivent faire un « effort » supérieur pour décider d'adhérer à une mutuelle, de comprendre ses principes, et la mutuelle doit pouvoir s'adapter en retour aux divers réseaux dans lesquels s'inscrit chaque individu au sein de la société. Alors que dans une communauté soudée, les membres vont adhérer quasiment automatiquement, les inégalités sociales de santé sont plus homogènes, la mutuelle peut s'adapter plus facilement au réseau déjà existant.

Que ce soit la redistribution, le marché, l'autarcie, le principe originel de la mutuelle de santé est de mettre en avant la réciprocité afin d'encadrer les trois autres registres dans le but de prendre en charge la santé de manière collective. Mais, en réalité, les difficultés sont importantes pour aboutir à cet idéal. Les mutuelles sont hétérogènes : si elles convergent sur le principe de base de la mutuelle, sur l'organisation démocratique, sur l'utilisation de l'assurance, elles divergent dans l'application réelle de la grille d'analyse de l'ESS. Il ne s'agit pas de juger les expériences, car ces quatre cas sont des exemples plutôt positifs, relativement réussis de prise en charge de la santé, mais de comprendre les divergences et les rapprochements entre elles et par rapport aux principes de la mutualité d'après notre cadre d'analyse.

Une divergence entre les formes à travers les systèmes de représentation

Allons plus loin en employant la grille de lecture de l'économie des grandeurs, une différence apparaît ainsi entre les mutuelles communautaires, locales, et les mutuelles de plus grande taille, dont la gestion est centralisée à un niveau national. Dans la partie de la « réciprocité forte », les registres civiques (démocratie) et domestiques (tradition) sont mis en avant par les membres, les mutuelles s'inscrivent dans le non-marchand. La « réciprocité faible » s'appuie, elle, principalement sur le registre de la cité industrielle (efficacité), les mutuelles s'appuient sur une logique marchande et s'éloignent des principes de l'ESS tels que nous les avons fixés dans notre cadre d'analyse. La capacité des membres à faire évoluer les règles va dépendre à la fois de cette réciprocité et de l'ouverture du fonctionnement démocratique au sein de la mutuelle. Si les diverses mutuelles étudiées n'ont rien contre le fait d'essayer d'intégrer les idées qui peuvent émaner des membres (comme la PAMECAS et sa boîte à idées), il est plus complexe de mettre en place un réel apprentissage collectif de la démocratie dans une mutuelle telle que Transvie, fortement centralisée. Une trop forte centralisation peut amener une dissolution de la réciprocité et de la capacité à participer à la construction des règles en tant que membre mutualiste.

De plus, plusieurs mutuelles, communautaires comme de grande envergure, sont, d'après nos observations, impulsées par une ou de petits groupes de personnes. L'origine de la mutuelle dans ce cas limite d'emblée la capacité de tous de participer, et la vision des dirigeants peut s'imposer à l'ensemble de la structure. Cette vision dépend de leurs expériences, de leurs formations, de leurs propres valeurs. Dans le cas de TransVie par exemple, la mutuelle est certes née des revendications syndicales. Mais le projet TransVie démarra avec un petit groupe de personnes, dont le dirigeant actuel, avec une forte expérience des entreprises et des formations en écoles de commerce. L'approche de cette mutuelle sociale est celle de l'entreprise, celle-ci devant avoir une mission et un management stratégique pour s'adapter constamment. Le fait de se baser sur une ou quelques personnes comme fondateurs d'une mutuelle fait également rejaillir la cité du renom dans le cadre d'analyse de l'économie de la grandeur d'après nos observations. Non seulement les mutuelles sont, quoi qu'il arrive, traversées par les représentations de la cité domestique, la cité de l'opinion se manifeste aussi régulièrement. La réputation, la renommée des leaders communautaires prend son importance dans l'adhésion des membres et la sensibilisation aux populations ciblées. Ces leaders peuvent soit être à l'origine des mutuelles, soit être en accord avec la mutuelle de sa collectivité et ainsi inciter les populations à adhérer, à avoir confiance.

Conclusion du chapitre 6

Le couplage avec les IMF est fortement encouragé par le gouvernement sénégalais afin de renforcer les mutuelles communautaires de santé. Mais le risque est, tout comme le microcrédit dérive vers les pratiques bancaires, que les mutuelles communautaires de santé dérivent vers l'assurance privée. Dans les deux cas, ces initiatives communautaires sont difficilement accessibles aux plus pauvres. Au niveau des mutuelles de santé, la capacité à payer les cotisations est obligatoire. La prise en charge des indigents est complexe, à la fois pour la viabilité financière des mutuelles et pour leur statut en tant que membre participatif au sein de la mutuelle. Même si les mutuelles communautaires ne pratiquent aucune discrimination à l'adhésion (en cas de maladie lourde par exemple), elles ne peuvent proposer d'autres soins que le niveau primaire du fait de leur potentiel financier. Ceci fait émerger des expériences qui consistent à trouver de nouvelles manières de répondre à des besoins spécifiques. Toutefois, même ainsi, la convention mutualiste demeure.

Face à leurs nombreuses difficultés, les mutuelles communautaires évoluent et se rassemblent. Les unions, les fédérations, les réseaux peuvent leur apporter beaucoup, en les regroupant en mouvements permettant de tisser de meilleurs liens avec les autres acteurs, de renforcer la caractéristique de démocratie externe, de représentation de ces structures, de mettre en place des mécanismes collectifs de garantie, de travailler à mettre en place des activités

annexes, une meilleure sensibilisation, de tracer un pont avec la professionnalisation, etc. Mais ces structures connaissent, comme leurs mutuelles membres, des risques d'instrumentalisation et de problèmes de légitimité puisqu'ils s'inscrivent dans des dynamiques locales complexes.

Les techniques assurantielles se renforcent au sein des mutuelles communautaires, comme à travers les divers mécanismes de garantie inspirés des assurances commerciales. De même, les mutuelles de grande envergure se rapprochent plus fortement du modèle assurantiel que du modèle mutualiste. Leur situation spécifique, en dehors du schéma du DECAM, les rend concurrentes des mutuelles communautaires. Toutefois les **finalités sont différentes**, comme nous l'avons montré à travers la construction de notre typologie, qui s'inspire de notre cadre d'analyse. Les mutuelles de grande envergure mettent en avant la cité civique, l'efficacité, le produit assurantiel, la vente. Les mutuelles communautaires, bien qu'intégrant nombre de méthodes assurantielles, mettent en avant la cité civique, l'apprentissage démocratique au sein de la structure, malgré les difficultés rencontrées en réalité. Le terme de mutualité sociale, pendant de la microassurance dans le cadre du Sénégal et de l'UEMOA, recouvre donc des réalités très diverses, en se rapprochant plutôt du pôle assurantiel ou plutôt du pôle mutualiste. Leur complémentarité peut être importante, notamment devant les facteurs de réussites de chacun. Mais se rassembler dans un mouvement mutualiste, dans une fédération est effectivement source de difficultés, les diverses organisations ne partageant pas les mêmes valeurs.

Chapitre 7

Les mutuelles de santé peuvent-elles devenir une réelle alternative dans le développement de la couverture maladie ?

Il s'agit désormais de tirer des enseignements des diverses analyses précédentes. Les perspectives sont nombreuses concernant la mutualité, l'État, la transition vers un modèle de santé adapté. Ces perspectives nous permettront de comprendre si les mutuelles peuvent surmonter les obstacles abordés afin de se développer pour couvrir le plus grand nombre tout en conservant leur légitimité par rapport aux besoins des populations. La mise en avant de la réciprocité pourrait être une piste, alors que l'incitation par la contractualisation et les subventions de l'État dans le cadre de la décentralisation peinent à augmenter le nombre de membres et le recouvrement des coûts au sein des mutuelles à l'heure actuelle. Le rôle de l'État doit évoluer par rapport à la mutualité et à la coopération internationale afin de donner une place réelle aux mutuelles parmi les autres acteurs de la santé. Tous ces questionnements, dans le cadre du Sénégal, font échos aux situations des autres pays d'Afrique de l'Ouest et centrale. Les systèmes se développent, accumulent les formes de couvertures et les diverses manières de faire participer les individus. **Comment les mutuelles de santé et l'État sénégalais peuvent-ils trouver la légitimité auprès des populations, afin de construire un modèle de santé accepté et viable ?**

Nous nous concentrerons d'abord (section 1) les perceptives concernant la mutualité. Faces aux fortes tensions entre assurance et mutualité (cf. Chapitre 6, section 3), nous examinons des scénarii divers quant à l'évolution de la dynamique mutualiste dans le futur. L'évolution de la convention mutualiste, sa légitimité, ses connexions avec les liens sociaux nous semblent également des éléments d'analyses importants pour comprendre les difficultés des mutuelles à s'adapter aux populations ciblées et à constituer un réel contrepoids par rapport aux autres acteurs (section 2). Pour appuyer la dynamique mutualiste, pour comprendre les dynamiques institutionnelles locales, les canaux de participation de l'État sont multiples (section 3). Le rôle de l'État est important pour l'extension de l'assurance maladie, mais semble prendre le pas sur l'autonomie des mutuelles et sur les besoins de mieux s'adapter aux spécificités socioéconomiques locales. Notre but (section 4) est ainsi de montrer la nécessité pour le Sénégal de trouver un modèle de santé adapté à sa situation, établissant une cohérence entre les divers systèmes de représentation. Pour cela, le rôle de l'ensemble des acteurs doit être repensé pour mieux établir des liens entre chacun ainsi qu'entre leurs valeurs. La méthodologie se basera sur les analyses que nous avons menées précédemment, sur les études de terrain réalisées de 2013 à 2015 et sur une revue de la littérature sur les sujets abordés.

1. Mutualité et techniques assurantielles

Il est reconnu dans la convention mutualiste que les mutuelles doivent se baser sur les techniques assurantielles. Toutefois cela va plus loin qu'une simple application de ses techniques, de leur adaptation dans le cadre de l'ESS. Les tensions sont importantes entre l'assurance d'un côté et la mutualité de l'autre (cf. chapitre 6, section 3), alors que les finalités de ces deux pôles sont différentes. Deux scénarii ressortent ainsi concernant le futur des mutuelles de santé, notamment des mutuelles communautaires.

1.1. Les exigences de performance sont mises en avant

Si le débat concernant la distinction entre assurance commerciale et prévoyance par la mutualité a été vif en France depuis le 19ème siècle[117], la mutualité dite sociale dans le cadre de l'UEMOA est définie de manière générale comme de la microassurance santé. L'une des définitions de la microassurance, à l'instar de la microfinance, est la suivante : « *l'adaptation de services d'assurance à des clients, essentiellement à faibles revenus, n'ayant pas accès à des services d'assurance classique* » (Foka, De Serres, 2011, p92). La microassurance, loin des principes des mutuelles de santé, désigne un service par défaut, dans la mesure où l'assurance classique ne peut fonctionner, dans un cadre de pauvreté, de subsistance. La microassurance est destinée à disparaître au profit d'assurances plus classiques. Le but de la microassurance est bien la lutte contre la pauvreté. **Or la population ciblée comme la finalité des mutuelles sont bien plus larges que celle de la microassurance**.

Bien que les mutuelles soient attachées à l'unicité de la cotisation, l'influence de l'assurance est forte dans leur évolution. Notre propos n'est pas de dire que les mutuelles communautaires ne doivent pas utiliser des outils provenant de l'assurance afin de renforcer l'organisation, la gestion de la structure sur le long terme. Toutefois l'assurance ne doit pas dominer les principes mutualistes, faisant de ces organismes des assureurs à but non lucratif, empruntant la forme organisationnelle de la mutuelle dans un soucis d'efficacité, et non des

[117] Dans le contexte français, l'évolution des caisses de secours mutuels s'est couplée à partir du 19ème siècle avec le développement des assurances commerciales, à but lucratif. Au départ, la mutualité se chargeait de la prévoyance concernant l'humain, les assurances concernant les biens. Avec le temps, les deux types de structures sont entrés en concurrence. Les nombreuses évolutions ont abouti à notre système de sécurité sociale appuyé par des mutuelles complémentaires qui ont pris le devant de la scène par rapport à l'assurance commerciale en termes de protection sociale. Toutefois cette situation évolue encore à l'heure actuelle, avec un regain d'intérêt pour l'assurance privée, lucrative, concernant la protection également des humains. Au Sénégal, cette concurrence n'est pas vive. Si des assurances privées existent, tout comme les mutuelles communautaires, elles couvrent peu de personnes par rapport à l'ensemble de la population. Toutes les têtes sont tournées à l'heure actuelle vers le développement de la mutualité et non de l'assurance à but lucratif.

créateurs de liens, de valeurs autour de la santé. Cette vision recoupe celle qu'a eu, dans le débat français assurance/mutuelle, un ingénieur et statisticien impliqué dans l'économie sociale et la mutualité d'un côté et dans la monté des mathématiques au sein des politiques sociales de l'autre, Emile Cheysson, au 19ème siècle : « *je soutenais alors que les mathématiques devaient être les auxiliaires et non les maîtresses et les despotes de l'économie sociale* »[118]. Les mutuelles sont bien à la recherche de cet équilibre entre la technique assurantielle et le maintien de l'Homme au centre des activités.

Les exigences logistiques, certes importantes, sont devenues l'objectif principal pour les mutuelles de santé, laissant de côté les dimensions politiques ou sociales. Les mutuelles comme les autres systèmes de couverture maladie communautaires sont conçus de **manière standardisée** et peinent à s'adapter aux conditions locales. Les critères de performance, d'efficacité de l'assurance se diffusent aux mutuelles sans prendre en compte les différences essentielles entre les deux types de structures au niveau de la finalité, des valeurs de référence, de la logique de la gestion. Ainsi, en mettant en avant les mesures destinées à lutter contre les risques moraux, l'asymétrie d'information, l'opportunisme des acteurs, afin de guider la gestion des mutuelles, celles-ci risquent de se détourner de leurs principes originaux, basés sur la solidarité au sein d'une communauté. Plutôt que d'appliquer des méthodes qui entrent en contradiction avec l'objectif et les valeurs des mutuelles, notamment communautaires, il serait important de réfléchir à des modèles permettant à la fois de sécuriser financièrement les mutuelles et de leur donner l'opportunité de rester fidèles à ces valeurs (Shafik, Criel, 2011).

1.2. Les difficultés des techniques assurantielles

L'aléa moral, la fraude sont des comportements fortement mis en avant par l'approche assurantielle et par les divers acteurs, quelle que soit leur vision. Le ticket modérateur est considéré comme une incitation afin d'éduquer les personnes couvertes, de leurs apprendre à mieux maîtriser leurs dépenses. Mais la présence du ticket modérateur est un obstacle pour les individus, qui peinent à voir l'intérêt de la cotisation. Même si celle-ci est faible, le reste à payer est parfois important. Les membres potentiels, dans une situation de forte précarité souvent, ne peuvent se projeter dans l'avenir, ils ont une préférence plus grande pour le présent dans la mesure où l'adhésion à la mutuelle signifie payer deux fois pour les actes, même si la somme à leur charge est moins importante qu'avec le paiement direct (Defourny, Failon, 2011). **Solidarité collective et paiement individuel se mêlent dans la méthode assurantielle proposée par les mutuelles de santé, compliquant les frontières entre les deux.** Certaines techniques

[118] Revue de la prévoyance et de la mutualité, 1897.

assurantielles trouvent toutefois une certaine adaptation dans le cadre de la réciprocité. De l'avis des personnes rencontrées lors des études de terrain, la période d'observation[119] est généralement bien acceptée. Cette période est vue sous deux angles : elle permet de lutter contre la sélection adverse ; elle permet également de forger la solidarité, dans la mesure où, dans cette période, les membres cotisent exclusivement pour les autres et ne peuvent, eux, accéder aux soins avant la fin de l'observation.

La professionnalisation est un débat important, pour les mutuelles sénégalaises comme pour de nombreux secteurs de l'ESS à travers le monde. Comme nous l'avions vu, le bénévolat comme la professionnalisation regroupent des avantages et des inconvénients. Si la professionnalisation ferait courir le risque aux mutuelles de s'éloigner de l'autogestion et des pratiques bénévoles, une meilleure gestion est indispensable. Ceci ne touche pas uniquement les dirigeants des mutuelles de santé, souvent seuls ciblés par les programmes de formation, mais l'ensemble des membres. Ceux-ci, même avec la volonté de s'impliquer, n'ont pas forcément les capacités de gérer une mutuelle (analphabétisme, compétences spécifiques, etc.). Ceci complique l'autogestion et surtout le dynamisme de la démocratie propre à la mutuelle puisque peu de membres sont au final capable d'exercer des fonctions d'élus en ce qui concerne la gestion courante et les liens avec les partenaires extérieurs. La professionnalisation touche en fait l'ensemble des membres des mutuelles de santé et non seulement les dirigeants ou les experts détachés à la tête de certaines.

La professionnalisation touche à un autre débat : la motivation financière. Les membres ne possèdent pas forcément non plus les capacités matérielles de pouvoir occuper une place importante dans la mutuelle, du fait du temps disponible, de l'éloignement. La dynamique sociale, la cohésion au sein d'une mutuelle joue sur la motivation des membres en charge de la gestion courante de la mutuelle (Mladovsky et al., 2014). Si, bien qu'elles soient faibles, des motivations financières existent dans certains cas, la présence de lien social, d'une identité commune, d'une idéologie favorise la motivation des membres à prendre en charge la gestion de la mutuelle. La motivation financière ne peut régler tous les problèmes ni remplacer la motivation « sociale ». Les mutuelles de grande envergure (PAMECAS, TransVie) appliquent la motivation financière, à travers les objectifs fixés pour le personnel en charge de la vente du produit santé. Au sein d'une mutuelle de santé, la question de l'équilibrage entre motivation financière et motivation « sociale » est donc fondamentale, afin de respecter les principes mutualistes. La motivation

[119] La période d'observation est une période d'attente qui varie selon les mutuelles. Avant de pouvoir bénéficier du remboursement des soins par la mutuelle, le nouvel adhérent doit s'acquitter des cotisations sans contrepartie durant quelques mois. Ceci permet à la fois pour la mutuelle de contrôler les nouveaux arrivants, d'éviter les abus, mais aussi de se constituer des liquidités.

« sociale » devrait primer sur la motivation financière. Malgré les difficultés, plusieurs dirigeants de mutuelles communautaires restent en place, comme à Fandène (Thiès) ou à Goxu Mbathie (Saint-Louis), année après année, car ils perçoivent la mutuelle de santé comme un élément fondamental de leur communauté (Source : nos entretiens). La motivation financière peut être importante dans la mesure où les membres dirigeants prennent une grande partie de leur temps à la gestion de la mutuelle et à l'accueil des membres, alors que leurs propres contraintes personnelles sont déjà nombreuses. **Si certains outils ou certaines tendances créent des difficultés supplémentaires pour les mutuelles de santé, d'autres peuvent ainsi favoriser la viabilité à la fois financière et démocratique des mutuelles de santé.**

1.3. Deux tendances pour l'avenir des mutuelles communautaires de santé

Dans la conception du développement dominée par les institutions financières internationales depuis les années 1980 et dans la lignée de la NEI, la place de l'État se situe dans la mise en place d'institutions permettant d'améliorer les marchés et quasi-marchés, plutôt que de considérer les pratiques formelles comme informelles locales en ce qui concerne le développement, la protection sociale, la manière de produire et de redistribuer. La société est divisée entre État et marché, avec un tiers secteur permettant de subsister. Face à la recherche de légitimité de l'État alors concentrée sur sa face extérieure, nous opposons une meilleure compréhension avec le niveau local, qui pourrait constituer une opportunité de relégitimer l'État sur sa face intérieure, par la formalisation des pratiques impulsées par les populations (Laurent, Peemans, 1998). Si le DECAM pourrait constituer une tentative de formalisation de ces pratiques, les nombreuses tensions dans le domaine de la protection sociale de la santé apportées par les divers acteurs ne semblent pas permettent le développement des mutuelles de santé comme des acteurs autonomes, dont les valeurs sont adaptées et partagées par les populations, mais comme des prestataires de services, dont la performance sera contrôlée par les pouvoirs publics dans un objectif de subvention. Nous ne remettons pas en cause l'importance de cadres tels que ceux de l'UEMOA, qui permettent d'appuyer les mutuelles de manière institutionnelle, technique, de leur donner de la visibilité, ni la volonté gouvernementale de conserver des principes mutualistes tels que l'égalité des cotisations et l'adhésion volontaire. Ceci constitue des avancées pour leur extension et une reconnaissance de leur action. De la place est donnée à la société civile locale, mais dans un cadre strict bien défini. La transition du système de santé focalise l'apport des mutuelles dans le cadre d'une meilleure prise en charge de la santé, une opportunité économique, dans un contexte d'urgence, mais laisse de côté la dimension politique, la possibilité d'organiser différemment l'économie, la capacité des acteurs de l'ESS tels que les mutuelles de fournir les opportunités pour les individus de participer de manière active, et non seulement monétaire.

Les mutuelles de santé, et, dans ce cas précis, les mutuelles de santé communautaires, peuvent tendre selon nous vers deux voies :

- La première consistera à se transformer en assurance maladie sociale de plus grande envergure. Le système peut se renforcer par des outils tels que l'obligation, le partage plus grand des ressources, le renforcement des institutions publiques. Toutefois ce système signifiera la fin des mutuelles de santé telles que nous les connaissons, et de la dimension politique et de contre-pouvoir de ces institutions, bien que cette dimension ait toujours été complexe à atteindre. La coordination des individus afin de mieux prendre en charge la santé passera ainsi par la continuité de la contractualisation, de la responsabilité individuelle.

- La seconde consisterait à appuyer les mutuelles communautaires de santé pour elles-mêmes, afin de les rendre non transitoires mais durables sur le long terme. Pour cela, les mutuelles de santé doivent être reconsidérées, sortir de la convention établie pour établir des processus de long terme d'adaptation aux contraintes locales, pour aboutir à des systèmes légitimes, partagés par tous, impliquant les populations dans un apprentissage collectif de la démocratie et permettant de considérer les mutuelles, comme les autres acteurs de l'ESS, comme un aiguillon des décisions politiques. Cela n'empêche pas l'amélioration des systèmes existants par des outils de gestion inspiré des méthodes assurantielles ou des méthodes d'épargne et de crédit, la responsabilisation à travers la prévention, etc. Mais les mutuelles trouveraient, dans ce cadre, une réelle autonomie. La coordination des individus s'effectuerait par la réciprocité propre à ces organismes.

Les mutuelles rencontrées sur notre terrain, communautaires comme nationales, rencontrent des **difficultés à réellement se positionner** du fait de ces deux tendances qui cohabitent. Si, au sein des mutuelles communautaires, les liens entre ces deux tendances varient fortement, lorsque l'on passe à l'échelle supérieure des mutuelles de grande taille, la première tendance domine. Rester à l'échelle des villages et des quartiers pour les mutuelles communautaires est l'un des points de divergence fondamentaux entre la mutualité vue comme un acteur de l'ESS et la mutualité destinée à se transformer en assurance sociale de grande envergure. La petite taille des mutuelles communautaires sénégalaises ne permet pas des financements importants et condamnent donc les mutuelles communautaires à ne pas pouvoir prendre en charge entièrement la santé. La viabilité financière est possible, mais dans le cadre des soins primaires, d'où le besoin d'aide extérieure pour prendre en charge des soins plus lourds (appuis externes, subventions de l'État). Se concentrer sur des communautés réduites, telles que le quartier, favorise d'autres principes fondamentaux de l'ESS : la rencontre, la connaissance entre

les individus et la réciprocité. Les membres d'une même communauté partagent les mêmes contraintes, le même environnement (Tall, 1998). La personnalisation des échanges, la diffusion et l'évolution des valeurs individuelles et collectives, la construction d'identités passe par cette échelle limitée. Cette échelle, au sein des mutuelles, aboutit à une gestion de proximité.

2. La nécessité de faire évoluer la convention mutualiste

La convention mutualiste, qui se base sur les méthodes assurantielles, rencontre de nombreux problèmes : dans la compréhension et l'intérêt porté à ce mécanisme, dans la continuité des cotisations. Basées sur le volontariat, les mutuelles de santé ne couvrent qu'une petite partie de la population à l'heure actuelle au Sénégal. Si le dynamisme des structures qui existent est important, leur succès à l'échelle du pays est faible. De plus, les mutuelles sont un ajout supplémentaire à de nombreux autres mécanismes de prévoyance et de solidarité déjà bien ancrés, tels que les tontines[120]. Ces associations rotatives d'épargne et de crédit permettent, selon leurs formes, de partager les ressources dans une communauté fixée et d'exercer une protection sociale collective. Les pratiques de certains groupements féminins, tels que celui que nous avons rencontré en 2014, montrent également que les pratiques informelles d'épargne peuvent se coupler avec une prise en charge de la santé. Les mutuelles doivent ainsi trouver leur légitimité au milieu des nombreuses pratiques qui existent. Les règles conventionnelles sont ancrées dans un processus dynamique : elles sont incomplètes, les individus les interprètent et leur donnent sens. Comme nous l'avions vu dans le chapitre 2, l'évolution des règles est dynamique. Ceci peut aboutir à plusieurs transformations : l'adaptation ou l'émergence de règles sans remettre en cause le modèle d'évaluation, la convention ; la modification des règles dans le sens des détenteurs de pouvoirs ; l'opposition des individus, qui s'engagent dans une action collective, au contrôle extérieur ; enfin le changement du modèles d'évaluation, du fait d'un trop grand décalage avec les représentations. Plutôt que le dernier scénario, qui pourrait provenir d'un développement endogène, par rapport à la forte diversité des représentations et au manque d'ancrage de la convention mutualiste au sein de la population, dans une logique conflictuelle, c'est le premier scénario qui se profile, dans une logique de compromis.

[120] En 2009, l'ANSD estimait que 89% des ménages se tournait vers les circuits informels en ce qui concernait les besoins d'épargne et crédit, ceci incluant les tontines. Plusieurs types de tontines existent au Sénégal : les tontines organisées par les femmes d'un même quartier, destinées à l'obtention de biens et à l'épargne ; les tontines de village, afin de construire des maisons, de démarrer des activités ; les tontines qui permettent les cotisations en nature ; les tontines dans lesquelles des paires sont tirées au sort afin d'effectuer des échanges de cadeaux ; les tontines d'entreprise ; les tontines réunissant des hommes et femmes qui travaillent sur les marchés (Diagne, 2013).

2.1. La légitimité des mutuelles de santé

2.1.1. Une adaptation des règles dans une logique de compromis

Une évolution qui reste basée sur la convention mutualiste

Une étude menée au niveau national en 2010 par le cabinet Hygea[121] portait sur la déperdition des membres dans les mutuelles communautaires et les moyens de lutter contre cela. Les solutions préconisées étaient nombreuses, pour plusieurs thèmes abordés. Les idées abordées recoupent plusieurs de nos résultats, tels que le besoin d'établir des liens avec les leaders locaux, d'améliorer les dynamiques sociales, la sensibilisation, les activités annexes, la participation dans les prises de décision concernant les politiques de santé, l'amélioration de la gestion (Hygea, 2010b) :

- La disposition du règlement intérieur pour lutter contre la déperdition. La souplesse, la tolérance sont mis en avant dans le recouvrement des coûts. Certains proposent la suppression ou la diminution de la période d'observation.
- Les mesures pour renforcer la solidarité entre les membres. De nombreuses propositions sont données, telles que les activités génératrices de revenu, l'organisation de séances, de journées d'informations, de visites à domiciles, la promotion de l'entraide entre les membres, l'identification des leaders d'opinion de la localité, l'entraide entre les membres nantis et les plus démunis.
- L'amélioration de l'accès aux soins des couches sociales démunies. Ces concertations ont fait ressortir l'importance d'éviter la discrimination envers les couches les plus démunies de la population, en établissant des systèmes de parrainages individuels ou collectifs, en négociant les tarifs avec les prestataires, en permettant des cotisations partielles.
- Le rôle des pouvoirs publics. Les pistes sont diverses : améliorer le poids des mutuelles de santé et de leurs membres dans les prises de décisions concernant l'extension de la couverture de la santé et au niveau des comités de santé ; vulgariser les outils ; appuyer les mutuelles financièrement, techniquement, les intégrer dans les programmes sanitaires nationaux, appuyer les unions.
- L'attractivité. L'information, la sensibilisation l'adhésion des leaders locaux sont des points importants afin de développer la visibilité des mutuelles. Le développement des

[121] Cette étude a comporté des ateliers régionaux (Dakar, Thiès, Diourbel, Kolda, Ziguinchor, Kaolack, Fatick, Saint-Louis et Louga), avec comme participants des représentants de chaque mutuelle, des représentants de la région médicale, des représentants régionaux des organismes d'appui, des prestataires de soins, les élus locaux, des représentants ARD, des représentants des mouvements de jeunes, des représentantes des organisations féminines, et un atelier national.

dynamiques sociales avec les autres groupes constitués est également une piste proposée. Il serait important également d'après ces consultations que les mutuelles s'investissent dans des activités annexes de développement communautaire. La gestion doit être renforcée, plus transparente. Les moyens techniques (disposition d'un siège, informatisation) permettraient une meilleure crédibilité, la visibilité. Certains proposent une sortie totale du bénévolat quant à la gestion des mutuelles.

- Les bonnes pratiques. Ceci concerne la crédibilité des dirigeants, le sérieux de l'équipe de direction, la diffusion des résultats, la réalisation de réunions tournantes, de visites à domicile.
- Les actions concrètes à mener pour faire ré adhérer les membres. Pour cela, le suivi doit être accentué, des solutions doivent être trouvées selon les situations, telles que l'annulation des dettes.

Dans un registre de justification centré sur la cité industrielle, l'efficacité et une meilleure expertise sont recherchées. Toutefois la cité civique ressort toujours à travers l'équité, la démocratie, la solidarité. Certaines pistes tentent une remise en cause de certaines règles découlant de la convention mutualiste. Toutefois celle-ci, dans son ensemble, reste présente dans ces diverses concertations.

Prenons l'exemple de l'égalité des cotisations : le meilleur partage entre les membres riches et les membres pauvres est un point de divergence au sein de la mutualité. Comme nous l'avions vu précédemment, des études (Wladovsky et al., 2014), ainsi que nos observations et entretiens sur le terrain (principalement à la PAMECAS), ont montré que beaucoup de membres remettent en cause l'égalité dans les cotisations, en réclament une redistribution entre les niveaux de revenus au sein de la mutuelle. Au sein des mutuelles, dans le cadre de l'ESS, **les membres devraient avoir la capacité de faire évoluer les règles si celles-ci ne leur semblent pas légitimes**. Toutefois l'égalité des cotisations, qui provient du modèle de justification supérieur de la convention mutualiste, reste la consécration. Il ne s'agit pas d'amener le rapprochement des cotisations avec l'équité propre à l'assurance privée commerciale, chacun cotisant selon son niveau de risques, mais un rapprochement avec l'assurance sociale pourrait être intéressant, avec un meilleur partage des ressources entre les divers niveaux de revenus, tout en respectant l'égalité de traitement. Ceci ne rentre pas forcément en contradiction avec les principes mutualistes, dans la mesure où ce partage serait fait dans le but d'une plus grande légitimité, d'une confiance accrue dans le système par les membres, d'un intérêt plus grand à prendre part à la réciprocité, d'une vision commune de la justice sociale au sein d'une mutuelle. Toutefois il est extrêmement ardu, en considérant la structure du marché du travail au Sénégal, d'établir des cotisations en fonction des revenus. Ces revenus sont non seulement très variables mais aussi difficiles à estimer par les

personnes elles-mêmes d'après, nos observations. L'égalité de cotisations permet justement d'éviter cette difficulté.

Une convention qui restreint les possibilités d'évolution des mutuelles

La convention mutualiste, en établissant des ressources communes, aurait pu permettre une réelle représentation, une visibilité, une harmonisation de la mutualité sénégalaise afin d'appuyer son positionnement par rapport aux autres acteurs. **Mais cette convention a rencontré deux écueils**. **Le premier est l'utilisation de cette convention dans une optique d'instrumentalisation des mutuelles de santé**, de par la formalisation de cette convention à un échelon international. Effectuée dans le but de fournir un cadre juridique, institutionnel, cette formalisation a abouti à une restriction forte des principes premiers de la mutualité, de leur capacité à se constituer en contrepouvoir, et à une uniformisation de la « mutualité sociale ». Le cadre de l'UEMOA est l'un des premiers textes formalisés à grande échelle de la convention mutualiste, mais il ne consacre pas l'égalité des cotisations. Est arrivé ensuite le schéma du DECAM, qui constitue la formalisation la plus forte de la convention mutualiste sénégalaise, en conservant notamment cette égalité des cotisations. Ainsi, d'une convention, comme nous l'avions vu précédemment, la mutualité se tourne désormais vers la contractualisation. Les visions divergent au sein des acteurs, et même au sein de la mutualité, entre ceux qui mettent en avant les registres de la cité industrielle, et ceux qui mettent en avant ceux de la cité civique.

Le second écueil est la contradiction entre cette convention et la définition même des mutuelles d'après notre grille d'analyse de l'ESS. Certains principes de l'ESS sont universels, à travers les trois registres principaux de la pluralité économique, démocratique et de l'identité commune, mais la mutualité elle-même est relative et non universelle (ce qui sera précisé dans la section 4). En établissant un cadre commun restrictif à travers la convention mutualiste, les mutuelles perdent leurs spécificités propres à la mise en place d'une identité commune, d'une organisation partagée dans le cadre d'une petite communauté. Or, si L'ESS a su s'adapter à des notions instables comme le bien-être, c'est grâce à cette capacité des membres à faire évoluer les organisations selon leurs valeurs, leurs aspirations, dans le cadre d'une autogestion démocratique (Marec, Toucas-Truyen, 2015). La capacité des membres à faire évoluer la structure est limitée par ce cadre restrictif. Il revient aux membres de s'adapter à ce cadre, et non au cadre de s'adapter à ses membres. La convention mutualiste s'impose principalement aux dirigeants mutualistes, qui, comme nous l'avons vu, sont souvent les porteurs de l'ensemble de la mutuelle. Mais les membres s'inscrivent dans des systèmes de représentation, en ce qui concerne la gestion collective de la santé, bien plus diversifiés. Cette convention mutualiste illustre la divergence forte entre la solidarité organisée, la « culture mutualiste »

prônée par les promoteurs de la mutualité et les dirigeants, et la solidarité informelle, traditionnelle.

Ainsi les acteurs mutualistes, impliqués dans le développement de la mutualité au niveau national, sont ceux qui peuvent influer sur l'évolution de la convention mutualiste. La logique, comme nous l'avons dit plus tôt, est celle du **compromis**, de l'adaptation des règles afin d'améliorer la gestion et l'attractivité des mutuelles, tout en conservant la convention comme modèle d'évaluation par rapport aux actions à mener en termes de prise en charge de la santé. Ces acteurs mutualistes, d'après le cadre de l'ESS, devraient se constituer comme les représentants de leurs membres et de leurs revendications, de leurs valeurs, de leurs représentations. Mais ceci est peu le cas, en raison de la difficulté de construire une identité commune (chapitre 5), et en raison de la hiérarchisation des acteurs (chapitre 4).

2.1.2. Les difficultés des mutuelles à fournir la capacité aux membres d'influer sur les règles

Deux niveaux de transformations interviennent donc :

- au niveau global de la convention mutualiste (qui correspond à la face externe de la démocratie des mutuelles)

- au niveau local, dans la mesure où les mutuelles, comprises comme des institutions, sont elles-mêmes inscrites dans un processus dynamique, en donnant la capacité aux membres de pouvoir agir sur les règles au sein de leur mutuelle (face interne de la démocratie au sein des mutuelles). Hors, ces règles découlant en grande partie de la convention mutualiste supérieure, il est complexe d'assister à la construction réelle de cette capacité pour les membres au sein de chaque mutuelle.

Une légitimité encore limitée

La légitimité des mutuelles de santé dépend de plusieurs facteurs : la cause derrière laquelle se constitue l'identité commune, c'est-à-dire la prise en charge collective de la santé ; la gouvernance, centrée sur l'adhérent ; la finalité, à travers la solidarité et la dimension politique. De la solidarité entre proches à la solidarité organisée, on passe d'une légitimité traditionnelle, principe transcendantal constaté a priori, à une légitimité morale qui devient la finalité de l'action, la solidarité présentant un intérêt utilitaire, constaté a posteriori (Regnard, Rousseau, 2007). La démocratie, à travers l'Assemblée générale et les élections, ne suffit pas à elle-même pour impliquer les membres. **Sans réciprocité, la tenue des réunions n'est plus un pivot de la**

légitimité, mais une démocratie de façade. La mutuelle doit coordonner diverses représentations du monde, divers registres de légitimation, il s'agit, pour chaque mutuelle, de trouver un compromis entre eux afin d'aboutir à une identité commune. L'organisation démocratique de la mutuelle, la capacité des membres de s'impliquer, devrait, dans l'idéal, permettre aux membres d'ajuster, de faire évoluer les règles au sein de la mutuelle selon leurs propres représentations et leurs propres valeurs. Toutefois, comme nous l'avons vu dans nos études précédentes, même si les statuts sont les mêmes pour les mutuelles sénégalaises, communautaires comme nationales, les procédures devant permettre de favoriser le fonctionnement démocratique ne sont pas toujours acquises. Dans les idées proposées lors des ateliers régionaux et national des acteurs mutualistes, la nécessité de favoriser la solidarité, de renforcer et intensifier les rencontres avec les perdus de vus mais aussi les membres actifs, ressort, ce qui permettrait un renforcement de l'implication des membres dans la réciprocité et dans le processus démocratique.

