

**[Philipa Mladovsky](#), Alfred Ndiaye, Pascal Ndiaye,
Benjamin Lelubre, Werner Soors et Bart Criel**
**Les mutuelles de santé et le capital social
MUCAPS: trois études de cas sénégalaises**

Working paper

Original citation:

Mladovsky, Philipa, Ndiaye, Alfred, Ndiaye, Pascal, Lelubre, Benjamin, Soors, Werner and Criel, Bart (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.

Originally available from [The London School of Economics and Political Science](http://www.lse.ac.uk)

This version available at: <http://eprints.lse.ac.uk/60740/>

Available in LSE Research Online: January 2015

© 2014 The Authors

LSE has developed LSE Research Online so that users may access research output of the School. Copyright © and Moral Rights for the papers on this site are retained by the individual authors and/or other copyright owners. Users may download and/or print one copy of any article(s) in LSE Research Online to facilitate their private study or for non-commercial research. You may not engage in further distribution of the material or use it for any profit-making activities or any commercial gain. You may freely distribute the URL (<http://eprints.lse.ac.uk>) of the LSE Research Online website.

**Philipa Mladovsky, Alfred Ndiaye, Pascal Ndiaye,
Benjamin Lelubre, Werner Soors et Bart Criel**

Les Mutuelles de santé et le Capital Social

MUCAPS

Trois études de cas sénégalaises



Centre de Recherche sur les Politiques Sociales (CREPOS – Dakar)



Institut de Médecine Tropicale (IMT – Anvers)



London School of Economics (LSE - Londres)

Avril 2014

Les Mutuelles de santé et le Capital Social

MUCAPS

Trois études de cas sénégalaises

**Philipa Mladovsky, Alfred Ndiaye, Pascal Ndiaye,
Benjamin Lelubre, Werner Soors et Bart Criel**

Les Mutuelles de santé et le Capital Social

MUCAPS

Trois études de cas sénégalaises



Centre de Recherche sur les Politiques Sociales (CREPOS – Dakar)



Institut de Médecine Tropicale (IMT – Anvers)



London School of Economics (LSE - Londres)

Avril 2014

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES	4
ACRONYMES	9
NOTE SUR LES AUTEURS	11
REMERCIEMENTS	12
RÉSUMÉ ANALYTIQUE	13
CHAPITRE 1	21
RAPPEL DES CONCEPTS DE « MUTUELLES DE SANTÉ » ET DE « CAPITAL SOCIAL »	21
1.1 LES MUTUELLES DE SANTÉ EN AFRIQUE.....	21
1.2 LE CAPITAL SOCIAL : UN CONCEPT, PLUSIEURS INTERPRÉTATIONS	22
CHAPITRE 2	25
LA RECHERCHE	25
2.1 MOTIVATION DE LA RECHERCHE.....	25
2.1.1 <i>Développement, santé et capital social</i>	25
2.1.2 <i>Mutuelles et capital social : une porte d'entrée encore ouverte</i>	25
2.1.3 <i>MUCAPS : Une contribution à la connaissance et un cadre pour l'action</i>	26
2.2 HYPOTHÈSES ET OBJECTIFS	26
2.2.1 <i>Effet du capital social sur les mutuelles de santé</i>	27
2.2.2 <i>Effet des mutuelles de santé sur le capital social</i>	27
2.3 OBJECTIF GÉNÉRAL	28
2.4 OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	28
2.5 MÉTHODOLOGIE, ORGANISATION ET PLANIFICATION DE LA RECHERCHE	28
2.5.1 <i>Méthodologie 1 : les études de cas multiples</i>	28
2.5.2 <i>Méthodologie 2 : Méthodes mixtes</i>	30
2.5.3 <i>Organisation</i>	34
2.5.4 <i>Planification des activités</i>	35
2.5.5 <i>Processus de collecte des données, introduction et vérification de la qualité</i>	35
2.5.6 <i>Analyse des données</i>	36
2.5.7 <i>Vérification des données préliminaires auprès des parties prenantes</i>	37
CHAPITRE 3	39
CADRE GÉNÉRAL DE L'ÉTUDE	39
3.1 SITUATION GÉOGRAPHIQUE DES RÉGIONS DE THIÈS, DIOURBEL ET DAKAR	39
3.2 SITUATION ADMINISTRATIVE DES RÉGIONS DE THIÈS, DIOURBEL ET DAKAR	40
3.3 DÉMOGRAPHIE COMPARÉE DE THIÈS, DIOURBEL ET DAKAR	41
3.4 ANALYSE SOCIO-ÉCONOMIQUE DES RÉGIONS DE THIÈS, DIOURBEL ET DAKAR	41
3.5 PORTRAIT SANITAIRE DES RÉGIONS DE THIÈS, DIOURBEL ET DAKAR	42
CHAPITRE 4	47
ETUDE DE CAS N° 1 : SOPPANTE	47
4.1 LA MUTUALITÉ DANS LA RÉGION DE THIÈS.....	47
4.1.1 <i>Une position de région pionnière de la mutualité au Sénégal</i>	47

4.1.2. <i>Situation actuelle de la mutualité dans la région de Thiès</i>	48
4.1.3. <i>Risques couverts</i>	49
4.2 PRÉSENTATION DE LA MUTUELLE DE SANTÉ SOPPANTE.....	49
4.3 RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE QUANTITATIVE	51
4.3.1 <i>Comparaison entre adhérents et non-adhérents</i>	51
4.3.2 <i>Comparaison entre adhérents actuels et ex-adhérents</i>	55
4.3.3 <i>Synthèse des résultats de l'enquête quantitative</i>	59
4.4 RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE QUALITATIVE.....	60
4.4.1 <i>Entretiens semi-structurés et focus group</i>	60
4.4.2 <i>Entretiens libres avec les acteurs</i>	68
4.5. CONCLUSIONS POUR SOPPANTE: DISCUSSION DES THÉMATIQUES ET RECOMMANDATIONS PROVISOIRES	81
4.5.1 <i>Passage à l'échelle et la décentralisation</i>	81
4.5.2 <i>Les associations et les relations privilégiées</i>	82
4.5.3 <i>Le mouvement mutualiste</i>	83
4.5.4 <i>Le rôle du capital social</i>	84
CHAPITRE 5	87
ETUDE DE CAS N° 2 : NDONDOL.....	87
5.1 LA MUTUALITÉ DANS LA RÉGION DE DIOURBEL.....	87
5.2 PRÉSENTATION DE LA MUTUELLE DE SANTÉ NDONDOL.....	87
5.3 RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE QUANTITATIVE	88
5.3.1 <i>Comparaison entre adhérents et non-adhérents</i>	88
5.3.2 <i>Comparaison entre adhérent actuels et ex-adhérents</i>	93
5.3.3 <i>Synthèse des résultats</i>	97
5.4 RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE QUALITATIVE.....	98
5.4.1 <i>Entretiens semi-structurés et focus group</i>	98
5.4.2 <i>Entretiens libres avec les acteurs</i>	105
5.5 CONCLUSIONS POUR NDONDOL : DISCUSSION DES THÉMATIQUES ET RECOMMANDATIONS PROVISOIRES	119
5.5.1. <i>Diffusion de l'information</i>	120
5.5.2. <i>Interventions pour remédier à un manque de ressources : le microcrédit et les subventions</i>	121
5.5.3. <i>Les structures d'appui</i>	121
5.5.4. <i>La disponibilité et la qualité des soins</i>	122
5.5.5. <i>Le capital social</i>	122
CHAPITRE 6	125
ETUDE DE CAS N° 3 : WER AK WERLÉ	125
6.1 LA MUTUALITÉ DANS LA RÉGION DE DAKAR.....	125
6.1.1. <i>Des mutuelles de santé aux allures corporatives</i>	125
6.1.2. <i>Situation actuelle de la mutualité dans la région de Dakar</i>	125
6.1.3. <i>Le contexte du développement</i>	125
6.2 PRÉSENTATION DE LA MUTUELLE DE SANTÉ WER AK WERLÉ	126
6.3 RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE QUANTITATIVE	126
6.3.1 <i>Comparaison entre adhérent et non-adhérents</i>	126
6.3.2 <i>Comparaison entre adhérent actuels et ex-adhérents</i>	130
6.3.3 <i>Synthèse des résultats</i>	134
6.4 RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE QUALITATIVE.....	135
6.4.1 <i>Entretiens semi-structurés et focus group</i>	135
6.4.2 <i>Entretiens libres avec les acteurs</i>	141
6.5 CONCLUSIONS POUR WER AK WERLÉ : DISCUSSION DES THÉMATIQUES ET RECOMMANDATIONS PROVISOIRES	156

6.5.1. Les groupements féminins.....	156
6.5.2. La disponibilité et la qualité des soins de santé	157
6.5.3. La décentralisation	158
6.5.4. Les acteurs de développement	158
6.5.5. Le capital social	158
CHAPITRE 7	160
DISCUSSION - COMPARAISON DES TROIS ÉTUDES DE CAS PAR LE PRISME DE LA THÉORIE DU CAPITAL SOCIAL	160
7.1 LE RÔLE DU CAPITAL SOCIAL LIANT (<i>BONDING SOCIAL CAPITAL</i>) ET CAPITAL SOCIAL QUI CRÉE DES RÉSEAUX (<i>BRIDGING SOCIAL CAPITAL</i>) AU NIVEAU LOCAL DANS L'ADHÉSION À LA MUTUELLE.....	160
7.1.1 Informations nécessaires aux équipes mutualistes et à leurs membres.....	161
7.1.2 Valeurs, croyances, normes des équipes mutualistes et de leurs affiliés	164
7.1.3 La transmission de l'information, de valeurs, de croyances et normes entre l'équipe de la mutuelle et la population.	166
7.1.4 Les réseaux sociaux au sein de la population-cible et des membres des mutuelles	170
7.2 LE RÔLE, AU NIVEAU MACRO, DU CAPITAL SOCIAL QUI CRÉE DES RÉSEAUX (<i>BRIDGING SOCIAL CAPITAL</i>) DANS LES MUTUELLES DE SANTÉ : LES RELATIONS ENTRE LES ORGANISATIONS MUTUALISTES ET LES ACTEURS INSTITUTIONNELS	173
7.2.1. Informations nécessaires aux équipes des mutuelles, ainsi qu'aux acteurs institutionnels	174
7.2.2. Valeurs, croyances et normes partagées dans les relations entre le personnel des mutuelles de santé et les acteurs institutionnels	176
7.2.3. La transmission d'information, de valeurs, croyances et normes entre le personnel des mutuelles et les acteurs institutionnels.....	178
CHAPITRE 8	183
CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS POLITIQUES DE MUCAPS.....	183
8.1. INTRODUCTION	183
8.2. LE CAPITAL SOCIAL LIANT (<i>BONDING SOCIAL CAPITAL</i>)	184
8.2.1. Le manque de capital social liant entre les équipes des mutuelles et la population-cible	184
8.2.2. Mécanismes pour augmenter le capital social qui crée des liens entre les équipes des mutuelles de santé et la population	186
8.3. LE CAPITAL SOCIAL QUI CRÉE DES RÉSEAUX (<i>BRIDGING SOCIAL CAPITAL</i>)	188
8.3.1. Le manque de capital social qui crée des réseaux entre la mutuelle et les parties prenantes	188
8.3.2. Mécanismes pour améliorer le capital social créant des réseaux entre le personnel des mutuelles et les parties prenantes : le rôle des fédérations.....	190
BIBLIOGRAPHIE	195

Liste des tableaux

Tableau 2.1 : Critères de sélection pour les études de cas	29
Tableau 2.2. Nombre de mutuelles sénégalaises par région	30
Tableau 2.3 : Echantillonnage, enquête ménage	31
Tableau 2.4 : Interviews qualitatifs conduits dans le cadre de la recherche MUCAPS	33
Tableau 3.1 : Circonscriptions administratives de Thiès, Diourbel et Dakar	40
Tableau 3.2 : Ordres de collectivités locales à Thiès, Diourbel et Dakar.....	40
Tableau 3.3 : Collectivités locales émergentes à Thiès, Diourbel et Dakar	40
Tableau 3.4 : Effectif et composition des populations de Thiès, Diourbel et Dakar	41
Tableau 3.5 : Tendances de la scolarisation dans les régions de Thiès, Diourbel et Dakar.....	41
Tableau 3.6 : Nombre de structures de soins des régions médicales de Thiès, Diourbel et Dakar.....	43
Tableau 3.7 : Couverture médicale des régions de Thiès, Diourbel et Dakar	44
Tableau 3.8 : Proportion du personnel qualifié parmi le personnel soignant.....	44
Tableau 3.9 : Taux de couverture en soins préventifs et promotionnels.....	44
Tableau 3.10 : Indicateurs de mortalité dans les régions de Thiès, Diourbel et Dakar	45
Tableau 4.1 : Mutuelles de santé recensées dans la région de Thiès	48
Tableau 4.2 : Niveau de prestations de la mutuelle Soppanté	50
Liste des graphiques	
Graphique 4.1 : Répartition des ménages selon l'âge de leur chef au sein des adhérents et non-adhérents.....	51
Graphique 4.2 : Dépenses des ménages au sein des adhérents et non-adhérents	52
Graphique 4.3 : Source de revenu des ménages.....	52
Graphique 4.4 : Utilisation des services de soins	53
Graphique 4.5 : Montant des cotisations aux associations.....	53
Graphique 4.6 : Personnes sources d'informations sur la mutuelle	55
Graphique 4.7 : Dépenses des ménages (OECD scale).....	56
Graphique 4.8 : Montant des cotisations à une association	57
Graphique 5.1 : Répartition des ménages selon leur taille au sein des adhérents et non-adhérents ..	89

Graphique 5.2 : Biens des ménages au sein des adhérents et non-adhérents	89
Graphique 5.3 : Source de revenus des ménages	89
Graphique 5.4 : Utilisation des services de soins	90
Graphique 5.5 : Montant des cotisations aux associations.....	91
Graphique 5.6 : Contrôle des décisions communautaires	92
Graphique 5.7 : Niveau d’instruction des chefs de ménage	94
Graphique 5.8 : Motif d’adhésion à une association	95
Graphique 5.9 : Perception et participation à la mutuelle.....	96
Graphique 6.1 : Répartition des ménages des adhérents et non-adhérents selon la taille.....	127
Graphique 6.2 : Répartition des ménages des adhérents et non-adhérents selon le niveau de possession de biens	127
Graphique 6.3 : Répartition des ménages selon la source de revenu.....	127
Graphique 6.4 : Utilisation des services de soins	128
Graphique 6.5 : Montant des cotisations aux associations.....	129
Graphique 6.6 : Connaissance d’autres membres de la mutuelle	130
Graphique 6.7 : Répartition des chefs de ménage selon le niveau d’instruction	131
Graphique 6.8 tendance d’adhésion.....	132
Graphique 6.9 : Appréciation des prestataires de soins	133
Graphique 6.10 : participation aux activités de la mutuelle	134

ACRONYMES

ACDEV	Action et Développement
AG	Assemblée Générale
AGR	Activités Génératrices de Revenu
ANSD	Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie
AREAM	Alliance pour la Recherche et l'Expertise en Assurance Maladie
ASC	Association Sportive et Culturelle
BIT	Bureau International du travail
BIT/STEP	Bureau International du travail/Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté
CAFSP	Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat
CAMICS	Cellule d'Appui aux Mutuelles de Santé, IPM et CS
CAS/PNDS	Cellule d'Appui et de Suivi du Plan National de Développement Sanitaire
CCDGR	Centre de coordination pour le développement de Guinaw rail
CREPOS	Le Centre de Recherches sur les Politiques sociales
CTB	Coopération Technique Belge
DPS	Direction de la Prévision et de la Statistique
DSRP	Documents de Stratégie de la Réduction de la Pauvreté
DTF	Dossier Technique et Financier
ECD	Equipe Cadre de District
ECR	Equipe Cadre de Région
ENDA / Graf	Environnement, Développement, Action/Groupe de Recherche Action Formation
ENDSS	Ecole Nationale de Développement Sanitaire et Social
EP	Enquêteur Professionnel
EPS	Etablissement Public de Santé
ESAM	Enquête Sénégalaise auprès des Ménages
ET	Expérience de Terrain
FCFA	Franc de la Communauté Financière Africaine
GEC	Groupements d'Épargne et de Crédits
GPF	Groupement de promotion féminine
GRAIDE	Groupe de Recherche et d'Appui aux Initiatives de Développement
GIE	Groupement d'Intérêt Économique
GMS	Groupement Mutualiste de Santé
GRAIM	Groupe de Recherche et d'Appui aux Initiatives Mutualistes
ICP	Infirmier chef de Poste
IMF	Institution de micro finance
IMT	Institut de Médecine Tropicale
IPM	Institutions de Prévoyance Maladie
IPRES	Institution de Prévoyance Retraite du Sénégal
LSE	London School of Economics and Political Science
MAS	Micro Assurance Santé
MCD	Médecin chef de District