L'efficacité est devenue la finalité principale

Non seulement les mutuelles peinent, pour la plupart, à construire cette réciprocité, mais le schéma du DECAM ne permet pas cette mise en avant de la capacité des membres à faire évoluer les règles et la possibilité pour les mutuelles de trouver le mode de gouvernance qui leur convient. Avant la promotion d'un modèle d'évaluation fortement concentré sur la cité industrielle, un recentrage sur la cité civique et la cité domestique peut être important afin de renforcer les mutuelles dans leur base. Plutôt qu'une efficacité sous la contrainte de l'équité, idéologie de développement qui met en avant les cités industrielles et marchandes, les mutuelles pourraient prendre le chemin d'une égalité, d'une démocratie sous la contrainte de l'efficacité. Nous ne nions pas l'importance de la fiabilité financière et administrative des mutuelles, mais **l'efficacité est devenue une finalité en soi, alors que cette efficacité n'est pas dénuée du contexte dans lequel elle s'inscrit**. Face aux difficultés des mutuelles à améliorer leur gestion, à impliquer les membres, à améliorer le recouvrement des coûts, la réciprocité, la mise en avant de la démocratie pourraient être des solutions qui renforceraient la base de la mutuelle et permettrait, à partir de là, une meilleure efficacité. Mladovsky (2014) montrait, à partir de l'étude du Sénégal, l'importance d'une participation active des membres afin de fidéliser les membres. Les formations, le vote, la participation à des assemblées, les discussions informelles, l'accumulation d'informations participent positivement à un apprentissage collectif permettant de donner en membres des capacités d'intégration dans le fonctionnement et l'évolution de la mutuelle. Afin d'intégrer les membres dans l'organisation démocratique, de permettre les rencontres, la personnalisation des relations de réciprocité, la mutuelle doit avoir un fonctionnement adapté par rapport à la population ciblée, son temps, sa dispersion, etc. Les membres doivent avoir envie de

s'impliquer dans un projet commun, de partager une identité et des valeurs afin de pouvoir s'investir dans l'organisation démocratique de la mutuelle.

2.2. L'importance des déterminants sociaux de la santé

Les mutuelles, comme nous avons pu le voir, sont fortement mises en difficulté par les divers **déterminants sociaux de la santé**. Si certains facteurs externes influent directement la santé (environnement, assainissement de l'eau, etc.), d'autres facteurs jouent indirectement, comme l'éducation. De plus, des études montrent l'importance des liens entre le « capital social » et les comportements de santé, en plus du lien entre « capital économique » et santé (Ahnquist, Wamala, Lindstrom, 2011), au niveau de la participation sociale, de l'apprentissage de la santé, de la confiance interpersonnelle et institutionnelle. Les divers déterminants doivent être considérés comme un ensemble, et non de manière séparée, en relation avec l'état de santé des populations. Face à l'approche de la lutte contre la pauvreté (qui caractérise des états vulnérables dans le bas de l'échelle sociale, sans lien avec les autres catégories de la population), diffusée par les institutions financières internationales et les bailleurs de fonds, concevoir les inégalités sociales permettrait au contraire une meilleure compréhension du système de santé sénégalais. Les inégalités sociales s'intéressent aux liens entre la santé et l'appartenance à un groupe social, permettant des comparaisons au sein de l'ensemble de la population, mettant en avant des différences socioéconomiques, territoriales, de genre, etc. (Guichard, Potvin, 2010). La question des inégalités sociales permet d'aller plus loin en considérant leur impact sur la cohésion sociale, le statut des individus par rapport à l'accès à ce droit humain qu'est la santé, leur vision de l'équité.

La **multisectorialité** est mise en avant par le gouvernement Sénégalais, depuis la présidence d'Abdoulaye Wade jusqu'à celle de Macky Sall, comme par la coopération, dans la mesure où la santé ne se limite pas à la maladie, mais est influencée par des secteurs tels que l'éducation, l'environnement, les transports, etc., nécessitant de nouveaux cadres de partenariats. Aussi, en marge des plans concernant la santé déjà abordés, le Sénégal a mis en place une stratégie de croissance accélérée, un programme de renforcement de la nutrition, un programme national de développement local, un programme décennal de l'éducation et de la formation, et un programme d'eau potable et d'assainissement, etc. Toutefois les inégalités sociales de santé se pérennisent. Si cette multisectorialité est promue officiellement, nous avons vu que la transition du système de santé au Sénégal manque d'une approche systémique, que les divers niveaux sont cloisonnés et que les acteurs n'ont pas tous le même poids. De manière plus globale également, les gouvernements mettent peu en place des politiques de lutte contre ces inégalités (Embrett, Randall, 2014), bien que les États-Membres de l'OMS Afrique se soient engagés à utiliser les approches de la Promotion de la santé, qui prône l'intersectorialité (Houéto, Valentini, 2014).

Les difficultés des mutuelles de santé sont ainsi nombreuses, en raison des inégalités observées sur le territoire. Elles sont financières, du fait de la population ciblée et donc des très bas taux de cotisations. Certaines mutuelles communautaires ne possèdent pas de local, ni de système informatique, compliquant grandement la gestion. Selon les groupes sociaux, la stabilité du revenu est loin d'être assurée, le taux de recouvrement des cotisations est un réel problème pour la viabilité des mutuelles communautaires. Les difficultés sont également techniques, devant la difficulté de gestion d'une telle structure. Les crises, les mauvaises gestions, voir les détournements de fonds ne sont pas rares. Les équipes de direction sont presque toujours bénévoles. L'attractivité est une difficulté supplémentaire, notamment du fait de l'absence ou de l'insuffisance de la présence de structures de santé à proximité dans de nombreuses zones rurales. Les inégalités d'éducation, de travail, d'urbanisme, la taille de la famille, les comportements, jouent sur les inégalités de santé. Appartenance sociale, situation géographique, environnement, genre, les déterminants sociaux de la santé sont forts et surtout divers. **Les inégalités sont à la fois économiques, géographiques, culturelles, sociales.** Comme nous l'avions évoqué, et bien que les conditions ne favorisent pas une amélioration de la situation, le format des réunions propre au fonctionnement des mutuelles (AG, bureau) ne semble pas suffisant, dans la fréquence des réunions et dans leur accessibilité à la compréhension de tous.

Une relation réciproque entre mutuelles et déterminants sociaux de la santé

D'un côté, les mutuelles doivent adapter leur fonctionnement (par exemple, la mutuelle de Lalane-Diassap s'organise sur la base de réunions mensuelles afin de garder un contact constant) afin de renforcer les liens, les rencontres entre les membres, le passage de l'information, la vulgarisation de la gestion de la mutuelle. De l'autre côté, les déterminants sociaux de la santé ont un fort impact sur la capacité des membres à pouvoir et à vouloir s'impliquer : éducation, conditions de vie (temps disponible à la participation), répartition géographique (éloignement fort des membres, difficultés de transport), etc. Mais, comme nous l'avions vu dans le chapitre 5, si les mutuelles ont un impact sur les déterminants intermédiaires de la santé, elles ne peuvent agir sur l'ensemble de ces déterminants intermédiaires, ce qui nécessite une plus grande coordination avec les autres acteurs pour amorcer des approches plus globales des déterminants sociaux de la santé. Elles ne peuvent non plus agir sur les déterminants primaires, structurels, qui sont liés au contexte économique et politique du pays et qui influent sur la répartition sociale de la population. L'État en revanche peut agir sur ces déterminants structurels. Deux premières conclusions s'imposent :

- ⇨ Le système de santé devraient être pensé de manière systémique, en faisant évoluer les diverses formes et les acteurs dans une approche cohérente.

- ⇨ Les déterminants sociaux de la santé, structurels et secondaires, devraient être considérés de manière globale. Les mutuelles ne peuvent lutter contre les inégalités de santé à elles seules.

Cependant, tout comme la transition de la couverture maladie au Sénégal manque d'une approche systémique (cf. Chapitre 4, section 2), les politiques concernant les déterminants sociaux de la santé restent cloisonnées, les déterminants structurels sont peu pris en compte dans la politique de CMU.

2.3. Se coordonner pour lutter contre les déterminants sociaux et proposer des développements alternatifs

Les acteurs locaux –mutuelles de santé, associations diverses, mais aussi acteurs privés locaux- peuvent servir d'aiguillon aux pouvoirs publics afin de mieux adapter, de mieux s'approprier les diverses politiques au niveau local, de servir d'intermédiaire dans une meilleure prise en compte des contraintes locales, d'impulser des projets de développement locaux partagés par les populations concernées. La commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS insistait ainsi de nouveau en 2009 sur l'importance de la participation communautaire dans les décisions qui concernent le développement local.

Les mutuelles communautaires développent aussi de plus en plus de lien avec les autres organismes de l'ESS : Groupements féminins, associations de jeunes, etc. La mutuelle communautaire And Faju travaille ainsi avec les jeunes qui s'organisent dans un cadre général pour aller vers les besoins des populations selon quatre grands axes : la santé, l'éducation, l'emploi et l'habitat. Comme nous l'avions abordé dans le chapitre 5, les mutualistes sont nombreux à adhérer à d'autres associations. La dynamique associative, en milieu urbain comme rural, peut être très forte. En plus de bénéfices internes aux mutuelles (l'apprentissage collectif déjà intégré de la participation associative, démocratiquement comme financièrement), elles pourraient s'ouvrir par des liens avec les diverses associations. Ceci permettrait d'avoir plus d'impact au sein de la population et surtout de mettre en avant des ressources communes pour lutter contre les diverses inégalités de santé. Les mutuelles trouveraient ou renforceraient ainsi leur connexion avec les liens sociaux, de par des liens plus forts avec les autres associations et les diverses pratiques informelles. Ceci est d'autant plus important en milieu urbain, où l'hétérogénéité entre les individus est grande, les liens moins forts mais les initiatives citoyennes très nombreuses. Une identité commune pourrait se mettre en place dans **ce rassemblement de structures de l'ESS pour une mise en avant d'un développement différent**, qui donnerait plus de place aux « bottom up », **et qui permettrait une approche plus globale des déterminants**

intermédiaires. Les extraits détaillés dans l'encadré suivant illustrent cette idée de rassemblement et du besoin de s'ouvrir à divers domaines du développement de manière conjointe.

Encadré 45 : S'organiser, de l'échelle du quartier à l'échelle internationale

Plusieurs acteurs, tels que le gérant de la mutuelle et comptable et de l'hôpital Saint Jean de Dieu, proposaient un regroupement des initiatives sociales et solidaires : « *Pourquoi des gens d'un même secteur ne s'associent pas pour la gestion du quartier ? Pour régler tous les problèmes comme la gestion des déchets ? Quand je prends l'exemple de la coopérative, si des gens se mutualisent, les gens achètent en gros, moins cher.* »

Le rassemblement, le partage des expériences s'organise également à un niveau international, comme au sein du RIPESS[122], qui possède une branche sénégalaise. Comme l'expliquait Abdou Salam Fall, alors Président du RIPESS, dans une interview en 2004, le réseau pourrait « *se résumer à cette idée : construire collectivement des alternatives aux stratégies néolibérales par la capitalisation des connaissances et des expériences en économie sociale solidaire […] La mission du RIPESS est d'établir des liaisons entre les différents réseaux d'économie sociale solidaire en favorisant le renforcement des dynamiques continentales […] Il vise à créer une meilleure cohésion des pratiques de l'économie sociale solidaire et à augmenter le pouvoir d'agir des acteurs œuvrant de ce secteur.* »

Depuis 2004, le GRAIM a étendu son projet de société, avec plusieurs missions, un champ d'action élargi, une recherche d'équité et de justice sociale. La vision est d'amener une société solidaire, par la gouvernance collective. La stratégie est de former le citoyen, et de mettre les citoyens en collectif. Ainsi ont été créés des comités inter-villageois de développement, chaque membre représentant une des entités du village. On recherche le niveau le plus représentatif possible. « *La mutuelle est un des aspects du développement, notre vision est vraiment transversale. La régulation part du bas pour aller vers le haut* » nous disait une chargé de programme du GRAIM.

Source : présentation par l'auteur sur la base des entretiens effectués en novembre 2013 à Verviers auprès de Ndeye Seyni Kane (Chargée de programmes au GRAIM) et en février 2015 à Thiès auprès de Bertin Ndione (Gérant de la mutuelle de l'hôpital Saint Jean de Dieu). Interview d'Abdou Salam Fall disponible à cette adresse : http://www.traversees.org/article125.html.

[122] « Le RIPESS est un **réseau de réseaux continentaux** engagés dans la promotion de l'économie sociale et solidaire. Les réseaux continentaux du RIPESS (RIPESS-LAC, RIPESS-EU, RIPESS-NA, RAESS et ASEC) rassemblent à leur tour des réseaux nationaux et des réseaux sectoriels. Le RIPESS croit à l'importance d'une mondialisation de la solidarité afin de construire et de renforcer une ***économie qui met les gens et la planète au centre de son activité***. De Lima (1997) à Manille (2013), en passant par Québec (2001), Dakar (2005) et le Luxembourg (2009), le RIPESS organise des Rencontres internationales aux quatre ans afin de créer un espace d'apprentissage, d'échange d'informations et de collaboration. » Présentation disponible à cette adresse : http://www.ripess.org/ (consulté le 13/01/2015).

« *S'associer pour la gestion du quartier* », « *construire collectivement des alternatives* », « *gouvernance collective* », autant de visions de l'ESS qui se rapprochent de notre propre approche d'un développement endogène, et qui pourraient être à l'origine d'une meilleure compréhension et gestion des divers déterminants sociaux de la santé à un niveau local.

Les divers déterminants sociaux qui influent sur la réussite ou non des mutuelles de santé ont été peu considérés. Mladovsky et Mossialos, en 2008, confirmaient les résultats que nous avons obtenus concernant l'importance de la prise en compte de ces déterminants et de la construction d'une réciprocité forte entre les membres. Une communauté fortement liée est plus favorable aux succès des mutuelles que celles qui n'ont pas de tels liens, dans la mesure où la réciprocité entre les membres est un moyen de réduire les « risques moraux ». Toutefois, ceci peut devenir un inconvénient en favorisant le clientélisme et la corruption. Si des liens professionnels doivent être tissés avec les ONG, les collectivités locales, la coopération internationale, une relation verticale avec cette dernière peut déboucher sur une relation de dépendance et favoriser les structures qui privilégient l'expertise technique. Si la démocratie interne des mutuelles a des difficultés à s'organiser, la démocratie externe, de représentation auprès des autres acteurs, a également besoin d'être améliorée, du côté des mutuelles comme du côté des pouvoirs publics et de la coopération internationale.

Comme nous l'avons dit dans la section 2.2., les mutuelles et les associations peuvent agir sur les déterminants intermédiaires de la santé, sur les inégalités sociales à un niveau local. En se rassemblant, elles peuvent influer sur la direction prises par les politiques à un niveau national, qui elles participent à la prise en compte des déterminants structurels. **Sans une réelle appréhension des déterminants à ces deux niveaux, le système de santé va rester cloisonné**. Le rôle de l'État est ainsi fondamental et est abordé dans la partie suivante.

3. Le rôle de l'État et de la décentralisation

Le système de santé est devenu, à tous les niveaux, **contractuel**. La contractualisation est une stratégie en elle-même afin d'améliorer la performance du système et des liens entre les mutuelles de santé et les prestataires de soins (Boulenger, Criel, 2012). La gestion axée sur les résultats, les financements basés sur la performance, la contractualisation, se trouvent au cœur des recommandations internationales, marquant le passage d'une logique administrative et hiérarchique à une logique managériale et participative au sein du système de santé (Eboko, 2015). La mise en place de structures sanitaires autonomes, par la réforme des hôpitaux, suit cette logique. La contractualisation est un outil de la mise en place d'une « bonne gouvernance » (Balique, 2011). Cette contractualisation se développe surtout sur le principe du « principal/agent

», avec un État mandataire et des structures autonomes exécutrices et évaluées. Si le rôle de l'État est important en ce qui concerne les déterminants structurels de la santé, les politiques menées par les divers ministères restent cloisonnées.

3.1. De multiples canaux de participation de l'État

Un partage concerté entre les divers acteurs

Le rôle de l'État est important dans le développement de la dynamique mutualiste mais doit encore trouver sa place. Plusieurs niveaux d'actions s'offrent à lui. La régulation et le contrôle du secteur seraient des points importants afin de coordonner les actions sur le territoire, de les suivre, de comprendre leur impact. Il peut également se placer en tant que promoteur de la mutualité, par des appuis institutionnels. Toutefois un **certain équilibre devrait être respecté** afin de donner aux mutuelles l'opportunité de se constituer une place réelle dans les prises de décisions. Il ne s'agit pas de s'impliquer directement dans les modalités de mise en œuvre des mutuelles communautaires de santé, en portant un coup un à l'autonomie des mutuelles de santé. Au Sénégal, les structures de coordination créées par le gouvernement, durant le processus d'extension des mutuelles communautaires dans les années 1990 et 2000, étaient généralement peu appropriées et acceptées. Le processus de coordination mené à Thiès, dont nous avons déjà parlé, impulsé et construit par les mutualistes, a mieux fonctionné sur le long terme (Wade, 2004). La différence entre un **État directeur et un État accompagnateur** est fondamentale pour l'avenir à long terme des mutuelles communautaires de santé en tant qu'actrices de l'ESS.

Les mutuelles communautaires de santé, dans le contexte des pays d'Afrique de l'Ouest et centrale, de par la faible capacité à payer des populations ciblées, ne peuvent prétendre à un autre rôle que celui de la couverture des soins primaires. Cet échelon primaire est fondamental pour les populations africaines exclues des couvertures institutionnalisées. Des études ont montré l'importance de l'accès aux soins primaires pour réduire les inégalités de santé au sein de la population (Starfield, Shi, Macinko, 2015). Le besoin de partage avec les pouvoirs publics est donc important afin de prendre en charge les actes plus lourds ou les personnes n'ayant pas du tout de capacité à payer, dans un rôle qui pourrait être complémentaire avec les mutuelles de santé et non dans une relation d'instrumentalisation. Nous considérons que non seulement les mutuelles de santé, notamment communautaires, ont besoin de l'État, mais que l'État a aussi besoin des mutuelles de santé, d'où l'importance d'une co-construction du développement.

Bien que la multisectioralité soit annoncée comme l'un des fils directeur des réformes sénégalaises, le cadre actuel est peu cohérent entre les divers ministères et au sein de ceux-ci, comme nous avons pu le voir avec la santé. L'approche doit être globale entre les divers déterminants, qui dépendent de différentes tutelles : éducation, logement, transport, travail, santé, etc. Le travail concernant l'amélioration de l'offre de santé, la répartition des prestataires, la fixation des prix des actes (variables d'une structure à l'autre), les investissements pour le personnel de santé et le matériel, la prise en compte de la médecine traditionnelle, est fondamental afin de pouvoir soutenir une demande qui est destinée à être en évolution dans les années à venir. Sans cette amélioration de l'offre, la demande, même solvabilisée, ne pourra renforcer à elle seule le système de santé sénégalais. L'État pourrait également appuyer l'élargissement des conventions établies entre les mutuelles et les prestataires de soins. L'un des grands points forts des mutuelles de grande envergure est de proposer une couverture sur l'ensemble du territoire, et non seulement dans les centres de proximité agréés. Dans l'exemple des migrations, surtout saisonnières, des mouvements impliqués par certaines professions, cette couverture élargie pourrait être importante pour les mutuelles communautaires.

Un rôle important en ce qui concerne les déterminants structurels de la santé

Le rôle de l'État prend également son importance dans la lutte contre les inégalités sociales de santé, à la fois sur les déterminants structurels, qui influent, à l'échelle d'un pays, sur la répartition du pouvoir, des ressources, et sur les déterminants intermédiaires telles que les conditions matérielles (accès à un logement, qualité de vie) et le système de santé. Marmot (2005) estimait que l'action sur les déterminants sociaux de la santé était primordiale pour lutter contre les inégalités. Pour cela, les décideurs politiques, et en particulier ceux qui sont en dehors du secteur de la santé, devraient être mis à contribution, afin d'améliorer les arrangements sociaux qui peuvent toucher la santé de l'ensemble de la population, dans une approche systémique. D'autres auteurs démontrent qu'une distribution plus équitable des revenus et de la santé est importante et contribuerait à générer de la croissance économique (Alesina, Rodrick, 1994 ; Fehr, Schmidt, 1999). De nombreuses études mettent en avant l'importance des déterminants structurels de la santé, d'après la synthèse effectuée par Bouchard et al. en 2015. Pour Link, Phelan et Tehranifar (2010), (qui reprenaient la théorie construite par Link et Phelan en 1995) quatre caractéristiques sont à l'origine d'une « cause fondamentale des inégalités sociales de santé » : son influence n'est pas limitée à une seule maladie ; elle passe par de multiples facteurs de risque ; cela implique un accès aux ressources qui peuvent être utilisée pour éviter les risques, pour minimiser les conséquences d'une maladie ; enfin l'association entre une « cause fondamentale » et la santé est reproduite dans le temps à travers le remplacement des mécanismes d'interventions. Le statut socioéconomique est donc, pour ces auteurs, une « cause

fondamentale des inégalités sociales de santé ». L'éducation, l'argent, le pouvoir, le prestige, les connections sociales sont autant de ressources qui peuvent être utilisée pour se protéger contre la maladie, pour prendre en charge des soins, pour éviter les conséquences catastrophiques que peuvent connaître les Sénégalais en cas de maladie. D'où l'importance, dans la situation du Sénégal, du rôle de l'État en ce qui concerne les déterminants structurels de la santé, qui jouent sur le statut socioéconomique des individus, et afin de ne pas reproduire dans le temps les inégalités sociales de santé.

3.2. Le DECAM, formalisation forte de la convention mutualiste, ne permet pas la mise en avant de la capacité des membres à faire évoluer les mutuelles

Le DECAM souffre d'un problème d'équilibre entre autonomie des mutuelles et conventionnement pour obtenir les subventions. La convention mutualiste était certes fortement ancrée avant même la mise en place du DECAM. Mais le schéma actuel du DECAM tend vers la planification des mutuelles, **établissant des objectifs spécifiques, difficiles à atteindre, et ne permettant plus à d'autres formes de se développer**. En effet, avec la mise en place des subventions, les structures existantes ont souvent intérêt à se conformer à cette convention afin d'obtenir les agréments.

Les subventions sont accordées par l'État dans 14 départements expérimentaux. Un volume global est à la mutuelle, non directement aux cotisants, par l'intermédiaire des unions régionales. Le **Fond National de Solidarité Santé** (FNSS) doit permettre de centraliser les diverses interventions qui se découpleront à travers un **fond départemental de solidarité santé** (FDS) en partenariat avec chaque **union départementale des mutuelles de santé**. Les subventions sont multiples : partielles (50% de la cotisation) afin d'étendre le paquet de soins, totales pour les indigents. Les FDS doivent également mettre en place des mécanismes de garanties en ce qui concerne les adhésions groupées à travers les couplages avec la microfinance. Dans ce schéma, les mutuelles contribuent au FDS selon le nombre de bénéficiaires, les unions départementales participent à sa gestion. Le paquet de service se divise : un premier niveau, primaire, pris en charge par les mutuelles et en lien avec les centres et postes de santé[123] ; un second niveau, auprès des hôpitaux, pour les actes plus lourds[124].

Les FDS sont donc financés par les contributions des mutuelles, des collectivités locales et les transferts du FNSS. Les transferts, entre le FNSS et les FDS et unions régionales, sont basés sur

[123] Consultations, petite chirurgie, médicaments génériques, maternité, hospitalisation, transport (80% de prise en charge), médicaments de spécialités, soins ambulatoires –dans le privé lucratif- (50% de prise en charge).
[124] Analyses et examens, radiographies (80% de prise en charge), césariennes, interventions chirurgicales (100%).

les performances. **Un contrat de performance** doit ainsi être mis en place entre les diverses structures. D'après le Plan d'Action d'Extension de la Couverture Maladie dans les Secteurs Informel et Rural (Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, 2013), les indicateurs de performance sont les suivants : les indicateurs d'impact, c'est-à-dire le taux d'utilisation des services de santé, les dépenses directes de santé des ménages, la proportion de ménages faisant face à des dépenses catastrophiques, la proportion de la population satisfaite de la qualité des services des formations sanitaires, la proportion de la population couverture par les mutuelles, le niveau des subventions, la proportion de mutuelles de santé qui disposent de gestionnaires qui répondent au profil professionnel défini par les autorités compétentes, le nombre de bénéficiaires des mutuelles selon la région, le nombre d'indigents et de groupes vulnérables pris en charge par des tiers à travers les mutuelles.

Prenons ainsi les textes, concernant le contrôle et le suivi des mutuelles agréées dans le cadre du règlement de l'UEMOA et par là-même appliqués dans le DECAM, du plan stratégique de développement de la CMU au Sénégal 2013-2017 : « *Conformément aux articles 28 et 32 du règlement de l'UEMOA, les mutuelles de santé et les unions de mutuelles de santé sont tenues de produire et communiquer les rapports annuels (technique, moral et financier) à l'ONAMS (MSAS/CACMU)* [ONAMS : Office National de Mutualité Sociale]. *Par ailleurs, elles sont obligées de se soumettre au contrôle de l'ONAMS (MSAS/CACMU) et le cas échéant au contrôle d'autres organismes prévus à cet effet […] Le suivi et le contrôle des institutions mutualistes est un des piliers de la réglementation des mutuelles de santé en plus de l'agrément, de l'immatriculation dans le registre national, des cotisations au fonds national de garanties, de la soumission des rapports et du contrôle. Le suivi des institutions mutualistes se base sur deux volets complémentaires : le suivi 'hors-site' et le suivi 'sur-site'. A travers le suivi 'hors-site', les rapports soumis par les mutuelles de santé et les unions de mutuelles de santé sont traités et analysés par les services de suivi-évaluation de l'ONAMS (MSAS/CACMU) afin d'analyser les progrès et les performances des mutuelles de santé et d'identifier les mutuelles de santé qui respectent ou dévient des normes prudentielles. A travers le suivi 'sur-site', l'ONAMS (MSAS/CACMU) procède à un contrôle externe sur pièce et sur place, portant sur la constitution, le fonctionnement et la situation financière des mutuelles de santé et des unions départementales et régionales des mutuelles de santé* » (Ministère de la Santé et de l'action sociale, 2013, pp 59-60). Obtenir l'agrément du Ministère pour s'intégrer au DECAM implique ainsi de fortes contreparties de contrôle. La gestion, les outils des mutuelles doivent être harmonisés dans le cadre de l'objectif spécifique 2 du plan stratégique de développement de la CMU au Sénégal. Des rapports annuels doivent être rendus. D'autres indicateurs ressortent, tels que le taux de recouvrement des mutuelles, la proportion de mutuelles ayant une convention avec une IMF. La subvention partielle dépend ainsi du nombre de bénéficiaires à jour de leur cotisation. Le but est

d'inciter, de récompenser les mutuelles performantes, avec un meilleur recouvrement des coûts et de meilleurs taux de pénétration, sur des indicateurs quantitatifs mais sans contextualisation.

3.3. Un manque de compréhension des dynamiques sociales

La place de l'État évolue mais ne permet pas une réelle prise en compte des mouvements sociaux, leur participation effective dans la conception et l'application des politiques de santé et de protection sociale. S'intégrer dans un contexte local signifie penser à la **perception des individus quant à l'action menée, la position de ces individus dans la société, les liens entre eux, et les stratégies locales, les groupes locaux qui interagissent**. Le schéma du DECAM est la continuité de la volonté de décentralisation de l'État sénégalais, processus enclenché officiellement depuis 1996 avec la promulgation du Code des Collectivités locales. L'organisation locale s'est ainsi transformée, avec des conseils ruraux et municipaux composés uniquement de membres élus, supprimant la place des représentants des groupements à caractère économique, social et culturel (Blundo, 1998)[125]. Dans le cadre du DECAM, les collectivités locales sont les acteurs publics privilégiés des mutuelles et des prestataires de soins :

- le niveau central, gouvernemental, prendra ainsi en charge la politique générale et une partie des subventions.
- Les collectivités locales et les unions régionales et départementales de mutuelles se chargeront de l'appui direct aux mutuelles, de l'harmonisation des outils et des conventions, de la mise en place de nouvelles mutuelles.
- Les mutuelles communautaires conservent leur rôle à leur échelle, doivent améliorer leur fonctionnement, la sensibilisation, le recouvrement des coûts.
- Les ménages enfin sont mis à contribution par leur participation financière, leur responsabilisation, leur apprentissage de la prévoyance et de la solidarité par l'assurance. Malgré la promotion de la participation communautaire comme « bonne pratique » vers la « bonne gouvernance », les individus sont au final laissés de côté au sein de ce schéma descendant.

La décentralisation, dans le cadre de la « bonne gouvernance », assume un rôle de démocratisation au niveau local, qui doit permettre une meilleure efficacité des services passant par une gestion plus proche des individus, l'idéal étant que les communautés locales prennent le contrôle de leurs propres affaires (Kaag, 2003). Mais, au sein des dynamiques institutionnelles

[125] Rappelons la subdivision administrative du Sénégal : 14 régions, 45 départements, arrondissements, communes d'arrondissement au sein des grandes villes (46 au total), communes et villages regroupés en communautés rurales.

locales complexes, les interlocuteurs de l'État, que ce soient les collectivités territoriales, les experts extérieurs, posent des difficultés de représentation, de légitimité. **Pouvoir local et municipal ne correspondent pas toujours**, des dynamiques institutionnelles nombreuses (notables, délégués de quartier, Imams, responsables de groupements, d'associations, etc.) (Tall, 1998) compliquent les actions de développement et l'échelle descendante par la décentralisation. La décentralisation pourrait dans ce cadre s'appuyer sur les mouvements organisés ou informels des sociétés civiles locales, dont les mutuelles de santé, afin de faire l'intermédiaire entre l'échelle des ménages, locale et celle de l'État, nationale.

Certains acteurs au niveau local revêtent une importance particulière dans l'appropriation des politiques de développement au niveau local[126], prenant la place d'intermédiaires avec les populations locales, intégrés dans des tissus sociaux : réseaux confessionnels ; certaines professions (fonctionnaires, universitaires, commerçants, etc.) qui se regroupent, jouant sur les relations sociales ou politiques tissées ; mouvements culturels ou ethniques, destinés à mieux distribuer les rentes du développement et d'obtenir un meilleur accès politique ; « leaders paysans », partenaires des milieux agricoles, intermédiaires souvent privilégiés des ONG (Sardan, Bierschenk, 1993). Les personnes au sein de la communauté qui ont du pouvoir, tels que les élites –intellectuels, les plus riches des communautés villageoises- peuvent parfois instrumentaliser les organisations, les actions de développement à des fins individuelles (Tadjudje, 2010). Dans le cadre des programmes de santé communautaires, l'échelon des conseils de quartier serait important à retenir afin de renforcer l'ancrage social (Niasse, 2010). Afin de mener des politiques adaptées au niveau national comme au niveau local, il est important de comprendre l'organisation de la population ciblée, sa perception de ces politiques, les mécanismes institutionnels en jeux.

3.4. Des investissements encore insuffisants par rapport aux objectifs du Ministère de la Santé

Le Sénégal a été fortement touché dans certains secteurs en 2009, du fait de la crise financière et de déterminants internes. Les investissements privés et les transferts de fond ont fortement diminué, et le tourisme a reculé. Les recettes fiscales ont quasiment stagné cette année-là, et l'activité économique s'est ralentie, avec une croissance du PIB de 1.5% en 2009, contre 3.3% l'année précédente. Une reprise était prévue pour 2010, avec une prévision de croissance de 3.5% selon le FMI. La dette totale du pays augmente encore hélas, atteignant 34,4% du PIB en stock en 2010. Pour améliorer cette situation macroéconomique, le Sénégal met en place une stratégie de

[126] Qualifiés de « courtiers de développement », dans la mesure où ces acteurs ont les capacités (sociales, de légitimité, de pouvoir) de mobiliser de l'aide au développement à un niveau local.

croissance accélérée, afin de la porter à un taux suffisamment élevé (7%), de créer des emplois massifs, et de diversifier ses sources afin de la protéger des chocs exogènes, en s'appuyant sur l'agriculture, l'aquaculture, le tourisme, le textile et les TIC (Perspectives Économiques en Afrique, 2010). Si les taux positifs de croissance du Sénégal comme d'autres pays africains sont salués, cela ne va pas automatiquement entraîner une amélioration importante de la santé et une réduction des très fortes inégalités. La volonté politique est nécessaire afin d'établir des liens. Si la CMU sénégalaise marque la volonté d'une plus grande implication des pouvoirs publics dans la prise en charge de la santé, les budgets alloués pour le secteur dans sa globalité ne permettent pas une amélioration durable des prestataires de soins et de la qualité d'un côté et de la protection sociale de la santé de l'autre, les deux étant fortement liés.

Des avancées limitées pour la CMU

La volonté de mise en place de la CMU force à des investissements accrus de la part de l'État et des collectivités locales : subventions aux mutuelles, programmes de gratuité, réformes des IPM, amélioration de l'offre de santé. En 2013, d'après les données de la Banque mondiale et de l'OMS, les dépenses de santé représentaient 4,2% du PIB[127], en baisse quasiment constante depuis 2004 (5,7 %). La même année, le PIB sénégalais était de 14 791 699 008 milliards USD. Ce qui donnait en 2013 des dépenses totales pour la santé de 621 251 358 environ en USD pour la santé, soit environ 375 milliards de FCFA. 5 milliards de FCFA ont été alloués à la CMU en 2013. Selon le plan stratégique de développement de la CMU, la phase de démonstration, initiée dans 14 départements, est terminée et laisse la place à la phase d'extension. Dans une interview donnée début 2015 par la ministre de la santé, il est annoncé que 106 nouvelles mutuelles ont été mises en place dans les départements pilotes, pour environ 226 344 bénéficiaires attendus, ce qui reste encore très faible par rapport aux objectifs fixés[128]. En 2012, d'après les comptes nationaux de la santé, les dépenses de santé par habitant (en USD courants) étaient de 46 USD, les efforts ont été importants (22 USD en 2000). En juin 2015, les UDAM, appuyés par la CTB, ont permis l'enrôlement de 4704 bénéficiaires à Koungheul, 5335 à Founfiougne. **Le taux de couverture national, en 2014, est estimé à 32%**. La plus haute hausse de prise en charge s'est située au niveau de la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans (1 479 075 cas pris en charge en juin)[129]. Le cadre de dépenses à moyens termes fixé pour l'appui des mutuelles de santé établit

[127] Prestations de services de santé, activités de planification familiale, activités ayant trait à la nutrition et l'aide d'urgence, le taux exclue la prestation d'eau et les services d'hygiène.
[128] Interview disponible en ligne : http://fr.africatime.com/senegal/articles/la-cmu-besoin-dun-budget-de-27-milliards-de-fcfa-par-alors-que-nous-navons-que-15-milliards (consulté le 01/07/2015).
[129] Chiffres disponibles dans la présentation effectuée sur la CMU au Sénégal, dans le cadre du Symposium sur la Protection Sociale en Afrique, à Abidjan, le 25 juin 2015 : http://www.fanaf.com/file/upload/20150625_Mbengue.pdf (consulté le 13/01/2015).

un budget prévisionnel optimiste. Le budget prévisionnel global des régimes d'assistances 2013-217 est de 108 750 468 743 FCFA, 900 044 250 FCFA pour les régimes obligatoires.

Tableau 20 : Cadre de dépenses à moyen terme

Plan d'Action de la Couverture Maladie de Base dans le Secteur Informel A Travers les Mutuelles de Santé Projections de Dépenses (en Millions de FCFA) : 2013-2017 Hypothèse Moyenne						
Dépenses	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**Total 2013-2017**
I. Investissement	1 240	690	776	0	0	2 706
II. Personnel	1 400	2 089	2 881	2 997	3 116	12 483
III. Fonctionnement	670	1 014	1 411	1 480	1 553	6 128
IV. Interventions/Activités	1 564	1 483	2 328	1 538	1 938	8 850
V. Dépenses Techniques	4 275	9 922	19 723	29 985	39 464	103 369
• Paquet de base	2 399	5 569	11 070	16 829	22 149	58 016
• Paquet complémentaire	1 875	4 353	8 653	13 156	17 315	45 352
Total	**9 148**	**15 197**	**27 119**	**36 000**	**46 071**	**133 535**

Source : plan stratégique de développement de la CMU au Sénégal 2013-2017

En effet, malgré les avancées montrées par les autorités, **de nombreuses difficultés se posent**. Dans la même interview que précédemment, la ministre expliquait que la CMU se trouvait pour le moment en déficit : pour un besoin de 27 milliards de FCFA par an, le budget réel est de 15 milliards en tout. En 2013, cette différence se ressentait déjà dans les budgets retenus par rapport aux besoins pour cette année de démarrage : 1 milliard retenu pour les subventions aux mutuelles dans les départements pilotes contre plus de 2,6 milliards de besoins, 700 millions pour les subventions aux indigents contre plus de 1,3 milliards de besoins. En tout, le budget retenu était pour la CMU de 5 milliards, contre un besoin de plus de 14 milliards, d'après le plan stratégique de développement de la CMU au Sénégal. La ministre de la santé estimait, en 2014, que 15% du budget national devrait aller à la santé, afin de respecter les engagements d'Abuja de 2001 et de permettre une amélioration durable du secteur de la santé[130]. Ces décalages sont un réel problème. Le directeur de l'ACMU estimait en juillet 2015 que les besoins pour la CMU en 2016 s'élèveraient à 60 milliards de FCFA[131]. En 2014 déjà, le budget de la santé a connu une hausse de plus de 3 milliards de FCFA, pour aboutir à un budget de 127 milliards de FCFA. Le budget national était de 2732 milliards de FCFA en 2014, d'où un investissement de 4,6% du budget total dans la santé.

[130] Interview disponible en ligne : http://senegal-business.com/2014/05/le-ministre-de-la-sante-reclame-15-du-budget-national-et-interpelle-macky/ (consulté le 13/01/2015).
[131] Interview de Cheikh Mbengue, disponible en ligne : http://www.lequotidien.sn/index.php/component/k2/cheikh-mbengue-dg-de-l-agence-cmu-nos-besoins-pour-2016-s-elevent-a-60-milliards (consulté le 13/01/2015).

Des scénarii de financement, recueillis lors de nos études sur le terrain, sont à l'étude. En 2014, après l'obtention d'un appel d'offre par un cabinet extérieur, plusieurs options ont été simulées afin de rechercher des financements novateurs, comme le font d'autres pays d'Afrique de l'Ouest et centrale : taxes sur les télécommunications, sur les mines et carrières, TVA sociale, taxe sur les produits de consommations tels que l'alcool, le gasoil, le tabac. Face à la difficulté de rassembler des ressources internes par la fiscalité, la majorité des travailleurs n'exerçant pas dans le secteur formel, ces pays cherchent à récupérer des ressources en taxant des biens, comme les télécoms, fortement développés au sein de la population dans son ensemble. Il s'agit ainsi de rechercher une redistribution équitable en fonction des niveaux de consommation.

Les ménages doivent encore fortement contribuer

Au sein des mutuelles agréées dans le DECAM, le taux de cotisation par bénéficiaire par an est fixé à 3500 FCFA jusqu'au 5ème bénéficiaire (7000 en tout, la moitié est prise en charge par la subvention), 3000 au-delà. Les adhésions en groupe se basent sur une cotisation de 3000 FCFA. Le prépaiement de la santé permet certes de réduire les dépenses de santé, mais le financement de la santé, dans un tel système, **reste fortement financé par les ménages**. La prise en charge publique évolue par les subventions concernant les actes plus lourds que les soins primaires et les indigents, mais le partage du financement de la santé nécessite toujours de payer des sommes que les individus ne peuvent pas encore assumer en totalité. Avec des cotisations de 3500 FCFA par an et par bénéficiaire, soit environ 290 FCFA par mois, la cotisation augmente par rapport à plus de la moitié des mutuelles communautaires, qui proposent des cotisations égales ou inférieures à 200FCFA. D'autant que, d'après les études de l'ANSD (Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie), l'indice des prix de la santé ne cesse de progresser au Sénégal depuis 2008. Il sera important dans ce cadre de bien fixer les frontières entre les indigents, les groupes vulnérables, les groupes avec la capacité de cotiser. Une meilleure compréhension sociale de ces statuts pourrait passer par les mutuelles de santé et leur gestion de proximité. Mais, de par le fort taux de pauvreté au sein de la population, les autres postes de dépenses, les actes de réciprocité, la participation à d'autres structures, il ne faut pas sous-estimer le nombre de personnes qui ne peuvent, en réalité, assumer leur cotisation, et deviennent ainsi pour beaucoup des perdus de vue. Le système mis en place devra faire ses preuves dans les années à venir en ce qui concerne la viabilité financière des mutuelles. Toutefois, une meilleure répartition des ressources selon les revenus des individus pourrait être intéressante, bien que très complexe à mettre en place. Il serait intéressant de penser à des schémas adaptés à la structure de la population et pouvant répondre à ce besoin de légitimité exprimé au sein des membres des mutuelles de santé.

4. Perspectives de ces enseignements sur le système de santé sénégalais

Dans l'optique de l'approche *Realist (*Pawson et al., 2004 ; Ridde et al., 2012) (cf. Chapitre 2, section 3), les analyses précédentes ont cherché à montrer pourquoi des politiques, des initiatives ont des effets différents ou identiques dans des contextes divers. C'est pourquoi l'une des perspectives les plus importantes de ce travail est de penser un modèle de santé réellement adapté à la situation du pays, trouvant une légitimité au niveau national et à l'échelle locale, établissant des liens entre les diverses échelles. Si des pratiques peuvent être partagées entre les divers modèles de développement, adaptées depuis des contextes extérieurs, elles ne doivent pas être imposées avec les idéologies qui les accompagnent. Les pays doivent ainsi mettre en place des modèles de santé propres, cohérents entre les divers modes de financement, dans une approche systémique, ce qui nous amènera à réfléchir à propos de l'universalité de la mutualité, de l'opposition entre obligation et volontariat, entre gratuité et prépaiement. Les politiques devraient être réfléchies en termes d'inégalités sociales de santé et le rôle des divers acteurs doit être repensé dans le cadre de la santé communautaire. Pour appréhender ces problématiques, nous revenons tout d'abord sur des débats qui nous semblent essentiels dans la mesure où ils sont vifs à l'heure actuelle et divisent les acteurs de la santé. Ces débats proviennent de la littérature étudiée ainsi que des éléments que nous avons recueillis sur le terrain et qui sont revenus de manière récurrente dans les entretiens : l'universalité du modèle des mutuelles de santé promues au Sénégal et dans les autres pays africains ; la règle du volontariat dans l'adhésion aux mutuelles de Santé au Sénégal, face à l'obligation qui se met en place dans d'autres pays ; la question de la gratuité des soins, fondamentale dans la mesure où nous avons vu que les capacités réelles des ménages à contribuer sont faibles. Nous essayons ensuite de comprendre comment repenser la santé communautaire afin de donner un rôle légitime aux mutuelles de santé et à l'État dans la transition du système de santé, de promouvoir une participation effective de la population à travers les mutuelles, et d'amorcer des approches globales pour agir sur les déterminants sociaux de la santé.

4.1. Des débats nombreux sur la forme du système de santé

4.1.1. Les mutuelles, modèle universel ou relatif ?

Plusieurs acteurs de la coopération internationale, les gouvernements d'Afrique de l'Ouest et centrale et parfois les mutualistes eux-mêmes considèrent la mutualité comme un outil universel pouvant permettre d'habituer les populations à la prévoyance. Or la convention mutualiste étudiée est propre à la société sénégalaise. L'adhésion volontaire n'est pas la base dans tous les pays d'Afrique de l'Ouest et centrale. Au Sénégal même, la convention est étirée entre des

mutuelles communautaires et des mutuelles de grande envergure qui ne mettent pas en avant les mêmes valeurs et les mêmes facteurs de réussite. La mutuelle est, à notre sens, loin d'être un modèle universel, contrairement à l'image véhiculée par les recommandations internationales à travers la microassurance ou la microfinance. **Par leur principe démocratique, leur capacité à évoluer avec une gestion collective, ici de la santé, les mutuelles sont profondément relatives.** C'est pourquoi les mutuelles doivent être positionnées dans chaque contexte, local et national.

Des principes universels mais une forme contextualisée

La perception des populations devrait être l'un des piliers de la mise en place des mutuelles de santé, comme des autres initiatives en ce qui concerne les systèmes de santé et les politiques de développement. Cette perception ne doit pas être modifiée dans la transformation vers un idéal de développement mais au contraire être prise en compte afin de construire un développement propre. L'universalité des méthodes assurantielles peut également être remise en cause, face à ses échecs dans certains contextes. Les divers modèles sont relatifs car situés socialement, géographiquement, etc.

Certains principes, en revanche, propres à la mutualité, peuvent rencontrer une certaine universalité dans le mouvement plus général de l'ESS, en Afrique de l'Ouest et centrale comme ailleurs. Si le pôle assurantiel tend, théoriquement, vers le cadre standard étendu, le pôle mutualiste tend, à travers l'ESS, vers une économie alternative, vers une manière différente, selon les contextes, de produire, redistribuer, centraliser, de combiner les divers principes d'intégration économique. Mais ces principes généraux se couplent à des valeurs spécifiques, à des systèmes de représentations du monde différentes selon les communautés et au sein même de ces communautés.

Malgré les divers avantages présentés par les divers acteurs, particulièrement grâce à la proximité des mutuelles de santé, de nombreuses difficultés existent en pratique, notamment dans l'appropriation de telles structures selon les territoires et les communautés. Cela se ressent dans la dynamique mutualiste qui a eu lieu jusqu'à présent, d'après nos observations. Malgré de nombreuses initiatives, les mutuelles fonctionnelles, bien que les expériences mutualistes existent depuis maintenant plus de 20 ans, sont peu nombreuses. La participation à une mutuelle nécessite de prendre l'habitude de la cotisation, de la prévoyance. Les études préliminaires partent du constat que si les populations peuvent payer certains frais, notamment les enterrements ou les mariages, elles peuvent payer une cotisation à une mutuelle de santé. D'autant que la solidarité

entre proches est forte dans la société sénégalaise en cas de maladie, chacun apporte une contribution pour permettre à la personne de payer les soins.

Des expériences situées

Les mutuelles sénégalaises étaient au départ des expériences situées, ciblant des communautés spécifiques, puis se sont diffusées sur l'ensemble du territoire pour devenir l'un des piliers de l'extension de la couverture maladie à l'ensemble des sénégalais. **Mais cette généralisation de la forme mutualiste telle qu'elle est appliquée par les politiques actuelles connaît de nombreuses difficultés d'appropriation selon les territoires, les groupes sociaux, les revenus, etc.** L'impact ne sera pas le même sur l'ensemble du territoire, affectant également la cohésion sociale entre les divers groupes. Cet exemple concernant les mutuelles communautaires se retrouve dans les autres politiques menées pour améliorer l'accès aux soins de santé. Les extraits d'entretiens présentés dans l'encadré suivant appuient le fait qu'il n'existe pas de modèle « clé en main ».

Encadré 46 : Pas de modèle clé en main

Le coordinateur du GRAIM comparait les mutuelles de Fandène et de Lalane à d'autres territoires : « *Fandène, Lalane c'est la base sociale. Tu pouvais t'intéresser aussi à l'aspect entre localités. Pourquoi la mutuelle réussit autour de Thiès, au niveau de certaines communautés, et cela semble difficile ailleurs ? Nous on a vécu ça. Autour d'ici, on a pu avoir des mutuelles qui ont plus de 15 ans d'existence. Quand on va plus vers l'intérieur, on a des problèmes pour monter des mutuelles qui marchent. Parce que ces communautés ont une autre manière de vivre, n'ont jamais connu la contribution. On en était même allé jusqu'à voir que les mutuelles autour de l'église étaient plus fonctionnelles que les autres parce que peut-être que les communautés chrétiennes ont très tôt été habituées à la cotisation. La quête à la messe, tu as vu. La santé il faut payer, la scolarisation des enfants dans le privé catholique, il faut payer, il faut payer l'eau. C'est des gens qui ont depuis longtemps ce qu'il faut, font des efforts financiers pour accéder à beaucoup de service […] Ailleurs tu vas, c'est le gouvernement qui a mis le forage, construit l'école, c'est tel partenaire qui a fait tel. Alors ces gens-là si tu leurs amènes un système où il faut contribuer, on va te dire on n'a jamais vu ça, on n'a pas l'habitude, on n'a pas cette culture. Cette culture joue aussi. Malheureusement aujourd'hui le montage qu'on est en train de faire, on ne tient plus compte de ces réalités là et ça peut nous rattraper plus tard. Il est fondamental de construire une culture pour le long terme* ». Il précise : « *aujourd'hui tu vois la nouvelle politique qui s'est généralisée ne donne plus une ouverture vers d'autres formes, on sera obligés de nous conformer à ce qui est là, et on verra en tout cas.* »

Pour un économiste à la DGPSN, il n'y a « *pas de modèle clé en main. Même pour la mutuelle, c'est une erreur de mettre clé en main. Dans toutes les mutuelles qui marchent aujourd'hui, ce sont des*

mutuelles où la cotisation est contournée, soit par des retraits à la source, ou bien en nature, avec la force de travail. C'est un système à vase clos, il y a une forte adhésion communautaire, même si tu veux pas toi, tu es obligé de venir participer. Alors qu'en milieu urbain, c'est pas aussi homogène, ce sont ilots de solidarité. Les gens qui viennent de Saint-Louis, pour des fêtes de familles entre eux, ils s'entraident entre eux, ils ont des mécanismes de solidarité, mais vu de façon macro, c'est pas aussi important que les gens le disent, « la solidarité africaine ». Solidarité ne rime pas forcément avec pauvreté. Pour partager, il faut déjà avoir quelque chose. Par exemple, le milieu péri-urbain comme à Pikine, y a des groupements de femmes, mais derrière il y a d'autres choses qui les lient. Petits financements, les gens viennent pour avoir de l'argent. Et on parle de la mutuelle, et comme la voisine est à la mutuelle tu viens. Mais c'est difficile d'avoir la moitié du groupement dans la mutuelle. A Fandène, l'avantage, c'est que les familles sont élevées dans cette culture, pas la même chose qu'une mutuelle en ville. Dans le village, si le chef de village est dedans, tout le monde vient. Fandène, il y a même le christianisme derrière, l'église, puis Saint Jean de Dieu, on leur faisait des facilités. Ce sont pas des facteurs qu'on peut dupliquer à volonté. »

Source : présentation par l'auteur sur la base des entretiens effectués en février 2015 à Thiès auprès d'André Wade (Coordinateur du GRAIM) et en février 2015 à Dakar auprès d'Ousseynou Diop (Économiste à la DGPSN).

Cette diversité est liée au fait qu'il n'y a pas de modèle standard en mutualité, comme nous le proposions à travers notre grille d'analyse de l'ESS. Ce qui marche parfaitement à Thiès, du fait d'une implication forte des institutions religieuses et de l'existence d'un hôpital promoteur qui appuie et encadre les mutuelles, peut ne pas fonctionner dans une autre localité. Le bon ou mauvais fonctionnement d'une mutuelle est fonction de la maîtrise qu'on a des paramètres socioculturels, financiers et sanitaires et ceux-ci ne sont appréciables qu'après quelques années de fonctionnement. Si certaines mutuelles de santé ont réussi à se maintenir et aujourd'hui à servir de modèle à plusieurs égards, d'autres n'ont pas résisté aux assauts, notamment, de leur environnement. La mutuelle doit dépendre à la fois de la vision de ses membres, des besoins à couvrir et de son environnement (Cheikh Vilane, 2006).

La littérature, comme nous l'avons vu, est de plus en plus abondante en ce qui concerne les mutuelles de santé et les systèmes de microassurance. Mais elle concerne principalement les aspects opérationnels ou les problématiques de la volonté d'adhésion et de la fidélisation des membres. Les auteurs, au sein de cette littérature, se demandent comment améliorer le système mutualiste, comment l'adapter aux divers contextes et réseaux sociaux dans lesquels il s'inscrit. Mais peu de travaux abordent la perception de la mutualité par les populations, les difficultés de créer et maintenir une identité commune, ce qui revient à se demander « les mutuelles, dans la

convention actuelle, sont-elles vraiment le meilleur système de mise en commun des ressources ? ».

4.1.2. L'obligation

La caractéristique volontaire de l'adhésion au système sénégalais est fortement remise en cause, à l'intérieur comme à l'extérieur du pays. La vision de l'OMS clive obligation et volontariat selon la forme du modèle de santé. Dans le rapport sur la santé dans le monde 2010, il est dit que « *les pays qui se sont le plus rapprochés de la couverture universelle de la santé rendent obligatoires les contributions des personnes qui peuvent se permettre de payer, par l'imposition et/ou les cotisations d'assurance […] Les régimes volontaires, comme l'assurance maladie participative ou la micro-assurance, peuvent encore jouer un rôle utile lorsque les sources obligatoires ne fournissent que des niveaux minimes de prépaiement.* » (OMS, 2010, p44) : aux mutuelles le volontariat, à l'assurance l'obligation. Dans sa synthèse menée sur plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest et centrale, Atim (2000) indiquait que peu de mutuelles à adhésion volontaires réussissaient à obtenir de forts taux de pénétration (excepté deux mutuelles dont la population ciblée était petite et fortement soudée). En 2006, Dussault, Fournier et Letourmy expliquaient que, pour que la couverture maladie puisse prendre de l'ampleur, le processus est bien long en se basant sur des adhésions volontaires. D'autres auteurs sont plus nuancés. Waelkens et Criel (2004) s'interrogeaient sur l'insistance à propos du caractère volontaire de l'adhésion aux mutuelles de santé, en comparaison avec les systèmes européens. En 2005, Letourmy et Pavy-Letourmy concluaient que malgré les difficultés posées par le volontariat, il était nécessaire pour faire accepter le mécanisme propre aux mutuelles de santé. Peut-on appliquer cette obligation aux mutuelles sénégalaises ?

Les avis divergent concernant le débat entre l'obligation et l'adhésion volontaire, comme nous le montrons dans l'encadré suivant, à travers divers extraits d'entretiens portant sur cette question transversale à nos diverses études.

Encadré 47 : Les divers points de vue sur l'obligation

Plusieurs acteurs refusent tout net l'adhésion obligatoire aux mutuelles de santé. Ainsi, le président de la mutuelle Goxu Mbathie, à Saint-Louis, nous disait que « *l'obligation n'est pas possible pour les mutuelles communautaires. L'adhésion était obligatoire pour les volontaires de l'État, avec un prélèvement à la source, mais cela tue la démocratie. Les volontaires deviennent tutélaires.* »

Un socioéconomiste, spécialité dans les coopératives agricoles, maintenant un discours commun pour les coopératives, les mutuelles, les acteurs de l'ESS : « *Il faut donc conserver la liberté totale*

pour les mutuelles. L'obligation doit se situer ensuite dans les devoirs. »
A l'inverse, d'autres acteurs promeuvent l'obligation. Le gérant de la mutuelle et comptable de l'hôpital Saint Jean de Dieu estimait que « *l'obligation serait une bonne chose, le volontariat est un gros problème.* »
Même si « *une situation d'obligation permettrait très sincèrement de réaliser une bonne pénétration de la cible* », même avec un système accessible, « *il y aura toujours des exclus* » regrette la coordinatrice de la MS-PAMECAS.
Pour plusieurs membres de la PAMECAS, « *l'obligation serait normale* », « *ça serait dans leur intérêt de nos compatriotes de rendre obligatoire*».
Un économiste de la santé à l'OMS était fortement en faveur d'une obligation, car les gens arbitrent leurs postes de dépenses. « *Or le non obligatoire du tout [mutuelle] se retrouve tout à la fin de la hiérarchie, quand il n'y a plus d'argent. Tant que le consommateur arbitre, avec la nourriture par exemple, ça ne marchera pas. Il classe ses obligations. L'approche mutualiste est volontaire. On sait tout prendre chez les français sauf ce qu'ils réussissent. Les français sont très bons en couverture santé. On perd de vue que les mutuelles sont complémentaires mais que la base est obligatoire. C'est le volontariat contre les priorités. Ici, quand on parle d'obligation, elle n'est pas que légale, elle est sociale. Le social est supérieur au légal. Les « grands intellectuels » de maintenant (le ministère) ont découvert récemment le règlement de l'UEMOA, et le ressassent maintenant. Ce règlement porte en lui-même les germes du non développement des mutuelles car il consacre le volontariat.* »

Source : présentation par l'auteur sur la base des entretiens effectués en septembre 2013 à Saint Louis auprès de Lamine Mbaye (Président de la mutuelle Goxu-Mbathie), en septembre 2013 à Dakar auprès de Yatma Sylla (Socioéconomiste, conseiller au Ministère de l'Agriculture), en février 2015 à Thiès auprès de Bertin Ndione (Gérant de la mutuelle de l'hôpital Saint Jean de Dieu), en juin 2014, auprès de Khady Fall Diop (Coordinatrice de la MS-PAMECAS), Massamba Sambe (Chargé du suivi/évaluation pour la MS-PAMECAS), Mamadou Diack (Gestionnaire de la MS-PAMECAS), auprès des membres de la caisse rurale de Yenne (MS-PAMECAS), et en septembre 2013 à Dakar auprès de Farba Lamine Sall (Économiste de la santé à l'OMS).

Les personnes impliquées dans les mutuelles communautaires ou dans d'autres structures de l'ESS mettent en avant l'adhésion volontaire comme garantie de la démocratie au sein des mutuelles. A l'inverse, au sein de la PAMECAS, nombre de membres interrogés seraient pour une obligation (17 membres sur les 26 interrogés dans les trois caisses), à condition que les personnes qui ne peuvent cotiser soient accompagnées par l'État. Ces membres, bien intégrés dans le schéma de protection de la santé de la PAMECAS, y voient directement l'intérêt. D'autres mettent en avant une meilleure information afin de faire venir du monde dans les mutuelles de santé, sans passer par l'obligation. De par le côté volontaire de l'adhésion, les garanties très basses proposées et le fait que la population ciblée soit très hétérogène, les personnes avec des revenus plus élevés mais qui ne sont pas soumis aux régimes obligatoires peuvent préférer se diriger vers les assurances privées ou le paiement direct dans des structures de bonne qualité. La solidarité au sein des mutuelles communautaires se fait surtout entre des personnes ayant des revenus bas. Ceci

accentue les difficultés de cohésion sociale dans la transition de ce système de santé par des inégalités qui se pérennisent.

Mais, mettre en place une obligation nécessiterait des financements bien plus forts de la part des pouvoirs publics : dans la mesure où les membres des mutuelles seront bien plus nombreux ; parce que de nombreuses personnes, qui ne sont pas comptabilisées comme indigentes -d'autant que la définition de ce terme est encore en question- ont également besoin de soutien afin d'assumer les cotisations. Le passage à une obligation, comme dans certains pays, marquerait en fait le pas vers la **transformation de la mutualité vers l'assurance sociale**. En passant par une obligation, **la volonté des individus de s'intégrer dans un schéma de réciprocité se retrouve moins importante que dans le schéma du volontariat**. L'obligation serait alors une étape vers une dépersonnalisation des échanges. Les études cherchant à expliquer la volonté d'adhérer ou non à une mutuelle à une mutuelle n'auraient plus lieu d'être. Les individus pourraient toujours chercher à donner du sens à leur adhésion, la démocratie et l'intégration à la réciprocité pourraient s'exercer a posteriori. Mais une large dimension du processus de création de liens serait alors mise de côté. La redistribution serait largement mise en avant par rapport à la réciprocité. Toutefois le modèle d'évaluation resterait centré, pour les individus, sur la cité civique, en mettant en avant le bien commun et la solidarité.

4.1.3. La gratuité

Une étude de Robert et Ridde (2013) faisait la synthèse des documents produits par les acteurs de la santé mondiale. Un peu plus de la moitié d'entre eux sont en faveur de la gratuité, mais si celle-ci est sélective, dans certains cas où cette gratuité peut se révéler positive (femmes enceintes enfants, soins primaires, indigents, etc.). Un consensus se développe sur l'inefficience et l'iniquité de la gratuité afin de financer un système de santé de manière plus globale (McKinnon, Harper, Kaufman, 2015). A tel point qu'en 2013, deux chercheurs, Manuella De Allegri et Isidore Sieleunou, en assistant au Forum organisé par la Coopération allemande sur la protection sociale de la santé, ont été surpris par le fait que l'exemption de paiement des soins n'a pas été du tout discutée[132]. L'extrait d'entretien présenté dans l'encadré suivant souligne cette opposition forte à la gratuité.

[132] Interview disponible à cette adresse : *http://www.healthfinancingafrica.org/home/the-way-to-universal-health-coverage-ideas-beyond-the-dominant-paradigm* (consulté le 13/01/2015).

Encadré 48 : Mettre en avant la gratuité pour se rapprocher des préoccupations des populations

« *Au niveau des associations d'économistes de la santé, encore beaucoup sont totalement opposés à la gratuité des soins. C'est inquiétant, ils considèrent par principe que les gens doivent payer* » regrettait un anthropologue de l'IRD. « *Ils sont loin des préoccupation des patients, des familles, c'est une vision technocratique* ».

Source : présentation par l'auteur sur la base de l'entretien effectué en septembre 2013 à Dakar auprès de Bernard Taverne (Anthropologue à l'IRD).

Cette opposition met en effet de côté une problématique fondamentale qui concerne les mutuelles de santé : **malgré la faiblesse des cotisations, de nombreuses personnes ne peuvent les assumer pour l'ensemble de leur famille**. A cela s'ajoute les tickets modérateurs, et d'autres éléments tels que le transport vers les structures de soins. Si la gratuité présente des défis techniques et financiers importants, elle ne peut être occultée à la vue des réalités économiques et sociales de la société sénégalaise. Le décloisonnement des divers programmes trouverait aussi un rôle important dans ce cadre, afin de mettre en place des passerelles entre les divers budgets et entre les divers régimes de couverture maladie.

Au sein des initiatives de gratuité au Sénégal, les budgets comme le nombre de personnes couvertes varient de manière importante. Mouvement initié en premier lieu par les pays eux-mêmes, la gratuité peut prendre des formes variées, adaptées au contexte économique, social et politique du pays. Au Libéria, un paquet de soins de base est offert à toute la population pour la durée de la politique nationale de santé. Plusieurs pays optent pour la gratuité concernant des populations ciblées, notamment la mère et l'enfant. Les annulations de dette ont pu motiver le développement de ces politiques, en libérant des fonds. **Mais si la pauvreté est à l'origine de leur impulsion, elle constitue aussi une faiblesse pour leur mise en place** (Cholet, 2011). En plus d'une origine nationale, les influences internationales sont importantes. Ces politiques ont besoin de l'appui financier des bailleurs de fonds internationaux. Ces derniers, par le biais de l'aide accordée, guident le ciblage des populations sur le terrain. Les fonds de gratuité, pris en charge en totalité par l'État sénégalais, sont destinés aux populations vulnérables pour lutter contre l'exclusion et la pauvreté, tournant principalement autour de la santé de la mère et de l'enfant. Les césariennes et accouchements, les traitements contre le Sida, les transfusions de sang, les évacuations sanitaires, les antituberculeux et les vaccins des enfants de 0 à 11 moins contre plusieurs maladies infectieuses sont des actes gratuits. D'autres programmes existent, comme la distribution de moustiquaires, en partie remboursés[43], pour lutter contre le paludisme. Ces actes de gratuité sont ciblés, et touchent les OMD, à travers la santé de la mère et l'enfant, et la lutte contre le VIH/sida ou le paludisme par exemple.

Le plan Sésame : une politique de gratuité mal exploitée

L'exemple emblématique de l'extension de la couverture minimale à toute une partie de la population s'exprime avec le plan Sésame. Ainsi, dans le discours à la nation d'avril 2006, le Président Abdoulaye Wade déclarait sa volonté de mettre en place le plan Sésame pour les personnes âgées. Le 1er septembre 2006 voit la naissance du plan, permettant à toutes personnes de 60 ans ou plus, ne possédant aucune couverture médicale, d'accéder gratuitement aux services de santé (quel que soit l'échelon dans la pyramide sanitaire[44]) pour les consultations, l'hospitalisation, les médicaments essentiels, les analyses biologiques et la radiographie[45]. Mais, selon une étude de la Commission de supervision et régulation des institutions de sécurité sociale (COSRISS) menée en 2010, les ruptures de stock posent de nombreux problèmes, et aboutissent à une non application de la gratuité pour les consultations, les soins et surtout les médicaments (IDEA/COSRISS, 2010). Les maladies chroniques sont importantes (telles que le diabète), et ne sont pas prises en charge par le plan Sésame. Des problèmes financiers, de manques de moyens se posent, découlant d'une insuffisance d'études préalables. Le budget prévisionnel de 500 millions de FCFA a été dépassé, le préfinancement des hôpitaux ne suffit pas, les critères d'éligibilité ne sont pas fixés, accumulant ainsi les dispositifs pour plus nantis ou les retraités touchant une pension. La prise en charge du plan est lourde. L'offre en soins gérontologiques (matériel, personnel, formation, etc.) est insuffisante. Le manque de communication envers la population, les structures, et les collectivités locales entraîne le non-respect de certaines procédures, comme la nécessité de prendre en compte la hiérarchie de la pyramide sanitaire. Les retards dans les remboursements pour les postes et centres de santé sont courants, et le préfinancement des hôpitaux complique toute procédure de contrôle de la qualité de la prestation ou même de la satisfaction du bénéficiaire (Martin, Darboe, Gueye et al., 2010). Le Sésame, basé sur un mécanisme centralisé au niveau des remboursements, a débouché sur un décalage fort entre la politique et son application sur le terrain et s'est ainsi révélé peu contrôlable (Ciss, Vinard, Diop, Taverne, 2013).

La gratuité est souvent présentée de manière néfaste, entraînant la surconsommation, des problèmes de financements (Yao, 2006). Les politiques de gratuité, impulsées dans la plupart des cas par la Présidence (comme c'est le cas pour le plan Sésame décrété par le président Abdoulaye Wade), laisse **peu de place au dialogue** avec les bénéficiaires ou le personnel de santé, compliquant la prise en charge par la suite au niveau local (Cholet, 2011). **Contrepartie du succès, le personnel peut vite se retrouver débordé par l'afflux de bénéficiaires**. Les ruptures de stock qui en découlent peuvent amener au développement d'un secteur informel du médicament en compensation. Les personnes ciblées doivent ainsi, après l'instauration de la gratuité, toujours prendre en charge les médicaments. L'expérience du plan Sésame illustre la

volonté nationale d'étendre l'assurance maladie sans que celle-ci en ait la capacité. En effet, en offrant les soins en une fois à toute la population ciblée au lieu de le faire progressivement, les structures de la santé n'ont pu gérer un tel flux de patients (Baumann, 2010). Cette avancée rapide du côté de l'accès à la protection de la maladie n'a pas été accompagnée d'une même avancée dans celui de l'offre de la santé. Ainsi la prise en charge des indigents à travers les mutuelles de santé va demander un processus long pour aboutir à un système pérenne, sous peine de rencontrer des difficultés similaires à celles que rencontrent les autres mesures d'abolition du paiement direct ou du prépaiement.

Une question nécessaire

La gratuité semble prise dans divers mouvements à des niveaux différents :

- un niveau idéologique, de justice sociale, à l'échelle internationale, dans la mesure où le rôle de l'État est de s'occuper des plus pauvres

- un niveau politique, dans la mesure où les mesures de gratuité sont intégrées dans les conflits politiques du pays, de la recherche de légitimité des gouvernements

- un niveau technique, avec des difficultés de mise en place.

Pourtant la gratuité peut être plus que cela. Avec des budgets adaptés et une organisation renforcée, mieux contrôlée, menée de manière systémique avec les autres acteurs, mener ces politiques serait possible. Alors que le paiement direct engendre un rationnement des soins, son abolition va amener des besoins supplémentaires, tout comme dans le cas de l'obligation : efforts budgétaires, compenser la perte de revenus des établissements de santé, améliorer les ressources humaines pour éviter la surcharge des personnels, la baisse de la qualité des soins, des liens avec les patients, améliorer le ciblage des indigents et des personnes vulnérables, établir de meilleurs liens avec les comités de gestion et de santé, prendre en compte les déterminants sociaux de la santé (Ridde, 2012). **Face aux difficultés de nombreuses familles à assumer les cotisations et les tickets modérateurs des mutuelles, le débat concernant la gratuité est important pour la mutualité également et l'ensemble du système de santé**. Dans le contexte de la CMU, l'opportunité pourrait être de passer d'une « *logique de ciblage d'indigents à une logique de ciblage d'un paquet de base pour tous* », afin d'atteindre une couverture universelle qui met en avant la défense du droit à la santé (Ciss et al., 2013, p 33).

4.2. Repenser la santé communautaire

Repenser la santé communautaire nécessite deux questionnements principaux : pourquoi et comment prendre en compte les déterminants, les inégalités sociales de santé ; le rôle des acteurs afin d'appuyer une participation réelle de l'échelon de la communauté dans les politiques de santé.

4.2.1. Repenser les inégalités sociales de santé

Les individus sont situés, socialement, géographiquement. Les impacts des politiques diffèrent ainsi selon leur situation, la manière dont les individus s'approprient les politiques diverge selon leur appartenance à tel ou tel groupe social. Or les politiques menées et les recommandations internationales ne prennent pas en compte cette différentiation selon la situation des individus, l'évaluation se fait de manière globale. Ainsi les politiques de santé au Sénégal ne peuvent avoir le même impact en milieu urbain ou en milieu rural : établir des mutuelles ne permettra pas la même appropriation de ses règles selon les populations ; les politiques de gratuité nationales ne peuvent avoir le même impact ; les politiques préventives, de promotion de la santé, sont touchées par de fortes inégalités d'éducation, de réseau social, de compétences. **Il est donc important de situer l'ensemble des inégalités sociales de santé avant de mettre en place des politiques globales, communes à l'ensemble des individus et des territoires.** Une application de la participation, non seulement économique mais démocratique, permettrait de faire le lien entre les politiques, les cultures locales, les inégalités sociales, prendrait en compte la parole des divers groupes sociaux et permettrait de diriger les politiques menées pour aboutir à un modèle de santé accepté par tous. D'où l'importance, comme nous le disions dans la section 2.2., du rôle des autres associations, afin de mener une approche globale sur les déterminants intermédiaires de la santé, et de celui de l'État, en ce qui concerne les déterminants structurels.

L'approche par la Promotion de la santé, à laquelle les pays membres de l'OMS en Afrique ont souscrit, se fonde sur les déterminants sociaux de la santé. La Charte d'Ottawa (1986), qui définit les stratégies de la Promotion de la santé, insiste sur le processus de participation communautaire des populations. La lutte contre les inégalités sociales de santé se destine à permettre aux populations de mieux s'approprier les divers politiques menées. Toutefois les mécanismes de valorisation de la Promotion de la santé manquent, les acteurs concernés continuent de se concentrer sur l'information et la communication, les pressions exercées par les bailleurs de fonds internationaux négligent l'autonomisation des populations ciblées. Si l'OMS est l'un des acteurs qui promeut fortement la Promotion de la santé, ses capacités d'investissements

sont bien moins fortes que les institutions financières internationales (Houéto, Valentini, 2014). Les mutuelles de santé pourraient ainsi bien constituer ce maillon intermédiaire, afin de mieux appréhender les déterminants sociaux de la santé à un niveau local, de permettre une meilleure prise en compte des besoins et de la parole des populations ciblées. Mais dans le schéma actuel des divers acteurs de la santé, les mutuelles et les populations locales sont loin d'être réellement prises en compte dans les prises de décisions des politiques de santé. Si des tentatives ont été faites de considérer les déterminants sociaux de la santé, avec par exemple l'approche « Health in All Policies » (résultant de la Déclaration d'Alma-Ata et de la Charte d'Ottawa pour la Promotion de la Santé), la gestion, la comptabilité de chaque département au sein des pouvoirs publics se heurte à une nature plus diffuse de ces déterminants (Carey, Crammond, 2014). Les institutions gouvernementales ne conçoivent pas forcément les conséquences de leur travail sur la santé des populations, et, comme nous l'avons vu au Sénégal, la transition reste fortement cloisonnée entre les diverses institutions, au sein du système de santé comme en dehors. D'où la nécessité de concevoir une approche gouvernementale globale, au niveau local comme national, afin d'appréhender l'ensemble des déterminants sociaux de la santé (Carey, Crammond, Keast, 2014), et de lier des approches à la fois « top down » et « bottom up » pour appuyer cette approche globale et faire évoluer les politiques.

4.2.2. Repenser le rôle des acteurs dans un schéma plus horizontal

Un schéma « top-down » dominant à tous les échelons

Le schéma de domination est **fortement descendant** encore à l'heure actuelle, malgré la promotion de la santé communautaire. Les bailleurs de fonds, principalement les institutions financières internationales qui prennent ainsi le pas sur les Nations Unies, émettent des conditions aux aides accordées aux États d'Afrique de l'Ouest et centrale, se devant de s'y adapter afin de pouvoir mener des politiques de développement. La « course à l'action » des bailleurs de fonds internationaux, qui se doivent de dépenser leurs ressources selon certains délais, ne permet pas un alignement avec les besoins réels des pays et intensifie les difficultés afin de construire un processus ascendant entre les divers acteurs (Hunéo, Valentini, p19). Le niveau national s'ancre ensuite dans un processus « top down », agissant, par la décentralisation, sur l'évolution des mutuelles et sur le niveau des ménages.