MCR	Médecin chef de Région
ME	Médicament Essentiel
MS	Mutuelle de Santé
MUCAPS	Les Mutuelles de Santé et le Capital Social
MSP	Ministère de la Santé et de la Prévention
MVCE	Mutuelle des volontaires et contractuels de l'éducation
NINEA	Numéros d'Identification Nationale des Entreprises et Associations
OCDES	Organisations Communautaires pour le Développement Sanitaire
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PAMAS	Projet d'appui au développement de la Micro Assurance Santé au Sénégal
PCR	Président de la Communauté Rural
PDRH	Projet de Développement des Ressources Humaines
PHR <i>plus</i>	Partnerships for Health Reform (programme 2 ^e phase)
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PRN	Programme de Renforcement de la Nutrition
PROMUSAF	Programme d'Appui aux Mutuelles de Santé en Afrique
PS	Poste de Santé
RGPH	Recensement de la Population et de l'Habitat
SFD	Systèmes Financiers Décentralisés
SIDA	Syndrome de l'immunodéficience acquise
SOCOCIM	Société de Commercialisation du Ciment
SR	Santé de la Reproduction
SRP	Stratégie de Réduction de la Pauvreté
SUDES	Syndicat Unique et Démocratique des Enseignants du Sénégal
UEMOA	Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
UNICEF	The United Nations Children's Fund
USAID	United States Agency for International Development
WAW	<i>Wer ak Werle</i>

NOTE SUR LES AUTEURS

Philipa Mladovsky Philipa est chercheur et professeur en politique de la santé à la London School of Economics and Political Science (LSE), chercheur à l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, et co-rédacteur en chef du journal "Globalization and Health". Ses intérêts de recherche portent sur le financement des soins de santé, la santé des migrants et l'impact de la crise financière sur les systèmes de santé. Avant de rejoindre LSE, Philipa a travaillé à l'Organisation Mondiale de la Santé à Genève. Elle a obtenu sa maîtrise à LSE en Santé, Population et Société et a complété un baccalauréat spécialisé en anthropologie sociale à l'Université de Cambridge.

Alfred Inis Ndiaye est enseignant au département de sociologie de l'Université Gaston Berger de Saint-Louis du Sénégal et chercheur au Centre de Recherche sur les Politiques Sociales (Crepos) à Dakar. Ses domaines de recherche sont les politiques sociales et les relations professionnelles.

Pascal Ndiaye est chercheur et spécialiste de protection sociale en santé. Ses travaux de recherche portent notamment sur l'assurance maladie communautaire. Il était assistant de recherche à l'Institut de Médecine Tropicale à Anvers, Belgique et mène actuellement des missions d'assistance technique dans le secteur de la santé.

Lelubre Benjamin, Infirmier de formation. Il intègre l'unité de financement de la santé de l'Institut de Médecine Tropicale à Anvers pour le projet MUCAPS à la suite de son master en santé publique.

Werner Soors, médecin de formation, a travaillé 17 ans en soins de santé primaires au Nicaragua, où il était aussi fondateur de la ŒMutua del Campo, première mutuelle de santé en Amérique Centrale. En 2004, il rejoint le département de santé publique à l'Institut de Médecine Tropicale à Anvers. Assistant de recherche à l'unité de financement de la santé, ses domaines d'intérêt sont les déterminants sociaux de la santé et l'exclusion sociale.

Bart Criel est médecin de formation. Il a obtenu un doctorat sur le sujet de l'assurance-maladie au niveau district en Afrique sub-Saharienne. Il est professeur au département de santé publique à l'Institut de Médecine Tropicale à Anvers, Belgique, où il dirige l'unité de financement de la santé. Il est actuellement co-directeur du Master en santé publique (MPH) organisé au sein du département. Ses domaines d'intérêt sont l'organisation des services de santé et le développement de systèmes de protection sociale en santé. Dans la période 2001-2008 il a aussi dirigé le Centre Public d'Action Sociale (CPAS) dans sa municipalité.

REMERCIEMENTS

L'équipe MUCAPS remercie toutes les institutions, organisations et personnalités qui ont contribué à la bonne conduite de la recherche. Nous avons bénéficié du précieux appui et soutien de la Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat (CAFSP) et par son Programme d'Appui à la Micro Assurance Sante (PAMAS), et par le Stewart Halley Trust. En outre, la collecte des données n'a été possible qu'avec la participation à l'enquête des associations et organisations suivantes: Mutuelle de santé de Ndongol, Mutuelle de santé de Soppante, Mutuelle Wer ak Werlé, Coordination des mutuelles de santé de Thiès, Coordination des mutuelles de santé de Diourbel, Union des mutuelles de santé de Dakar, Structures d'appui, comme Promusaf, CTB, Cabinet Hygea, USAID, World Vision, Enda Intermonde, LuxDev, ACDEV, OMS, UNICEF, BIT, Banque Mondiale, AREAM, etc. Aussi, les prestataires de soins des régions de Dakar, Thiès et Diourbel, les gestionnaires du système de santé (Ministère [CAFSP, équipe cadre de Région, équipe cadre de district), ceux des autres ministères ou services rattachés (Action sociale, décentralisation, etc.) ont activement contribué à la réussite de l'étude.

Enfin, l'équipe MUCAPS renouvelle toute sa gratitude à l'équipe des enquêteurs : Adama Ba, Aliou Diop, Babacar Diop, Blandine Faye, Cheikh Ndiaye, Daouda Demba Ba, Ndèye Awa Boye, Ndèye Fatou Mbengue, Ndèye Seyni Kane et Olivier Seck.

RÉSUMÉ ANALYTIQUE

Les Mutuelles de Santé et le Capital Social (MUCAPS)

Messages clé

- L'objectif de la recherche MUCAPS était de générer une meilleure compréhension de la relation entre mutuelles de santé et capital social. Les hypothèses étaient que le capital social d'une communauté est un déterminant majeur dans le développement de la mutuelle et que la mutuelle de santé est elle-même productrice de capital social.
- Nous avons conduit une enquête ménage et organisé des focus groupes et des entretiens semi-structurés dans trois sites mutualistes au Sénégal.
- Les résultats montrent que les membres de la mutuelle ont plus de capital social que les non-membres et les ex-membres, qu'il y a une importante déconnection entre gestionnaires et membres de la mutuelle, et que les relations entre mutuelle et autres teneurs d'enjeu – autorités publiques et bailleurs de fonds – est loin d'être optimale.
- Les responsables de la mutuelle doivent s'investir dans un réel dialogue avec la communauté et dans une mobilisation du capital social existant. Les mutuelles ont intérêt à s'intégrer dans des constructions fédératives. Finalement, il est important de développer des politiques de subventionnement pour permettre aux plus pauvres d'adhérer à la mutuelle.

Cadre de la recherche

Promouvoir l'accès aux soins de santé est aujourd'hui une priorité pour les pays africains. L'initiative de Bamako a joué un rôle majeur dans cette évolution, en imposant le paiement à l'acte par l'utilisateur au point de service comme un des modes majeurs de financement des services de santé. Rapidement, ce choix a eu un impact conséquent sur l'utilisation des services de santé par les ménages, notamment ceux du secteur informel, ramenant ainsi la question de l'accès aux soins au cœur du débat.

Depuis les années 1980, plusieurs formes d'Assurance Maladie Communautaire (AMC) ont vu le jour en réaction à ce constat. Elles visent à organiser les populations afin de faciliter leur accès aux soins de santé. Une des formes d'AMC les plus développées en Afrique de l'Ouest et en Afrique Centrale sont les Mutuelles de Santé (MS). Une MS est une « association autonome à but non lucratif, basée sur la solidarité et la participation démocratique, qui, essentiellement au moyen des cotisations de ses membres, a comme objectif d'améliorer l'accès de ceux-ci et de leurs familles à des soins de santé de qualité en menant une action de prévoyance et d'entraide ». Le Sénégal fait partie des pays africains où le mouvement mutualiste est le plus dynamique. Les premières expériences ont été mises en place dès les années 1980 et entre 2000 et 2003, le nombre de mutuelles fonctionnelles a triplé, passant de 28 à 79. Malgré ce développement, les MS au Sénégal sont confrontées à plusieurs défis parmi lesquels (i) leur petite taille (avec des couvertures populationnelles faibles) (ii) un impact limité sur la qualité des soins, qui est pourtant un des déterminants importants dans la décision d'un individu d'adhérer et de rester dans la mutuelle ; (iii) une adhésion modérée des prestataires au modèle mutualiste ; et enfin (iv) une viabilité financière incertaine à ce jour.

"Mutuelles de santé et Capital Social" (**MUCAPS**) est un projet de recherche qui cherche à générer des nouvelles connaissances sur la dynamique du mouvement mutualiste au Sénégal. Les résultats de **MUCAPS** pourront bénéficier à plusieurs catégories d'acteurs :

- les acteurs impliqués dans le développement des MS (administrateurs de mutuelles, structures d'appui, prestataires de soins, gestionnaires du système de santé, etc.) ;
- les chercheurs qui étudient les dynamiques sociales, le capital social et les mécanismes de protection sociale et de financement de la santé ;
- les décideurs et financeurs des politiques de développement, dont la santé ;
- les instituts de formation de travailleurs sociaux.

A ce jour, la quasi-totalité des recherches faites sur les MS africaines porte sur des aspects opérationnels et financiers. Cependant, les MS sont aussi une organisation sociale et la dimension sociopolitique des MS, au-delà de la dimension santé, a à peine été étudiée. **MUCAPS** entend contribuer à combler cette lacune.

Depuis plus de 10 ans, de nombreuses études empiriques dans les pays à bas revenu ont suggéré qu'un niveau élevé de capital social était corrélé positivement avec une amélioration des résultats obtenus dans de nombreux domaines, notamment l'agriculture, l'eau et l'hygiène ou encore la microfinance. Une étude de la Banque Mondiale sur le capital social suggère que celui-ci pourrait être le « chaînon manquant » entre le capital naturel, physique, humain d'une part et la croissance économique et le développement d'autre part. *Le capital social est défini comme les ressources dont disposent les individus et les communautés (l'élément « capital »), en vertu de leurs connaissances et compétences réciproques (l'élément « social ») et qui peuvent être mobilisées pour atteindre leurs buts (notion intrinsèque à toute forme de capital)*. Woolcock nous livre une définition plus spécifique des caractéristiques du capital social, il s'agit des « informations, de la confiance et des normes de réciprocité inhérentes à un réseau social » (Woolcock, 1998: p.153). Notre lecture du capital social est une reformulation de ces définitions.

D'autres éléments seront pris en compte afin d'approfondir notre compréhension. Il s'agit notamment des différentes formes de capital social mises en avant par Woolcock, comme les interactions entre *bonding* et *bridging social capital* :

- (i.) *bonding social capital* (capital social « liant ») inhérent aux liens intra-communautaires du niveau micro ;
- (ii.) *bridging social capital* (capital social « générant des réseaux ») inhérent aux réseaux extra-communautaires du niveau micro;
- (iii.) *bridging social capital* inhérent aux relations entre les communautés et les institutions étatiques du niveau macro; et
- (iv.) *bonding social capital* inhérent aux relations sociales au sein des institutions publiques du niveau macro.

Hypothèses et méthodologie de recherche

L'objectif général de MUCAPS est d'arriver à une meilleure compréhension de la relation entre MS en Afrique et capital social. MUCAPS a plus particulièrement testé les hypothèses de recherche suivantes :

Hypothèse 1 : Le capital social d'une communauté et celui des individus membres d'une mutuelle de santé sont des déterminants majeurs dans le développement de la mutuelle ;

Hypothèse 2 : Au-delà de sa contribution à faciliter l'accès aux soins, la mutuelle de santé produit du capital social pour les membres de la mutuelle et pour la communauté dans laquelle la mutuelle est implantée.

Au total, nous avons étudié trois MS : les mutuelles de Soppante, Ndongol and Wer ak Werle (WAW). Celles-ci dernières ont été sélectionnées sur la base de critères révélateurs du niveau de fonctionnalité de l'organisation. Nous désirions également explorer des contextes géographiques différents : Dakar pour le milieu urbain, Diourbel et Thiès pour le rural.

Nous avons utilisé différentes méthodes pour investiguer la relation entre capital social et développement des MS, les différents volets méthodologiques se renforçant mutuellement. Les outils de collecte élaborés par l'équipe de recherche se déclinent comme suit : un questionnaire pour l'enquête ménage et des guides pour les entretiens semi-structurés et les focus groupes. Pour l'enquête ménage, nous avons appliqué la méthode d'échantillonnage stratifiée afin de choisir au hasard, à partir des listes des membres des trois MS, un échantillon des ménages adhérents (à jour) et des ménages ex-adhérents (pas à jour). Les ménages non-membres ont été sélectionnés de façon aléatoire. Dans les ménages adhérents, ou ex-adhérents, la personne qui s'est engagé dans l'adhésion a été interviewé. Dans les ménages non-adhérents, l'interview a été faite avec le chef de ménage ou avec une autre personne du ménage avec suffisamment « d'autorité » pour prendre une décision concernant l'adhésion à la mutuelle. La recherche qualitative a été menée auprès de trois groupes principaux. Le premier groupe comprend les « acteurs » (par exemple, gestionnaires et prestataires du système de santé, administrateurs de mutuelle, autorités/leaders locaux et structures d'appui) identifiés par la technique "boule de neige". Le deuxième groupe interrogé était composé de membres/ex-membres/non membres des MS. Ces personnes ont été sélectionnées parmi les ménages interrogés pendant la phase quantitative. Enfin, le troisième groupe est composé des participants aux focus groupes (membres des ménages interrogés ou membres d'associations diverses dans la communauté locale). L'enquête a été conduite sur une période de 8 semaines en 2009 dans les trois sites observés.

Au total, 720 ménages ont été inclus dans l'enquête et 64 interviews ont été faits avec des teneurs d'enjeu. Ensuite, 109 interviews et 12 focus groupes ont été conduits avec des membres/ex-membres et des non-membres. Les principaux résultats sont présentés et discutés dans la section suivante.

Résultats et discussion

Le capital social liant (*bonding social capital*)

Dans les trois cas d'études, il y a une déconnection nette entre le staff de la mutuelle d'une part et les mutualistes et la population d'autre part. Cet état de choses est causé par une série de facteurs,

avec une incidence globalement négative sur l'ensemble du fonctionnement de la mutuelle. Malgré la taille réduite des mutuelles, leurs responsables ne sont majoritairement pas connus de la population-cible (par exemple, dans le cas de Soppante, seulement 38% des membres et ex-membres connaissent le président de la mutuelle, et 51% connaissent un gestionnaire de la mutuelle). En conséquence, les responsables ne sont pas en mesure d'exploiter leurs relations sociales pour développer les MS. Le faible taux de participation de la population aux activités formelles organisées par les responsables des mutuelles, telles que les Assemblées Générales (AG) aggrave cette déconnexion (par exemple, dans le cas de Ndongol, seulement 63% des adhérents et 33% des ex-adhérents ont déjà participé aux AG). La déconnexion et la dépendance des mutuelles vis-à-vis du volontariat ont ainsi rendu difficiles la collecte des cotisations. Le personnel local n'est pas toujours fiable, en partie parce qu'il n'est pas rémunéré. Un acteur (Soppante, cas d'étude) a expliqué : *Les habitants sont souvent en retard de cotisations parce que, disent-ils, la gérante de zone ne fait plus le déplacement pour récupérer leur argent... Après elle m'a expliqué par la suite que le travail qu'elle faisait était bénévole et qu'elle n'avait plus le temps...* La déconnexion du personnel local a deux conséquences majeures : d'une part, elle limite la transmission de l'information (informations transmises à la population-cible, transfert d'informations à partir de «la base» vers les gestionnaires des mutuelles et les prestataires de soins) et d'autre part, elle empêche les responsables de bénéficier de la confiance ou des normes de réciprocité et de confiance existantes au sein de la population. Il en est de même du développement de la confiance, de valeurs communes et de l'autonomisation de la population locale. Cela a finalement contribué au faible taux d'adhésion et au taux important d'abandon.