Des ONG nationales et internationales agissent directement auprès des mutuelles, ce qui provoque des tensions entre leurs actions et la transition entamée par l'État, entre les idéologies qui se diffusent. Les bailleurs de fonds peuvent également agir directement auprès des mutuelles de santé et des initiatives locales, dans la mesure où l'argent manque au niveau local et national.

Les ménages et les mutuelles devraient avoir des liens de rétroaction, mais souvent la mutualité s'impose également dans un schéma descendant vers les ménages, dans une optique universaliste de la microassurance santé. Ce schéma empêche une participation des acteurs.

Contrairement à l'Amérique latine, où les études précédemment citées ont pris place, en Afrique de l'Ouest et centrale, les institutions démocratiques de proximité sont peu nombreuses, les États nationaux sont plus faibles et la coopération internationale bien plus présente. Dans l'approche fonctionnaliste de la « bonne gouvernance », l'État devient un prestataire de services, qui s'appuie sur des indicateurs pour juger de sa performance, y compris dans le domaine de la santé. La vision des acteurs promouvant la « bonne gouvernance » est individuée, instrumentale. Cette conception fonctionnaliste de l'État est partagée par divers acteurs, tels que la Banque Mondiale, et dans certaines communautés épistémiques (économistes de la santé). La « bonne gouvernance » est comprise comme un « *sens commun réformateur qui va s'adapter aux histoires et configurations nationales* » (Batifoulier, 2008, p 52). La diffusion du New Public Management se concentre sur l'efficacité comme but ultime de l'action, les autres dimensions, comme l'égalité, sont considérées comme secondaires (Jany-Catrice, 2012). D'où l'importance de la cité industrielle, de l'efficacité, de l'expertise, qui débouchent sur des « bonnes » pratiques. La vision de l'action collective est alors restreinte à l'interaction d'individus autonomes. L'individualisation à travers l'assurance santé marque cela. La conception de « biens communs », comme la santé à travers les mutuelles, est laissée de côté pour se concentrer sur les intérêts individuels des individus à cotiser et une solidarité financière. Le « tout » est ainsi considéré comme « la somme des parties ».

L'importance de la perception des acteurs à un niveau local

Les principales déficiences des systèmes de santé et des aides au développement tiennent dans le manque de prise en compte des perceptions, des comportements des populations, dans un contexte de forte vulnérabilité, qui débouche sur une mauvaise adaptation des mutuelles de santé, des pouvoirs publics, de la coopération internationale. Il s'agit de prendre en compte les diverses valeurs et visions des acteurs impliqués, y compris les ménages. « *C'est de la convergence de forces économiques et de créations institutionnelles que naissent les besoins auxquels sont censés répondre les systèmes de protection sociale et de soins* » (Mossé, Brunet-Jailly, 2005, p 167, cité par Boidin, 2014). Afin de construire des services adaptés, il convient ainsi d'analyser la perception des individus, les diverses visions des acteurs impliqués dans la santé, les rapports de force et les espaces de négociation entre eux. Mener un projet auprès d'une population ciblée nécessite de comprendre les dynamiques de pouvoir, la diversité culturelle, l'organisation de la société, fortement hiérarchique au Sénégal, les divers réseaux sociaux, etc., afin que celui-ci soit légitimité

et accepté. Plusieurs études ont montré le potentiel de la recherche participative basée sur la communauté[133] pour mieux appréhender les valeurs des individus, leur comportement, leurs croyances et pour avoir un meilleur impact sur les inégalités sociales de santé (Viswanathan et al., 2004 ; Israel et al., 2010 ; Trickett et al., 2011 ; Asad, Kay, 2015). Toutefois cette approche doit être prise avec précaution, et nécessite de bien connaître le contexte dans lequel les chercheurs ou les projets s'inscrivent. Les avantages sont divers : meilleure participation, validation externe accrue, freiner les pertes dans le suivi du processus, augmentation des capacités individuelles et de la communauté. Mais il est nécessaire de faire attention au biais de recrutement, c'est-à-dire en sélectionnant potentiellement un groupe de personnes très motivées qui ne sont en réalité pas représentatives de la population ciblée. Il faut donc comprendre les enjeux de pouvoir locaux et les diverses déterminants sociaux qui influent sur la capacité réelle de participer. La gouvernance locale, dans le cadre de la « bonne gouvernance », ne peut suffire à intégrer les populations locales, sans prendre en compte l'ensemble des éléments qui peuvent influer sur cette gouvernance locale.

L'ESS et le développement local s'inscrivent ainsi dans un rapport de force entre les divers acteurs autour de l'occupation de l'espace local et de l'utilisation des ressources. La dimension politique s'ajoute à la dimension économique, à travers des actions qui touchent aux droits économiques, sociaux, environnementaux des populations. Les deux fortes visions du développement, de l'ESS aux institutions financières internationales, s'affrontent ainsi, aboutissant à une composante conflictuelle du développement local (Favreau, Fréchette, 2003). Afin d'arriver à un développement co-construit, ces tensions doivent trouver des voies permettant un rapprochement entre les systèmes de représentation de chacun. « *Il s'agit de produire des voies de négociation entre le public et le privé, entre le national et le local* » (Arocena, 1999, p 55), de construire des zones de coopération, de négociation, des filières institutionnelles où ces tensions peuvent s'exprimer autour du développement local, de projets collectifs (Fall, Favreau, Larose, 2004).

Un manque fort de complémentarité institutionnelle

Contrairement à l'idée qu'il faut des « bonnes institutions », d'où le fait d'imposer certains modèles de développement, la complémentarité entre les diverses institutions devrait plutôt être

[133] En anglais, la « Community-based participatory research » (CBPR), est un processus collaboratif mis en place pour établir les structures nécessaires à la participation des populations affectées par la problématique étudiée, des représentants des organisations, des chercheurs. Ce processus implique un apprentissage collectif, des transferts réciproques d'expertise, un partage du pouvoir de décision, une propriété mutuelle du processus de recherche et de ses résultats. L'un des bénéfices les plus importants de cette approche est que les gains se construisent sur le long terme pour la communauté comme pour la recherche dans le domaine de la santé, alors que les activités de collection de données se placent plutôt dans le court-terme (Viswanathan et al., 2004).

recherchée, nous éloignant ainsi de la NEI pour nous ancrer dans une économie politique du développement. Le développement est multiple, il résulte d'un choix politique et entraîne des conflits de répartition (Lafaye de Micheaux, Mulot, Ould-Ahmed, 2007). Face à la primauté de la « bonne gouvernance » et du cadre institutionnel qu'elle entraîne, nous insistons sur **la pluralité des institutions actrices du développement. La coopération, les partenariats, devraient être repensés dans cet objectif**. Nous considérons que l'action publique provient d'un processus engageant des régimes de justifications divers, que les organisations, telles que les mutuelles, ne sont pas des « simples » assurances santé mais des espaces politiques qui font cohabiter des représentations du monde différentes. Nous rejoignons ainsi cette affirmation : « *Les PED [...] doivent créer les institutions adaptées à leur histoire et au degré de développement des marchés et des institutions qui existent déjà. Le changement institutionnel ressemble à un bricolage et ne peut être que pragmatique et politique et non technique et technocratique* » (Cartier-Bresson, 2010, p 121).

Dans le domaine de la santé, la « bonne gouvernance » diffuse depuis des années l'importance de « bonnes pratiques », considérées hors de tout contexte. Les « bonnes » institutions doivent encadre la création d'un « quasi-marché » de la santé. Ceci débouche sur l'absence d'approche systémique, avec des institutions qui restent fortement cloisonnées et hiérarchisées, sans penser à leur complémentarité en ce qui concerne la création d'un compromis social. Si le partage entre les mutuelles communautaires et l'État, au niveau de la prise en charge des divers niveaux de soins, est une complémentarité financière, les interactions entre les divers acteurs n'amènent pas une complémentarité institutionnelle leur permettant de se coordonner, d'être cohérents dans la transition du système de santé sénégalais. Entre les différentes formes de mutuelles, la complémentarité est également peu présente. Si des tentatives de coordination existent (cf. Chapitre 4, section 2), les problèmes se posent quant à leur représentation. Leur action n'est ainsi pas coordonnée sur le territoire sénégalais entre mutuelles de grande envergure et mutuelles communautaires, ce qui peut aboutir à des situations de concurrences.

Une mise en avant de la cité civique

Face à un individu « consommateur de soins », qui se doit d'être responsable, dans le cadre de la « bonne gouvernance » et de la marchandisation de la santé, nous opposons un statut de citoyen, qui, par l'intermédiaire des mutuelles de santé et de l'apprentissage collectif, peut être la base d'une action collective de citoyens conscientisés. Dans cette conception, le « tout » n'est plus la somme des parties, les individus sont situés et possèdent une vision constamment mouvante du bien commun (Jany-Catrice, 2012). L'article 8 de la Constitution sénégalaise précise : « *La République du Sénégal garantit à tous les citoyens les libertés individuelles fondamentales, les droits*

économiques et sociaux ainsi que les droits collectifs suivants : […] le droit à la santé, et à un environnement sain ». La citoyenneté sociale se base sur des droits sociaux (Esping-Andersen, 1990). Pourtant la majorité de la population est exclue de toute couverture et doit se prendre en charge par elle-même afin d'améliorer l'accès aux soins de santé. Les termes « *citoyen* », « *citoyenneté* » ont été régulièrement rencontrés dans les entretiens que nous avons menés auprès de mutualistes au Sénégal, compris comme le fait pour les personnes de s'impliquer dans l'organisation de la vie de tous les jours et de s'entraider. Selon les acteurs interrogés (que ce soit au sein des pouvoirs publics, de la coopération internationale, de la mutualité), la vision diffère entre des individus consommateurs d'un service, une assurance santé, et des individus citoyens, cherchant mettre en avant des manières de lutter contre les inégalités de santé par une réelle appropriation des politiques menées afin d'améliorer l'accès aux soins. **Ces deux tendances, entre l'amélioration d'un statut de consommateur de soins, destiné par la responsabilité à rendre le secteur de la santé plus efficace, et d'un statut de citoyen, pour lequel la santé est un droit fondamental**, coexistent à l'heure actuelle au Sénégal. Entre assurance et mutualité, la vision de l'acteur est différente, passive dans le premier cas, active dans le second. Mais pour cela, la mutualité doit être un processus approprié, construit par les populations, à travers un apprentissage collectif qui permet de légitimer et de faire évoluer la forme de la mutuelle de santé.

Nous assumons ainsi l'idée qu'une conception différente du développement, mettant en avant un processus ascendant depuis les ménages, tout en se combinant avec un partage d'expérience avec les échelons supérieurs, permettrait une co-construction des politiques qui seraient alors appropriées par tous et intégrés dans des dynamiques locales. **Ce processus ascendant ne peut se réaliser seul, du fait des nombreuses inégalités sociales qui limitent les capacités des individus à se projeter, à participer, à souhaiter vouloir faire évoluer le développement local**. Les institutions locales telles que les mutuelles de santé permettraient la construction d'un apprentissage collectif dans le but d'améliorer cette capacité à participer. D'un autre côté, des outils, des pratiques, qui proviennent de l'extérieur, afin d'améliorer la gestion de telles institutions, ne sont pas condamnables. Ils sont au contraire importants pour améliorer la viabilité des institutions locales. Ce qui est condamnable est de les imposer avec toute l'idéologie qui prévaut derrière ces « bonnes pratiques ». Il faut ainsi repenser la relation entre le local, le national et l'international, pour amener un partage entre des acteurs symétriques et non fortement hiérarchisés, vers une pluralité de développements.

La santé communautaire devrait ainsi être repensée dans la mesure où la participation, qui reste principalement financière, ne permet pas un réel essor de ces communautés. Pour reprendre notre grille de lecture, nous estimons que la réciprocité, dans la conception de la prise en charge de la santé, devrait être dominante par rapport aux autres types d'intégration

économique au sein des mutuelles communautaires de santé, pour aboutir à une action collective réfléchie, à un processus délibératif de l'évolution des politiques de santé. Dans le cas d'une réciprocité inégalitaire, les conditions ne semblent pas réunies pour engager un réel apprentissage collectif du processus démocratique, mais plutôt pour la mise en place d'assurances sociales de plus grande ampleur (comme avec les mutuelles nationales), contrairement à la réciprocité entre pairs ou à la réciprocité multilatérale que l'on retrouve au sein des mutuelles communautaires, avec plus ou moins de difficultés dans l'application de l'apprentissage collectif. Augmenter la taille des mutuelles communautaires rendrait ainsi complexe la rationalité multilatérale comme la rationalité entre pairs, alors qu'il est déjà complexe de créer des identités communes entre les membres au sein de ces mutuelles à l'heure actuelle (cf. chapitres 5, 6 ,7).

Les tensions sont fortes entre cité civique (démocratie) et cité industrielle (efficacité) au sein des mutuelles communautaires de santé sénégalaises. A l'heure actuelle le système de justification de la cité industrielle est dominant dans la transition du système de santé sénégalais comme ailleurs. Nous pensons qu'au contraire la cité civique devrait être mise en avant aux côtés de la cité domestique, pour aboutir à une transition acceptée par la population, légitime, permettant **l'encastrement des mutuelles de santé dans les réseaux sociaux**, les communautés, avec une finalité de réciprocité dans la prise en charge de la santé et de redistribution dans la manière de mettre en commun les ressources. Les mutuelles communautaires de santé pourraient être la passerelle entre un intérêt mutuel, au sein de la population ciblée, et l'intérêt général, en interaction avec l'État. Dans cette optique, les mutuelles, et plus généralement l'ESS et l'économie populaire, ne constituent pas une économie de la subsistance ou un palliatif des défaillances du marché, mais un projet politique, résultant d'une action collective entre des citoyens dont les valeurs, les systèmes de représentation, sont divers et évoluent dans le temps. Ce projet pourrait se concrétiser dans la mise en place d'une approche systémique, prenant en compte les différents niveaux des déterminants sociaux de la santé.

Conclusion du chapitre 7

Les deux scénarii principaux se détachent et se précisent :

- Les mutuelles sont transitoires. Ce sont des outils de microassurance permettant d'habituer les individus à la prévoyance. Dans ce cadre, la finalité est d'atteindre des systèmes de protection sociale s'inspirant des assurances sociales et des assurances privées. Le schéma descendant du développement y trouvera sa continuité. La dimension considérée est économique. La cité industrielle est mise en avant. La santé est traversée par les principes d'intégration économique de la redistribution et du marché.

- Les mutuelles sont destinées au long terme. Ce sont des processus permettant, à travers la prise en charge collective de la santé, aux populations d'acquérir la capacité de faire entendre leur voix dans le développement. Les mutuelles serviraient ainsi d'aiguillon aux politiques nationales. Les dimensions politiques et sociales sont considérées. Le schéma de développement est co-construit, à travers un schéma ascendant et le partage des expériences entre les divers échelons. Les cités civiques, traditionnelles sont mises en avant, à travers le principe économique de la réciprocité.

- Un troisième scénario pourrait être une évolution originale, combinant ces deux tendances, propre aux systèmes sénégalais et aux autres systèmes d'Afrique de l'Ouest et centrale, dans des formes que nous ne connaissons pas, ni à travers le cadre standard étendu, ni à travers l'ESS. La première option conserve une vision évolutionniste du développement vers des systèmes sous-tendus par les principes et les formes que nous connaissons dans les pays développés. La seconde option s'inspire fortement des formes de l'ESS qui pourtant trouvent de nombreuses résistances au niveau local, comme nous avons pu le voir au Sénégal. Une meilleure prise en compte des nombreuses initiatives informelles serait à l'origine d'une construction encore différente du développement.

Dans un contexte de transition, les mutuelles peinent à se positionner, auprès de leurs membres comme auprès de leurs acteurs externes, du fait de cette tension entre ces deux évolutions et les difficultés en conséquences sur le terrain. La mutualité sociale sénégalaise recoupe diverses réalités, avec une différence entre les mutuelles communautaires et les mutuelles de grande envergure. **Cette distinction montre le flou qui existe à l'heure actuelle concernant la mutualité (en Afrique de l'Ouest et centrale comme ailleurs) et son identité**, son détachement par rapport à l'assurance sociale ou commerciale. Afin d'aboutir à une réelle évolution du système de santé Sénégalais, les mutuelles comme les autres acteurs doivent se positionner les uns par rapport aux autres et non entretenir ce flou qui bloque ces dynamiques communautaires dans leur développement et dans leur maintien de leur principes ou non. Surtout, la perception des communautés ciblées, les dynamiques institutionnelles locales doivent être mieux analysées et intégrées dans les approches de développement de la santé pour tendre vers une troisième voie qui pourrait être la marque d'un modèle de protection sociale et de société résultant d'un long processus et non d'une urgence forte.

Conclusion générale

Nous estimions au début de notre travail que les mutuelles de santé au Sénégal, considérées comme des acteurs de l'ESS, pouvaient constituer une alternative aux couvertures traditionnelles, mais que les conditions n'étaient pas réunies pour permettre leur développement sur l'ensemble du territoire. Deux hypothèses avaient été posées dans la première partie, afin d'appuyer et de préciser nos trois hypothèses principales énoncées en introduction :

- **le manque d'adhésion aux mutuelles provient en partie de cette différence de vision entre la solidarité organisée au sein d'une mutuelle, s'inspirant de systèmes réussis dans les pays occidentaux, et la solidarité entre proches qui est la base au départ de la prise en charge des soins dans la société sénégalaise.**
- **les rapports de force, le poids des divers acteurs, influent fortement sur l'évolution du système de santé au Sénégal, ce qui complique la mise en place d'une approche systémique.**

Ces deux hypothèses ont été confirmées. En comparant les discours et en les liant aux situations que connaissent les mutuelles sur le terrain, à travers nos observations, nos études empiriques, nos entretiens, notre revue de la littérature, nous avons pu montrer l'importance d'une meilleure adaptation des mutuelles et de la couverture maladie en général aux divers contextes rencontrés sur le territoire sénégalais. Nous avons montré comment, et pourquoi, des expériences similaires ne peuvent fonctionner pour l'ensemble de la population. Le fait que la transition vers la CMU au Sénégal (et le cadre règlementaire de l'UEMOA) consacre le caractère volontaire de l'adhésion rend cette adaptation encore plus importante pour augmenter les taux de pénétration, dans la mesure où les populations doivent trouver un intérêt à adhérer. La communication, par l'ACMU comme par les mutuelles, est certes importantes, même si elle reste limitée. Mais elle n'est pas suffisante, elle devrait se coupler à des études permettant de mieux appréhender la perception des populations envers la CMU et les mutuelles.

Mettre en place ce type d'approche est difficilement réalisable dans un système fortement centralisé, mais la décentralisation telle qu'elle est réalisée présente aussi des problèmes d'adéquation avec les réalités. La mise en avant des compétences, de l'expertise locale, le rapprochement des organisations de proximité, la gestion collective locale de biens considérés comme communs, pourraient être des pistes intéressantes dans ce but. Les principales conclusions et perspectives sont ainsi détaillées à travers la nécessité d'une vision différente des mutuelles, qui dépasse la vision socioéconomique, la capacité des mutuelles à être des alternatives dans ce contexte de proximité, l'importance de se recentrer sur la cité civique et la cité domestique, le rassemblement entre les diverses initiatives populaires, le rôle de l'État et les perspectives pour l'Afrique.

Dépasser la vision uniquement socioéconomique des mutuelles

La vision dominante des mutuelles de santé africaine est celle de la microassurance, destinée aux personnes pauvres, vulnérables, mise en place dans le but d'habituer les individus à la prévoyance vers des systèmes d'assurances maladies plus larges. La « solidarité africaine », idéal souvent invoqué, doit devenir une solidarité financière, qui s'éloigne des schémas réels de réciprocité des populations africaines. « *Un grand nombre de sociétés africains vivent encore sur le mode de la réciprocité : « Je reçois, donc j'existe. Je donne, donc je suis respecté* » (Enda Graf Sahel, 1994, p 56). Avec la microassurance, la responsabilité sociale, à travers la réciprocité, est remplacée par la responsabilité individuelle, à travers un contrat individuel avec un assureur.

La littérature sur les mutuelles africaines se concentre principalement sur les déterminants d'adhésion et sur la manière d'améliorer leur viabilité financière et technique. A une vision socioéconomique seule, nous opposons une vision qui est aussi politique et socioculturelle. Dans la première, il s'agit de se demander comment aider les populations à s'adapter à cette forme de couverture maladie. La seconde vision, au contraire, consiste à se demander comment adapter la forme de la couverture maladie aux populations pour obtenir leur adhésion. Face aux voix dominantes, certains acteurs ont déjà insisté sur l'importance d'une meilleure prise en compte de la perception des populations, de la dangerosité de se baser sur des pratiques universelles alors que les contextes sont bien différents, de la nécessité pour les mutuelles de se baser sur l'impulsion des populations et non d'imposer des projets, comme nous l'avons vu au cours de notre argumentation.

Illustrons ceci par une étude récente menée au Burkina Faso, dans la communauté rurale de Poa : la mutuelle, tout en répondant à tous les objectifs socioéconomiques (campagnes de sensibilisation, formation des responsables, conventions avec les prestataires de soins, augmentation de la fréquentation de l'offre de soins, etc.), rencontre des difficultés pour le recouvrement des coûts, du fait des contraintes culturelles, de la difficulté d'appropriation de la mutualité. Si la faible capacité de la population ciblée à contribuer est une contrainte majeure, la raison n'est pas seulement économique : le fait de ne pas pouvoir honorer son engagement, dans une communauté restreinte où chacun est facilement identifiable, porte atteinte au prestige social. Les individus peuvent ainsi anticiper cette situation et décider directement de ne pas adhérer à la mutuelle (Toussiida Kagambega, 2014). Cet exemple éclaire la nécessité, comme nous l'avons montré dans notre travail, de compléter les indicateurs socioéconomiques par une réelle compréhension des logiques sociales et culturelles des populations.

Les mutuelles de santé sénégalaises constituent-elles réellement une alternative ?

Si globalement, les mutuelles peinent à se développer au Sénégal, certains modèles fonctionnent bel et bien. C'est le cas :

- De certaines mutuelles communautaires (GRAIM, REMUSAC, mais aussi d'autres, comme à Saint-Louis, à Diourbel, etc.), principalement basée sur des groupements, des communautés déjà existantes, qui ont su s'adapter à la population ciblée ou qui proviennent directement de l'impulsion de ces populations.
- De la MS-PAMECAS, qui se base sur une base d'adhérents déjà existante à travers la microfinance.
- De TransVie, qui se base sur une population professionnelle bien spécifique, qui a facilité la mise en place d'une assurance informatisée, fonctionnant sur des prélèvements sur les comptes en banque.

La mutualité au premier franc a ainsi fait ses preuves sous plusieurs formes relativement divergentes (cf. Chapitre 6), tendant tantôt vers l'assurance individualisée, tantôt vers l'ESS et la réciprocité. Il s'agit donc de bien réfléchir à l'adéquation entre la population et la forme de couverture dont elle bénéficie. La mutualité, dans le cadre des mutuelles de grande envergure, se rapproche de l'assurance sociale, elle constitue une adaptation de ce type d'assurance à la forme mutualiste, avec une assemblée générale, un bureau, etc. Les mutuelles communautaires sont elles aussi basées sur les techniques assurantielles, en suivant la convention mutualiste, mais conservent des principes plus forts d'égalité, de réciprocité, de solidarité collective. Un projet de société, se basant sur la réciprocité, y est mis en avant.

Mais les mutuelles communautaires sont loin d'être homogènes. De plus, le développement du DECAM risque de favoriser une approche socioéconomique seule, basée sur des mutuelles uniformes sur l'ensemble du territoire, d'après la convention mutualiste, laissant de côté la perception des populations, l'importance de processus participatifs réels et non seulement financiers, et tout projet de société. Si les mutuelles peuvent fonctionner dans certains contextes, l'expérience montre que c'est loin d'être le cas sur l'ensemble du territoire, malgré les nombreuses initiatives qui se sont accumulées. Les mutuelles communautaires connaissent ainsi deux difficultés principales :

- **Les inégalités sociales de santé, qu'elles ne peuvent régler à elles seules, qui influent sur la volonté d'adhésion comme sur l'état de santé, même si les populations sont prêtes à adhérer à ce système de couverture.**

- **La diffusion de la convention mutualiste, qui ne fonctionne pas universellement.**

Il semble ainsi nécessaire d'accepter une certaine dispersion de la forme des mutuelles (entre mutuelles de grande envergure et communautaires, mais aussi entre mutuelles communautaires) qui serait le résultat d'une meilleure adaptation aux populations ciblées. Plusieurs principes caractérisent les mutuelles depuis le 19ème siècle : solidarité (entraide entre les membres), liberté d'adhésion (la cotisation symbolise l'adhésion volontaire, qui permet de considérer les membres comme des co-intéressés, et non comme des clients), démocratie (les orientations de la mutuelle doivent être approuvées par tous les membres), bien-être des membres (relations de proximité entre eux), non lucrative (les bénéfices sont réaffectés à la structure) (Abecassis, Coutinet, Domin, 2014). Les mutuelles sénégalaises se sont ainsi alignées sur ce modèle de mutuelle, qui laisse toutefois une certaine marge à l'organisation qu'il est possible de mettre en place. Mais ces diverses formes doivent évoluer de manière systémique, elles ne devraient pas pérenniser ce cloisonnement qui existe au sein du système de santé sénégalais.

Se recentrer sur les cités civique et domestique

La possibilité de cette alternative constituée par les mutuelles réside dans deux conditions : leur **légitimité** et leur **viabilité**. La cité industrielle, basée sur l'efficacité, sur l'expertise, est désormais le système de justification dominant à travers l'ensemble de la transition du système de santé au Sénégal. Mais ces valeurs seules sont difficilement partagées par les populations. Avec la marchandisation progressive de la santé, la cité marchande se diffuse également. En France, les mutuelles, qui sont complémentaires et non au premier franc, évoluent dans un secteur de plus en plus marchand, concurrentiel, amenant des changements, la mise en place de techniques industrielles et commerciales, qui participent à un effritement des valeurs mutualistes. C'est pourquoi nous insistons sur l'importance d'une complémentarité au Sénégal entre diverses formes de couvertures maladies, et non de concurrence entre elles.

Nous proposons ainsi la mise en avant de la cité civique, à travers la démocratie à double face des mutuelles (interne, symétrique, et externe, représentative). Mais les valeurs et les règles propres à la société civile ne peuvent également suffire. **La cité domestique prend alors toute son importance**, dans la mesure où il est nécessaire de mieux appréhender la perception des populations, leur mode de fonctionnement propre, leur vision de la réciprocité.

Les mutuelles (et nous-mêmes), dans le cadre de l'ESS, doivent éviter un piège important : insister à tout prix sur une organisation démocratique telle que présentée dans la convention

mutualiste, alors que cette forme d'organisation peut aller à l'encontre des schémas sociaux, culturels des populations concernées. Si le principe de la démocratie est important, sa forme doit s'adapter pour permettre une meilleure interaction entre les membres des mutuelles. Ce qui prime est la forme de la réciprocité. Les acteurs sénégalais de l'association Enda Graf ont fait ce constat il y a déjà longtemps (en parlant des divers programmes de développement menés depuis 1975, à partir de la banlieue de Dakar) : « *Le monde de fonctionnement des groupes ne faisait pas l'affaire des membres qui ont préféré la sécurité des groupes familio-claniques, les réseaux sociaux, les mbotayes*[134]*, les tontines, les bandes dans la rue… […] Lorsqu'une association était mise en place à notre instigation, avec un bureau, un président, un trésorier, une assemblée, etc., nous avions le sentiment qu'un grand pas vers le progrès avait été franchi, alors qu'en réalité, nous étions dans l'ignorance des espaces naturels de participation et nous contribuions, sans le vouloir, à la désintégration du tissu relationnel de la société populaire* » (Enda Graf Sahel, 1994, p9, pp 18-19).

Un regroupement entre les diverses initiatives populaires

Comme nous l'avions vu dans le chapitre 2, l'ESS résulte de visions différentes, aux États-Unis, en Europe et au Canada, en Afrique ou en Amérique Latine. La mutualité elle-même, sa place parmi les autres acteurs, sont différentes dans le monde : politisée en Amérique latine, elle est fortement dépendante de l'aide internationale en Afrique subsaharienne. Les principes derrière l'ESS au Sénégal sont principalement la réciprocité et l'autogestion, ce qui rapprochent les organisations de l'ESS comme nous l'entendons (associations, mutuelles, coopératives, entreprises sociales) et la vision de l'économie populaire africaine (qui se concentre sur les activités de production). Entre toutes ces visions de l'ESS, la ligne directrice est le fait de refuser de dissocier l'économie des rapports sociaux.

Dans le domaine de la santé au Sénégal, la création de liens entre les diverses organisations appartenant à l'ESS mais aussi aux diverses initiatives populaires qui peuvent s'en éloigner, c'est-à-dire une amélioration de la complémentarité entre ESS et société civile locale, est une nécessité à plusieurs titres :

- **Une plus grande compréhension des déterminants intermédiaires de la santé à un niveau local.**
- **Une meilleure complémentarité de ces diverses institutions de proximité sur le terrain.**

[134] Les mbotayes (mot qui provient du Wolof), sont des groupes mutualistes dont les membres sont les femmes d'un même quartier, pour faire face aux dépenses engendrées par les diverses obligations sociales.

- **Un apprentissage collectif commun vers des projets de société alternatifs.**

Dans une approche plus pragmatique, le regroupement des acteurs de l'ESS peut se faire sur la base des économies d'échelle, comme dans le cas du couplage entre mutuelles et microcrédit. La finalité de ces rapprochements est double, en couplant efficacité au sens économique d'un côté et ancrage dans la proximité de l'autre pour aboutir à une participation réelle des individus à la gouvernance.

Rôle de l'État et de la coopération internationale

Une chose est sûre : du fait de la structure du marché du travail et de la société sénégalaise, un système généralisé d'assurance sociale n'est pas envisageable dans un avenir plus ou moins proche. C'est dans ce cadre que les mutuelles peuvent constituer une alternative sérieuse aux régimes existants pour le secteur formel. Mais les mutuelles communautaires, la forme la plus dynamique au Sénégal, ne peut sortir du schéma des soins primaires, du fait de la faible capacité à contribuer de la population et de la pérennisation du principe d'égalité des cotisations. Le rôle de l'État est ainsi important :

- **dans une optique de complémentarité,** en appuyant les liens entre les divers régimes de couverture maladie, en établissant un partage cohérent du financement, entre soins primaires, soins plus lourds et prise en charge des indigents. Mais le schéma du développement des mutuelles, plutôt que complémentaire, est à l'heure actuelle dirigé de manière « top-down » et avec une approche cloisonnée.
- **Dans une approche des déterminants sociaux de la santé, en agissant sur les déterminants structurels, desquels découlent les déterminants intermédiaires**.

Sous ces conditions, les mutuelles pourraient bien constituer des groupes intermédiaires, d'interaction entre la culture locale et les règles à un niveau global, à travers l'apprentissage collectif de la démocratie. Les modèles de santé qui se construisent doivent non seulement être acceptés, résulter d'un compromis social, mais envisagés dans une approche systémique. Les institutions doivent évoluer de manière complémentaire et non cloisonnée. Or en Afrique, les systèmes de santé sont fragmentés (environ 23 mécanismes différents), peu articulés et dépendent fortement de l'extérieur. Au lieu d'universaliser la couverture, cette accumulation révèle en réalité des vides, pour certaines personnes ou certains actes, ou des doublons entre les diverses politiques menées. Les inégalités de couvertures sont fortes entre milieux urbains et ruraux, mais aussi entre riches et pauvres : les mécanismes de financement ciblant les personnes vulnérables semblent peu fonctionnels par rapport aux politiques visant les groupes qui

représentent une force politique plus puissante, comme les agents de l'État (Kelley, 2014). Cette complémentarité est nécessaire au sein du système de santé mais aussi de manière plus globale, dans le cadre des déterminants sociaux de la santé, la santé étant multidéterminée.

Les moyens financiers et techniques limités des pays africains ne devraient pas constituer une justification pour que le reste du monde, appuyé par les bailleurs de fonds internationaux, impose un certain modèle de développement de la santé. C'est pourquoi le rôle de la coopération internationale devrait être repensé, pour s'intégrer dans ce schéma communautaire, à l'origine d'une participation réelle de la population et non seulement financière. Le partage d'expériences, la formation, l'acquisition des compétences, sont des éléments qui sont importants. Nous ne nions pas l'apport que peux constituer les liens avec la coopération internationale. Mais cet accord encore une fois, devrait se faire dans le sens de la symétrie entre les acteurs, de la complémentarité, ce qui est complexe à l'heure actuelle en raison des rapports de force et de la hiérarchisation entre les différents acteurs. L'approche communautaire pour la recherche prend ainsi tout son sens à tous les niveaux : local, national comme international. Il s'agit de replacer un acteur, les populations, dans le schéma de la transition du système de santé. Un développement endogène se baserait ainsi sur l'ensemble des acteurs, du bas comme du haut de l'échelle, du niveau local comme international.

Limites et perspectives

Ce travail, qui a pour but de dépasser les études empiriques habituelles pour se placer dans le registre des perceptions des individus sur lesquelles l'économie pourrait se baser, rencontre diverses limites. Tout d'abord saisir l'ensemble de la situation des mutuelles au Sénégal est difficile : les mutuelles sont petites, éparpillées, l'information, la communication manque. A moins de se déplacer à travers le territoire, il est impossible de saisir toutes les expériences disponibles, ce qui serait pourtant indispensable afin d'établir des bases sur lesquelles la transition du système de santé au Sénégal pourrait se baser. La transition vers la CMU connaît le même écueil que notre travail : plutôt que de tenter de saisir l'ensemble des réalités qui existent sur le territoire, un certain modèle est imposé à travers le DECAM et doit se diffuser dans tout le Sénégal. L'autre limite se situe dans l'ampleur de notre étude : si elle constitue une base afin de mieux cerner la perception des individus au sein des mutuelles de santé et entre les acteurs principaux, il serait intéressant d'aller à la rencontre des perdus de vus (les membres de mutuelles qui ont arrêté de cotiser) et des « résistants », ceux qui ne veulent pas s'intégrer dans un schéma mutualiste.

Notre recherche a fait émerger deux pistes principales, énoncées ensuite, qui montrent pourquoi les approches de recherche communautaires devraient se développer à notre sens. Il est important de ne pas imposer des modèles clés en mains, qui établissent une réciprocité particulière, mais de créer des modèles par la discussion, par le partage des expériences, par leur adaptation à travers des formes de réciprocité auxquelles les individus peuvent adhérer.

- Au niveau de la transition du système de santé, une approche systémique est nécessaire. Elle passe par une complémentarité entre les institutions d'un côté et une prise en compte globale des déterminants sociaux de la santé de l'autre.
- Au niveau des mutuelles de santé, et de la création d'un modèle de santé propre au Sénégal, résultant d'un compromis social, la cité civique, la cité domestique et la cité industrielle devraient être hybridées en mettant en avant les deux premières. Nous proposons ainsi que la régulation du système de santé se base sur l'équité sous la contrainte de l'efficacité et non de l'efficacité sous la contrainte de l'équité. Il faut ainsi comprendre les valeurs qui sont mises derrière le mot « équité », derrière la justice sociale, selon les contextes dans lesquels on se place. Au sein même des mutuelles, réciprocité, redistribution, administration domestique et marché se côtoient. Les formes des mutuelles sénégalaises sont diverses, mettant en avant l'un ou l'autre de ces principes. Nous plaidons pour une réelle prise en compte de la perception des individus quant à la réciprocité et aux autres principes économiques, afin de s'adapter aux valeurs, aux systèmes de représentation, aux schémas de réciprocité qui existent déjà au sein de la société sénégalaise.

Le rapport sur le développement dans le monde 2015 de la Banque Mondiale, intitulé « Pensée, société et comportement », se focalise sur les comportements des individus (les personnes ciblées comme les professionnels du développement) et sur le fait que ce comportement provient de facteurs psychologiques et sociaux. Face à la théorie de l'homo economicus, l'individu est replacé dans des normes sociales afin de montrer pourquoi certains programmes de développement fonctionnent mieux que d'autres. Les rapporteurs font ainsi la promotion d'un apprentissage par la pratique dans la mise en place des projets et des politiques de développement. Allant plus loin, les rapporteurs établissent que « *beaucoup d'individus ont des préférences sociales pour l'équité et la réciprocité et ont un esprit de coopération* » (Banque mondiale, 2015, p6). Un pas qui semble ainsi important pour cette institution financière dont nous avons longuement parlé. Dans notre approche, ceci pourrait marquer une avancée vers une meilleure prise en compte des perceptions des individus et l'adaptation des projets et des politiques en conséquence. Cependant, les objectifs de cette analyse, en ce qui concerne l'intérêt d'intégrer les comportements individuels dans les processus de développement, semblent plus

restreints : améliorer l'efficience des programmes ; aider les individus à réaliser leurs propres objectifs en influant sur leurs choix ; guider les individus, dans la mesure où leurs préférences et leurs objectifs immédiats ne coïncident pas forcément avec leurs propres intérêts ; identifier les modèles mentaux, les pratiques socialement renforcées qui peuvent empêcher les individus d'envisager certains modèles d'action. Des buts qui nous rappellent les approches abordées précédemment, consistant à changer la forme des programmes pour une plus grande efficacité par rapport à des objectifs globaux de développement, mais non le fond, en accord avec les perceptions des individus.