Nous notons aussi un décalage entre gestionnaires et population dans la compréhension des valeurs et principes sous-jacents aux mutuelles de santé. Les responsables des mutuelles et les acteurs voient, à raison, les mutuelles de santé comme un mécanisme de solidarité en raison des subventions croisées entre malades et bien portants. Mais ils ont tendance à «moraliser» ceux qui n'ont pas adhéré ou qui ont quitté la mutuelle et les accusent implicitement d'un manque de solidarité. Notre recherche montre que cette attitude n'est pas fondée. Plusieurs personnes interrogées déclarent que si la mutuelle est un mécanisme de solidarité, alors l'organisation devrait puiser dans ses propres ressources pour subsidier les ménages dans l'incapacité de régler leurs cotisations. En outre, l'enquête ménages révèle un large consensus quant à la nécessité de subventionner les cotisations pour les plus pauvres (par exemple, dans le cas de Ndongol, neuf personnes sur dix sont d'accord pour que le gouvernement subsidie les indigents (93% adhérents, 90% non-adhérents). Alors que les acteurs mutualistes pensent que la population n'est pas solidaire, la population pense que l'organisation ne l'est pas assez ! En réalité, les mutuelles de santé sont vues par la majorité de la population comme une forme de réciprocité. Les membres ont payé pour que les autres bénéficient de soins, mais espèrent en retour bénéficier eux aussi, dans un futur plus ou moins proche, des services de la mutuelle. Le fait de quitter la mutuelle semble être le fruit d'un calcul des ménages – qui estiment que cette réciprocité n'est pas respectée. Il s'agit ici de notions relativement complexes – solidarité, réciprocité - qui devraient être débattues entre personnel de la mutuelle et population-cible.

Le manque de solidarité dans la mutuelle s'exprime aussi par une couverture inéquitable. Alors que les mutuelles de santé sont généralement établies pour venir en aide aux pauvres, le taux d'adhésion de ces derniers n'est pas souvent le taux le plus important. Les ménages avec un capital économique et humain (indiqué par le taux plus important de personnes ayant des dépenses, des ressources ou une scolarisation importante) sont plus susceptibles d'adhérer à une mutuelle. Les membres de la mutuelle se sont plaints à répétition que les primes sont inabordables. Les résultats illustrent l'incapacité des ménages les plus pauvres à payer leurs cotisations en raison de cotisations forfaitaires – un mode de financement régressif - et du manque de subsides.

Les résultats de l'enquête indiquent cependant qu'en sus des barrières financières, il y a aussi une série de barrières sociales à l'adhésion. Les membres de la mutuelle semblent jouir de plus de capital social que les ex-membres et les non-membres. Par exemple, à Soppante, 93% des adhérents actuels sont également membres d'associations autres que la mutuelle ; ce chiffre tombe à 77,5% pour les ex-adhérents et 808% pour les non-adhérents. Les adhérents sont plus nombreux à avoir un homonyme (93% chez les adhérents contre 80% chez les non-adhérents) ou à être un parrain (68% chez les adhérents contre 54% chez les non-adhérents). Dans le cas d'étude de WAW, 85% des adhérents et 76% des non-adhérents ont répondu qu'il était probable ou fort probable que l'ensemble de la commu-

nauté coopère en cas de difficulté. Ils sont un peu plus d'un adhérent sur sept à avoir répondu que ce n'était pas probable alors qu'ils sont près d'un sur quatre à le penser parmi les non-adhérents. Les membres des mutuelles semblent être davantage "capacités" (*empowered* en Anglais) que les non-membres. Par exemple, dans le cas de WAW, concernant le contrôle sur les décisions prises dans le village, les adhérents sont plus nombreux à penser avoir un contrôle sur tout ou presque tout (adhérents 41% ; non-adhérents 26%). Ceci suggère que les personnes/ménages avec plus de capital social sont plus enclins à adhérer à la mutuelle et tend à confirmer l'hypothèse que "le capital social d'une communauté et celui des individus membres d'une mutuelle de santé sont des déterminants majeurs dans le développement de la mutuelle".

Une série de mécanismes pourraient être mis en place afin d'augmenter le capital social liant et solidarité entre équipes de la mutuelle et population-cible - dans une perspective de développement et de croissance des mutuelles de santé :

- Au niveau des mutuelles elles-mêmes, il faudrait que les responsables puissent avoir le temps et les ressources nécessaires (financières et autres) pour se déplacer davantage sur le terrain, de s'investir dans la continuité d'un dialogue et de capitaliser sur ses propres réseaux sociaux. Ceci doit nécessairement aller de pair avec une certaine professionnalisation des cadres de la mutuelle, y incluant leur rémunération. De telles mesures contribueront aussi à une plus grande stabilité des personnels. Il est évident que les mutuelles ne disposent aujourd'hui pas des ressources nécessaires pour ce faire : un subventionnement de l'extérieur s'impose donc.
- Subventionnements pour couvrir partiellement ou totalement les primes pour les plus pauvres.
- Il faut également investir dans le renforcement des équipes décentralisées des mutuelles afin de mobiliser le capital social préexistant au sein de la population locale. Le système de « GMS » (Groupement Mutualiste de Santé) des femmes de WAW est un exemple intéressant. Ce système se base sur le recrutement d'équipes locales qui jouissent de la confiance des adhérents de la mutuelle, qui facilitent l'adhésion de nouveaux adhérents par le biais d'associations déjà existantes, et qui assurent la collecte des cotisations par un mécanisme de paiement préexistant. Il ne faut cependant pas ignorer les inconvénients d'un tel modèle. Couvrir la population par le biais d'associations communautaires pourrait renforcer la domination d'un groupe social donné dans l'administration mutualiste et une exclusion des ménages qui n'appartiennent pas au groupe. Il est donc nécessaire de développer des politiques spécifiques pour cibler les populations plus vulnérables caractérisées, entre autre, par un capital social plus faible.

Le capital social qui crée des réseaux (*bridging social capital*)

Notre recherche suggère que le manque de capital social qui construit des réseaux entre les mutuelles et les parties prenantes résulte du mauvais acheminement de l'assistance technique, financière ou politique, créant ainsi des barrières à l'octroi de subsides gouvernementaux (Soppante, Ndongol and Wer ak Werke) et à l'établissement de contrats avec les hôpitaux (Ndongol and Wer ak Werke). Un aspect important du manque de capital social (*bridging*) tient au manque de communication entre les responsables des mutuelles et les parties prenantes. S'ils doivent passer des contrats ou subsidier les mutuelles de santé, les parties prenantes ont besoin d'informations sur les performances des mutuelles (taux d'adhésion, impact des mutuelles sur la protection financière, solvabilité de l'organisation,...). La remise des rapports d'activités des mutuelles aux autres acteurs impliqués peut permettre de transmettre cette information. Mais il existe une barrière majeure à la production de ces rapports : le manque de ressources et subsides au sein de l'administration, créant ainsi un cercle vicieux.

Cependant, toutes les informations ne doivent pas être collectées et présentées de manière formelle et technique. L'expérience de Soppante dans le contexte du « mouvement mutualiste » de Thiès illustre qu'informer les acteurs impliqués sur les progrès de la mutuelle, même informellement, lors

d'interactions sociales autres, comme une invitation commune à un évènement par exemple, peut faire lever certains obstacles. Par exemple, le développement des relations personnelles avec les gestionnaires de l'hôpital a facilité le processus de contractualisation. Certains sont devenus des partisans qui ont convaincu la direction des bénéficiaires des mutuelles. Un administrateur de l'hôpital a expliqué: *à force... d'aller dans les réunions, de faire les séminaires... parce qu'ils m'invitaient souvent à venir aux séminaires. Je participais, je faisais les débats, on discutait, alors lorsque je suis venu ici, les réunions, j'en parlais. Je disais au Directeur (de l'hôpital) "les mutuelles là il faut les intégrer". Alors finalement il m'appelaient "monsieur le mutualiste" !* Ceci tend à confirmer l'hypothèse que la mutuelle de santé peut aussi produire du capital social. Il convient cependant de préciser que ce capital social est principalement généré au sein du staff des mutuelles de santé et parmi les différents acteurs interviewés, plutôt que parmi les membres de la communauté et les mutualistes eux-mêmes.

Intimement lié au manque d'information, il existe un manque de confiance d'attachement et d'identification aux valeurs communes de la mutuelle, telle que la solidarité. La confiance fait souvent défaut dans les relations entre les différents acteurs et les dirigeants des mutuelles (par exemple certains prestataires de soins ne font pas confiance aux mutuelles pour le remboursement des prestations ou pour les délais de remboursement ; d'autres responsables locaux craignent que les politiciens ne soient tentés de compromettre la nature transparente et démocratique de la mutuelle en l'exploitant le mouvement à des fins politiques). Ce manque de confiance et de solidarité a créé des blocages pour établir des contrats avec des hôpitaux et obtenir des subsides.

À nouveau, l'exemple de Soppante et du « mouvement mutualiste » de Thiès illustrent à quel point construire la confiance et le partage de valeurs communes peut aider, par exemple, à obtenir un contrat avec un hôpital. Ceci suggère que les autres mutuelles pourraient s'inspirer du « mouvement mutualiste » et développer des mécanismes pour construire une relation de confiance avec les parties prenantes. Les recommandations, sur les façons d'implémenter ces mécanismes, sont présentées ci-dessous.

La littérature sur le capital social suggère qu'il pourrait être avantageux de renforcer les interactions entre le personnel local, les adhérents et les parties prenantes. L'engagement de la société civile ou du secteur privé sous la forme d'interactions journalières informelles avec les représentants du gouvernement peut construire des normes positives, de fidélité et de loyauté par exemple. Il est concevable que l'augmentation de l'aide (subvention publique ou de bailleurs de fonds par exemple) puisse faciliter l'intégration de ces parties prenantes dans la vie de l'organisation.

Les fédérations ont le potentiel de renforcer les actions, les discussions collectives et les mécanismes stratégiques vis-à-vis du gouvernement, de la société civile et des marchés, mais également de construire des ponts durables entre les différentes organisations. Des associations fructueuses sont capables de développer des relations avec les organisations politiques et économiques afin que chacune d'elles puisse bénéficier des forces des autres. Bon nombre de caractéristiques de la fédération sont uniques et ne peuvent pas être reproduites ailleurs. Par exemple, la région de Thiès est le lieu de «naissance» des mutuelles au Sénégal, et pour cette raison, elle a une longue expérience du phénomène mutualiste, expérience qui peut bénéficier à d'autres fédérations mutualistes. En particulier, l'expérience de Thiès enseigne la nécessité, pour une fédération, d'avoir un coordonnateur central ayant un *leadership* qui lui permet :

- D'organiser régulièrement des rencontres avec d'autres membres et de s'assurer que des informations pertinentes soient présentées, des informations visant en particulier, le partage d'analyses et de solutions sur des problèmes communs et le partage de bonnes pratiques en gestion, recrutement, adhésion, etc.
- De se rendre régulièrement sur le terrain pour visiter les adhérents de la mutuelle dans le but de suivre son implémentation
- De s'assurer que les parties prenantes comme les responsables d'hôpitaux, les bailleurs de fonds, les collectivités locales et les comités de santé, assistent aux réunions de la mutuelle et les accompagnent de temps à autre sur le terrain.
- De négocier des contrats avec les hôpitaux au nom de toutes les mutuelles de la fédération.

Afin de financer ces activités, les organisations membres doivent payer une contribution à la fédération. Cela a été réalisé à Thiès, mais il convient de noter que de nombreuses mutuelles auraient probablement des difficultés pour financer ces coûts administratifs.

En dépit de ces nombreuses forces, la fédération de Thiès a été accusée d'être isolée et d'ignorer les autres acteurs importants du développement et ses enjeux. Comme l'ont suggéré certaines parties prenantes, cela est dû, en partie, par la stagnation du taux d'adhésion dans les mutuelles de Thiès. La fédération intersectorielle à laquelle appartient WAW présente une autre configuration. En plus d'être membre d'une fédération régionale mutualiste, WAW est aussi membre d'une fédération locale regroupant les ONG locales, tous secteurs confondus (éducation, santé, groupement d'intérêt économique etc.), travaillant pour le développement. L'intégration de la mutuelle dans un agenda local de développement a renforcé la mutuelle de nombreuses manières. A la lumière de cet exemple, nous recommandons que les mutuelles se fédèrent avec d'autres ONG et Organisations Communautaire de Base (OCB). De cette manière, le personnel mutualiste pourra profiter :

- d'un accès aux expériences de responsables d'ONG. Ils pourront donc développer de nouvelles compétences, telles que des pratiques de gestion professionnalisées
- d'une orientation stratégique commune. Ils pourront développer ou se joindre à une politique de développement. Tels que déjà identifiés, les réseaux sociaux bien organisés peuvent fournir le moyen de collecter les cotisations et de faire adhérer la population en masse. Ou, à contrario, les groupes socialement exclus qui nécessitent un soutien supplémentaire en termes d'adhésion ou de subsides
- de la puissance collective pour le lobbying auprès de bailleurs de fonds, des subsides et du soutien du gouvernement local ou encore pour obtenir leur propre représentation politique en se présentant aux élections locales pour être un élu.

Conclusion

Les trois mutuelles doivent être mieux intégrées dans réseaux sociaux de la population-cible si on souhaite augmenter leur couverture. Ceci contribuera à promouvoir la transmission effective d'informations, la confiance, les normes et valeurs partagées, et donc à mieux aligner l'organisation mutualiste avec les réalités de la population. Cela requiert une stratégie de décentralisation basée sur des structures sociales préexistantes. En même temps, les responsables mutualistes doivent (accepter de) subventionner les cotisations et promouvoir les interventions sociales qui visent à l'inclusion de groupes plus vulnérables disposant de moins de capital social. Les mutuelles ont également besoin d'étendre le paquet de soins couverts en établissant des contrats avec les hôpitaux.

Afin de réaliser ces expansions de la couverture les mutuelles doivent construire des relations avec les parties prenantes telles que bailleurs de fonds, élus locaux et prestataires de soins. Ces relations doivent se caractériser par la fourniture d'information, par la confiance et le partage de valeurs. Ceci exige des structures et des processus managériaux et administratifs plus forts, ainsi qu'une augmentation du pouvoir de négociation acquis à travers les actions collectives au sein de fédérations avec d'autres mutuelles, organisations non-gouvernementales et communautaires de base. Actuellement, la décentralisation des mutuelles, la gestion centrale et les actions collectives sont faibles car ces différents processus sont largement élaborés sur une base volontaire. Les ressources sont insuffisantes pour rémunérer et former le personnel local, les responsables des mutuelles ou les fédérations qui organisent des actions collectives. Ces rôles-clés sont actuellement remplis à temps partiel et de manière non-professionnelle par le personnel de la mutuelle. Des subsides sont nécessaires pour financer la professionnalisation de la gestion des mutuelles de santé.

Il faut cependant rester prudent. Subsidier uniquement les mutuelles afin de financer la professionnalisation du management n'est pas un remède-miracle. Renforcer les capacités des responsables de mutuelle et des personnels professionnels n'est pas non plus suffisant. Ils ne doivent pas seulement posséder une expertise technique, mais également une bonne compréhension et un sens du contexte social leur permettant d'intégrer leur organisation dans les réseaux sociaux de la population-cible. Le but est de faciliter un réel transfert d'information à la population et de promouvoir des relations de

confiance avec les différents acteurs. La formation des responsables mutualistes et de son personnel doit donc à la fois porter sur des aspects techniques que sur des aspects de communication.

CHAPITRE 1

RAPPEL DES CONCEPTS DE « MUTUELLES DE SANTÉ » ET DE « CAPITAL SOCIAL »

1.1 Les mutuelles de santé en Afrique

Promouvoir l'accès aux soins de santé est aujourd'hui une priorité pour les pays africains. Cette priorité découle des modifications profondes qui ont marqué le financement des soins de santé durant les dernières décennies. Au lendemain des indépendances, plusieurs pays ont institutionnalisé la gratuité des soins. Vingt ans plus tard, la politique de gratuité a laissé place à une stratégie de recouvrement des coûts par le biais de paiements directs des usagers pour les soins (*user fees*). Toutefois, dans certains pays, il existe encore une politique de gratuité au profit de la mère et de l'enfant, et parfois au profit des plus pauvres. L'initiative de Bamako a joué un rôle majeur dans cette évolution, en imposant le paiement à l'acte par l'utilisateur au point de service comme un des modes majeurs de financement des services de santé. Or, rapidement, ce choix a eu un impact conséquent sur l'utilisation des services de santé par les ménages, notamment ceux du secteur informel, ramenant ainsi la question de l'accès aux soins au cœur du débat. C'est pourtant encore la politique en vigueur dans beaucoup de pays d'Afrique subsaharienne. La population africaine se trouve confrontée à un immense défi de sécurité sociale. Dans le domaine de la santé, moins de 10% de la population bénéficient d'une couverture significative de la prise en charge des frais médicaux (ILO, 2001). Bien que la santé soit un droit universel, l'accès aux soins est caractérisé par une très grande inégalité au sein des populations : selon que l'on considère le secteur formel ou informel, les villes ou les villages ou encore les niveaux de revenus, l'appartenance ethnique et le genre.

Depuis les années 1980, plusieurs formes d'Assurance Maladie Communautaire (AMC¹) ont vu le jour. Elles visent à organiser les populations afin de faciliter leur accès aux soins de santé. On trouve une large variété de formes d'AMC, selon que la population bénéficiaire en soit l'initiatrice et la gérante ou que les fonctions soient remplies par des membres de la communauté, des prestataires de soins, des structures gouvernementales, des Organisations Non Gouvernementales (ONG), etc. (Ndiaye *et al.* 2007)

Une des formes d'AMC les plus développées en Afrique de l'Ouest et Centrale sont les mutuelles de santé. Une mutuelle de santé est une « *association autonome à but non lucratif, basée sur la solidarité et la participation démocratique et qui, essentiellement au moyen des cotisations de ses membres, a comme objectif d'améliorer l'accès de ceux-ci et de leurs familles à des soins de santé de qualité en menant une action de prévoyance et d'entraide* » (ILO 1999).

Le développement de plus en plus rapide des mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest et Centrale, est observé depuis 1997 par la *Concertation entre les acteurs du développement des mutuelles de santé en Afrique*².

Le Sénégal fait partie de ces pays africains où le mouvement mutualiste est dynamique. En effet, les premières expériences sont mises en place dès les années 1980 et depuis, les mutuelles se développent de façon rapide et constante. Ainsi, entre 2000 et 2003, le nombre de mutuelles fonction-

¹ *Community Health Insurance* (CHI) dans la littérature Anglo-Saxonne

² La *Concertation entre les acteurs du développement des mutuelles de santé en Afrique* est un réseau transversal de partage d'informations et expériences. Ses activités touchent onze pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre : Sénégal, Mali, Burkina Faso, Niger, Côte d'Ivoire, Bénin, Mauritanie, Cameroun, Guinée, Tchad et Togo.

nelles a triplé, passant de 28 à 79 (Ministère de la santé et de la prévention, 2004). On y trouve également une diversité de systèmes et de niveau d'organisation (coordinations et unions de mutuelles).

Malgré ce développement, les mutuelles de santé au Sénégal sont confrontées à plusieurs défis parmi lesquels (i) la taille : la grande majorité des mutuelles ne compte que quelques milliers voire quelques centaines de bénéficiaires³ ; (ii) la qualité des soins qui est un des déterminants⁴ importants dans la décision d'un individu d'adhérer et de rester dans la mutuelle (Criel & Waelkens, 2003 ; Waelkens & Criel, 2004) ; (iii) l'adhésion des prestataires au modèle mutualiste⁵ ; (iv) la viabilité financière des mutuelles.

La tâche des organismes appuyant le développement des mutuelles est de les aider à faire face à ces défis. Cela passe par la gestion des aspects organisationnels et techniques de la mutuelle. Cependant, les aspects techniques à eux seuls ne garantissent pas la réussite des initiatives mutualistes. Elles sont aussi dépendantes de l'acceptabilité et de la participation des communautés.

1.2 Le capital social : un concept, plusieurs interprétations

La notion de « capital social » fait l'objet d'un intérêt croissant, notamment suite aux travaux de Bourdieu (1980, 1986), Coleman (1988,1990), Putnam (1993, 1995), Portes (1998), Woolcock (1998, 2001) et Lin (1995, 2001). Le terme « capital social » a été utilisé pour *décrire et comprendre toute une série de phénomènes concernant les relations sociales au niveau individuel et collectif*, par des experts de diverses disciplines dans différents domaines du développement, y inclus celui de la santé (Macinko & Starfield, 2001 ; Swann & Morgan, 2002).

Aujourd'hui, il y a cependant peu de concordance en matière de définition et par conséquent en matière de mesure du capital social (Baum & Ziersch, 2003). Une question essentielle qui divise est de savoir si le capital social revient à l'individu – conformément à une compréhension introduite par Bourdieu (1980, 1986), formulée plus explicitement par Edwards & Foley (1998), Portes (1998) et consentie par Woolcock (1998, 2001) et Lin (1995, 2001) – ou à la communauté – conformément à la compréhension de Putnam. Entre ces deux écoles se trouve Coleman (1988,1990) qui situe le capital social comme une composante d'une structure sociale, facilitant des actions individuelles. À cette discordance, s'ajoutent les interprétations divergentes par rapport aux déterminants, aux composantes et aux effets du capital social. Ainsi, les phénomènes « confiance » et « réciprocité » sont considérés comme déterminants du capital social par Bourdieu (qui décrit le capital social comme une somme de ressources) et par Portes (1998) (qui le décrit comme la capacité de mobiliser ces ressources). Par contre, Woolcock (1998, 2001) considère les phénomènes « confiance » et « réciprocité » comme des composantes du capital social (le capital social comme l'ensemble de l'information, la confiance et les normes de réciprocité au niveau individuel) tout comme Putnam (le capital social comme l'ensemble de réseaux, normes et confiance au niveau communautaire).

La vaste majorité des efforts initiaux pour mesurer le capital social a été caractérisée par l'emploi des méthodes quantitatives et non-spécifiques, une minorité des approches faisant appel à une analyse qualitative (Baum & Ziersch, 2003). La dernière décennie a vu une reconnaissance croissante de la nature multifactorielle et multidimensionnelle du capital social, et par conséquent, du besoin d'une approche multidisciplinaire et globale pour le mesurer. Les démarches les plus récentes – notamment de la part d'acteurs mondiaux dans le domaine du développement comme la Banque Mondiale, et d'acteurs nationaux dans le domaine de la santé comme le *National Health Service* britannique – reposent sur ce consensus et intègrent des techniques quantitatives et qualitatives pour arriver à une appréciation composite du capital social (Grootaert et al., 2004 ; Morgan & Swan, 2004). Bien que ces initiatives s'inscrivent dans la logique du capital social comme ressource communautaire, la plupart des collectes de données proposées concernent le niveau individuel.

L'hétérogénéité conceptuelle apparente a évidemment généré des confusions et des critiques (Macinko & Starfield, 2001 ; Szreter, 2002 ; Baum & Ziersch, 2003 ; Kadushin, 2004 ; Ponthieux,

³ Il est difficile dans ces conditions de couvrir des risques coûteux, comme les hospitalisations

⁴ Outre la capacité contributive et la confiance en la gestion

⁵ L'apparition d'une mutuelle de santé peut interférer dans les relations et rapports de pouvoir entre utilisateurs et prestataires (Criel *et al.*, 2005) et entraîner une réaction défensive de ces derniers

2004), mais n'est pas en contradiction avec l'identification de deux éléments centraux à toutes les interprétations : *la notion de ressource et la prééminence d'une interaction sociale*. Une synthèse de ces deux éléments offre une issue à la question de la définition du capital social : *Le capital social est défini comme les ressources dont disposent les individus et les communautés (l'élément « capital »), en vertu de leurs connaissances et compétences réciproques (l'élément « social ») et qui peuvent être mobilisées pour atteindre leurs buts (notion intrinsèque à toute forme de capital)*. Woolcock nous livre une définition plus spécifique des caractéristiques du capital social, il s'agit des « *informations, de la confiance et des normes de réciprocité inhérentes à un réseau social* » (Woolcock, 1998): p.153.

Notre lecture du capital social est une reformulation de la définition proposée par Macinko et Starfield (2001) et Woolcock (1998).

Cette lecture synthétique du concept de « capital social » vise à être non-conflictuelle. En permettant l'analyse du capital social aux niveaux individuels et communautaires, elle représente notre compréhension intuitive et de base du « capital social », sur laquelle notre définition opérationnelle et cadre d'analyse seront élaborés. D'autres éléments pertinents seront pris en compte en vue d'optimiser notre compréhension. Il s'agit des différentes formes de capital social, comme le capital social au sein et au-delà d'une communauté (le *bonding* et *bridging social capital*, termes introduits par Putnam), les interactions entre *bonding* et *bridging social capital* :

- (i) *bonding social capital* inhérent aux liens intra-communautaires du niveau micro ;
- (ii) *bridging social capital* inhérent aux réseaux extracommunautaires du niveau micro;
- (iii) *bridging social capital* inhérent aux relations entre les communautés et les institutions étatiques du niveau macro; et
- (iv) *bonding social capital* inhérent aux relations sociales au sein des institutions publiques du niveau macro, signalées par Woolcock (1998, 2001).

Il faut aussi souligner l'expression spécifique du *linking social capital* comme capital social au-delà d'une communauté faisant le lien entre différents niveaux hiérarchiques de pouvoir (Szreter, 2002), la distinction entre mobilisation positive et négative du capital social (Portes), la distinction entre les dimensions cognitives et structurelles du capital social (Grootaert & van Bastelaer, 2002). Ici, les valeurs et normes sont classées comme cognitives et les institutions et réseaux comme structurels. Quel que soit le résultat de l'évaluation de ces différents éléments, notre recherche est délimitée par le choix des domaines de notre étude : les niveaux *micro* (individuel) et *méso* (communautaire) seront privilégiés. Le niveau *macro* (l'État central) ne sera pas étudié en première intention.

CHAPITRE 2

LA RECHERCHE

2.1 Motivation de la recherche

2.1.1 Développement, santé et capital social

L'impact du capital social sur la santé a été étudié depuis une vingtaine d'années (Moore, Haines, Hawe, & Shiell, 2006 ; Shortt, 2004), aussi bien pour mieux comprendre les liens entre l'iniquité de revenu et l'état de santé que pour contribuer à réduire l'iniquité dans l'état de santé des populations (Macinko & Starfield, 2001 ; Morgan & Swann, 2004). Depuis plus de 10 ans, les études empiriques ont suggéré qu'un niveau élevé de capital social était positivement corrélé à l'amélioration des résultats dans différents domaines comme l'agriculture, l'eau et l'hygiène, ainsi qu'aux microcrédits dans les pays à faibles ressources (Anderson, Locker, & Nugent, 2002; Brown & Ashman, 1996; Grootaert & Narayan, 2004; Krishna, 2001; Lyon, 2000; Narayan & Pritchett, 1997; Uphoff & Wijayaratna, 2000; van Bastelaer & Leathers, 2006; Weijland, 1999). L'étude de la Banque Mondiale sur le capital social (Grootaert & van Bastelaer, 2001) suggère même que celui-ci pourrait être le « chaînon manquant » entre le capital naturel, physique, humain d'une part et la croissance économique et le développement d'autre part. De même, concernant les quatre types de capital social, Woolcock (1998 :186) affirme dans son cadre conceptuel que « *les quatre dimensions doivent être présentes pour atteindre un développement optimal des ressources. Cette interaction fructueuse au sein et entre des initiatives top-down et bottom-up est le produit cumulatif d'un processus continu qui implique 'd'avoir de justes relations sociales'* ». Cependant, la manifestation du capital social dans une organisation communautaire visant à réduire l'iniquité dans l'accès aux soins de santé, a cependant été peu ou pas étudiée jusqu'à présent (Mladovsky and Mossialos 2008). Notre étude vise à combler cette lacune.

2.1.2 Mutuelles et capital social : une porte d'entrée encore ouverte

Une des premières étapes dans la mise en place d'une mutuelle de santé est la réalisation d'une étude de faisabilité. Une des composantes de cette étude est l'évaluation de la faisabilité sociale qui est censée décrire le niveau de cohésion sociale, les habitudes d'entraide, la confiance, les capacités d'initiatives, etc. Les conclusions sont souvent limitées à une simple description, sans recourir à une analyse des différents éléments. De même, le plus souvent il n'y a ni analyse de la contribution de la mutuelle à la dynamique sociale dans sa localité d'implantation, ni analyse de la manière dont elle s'appuie sur cette dynamique pour se développer. Ce sont certes des éléments difficiles à mesurer et les acteurs ne disposent souvent pas des instruments et cadres d'analyse nécessaires mais ces analyses demeurent essentielles.

Les chercheurs qui se sont investis dans l'étude '*Mutuelles de santé et Capital Social*' (*MUCAPS*) considèrent d'une part que des éléments importants du capital social ne sont pas pris en compte dans les études portant sur les mutuelles de santé et estiment d'autre part que l'organisation mutualiste promeut des comportements et des valeurs sociales liées à la vie communautaire, tels que la solidarité et la participation.

Jusqu'à présent, très peu d'études empiriques ont tenté d'investiguer la relation entre capital social et systèmes d'assurance-maladie volontaire comme les mutuelles de santé. En Afrique, une seule étude conduite au Burkina Faso, en milieu rural, a montré que l'adhésion à une mutuelle de santé est influencée par le capital social (Sommerfeld *et al.* 2002).

2.1.3 MUCAPS : Une contribution à la connaissance et un cadre pour l'action

MUCAPS contribuera à générer des nouvelles connaissances sur la dynamique du mouvement mutualiste au Sénégal. Les mutuelles de santé sont un arrangement permettant un partage solidaire du risque-maladie, une amélioration de l'accès aux soins et une réduction des dépenses des ménages pour payer les soins de santé. Mais à ce jour, la quasi-totalité des recherches faites sur les mutuelles de santé africaines porte sur des aspects opérationnels et financiers⁶. Comme décrit ci-dessus, les mutuelles de santé sont aussi une organisation sociale et la dimension sociopolitique des mutuelles de santé, au-delà de la dimension santé, a à peine été étudiée. Elle est pratiquement absente des procédures existantes d'implémentation, de suivi et d'évaluation des mutuelles de santé. Considérer la dimension sociopolitique induit une prise en compte de la notion de capital social, elle aussi quasi inexistante dans les études actuelles (Mladovsky and Mossialos 2008). **MUCAPS** veut contribuer à combler cette lacune.

MUCAPS a donc pour ambition de développer les connaissances. L'enjeu est de donner un nouveau regard aux observateurs de la dynamique mutualiste sur l'évolution de ces organisations. Ceci pourrait constituer une contribution importante dans le domaine des sciences sociales et des politiques de santé au Sénégal, notamment au regard des approches de participation communautaire.

Nous espérons que les résultats de **MUCAPS** favoriseront l'étude et la compréhension d'autres dynamiques sociales, aussi bien dans le domaine de la santé que dans d'autres secteurs du développement.