Bibliographie

ABECASSIS P., COUTINER N., DOMIN J-P. (2014), "Les principes mutualistes confrontés aux modalités de regroupement des organismes complémentaires d'assurance maladie", *Recma*, n°331, pp 60-75.

ABT, USAID, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION, AFRICARE, GROUPE ISSA, HKI, (2010), *Atelier national de concertation sur la Stratégie nationale d'extension de la couverture du risque maladie au Sénégal*, USAID, Rapport de synthèse des travaux, Saly, Mbour, 22 p.

AEDES/CTB (2012), *Rapport : évaluation finale du Programme d'Appui au Développement de la Micro-assurance Santé au Sénégal 1 & 2*, CTB, Agence belge de développement, 208 p.

AHNQUIST J., WAMALA S. P., LINDSTROM M. (2012), "Social determinants of health – a question of social or economic capital ? Interaction effects of socioeconomic factors on health outcomes", *Social Science & Medicine*, vol. 74, Issue 6, pp 930-939.

AKERLOF G. (1970), "The market for « lemons »: Quality Uncertainty and the Market Mechanism", *The Quarterly Journal of Economics*, Vol. 24, n°3, pp 448-500.

AKRA K. A. (2007), *Étude de faisabilité de systèmes de micro-assurance santé, cas de la mise en place d'une mutuelle de santé dans la communauté rurale de Diakhao*, Mémoire de fin d'études, sous la direction de FAYE J. F., CESAG, Dakar, 81p.

ALAMAZANI K. (2012), "Le système national d'assurance maladie au Ghana (NHIS) " [En ligne] Enda, IWPAR. URL : http://www.iwpar.org/bonne-pratique-3-ghana-nhis.html

ALENDA J., BOIDIN B. (2012), "L'extension de l'assurance-maladie au Sénégal : avancées et obstacles", *Médecine et Santé Tropicales*, vol. 22, n°4, pp 364-369.

ALESINA A., RODRIK D. (1994), "Distributive politics and economic growth", *The Quarterly Journal of Economics*, vol. 109, n°2, pp 465-490.

ANNYCKE P. (2008), *Sénégal, l'analyse des prestations et des indicateurs de résultats de la protection sociale*, Publication du Bureau International du Travail, Genève, 141p.

AOKI M. (2006), *Fondement d'une analyse institutionnelle comparée*, Albin Michel, 604p.

APOYA P., MARRIOTT A. (2011), *Achieving a Shared Goal : Free Universal Health Care in Ghana*, Oxfam International, 66p.

AROCENA J. (1999), "Les approches latino-américaines du développement local". In DEBUYST F. et YEPEZ DEL CASTELLO I. (dir.) : *Amérique latine. Espaces de pouvoir et d'identités collectives*, L'Harmattan, pp 39-64.

ASAD A. L., KAY T. (2015), "Toward a multidimensional understanding of culture for health Interventions", *Social Science and Medicine*, Vol. 144, pp 79-87.

ASSOGBA Y. (2000), *Gouvernance, économie sociale et développement durable en Afrique*, Cahiers de la Chaire de recherche en développement communautaire, Série Recherches n°16, CRISES, CRDC, 34p.

ATIM C. (1999a), "L'émergence d'un mouvement mutualiste au Sud". In DEFOURNY J., DEVELTERE P. et FONTENEAU B. (dir) : *L'économie sociale au Nord et au Sud*, De Boeck, Paris et Bruxelles, pp 83-104.

ATIM C. (1999b), "Social movements and health insurance : a critical evaluation of voluntary, non-profit insurance schemes with case studies from Ghana and Cameroon", *Social Science & Medicine,* Vol. 48, Issue 7, pp 881-896.

ATIM C. (2000), Contribution des mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé : synthèse des travaux de recherche menés dans neuf pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre, USAID, Washington, 69p.

ATIM C. (2015), "Le financement de la couverture santé universelle : leçons tirées de l'expérience du NHIS (la CNAM) au Ghana", présentation en Haiti, USAID [En ligne] HFG Project. URL : https://www.hfgproject.org/wp-content/uploads/2015/04/Financement-des-soins-de-sant---universels-taxation-et-p--rennit---cas-du-Ghana.pdf

ATIM C., DIOP F., BENNETT S. (2005), *Déterminants de la Stabilité Financière des Mutuelles de Santé : Une Étude Menée dans la Région de Thiès du Sénégal*, Bethesda, MD: The Partners for Health Reformplus Project, Abt Associates Inc, 68p.

AURAY J.P., BERESNIAK A., CLAVERANNE J., DURU G. (1996), *Dictionnaire commenté d'économie de la Santé*, Ed. Masson., Coll. Abrégés, 289p.

AWOMO NDONGO J.C. (2015), "Émergence des mutuelles de santé au Cameroun", *Recma*, n°336, pp 23-35.

BAADE-JORET B. (2006), "Local health care and governance, reflections on health care decentralization in Senegal", *Development Associates Issue Paper*, Virginia.

BACQUÉ M-H., BIEWENER C. (2015), *L'empowerment, une pratique émancipatrice ?*, La Découverte, 160p.

BADIANE C. (1995), "Réseaux et accès à la décision : l'exemple des groupements féminins au Sénégal". In PREISWERK Y., MILBERT I. (éd): *Femmes, villes et environnement,* UNESCO, IUED, DDACE, Berne-Genève.

BAILEY C. (2004), "Extension de la couverture de la Sécurité sociale en Afrique" [En ligne] BIT. URL : http://www.ilo.org/public/english/protection/socsec/pol/campagne/files/techdocafrica.pdf.

BAKO-ARIFARI N., LAURENT P-J. (1998), "La décentralisation comme ambition multiple", *Bulletin de l'APAD*, n°15 [En ligne] URL : http://apad.revues.org/552

BALIQUE H. (2011), "Le défi de la santé en Afrique subsaharienne et ses perspectives ". In KEROUEDAN D. (dir) : *Santé internationale. Les enjeux de santé au Sud*, Presses de Sciences Po, Hors collection, Paris, pp. 29-50.

BANQUE AFRICAINE DE DÉVELOPPEMENT (2004), *Rapport sur l'expérience de la Banque en matière de dimensions sociales de l'ajustement*, Département de l'évaluation des opérations, Groupe de la Banque africaine de Développement, 52p.

BANQUE MONDIALE (2013), *Rapport sur le développement dans le monde 2014 — Abrégé : Risques et opportunités — La gestion du risque à l'appui du développement,* Banque mondiale, Washington, 50p.

BANQUE MONDIALE (2015), *Rapport sur le développement dans le monde 2015 : Pensée, société et comportement, Abrégé,* Banque internationale pour la reconstruction et le développement/Banque mondiale, Washington, 23p.

BARAN P.A. (1967), *Économie politique de la croissance*, François Maspero, 343p.

BARON C. (2006), "La construction d'alternatives en économie du développement : entre discours et pratiques". In BERR E., HARRIBEY J.M (dir) : *Le développement en question(s)*, Presses Universitaires de Bordeaux, pp 111-139.

BARON C. (2007), "Transfert du concept d'économie solidaire en Afrique francophone : paradoxes et atouts", *Revue Tiers Monde,* n° 190, pp. 325-342.

BASAZA R., CRIEL B., VAN DER STUYFT P. (2007), "Low enrollment in Ugandan Community Health Insurance schemes : underliyng causes and policy implications", *BMC Health Services Research*, n°7, pp 105-117.

BATCHABI A. D./BIT (2015), "Protection sociale en santé, Études de cas et leçons à tirer", *Présentation au Symposium sur la protection sociale en Afrique*, FANAF, Abidjan, 24-26 juin. URL : http://www.fanaf.com/file/upload/2015_2_Batchabi_PS_sante_Étude_cas.pdf

BATIFOULIER P. (2008), "Davantage d'État pour plus de marché. L'orientation marchande de la politique de santé", *Savoir/Agir*, n°5, pp 49-56.

BATIFOULIER P. (2011), "Valeurs et conventions : une économie politique de la santé". In BATIFOULIER P., BUTTARD A., DOMIN J-P. (dir) : *Santé et politiques sociales : entre efficacité et justice. Autour des travaux de Maryse Gadreau*, Editions Eska, Paris, pp. 30-42.

BATIFOULIER P., DE LARQUIER G., (2001), "De la convention et de ses usages". In BATIFOULIER P. (dir.) : *Théorie des conventions*, Economica, pp 9-31.

BATIFOULIER P., DOMIN J-P., GADREAU M. (2006), "La crise de l'assurance maladie est-elle imputable à l'orientation marchande de l'État social ? ", *Communication au colloque État et régulation sociale, comment penser la cohérence de l'intervention publique ?*, Matisse, Université Paris I, 11-13 septembre.

BATIFOULIER P., DOMIN J-P. (2015), "Économie politique de la santé. Un exemple exemplaire", *Revue de la régulation*, n°17 [En ligne] URL : http://regulation.revues.org/11361

BATIFOULIER P., RÉBERIOUX A. (2001), "La nature économique de l'éthique médicale : structure de gouvernance ''clef en main'' ou convention ? ", *Deuxième colloque international des économistes français de la santé*, Collège des Economistes de la Santé et Conservatoire National des Arts et Métiers, février.

BATIONO F. (2001), "Approche culturelle de la mutualité au Burkina Faso", *Communication au colloque international sur la mutualité,* Bruxelles, juin 2001.

BAUMANN E. (2010), "Protections sociales en Afrique subsaharienne : le cas du Sénégal", *Fondation Jean-Jaurès*, Note n°56.

BAUMANN E. (2011), "Social Protection in the South: Georgia and Senegal Comparing the Uncomparable ? ". In CERCEC et al. (éd) : *The caucasus and Central Asia, Twenty Years after Independences/ Questioning the Notion of « South Countries*, Proceedings of the International COnference, Almaty, Kazahstan, August 25-27, pp 143-149.

BENNETT S., CREESE A., MONASCH R. (1998), *Health insurance schemes for people outside formal sector employment*, WHO, Geneva, 120p.

BERKHOUT E., OOSTINGH H. (2008), *Health Insurance in low-income countries*, Oxfam Briefing Paper, Oxford, 31p.

BESSIS F. (2009), "L'institution comme réalisation du collectif " [En ligne] *Tracés. Revue de Sciences humaines*. URL : http://traces.revues.org/4216.

BESSIS F., HILLENKAMP I. (2010), "Économie Sociale et Solidaire et Économie des Conventions", *Communication aux Xèmes rencontres du Réseau Inter-Universitaire de l'Économie Sociale et Solidaire*, Luxembourg, 3 et 4 Juin 2010.

BIENCOURT O., CHASERANT C., REBERIOUX A. (2001), "L'Économie des conventions : l'affirmation d'un programme de recherche". In BATIFOULIER P. (dir) : *Théorie des conventions*, Economica, Paris, pp 193-218.

BIGOT J. (2011), "Les districts de santé et l'initiative de Bamako". In KEROUEDAN D. (dir) : *Santé internationale. Les enjeux de santé au Sud,* Presses de Sciences Po, Hors collection, Paris, pp. 181-186.

BIT (2013), *Mesurer l'informalité : manuel statistique sur le secteur informel et l'emploi informel*, Organisation Internationale du Travail, Genève, 365p.

BLANCHET D. (1996), "La référence assurantielle en matière de protection sociale : apports et limites", *Économie et Statistiques*, n°291-292, pp 33-45.

BLUNDO G. (1998), "Logiques de Gestion Publique dans la Décentralisation Sénégalaise : Participation Factionnelle et Ubiquité Réticulaire", *Bulletin de l'APAD*, n°15 [En ligne] URL : http://apad.revues.org/555

BOIDIN B. (2012), "Extension de l'assurance maladie et rôle des mutuelles de santé en Afrique : les leçons de l'expérience sénégalaise", *Économie publique*, n°28-29, pp 47-70.

BOIDIN B. (2014), *La santé, bien public mondial ou bien marchand ? Réflexions à partir des expériences africaines*, Presses universitaires du Septentrion, Villeneuve d'Ascq, 183p.

BOIDIN B. (2015), "La santé dans une conception élargie : quelles perspectives après les Objectifs du Millénaire pour le développement ?", *Mondes en développement*, n°173, pp 7-19.

BOIDIN B., LESAFFRE L. (2010), "L'accès des pays pauvres aux médicaments et la propriété intellectuelle : quel apport des partenariats multiacteurs ? ", *Revue internationale de droit économique*, n° 3, pp 325-350.

BOLOUVI W. (2007), *Quel développement pour l'Afrique subsaharienne* ?, L'Harmattan, Paris, 309p.

BOLTANSKI L., CHIAPELLO E. (1999), *Le nouvel esprit du capitalisme*, Gallimard, Paris, 843p.

BOLTANSKI L., THÉVENOT L. (1991), *De la justification, les économies de la grandeur*, Gallimard, 483p.

BOUCHARD L., ALBERTINI M., BATISTA R., DE MONTIGNY J. (2015), "Research on health inequalities : A bibliometric analysis (1966-2014) ", *Social Science & Medicine*, vol. 141, pp 100-108.

BOULENGER D., CRIEL B., (2012), "The difficult relationship between faith-based health care organisations and the public sector in sub-Saharan Africa – The case of contracting experiences in Cameroon, Tanzania, Chad and Uganda", *Studies in Health Services Organisation & Policy*, n°29, 232p.

BOUSSERY G., CAMPOS V., CRIEL B. (2012), *Harmonisation for Health in Africa (HHA). Service Delivery of High Impact Interventions : a study conducted in four West African countries*, ITG Press, Studies in Health Services Organization & Policy, n°30, Antwerpen, 129p.

BUI A., LAVADO R., JOHNSON E., BROOKS B., FREEMAN M., GRAVES C., HAAKENSTAD A., SHOEMAKER B., HANLON M., DIELEMEN J. (2015), "National health accounts data from 1996 to 2010 : a systematic review", *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 93, n°8, pp 566-576.

CAFSP (2008), "Stratégie nationale d'extension de la couverture du risque maladie des sénégalais (Partie 1, Estimation de la couverture du risque maladie) ", *USAID*, Ministère de la Santé et de la PRévention [En ligne] URL : http://www.coopami.org/

CAFSP, HYGEA, PAMAS (2011), *Déterminants d'adhésion et de non adhésion aux mutuelles de santé dans les régions de Fatick, Kaoloack, Diourbel et Kaffrine*, Hygea, Dakar.

CAFSP, PAMAS (2011), *Draft rapport de l'étude sur l'identification des paquets de soins et détermination des critères de ciblage des personnes indigentes et vulnérables éligibles aux mécanismes de garantie*, CTB Sénégal, 97p.

CAILLÉ A. (2006), "Remarques sur l'économie des conventions". In EYMARD-DUVERNAY F. (dir) : *L'économie des conventions, méthodes et résultats*, La Découverte, Paris, pp 93-102.

CAILLÉ A., LAVILLE J-L. (2007), "Actualité de Karl Polanyi", *Revue du Mauss*, n°29, pp 80-109.

CAREY G., CRAMMOND B. (2014), *Taking action on the social determinants of health. Insights from politicians, policymakers and lobbyists*, Social Determinants of Health Alliance, 21p.

CAREY G., CRAMMOND B. (2015), "Action on the social determinants of health : Views from inside the policy process", *Social Science & Medicine*, Vol 128, pp 134-141.

CAREY G., CRAMMOND B., KEAST R. (2014), "Creating change in government to address the social determinants of health : how can efforts be improved ? ", *BMC Public Health,* vol. 14, issue 1087.

CARTIER-BRESSON J. (2010) "Les mécanismes de construction de l'agenda de la gouvernance", *Mondes en Développement*, n°152, pp 111-127.

CAS/PNDS (2004), *Plan stratégique de développement des mutuelles de santé au Sénégal*, Ministère de la Santé, Dakar, 82p.

CASTEL O. (2006), "Bonne gouvernance versus démocratie : les rhétoriques de la Banque mondiale et des ONG du Nord face aux réalités". In HUMBERT M., CAILLE A. (dir.) : *La démocratie au péril de l'économie*, Presses universitaires de Rennes, pp 327-349.

CASTEL O. (2007), "L'économie solidaire : nouvel acteur de la protection sociale dans les pays du Sud". In TSAFACK NANFOSSO R. A. (dir): *L'Économie Solidaire dans les Pays en Développement*, L'Harmattan, Paris, pp 85-108.

CASTEL O. (2008), "Place des ONG de développement (associations de solidarité internationale) dans l'économie sociale et solidaire", *Présentation aux VIIIèmes Rencontres internationales du Réseau Inter-Universitaire de l'Économie Sociale et Solidaire*, Barcelone, mai.

CASTEL O. (2015), "La réciprocité au cœur de la structuration et du fonctionnement de l'Économie sociale et solidaire", *Revue Française de Socio-Économie*, n° 15, pp 175-192.

CAFSP (2010), *Stratégie nationale d'extension de la couverture du risque maladie des Sénégalais*, Dakar, CAFSP, 48p.

CHANKOVA S., SULZBACH S., DIOP F. (2008), "Impact of mutual health organizations : evidence from West Africa", *Health Policy and Planning*, vol. 23, n°4, pp 264-276.

CHEE G., SMITH K., KAPINGA A. (2002), *Assessment of the Community Health Fund in Hanang District, Tanzania*, PHRplus, Abt Associates, Bethesda, 106p.

CHENERY H.B., STROUT A.S. (1966), "Foreign assistance and economic development", *AER 56*, pp 680-733.

CHOLET E. (2011), "La gratuité des soins : une solution nationale pour la santé des plus pauvres ?". In Kerouedan D. (dir) : *Santé internationale, Les enjeux de santé au Sud*, Presses de Sciences Po, Hors collection, pp. 261-271.

CISS M., VINARD P., DIOP K., TAVERNE B. (2013), *Evaluation des coûts et des mécanismes de financement pour renforcer l'accès aux soins de qualité pour les PVVIH*, Rapport final de mission n°13|N|101, CNLS.

CLÉVENOT M. (2010), "Elsa Lafaye de Micheaux, Eric Mulot et Pepita Ould-Ahmed, *La fabrique institutionnelle et politique des trajectoires de développement*, Presses universitaires de Rennes, 2007.", *Revue de la régulation*, n°7 [En ligne] URL : http://regulation.revues.org/7932

COLLIER P., DOLLAR D. (2001), "Can the world cut poverty in half? How policy reform and effective aid can meet international development goals", *World Development*, vol. 29 n°11, pp 1787-1802.

COMMISSION DES DETERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTE (2009), *Combler le fossé en une génération – Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*, OMS, Genève, 23p.

CONSEIL DES MINISTRES (2009), *Règlement N007/2009/CM/UEMOA portant règlementation de la mutualité sociale au sein de l'UEMOA*, Dakar, 26p.

CONSEIL ECONOMIQUE, SOCIAL ET ENVIRONNEMENTAL (2003), *Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté 2003-2005*, Dakar, 78p.

CONSEIL ECONOMIQUE, SOCIAL ET ENVIRONNEMENTAL (2006), *Document de Stratégie pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté 2006-2010*, Dakar, 104p.

COOPAMI/CTB (2014), *Étude de faisabilité d'une Assurance Maladie Universelle (AMU) dans les départements de Foundiougne et de Koungheul*, projet PAODES, CTB, Cellule Expertise & COOPAMI, Bruxelles, 152p.

CORAGGIO J. L. (2005), "Économie du travail ". In LAVILLE J.-L., CATTANI A. D. (dir) : *Dictionnaire de l'autre économie*, Desclée de Brouwer, pp 261-270.

CRDI/HYGEA (2006), *Equité et mutualité au Sénégal*, Université de Montréal [En ligne] CRDI. URL : https://idl-bnc.idrc.ca/dspace/bitstream/10625/28720/1/123889.pdf

CRIEL B. (2000), *Local health insurance systems in developing countries: A policy research paper*, Institute for Tropical Medicine, Antwerpen, 172p.

CRIEL B., BARRY A.-N., VON ROENNE F. (2002), *Le projet PRIMA en Guinée Conakry. Une expérience d'organisation de mutuelles de santé en Afrique rurale*, Medicus Mundi Belgium, Bruxelles, 256p.

CRIEL B., BLAISE P., FERETTE D. (2006), "Mutuelles de santé en Afrique et qualité des soins dans les services : une interaction dynamique". In DUSSAULT G., FOURNIER P., LETOURMY A. (éd) : *L'Assurance maladie en Afrique francophone, améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté*, Banque mondiale, pp 353-772.

CRIEL B., DORMAEL M. (1999), "Éditorial : Mutuelles de santé en Afrique et systèmes nationaux d'assurance-maladie obligatoire : l'histoire Européenne se répétera-t-elle ?", *Tropical Medicine & International Health*, Vol 4, Issue 3, pp. 155-159.

CRIEL B., WAELKENS M.P. (2003), "Declining subscriptions to the Maliando Mutual helath Organisation in Guinea-Conakry (West Africa) : what is going wrong ? ", *Social Science & Medicine*, vol 57, n°7, pp 1205-1219.

DACHEUX E., GOUJON D. (2010), "La délibération démocratique concept clé du paradigme de l'ESS ? ", *Communication aux Xe Rencontres du RIUESS*, Luxembourg, 2, 3 et 4 juin.

DAFF B. M. (2000), *Étude sur les capacités des mutuelles de santé du Sénégal à assurer une meilleure accessibilité financière aux soins*, Mémoire de fin d'études, sous la direction de ATIM C., CESAG, Dakar, 108p.

DAFFE G., DIAGNE A. (2009), *Le Sénégal face aux défis de la pauvreté : les oubliés de la croissance*, Karthala/CREPOS, 384 p.

DARDOT P., LAVAL C. (2010), *La nouvelle raison du monde : Essai sur la société néolibérale*, La Découverte, Paris, 498p.

DAVIES Ph., CARRIN G. (2001), "Risk-pooling: necessary but not sufficient", *Bulletin of the World Health Organization*, vol.79, n°7, p587.

DE ALLEGRI M., SANON M., BRIDGES J., SAUERBORN R. (2005), "Understanding consumers' preferences and decision to enrol in community-based health insurance in rural West Africa", *Health Policy*, vol 76, n°1, pp 58-71.

DE ALLEGRI M., SANON M., SAUERBORN R. (2006), "To enrol or not enrol ? A qualitative investigation of demand for health insurance in rural West Africa", *Social Science Medicine*, vol. 62, n°6, pp 1520-1527.

DEFALVARD H. (2013), *L'ESS comme idéal-type d'économie*, Cahier de Recherche, n°1, Chaire d'économie sociale et solidaire UPEMLV, 18p.

DEFOURNY J., DEVELTERE P. (1999), "Origines et contours de l'économie sociale au Nord et au Sud". In DEFOURNY J., DEVELTERE P., FONTENEAU B. (éd) : *L'économie sociale au Nord et au Sud*, De Boeck, Paris et Bruxelles, pp 25-50.

DEFOURNY J., FAILON J. (2011), "Les déterminants de l'adhésion aux mutuelles de santé en Afrique subsaharienne : un inventaire des travaux empiriques", *Mondes en Développement*, vol. 39, n°153, pp. 7-26.

DE ROSNAY J. (1995), *L'homme symbiotique*, éditions Seuil, 349 p.

DESTREMEAU B., LAUTIER B. (2006), *Analyse et comparaison des systèmes de protection sociale du monde en développement, Éléments de typologie et de méthode*, Collaboration réseau Impact et CRI, Paris, 23p.

DEVELTERE P., FONTENEAU B. (2001), *Member-based organisations for social protection in health in developing countries*, Paper prepared for ILO/STEP, Leuven.

DEVIGNES F. (2014), "Les mutuelles de santé au Sénégal. GRAIM/Enda Graf" [En ligne] *Enda*, IWPAR, URL : http://www.iwpar.org/id-17-senegal-les-mutuelles-de-sante.html

DIAGNE M. (2011), *Relance du développement local au Sénégal*, L'Harmattan, Dakar, 470p.

DIAGNE S. (2013), *Tontines et empowerment des femmes au Sénégal – le cas des tontinières du marché de Habitations à Loyer Modéré (HLM) Nimzatt à Dakar*, Université de Laval, Canada, Mémoire en service social, sous la direction de Martine Duperré, 95p.

DIOP F. (2005), *Determinants of the financial stability of mutuelles : Household survey component,* MD: Partners for Health Reformplus, Abt Associates Inc, Bethesda, 65p.

DIOP F., BA A. (2010), *Mutual Health Insurance, scaling-up and the expansion of health insurance in Africa*, Abt Associates Inc. pour: US Agency for International Development, Bethesda, 28p.

DIOUF M. (2000), *Sénégal. Les ethnies et la Nation*, L'Harmattan, 208p.

DIXON J., LUGINAAH I., MKANDAWIRE P. (2014), "The National Health Insurance Scheme in Ghana's Upper West Region : A gendered perspective of insurance acquisition in a resource-poor setting", *Social Science & Medicine*, Vol. 122, pp 103-112.

DOMIN J-P. (2006), "Le système de soins entre contrat et communauté : une analyse des transformations en cours", *Recherches familiales*, n°1, pp. 26-37.

DONG H., KOUYATE B., SNOW R., MUGISHA F., SAUERBORN R. (2003), "Gender's effect on willingness-to-pay for community-based insurance in Burkina Faso", *Health Policy*, vol. 64, pp 153-162.

DONNADIEU G., KARSKY M. (2002), *La systémique: penser et agir dans la complexité*, Liaisons, Paris, 269p.

DROR D. (2002), "Health Insurance and Reinsurance at Community Level". In DROR D.M., PREKER A.S. (éd) : *Social Re-insurance : A New Approach to Sustaining Community Health Financing*, World Bank, Washington DC, pp 103-124.

DROR D. M., JACQUIER C. (1999), "Micro-insurance : Extending health insurance to the excluded", *International Social Security Review*, vol 52, n°1, pp 71-97.

DUPRÉ M. (2011), "Quelles alternatives au financement direct de la santé dans les pays à faible revenu ? Le cas des mutuelles de santé au Sénégal". In Kerouedan D. (dir) : *Santé internationale, Les enjeux de santé au Sud*, Presses de Sciences Po, Hors collection, pp. 273-288.

DURAIRAJ V., D'ALMEIDA S., KIRIGIA J. (2010), *Ghana's approach to social health protection*, World Health Report Background Paper, n°2, 15p.

DUTRAIVE V. (2009), "Economic Development and Institutions", *Revue de la régulation*, n°6 [En ligne] URL : http://regulation.revues.org/7609

DYE C., BOERMA T., EVANS D., HARRIES A., LIENHARDT C., MCMANUS J., PANG T., TERRY R., RACHARIAH R. (2013), *Rapport sur la santé dans le monde 2013 : la recherche pour la couverture maladie universelle*, OMS, Genève, 149p.

EBOKO F. (2015), *Vers une matrice de l'action publique en Afrique ? Approche trans-sectorielle de l'action publique en Afrique contemporaine*, Questions de Recherche, n°45, 40p.

EBOKO F., HANE F., DEMANGE E., LANDRY FAYE S. (2015), "Gouvernance et sida en Afrique : instruments de l'action publique internationale, l'exemple du Fonds mondial", *Mondes en Développement*, n°170, pp 59-74.

EKMAN B. (2004), "Community-based health insurance in low-income countries : A systematic review of the evidence", *Health Policy and Planning*, vol n°5, pp 249-270.

EMAP (2013), *Le Sénégal que nous voulons. Rapport des consultations nationales sur l'agenda de développement post 2015,* UNDP, Cabinet EMAP, Dakar, 122p.

EMBRETT M. G., RANDALL G. E. (2014), "Social determinants of health and health equity policy research : Exploring the use, misuse, and nonuse of policy analysis theory", *Social Science & Medicine*, vol. 108, pp 417-155.

ENDA GRAF SAHEL (1994), *Réinventer le présent. Quelques jalons pour l'action*, Enda Graf Sahel, 131p.

ESPING-ANDERSEN G., (2007 [1990]), *Les trois mondes de l'État-providence, Essai sur le capitalisme moderne*, Puf, Paris, 310p.

ESTY D., PORTER M. (2005), "National environmental performance : an empircial analysis of policy results and determinants", *Environment and Development Economics*, n°10, pp 391-434.

EUZÉBY C., FARGEAON V. (2011), "Droit à la santé et développement humain". In BATIFOULIER P, BUTTARD A., DOMIN J-P. : *Santé et politiques sociales : entre efficacité et justice. Autour des travaux de Maryse Gadreau,* Editions Eska, Paris, pp. 146-157.

EYMARD-DUVERNAY F. (2001), "L'économie des conventions a-t-elle une théorie politique ? ". In BATIFOULIER P. (dir) : *Théorie des conventions*, Economica, Paris, pp 279-297.

EYMARD-DYVERNAY F., FAVEREAU O., ORLÉAN A., SALAIS R., THÉVENOT L. (2006), "Valeurs, coordination et rationalité : trois thèmes mis en relation par l'économie des conventions". In EYMARD-DUVERNAY F. (dir) : *L'économie des conventions, méthodes et résultats*, La Découverte, Paris, pp 23-44.

FALL A. S., FAVREAU L., LAROSE G. (2004), "Mondialisation, développement de l'intérieur et mobilisation des réseaux". In FALL A. S., FAVREAU L., LAROSE G. (dir) : *Le Sud… et le Nord dans la mondialisation. Quelles alternatives ?*, Presses de l'université du Québec, Karthala, pp 1-44.

FALL A.S., NDOAYE T. (2007), *La perception communautaire sur les prestations offertes dans les formations sanitaires des districts de Gossas, Kaffrine, Koungheul, Sokone*, ASSRMKF/CTB, Dakar, 131p.

FALL A., SENE M., BRUSSET B. (2008), *Stratégie nationale d'extension de la couverture du risque maladie des Sénégalais*, Ministère de la Santé et de la Prévention, 48 p.

FALL C. (2003), *Étendre l'assurance santé au Sénégal: possibilités à travers les régimes statutaires et les organisations mutualistes,* Bureau international du Travail, Document 9, Genève, 40 p.

FALL M. A. (2011), *Saint-Louis du Sénégal : et si le développement n'était qu'une chimère ?* L'Harmattan, Paris, 280p.

FALL P. (2010), *Sénégal, Migration, marché du travail et développement*, Document de travail, Institut international d'études sociales, 54 p.

FARMER J., CURRIE M., KENNY A., MUNOZ S-A. (2015), "An exploration of the longer-term impacts of community participation in rural health services design", *Social Science and Medicine*, vol. 141, pp 64-71.

FASSIN D., FASSIN É. (1989), "La santé publique sans l'État ? Participation communautaire et comités de santé au Sénégal", *Revue Tiers-Monde*, tome 30, n°120, pp. 881-891.

FAVEREAU O. (1989), "Marchés internes, marchés externes", *Revue économique*, vol 40, n°2, pp 273-328.

FAVEREAU O. (1999), "Salaire, emploi et économie des conventions", *Cahiers d'économie politique*, n°34, pp 163-194.

FAVEREAU O. (2001), "Préface". In BATIFOULIER P. (dir) : *Théorie des conventions*, Economica, pp 5-8.

FAVREAU L. (2003), *L'économie sociale et solidaire : contribution éthique au développement d'une mondialisation à visage humain*, Série rapports de recherche n°7, CRDC, Université du Québec, 91p.

FAVREAU L., FALL A. S. (2007), "La mondialisation et les défis d'une Afrique qui se refait de l'intérieur". In FAVREAU L., FALL A. S. (dir) : *l'Afrique qui se refait, initiatives socioéconomiques des communautés et développement en Afrique noire*, Presses de l'Université du Québec, pp 1-30.

FAVREAU L., FRÉCHETTE L. (2003), "Organisation sociale et développement économique, un parc industriel à Villa El Salvador". In FONTAN J-M., KLEIN J-L., LÉVESQUE B. (dir) : *Reconversion économique et développement territorial*, Presses de l'Université du Québec, pp 317-332.

FAYE M. (2012), *Evaluation de la viabilité des mutuelles de santé couplée à des institutions de microcrédit : cas de la mutuelle sociale des transporteurs (TransVie) au Sénégal*, Mémoire de fin d'études, sous la direction de SALL F.L., CESAG, Dakar, 108p.

FEHR E., SCHMIDT K.M. (1999), "A theory of fairness, competition, and cooperation", *The Quarterly Journal of Economics*, vol. 114, n°3, pp 817-868.

FISCHER K. P. (2004), *Mission d'appui au renforcement institutionnel de l'Union des Mutuelles de santé de Dakar*, Rapport final, 51p.

FLORI Y-A. (2000), "Financement des politiques de santé", *revue ADSP*, n°30, pp 31-34.

FOKA J. L. M., DE SERRES A. (2011), "La micro assurance, outil de lutte contre la pauvreté : quelle performance sociale ? ", *Assurance et gestion des risques*, vol. 79, n°1-2, pp 83-124.

FONTENEAU B. (2000), *L'Émergence de pratiques d'économie sociale en matière de financement de la santé au Burkina Faso ; volet 2 ; Enseignements, recommandations et données relatives aux démarches d'appui,* VLIR-DGIS, Bruxelles.

FONTENEAU B. (2003), *Les défis des politiques de micro-assurance santé en Afrique de l'Ouest. Cadre politique, environnement institutionnel, fonctionnement et viabilité*, VLIRDGIS, Bruxelles, 148p.

FONTENEAU B. (2007), "Protection sociale en Afrique : contribution de l'économie sociale et enjeux politiques", *Communication aux 7èmes rencontres du RIUESS*, Rennes, 24 et 25 mai.

FONTENEAU B., GALLAND B. (2006), "The community-based model. Mutual health organizations in Africa". In CHURCHILL C. (éd) : *Protecting the Poor. A microinsurance compendium,* ILO/Munich Re Foundation, Geneva, pp. 378-400.

FOUCAULT M. (2004 [1978-1979]), *Naissance de la biopolitique : Cours au collège de France*, Seuil, Paris, 232p.

FOURNIER P., POTVIN L. (1995), "Participation communautaire et programmes de santé : les fondements du dogme", *Sciences Sociales et Santé*, Vol. 13, n°2, pp. 39-59.

FREEMAN R. (2010 [1984]), *Strategic Management: A stakeholder Approach*, Cambridge University Press, 292p.

GADREAU M., TIZIO S. (2000), "Quels fondements pour les politiques sanitaires en Afrique subsaharienne ? ", *Économies et Sociétés, série R, n°11, pp 241-266.*

GARDIN L. (2006), *Les initiatives solidaires : la réciprocité face au marché et à l'État*, Erès, Ramonville-Saint-Agne, 192p.

GIARELLI G., ANNANDALE E.C., RUZZA C. (2014), "Introduction: the role of civil society in healthcare systems reforms", *Social Science & Medicine*, vol 123, pp 160-167.

GIOVALUCCHI F., OLIVIER DE SARDAN J-P. (2009), "Planification, gestion et politique dans l'aide au développement : le cadre logique, outil et miroir des développeurs", *Revue Tiers Monde*, vol. 2, n°198, pp 383-406.

GNAWALI D.P., POKHREL S., SIE A., DE ALLEGRI M., SOUARES A., DONG H., SAUERBORN R. (2009), "The effect of community-based health insurance on the utilization of modern health care services : Evidence from Burkina Faso", *Health Policy*, vol. 90, n°2-3, pp 214-222.

GRENIER J-Y., ORLÉAN A. (2007), "Michel Foucault, l'économie politique et le libéralisme", *Annales, Histoire, Sciences Sociales*, 62e année, p. 1155-1182.

GUICHARD A., POTVIN L. (2010), "Pourquoi faut-il s'intéresser aux inégalités sociales de santé ?". In POTVIN L., MOQUET M-J., JONES C.M. (dir) : *Réduire les inégalités sociales en santé*, INPES, Saint-Denis, pp 52-61.

HART K. (1973), "Informal Income opportunities and Urban Employment in Ghana", *The journal of Modern Africa Studies*, vol 11, n° 1, pp 61-69.

HAUDEVILLE B. (2013), "Microfinance et structuration de la protection sociale dans les économies en développement", *Communication aux Vèmes journées internationales de microfinance*, Douala, 11-13 septembre.

HÉLY M. (2009), *Les métamorphoses du monde associatif*, Presses universitaires de France, coll. « le lien social », 306 p.

HOOD C. (1991), "A public management for all seasons", *Public administration*, vol 69, n° 1, pp 3-19.

HOOD C. (1995), "The "New Public Management" in the 1980s : Variations on a Theme", *Accounting, Organizations and Society*, vol. 20, n° 3, pp 93-109.

HOUÉTO D., VALENTINI H. (2014), "La promotion de la santé en Afrique : histoire et perspectives d'avenir", *Santé Publique*, HS (S1), pp 9-20.

HOURS B. (2001), "De l'offre de soin au prix de la santé et à la marchandise", *Économies et Sociétés,* série F, n° 39, pp 1491-1504.

HUBER G., HOHMANN J., REINHARD K. (2003), *Mutuelles de Santé – 5 années d'Expérience en Afrique de l'Ouest*, Débats, Controverses et Solutions Proposées, GTZ, Eschborn, 80p.

HUGON P. (2003), "Le concept d'acteurs du développement chez les pionniers du développement : Albert Otto Hirschman et François Perroux", *Mondes en développement*, n°124, pp 9-31.

HYGEA (2010a), *Contribution des mutuelles de santé à la lutte contre la pauvreté : alternatives mutualistes pour éviter la déperdition des membres et favoriser l'accès des pauvres aux soins*, Hygea, Dakar.

HYGEA (2010b), *Restitutions des résultats de l'étude sur la déperdition des membres des mutuelles dans les régions et au niveau national*, CRDI/SDC Research Matters, 34p.

IDEA/COSRISS (2010), *Étude sur les conditions de vie des personnes du troisième âge au Sénégal*, IDEA International, 183 p.

ILO (2014), *World Social Protection Report 2014-15 : Building economic recovery, inclusive development and social justice*, ILO, Geneva, 337p.

IRELAND M., PAUL E., DUJARDIN B (2011), "Can performance-based financing be used to reform health systems in developing countries ? ", *Bulletin of World Health organization*, vol 89, pp 659-698.

ISRAEL B.A., COOMBE C.M., CHEEZUM R.R., SCHULZ A.J., MCGRANAGHAN R.J., LICHTENSTEIN R., REYES A.G., CLEMENT J., BURRIS A. (2010), "Community-based participatory research : a capacity-building approach for policy advocacy aime at eliminating health disparities", *American Journal of Public Health*, vol 100, n°11, pp 2094-2102.

JAGLIN S. (2005), "La participation au service du néolibéralisme ? Les usagers dans les services d'eau en Afrique subsaharienne". In BACQUÉ M-H., REY H. (dir) : *Gestion de proximité et démocratie participative*, La Découverte, Paris, pp 271-291.

JAMES C., HANSON K., MCPAKE B. ET AL. (2006), "To Retain or Remove User Fees? Reflections on the Current Debate in Low- and Middle-Income Countries", *Applied Health Econ Health Policy*, vol. 5, no 3, pp 137-153.

JAMISON D.T. (1993), *World development report 1993. Investing in health*, Oxford University Press, New York, 329p.

JANY-CATRICE F. (2012), *La performance totale*, Presses Universitaires du Septentrion, 180p.

JEHU-APPIAH C., ARYEETEY G., SPAAN E., DE HOOP T., AGYEPONG I., BALTUSSEN R. (2011), "Equity aspects of the National HEalth Insurance Scheme in Ghana : Who is enrolling, who is not and why ? ", *Social Science & Medicine*, vol. 72, Issue 2, pp 157-165.

JÜTTING J. (2003), *Health insurance for the poor ? Determinants of participation in community-based health insurance schemes in rural Senegal*, OECD Development Centre Working Papers 204, OECD Publishing, 32p.

JÜTTING J. (2005), *Health Insurance for the Poor in Developing Countries*, Ashgate, 156p.

KAAG M. (2003), "Exploring the context of service provision in Senegal: Social dynamics and decentralisation in the Senegalese countryside", *Bulletin de l'APAD*, n°26 [En ligne] URL : http://apad.revues.org/3593

KABA M. (2003), *Étude de faisabilité pour la mise en place d'une mutuelle de santé au sein d'une structure de micro-finance : cas de l'association NDADJE des femmes de Yeumbeul Sud*, Mémoire de fin d'études, sous la direction de ATIM C., CESAG, Dakar, 103p.

KANTÉ S. (2002), *Le secteur informel en Afrique subsaharienne francophone : vers la promotion d'un travail décent,* Bureau International du Travail, Genève, 70 p.

KAWACHI I., KENNEDY B.P., LOCHNER K., PROTHROW-STITH, D. (1997), "Social capital, income inequality, and mortality", *American Journal of Public Health*, vol. 87, n°9, pp 1491-1498.

KELLEY A. (2014), *Une vue d'hélicoptère : cartographie des régimes de financement de la santé dans 12 pays d'Afrique Francophone*, Communauté de Pratique Accès financier aux Services de Santé et Communauté de Pratique Financement Basé sur la Performance, Phase 1 recherche collaborative, 66p.

KHAN M. (2004), "State Failure in Developing Countries and Institutional Reform Strategies". In: TUNGODDEN B., STERN N., KOLSTAD I., (éd) : *Toward Pro-Poor Policies. Aid, Institutions, and Globalization. Annual World Bank Conference on Development Economics, Europe (2003),* Oxford University Press, World Bank, pp 165-195.

KIBORA L. (2012), "L'étude des perceptions des populations et pratiques de développement ", *Bulletin de l'APAD*, n°34-36 [En ligne] URL : http://apad.revues.org/4117

KUTZIN J. (2013), "Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy", *Bulletin of World Health Organization*, Vol 91, n°8, pp 602-611.

LABIE M., NYSSENS M., NGONGANG I., WELE P. (2006), *Analyser l'articulation entre la microfinance et la microassurance santé : réflexion à partir de trois cas béninois*, Groupe de recherche en appui à la politique sur les organisations de la société civile, Working Paper, Centre de recherche Warocque, 39 p.

LAFAYE DE MICHEAUX E., MULOT E., OULD-AHMED P. (2007), *La fabrique institutionnelle et politique des trajectoires de développement*, Presses universitaires de Rennes, 321p.

LAURENT P.-J., PEEMANS J.-P. (1998), "Les Dimensions Socio-Économiques du Développement Local en Afrique au Sud du Sahara : Quelle Stratégies pour quels Acteurs ? ", *Bulletin de l'APAD*, n°15 [En ligne] URL : https://apad.revues.org/553

LAUTIER B. (2001), "Sous la morale, la politique", *Politique africaine*, n°82, pp 169-176.

LAUTIER B. (2012), "La diversité des systèmes de protection sociale en Amérique latine", *Revue de la régulation*, n°11 [En ligne] URL : http://regulation.revues.org/9636

LAVILLE J-L. (2010), *Politique de l'association*, Seuil, Paris, 354p.

LE MOIGNE J-L. (1994 [1977]), *La théorie du système général, théorie de la modélisation*, Presses Universitaires de France, Paris, 352p.

LE MOUSTARDER M. (2000), Rapport annuel d'activités. 1ère année de la phase 1 (18 avril 1999 - 15 avril 2000), CIDR, Autrèches.

LETOURMY A. (2003), "État et assurance maladie dans les pays africains ", *Communication aux XXVIéme Journées des Économistes français de la santé*, Clermont-Ferrand, CERDI, 9 et 10 janvier.

LETOURMY A., PAVY-LETOURMY A. (2005), *La microassurance de santé dans les pays à faible revenu*, Agence Française de Développement, Paris, 223 p.

LETOURMY A., PERROT J. (2005), "Assurance maladie et contractualisation avec l'offre de soins dans les pays en développement". In PERROT J., ROODENBEKE E. (éd.) : *La contractualisation dans les systèmes de santé*, Karthala, Paris, pp 373-422.

LINK B.G., PHELAN J. (1995), "Social conditions as fundamental causes of diseases", *Journal of Helath and Social Behavior*, vol 35, pp 80-94.

LU C., CHIN B., LEWANDOWSKI JL., BASINGA P., HIRSCHHORN L., HILL K, MURRAY M., BINAGWAHO A. (2012), "Towards Universal Health Coverage : An Evaluation of Rwanda Mutuelles in Its First Eight Years", *PloS ONE*, vol. 7, Issue 6, pp 1-16.

MACKENBACH J.P., BAKKER M.J., SIHTO M., DIDERICHSEN F. (2002), "Strategies to reduce socioeconomic inequalities in health". In MACKENBACH J.P., BAKKER M. (éd.) : *Reducing Inequalities in Health : A European Perspective*, Routledge, London, pp 24-50.

MANÉ P.Y.B. (2013), *Efficience et équité dans le système de santé du Sénégal*, Université Claude Bernard Lyon 1, thèse soutenue en janvier, sous la direction de LAMURE M., Université Claude Bernard Lyon 1, 264p.

MARCELLO E. (2008), *Mutuelle de santé-PAMECAS, Rapport de synthèse des enquêtes menées sur la population cible*, BIT/STEP-Dakar, 59p.

MAREC Y., TOUCAS-TRUYEN P. (2015), "Économie sociale, protection sociale et bien-être de 1830 à 1970", *Recma*, n°336, pp 51-65.

MARMOR T., WENDT C. (2012), "Conceptual frameworks for comparing healthcare politics and policy", *Health Policy*, vol. 107, n°1, pp 11–20.

MARMOT M. (2005), "Social determinants of health inequalities", *Lancet*, vol. 365, pp 1099-1104.

MASSIOT N. (1998), *Contribution actuelle et potentielle de mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé : Cas du Sénégal*, USAID/PHR, BIT/ACOPAM, ANMC, WSM, ILO, 60p.

MAUCOURANT J., PLOCINICZAK S. (2011), "Penser l'institution et le marché avec Karl Polanyi", *Revue de la régulation*, n°10 [En ligne] URL : http://regulation.revues.org/9439

MAUSS M. (2010 [1950]), *Sociologie et anthropologie*, Presses Universitaires de France, Paris, 540p.

MCCASTER R., BATIFOULIER P., DOMIN J-P. (2015), "Health is a matter of social definition", *Revue de la régulation*, n°17 [En ligne] URL : http://regulation.revues.org/11103

MCCORD M.-J. (2000), *Micro-Insurance: a Case Study of an Example of the Mutual Model of Micro-Insurance Provision*, UMASIDA, Nairobi, MicroSave Africa, 25p.

MCKINNON B, HARPER S., KAUFMAN J. S. (2015), "Who benefits from removing user fees for facility-based delivery services ? Evidence on socioeconomic differences from Ghana, Senegal and Sierra Leone", *Social Science and Medicine*, vol. 135, pp 117-123.

MEESSEN B., VAN DAMME W. (2005), "Systèmes de santé des pays à faible revenu : vers une révision des configurations institutionnelles ? ", *Mondes en développement*, n°131, pp 59-73.

MILLER FRANCO L., MBENGUE C., ATIM C. (2004), *La participation sociale dans le développement des mutuelles de santé au Sénégal*, PHRplus, USAID/Sénégal, 53p.

MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE (2013), *Plan stratégique de développement de la Couverture Maladie Universelle au Sénégal, 2013-2017*, Dakar, 125p.

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION (2009), *Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018*, Dakar, 86p.

MLADOVSKY P. (2014), "Why do people drop out of community-based health insurance ? Findings from and exploratory household survey in Senegal", *Social Science & Medicine*, Vol. 107, pp 78-88.

MLADOVSKY P., MOSSIALOS E. (2008), "A conceptual framework for community-based health insurance in low-income countries: social capital and economic development", *World Development*, vol 36, n°4, pp 590-607.

MLADOVSKY P., NDIAYE A., NDIAYE P., LELUBRE B., SOORS W. and CRIEL B. (2014), *Les mutuelles de santé et le capital social MUCAPS: trois études de cas sénégalaises*, The London School of Economics and Political Science, London, UK, 198p.

MONGA C. (1994), *Anthropologie de la colère*, L'Harmattan, 168p.

MOQUET M-J. (2008), "Inégalités sociales de santé : des déterminants multiples", *La Santé de l'Homme*, n°397, pp 17-19.

MOSSÉ P., BRUNET JAILLY J. (2005), "Éléments pour une économie politique de la santé". In MAURICE M., MOSSÉ P., TCHOURIAN R. (dir) : *Pour une économie politique du travail. Morale et action dans l'œuvre de François Sellier*, Octarès éditions, pp 165-186.

MUSANGO L., MARTINY P., PORIGNON D., DUJARDIN B. (2004), "Le profil des membres et des non-membres des mutuelles de santé du Rwanda : le cas du district sanitaire de Kabutare", *Cahier de santé*, vol. 14, n° 2, 93-99.

MWEDZI C. (2013), Les mutuelles de santé au Rwanda [En ligne] Enda, IWPAR, URL : http://www.iwpar.org/id-15-rwanda-les-mutuelles-de-sante.html

NATIONS UNIES (2011), *Objectifs du Millénaire pour le développement, Rapport de 2011*, Nations Unies, New York, 67p.

NATIONS UNIES (2014), *Objectifs du Millénaire pour le développement*, *Rapport 2014*, Nations Unies, New York, 56p.

NDIAYE M. (2009), *Étude de faisabilité d'une mutuelle de santé au sein des associations des PV VIH du département de Mbour*, Mémoire de fin d'études, sous la direction de DIOP O., CESAG, Dakar, 82p.

NDOYE T., FALL A. S. (2010), *Evaluation de la perception communautaire sur les prestations offertes dans les formations sanitaires des districts de Sokone, Gossas, Kaffrine et Koungheul, après quatre ans d'interventions du projet ASSRMKF*, LARTES-IFAN, Dakar, 131p.

NGONGANG I. (2014), "Économie sociale, une alternative de développement", *Bulletin de Solidarité Mondiale,* n°97, Bruxelles, pp 6-9.

NIASSE A. (2010), *Étude de faisabilité pour la mise en place de mécanismes de garantie des mutuelles de santé de la région de Saint-Louis, rapport final*, Union des mutuelles de santé de la Région de Saint-Louis, 45p.

NORTH D. (2005), *Le processus du développement économique*, Editions d'Organisation, Paris, 237 p.

NTAMWISHIMIRO SOUMARE A. (2006), *Contractualisation entre les mutuelles de santé et l'offre de soins au Sénégal*, BIT/STEP Afrique, 32p.

OLIVIER DE SARDAN J-P., BIERSCHENK T. (1993), "Les courtiers locaux du développement", *Bulletin de l'APAD*, n°5 [En ligne] URL : http://apad.revues.org/3233

OMS (2008), *Rapport sur la santé dans le monde : les soins de santé primaires, maintenant plus que jamais*, Presses de OMS, Genève, 125p.

OMS (2010), *Rapport sur la santé dans le monde : le financement des systèmes de santé, le chemin vers une couverture universelle*, Presses de l'OMS, Genève, 120p.

OSBORNE D., GAEBLER T. (1992), *Reinventing Government: How the Entrepreneurial Spirit is Transforming the Public Sector,* Addison-Wesley Publishing Company, 405p.

OUATTARA O., SOORS W. (2007), "Social health insurance in French-speaking sub-Saharan Africa: situation and current reform". In HOLST J., BRANDRUP-LUKANOW A. (éd) : *Extending Social Protection in Health*, Berlin, pp 57-62.

PAMAS (2008), *Appui institutionnel à la CAFSP du Ministère de la Santé et de la Prévention et renforcement des mutuelles ainsi que de leur structure de coordination régionale dans les régions de Diourbel, Fatick, Kaolack et Kaffrine*, La CTB au développement, 109p.

PAPPAS G., QUEEN S., HADDEN W., FISCHER G. (1993), "The increasing disparity in mortality between socioeconomic groups in the United States, 1960 and 1986", *The New England Journal of Medicine,* vol. 329, n°2, pp 103-109.

PAWSON R., GRENNHALGH T., HARVEY G., WALSHE K. (2004), *Realist synthesis: An introduction*, ESRC Research Methods Programme, University of Manchester, 46p.

PEETERS R. (2014), "Responsabilisation on Government's Terms : New Welfare and the Governance of Responsability and Solidarity", *Social Policy and Society*, vol. 12, Issue 4, pp 583-595.

PETRE D. (2014), "Économie solidaire, je revendique ce que je fais, je fais ce que je revendique", *Bulletin de Solidarité Mondiale*, n97, Bruxelles, pp 10-11.

PHELAN J., LINK B., TEHRANIFAR P. (2010), "Social Conditions as Fundamental Causes oh Health Inequalities. Theory, Evidence, and Policy Implications", *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 51, Suppl, pp 28-40.

PIRAUX J. (2000), "Groupements de femmes rurales au Sénégal. Espaces de liberté ou plates-formes pour le changement ?", *Bulletin de l'APAD*, n°20 [En ligne] URL : http://apad.revues.org/230

PLASSART A. (2011), "La protection sociale : un enjeu mondial ? ". In KEROUEDAN D. (dir) : *Santé internationale. Les enjeux de santé au Sud*, Presses de Sciences Po, Hors collection, Paris, pp. 247-259.

PLATTEAU J.-P. (2004), "Community-based development in the Context of Withingroup heterogeneity", *ABCDE*, World Bank, pp 241-270.

POLANYI K. (2009 [1944]), *La grande transformation : Aux origines politiques et économiques de notre temps*, Gallimard, Paris, 476p.

POLANYI K. (2011 [1977]), *La subsistance de l'homme : la place de l'économie dans l'histoire et la société*, Flammarion, 420p.

POWELL-JACKSON T., ANSAH E.K. (2015), "The indirect effects of subsidised healthcare in rural Ghana", *Social Science and Medicine*, vol. 144, n°96, pp 96-103.

PREKER A. S., CARRIN G., KAJAB M., HSIAO W., ARHIN-TENKORANG D. (2004), "Rich-poor differencies in health care financing". In PREKER A. S., CARRIN G. (éd) *: Health financing for poor people – resource mobilization and risk sharing*, The World Bank, Washington, pp 3-52.

PESCHE D. (2007), "Pour la construction d'un champ du développement rural", *Bulletin de l'APAD*, n°9 [En ligne] URL : http://apad.revues.org/1511

PRÉVOST B. (2010), "Douglass North : hétérodoxie néo-institutionnelle versus néolibéralisme ?", *Revue de la régulation*, n°7 [En ligne] URL : http://regulation.revues.org/7719

PRITCHETT L. (2006), "La quête continue", *Finances & Développement*, mars, pp 18-22.

QIAN Y. (2003), "How reform worked in China". In RODRIK D. (éd) : *In Search of Prosperity*, Princeton University Press, pp 297-333.

RAMAUX C. (2007), "Quelle théorie pour l'État social ? Apports et limites de la référence assurantielle", *Revue française des affaires sociales*, n°1, pp 13-34.

REBÉRIOUX A., BIENCOURT O., GABRIEL P. (2001), "La dynamique des conventions entre consensus et conflit". In BATIFOULIER P. (dir) : *Théorie des conventions*, Economica, Paris, pp 253-277.

REGNARD Y., ROUSSEAU A. (2007), "Gouvernance responsable et Mutualité : Quelle légitimité pour les mutuelles de santé ? ", *Communication aux VIIe Rencontres du RIUESS*, Rennes, 24 et 25 mai.

RICHARD V (2005), "Financement communautaire de la santé en Afrique : les mutuelles de santé", *Médecine Tropicale*, vol. 65, pp 87-90.

RIDDE V. (2010), *Les communautés améliorent la prise en charge des indigents, Note d'information recherche-action*, Projet Exemption communautaire du paiement des services de santé au Burkina Faso.

RIDDE V. (2012), *L'accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest, au-delà des idéologies et des idées reçues*, Les presses de l'université de Montréal, 344p.

RIDDE V., HADDAD S., YACOUBOU M., YACOUBOU I. (2010), "Exploratory study of the impacts of Mutual Health Organizations on social dynamics in Benin, *Social Science & Medicine*, vol 71, n°3, pp 467-474.

RIDDE V., ROBERT E., GUICHARD A., BLAISE P., VAN OLMEN J. (2012), "L'approche Realist à l'épreuve du réel de l'évaluation des programmes", *Revue Canadienne d'évaluation de programme*, Vol 26, n°3, pp 37-59.

ROBERT E., RIDDE V. (2013), "Global health actors no longer in favor of user fees : a documentary study", *Global Health*, vol. 9, n°29, 16p.

RON A., ABEL-SMITH B., TAMBURI G. (1990), *Health insurance in developing countries, the social security approach*, ILO, Geneva, 231p.

SAMBO L. (2009), *Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays, Sénégal*, Bibliothèque de l'OMS, Bureau régional de l'Afrique, Inde, 57 p.

SAMUELSON P. (1954), "The pure theory of public expenditure*", Review of Economics and Statistics*, vol 36, n°4, pp 387-389.

SARR C.M. (2007), *Étude de faisabilité de la réassurance pour les mutuelles de santé de la région de Thiès*, Mémoire de fin d'études, sous la direction de LAFARGE H., CESAG, Dakar, 92p.

SCHNEIDER P. (2005), "Trust in micro-health insurance : an exploratory study in Rwanda", *Social Science & Medicine*, vol. 61, pp 1430-1438.

SERVET J-M. (2006), *Banquiers aux pieds nus*, Odile Jacob, 2006, 511p.

SERVET J-M (2007), "Le principe de réciprocité chez Karl Polanyi, contribution à une définition de l'économie solidaire", *Revue Tiers Monde*, n°190, pp 255-273.

SHAFIE A., HASSALI M. (2013), "Willingness to pay for voluntary community-based health insurance: findings from an exploratory stufy in the state of Penang, Malaysia", *Social Science and Medicine*, vol. 96, pp 272-276.

SHAFIK A., CRIEL B. (2011), "Assurance-maladie à base communautaire : rappelez-moi pourquoi sommes-nous là ? ", *Bulletin of World Health Organization*, Vol. 89, n°9, p 622.

SORO D., SERGE F. (2013), *Analyse comparative de la dynamique de développement des mutuelles sociales au Sénégal : cas des mutuelles Wer Ak Werle et Transvie*, Mémoire de fin d'études, sous la direction de DIOP O., LAFARGE H., CESAG, Dakar, 127p.

SOSSA T. (2011), "L'assurance maladie en Afrique subsaharienne: Entre marché, État et organisations solidaires" [En ligne] *The Graduate Institute*, URL: http://graduateinstitute.ch/Jahia/site/iheid/cache/bypass/pid/5177.

SOW O. (2007), *Couverture des indigents à travers les mutuelles de santé : étude de cas sur les expériences au Sénégal*, FPS/Financement social, USAID, 93 p.

SPAAN E., MATHIJSSEN J., TROMP N., McBAIN F., HAVE A., BALTUSSEN R. (2012), "The impact of health insurance in Africa and Asia: a systematic review", *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 90, Issue 9, pp 685-692.

STARFIELD B., SHI L., MACINKO J. (2005), "Contribution of primary care to health systems and health", *The Milbank Quarterly*, vol. 83, n°3, pp 457-502.

STIGLITZ J. E. (2002), *La Grande Désillusion*, Fayard, Paris, 407p.

SWEDBERG R. (2006), "Quand la sociologie économique rencontre l'économie des conventions". In EYMARD-DUVERNAY F. (dir) : *L'économie des conventions, méthodes et résultats*, La découverte, Paris, pp 77-92.

TADJUDJE W. (2010), "Tentatives de définition de l'Économie Sociale et Solidaire : quelle place occupent les organisations traditionnelles en Afrique ? ", *Communication aux Xièmes rencontres du RIUESS,* Luxembourg, 2, 3 et 4 juin.

TALL S.M. (1998), "La Décentralisation et le Destin des Délégués de Quartier à Dakar (Sénégal)", *Bulletin de l'APAD*, n°15 [En ligne] URL : http://apad.revues.org/567

THÉRET B. (2011), "L'avenir de l'État social. Une perspective polanyienne". In BATIFOULIER P., BUTTARD A., DOMIN J-P. (dir) : S*anté et politiques sociales : entre efficacité et justice. Autour des travaux de Maryse Gadreau*, Eska, pp 18-29.

TINE J. (2000), *Les mutuelles de santé rurales de la région de Thiès au Sénégal. Des initiatives communautaires pour améliorer l'accès aux soins de santé*, Center for Development Research (ZEF), Bonn.

TIZIO S. (2004), "Entre état et marché. Une nouvelle régulation sanitaire pour les pays en développement ? ", *Revue Tiers Monde*, n°179, pp 643-663.

TIZIO S. (2005), "Trajectoires socio-économiques de la régulation des systèmes de santé dans les pays en développement : une problématique institutionnelle", *Mondes en développement*, n°131, pp. 45-58.

TOUCAS-TRUYEN P. (1998), *Histoire de la mutualité et des assurances*, Syros, Paris, 204p.

TOUSSIIDA KAGAMBEGA M. (2014), "Les populations à faible revenu et la protection sanitaire au Burkina Faso : les conditions d'une adhésion des populations aux principes mutualistes", *SociologieS* [En ligne] URL : http://sociologies.revues.org/4721

TREISMAN D. (2000), "Causes of Corruption : A Cross national *Study", Journal of Public Economics*, vol. 76, pp 399-457.

TRICKETT E.J., BEEHLER S., DEUTSCH C., GREEN L.W., HAWE P., MCLEROY K., MILLER R.L., RAPKIN B.D., SCHENSUL J.J., SCHULZ A.J., TRIMBLE J.E. (2011), "Advancing the science of community-level interventions", *American Journal of Public Health*, vol. 101, n°8, pp 1410-1419.

TSAFACK NANFOSSO R. A. (2007), "La culture Africaine et l'économie sociale solidaire". In TSAFACK NANFOSSO R. A. (dir) : *L'Économie Solidaire dans les Pays en Développement*, L'Harmattan, Paris, pp 109-126.

UNDP (1995), *Public sector management, governance and sustainable human development*, New York, 130p.

VANDERMOTTEN C., BA C. O. (2008), "Les organisations de producteurs dans les politiques agricoles". In DAHOU T. (éd.) : *Libéralisation et politique agricole au Sénégal*, Karthala, pp 25-46.

VANDERPUTTEN P. (2012), "L'école et la santé : un esprit sain dans un corps sain ! ", *Xibaru CTB*, n°10, p2.

VERSTRAETEN B., VANDURME P., BEIRINCKX K., JUSTAERT G., SINTUBIN S., VANBELLE V., LESIRE C. (2010), *La protection sociale : une question de changement social. Vision et stratégies des mouvements sociaux*, Solidarité Mondiale asbl, Bruxelles, 31p.

VILANE C. (2006), *Étude sur le rôle des Mutuelles de Santé au Sénégal*, Document de travail, Enda, CRDI, 27p.

VILLANE C., FAYE M. (2008), "Les mutuelles de santé, un outil d'extension de la couverture du risque maladie au Sénégal". In FORUM KURUKAN FUGAN (éd) : *Guide des initiatives santé*, Dakar, pp 14-21.

VISWANATHAN M., AMMERMAN A., ENG E., GARLEHNER G., LOHR K.N., RHODES S., SAMUEL-HODGE C., MATY S., LUX L., SUTTON S.F., SWINSON T., JACKMAN A., WHITENER L. (2004), *Community-Based Participatory Research : Assessing the Evidence : Summary*, Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, 132p.

VUARIN R. (2000), *Un système africain de protection sociale au temps de la mondialisation ou « Venez m'aidez à tuer mon lion… »*, L'Harmattan, Paris, 252p.

WADE A.D. (2007), "La mise en réseau des mutuelles de santé au Sénégal". In WAELKENS M-P., CRIEL B. (éd) : *La mise en réseau de mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest, l'union fait-elle la force ? Les enseignements d'un colloque international organisé à Nouakchott en 2004*, IMT, Anvers, pp 65-84.

WADE Y. (2007), "The importance of social dialogue in the extension of coverage". In Brandrup-Lukanow A., Krech D. : *Extending Social Protection in Health*, GTZ, Eschborn, pp 100-103.

WAELKENS M., CRIEL B. (2004), *Les mutuelles de santé en Afrique subsaharienne. État des lieux et réflexions sur un agenda de recherche*, The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, 129p.

WALT G., SHIFFMAN J., SCHNEIDER H., MURRAY S.F., BRUGHA R., GILSON L. (2008), "Doing" health policy analysis: methodological and conceptual reflections and challenges", *Health Policy and Planning*, vol. 23, n°5, pp 308–317.

WANG H., SWITLICK K., ORTIZ C., CONNOR C., ZURITA B. (2010), *Manuel sur l'assurance maladie: comment l'opérationnaliser*, Maryland: Abt Associates Inc., Projet Health Systems, 131p.

WHO (2015), *Health in 2015 : from MDGs, Millenium Development Goals to SDGs, Sustainable Development Goals*, World Health Organization Press, Geneva, 204p.

WILLIAMS D. R., COLLINS C. (1995) "US Socioeconomic and Racial Differences in Health : Patterns and Explanations", *Annual Review of Sociology*, vol. 21, pp 349-386.

WINKLEBY M.A., JATULIS D.E., FRANK E., FORTMANN S.P. (1992), "Socioeconomic status and health: how education, income, and occupation contribute to risk factors for cardiovascular disease", *American Journal of Public Health*, vol. 82, n°6, pp 816-820.

WORLD BANK (1989), *Sub-Saharien Africa. From Crisis to Sustainable Growth. A long-Terme Perspective Study*, The International Bank for Reconstruction/The World Bank, Washington D.C., 300 p.

WORLD BANK (1992) *Governance and Development*, The World, Bank, Washington, 69p.

YAO A. (2006), *Un système de santé africain financièrement accessible et durable au XXIe siècle*, Document de travail, Research Matters, 16p.

YAPI G. S. (2005), *Étude d'évaluation de la situation actuelle des IPM et des mutuelles de santé dans une perspective d'extension de la couverture maladie au Sénégal*, Mémoire de fin d'études, sous la Direction de LAFARGE H., DIOP O., CESAG, Dakar, 100p.

ZWEIFEL P. (2004), "Private health insurance in developing countries: supply, Report submitted to the World Bank", *Background paper presented at Wharton Impact Conference on Voluntary Health Insurance in Developing Countries*, University of Pennsylvania, USA, March 15-16.

Annexes

ANNEXE 1 : Présentation de quelques associations

Nous parlons à plusieurs reprises de certaines associations qui ont un poids important dans le développement des mutuelles de santé au Sénégal : Enda Graf Sahel, Intermondes, PROMUSAF, Solidarité Mondiale. Voici une rapide présentation de ces quelques organisations.

- Enda Graf Sahel

L'association est membre de l'ONG internationale Enda Tiers-monde (constituée en 1972 au Sénégal), qui agit en Afrique. Sa mission est la « *construction d'une société politique dont tous les membres, conscients de leurs propres intérêts, de ceux des autres comme de leurs interrelations, participent en pleine responsabilité à la régulation collective*[135]. » Des antennes de l'association sont disséminées dans plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest. Le secrétaire exécutif, Emmanuel Seyni Ndione, coordonne l'action d'Enda Graf Sahel, qui se découpe en plusieurs programmes d'activités (Environnement, Développement durable, Education, Aménagement du territoire, Nutrition, Agriculture et développement rural, Pêche, Elevage, Agroalimentaire, Eau et assainissement, Santé, Santé de la reproduction, Droits humains, Gouvernance).

- Intermondes

L'association Sénégalaise était à l'origine une antenne d'Enda Graf, et a obtenu sa reconnaissance juridique en avril 2008. Militant pour une société plurielle, solidaire, inclusive, à travers la réduction de la pauvreté dans ses dimensions économiques, politiques, sociales et environnementales, les activités sont variées : santé communautaire, prévention, promotion de la santé de la reproduction, protection de l'enfant, microcrédit, développement local, gestion des ressources naturelles.

- Solidarité Mondiale

Agissant en Belgique et dans les pays du Sud, l'ONG est constituée par le Mouvement-Ouvrier Chrétien belge et ses organisations membres (Confédération des Syndicats Chrétiens, Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes, Vie Féminine, Équipes Populaires, Jeunes Organisés et Combatifs). Sa Mission, à travers les activités d'aide au développement (principalement sur le travail décent et la protection sociale), est de « *renforcer les mouvements sociaux en Afrique, en Asie et en Amérique Latine pour qu'ils soient des acteurs de changement et des agents de développement*

[135] http://www.endagrafsahel.org/Realisations-de-Enda-Graf-Sahel-3

en faveur des populations locales[136]. » L'ONG appui financièrement et techniquement les organisations de 24 pays du Sud.

- PROMUSAF

Le Programme d'Appui aux Mutuelles de Santé en Afrique Subsaharienne est fixé sur trois axes d'intervention : la santé communautaire, la microfinance et la consolidation de la société civile. Le PROMUSAF a été mis en place avec l'appui de l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétienne de Belgique et Solidarité Mondiale. Le but de ce programme est d'abord d'améliorer l'accès financier des populations pauvres aux soins de santé de qualité, à travers la promotion des mutuelles de santé. Il consiste à apporter une coordination technique, en s'appuyant sur des structures relais dans les pays africains. Les activités au Sénégal sont diverses : appui à la mise en place de mutuelles, communication pour la prévention, les changements de comportements, formation, conseil, évaluation, recherche, actions de plaidoyer, alphabétisation fonctionnelle.