Enfin, **MUCAPS** contribuera à développer notre compréhension de l'utilité de la théorie du capital social dans la recherche sur les systèmes de santé et dans la formulation des politiques de santé. **MUCAPS** pourrait contribuer à certaines avancées méthodologiques sur les questions suivantes : comment documenter l'évolution du capital social dans des études transversales et établir des relations causales, comment circonscrire les communautés pouvant faire l'objet d'une étude du capital social collectif, comment intégrer des variables du capital social individuel (comme le *leadership* par exemple) dans une analyse du capital social au niveau collectif, comment comprendre l'interaction entre les différents niveaux de manifestation du capital social (individuel, familial, communautaire), etc.

MUCAPS s'inscrit dans l'agenda et la dynamique internationale en matière de recherche sur la santé pour *un accès universel et équitable aux soins de santé*, notamment en ce qui concerne les pays en développement.

Les résultats de **MUCAPS** pourront donc bénéficier à plusieurs catégories d'acteurs :

- Les acteurs du développement des mutuelles de santé (administrateurs de mutuelles, structures d'appui, prestataires de soins, gestionnaires du système de santé, etc.) ;
- Chercheurs qui étudient les dynamiques sociales et le capital social ;
- Décideurs et financeurs des politiques de développement, dont la santé ;
- Instituts de formation de travailleurs sociaux.

2.2 Hypothèses et objectifs

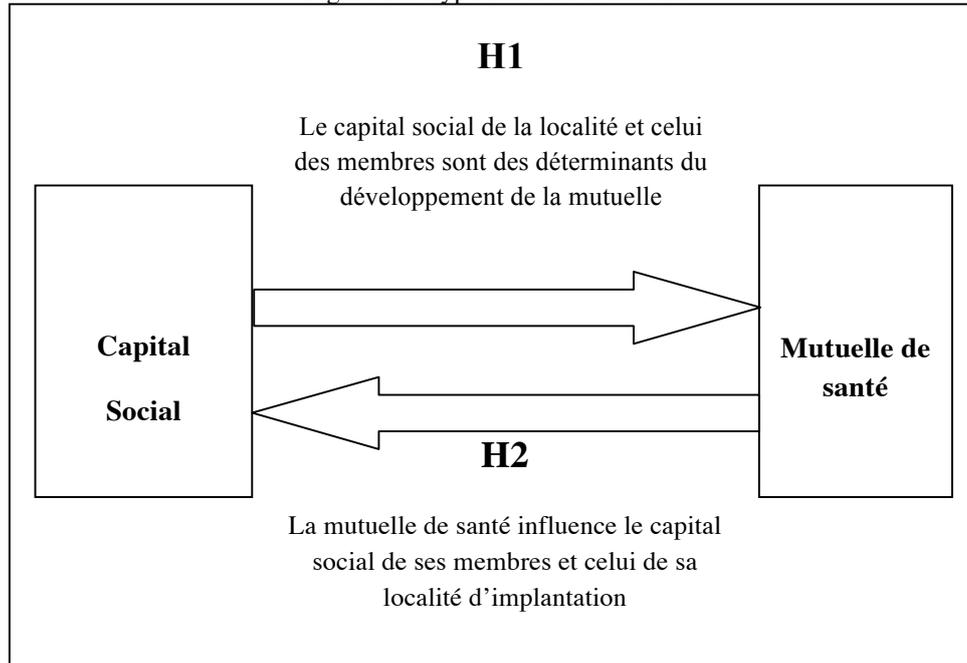
MUCAPS se propose de tester les hypothèses de recherche suivantes :

Hypothèse 1 : Le capital social d'une communauté et celui des individus membres d'une mutuelle de santé sont des déterminants majeurs dans le développement de la mutuelle ;

Hypothèse 2 : Au-delà de sa contribution à faciliter l'accès aux soins, la mutuelle de santé produit du capital social pour les membres de la mutuelle et pour la communauté dans laquelle la mutuelle est implantée.

⁶ Modalités de fonctionnement et de gestion des mutuelles, taux de couverture atteints, nature des soins couverts, viabilité financière des mutuelles, et plus rarement, impact des mutuelles sur l'accès et le financement des soins

Figure 2.1 Hypothèses de recherche



2.2.1 Effet du capital social sur les mutuelles de santé

La personne qui devient membre d'une mutuelle de santé adhère volontairement à des normes et à des idéaux définis par l'organisation. La cotisation financière n'est pas l'unique contribution d'un membre à une mutuelle. Le membre a par ailleurs d'autres connexions sociales en termes de participation à d'autres organisations de la société. Ayant acquis un capital social dans d'autres réseaux, le membre apporte donc aussi un capital social à la mutuelle. Son capital social peut être positif ou négatif pour l'organisation. La mutuelle mobilise non seulement le capital (financier et social) de ses membres, mais elle utilise aussi le capital social du membre et lui procure un cadre d'expression.

Il est possible que les mutuelles de santé caractérisées par des liens solides entre ses membres (*bonding social capital*) puissent plus facilement atteindre leurs objectifs, que dans le cas de celles qui ne disposent pas de tels liens. Les mutuelles de santé à fort lien social entretiennent une forte solidarité qui peut contribuer à réduire la sélection adverse et à augmenter la surconsommation de soins. Par ailleurs, ces mutuelles à forte solidarité interne par l'effet du capital social de ses membres sont peut-être plus exposées à la corruption et au clientélisme. Enfin, le capital social existant dans une localité peut aussi constituer un frein au développement des mutuelles, ou entrer en conflit avec la logique mutualiste.

2.2.2 Effet des mutuelles de santé sur le capital social

La mutuelle de santé évolue dans un contexte social caractérisé par une certaine organisation des relations entre les acteurs. Etant productrice de capital social, la mutuelle a un impact sur le capital social de ses membres et aussi, par un système de débordement, sur le capital social de sa localité d'implantation. Cela s'applique aux relations externes de la mutuelle : celles développées avec les prestataires de soins et les autorités de la hiérarchie sanitaire, la mise en réseau avec d'autres mutuelles (Waelkens & Criel, 2007), les autres formes d'association existantes, etc. Les relations peuvent être normatives, formelles ou informelles. Elles donnent accès à des ressources complémentaires, et permettent à la mutuelle de participer au développement global de la communauté.

La mutuelle, en exploitant le capital social de ses membres, disposerait elle-même d'un capital social qui détermine son pouvoir d'action. Cette action concerne aussi à bien sa capacité de gérer l'organisation que celle de s'inscrire dans la société comme une « composante utile » et d'y faire entendre ses objectifs. Cette capacité est une des formes du capital social qui est « liée à l'information qui circule par le biais des relations sociales » (Coleman, 1987). Par ailleurs, la mutuelle s'inscrit dans

une perspective de regroupement avec d'autres mutuelles similaires ou d'une même localité géographique. Elle devient alors partie d'un autre ensemble (le réseau) et se comporte comme ses membres en son sein. En retour, le réseau garantit à la mutuelle la défense de ses intérêts, l'accès à des services communs et des espaces d'expression. Le réseau connecte les mutuelles entre elles d'une part, et, d'autre part, avec différents types de partenaires ou réseaux : Etat ou administration locale, autres réseaux de mutuelles, autres mutuelles occidentales ou d'un autre pays dans le cas de jumelages, etc. (Mladovsky & Mossialos, 2008).

2.3 Objectif général

L'objectif général de MUCAPS est d'arriver à une meilleure compréhension de la corrélation entre les mutuelles de santé en Afrique et le capital social afin d'améliorer la contribution des mutuelles à un accès équitable aux soins de santé.

2.4 Objectifs spécifiques

- Analyser la corrélation entre capital social et développement et performance des mutuelles de santé ;
- Développer des outils pertinents et pratiques à la mise en place et au fonctionnement des mutuelles de santé en Afrique afin d'améliorer l'accès aux soins de santé ;
- Contribuer à la recherche sur la relation entre capital social et systèmes de santé en Afrique sub-Saharienne.

2.5 Méthodologie, organisation et planification de la recherche

2.5.1 Méthodologie 1 : les études de cas multiples

Suivant l'approche de Yin (1994 : 15) pour l'élaboration des études cas-témoins, l'objectif le plus important de l'approche cas-témoins est « *d'expliquer* » les liens de causalité des interventions au sein de la vie réelle qui sont trop complexes pour les enquêtes et les stratégies expérimentales. Yin (1994 : 27) affirme également que l'élaboration ou le test de théories sont indispensables aux études cas-témoins. En tant que tel, une théorie, préalablement développée, est utilisée en tant que modèle pour comparer les résultats empiriques de l'étude cas-témoins. C'est ce que Yin appelle « la généralisation analytique », elle se distingue de la généralisation statistique comme dans l'analyse par régression des résultats d'une étude, par exemple. Etant donné que l'étude MUCAPS a un double objectif, (i) expliquer les effets du capital social sur le développement de mutuelles de santé et inversement l'effet des mutuelles sur le développement du capital social. (ii) tester ou développer la théorie selon laquelle, le capital social est le « chaînon manquant » qui empêche le développement des mutuelles. *La méthode de l'étude de cas a été choisie comme modèle de recherche pour cette recherche.*

Nous avons utilisé une approche d'étude de cas multiples. Au total, nous avons étudié trois mutuelles de santé. Yin (1994) défendait l'idée selon laquelle une approche d'étude de cas multiple était potentiellement plus forte que l'étude d'un seul cas à condition que celles-ci soient soigneusement conçues et qu'elles suivent une « logique de réplication ». Il fait valoir que, comme pour les expérimentations cliniques par exemple, la réplication peut être invoquée si deux ou plus de cas prouvent la même théorie. Selon Yin, la réplication peut soit a) produire des résultats similaires dans plus d'un des cas (une « réplication littérale »), soit b) produire des résultats contrastés dans plus d'un cas, mais pour des raisons qui ont été prédites par la théorie qui est testée (une réplication théorique »). Les répliques permettent donc aux chercheurs de généraliser, de manière plus robuste, les résultats de leur étude que l'analyse d'un seul cas. Plus les résultats sont répliqués, d'autant plus qu'ils sont obtenus par des voies différentes, plus l'étude est susceptible d'être convaincante.

Les trois études de cas ont été soigneusement sélectionnées (tableau 2.1) sur la base d'un ensemble de critères clés. Ceux-ci ont été divisés en deux parties, a) les critères mesurant la réussite des mutuelles et b) les critères contextuels. Nous nous sommes appuyés sur la documentation locale et les connaissances d'experts locaux et nationaux pour identifier les trois cas que nous avons étudiés.

Tableau 2.1 : Critères de sélection pour les études de cas

	Soppanté	Ndondol	Wer Ak Werlé
Critères de sélection mesurant la réussite des mutuelles de santé			
Nombre d'adhérents inscrits	985	463	678
Nombre et % d'adhérents et à jour	166 (17%)	136 (29%)	281 (41%)
Date de démarrage	1997	2001	2000
Niveau de prestation	Poste de santé	Poste de santé Case de santé Centre maternel et infantile	Poste de santé Centre de santé pharmacie
Critères contextuels			
Région	Thiès	Diourbel	Dakar
Zone d'intervention	Rurale	Rurale	Quartier périurbain
Caractéristiques de la population couverte par la mutuelle	La mutuelle couvre : différents districts et ethnies, le secteur formel et informel	La mutuelle couvre : un district, majoritairement un groupe ethnique, le secteur informel, l'agriculture	La mutuelle couvre : un district, une variété d'ethnie, majoritairement le secteur informel, les femmes commerçantes

Critère de sélection de la réussite des mutuelles de santé

Etant donné que nous voulions étudier la relation entre le capital social et la performance des mutuelles, seules celles qui rencontraient l'ensemble des critères de base de réussite ont été incluses dans cette étude :

- Les mutuelles devaient être opérationnelles (nous n'avons pas inclus les mutuelles qui avaient suspendu leurs actions)
- Les mutuelles avaient un nombre relativement large d'adhérents. Une étude nationale révélait que le nombre moyen d'adhérents, des mutuelles communautaires, était de 329 (ce qui inclut à la fois les adhérents actuels et les ex-adhérents qui ont arrêté de payer leurs cotisations) (Hygea, 2004). Nous avons donc sélectionné les mutuelles ayant plus d'adhérents que la moyenne.
- La mutuelle était, dans une certaine mesure, stable. Elle devait être établie depuis une longue période (minimum 8 ans)

Les mutuelles devaient également être des mutuelles « communautaires au premiers franc » (c.-à-d., que les mutuelles du secteur formel n'étaient pas incluses dans l'étude car elles ne sont généralement pas considérées comme étant une forme de « développement »).

Deux mesures importantes de réussite n'étaient pas non plus incluses dans nos critères de sélection :

- Les mutuelles sélectionnées sont différentes si on considère la proportion d'adhérents « à jour » dans leurs paiements. Dans les MS sélectionnées, elle varie de 17 à 41%. Ce qui est relativement bas comparé au taux national moyen (53% en 2004) (Hygea, 2004).
- Les mutuelles sélectionnées sont différentes aussi au regard des types de contrats qu'elles ont établis avec les prestataires de soins ; une seule a établi un contrat avec des hôpitaux.

L'étude a donc été conçue afin d'investiguer si le rôle du capital social dans les échecs et les réussites des mutuelles de santé.

Critères contextuels

Suivant la théorie de Yin concernant les études de cas, plus on retrouve les mêmes résultats dans différents contextes, plus l'étude est robuste. Dès lors, nous avons étudié la relation entre le capi-

tal social et le développement des mutuelles de santé dans des contextes variés. Trois régions ont donc été sélectionnées : Thiès, Diourbel et Dakar. Nous avons choisi des des régions distinctes car nous avons émis l'hypothèse que des coordinations régionales différentes affectaient différemment la mobilisation du capital social. Nous désirions également obtenir des contextes géographiques différents : Dakar pour le contexte urbain, Diourbel et Thiès pour le rural. Le but était de déterminer si le capital social pouvait avoir un impact différent selon les contextes géographiques. En outre, ces trois régions ont été sélectionnées car elles possédaient toutes un nombre relativement élevé de mutuelles de santé (tableau 2.1). En ce sens elles étaient parvenues à de bons résultats de développement. Diourbel a été choisi plutôt que Kaolack pour des raisons pratiques. Etant donné que Diourbel était plus proche de Thiès, les frais de déplacement s'en verraient fortement diminués.

Tableau 2.2. Nombre de mutuelles sénégalaises par région

Région	Mutuelles en 2003*		Région	Mutuelles en 2003*
Dakar	44		Louga	8
Thiès	39		Ziguinchor	8
Kaolack	11		Tambacounda	5
Diourbel	10		Fatick	4
St Louis	9		Kolda	1
Sénégal total : 139				

Note : * les chiffres comprennent les mutuelles fonctionnelles, les mutuelles en difficulté, les mutuelles en gestation et les projets de mutuelle et les mutuelles de santé dites complémentaires (créées pour assurer une couverture des prestations non prises en charge par le régime obligatoire) et les mutuelles de santé dites communautaires « au premier franc » (généralement organisées sur une base territoriale et se développant parmi le secteur informel).

Source : Ministère de la santé et de la prévention 2004

Dans chaque région, une mutuelle de santé a été sélectionnée selon les critères suivants :

- **Frontières géopolitiques :**
les mutuelles couvrent des districts déterminés ou une zone géopolitique non-déterminée.
- **Diversité ethnique de la population-cible :**
les mutuelles couvrent une population homogène ou diversifiée sur le plan ethnique.
- **Profil économique de la population-cible :**
les mutuelles couvrent des secteurs économiques différents, variés ou homogènes.

2.5.2 Méthodologie 2 : Méthodes mixtes

Yin (1994) recommande, lors de l'élaboration d'études de cas, de multiplier les faisceaux de preuves afin de corroborer les résultats trouvés. Dans ce but, la triangulation des données peut nous fournir de multiples mesures d'un même phénomène. Suivant ces principes, lors de notre étude, nous avons utilisé différentes méthodes pour investiguer la relation entre le capital social et le développement des mutuelles de santé. Les éléments méthodologiques se renforçant mutuellement : la recherche qualitative mettra en évidence les indicateurs pertinents pour mesurer le capital social et les autres variables explicatives ; la recherche quantitative valide les hypothèses générées par la recherche qualitative.

2.5.2.1 Préparation des outils de collecte

Les outils de collecte : questionnaires pour l'enquête ménage, guides pour les entretiens semi-structurés et les *focus groupe* ont été élaborés par l'équipe de recherche.

Les outils de MUCAPS ont été inspirés par :

- Les indicateurs mesurant l'adhésion des individus à des associations, la sociabilité et les réseaux sociaux, notamment utilisés par la Banque Mondiale (*Social Capital As-*

essment Toolkit, SOCAT), l'OCDE (*Siena Group for Social Statistics*), les offices nationaux de statistiques (notamment en Australie, Canada, Nouvelle Zélande et Royaume Uni), pour les enquêtes de ménages investiguant la confiance, l'engagement civique, la densité des réseaux sociaux, etc.

- Les indicateurs mesurant la sante, notamment l'EHCP (European Household Community Panel Survey) et l'EU-SILC (Survey on Income and Living Conditions).
- Une précédente enquête auprès de ménages, menée au Sénégal sur les mutuelles
- La littérature sur le capital social et les mutuelles de santé
- La consultation auprès de d'experts internationaux de la LSE, l'IMT aussi bien que d'autres institutions et universités
- La consultation auprès d'experts mutualiste au niveau national, régional et local (cfr. la partie sur les organisations)

2.5.2.2 Échantillonnage

Méthodes quantitatives

A partir de la méthode d'échantillonnage stratifié (*stratified sampling*), nous avons choisi, au hasard, un échantillon des ménages adhérents (à jour) et ex-adhérents (pas à jour) à partir des listes des membres des trois MS. (tableau 2.3).

Tableau 2.3 : Echantillonnage, enquête ménage

	Soppanté	Ndondol	Wer Ak Werlë	ensemble
Nombre Adhérents à jour	166	136	281	583
Nombre ex-adhérents	819	327	397	1543
Total membres dans mutuelle	985	463	678	2126
Nombre adhérents à jour sélectionnés	70	58	85	213
% total membres adhérents à jour	42%	43%	30%	-
Nombre de membres ex-adhérents sélectionnés	91	98	85	274
% total de membres ex-adhérents	11%	29%	21%	-
Nombre total d'adhérents sélectionnés	161	156	170	487
% du total de membres toutes catégories confondues	16%	33%	28%	-
Taux de participation	85%	74%	74%	-
Nombre des non-adhérents sélectionnés	100	120	100	320

Une équipe formée de 10 assistants de terrain a été créée pour l'enquête. Chaque assistant de terrain a été affecté dans une zone distincte. Les ménages non-membres ont été sélectionnés de façon aléatoire (*random route*). Dans les ménages adhérents, ou ex-adhérents, la personne qui a souscrit à l'adhésion a été interviewée. Dans les ménages non-adhérents, l'interview a été faite avec le chef de ménage ou avec une autre personne du ménage ayant suffisamment « d'autorité » pour prendre une décision concernant l'adhésion à la mutuelle.

Taux de participation

Soppante

Un total de 161 ménages membres de la mutuelle ont été sélectionnés. 138 ménages ont répondu, ce qui équivaut à un taux de participation de 85%. Les résultats montrent également que sur 70 adhérents actuels, 92 ont répondu. De même, sur les 91 ex-adhérents, 46 ont répondu. Il semble que plus d'adhérents à jour ont répondu que de personnes interrogées. Cependant, cela vient du fait que, lors de l'analyse des données, nous avons utilisé le statut d'auto-évaluation d'appartenance à la mutuelle plutôt que le statut défini par les registres des mutuelles. Il était donc possible que les personnes interviewées donnent leur statut (auto-déclaré) d'adhésion à la mutuelle (p. ex. il était impossible de demander à une personne, définie par l'administration comme ex-adhérent, les motifs de retard dans le paiement de la mutuelle si ces personnes se déclaraient comme un adhérent actuel en ordre de paiement). Dans notre étude, bon nombres de ménages définis comme des ex-adhérents à la mutuelle se déclaraient à jour de paiement (sans pour autant que ce soit mal intentionné). Il peut y avoir de nombreuses raisons à cela, par exemple, le fait que l'administration centrale n'est pas à jour, que l'administration a commis une erreur, que le chef de ménage ne veut pas admettre qu'il est en retard de paiement, ou encore qu'il y a eu un malentendu/une confusion concernant le statut exact du ménage.

Nous avons cherché à sonder 100 ménages non-membres. Au total 103 ménages non-membres ont été sondés en utilisant la méthode des itinéraires randomisés. Ceci parce qu'il était demandé aux interviewers de sonder des ménages non-membres en plus s'ils ne parvenaient pas à remplir leur quota minimum de membres.

Ndondol

L'enquête a porté sur un total de 156 ménages, dont 116 ont répondu, ce qui équivaut à 74% de taux de participation. Les résultats montrent que 58 adhérents à jour et 98 ex-adhérents ont été interviewés alors qu'ils sont 64 adhérents à jour à avoir répondu. Comme pour la mutuelle de Soppante, il semble qu'il y ait plus de personnes ayant répondu être à jour que ce qui était dans les registres. Les raisons à cela sont les mêmes que pour Soppante.

Nous avons cherché à sonder 120 non-membres. Nous avons étudié 125 ménages, par la méthode des itinéraires randomisés, au total. Les raisons de ce choix sont les mêmes qu'à Soppante.

Wer ak Werle

Au total, nous avons sélectionné 170 ménages membres de la mutuelle dont 126 ont répondu. Ce qui correspond à un taux de participation de 74%. Les résultats montrent que 85 adhérents sont à jour, de même que 85 ex-adhérents. Parmi ceux-ci, 81 adhérents à jour et 45 ex-adhérents ont participé à l'étude. Cependant, comme pour les autres mutuelles, lors de la collecte, de l'analyse et la présentation des résultats, nous avons utilisé le statut auto-déclaré des personnes interrogées plutôt que les statuts fournis par l'administration.

Nous avons cherché à interroger 100 ménages non-adhérents. Au total 112 ménages non-adhérents furent interrogés selon la méthode de l'itinéraire randomisé. Les raisons sont les mêmes que pour les autres sites analysés.

Méthodes qualitatives

La recherche qualitative a été menée auprès de trois principaux groupes. Le premier groupe comprend les « acteurs » (tableau 2.4, partie a) identifiés par la technique de la "boule de neige". Nous avons débuté, pour chaque étude de cas, par des entretiens auprès des responsables des mutuelles et par créer une cartographie des acteurs. Celle-ci comprenait les acteurs que les responsables considéraient comme importants dans le développement des mutuelles de leur région (nous n'avons pas tenté d'interviewer les acteurs du niveau national). Nous leurs avons demandé de citer les acteurs qui sont déjà engagés dans le développement des mutuelles (à la fois ceux qui étaient présents pour promouvoir ou entraver le développement des mutuelles) et également les acteurs qui n'étaient pas encore engagés dans le processus mais qui étaient considérés comme potentiellement importants. Nous leurs avons

demandé de citer l'un ou l'autre nom de personnes pour chaque catégorie d'acteurs. Nous avons procédé aux entretiens de ces acteurs qui nous ont, à leur tour, suggéré d'autres. Les interviews des parties prenantes ont été, premièrement, menées par deux des principaux chercheurs. Les entretiens étaient réalisés de manière ciblée et ouverte. Ce qui signifie qu'un ensemble de questions de bases étaient utilisées pour guider les enquêteurs, l'entretien se déroulant sous la forme d'une conversation et les acteurs étant libres de proposer leurs propres sujets de discussion.

Le deuxième groupe interrogé était composé de membres/ex-membres/non membres des MS (tableau 2.4, partie b). Ces personnes ont été sélectionnées parmi les ménages interrogés pendant la phase quantitative. Nous avons profité du débriefing réalisé après l'enquête quantitative avec les enquêteurs pour leur demander de proposer le nom de certaines personnes pour les entretiens semi-structurés. Il leur a été demandé de sélectionner des personnes avec diverses caractéristiques. Le but étant d'obtenir un panel de membres, ex-membres et non-membres, d'homme et femme, d'âge et de statuts différents au sein du ménage différents (chef de ménage, conjoint,...). L'enquêteur qui a réalisé la première enquête auprès du chef de ménage a également réalisé l'entretien semi-structuré au sein du même ménage, utilisant, de ce fait, les liens qu'ils avaient établis avec le ménage lors de la première visite.

Le troisième groupe est composé des participants aux *focus groups* (des membres des ménages interrogés ou des membres d'associations diverses dans la communauté locale (tableau 2.4, partie C). Pour chacun des sites étudiés, quatre *focus groups* ont été menés. Certains d'entre eux étaient homogènes (composé uniquement de membres, d'ex-membres ou de non-membres), alors que d'autres étaient hétérogènes (composés à la fois de membres, d'ex-membres et de non-membre). Certains participants aux *focus groups* provenaient des études sur les ménages selon le procédé présenté ci-dessus. D'autres *focus groups* étaient composés de personnes appartenant toutes à une association ou un groupe particulier de la communauté.

Tableau 2.4 : Interviews qualitatifs conduits dans le cadre de la recherche MUCAPS

Type d'interview	Nombre de contacts par cas d'étude		
	Soppante	Ndondol	WAW
a) Entretiens « acteurs »			
Gestionnaires et prestataires du système de santé	8	4	3
Administrateurs de mutuelle	4	6	4
Autorités/leaders locaux (religieux et traditionnels), leaders d'associations, leaders politiques	3	10	8
Structures d'appui	5	4	5
SS Total	20	24	20
b) Entretiens semi structurés			
Membres	19	15	15
Ex membres	9	3	13
Non-membres	10	13	12
SS Total	38	31	40
c) Focus group (chacun avec 8-10 participants):			
Membres		1	2
Ex membres			1
Non membres	2	1	1
Membres et non membres	1	1	
Membres et ex membres	1		
Ex membre et non membre		1	
SS Total	4	4	4

2.5.3 Organisation

2.5.3.1 La coordination scientifique et opérationnelle

La recherche a été conduite par trois institutions responsables du processus scientifique : le Centre de Recherche sur les Politiques Sociales (CREPOS), l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers (IMT) et la London School of Economics (LSE). Ces trois institutions ont fourni une équipe multidisciplinaire complémentaire qui a réalisé les activités de terrain. La coordination de la recherche a été confiée au CREPOS.

2.5.3.2 Présentation de la recherche aux acteurs

Après plusieurs réunions techniques avec l'équipe de recherche, le projet a été présenté à différents acteurs :

- Le Ministère de la Santé et de la Prévention : une présentation technique à l'équipe de la CAF/SP en présence de représentants des coopérations belge et française qui déroulent un programme de soutien à l'assurance maladie au Sénégal. Cette présentation technique était l'occasion de recueillir leur input en termes de méthodologie, et de s'enquérir des derniers développements du mouvement mutualiste. L'équipe de recherche a effectué une visite de courtoisie à Mme le Ministre de la santé et de la prévention. Les autorités du système de santé ont manifesté tout leur intérêt au thème novateur de la recherche. Le projet a également été présenté au responsable de la recherche et de l'éthique.
- Le Ministère du Développement Social : le projet a été présenté à la Direction régionale à Thiès, dans l'optique également d'analyser les politiques sociales et leur interaction avec les mutuelles de santé. Cette visite a permis d'établir des ponts entre cette direction et les responsables du réseau des mutuelles qui ont accompagné la délégation.
- Les gestionnaires du système de santé au niveau régional : médecin chef de district, de région, directeurs des hôpitaux
- Les structures d'appui : USAID, Promusaf, ENDA, etc.

2.5.3.3 Les réseaux de mutuelles de santé

MUCAPS a adopté une démarche participative en impliquant les acteurs du développement des mutuelles de santé au Sénégal et les réseaux de mutuelles dans les sites à l'étude. Cette implication a contribué à (i) renforcer leurs capacités d'analyse et (ii) les amener à s'approprier de la recherche et de ses résultats.

Dans chaque région, la coordination régionale des mutuelles de santé a été approchée, et trois personnes ont assuré la fonction d'assistant de recherche, avec comme tâche :

- participer à la sélection des mutuelles à étudier
- participer à la formation des enquêteurs ;
- proposer un site de pré-test ;
- arranger les rendez-vous avec les sujets de recherche et assurer leur disponibilité lors du passage des enquêteurs ;
- assurer la supervision des enquêteurs de terrain. Ce qui inclut les visites sur le terrain, la vérification des outils, la correction, et la récupération des données.

2.5.3.4 Les enquêteurs

Un total de 17 enquêteurs a été contacté, sur la base de collaboration antérieure et/ou de recommandation par des organismes et instituts qui ont utilisé leurs services. Après application des critères de sélection (expérience en matière d'enquête, engagement sur la disponibilité, niveau d'étude, etc.) et analyse des CV, 10 ont été retenus pour participer à l'enquête. Les réseaux de mutuelles ont également recommandé chacun un enquêteur. Cette décision a été prise dans une perspective de contribuer au

renforcement des capacités des réseaux sur la méthodologie d'une enquête sociale sur les mutuelles de santé. Un critère fondamental concernant la non appartenance aux mutuelles objet de cas d'étude s'ajoutait à eux. (Voir en annexe le tableau présentant les enquêteurs sélectionnés et les motivations de leur recrutement) :

2.5.3.5 Formation des enquêteurs et assistants de recherche

Afin d'assurer la maîtrise des outils de collecte de données par les enquêteurs, une formation de trois jours leur a été donnée. Cela a également été le moment de réviser la terminologie adéquate pour une transcription éventuelle dans les langues nationales pour les sujets de recherche qui ne seraient pas aisés en langue française. Il est à noter que les enquêteurs, forts de leurs expériences de terrain, ont beaucoup contribué à la révision des outils. La formation a été animée par l'équipe de recherche. Celle-ci a beaucoup insisté sur la méthodologie et les comportements des enquêteurs qui ont par ailleurs, été testés pendant deux jours.

Les responsables des coordinations de mutuelles ont également fait des présentations sur la mutualité (mise à jour sur les concepts et la dynamique) et les responsables des mutuelles ont également fait la présentation de leur mutuelle et de leur organisation. La participation des responsables de mutuelles a permis d'apprécier l'étendue de la tâche et des efforts auxquels les enquêteurs seront soumis.

Les questionnaires et guides d'entretien étant été élaborés en français, un lexique a été construit durant la formation, à l'usage des enquêteurs et avec leur pleine participation, de même que celle des responsables de réseaux et de mutuelles. En fait, on peut dire que c'est précisément leur œuvre. Des discussions amicales se sont déroulées à cette occasion pour justifier le sens des traductions.

2.5.3.6 Lancement de la recherche

Dans chaque région, différentes tâches ont été réalisées pour lancer la recherche :

- Tri et répartition des sujets d'enquête ;
- Affectation des villages et zones aux enquêteurs ;
- Visite des sites par les enquêteurs ;
- Reproduction des outils de collecte ;
- Réunion de démarrage ;
- La formation des superviseurs de qualité de collecte des données et du processus ;
- L'établissement d'un système pour collecter et expédier les transcriptions des questionnaires et interviews.

2.5.4 Planification des activités

L'enquête a été planifiée sur 8 semaines dans les trois sites observés (voir en annexe le tableau résumant la planification des activités).

2.5.5 Processus de collecte des données, introduction et vérification de la qualité

2.5.5.1. L'enquête – ménage

En ce qui concerne l'enquête- ménages, tous les questionnaires complétés ont été collectés au rendez-vous local. Ayant été inspectés visuellement à la recherche d'informations manquantes ou incohérentes, chaque question possédait un code unique introduit dans le carnet de route. Les questionnaires mal remplis étaient corrigés lorsque c'était possible. Les questionnaires étaient divisés en lots numérotés et répartis selon les experts de saisie. Les données collectées dans les questionnaires étaient introduites dans une base de données Excel. Toutes les données ont été introduites par le même individu afin d'en promouvoir la cohérence. Celles-ci ont été ensuite transférées et nettoyées dans le logiciel STATA®.