[136] http://www.solmond.be/-Qui-sommes-nous-

ANNEXE 2 : Classement des couvertures maladies dans 23 pays d'Afrique de l'Ouest et centrale

Pays	Régimes obligatoires non contributifs	Régimes obligatoires contributifs	Régimes volontaires contributifs	Extension
Bénin	Couverture nationale pour les fonctionnaires et leur famille, avec un ticket modérateur de 20%. Gratuité pour les indigents et certains actes médicaux (vaccins par exemple)**.	Les maladies sont prises en charges par la Sécurité sociale (CNSS) pour les fonctionnaires et les salariés du secteur privé. Avec les régimes obligatoires non contributifs, moins de 10% de la population est protégée en 2009. Quelques régimes d'entreprises contributifs existent mais sont limités.	Les Mutuelles de Sécurité sociale sont destinées à couvrir l'économie populaire, elles ont fusionnées en 2009 pour donner la Mutuelle de Sécurité sociale du Bénin ou MSSB (protection de 12000 personnes en 2009 environ). Les mutuelles communautaires sont au nombre de 263 en 2011 dont 195 fonctionnelles, protégeant 2,5% de la population. Le cadre règlementaire de l'UEMOA (Union Économique et Monétaire Ouest Africaine) est mis en place pour les mutuelles de santé*. En 2009, 0,9% de la population est protégée par une assurance privée.	« RAMU » : extension vers une couverture universelle. Volonté de création d'une mutuelle de santé des agents de l'État, amélioration de la MSSB, obligation d'adhésion pour les entreprises publiques et privées, aide à la création de mutuelles communautaires avec la mise en place d'un cadre réglementaire (une mutuelle de santé dans chaque commune d'ici 2016).
Burkina Faso	La Caisse Autonome de retraite des fonctionnaires prend en charge les accidents du travail depuis 2006 (les soins de santé aussi normalement, mais absence de modalités d'application). Gratuité pour la population indigente, les étudiants, ainsi que certains actes médicaux.	La Sécurité sociale ne prend en charge que les maladies professionnelles et la protection maternelle et infantile. En tout, les régimes obligatoires couvriraient 2% de la population en 2009. Certains régimes médicaux d'entreprises existent mais sont limités aux maladies liées au travail.	Cadre règlementaire de l'UEMOA pour les mutuelles de santé*. En 2013, on comptait 188 mutuelles protégeant 256 015 bénéficiaires. Il existe des mutuelles étudiantes couvrant 30% des étudiants. Les assurances privées couvrent moins de 1% de la population.	Création d'un système combinant assurance maladie obligatoire (AMO) et assurance maladie volontaire (AMV). Volonté de créer des mutuelles dans chaque commune avec une union nationale.
Cameroun	Pour les fonctionnaires et leur famille avec un ticket modérateur pour les maladies non liées au travail. Programmes gratuits contre le paludisme ou pour les vaccinations.	La Sécurité sociale prend en charge les maladies professionnelles uniquement. Environ 10% de la population serait protégée par les régimes obligatoires.	158 mutuelles de santé en 2010, dont 129 communautaires et d'autres liées à des groupes professionnels (pour une protection d'environ 1,3% de la population en 2009). Il existe au sein du Ministère de la Santé une cellule d'appui aux mutuelles de santé, et des avant-projets de loi sont en élaborés mais ne connaissent pas d'avancées. La part de la couverture privée est minime.	Insérer une branche maladie au sein de la Sécurité sociale, rendre la couverture maladie obligatoire pour tous les Camerounais. Prestations complémentaires assurées par les mutuelles communautaires (forte promotion pour les travailleurs informels) et les entreprises privées de couvertures.
Cap-Vert	Pour les fonctionnaires et leurs familles,	Il existe une branche maladie au sein de la	Peu de mutuelles, difficultés de trouver des nombres suffisants d'adhérents. Absence de cadre	Volonté de création d'une couverture universelle. Renforcement de l'INPS,

	régime récemment intégré au sein de l'Institut National de Prévoyance Sociale. Gratuité pour certaines catégories de la population.	Sécurité sociale. 60 % de la population serait protégée par ces systèmes obligatoires.	institutionnel. Présence de plusieurs assurances privées liées à des groupes professionnels ou à des entreprises.	et rééquilibrage de son budget.
Congo (Brazzaville)	Gratuité de certains actes (césarienne, traitement antipaludéen, examens de laboratoire, antirétroviraux).	Loi de 2011 réinstituant le système de Sécurité sociale pour les salariés du secteur privé, les fonctionnaires avec une branche couverture maladie. Des instituts de prévoyance maladie peuvent être créés au sein des entreprises.	Les assurances privées sont en pleine expansion. Le nouveau régime de Sécurité sociale comporte des régimes volontaires pour les indépendants, ainsi que pour toute personnes remplissant les conditions d'affiliation avec une branche couverture maladie.	Projet de couverture maladie universelle et obligatoire à partir de la Sécurité sociale.
Côte d'Ivoire	Protection des maladies professionnelles pour les fonctionnaires.	La Caisse Nationale de Prévoyance Maladie prend en charge le secteur privé pour les maladies professionnelles. Une mutuelle existe pour les fonctionnaires (MUGEFCI). 5% de la population serait couverte par les régimes obligatoires.	Cadre règlementaire de l'UEMOA pour les mutuelles de santé*.	Développement de la couverture maladie universelle (AMU) gérée par la CNAM, pour toute personne résidante, avec un régime contributif proposant une faible cotisation mensuelle pour les soins de base, et un régime non contributif pour les indigents. La couverture maladie universelle doit démarrer dans l'année 2014.
Gabon	CNAMGS (Caisse Nationale de couverture Maladie et de Garantie Sociale) possédant un fonds pour les gabonais économiquement faibles, financé par les taxes sur les opérateurs téléphoniques et les transactions financières.	La CNAMGS possède un fond pour les salariés du secteur privé et un fond pour les salariés du public, financés par cotisation et imposition.	6 % de la population environ serait protégée grâce aux assurances privées. Les mutuelles communautaires sont peu nombreuses, et protègent une faible partie de la population. Il n'existe pas de cadre institutionnel.	Renforcer la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale (CNAMGS), continuer les immatriculations. La couverture maladie s'est d'abord étendue vers les fonctionnaires, les étudiants en 2011 et le secteur privé et parapublic en 2013.Régime pour les populations vulnérables se basant sur des taxes (téléphone, transferts de fonds)
Gambie	Paquet de soins essentiels pour les enfants, les mères, les indigents.	Couverture des accidents du travail pour les fonctionnaires et les salariés du secteur privé par		Amener des fonds pour les indépendants, les travailleurs à domicile. Développer une couverture maladie sociale. Créer un

		la Sécurité sociale. Les cotisations ne sont que patronales, et l'État contribue comme un employeur du privé.		environnement institutionnel adéquat pour aider les communautés à prendre elles-mêmes soin de leur santé (couverture maladie communautaire).
Ghana	Prise en charge pour les indigents au niveau des mutuelles de district.	Mutuelles de santé de district pour tous. Le système est financé par les cotisations ainsi qu'une TVA à 2,5%. 62 % de la population était enregistrée dans une mutuelle en 2009. Adhésion obligatoire progressive.	47 mutuelles privées en 2003, faible couverture de la couverture privée. Le cadre institutionnel est adapté pour les DMHIS (les mutuelles de santé de district autonomes).	De nombreux défis à relever, dans les disparités régionales, les problèmes de coordination, de qualité et de financements.
Guinée	Les fonctionnaires ont une protection sociale mais sont exclus du système de couverture maladie.	Branche maladie au sein de la Sécurité sociale. 3% de la population bénéficierait de ce régime en 2010.	Pas de cadre institutionnel pour les mutuelles communautaires. 1,2 % de la population serait protégée par une mutuelle de santé en 2009 (110 mutuelles de santé en 2004). Beaucoup se tournent vers les assurances privées pour compléter.	Lignes budgétaires pour soigner les fonctionnaires, volonté de création de mutuelles par ministère. Promotion des mutuelles pour la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement notamment et dans les milieux ruraux.
Guinée-Bissau	Institut nationale de Prévoyance Sociale pour les fonds de gratuité envers certaines catégories de la population.	INPS pour les fonctionnaires et une partie du privé (moins de 2% de la population), concernant les maladies professionnelles et comprenant une assistance médicale.	Cadre règlementaire de l'UEMOA pour les mutuelles de santé*. Systèmes de prépaiement anticipé. Ces couvertures de groupes se basent sur les communautés rurales. Le village fixe le barème.	Amélioration de l'INPS, études pour évaluer les besoins des populations vulnérables. Valorisation de l'approche communautaire.
Guinée équatoriale		Couverture maladie au sein de la Sécurité sociale (INSESO) pour les travailleurs du privé et les fonctionnaires (60 000 bénéficiaires en 2010).		Etendre les services et la couverture aux populations les plus vulnérables
Libéria	Contexte post-conflit. Il existe un paquet de services de santé de base (soins maternels, enfants, lutte contre les			Reconstruction d'un système de santé permettant de gérer les inégalités face à l'accès au soin avec la problématique principale du financement.

	maladies transmissibles, santé mentale, soins d'urgence, santé de la reproduction) depuis 2007. Subventionnement pour la durée de la Politique nationale de santé (2007-2011) pour tous.			
Mali	Gratuité pour certaines catégories de la population, fonds pour les indigents financé par l'État et les collectivités territoriales.	Couverture maladie obligatoire assurée par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) pour les fonctionnaires et les salariés du secteur privé avec un ticket modérateur de 20%. 4 % de la population serait couverte par ces régimes obligatoires, mais 16,3% devrait pouvoir en bénéficier.	Une centaine de mutuelles de santé en 2011 pour une couverture de 2,7% de la population. Il existe un cadre institutionnel (Code de la mutualité) et le Cadre règlementaire de l'UEMOA *. Moins de 1% de la population est protégée par une assurance privée. Il existe des régimes d'entreprises (mutuelles professionnelles) qui couvriraient environ 9% des travailleurs.	Stratégie nationale d'extension de la couverture maladie par les mutuelles de santé et l'AMO notamment pour les fonctionnaires. Création d'un régime d'assistance médicale pour les indigents (à terme, 22% de la population devrait être couverte par les couvertures obligatoire et ce régime).
Mauritanie	Pour les fonctionnaires et leur famille. Mesures pour les indigents mais sans critères fixes ni suivi.	Pour les fonctionnaires et leur famille avec un ticket modérateur. 1,5 % de la population serait couverte par la couverture obligatoire. La Sécurité sociale prend uniquement en charge la médecine du travail et les accidents, les cotisations ne sont pour ces branches que patronales.	Développement depuis 2001 de formes communautaires de couverture santé pour étendre l'accès aux soins de santé surtout pour les femmes, démarche promue par le Ministère de la Santé, mais encore sans cadre institutionnel défini.	Mise en place d'une couverture universelle obligatoire et progressive. Création d'une caisse pour les indigents, promotion des moyens communautaires pour partager le financement. Évolution axée sur la protection de la mère et de l'enfant.
Niger	Pour les fonctionnaires et leur famille, 80% pris en charge par l'État (2,6% de la population). Certains actes médicaux gratuits.	Accidents du travail pris en charge par le Sécurité sociale avec une cotisation patronale pour les salariés du secteur privé,	Les assurances privées couvrent moins de 1% de la population. Cadre règlementaire de l'UEMOA pour les mutuelles de santé*, loi de 2009 portant sur l'adaptation des mutuelles au contexte du développement (protection pour également moins de 1% de la population).	Promotion des mutuelles de santé communautaires pour compléter et étendre l'accès aux soins à tous.

		avec un accès aux services médico-sociaux de la caisse. Les bénéficiaires ne comptaient que pour 0,08% de la population en 2009. Forme de couverture maladie interne aux entreprises pour le secteur parapublic.		
Nigéria	Assurance maladie nationale pour les indigents. Branche du National Health Insurance Scheme (NHIS) pour les enfants, les personnes handicapées et les détenus.	La Caisse de couverture sociale gère depuis peu les accidents du travail pour les salariés du secteur privé et les fonctionnaires (cotisations patronales uniquement). Il existe au sein du NHIS les régimes de couverture maladie pour les fonctionnaires, les salariés du secteur privé, les indépendants, et pour les communautés rurales (économie populaire). 3% de la population serait couverte par le NHIS en 2011.	Le régime au sein du NHIS concernant les indépendants et les communautés rurales est volontaire. Les assurances privées sont importantes pour les employeurs et les salariés du secteur privé, principalement accordées par le biais des entreprises.	Projet de couverture universelle en appliquant le NHIS. Il devrait couvrir 5% de la population dans sa première phase.
République centrafricaine	Régime public pour les fonctionnaires et leur famille. Gratuité pour certains actes.	Votée en 2006, l'instauration de la Caisse nationale de Sécurité sociale pour couvrir le privé, les indépendants mais aussi l'économie populaire (branche couverture maladie).	Le régime spécial pour les travailleurs indépendants, agricoles, ou de l'économie populaire, est volontaire.	Renforcement et développement des statuts juridiques et institutionnels de la CNSS fixés en 2009.
République démocratique du Congo	Régime général pour les fonctionnaires (avantages sociaux).	Institut National de Sécurité Sociale pour les maladies professionnelles des salariés du secteur privé,	Loi de 1958 sur les associations mutualistes, revue en 2008. Approche communautaire développée, environ 300 000 personnes couvertes par une mutuelle en 2010, bons taux de pénétration. Très peu	Valorisation des initiatives communautaires. Développement de la couverture maladie obligatoire. Mise en place d'un fond d'équité,

		accès aux centres de santé de l'institut. Des instituts de prévoyance peuvent être créés au sein des entreprises. Lancement en 2011 d'une mutuelle pour les enseignants (cotisations et subventions de l'État).	d'informations sur les assurances privées.	subventionnement pour certaines catégories, exonérations pour certains entrants.
Sénégal	Pour les fonctionnaires et leurs familles (ticket modérateur). Plan Sésame pour les plus de 60 ans, gratuité pour certains actes médicaux et les indigents. 12,52% de la population serait protégée par ce régime obligatoire et la gratuité en 2009.	Les Instituts de Prévoyance Maladie (IPM) couvrent les salariés du secteur privé. 3,6% de la population serait protégée par les IPM en 2009.	Cadre institutionnel pour les mutuelles communautaires. Cadre règlementaire de l'UEMOA pour les mutuelles de santé*. 164 mutuelles de santé en 2009, dont 149 communautaires et 15 socioprofessionnelles (couverture de 3,79% de la population en 2003). 0,22 % de la population serait protégée par une assurance privée. Une mutuelle nationale existe pour les routiers.	Renforcer les couvertures nationales, modifier le cadre juridique obsolète des Instituts de prévoyance maladie, développer la mutualité communautaire, socioprofessionnelle et les formes communautaires de couverture en général.
Sierra Leone	Pour les fonctionnaires et leur famille. Gratuité pour certains actes et certaines catégories de la population (mères et femmes enceintes notamment depuis 2010).			Mettre en place un paquet de base pour les services de santé essentiels pour tous et principalement pour les populations les plus vulnérables (mère, enfant). Développer en parallèle la couverture sociale et communautaire.
Tchad		Branche couverture maladie au sein de la Sécurité sociale, obligatoire pour les fonctionnaires et salariés du secteur privé. 3.95% de la population serait couverte par les régimes obligatoires.	0,4% de la population serait protégée par les assurances privées, et environ 1 % par les mutuelles communautaires. La branche maladie de la Sécurité sociale est volontaire pour toute autre personne (indépendants, informel).	La décentralisation doit être effective. Les branches obligatoires et volontaires doivent être renforcées.
Togo	Pour les fonctionnaires et leur famille (50% pour les actes médicaux, 100% pour	Minimum professionnel assuré par la Sécurité sociale pour les salariés du secteur privé.	Cadre règlementaire de l'UEMOA pour les mutuelles de santé*. Seule 0,2% de la population serait protégée par des assurances privées et 0,4% par les mutuelles communautaires en 2008.	Mise en place de l'Institut National d'Assurance Maladie Création de l'Institut national de couverture maladie pour protéger les

	l'hospitalisation sous condition de catégories).			fonctionnaires (environ 8% de la population), puis pour les autres catégories à partir de 2014.

Fait par l'auteur.
Sources : OMS, rapports sur le développement humain, Banque mondiale, Ministères de la Santé, Caisses de Sécurité sociale, PNUD, associations spécialisées dans les aides au développement entre les pays du Nord et du Sud, Concertation.org (concertation entre les acteurs du développement des mutuelles de santé en Afrique), Collège des économistes de la santé, rapports de progrès de la mise en place de la Sécurité sociale dans chacun des pays, Extension Mondiale de la Sécurité sociale, Association Internationale de la Sécurité sociale, Document de stratégie de réduction de la pauvreté dans chacun des pays, Plan national de développement sanitaire de chacun des pays, textes de lois.
* Cadre règlementaire de l'UEMOA pour les mutuelles de santé. Les ministres des Finances des pays membres ont adopté un règlement entré en vigueur le 1er juillet 2011 portant sur la règlementation et la promotion de la mutualité sociale.
** L'assistance, par nature non contributive, est regroupée avec les régimes obligatoires non contributifs (financée par imposition ou par la mise en place de taxes), même s'il est difficile de recenser toute la population à cibler.

ANNEXE 3 : Entretiens réalisés de 2013 à 2015

Nom	**Modalité d'enquête**	**Fonction**	**Date et lieu de l'entretien**
Demba Mame Ndiaye	Entretien direct	Président du Conseil d'Administration (PCA) de l'Union régionale des mutuelles de santé de Diourbel (URMUSAD)	Août 2013, Diourbel
Baba Gueye	Entretien direct	Gérant de l'URMUSAD	Août 2013, Diourbel
Mamadou Ndiaye	Entretien direct	Directeur exécutif d'Intermondes	Août 2013, Guédiawaye
Babacar Mbaye	Entretien direct	Chargé de programme à Intermondes	Août 2013, Guédiawaye
Idrissa Diop	Entretiens directs	Directeur du cabinet Hygea	Trois entretiens, en août et septembre 2013, Dakar
Bernard Taverne	Entretien direct	Anthropologue à l'IRD	Septembre 2013, Dakar
Coura Touté Elis Sow Ndeye Bigue Ka	Entretien direct groupé (assistée par M. Diallo, secrétaire du Remusac, pour la traduction)	Gérante de la mutuelle And Faju Présidente Secrétaire	Septembre 2013, Guédiawaye
CA de la mutuelle And Faju	Observation participante (assistée par M. Diallo, secrétaire du Remusac, pour la traduction)	Les participantes sont les représentantes de leur groupement féminin au sein de la mutuelle	Septembre 2013, Guédiawaye
Abdou Diagne	Entretien direct	Directeur de TransVie	Septembre 2013, Dakar
Farba Lamine Sall	Entretien direct	Economiste de la santé à l'OMS	Septembre 2013, Dakar
Issa Diouf	Entretien direct	Deuxième adjoint au maire	Septembre 2013, Guédiawaye
/ / Maguette Mbaye	Entretien direct groupé	Gérant de la mutuelle And Fagaru Président du comité de santé du poste de santé de l'Unité 14 Présidente du Remusac	Septembre 2013, Guédiawaye
Alioune Niasse	Entretien direct	Coordinateur de l'Union régionale des mutuelles de Saint Louis	Septembre 2013, Saint Louis
Lamine Mbaye	Entretien direct	Président de la mutuelle Goxu-Mbathie	Septembre 2013, Saint Louis

Yatma Sylla	Entretien direct	Socioéconomiste, spécialisé dans les coopératives, consultant au Ministère de l'Agriculture	Septembre 2013, Dakar
Jean-Pierre Bellefleur	Entretien direct	Conseiller régional de la coopération santé (France)	Septembre 2013, Dakar
Khady Fall Diop	Entretien direct	Coordinatrice de la MS-PAMECAS	Septembre 2013, Dakar
Ndeye Seyni Kane	Entretien direct	Chargée de programme au GRAIM, en stage à ce moment-là à la Mutualité Chrétienne belge	Septembre 2013, Verviers (Belgique)
Khady Fall Diop Massamba Sambe Mamadou Diack	Entretien direct groupé	Coordinatrice de la MS-PAMECAS Chargé du suivi/évaluation Gestionnaire	Juin 2014, Guédiawaye
Alioune Kandji	Entretien direct	Economiste, consultant CMU, directeur centre de formation Teranga	Juin 2014, Dakar
Réunion d'un Groupement de Promotion Féminine	Observation participante	Les membres du groupement (assistée par M. Sambe, de la PAMECAS, qui faisait la traduction)	Juin 2014, Pikine
Ousseynou Diop	Entretien direct	Economiste de la santé à la DGPSN (Direction générale à la Protection sociale et à la Solidarité Nationale)	Juin 2014, Dakar
Kayame Dramé	Entretien direct	PCA de la caisse Mecpa (MS-PAMECAS)	Juin 2014, Parcelles Assainies
Dr Traoré	Entretien direct	Médecin, centre de santé des Parcelles Assainies	Juin 2014, Parcelles Assainies
Fatoumata Ba	Entretien direct	Personnel de la caisse Mecpa	Juin 2014, Parcelles Assainies
M. Thiam Abdourahmane Barry	Entretien direct groupé	Chargé du Marketing, caisse Mecson (MS-PAMECAS) Dirigeant de la caisse	Juin 2014, Marche Ndiareme
François Diouf Moustapha Séye Daouda Thioune Mbaye Mboup Mbengue	Entretien direct groupé	PCA de la MS-PAMECAS Vice-président du CA Secrétaire du CA Membre du CA	Juin 2014, Guédiawaye
M. Ndiaye	Entretien direct	PCA de la caisse de Yenne (MS-PAMECAS)	Juin 2014, Yenne
Ibraim Diop	Entretien direct	Vice-PCA de la caisse de Yenne	Juin 2014, Yenne
Abdou Lahat Ndoye	Entretien direct	Directeur de la caisse PAMECAS de Yenne	Juin 2014, Yenne
8 adhérents	Entretiens directs	Caisse Mecpa	Juin 2014, Parcelles Assainies
18 adhérents	Entretiens directs	Caisse Mecson	Juin 2014, Marche Ndiareme
6 adhérents	Entretiens directs	Caisse de Yenne	Juin 2014, Yenne
André Wade	Entretiens directs	Coordinateur du Graim	Juin 2014, Thiès Février 2015, Thiès

Thomas Diop	Entretien direct	Président de la mutuelle de Lalane-Diassap	Février 2015, Lalane
Pascal Ndione	Entretien direct	Président de la mutuelle de Fandène	Février 2015, Fandène
Bertin Ndione	Entretien direct	Comptable de l'hôpital Saint Jean de Dieu, gérant de la mutuelle de l'hôpital	Février 2015, Thiès

ANNEXE 4 : Grille d'entretien semi-directif

1. Présentation/panorama

1. Quel est votre rôle au sein de l'organisation ?

2. Quelle est la base de votre mutuelle de santé ? (Géographique, professionnelle, appartenance religieuse, etc.) / Quels est le rôle de votre organisation dans l'aide au développement des mutuelles de santé ?

3. Qui sont vos partenaires (techniques et financiers) dans cette tâche ?

2. Apport potentiel des mutuelles de santé

A. Capacité des mutuelles de santé pour l'extension de la couverture à tous.

1. Les mutuelles sont devenues un pilier de l'assurance maladie dans le courant des années 2000 dans les discours des institutions internationales et du Sénégal. Qu'est-ce qui a fait que les mutuelles sont devenues des éléments clés de l'extension de l'assurance maladie au Sénégal ?

2. Les mutuelles peuvent-elles être, d'après vous, une bonne alternative aux assurances institutionnalisées, telles que l'assurance des fonctionnaires ou les IPM, pour permettre la couverture de la population sénégalaise et notamment le secteur informel ?

3. Quelles sont d'après vous les forces et les faiblesses des mutuelles de santé ? Comment expliquer la faible pénétration des populations ciblées ?
4. Quels sont selon vous les défis actuels des mutuelles de santé, les obstacles principaux à leur développement ?

5. Pensez-vous que le développement des mutuelles pourra également amener l'offre à s'améliorer face au développement de la couverture santé, ou au contraire les blocages de l'offre risquent-ils de compromettre le développement des mutuelles ?

6. La mutuelle propose de protéger de manière collective la santé, de manière alternative par rapport aux assurances qui existent déjà. Mais est-ce la seule mission de la mutuelle, quels sont les buts de la création d'une mutuelle de santé ? (solidarité, cohésion sociale, poids politique dans les négociations, etc.)

7. Pensez-vous que l'État doive mettre en place un appui fort et directif afin d'aider le développement de la mutualité, ou le caractère spontané des mutuelles doit-il être conservé avec un État plus en retrait afin d'appuyer leur dynamisme ?

8. Quel est le lien entre les mutuelles de santé et les pouvoirs publics ? Sont-elles considérées comme des partenaires dans le jeu institutionnel, la définition des objectifs de santé et dans la négociation avec les pouvoirs publics et l'offre de soin ?

B. Les apports des expérimentations concernant le développement des mutuelles de santé.

1. De nombreuses expérimentations existent pour développer les mutuelles. Que pensez-vous des mutuelles sociales de grande envergure comme la mutuelle des routiers ? Peuvent-elles être à même de protéger efficacement une grande partie du secteur informel ?

2. Le couplage avec la microfinance semble se développer afin d'aider les mutuelles communautaires, comme c'est le cas à travers le réseau UM-PAMECAS (Union des Mutuelles du Partenariat pour la Mobilisation de l'Epargne et du Crédit au Sénégal), créé en 1995. Quels sont les avantages mais aussi les difficultés d'un tel couplage ?

3. Quels sont selon vous les avantages et les difficultés de la décentralisation pour aider les mutuelles à se développer dans toutes les régions ? Où en est la mise en place de la DECAM dans les départements pilotes (une section mutualiste dans chaque poste, dans chaque collectivité locale, unions, fonds national de solidarité santé, hybridation des financements)?

4. Dans le cadre de la DECAM, pensez-vous qu'il est intéressant de tenter d'harmoniser les mutuelles (contrats proposés) et les montants des cotisations afin d'augmenter leur visibilité et de clarifier les services proposés auprès de la population ? Ne pensez-vous pas que mettre en place l'harmonisation géographique des mutuelles peut nuire à l'aspect spontané et spécifique de ce type de structures ?

5. Les valeurs d'ancrage communautaire devraient être fortes pour permettre à une mutuelle de mettre en place la protection de la santé par la solidarité entre les membres, la participation de ceux-ci dans le jeu démocratique. Des études ont montré que les mutuelles de quartier dont les caractéristiques sont l'hétérogénéité ethnique, l'importance du taux de pauvreté et le surpeuplement sont celles qui fonctionnent le moins bien. Pensez-vous donc qu'une mutuelle ne peut fonctionner qu'en se basant sur une communauté d'intérêts déjà installée, ou peut-elle faire en sorte, par la solidarité et un processus de communication, d'apprentissage collectif, de « créer » cette communauté où elle n'existait pas ?

6. Qu'apportent les unions et fédérations de mutuelles à leurs membres ? Y a-t-il une forte proportion de mutuelles faisant partie d'une telle organisation ?

7. Les mutuelles sont-elles en lien avec les comités de santé ?

8. Pensez-vous que mettre en place un panorama pourrait contribuer à développer la visibilité des mutuelles et porter leur importance au sein des négociations nationales concernant les politiques de santé ?

3. Les mutuelles dans le cadre du système de santé global

A. Analyse des difficultés de coordinations des différents acteurs.

1. Quelles sont selon vous les principales faiblesses du système d'assurance maladie à l'heure actuelle ?

2. Les difficultés de coordinations des multiples acteurs concernés par le système de santé sont souvent pointées comme une faiblesse de ce système. Etes-vous d'accord avec cette analyse ?

3. Existe-t-il un problème de mode de gouvernance, de prises de décisions ? Selon vous, est-il préférable d'avoir un système qui évolue vers un processus de décision participatif ou tutélaire, autoritaire ?

4. Ces difficultés proviennent-elles d'une différence de vision entre ces acteurs ?

5. Que pensez-vous d'un système comme celui du Ghana, composé uniquement de mutuelles pour rechercher plus de cohésion et de redistribution entre chaque partie de la population ? Cela pourrait-il fonctionner au Sénégal ?

7. Quelle est la place actuelle des mutuelles de santé dans le système global de l'assurance maladie ?

8. Le décret de 2003 et le cadre de l'UEMOA ont-ils changé quelque chose pour les mutuelles de santé ?

9. Comment les structures mises en place par le gouvernement, telles que le PAMAS ou la CAMICS, ont-elles été accueillies par la mutualité et la société civile ? Ont-elles permis un meilleur dialogue entre les pouvoirs publics et les acteurs mutualistes ?

B. Des différences entre les discours et le terrain.

1. Le ministère de la santé promeut depuis 2004 une politique de contractualisation afin d'améliorer la coordination entre les acteurs publics et privés, d'établir un cadre durable et clair entre chaque acteur, par exemple entre les mutuelles et leurs divers partenaires. Les contrats sont-ils couramment utilisés pour aider à la coordination ?

2. Dans le domaine de la santé et principalement à travers les mutuelles, la Stratégie d'extension de la couverture du risque maladie et la coopération internationale surtout promeuvent la participation populaire. Quels sont les buts de cette participation, que peut-elle apporter dans l'évolution du système de santé ?

3. Est-elle orientée vers plus de performance de la part du système ou vers une idéologie plus particulière de la gestion de la santé de manière collective ?

4. Cette participation est-elle appliquée au sein des mutuelles et dans les prises de décisions au niveau local ou national ?

5. Pensez-vous que la décentralisation est un moyen de permettre la participation populaire ?

6. Depuis l'engouement des institutions internationales envers les mutuelles de santé, cela a-t-il changé quelque chose pour ces mutuelles ? Y a-t-il une différence dans leur manière de fonctionner, dans l'idéologie, par rapport aux premières expériences ?

4. Évolution de l'assurance maladie

A. La place des mutuelles dans la future couverture maladie universelle.

1. Diverses options sont étudiées pour mettre en place une couverture maladie universelle, incluant ainsi le secteur informel au sein d'une Caisse Nationale d'Assurance Maladie Obligatoire. Quelle sera la place des mutuelles dans ce nouveau schéma ?

2. Comment vont-elles devoir évoluer pour s'inscrire dans un tel système ? Les mutuelles professionnelles vont-elles se développer ?

3. Va-t-il y avoir une harmonisation des mutuelles complémentaires ?

4. Les mutuelles de santé prennent place dans le secteur informel, et sont destinées à couvrir les travailleurs de ce secteur et à aider dans la localisation des indigents. Les mutuelles sont-elles destinées à devenir des organismes institutionnalisés autonomes ? Quel statut auront-elles à terme ?

5. Le caractère volontaire de l'adhésion à la mutuelle est remis en cause dans la perspective de la CMU. Ne pensez-vous pas que le passage du caractère volontaire de l'adhésion à l'obligation pourrait nuire au dynamisme des mutuelles et au caractère spontané de ce type de structure et d'activité ?

B. Capacités du système à étendre l'assurance maladie à tous de manière transversale.

1. Que pensez-vous de l'utilisation de la mutualité pour couvrir les indigents ?

2. Pensez-vous que les mutuelles peuvent se positionner comme des organismes mieux adaptées à la couverture d'une grande partie de la population sur le long terme, ou sont-elles transitoires, dans le but d'appuyer la mise en place sur le long terme d'un système national ?

3. La mise en place d'un système national et obligatoire nécessiterait une base de cotisations plus large, alors qu'une minorité de la population seulement appartient au secteur formel et aux agents de l'État. Quelle est la vision du secteur informel au Sénégal ? Est-il destiné, sur le long terme, en parallèle des autres politiques de développement telles que la santé, à évoluer vers la formalisation telle qu'elle existe pour le secteur formel ? Comment pensez-vous que cela puisse se faire ?

4. Comment ces nouveaux développements vont-ils être financés ?

5. L'objectif de 2015, soit la protection de 50% de la population, ne semble pas réalisable. Sous quelles conditions pourrait-il l'être selon vous dans un délai raisonnable ?

6. Pensez-vous que l'offre de santé peut s'améliorer suffisamment dans le même temps pour garantir une couverture des besoins de santé primaires efficace ?

7. Pensez-vous que les programmes mis en avant sont-ils suffisamment transversaux ? C'est-à-dire, prennent-ils en compte à la fois l'évolution de la couverture, l'évolution de l'offre, mais aussi les divers facteurs environnementaux ayant un impact sur la santé de la population ?

ANNEXE 5 : Les caisses du réseau MS-PAMECAS

pamecas

AGENCES	TELEPHONE
Guédiawaye	
TERMINUS DAROUKHANE	33 837 23 03
FADIA	33 855 96 97
PARCELLES ASSAINIES	33 855 02 50
MARCHE NDIAREME	33 877 80 16
ARRET P. A. I	33 837 13 46
CORNICHE	33 837 13 47
Pikine	
TALLY BOU BESS	33 834 95 93
THIAROYE TALLY DIALLO	33 853 01 74
TALLY RUE 10	33 834 06 25
TALLY BOU MACK	33 834 37 50
CENTRE COMMERCIAL MARCHE THIAROYE	33 834 12 71
GUINAW RAILS	33 834 55 49
DIAMAGUENE	33 834 20 09
MALIKA	33 837 77 04
KEUR MASSAR	33 878 96 46
YEUMBEUL	33 837 77 06
ROUTE DE BOUNE	33 878 17 37
THIAROYE SUR MER	33 854 02 11
YARAKH	33 854 90 99
MARCHE POISSON	33 832 75 26
Thies	
QUARTIER MBOUR 1	33 952 35 10
THIES VILLE	33 951 69 11
NGOUNDIANE	33 953 34 27
TASSETTE	33 956 37 61
NDIAYENE SIRAKH	77 533 17 96
TOUBATOUL	77 526 18 97
NOTTO	77 447 63 70
Tivaouane	
TIVAVOUANE	33 955 15 23
PIRE	33 955 70 13
MEKHE	33 955 52 99
MBORO	33 955 41 95
Mbour	
MBOUR ROUTE DE KAOLAKH	33 957 17 21
MBOUR VILLE	33 957 26 91
SALY	33 957 09 13
JOAL	33 957 62 63
SANDIARA	77 656 36 99

AGENCES	TELEPHONE
Dakar	
BOURGUIBA	33 825 16 64
HLM	33 864 54 94
BENE TALLY	33 824 99 03
GRAND YOFF	33 827 10 34
OUAKAM VILLAGE	33 869 83 00
OUAKAM CITE COMICO	33 860 14 18
YOFF R^{TE} AEROPORT	33 820 57 64
YOFF VILLAGE	33 820 71 06
NGOR	33 820 92 19
FASS / COLOBANE	33 823 54 12
MÉDINA	33 823 93 19
Mbao/ Rufisque/ Bargny	
MBAO	33 836 46 15
KEUR MBAYE FALL	33 870 04 28
RUFISQUE PLATEAU	33 836 30 24
RUFISQUE OUEST	33 836 30 16
RUFISQUE EST	33 836 94 40
BARGNY	33 836 30 12
SEBIKOTANE	33 836 25 54
BAYAKH	33 836 71 39
YENNE	33 836 55 60
Saint Louis/ Matam	
SAINT LOUIS	33 961 03 26
RICHARD TOLL	33 963 34 32
NDIOUM	33 965 30 19
OUROSSOGUI	33 966 17 88
GALEOYA	33 966 17 88
Louga	
LOUGA	33 987 00 36
DAHRA	33 968 60 79
KEBEMER	33 969 19 47
KEUR MOMAR SARR	33 987 02 46
DAROU MOUSTY	33 969 89 69
Touba	
TOUBA	33 974 07 90
MBACKE	33 976 04 00
Kaolack/ Fatick	
KAOLACK	33 942 18 48
SOKONE	33 948 32 85
FIMELA	33 949 50 52
FOUNDIOUNE	33 948 14 86

Mutuelle sociale pamecas *Agir ensemble, Assurer la santé pour tous !*

18

ANNEXE 6 : Grille d'entretien des études de cas

GRILLE 1 : Dirigeants/employés/élus

1. Profil socioéconomique

1 Homme/femme

2 Quel âge avez-vous ?

3 Quel est votre revenu par an ?

4 Votre revenu est-il régulier ?

5 Combien de personnes avez-vous à charge ?

6 Quel est votre niveau d'étude ? Primaire, secondaire, supérieur ?

7 Quel est votre rôle au sein de la MS ?

2. Adhésion à la mutuelle

8 Etes-vous vous-mêmes adhérents à la MS ?

Si oui, certaines questions usagers à reprendre

Si non, appartenez-vous à une mutuelle de santé extérieure ?

9 Avez-vous suivi une formation au sein de la MS avant ou après votre élection, votre prise de poste ?

10 Qu'apporte la mise en réseau par rapport à la mutualité selon vous ?

11 La mise en place de la MS repose sur l'existence d'une base large d'adhérents déjà mutualistes (PAMECAS)/ sur une communauté fortement soudée (GRAIM). Qu'est-ce que cela a apporté à la mutuelle de santé d'après vous ?

3. Conscience mutualiste et idéologie

12 Selon vous, les usagers sont-ils bien intégrés dans le fonctionnement démocratique de la mutuelle ?

13 Assistez-vous régulièrement aux réunions ?

14 Quelles sont les missions principales de la mutuelle selon vous ?

15 Comment définissez-vous la mutuelle de santé ?

16 Quelle est l'utilité principale de la mutuelle pour vous ?

17 Quel est d'après vous le meilleur moyen de fidéliser les adhérents ?

18 Quels sont les aspects que vous appréciez le plus dans la MS ? Ceux que vous appréciez le moins ?

4. Perspectives par rapport à la mutualité

19 Etes-vous favorable à l'admission des membres atteints d'une maladie chronique coûteuse en traitement ?

20 Seriez-vous pour une prise en compte de l'équité verticale (cotiser plus ou moins selon ses moyens) ?

21 Seriez-vous pour une prise en charge différenciée ?

22 Que penseriez-vous de mutuelles obligatoires pour tous ?

GRILLE 2 : Adhérents

1. Profil socioéconomique

1 Homme/femme

2 Quel âge avez-vous ?

3 Quel est votre revenu par an ? (établir des tranches de revenus)

4 Votre revenu est-il régulier ?

5 Combien de personnes avez-vous à charge ?

6 Quel est votre niveau d'étude ? Primaire, secondaire, supérieur ?

2. Adhésion à la mutuelle

7 Etiez-vous déjà adhérent à la caisse de microfinance avant la mise en place de la MS (PAMECAS) ?

8 Si oui, comment avez-vous été mis au courant ? Y a-t-il eu beaucoup d'informations ?

8 bis : Si non, quand avez-vous adhéré ? Comment avez-vous connu la mutuelle ?

9 Pour quelle(s) raison(s) avez-vous souscris à la couverture santé ?

10 Combien de bénéficiaires dépendent de vous ?

11 Quels sont vos besoins principaux en matière de santé ?

12 Votre niveau de recours aux soins a-t-il augmenté depuis votre entrée dans la MS ?

3. Satisfaction

13 Etes-vous satisfait des garanties proposées par la mutuelle par rapport aux cotisations ?

14 Avez-vous des difficultés ou avez-vous déjà eu des difficultés à payer les cotisations ?

15 Si oui pourquoi ? La mutuelle a-t-elle pris contact afin de comprendre la situation ?

16 Cotisez-vous par mois, trimestre, semestre, année ?

17 (Pour les perdus de vue) Pourquoi avoir arrêté de cotiser ? La mutuelle a-t-elle pris contact afin de comprendre ?

18 Etes-vous satisfait du nombre de prestataires de soin partenaires de la mutuelle ?

19 Etes-vous satisfait du système de prélèvement des cotisations ?

20 Etes-vous satisfait du système de ticket modérateur et de prise en charge ?

21 Conseilleriez-vous la mutuelle autour de vous ?

22 Que vous a apporté la mutuelle ?

23 Qu'est-ce qu'il manque d'après vous ?

4. Conscience mutualiste et idéologie

24 Connaissez-vous bien le fonctionnement interne de la mutuelle ?

25 Penseriez-vous à la possibilité de vous présenter pour un poste à responsabilité dans la mutuelle ?

26 Quelles sont les missions principales de la mutuelle selon vous ?

27 Comment définissez-vous la mutuelle de santé ?

28 Quelle est l'utilité principale de la mutuelle pour vous ?

29 Quel est d'après vous le meilleur moyen de fidéliser les adhérents ?

30 Quels sont les aspects que vous appréciez le plus dans la MS ? Ceux que vous appréciez le moins ?

5. Perspectives par rapport à la mutualité

31 Seriez-vous favorable à l'admission des membres atteints d'une maladie chronique coûteuse en traitement ?

32 Seriez-vous pour une prise en compte de l'équité verticale (cotiser plus ou moins selon ses moyens) ?

33 Seriez-vous pour une prise en charge différenciée ?

34 Que penseriez-vous de mutuelles obligatoires pour tous ?

ANNEXE 7 : La mise en place des PAS au Sénégal

A son indépendance, le Sénégal hérite d'un système économique basé sur la spécialisation dans la culture de l'arachide. L'économie sénégalaise va fortement fluctuer dans les deux décennies suivantes. Au cours des années 1960, le gouvernement de Léopold Sédar Senghor continue d'appuyer cette spécialisation tournée vers l'exportation, alors que le riz, élément de base de la nourriture, est importé (Mbodj, 1992). Le socialisme « à l'africaine » se traduit par une forte participation de l'État dans le développement du pays et notamment dans la culture de l'arachide. Au cours de la décennie suivante, ce secteur va connaître de fortes variations, la culture d'arachide fluctuant énormément par rapport au climat. Après une mauvaise période à la fin des années 1960, les années 1974-1977 sont plutôt favorables. Mais entre 1978 et 1980, les prix à l'exportation diminuent de 25%, alors que dans les autres secteurs importants, la pêche et le phosphate, les exportations ne progressent pas. Dans le même temps, l'État investi dans le secteur secondaire, favorisant les petites et moyennes entreprises pour encourager les exportations et améliorer le solde commercial du pays. Dans un contexte international favorable aux crédits (afflux de pétrodollars, faibles taux d'intérêts, prix des matières premières qui semblaient pouvoir garantir le retour sur investissement du Sénégal), la dette extérieure auprès des banques occidentales augmente fortement. Misant sur l'augmentation de la consommation, les revenus urbains progressent, alors que les revenus des ruraux diminuent. En 1980 et 1981, la consommation dépasse le PIB en valeur absolue (Duruflé, 1990). Les importations croissent bien plus que les exportations, la production nationale étant destinée à l'exportation alors que la population consomme principalement des produits importés. A la fin des années 1970, les prix des importations augmentent du fait de l'inflation et du choc pétrolier. La crise de la dette s'installe durablement, appuyée par une conjoncture internationale défavorable (chute des prix des matières premières, augmentation des taux d'intérêts).

Afin de rétablir les équilibres macroéconomiques, un premier Plan de stabilisation à court terme est mis en place dès 1979. Les mesures sont surtout budgétaires (généralisation de la TVA, réduction des dépenses de fonctionnement, limitation des emprunts extérieurs), les exportations sont encouragées. L'ajustement structurel va peu à peu s'affirmer sous la direction des institutions financières internationales, débouchant sur le Plan de redressement économique et financier entre 1980 et 1985, accompagné du premier prêt d'ajustement structurel d'Afrique de l'Ouest. Le pays ne s'endette plus pour financer le développement mais pour rembourser ses dettes antérieures, dans l'optique de la croissance économique. Les mesures concernent la diversification de l'économie, la stabilisation et l'assainissement de la situation financière de l'État, la réduction de son intervention dans l'économie, l'augmentation de l'épargne (Diouf, 1992). La dette extérieure contractée auprès des banques occidentales se déplace, au milieu des

années 1980, vers les institutions financières internationales, qui deviennent les premiers prêteurs de l'Afrique subsaharienne. Malgré l'échec des différents plans par rapport au développement humain du pays et l'accès à la santé, les mesures se pérennisent, les bailleurs de fonds estimant que les PAS ont de bons résultats et que les coûts sociaux auraient été pires s'ils n'avaient pas été mis en place (Banque mondiale, 1994). En 1996 est lancée l'Initiative Pays Pauvres Très Endettés (PPTE), destinée à alléger les créances sur les pays les plus pauvres et conditionnée par la continuité des PAS. Le niveau de l'allègement dépend de scénarios de croissances macroéconomiques supposant un résultat positif de l'ajustement structurel.

BANQUE MONDIALE (1994), *Adjustment in Africa: Reforms, Results, and the Road Ahead*. Washington: Oxford University Press.

DIOUF M. (1992), "La crise de l'ajustement", *Politique africaine*, n°45, pp 62-85.

DURUFLE, G. (1990), *L'ajustement structurel en Afrique (Sénégal, Côte d'Ivoire, Madagascar)*, Paris : Karthala.

MBODJ, M. (1992), "La crise trentenaire de l'économie arachidière". DIOP M-C. (éd) : *Sénégal. Trajectoires d'un État*, Dakar : Codesria, pp 95-135.

ANNEXE 8 : La diversité des acteurs partenaires des mutuelles de santé au Sénégal

Dans le tableau suivant, nous montrons la diversité des acteurs impliqués dans l'évolution des mutuelles de santé sénégalaises, que leur appui soit technique ou financier, selon trois niveaux : international, national, local.

Niveau \ Appui		Technique	Technique + financier
International			
	Bailleurs de fonds		Pays pratiquant l'aide multilatérale ou bilatérale (coopération canadienne, belge, française – appuyée par le GIP SPSI-, allemande, USAID/Sénégal : phrplus, 2020 health, etc.) Banque Mondiale FMI
	Organismes des Nations Unies		BIT (STEP) UNICEF
	ONG internationales	RADI (Réseau africain pour le développement intégré, ONG panafricaine) USC (Canada) Mutualité française Frère des hommes	Solidarité mondiale (ONG belge) PROMUSAF (lancée sous l'impulsion de Solidarité mondiale et de la mutualité chrétienne belge) CONGAD (créé par des ONG intervenant au Sénégal)
	Organismes divers	CIDR (Centre International de Développement et de Recherche) ADECRI (Créée par les organismes nationaux français de Sécurité Sociale) Abt associates FHI360 (réunion de Family Health International et de l'Academy for Educational Development)	Développement international Desjardins (groupe financier de nature coopérative Canadien) Programme PASS (initié par la mutualité française, la MGEN, La Matmut, la MNT, la Casden, la MGEFI et soutenu par l'ISSA, l'AIM, l'ICMIF)

National			
	Public	Les divers ministères impliqués	État, par le ministère de la Santé et de l'Action sociale (DECAM, CACMU)
	Privé	Cabinet Hygea (expertise) APROFES (Association pour la Promotion de la Femme Sénégalaise)	AcDev (ONG sénégalaise) Intermondes (ONG nationale créée à partir d'une structure internationale, l'ONG Enda Graf)
Local			
	Public	Agences régionales de développement	Echanges entre les collectivités locales (coopération économique décentralisée) Collectivités locales dans certains cas (surtout financier)
	Privé	GRAIM (réseau fondé à Thiès, basé sur les mutuelles de santé. Ouverture à d'autres problématiques et à d'autres régions) PACTE (ONG sénégalaise basée à Ziguinchor)	

Source : Fait par l'auteur, à partir des études menées au Sénégal en 2013, 2014, 2015 et des documentations fournies par les mutuelles de santé et les divers organismes.

ANNEXE 9 : Cadre logique de la CMU

Annexe A1 : Cadre Logique d'Ensemble du Plan d'Action d'Extension de la Couverture Maladie dans les Secteurs Informel et Rural 2013-2017 à travers les mutuelles de santé		
Hiérarchie des Objectifs	**Indicateurs de Performance Clés**	**Hypotheses Critiques**
But	**Indicateurs d'impact**	
Améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé de qualité parmi les populations des secteurs informels et ruraux	• Taux d'utilisation des services de santé <soins curatifs, services de santé infantile et maternelle, hospitalisation> **(Accès équitable)** • Dépenses directes de santé des ménages parmi les utilisateurs des services de santé **(Protection financière des ménages)** • Proportion des ménages qui font face à des dépenses catastrophiques de santé **(Protection financière des ménages)** • Proportion de la population qui est satisfaite de la qualité des services des formations sanitaires **(Satisfaction des populations)** Les indicateurs sont mesurés parmi les sous populations de bénéficiaires et de non bénéficiaires des mutuelles de santé et selon les catégories socio-économiques (quintiles, niveau d'instruction, type de résidence, groupe ethnique, région)	

Objectif général	**Indicateurs d'impact**	
Etendre la couverture maladie à 65% des populations employées dans les secteurs informels et ruraux à l'horizon 2017	• Proportion de la population générale couverte par les mutuelles de santé • Proportion de la population du secteur informel et rural couverte par les mutuelles de santé Les indicateurs sont mesurés parmi les catégories socio-économiques (quintiles, niveau d'instruction, type de résidence, groupe ethnique, région)	
Objectifs spécifiques	**Indicateurs d'effets spécifiques**	**Des objectifs spécifiques à l'objectif général**
Mettre en place un environnement favorable pour stimuler l'extension de la couverture du risque maladie dans les secteurs informels et ruraux	• Niveaux (FCFA) des subventions de l'Etat et des Collectivités Locales pour étendre les paquets de bénéfices couverts par les mutuelles de santé selon la région	Qualité de l'offre de services de santé est améliorée (renforcement de ressources humaines, renforcement des infrastructures, des équipements, disponibilité des médicaments, politique de tarification harmonisé, partenariat public privé pour rendre accessible l'offre de soins) Gouvernance améliorée dans le secteur de la santé pour renforcer la confiance entre les acteurs de la santé
Renforcer les capacités techniques des acteurs de développement pour soutenir l'extension de la couverture maladie dans les secteurs informels et ruraux dans toutes les régions du pays	• Proportion de mutuelles de santé qui disposent de gestionnaires qui répondent au profil professionnel défini par les autorités compétentes	
Etendre progressivement la couverture maladie universelle à travers la mise en œuvre du projet d'extension de la couverture de l'assurance maladie dans le contexte de la décentralisation au niveau de chaque région	• Nombre de bénéficiaires des mutuelles de santé selon la région	
Renforcer l'interface entre les mutuelles de		

66

santé et les filets sociaux pour étendre la couverture maladie aux indigents et aux groupes vulnérables	• Nombre d'indigents et de groupes vulnérables pris en charge par des tiers (Etat, CL, ONG, mécènes, etc.) à travers les mutuelles de santé selon la région	
Extrants des Composantes	**Indicateurs de Performance Clés (Un indicateur par extrant)**	**Des extrants aux objectifs spécifiques**
Domaine 1 : Cadre juridique et institutionnel d'appui		• Capacité de prépaiement des ménages soutenue par une croissance économique soutenue et inclusive • Capacité de payer de l'Etat et des collectivités locales soutenue par une croissance économique soutenue • La Caisse Autonome de la Protection Sociale Universelle est fonctionnelle • Volonté et leadership politique soutenus durablement à plusieurs niveaux • Engagement des Collectivités Locales • Engagement de la Société Civile, des organisations socioprofessionnelles et des organisations communautaires de base • Stabilité politique et cohésion sociale renforcées
Extrant 1.1 : Les mécanismes d'intervention de l'Etat dans le financement des mutuelles de santé sont fonctionnels	**Voir les cadres logiques spécifiques de chaque domaine d'intervention**	
Extrant 1.2 : Les Collectivités Locales ont mis en place un mécanisme de subvention et d'appui des mutuelles de santé de leur territoire	«	
Extrant 1.3 : L'Office National de la Mutualité Sociale chargé de la réglementation des mutuelles sociales est fonctionnel	«	
Extrant 1.4 : Un paquet minimum de services garantis base est mis en place dans le cadre de la CMU	«	
Extrant 1.5 : Des modalités harmonisées de paiement des prestataires sont définies		
Domaine 2 : Capacités techniques des acteurs		
Extrant 2.1 : Les mutuelles de santé disposent d'un plan comptable adapté au cadre réglementaire de l'UEMOA	«	
Extrant 2.2 : Un système national d'information et de suivi des mutuelles de santé est adopté et mis en œuvre conformément au cadre réglementaire de l'UEMOA	«	

67

Extrant 2.3 : Les cadres et les outils de contractualisation des mutuelles de santé sont adaptés relativement à l'organisation et aux rôles des mutuelles de santé et de leurs unions	«	
Extrant 2.4 : Une stratégie et les outils de formation adaptés pour soutenir l'extension progressive de la CMU sont développés (mise en place des mutuelles de santé, gestion administrative et financière, suivi et évaluation, leadership, ciblage et enrôlement des indigents)	«	
Extrant 2.5 : Un pool de formateurs est mis en place dans chaque région en collaboration avec les unions régionales des mutuelles de santé	«	
Extrant 2.6 : Une stratégie, les outils de communication, et les outils de formation en IEC/CCC adaptés pour soutenir l'extension progressive de la CMU sont développés		
Extrant 2.7 : Une plateforme TIC de la CMU de base est développée et mise en place dans tous les départements du pays	«	
Domaine 3 : Mise en œuvre au niveau régional et local		
Extrant 3.1 : Une adhésion accrue des populations aux mutuelles de santé de chaque département soutenue par l'implication effective de l'Etat, des collectivités locales, et du personnel de santé dans la promotion de la mutualité dans le secteur de la santé	«	
Extrant 3.2 : Des mutuelles de santé attractives et solvables fonctionnelles au niveau de toutes les collectivités de base	«	

68

de chaque département		
Extrant 3.3 : Une union départementale des mutuelles de santé communautaires effective pour assurer la mise en commun des gros risques et l'intermédiation sociale au niveau de chaque département	«	
Extrant 3.4 : Un fonds départemental de solidarité santé soutenu conjointement par l'Etat et les collectivités locales disponible dans chaque département pour appuyer l'extension des paquets de bénéfices et la prise en charge des indigents et des groupes vulnérables	«	
Extrant 3.5 : Toutes les unions départementales de mutuelles de santé adhérent à l'union régionale de leur région respective	«	
Extrant 3.6 : Les capacités techniques d'appui, de supervision, et de communication des unions régionales de mutuelles de santé sont renforcées	«	
Domaine 4 : Mécanisme de prise en charge des indigents et groupes vulnérables		
Extrant 4.1 : L'efficience de la prise charge des indigents et des groupes vulnérables dans la santé est améliorée à travers des approches et systèmes communs de ciblage avec les autres secteurs	«	
Extrant 4.2 : Des cadres de collaboration formels sont établis entre les Collectivités Locales et les mutuelles de santé pour la gestion de proximité de la prise en charge dans la santé des indigents et des groupes vulnérables à travers les mutuelles de santé	«	
Extrant 4.3 : Des cadres de collaboration formels sont établis entre les programmes nationaux de filets sociaux (bourses de solidarité familiale, Plan Sésame, Enfants de moins de 5 ans, handicapés etc.) et les unions régionales de mutuelles de santé pour la gestion de proximité de la prise en charge dans la santé des indigents et des groupes vulnérables à travers les mutuelles de santé	«	

Source : MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE (2013), *Plan stratégique de développement de la Couverture Maladie Universelle au Sénégal, 2013-2017*, Dakar, 125p.

ANNEXE 10 : Exemple de carnet d'adhérent (MS-PAMECAS)

Ma prière de mutualiste

Je formule le vœu ...

De cotiser régulièrement ; ma cotisation étant la sève de ma mutuelle.

De n'avoir jamais besoin de solliciter la couverture de ma mutuelle ni pour moi, ni pour les membres de ma famille.

De participer par ma contribution au financement de la santé des autres mutualistes qui en ont besoin.

Le doyen Assane Gueye, Thiès

Mutuelle sociale pamecas *Agir ensemble, Assurer la santé pour tous !*

pamecas

Wérleen

Soyez en Bonne Santé!

La couverture médicale à moindre coût.

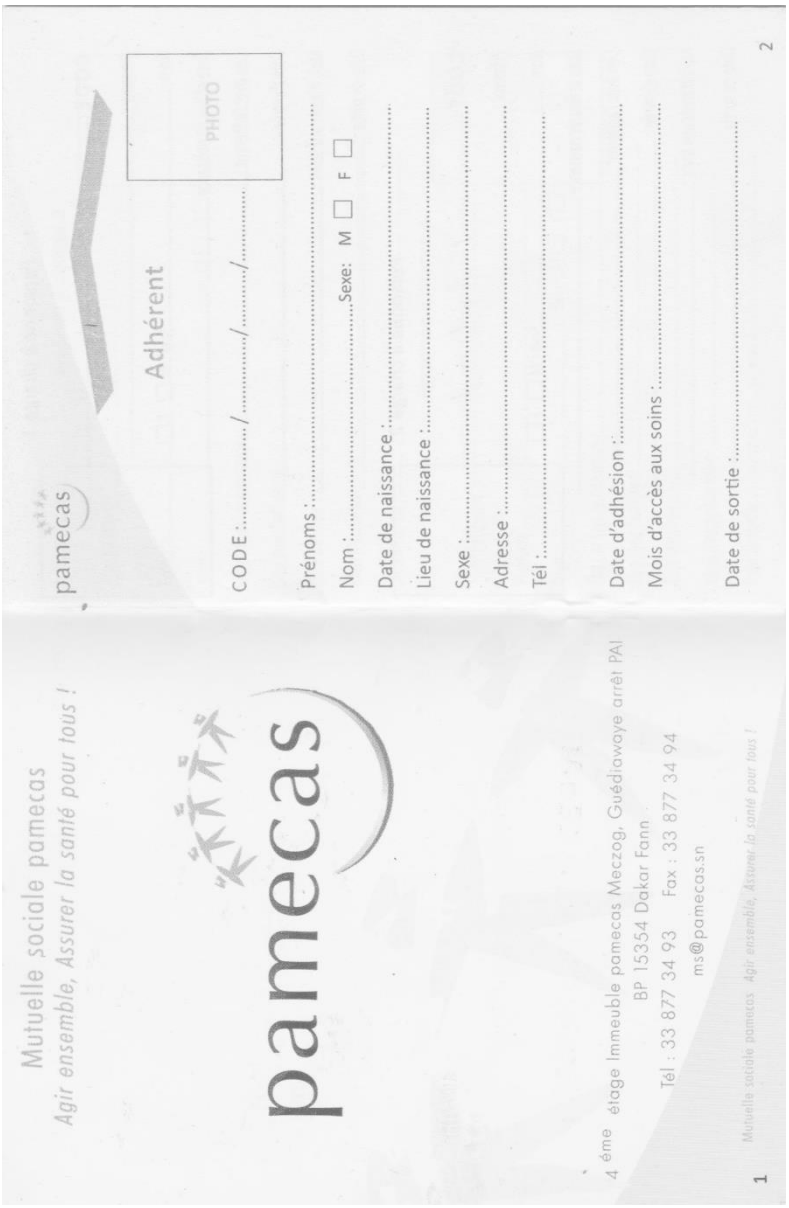
Mutuelle sociale pamecas

LIVRET DE L'ADHERENT

Adhérent : .....

Agence : .....

Regroupement : .....



Mutuelle sociale pamecas

Agir ensemble, Assurer la santé pour tous !

pamecas

4 éme étage Immeuble pamecas Meczog, Guédiawaye arrêt PAI
BP 15354 Dakar Fann
Tél : 33 877 34 93 Fax : 33 877 34 94
ms@pamecas.sn

1 Mutuelle sociale pamecas *Agir ensemble, Assurer la santé pour tous !*

pamecas

Adhérent

PHOTO

CODE :...../...../...../.....

Prénoms :.....

Nom :.....Sexe: M ☐ F ☐

Date de naissance :.....

Lieu de naissance :.....

Sexe :.....

Adresse :.....

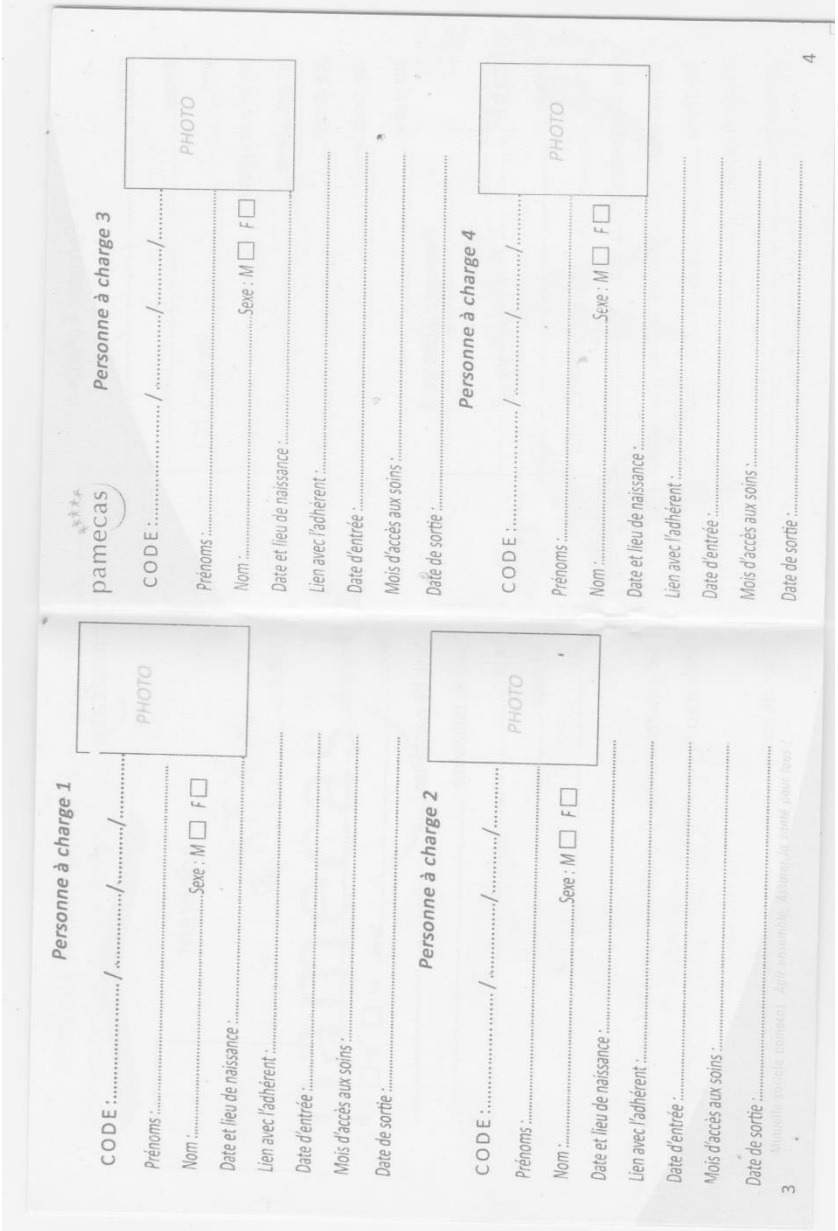
Tél :.....

Date d'adhésion :.....

Mois d'accès aux soins :.....

Date de sortie :.....

2



Personne à charge 1

CODE : ...../...../.....

Prénoms : .....

Nom : .....Sexe : M ☐ F ☐

Date et lieu de naissance : .....

Lien avec l'adhérent : .....

Date d'entrée : .....

Mois d'accès aux soins : .....

Date de sortie : .....

PHOTO

Personne à charge 2

CODE : ...../...../.....

Prénoms : .....

Nom : .....Sexe : M ☐ F ☐

Date et lieu de naissance : .....

Lien avec l'adhérent : .....

Date d'entrée : .....

Mois d'accès aux soins : .....

Date de sortie : .....

PHOTO

3

pamecas

Personne à charge 3

CODE : ...../...../.....

Prénoms : .....

Nom : .....Sexe : M ☐ F ☐

Date et lieu de naissance : .....

Lien avec l'adhérent : .....

Date d'entrée : .....

Mois d'accès aux soins : .....

Date de sortie : .....

PHOTO

Personne à charge 4

CODE : ...../...../.....

Prénoms : .....

Nom : .....Sexe : M ☐ F ☐

Date et lieu de naissance : .....

Lien avec l'adhérent : .....

Date d'entrée : .....

Mois d'accès aux soins : .....

Date de sortie : .....

PHOTO

4

Les pages suivantes sont consacrées au reste des bénéficiaires, au règlement de la MS-PAMECAS, à l'explication du processus de prise en charge, aux garanties proposées par la mutuelle.

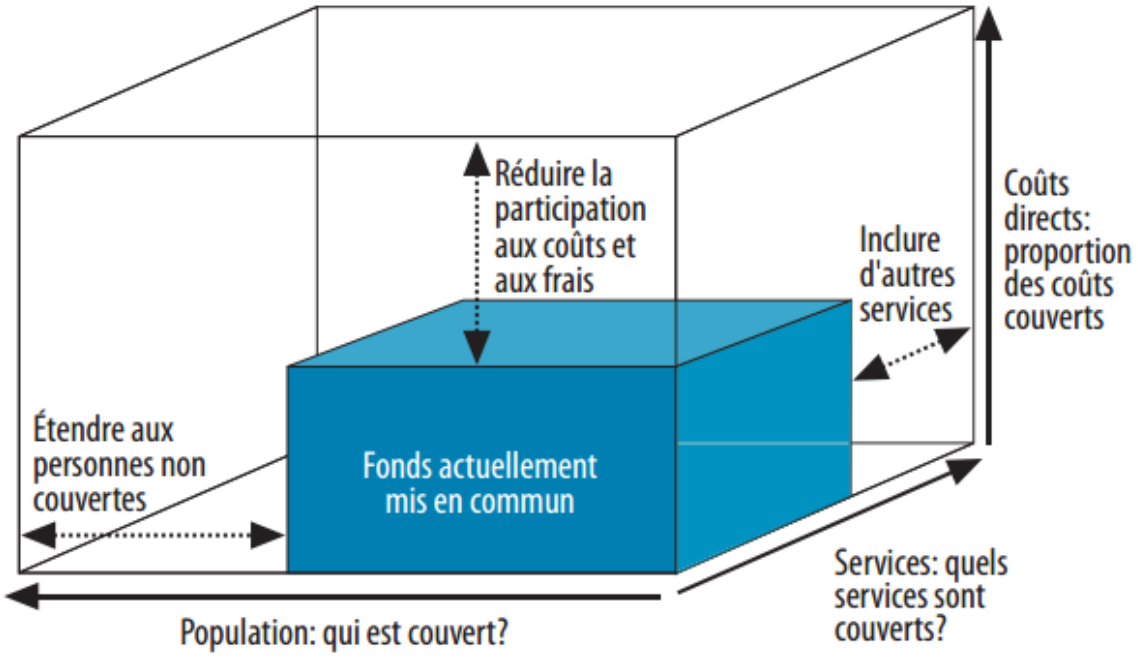
Glossaire

Approche systémique : Le système, dans l'approche systémique, est considéré comme la totalité organisée d'un ensemble d'unités actives et solidaires en relation et interaction par l'intermédiaire de flux. Son fonctionnement repose sur les interactions entre les éléments du système et sur des boucles de rétroaction, permettant à la fois de stabiliser le système et de le faire évoluer. Ces systèmes sont complexes dans la mesure où il faut les aborder dans leur ensemble, les éléments du système étant interreliés.

Bonne gouvernance : D'après le FMI, la « bonne gouvernance » est une vaste notion qui englobe tous les aspects de la gestion des affaires d'un pays, notamment la politique économique, le cadre réglementaire et l'état de droit, pour favoriser le développement économique.

Bottom-up/Top-down : Le « top » correspond aux experts, aux gouvernements. Le « bottom », lui, correspond aux bénéficiaires. Ainsi l'approche Top-down s'exprime dans les programmes de développement menés par le haut, conçus sans la participation effective des bénéficiaires. L'approche Bottom-up, au contraire, consiste à intégrer cette participation dans les programmes menés, le développement par alors de la base vers le haut.

CMU : Couverture Maladie Universelle. Spécifique aux pays en développement, elle vise à rendre les soins de santé disponibles pour l'ensemble de la population et à assurer l'augmentation du paquet de soins couvert, tout en les rendant financièrement accessibles. L'OMS synthétise dans ce schéma bien connu les trois dimensions de la CMU :



Source : Rapport sur la santé dans le monde, OMS, 2010.

Coopération internationale : Elle est composée des bailleurs de fonds (les institutions financières internationales, les agences de coopération bi/multilatérales) et des ONG humanitaires ou de développement, qui viennent en appui (technique et/ou financier) aux initiatives menées dans les pays en développement.

Couverture maladie/assurance nationale : Système financée par l'impôt, géré en général par le système public.

Couverture maladie/assurance sociale : Système financé par les cotisations, basé sur le salariat (Sécurité sociale).

Déterminants sociaux de la santé : Ils sont à l'origine des inégalités de santé. Ces déterminants sont socioéconomiques, environnementaux, liés aux comportements individuels. La combinaison des divers déterminants de santé agit sur l'état de santé des individus de manière différente. L'OMS les définit comme « les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie. »

Économie populaire : L'économie populaire désigne les travailleurs du secteur dit « informel ». Ce sont les travailleurs non déclarés (micro-entreprises, travailleurs autonomes, économies familiales, travaux d'entraide).

Économie sociale et solidaire : Ensemble des initiatives engagées par les citoyens qui contribuent à la démocratisation de l'économie et qui mettent en avant la réciprocité.

Empowerment : L'*empowerment* est lié à l'émancipation des individus, à l'accession aux capabilités (établies par Amartya Sen) qui leur permettront de pouvoir s'inscrire dans l'économie formelle. L'empowerment octroie aux individus ou à des groupes d'individus les capacités pour agir sur leurs conditions de vie.

Financement basé sur les performances : Financement basé sur la condition que le financé entreprenne une action mesurable, qu'il atteigne les cibles de performances prédéterminées dans le contrat.

Hétérogénéité : Une population peut être homogène (statuts socioéconomiques similaires, même ethnie, même religion, vision similaire du monde, etc.) ou au contraire hétérogène, en étant composée d'individus d'horizons variés.

Indigents : Les personnes qui ne peuvent assumer financièrement des besoins basiques, dans notre cas l'accès aux soins et l'adhésion à une assurance maladie, et n'ont pas le soutien familial qui pourrait les aider.

Microassurance : Tout comme le microcrédit, la microassurance s'adresse aux populations pauvres, vulnérables. En se basant sur de petites communautés, de petits services assurantiels sont mis en place, comme dans le cas de la maladie, généralement impulsés par les autorités, les prestataires de soins ou les experts internationaux.

Mutuelles au premier franc : Contrairement aux mutuelles complémentaires, les mutuelles au premier franc s'adressent aux individus qui n'ont aucune couverture maladie.

New Public Management : Né dans les années 1970, le NPM efface toute différence dans la gestion du secteur public ou du secteur privé. Le but est d'améliorer la gestion des administrations publiques en se basant sur le rapport coût/efficacité. Les citoyens sont considérés dans ce cadre comme des consommateurs de services publics.

PAS : Programmes d'Ajustement Structurel. Mis en place par le FMI et la Banque mondiale au cours des années 1980 dans les pays africains en difficulté, les PAS sont des programmes de réformes économiques (réformes macroéconomiques, diminution des dépenses publiques, etc.) qui conditionnent les prêts accordés par ces deux institutions.

Personnes vulnérables : ce sont les personnes qui peuvent, dans le cas de la santé, tomber plus facilement malade, sont plus fragiles que d'autres, ou sont dans des situations économiques qui font que la maladie peut les mettre en grande difficulté. Ce peut être les indigents, mais aussi les femmes enceintes, les enfants de moins de cinq ans, les personnes âgées.

Principes d'intégration économique : Établis par Polanyi, ces principes traduisent la manière dont l'économie s'organise (répartition des biens, rapport des hommes aux biens, allocation des ressources). Ils sont au nombre de quatre : la réciprocité, la redistribution, le marché et l'administration domestique (autarcie). Ces quatre principes coexistent au sein de nos sociétés, un principe pouvant dominer. Pour Polanyi, la domination du marché est un risque dans la mesure où ce principe est indépendant de la société, alors que les trois autres sont ancrés dans l'organisation sociale.

Réciprocité : Échanges entre des individus qui reposent sur la symétrie. Par une suite durable de dons/contre-dons, une communauté se crée. Tous les échanges sont des dons gratuits, dont on attend qu'ils soient payés en retour, mais pas nécessairement par la même personne. Si on ne donne pas, on risque d'être mis à l'écart. La réciprocité peut être positive (tournée vers la solidarité) comme négative (logique de vengeance par exemple). La réciprocité est ainsi marquée par la temporalité (l'échange peut être différé) et l'importance du lien social.

Recouvrement des coûts (Initiative de Bamako) : Adopté en 1987 par les Ministres de la santé africains, le recouvrement des coûts consiste à établir et percevoir des frais d'utilisation pour les services de santé. En Afrique, cela a mis fin aux politiques de gratuité qui existaient avant les années 1980 et a correspondu au principe du paiement direct (l'ensemble des soins sont à la charge directe des patients). L'assurance ou la mutualité, à l'inverse, se basent sur le principe du paiement indirect. Contre une prime de risque ou une cotisation, les frais d'utilisation des services de santé sont réduits au ticket modérateur.

Recouvrement des coûts (mutuelles) : Cette notion diffère de celle de l'initiative de Bamako. Pour les mutuelles, le recouvrement des coûts correspond au volume de membres qui sont à jour de leurs cotisations.

Règles (économie des conventions) : Le tableau suivant synthétise la définition des règles et leur dynamique.

2 types de conventions	Modèles d'évaluation	Règles conventionnelles
Niveau	Niveau universel	Niveau interindividuel
Définition	Institue des pratiques, des règles, représentation d'un monde commun. Pluralité des modèles d'évaluation (Cités)	Permettent la coordination au sein de ces modèles d'évaluation. Incomplètes, dimensions sociale (partagée par un collectif) et politique (légitimation des valeurs constitutives des modèles d'évaluation)
Dynamique consensuelle		Émergence de nouvelles règles ou adaptation de certaines par rapport au modèle d'évaluation partagé
Dynamique Conflictuelle	Si trop grand décalage entre les systèmes de représentations et les règles, dynamique peut amener un changement des modèles d'évaluations	Recherche d'autonomie (opposition des individus au contrôle extérieur à travers une action collective et normative) ou déplacement des règles (leur modification dans le but de maintenir la coordination dans un sens favorable aux détenteurs de pouvoirs)

Source : fait par l'auteur

Société civile : Groupements populaires caractérisés par une dimension politique.

Soins de santé primaires : D'après la déclaration d'Alma-Ata (1978), les soins primaires sont des soins fondés sur des méthodes et technologies pratiques, scientifiquement valable, socialement acceptables, accessibles universellement. Fortement ancré dans la communauté, cette notion se traduit par des paquets de soins « basiques » : consultation, médicaments, suivi pré-natal, quelques jours d'hospitalisation dans certains cas. C'est le premier niveau de soins, qui s'inscrit dans la médecine générale.

Solidarité : Rapport entre des personnes liées les unes aux autres, par une communauté d'intérêts, par une identité commune. Sentiment de devoir moral envers les autres membres de la communauté. La solidarité est un lien d'engagement, de dépendance réciproque.

Talibé : Enfant confié à la garde d'un maître coranique en charge de son éducation religieuse, au sein d'écoles appelés *daaras*.

Ticket modérateur : Partie des dépenses de santé qui n'est pas remboursée par l'assurance maladie et reste donc à la charge des patients.

Tontine : Les tontines, nombreuses et anciennes en Afrique, sont des associations collectives d'épargne, basée généralement sur le crédit rotatif : les membres versent régulièrement une somme prédéterminée dans un fonds commun, qui est distribué tout à tout à chacun des membres (soit par tirage au sort, soit chacun son tour). Les tontines ont avant tout une vocation sociale.

Résumé

Cette thèse aborde la question du potentiel des mutuelles comme base de la protection de la santé en Afrique. Le contexte est celui des régimes actuels de couverture maladie en Afrique de l'Ouest et centrale, hérités de modèles occidentaux, qui ne couvrent qu'une petite partie de la population, les travailleurs du secteur dit formel. Les gouvernements de ces pays se sont engagés dans l'extension de leurs couvertures maladies afin de fournir un accès universel aux soins. Depuis deux décennies, les mutuelles de santé se développent dans cette zone et sont devenues, dans certains pays, des piliers de cette extension. Mais, au regard des évolutions constatées, elles connaissent des difficultés importantes qui freinent leur développement. La littérature se concentre principalement sur les aspects opérationnels et financiers. En nous plaçant dans le contexte du Sénégal, notre thèse vise à montrer que cette vision est restrictive et laisse de côté les dimensions politiques et socioculturelles. En nous appuyant sur la littérature académique et celle des institutions, des entretiens semi-directifs et des études de cas, nous mettons en évidence deux explications principales à la stagnation des mutuelles de santé dans ce pays : un manque d'adhésion des populations qui provient d'une absence de compréhension de leur perception de la mutualité et de la santé, et l'influence des rapports de force entre les divers acteurs impliqués dans l'extension de la couverture maladie. La mobilisation de l'économie des conventions et de la littérature sur l'ESS permet de mettre en perspective ces obstacles et de montrer que les mutuelles ne devraient pas résulter d'un processus « clé en main ».

Mots clefs : Mutuelles de santé, Sénégal, Coopération internationale, Économie sociale et solidaire, Conventions (économie politique), Inégalités sociales, Complémentarité institutionnelle, Couverture Maladie Universelle

Abstract

Mutual health insurance in the context of expanding health coverage in Senegal. A reading by the conventions and the social and solidarity economy

This thesis addresses the idea of mutual health insurance as a foundation for health protection in Africa. Current health coverage schemes in West and Central Africa, inherited from Western models, include only a small part of the population, the so-called formal sector. The governments of these countries have engaged in expanding coverage to provide universal access to health care. For two decades, mutual health insurances have developed in this area and have become, in some countries, the pillar of this expansion. But, in light of observed trends, there are significant problems restricting the development of mutual insurance. The literature mainly focuses on operational and financial aspects. In the context of Senegal, our thesis is to show that this vision is restrictive and ignores the political and socio-cultural dimensions. Building on the literature from institutions, academic literature, semi-structured interviews and case studies, we highlight two main explanations for the stagnation of mutual health structures in this country: a lack of support of the population due to a deficiency in understanding their perception about mutuality and health; and the influence of power between the various actors involved in the health coverage expansion. Mobilizing the economy of conventions and literature on the SSE put these obstacles into perspective and show that mutual insurances should not result from a "turnkey" process.

Keywords : Mutual health insurance, Senegal, International cooperation, Social and solidarity economy, Economics of convention, Social inequities, Institutional complementarity, Universal health coverage