2.5.5.2. Interviews et focus groups

Toutes les interviews et *focus groups* ont été enregistrés par dictaphones ou MP3 et intégralement transcrites en français. La traduction textuelle a été utilisée, sans jargon. Les enregistrements originaux, ainsi que les traductions ont été collectés au niveau local. Ils ont reçu un code unique, introduit dans le carnet de route et conservé en toute sécurité. La qualité des transcriptions a été, continuellement, supervisée. Les transcriptions de mauvaise qualité ont été révisées avant d'être introduites dans la base de données Nvivo®.

2.5.6 Analyse des données

2.5.6.1. Données quantitatives

Les données quantitatives ont été analysées à l'aide du logiciel SATA®. Le test T à équi-variance pour deux échantillons a été utilisé pour comparer les moyennes de 2 échantillons. Deux analyses séparées ont été menées. Une analyse a comparé les adhérents de la mutuelle (comprenant les adhérents actuels et les ex-adhérents) et les non-adhérents de la mutuelle. L'autre analyse portait sur les adhérents actuels et les ex-adhérents. Tous les résultats ont été compilés sous la forme de tableaux (les valeurs qui étaient statistiquement significatives, avec une p-valeur <0,05, étaient présentées en gras). Les résultats clés sont discutés plus loin dans le rapport. La régression logistique n'a pas été réalisée à ce stade de l'analyse. D'autres publications programmées prendront en compte ces analyses.

2.5.6.2. Données qualitatives

Les données qualitatives ont été déconstruites, codifiées et analysées au moyen du logiciel Nvivo® 8. Deux méthodes peuvent être utilisées pour créer des codes lors de l'analyse de données qualitatives. La première est inductive ; aucun code n'est préétabli avant la collecte de données. Cette approche est connue sous le nom de « grounded approach » qui a été, à l'origine, développée par Glaser et Strass (1967). L'autre méthode consiste à créer une liste provisoire, *start list*, de codes avant l'analyse des données. Cette liste provisoire provient du cadre conceptuel, des questions de recherche et/ou des hypothèses étudiées. C'est un codage déductif ou *a priori*. Ensuite, une fois le codage fait, de nouveaux sont développés et rajoutés aux codes initiaux (Miles et Huberman (1994).

Dans l'analyse de MUCAPS, nous avons utilisé les deux approches en fonction des données collectées. Des entretiens semi-structurés auprès des membres, ex-membres et non-membres, ainsi que des *focus groups* ont été analysés au moyen de l'approche déductive pour les raisons suivantes :

- Le codage *a priori* convient particulièrement bien pour tester des hypothèses. Ces données ont par ailleurs été collectées à cette fin pour tester les hypothèses 1 et 2 (figure 2.1).
- Étant donné que les informations ont été recueillies au moyen du guide d'entretien, il était possible de créer une liste de code *a priori* qui couvrirait quasiment tout le contenu des données.
- En raison du volume important de données, celles-ci ont été analysées par deux chercheurs principaux aidés par une équipe de deux codeurs. Un codage *a priori* était utile à la collaboration et la comparaison entre les différents codeurs.

La structure codante a été élaborée à partir des guides d'entretiens, la revue de la littérature et les hypothèses du projet. Tous les membres de l'équipe de codeurs ont été entraînés au processus de codification et on s'est assuré d'une compréhension commune de chacun des codes mis en place. L'analyse a été réalisée par la codification de segments de texte dans Nvivo®. La structure de codification a été testée en codant un nombre limité de transcriptions et ensuite revue avec de nouveaux codes avant d'être appliquée sur l'entièreté des données. Tout au long du processus de codification, les codeurs ont périodiquement vérifié, par recoupement, la cohérence de la codification.

Afin d'analyser les entretiens auprès de acteurs, un codage en deux étapes a été utilisé; le codage inductif, suivi d'un codage déductif. Pour ces données, la méthode inductive a été choisie pour les raisons suivantes :

- Le codage inductif est généralement utilisé pour établir une théorie ; les entretiens auprès des acteurs avaient pour objectif d'explorer les hypothèses de MUCAPS (figure 1), mais nous avons pensé qu'en raison de la diversité des sujets couverts par les entretiens, ceux-ci pouvaient potentiellement être utilisés pour établir d'autres théories.

- En relation avec le point précédent, étant donné que les entretiens se sont déroulés de manière ouverte, auprès d'une diversité de parties prenantes, le contenu des transcriptions était fortement hétérogène. La méthode inductive permettait le développement de codes de manière à suivre le contenu des entretiens plutôt que les concepts, préconçus, des chercheurs. Permettant, de ce fait, l'émergence de nouvelles théories.

- Un seul chercheur a analysé ces données. Ce qui signifie que cela ne nécessitait pas de développer des codes communs à plusieurs codeurs.

Ce codage inductif a été réalisé avec le logiciel Nvivo® en suivant un processus bien déterminé. Après le codage de segments d'entretiens, l'apparition de nouveaux codes imposait la revue de toutes les transcriptions en vue d'y intégrer les nouveaux codes, si cela était nécessaire. Les liens 'parents' ou 'enfants' étaient liés par des 'tree nodes'. La fin du processus était décidée lorsqu'aucun nouveau code n'était ajouté et que tous les thèmes majeurs avaient été identifiés. L'anonymat des informateurs a été préservé, chaque informateur ayant été identifié par un numéro.

La seconde étape consistait en un codage déductif. De nouveaux codes étaient ajoutés à la structure déjà établie. Cela a été réalisé en vue de comparer les résultats des entretiens semi-structurés et les focus-groups et les lier aux hypothèses de recherche de MUCAPS. Les résultats présentés dans ce rapport sont principalement basés sur l'approche déductive, car ils concernent les hypothèses du projet MUCAPS. De prochaines publications contiendront les résultats de l'approche inductive qui se rapportent à d'autres sujets.

2.5.7 Vérification des données préliminaires auprès des parties prenantes

La vérification des résultats, par les parties prenantes, avait pour but de valider la crédibilité des résultats. Pour chaque site, la présentation des principaux résultats et des conclusions est suivie d'une discussion. A la fin de la journée de restitution, les participants ont réparti en groupes, les conclusions finales autour de thématiques et avaient pour objectif de dégager des mécanismes potentiels visant à exploiter les résultats dans le secteur des mutuelles de santé.

La confrontation des résultats a eu lieu lors de la rencontre de restitution à Dakar en Mars 2011, rencontre financée par la Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat (CAFSP) et par son Programme d'Appui à la Micro Assurance Santé (PAMAS). Environ 50 participants représentaient les associations suivantes :

- Mutuelle de santé de Ndongol
- Mutuelle de santé de Soppante
- Mutuelle Wer ak Werlé
- Coordination des mutuelles de santé de Thiès
- Coordination des mutuelles de santé de Diourbel
- Union des mutuelles de santé de Dakar
- Structures d'appui, comme Promusaf, CTB, Cabinet Hygea, USAID, World Vision, Enda Intermonde, LuxDev, ACDEV, OMS, UNICEF, BIT, Banque Mondiale, AREAM, etc.
- Prestataires de soins de chaque région site d'étude
- Gestionnaires du système de santé (Ministère [CAFSP, équipe cadre de Région, équipe cadre de district])
- Autres ministères ou services rattachés (Action sociale, décentralisation, etc.)
- Equipe des enquêteurs

CHAPITRE 3

CADRE GÉNÉRAL DE L'ÉTUDE

3.1 Situation géographique des régions de Thiès, Diourbel et Dakar

Figure 2. Thiès

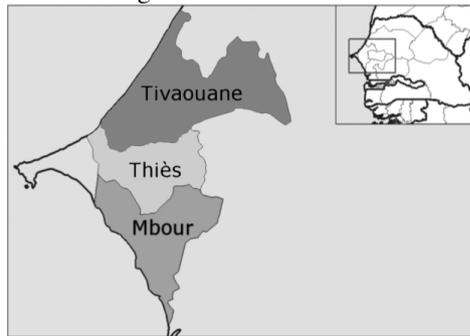


Figure 3. Diourbel

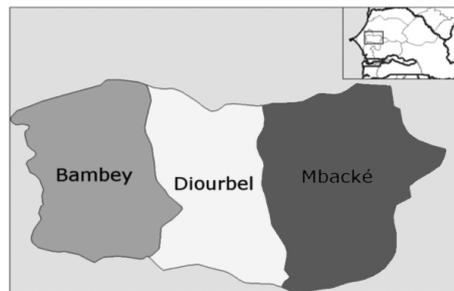
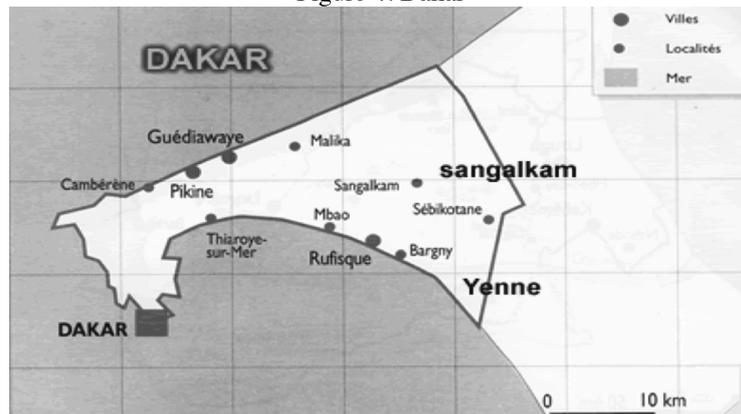


Figure 4. Dakar



Les régions de Thiès, Diourbel et Dakar sont localisées dans la partie occidentale du Sénégal (Figures 2-4). Avec des superficies variables (Thiès 6.601 km² ; Diourbel 4769 km² et Dakar 550 km²), ce sont les moins étendues du Sénégal mais assez peuplées (Thiès environ 13%, Diourbel 11% et Dakar 21% de la population du pays). Thiès, Diourbel et Dakar enregistrent une moyenne pluviométrique se situe entre 300 à 500 mm par an. La faune est assez diversifiée à Thiès, avec des lièvres, perdrix, chats sauvages, oiseaux et reptiles. A Diourbel, la flore est composée d'espèces ligneuses, en majeure partie, de parcs arborés, avec une forte présence de l'*Acacia albida*. Quant à la région de Dakar, elle est soumise à une perte des forêts et une migration des espèces fauniques dues à l'urbanisation galopante.

On remarque plusieurs disparités entre les trois régions, liées au relief, aux potentiels hydrographiques et à l'accessibilité. La région de Thiès dispose d'un relief relativement plat, de sols Dior (70% des sols cultivables), de Deck et Deck Dior (25%) et de bas-fonds (3 à 5%). A Diourbel le relief est composé de sols ferrugineux tropicaux souvent dégradés et lessivés, avec une capacité de rétention d'eau très faible ; des sols bruns hydromorphes et des sols ferrugineux tropicaux rouges ; et Dakar, à cause de son ouverture à l'Océan atlantique a un relief diversifié, avec de coulées volcaniques, une zone sablonneuse, un domaine volcanique, des cordons dunaires, de lacs asséchés, de bas-fonds très fertiles appelés « Niayes » et une chaîne de collines et de plateaux. Le réseau hydrographique est faible dans les régions de Thiès et Diourbel, alors qu'à Dakar, l'eau de surface est soit salée ou polluée par les complexes industriels. Si le climat est de type côtier à Dakar, par contre à Diourbel il est chaud et sec, mais modéré à Thiès, avec des influences maritimes et des vents chauds.

3.2 Situation administrative des régions de Thiès, Diourbel et Dakar

La région de Dakar abrite la totalité des pôles administratifs du pays. En effet, toutes les hautes institutions administratives tant au niveau exécutif, législatif et judiciaire sont implantées à Dakar. Au niveau du découpage administratif (Tableau 3.1).

Tableau 3.1 : Circonscriptions administratives de Thiès, Diourbel et Dakar

Circonscriptions	Thiès	Diourbel	Dakar
Départements	3	3	4
Arrondissements	10	8	10
Communes d'arrondissement	3	0	43

Sources : ANDS, Situation économique et sociale des régions, 2009.

Dakar concentre le plus de circonscriptions administratives. La région de Diourbel en est le plus dépourvue.

Tableau 3.2 : Ordres de collectivités locales à Thiès, Diourbel et Dakar

Collectivités locales	Thiès	Diourbel	Dakar
Communes	14	3	7
Communautés rurales	31	36	2

Sources : Situation économique et sociale des régions, 2009.

Diourbel est la région la plus rurale contrairement à la région de Dakar qui a très peu de communautés rurales (2) (Voir Tableau 3.2).

Avec les régions de Thiès et de Diourbel, Dakar compte les principales collectivités locales de grande envergure (Tableau 3.3). Il y a des collectivités localités émergentes au niveau de ces régions qui se singularisent par le développement de la pêche et du tourisme (Thiès), l'extension du secteur informel (Diourbel) et la dynamique du secteur privé (Dakar).

Tableau 3.3 : Collectivités locales émergentes à Thiès, Diourbel et Dakar

Région de Thiès	Région de Diourbel	Région de Dakar
Commune de Thiès	Commune de Diourbel	Commune de Dakar
Commune de Mbour	Commune de Mbacké	Commune de Pikine
Commune de Ngaparou	Commune de Bambey	Commune de Guédiawaye
Commune de Popenguine	Communauté rurale de Touba	Commune de Rufisque
Commune de Saly Portudal	Communauté rurale de Réfane	Commune de Bargny
Commune de Somone		Commune de Diamniadio
		Commune de Sébikhotane
		Communauté rurale de Sangalkam
		Communauté rurale de Yène

Sources : Situation économique et sociale des régions, 2009.

La gestion de ces communes émergentes se pose avec acuité. De nouveaux phénomènes liés à l'urbanisation accélérée se posent à ces collectivités locales : la crise foncière, l'intercommunalité, le cadastre, l'assainissement, l'insécurité, etc.

3.3 Démographie comparée de Thiès, Diourbel et Dakar

Les données démographiques de Thiès, Diourbel et Dakar ne sont pas comparables, elles sont contrastées tant au niveau des effectifs, des indicateurs de population et de la dynamique démographique (Tableau 3.4). En termes d'effectif, la région de Dakar est la plus peuplée, suivie de Thiès et de Diourbel. C'est une population assez féminine à plus de 50%, mais également rurale, surtout à Diourbel et à Thiès. Cependant, à Dakar, la population est essentiellement urbaine.

Tableau 3.4 : Effectif et composition des populations de Thiès, Diourbel et Dakar

Localités	Thiès	Diourbel	Dakar
Effectifs	1 610 052	1 315 202	2 482 294
Proportion par rapport au total national	13%	11%	21%
Répartition selon le sexe			
Hommes	49,99%	47,6%	49,9%
Femmes	50,01%	52,4%	50,1%
Répartition selon la résidence			
Urbains	44,2%	15,5%	97,2%
Ruraux	55,8%	84,5%	2,8%

Sources : Situation économique et sociale des régions, 2009.

Le niveau d'instruction dans les régions montre une grande disparité en défaveur à la région de Diourbel pour laquelle, le taux de scolarisation ne dépasse pas 50 ans au moment où les régions de Dakar et de Thiès ont atteint la couverture universelle à l'école, au niveau de l'élémentaire (Tableau 3.5).

Tableau 3.5 : Tendances de la scolarisation dans les régions de Thiès, Diourbel et Dakar

Taux de scolarisation	Thiès	Diourbel	Dakar
Tous groupes	102%	56,2%	125,2%
Selon le sexe			
Garçons	98,1%	45,32%	120,4%
Filles	105,9%	60,58%	130,2%

Sources : Situation économique et sociale des régions, 2009.

La région de Diourbel présente le faible score au niveau des taux de scolarisation des filles, alors que les régions de Thiès et de Dakar dépassent la barre des 100% pour cette catégorie. Les établissements d'enseignement supérieur, les centres de formation technique et les structures privées de formation sont plus implantés à Dakar que dans les autres régions. Ce qui explique également la disparité dans le secteur de l'enseignement en général.

Au niveau de l'accès aux services sociaux de base, on peut relever : à Thiès, 84,7% des ménages disposent d'un robinet à domicile ; ils sont 33% à Diourbel et 92,6% à Dakar. Dans le domaine des infrastructures agro-sylvo-pastorales, la région de Thiès s'est tournée vers la Régénération Naturelle Assistée sur 609,5 ha à Thiès. A Diourbel, ces infrastructures sont pilotées par les communautés, à travers les Associations des usagers des forages ruraux. A Dakar, elles sont plus axées sur le domaine horticole, avec des aires de maraîchage et des complexes agro-industriels. Ce qui fait que la vie socio-économique dans ces trois régions suit des tendances différentes.

3.4 Analyse socio-économique des régions de Thiès, Diourbel et Dakar

Les facteurs de production sont plus diversifiés à Dakar, puisque cette région possède l'essentiel des domaines industriels, des parcs routiers, des installations maritimes, des énergies, des petites et moyennes entreprises, des grandes entreprises, de la manufacture et des services du pays. Tous les secteurs commerciaux s'y développent avec la mise en place d'organismes gestionnaires stimulant.

L'implantation à proximité du port, le long de la baie de Hann jusqu'à Rufisque et Bargny, de grandes unités industrielles assurant la transformation des produits locaux destinés à l'exportation, la manufacture de produits importés destinés au marché local national, fait de Dakar un véritable centre industriel de la sous région. Ces secteurs sont accompagnés par des établissements de formation en mécanique générale, électricité, mécanique auto, ouvrages métalliques, chaudronneries et tuyauteries industrielles, analyse biologique et électromécanique. C'est ainsi que Dakar regroupe près de 90% des services, des sièges sociaux et des entreprises.

Thiès vient en seconde position en termes de potentiel de développement économique. Les principaux secteurs d'activités de la région de Thiès sont la pêche et le tourisme, très développés dans le département de Mbour. En effet, le département de Mbour (la petite côte) présente la plus grande station balnéaire du Sénégal avec Saly Portudal. Quant à l'exploitation des Phosphates et l'agriculture, ce sont les secteurs fondamentaux de l'économie régionale. La présence des gisements du chemin de fer confère un statut avantageux à la région de Thiès. Elle bénéficie d'un potentiel de gisements de tourbe de plus de 40 millions de m³ dans la zone des Niayes, de sables titanifères, de gaz naturel et de nombreux sites renfermant de la latérite, du grès, du calcaire, de l'argile et du basalte. La région compte, en outre, 18 unités industrielles. Il s'y ajoute que Thiès dispose d'une gare ouverte au trafic sous-régional (la gare de Thiès) et de quatre gares secondaires opérationnelles (Khombole, Lam-Lam, Pout et Tivaouane). Récemment, la région de Thiès s'est renforcée dans les filières agronomie, développement rural, sciences et technologie, et sciences de la santé, avec l'ouverture d'une Université et des Unités de Formation et de Recherche dans ces domaines.

Diourbel est le berceau du secteur informel du Sénégal, surtout au niveau de Touba et du monde rural (Ndème Meïssa, Kael). L'artisanat, le commerce, l'agriculture et l'élevage sont les filières qui fondent l'économie informelle de la région de Diourbel. Les services, en particulier, les banques sont concentrées dans la ville de Touba. L'émigration (vers la France, l'Espagne, l'Italie, l'Allemagne et les Etats-Unis) joue également un rôle important dans l'économie régionale. Le secteur industriel est axé sur l'huilerie et les PMI sur les filières café, savon, eau et bois. L'économie de Diourbel est, en grande partie, portée par les structures commerciales (770 répertoriées) actives dans le commerce de détail (74,8%), la boulangerie (11,7%), la vente d'essence (3,6%), les marchés hebdomadaires (3,0%), les officines de pharmacies (2,5%) et les superettes ou d'épiceries (2,8%). Les principaux intrants de l'économie régionale sont fournis par le secteur arachidier. D'ailleurs, la région de Diourbel, abrite avec les régions de Kaolack, Fatick, Louga et Thiès, le bassin arachidier. Ces dernières années, le secteur de la formation est renforcé par l'ouverture de l'Université de Bambey avec des filières du développement durable, de l'informatique, de la santé communautaire.

Dakar est une zone d'éclosion de l'esprit entrepreneurial. En 2008, il y a eu 10 003 créations de Numéros d'Identification Nationale des Entreprises et Associations (NINEA) dans la région de Dakar. Plus de deux tiers (69,4%) de ces créations de NINEA concernent des entreprises individuelles, 16,7% pour des SARL et 9,6% pour des GIE. Les domaines d'entreprise en question relèvent du macro-secteur du commerce (61,5%), des services (28,1%) et des industries (5,1%). Il faut aussi noter que le volume des investissements agréés a connu une croissance exponentielle, passant de 28,18 milliards de francs CFA en 2007 à 517,15 milliards en 2008, soit une augmentation de 488,97 milliards de francs CFA. C'est le secteur du tourisme qui totalise le plus grand nombre de projets agréés (47 soit 21,3% du total), suivi de l'agro-alimentaire (26 projets soit 11,8%) et de la fabrication de produits alimentaires divers (19 projets soit 8,6%). Les nouvelles filières de l'économie dakaroise reposent la réalisation de grands projets d'infrastructures routières, aéroportuaires, portuaires, sanitaires, scolaires, de télécommunication et de production d'énergie.

3.5 Portrait sanitaire des régions de Thiès, Diourbel et Dakar

Le secteur de la santé dans les régions de Thiès, Diourbel et Dakar fait face à plusieurs défis dont l'insuffisance du personnel qualifié, le profil épidémiologique préoccupant des populations et la faible couverture sanitaire de l'offre de santé. Pour les régions de Thiès et Diourbel, la répartition des structures de soins présente une forte présence des structures de soins de base (Postes de santé, Maternités isolées) et un nombre limité de structures de soins de référence (Centres de santé et Centres

hospitaliers) contrastant avec l'architecture sanitaire de Dakar où les structures de soins de référence sont plus nombreuses (Tableau 3.6).

Tableau 3.6 : Nombre de structures de soins des régions médicales de Thiès, Diourbel et Dakar

	Population	Districts	Centres hospitaliers	Centres de Santé	Postes de Santé	Cases de santé
Thiès	1.471.754	9	3	9	126	259
Diourbel	1.315.202	4	3	5	85	105
Dakar	2.482.294	8	10	18	107	25

Sources : Régions médicales de Thiès, Diourbel, Dakar, 2009.

Ce réseau sanitaire public est complété par le des structures de santé privées et confessionnelles, et des établissements de formation du personnel de santé.

La région de Thiès abrite en outre d'autres formations sanitaires :

- Un hôpital privé confessionnel : l'Hôpital St Jean de Dieu ;
- Un hôpital psychiatrique ;
- Une pharmacie régionale d'approvisionnement ;
- Un centre régional de formation en Santé ;
- 26 cabinets médicaux privés ;
- 23 cabinets de soins infirmiers ;
- 2 cliniques privées (dans la Commune de Thiès)
- Un Institut de Pédiatrie Sociale de Khombole ;
- Une Ecole Nationale de Développement Sanitaire et Social à Khombole
- Un Institut Santé et Développement à Mbour
- Une Ecole des infirmières à Thiès (école privée catholique).

La région de Diourbel compte, en plus de ces structures publiques de soins :

- 34 structures de soins privées, dont des Cabinets médicaux (8), des Cabinets paramédicaux (17), des Infirmiers d'entreprise (3), des Cabinets dentaires (2), des Cliniques (3) et un (1) Centre de santé privé.
- 32 officines de Pharmacie

Quant à la région de Dakar, elle est la mieux dotée en infrastructures sanitaires, avec 432 structures sanitaires dont 243 privés ; ce qui représente 56,3% de l'ensemble des infrastructures existantes dans le pays, dont des postes de santé privés confessionnels, l'Hôpital des forces armées (Hôpital Militaire de Ouakam) et l'Hôpital privé Elisabeth Diouf de Diamniadio. On compte également des instituts de formation en santé, population et développement tels que l'Institut de formation et de recherche en Population Développement et Santé de la reproduction, l'Ecole nationale de développement sanitaire et social (ENDSS) et la Faculté de Médecine de l'UCAD. Dakar abrite également des centres spécialisés dont :

- Centre National de Transfusion Sanguine
- Centre National d'Appareillage orthopédique
- Centre Talibou Dabo
- Service d'Assistance Médicale d'Urgence (SAMU National)
- Pharmacie Nationale d'Approvisionnement
- Centre Anti Poison

Au niveau de ces trois régionales, la couverture est variable, avec une situation plus favorable à la région de Dakar qu'à Thiès et à Diourbel (tableau 3.7), mais toutes ces régions sont en dessous des normes de l'OMS :

- 1 Hôpital pour 150.000 habitants

- 1 Centre de santé pour 50.000 habitants
- 1 Poste de santé pour 10.000 habitants
- 1 médecin pour 10.000 habitants
- 1 sage-femme pour 1500 Femmes en âge de reproduction (FAR)

Tableau 3.7 : Couverture médicale des régions de Thiès, Diourbel et Dakar

Régions	Thiès	Diourbel	Dakar
Indice de couverture des hôpitaux	1 hôpital pour 793 757 habitants	1 Hôpital pour 65 7600 habitants	1 Hôpital pour 248 229 habitants
Indice de couverture des Centres de santé	1 centre de santé pour 176.390 habitants	1 Centre de santé pour 248504 habitants	1 Centre de santé pour 130 647 habitants
Indice de couverture des Postes de santé	1 Poste de santé pour 12.306 habitants	1 Poste de santé pour 17305 habitants.	1 Poste de santé pour 11 182 habitants
Ratio médecin/population	1 médecin pour 52 918 habitants	1 médecin pour 87680 habitants	1 médecin pour 12 452 habitants
Ratio Sage-femme/FAR	1 sage-femme pour 3308 FAR	1 sage-femme pour 2100 FAR	1 sage-femme pour 13 555 FAR

Sources : Régions médicales de Thiès, Diourbel, Dakar, 2009.

A tous les niveaux, la couverture médicale est insatisfaisante. La proportion des centres médicaux spécialisés est également insuffisante (tableau 3.8).

Tableau 3.8 : Proportion du personnel qualifié parmi le personnel soignant

Régions	Thiès	Diourbel	Dakar
Nombre total de prestataires de soins	340	208	3425
Proportion des médecins	8,2%	7,21%	15,7%
Proportion des sages-femmes d'Etat	32,3%	11,06%	4,09%
Proportion des infirmiers diplômés d'Etat	47,3%	40,87%	56,82%

Sources : Régions médicales de Thiès, Diourbel, Dakar, 2009.

A tous les niveaux, le personnel soignant qualifié est à nombre insuffisant.

Quant au profil épidémiologique de la population, il est dominé par une forte prévalence des maladies infectieuses : paludisme, maladies diarrhéiques et affections cutanées. Ce sont les principaux motifs de consultation à Thiès, Diourbel et Dakar. Les maladies à potentiel épidémiologie constituent également des problèmes majeurs pour la surveillance épidémiologique dans ces régions. Il s'agit de la méningite cérébro-spinale, la Rougeole, la fièvre jaune, l'ictère fébrile, le Tétanos Néonatal, la Paralysie Flasque Aiguë, le Choléra, la Diarrhée sanglante, la Manifestation Post-vaccinale Indésirable Identifiée, la Tuberculose et le SIDA. Il s'y des taux de couverture en soins préventifs, curatifs et promotionnels parfois insatisfaisants (tableau 3.9). Parfois les données ne sont pas partagées au niveau des données de routine (rétention d'informations).

Tableau 3.9 : Taux de couverture en soins préventifs et promotionnels

Régions	Thiès	Diourbel	Dakar
Taux de couverture en consultations prénatales (CPN)	19,14% aux CPN1 CPN2 25,15% aux CPN3 CPN4	45,17% aux CPN1 61,01% aux CPN2 64,88% aux CPN3 43,01% aux CPN4	30,8% aux CPN1 27,7% aux CPN2 22,2% aux CPN3 17,7% aux CPN4
Taux de couverture en consultations postnatales (CPON)			30,7% aux CPON 1 19,1% aux CPON2 14,3% aux CPON3
Taux d'usage des méthodes contraceptives		7,1% des femmes en âge de procréer	7,1% des femmes en âge de procréer

Sources : Régions médicales de Thiès, Diourbel, Dakar, 2009.

A tous les niveaux de soins préventifs et promotionnels, les données disponibles montrent que la couverture est insatisfaisante.

Les indicateurs de mortalité sont également assez préoccupants dans ces régions, surtout les décès maternels et les mort-nés (tableau 3.10).

Tableau 3.10 : Indicateurs de mortalité dans les régions de Thiès, Diourbel et Dakar

Régions	Thiès	Diourbel	Dakar
Taux de mortalité maternelle	54 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes	296 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes	83 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes
Taux de mortalité	16,8%	22,3‰	25,6‰

Sources : Régions médicales de Thiès, Diourbel, Dakar, 2009.

Les principales contraintes identifiées qui réduisent la qualité des soins et des services de santé sont :

- l'insuffisance des équipements sanitaires ainsi que du personnel de santé particulièrement en milieu rural ;
- l'approvisionnement irrégulier en produits de santé ;
- la présence d'unités industrielles polluantes et l'insalubrité des centres urbains ;
- Les difficultés d'accès à l'eau potable en milieu rural ;
- la mobilisation insuffisante des ressources financières ;
- le manque de coordination des différents intervenants ;
- le faible niveau d'équipement des EPS dont le plateau technique est souvent obsolète ;
- le manque de motivation des personnels ;
- la faiblesse des dispositions de prévention ;
- la prolifération des écoles de formation en santé de bas niveau.

La région de Dakar concentre la totalité de la production locale en médicaments, laquelle couvre 10% de la demande nationale. L'industrie pharmaceutique comprend 3 unités, toutes des filiales étrangères. Il y a aussi l'institut Pasteur de Dakar qui produit principalement des sérums. Ce qui montre que le système de santé du Sénégal est assez dépendant des firmes pharmaceutiques étrangères pour son approvisionnement en produits de santé. D'où le recours au marché illicite qui propose des produits consommables, médicaux et parapharmaceutiques, vendus dans le secteur informel, surtout dans la région de Diourbel.

CHAPITRE 4

ETUDE DE CAS N° 1 : SOPPANTE

4.1 La mutualité dans la Région de Thiès

4.1.1. Une position de région pionnière de la mutualité au Sénégal

La région de Thiès fait l'objet d'une attention particulière en matière de mutualité au Sénégal. Cela se justifie par le fait qu'elle est le berceau des premières mutuelles de santé communautaires. Celle de Fandène est souvent citée comme une des toutes premières. Elle a été créée en mai 1986 et ses prestations ont commencé en janvier 1990. L'expérience des mutuelles de santé y est donc relativement longue. Si cela a été possible, c'est parce que très tôt, il y a eu une prise de conscience populaire de l'importance de la santé en milieu rural. Plusieurs acteurs qui appuient le secteur de la santé ont contribué à cette prise de conscience.

La solidarité traditionnelle est bien connue au Sénégal. Cependant, dans le domaine de la santé, elle n'est pas organisée sous forme de prévention des risques. Elle s'organise ponctuellement (parfois difficilement). Les ménages sont souvent obligés de s'endetter pour financer les coûts des soins de santé.

La situation sanitaire de la région dans les années 1980 se caractérisait par la détérioration de la qualité des soins et services de santé au niveau du service public. L'Eglise catholique et son premier Evêque (Monseigneur François Xavier Ndione), bien conscients des difficultés des populations en matière d'accès aux soins de santé, ont créé l'hôpital Saint Jean de Dieu dans le but de venir en aide aux populations démunies. Les principaux coûts à l'hôpital Saint Jean de Dieu se présentaient alors comme suit :

- Consultations externes : 2 000 FCFA
- Urgence : 6 000 FCFA
- Hospitalisation : 6 000 FCFA
- Chirurgie : 70 000 FCFA minimum,
- Maternité : 30 000 FCFA

Cependant, après quelques années de fonctionnement, la politique de gratuité des soins et/ou des tarifs réduits qui était appliquée à l'hôpital fragilisait la gestion financière de celui-ci. En outre, les populations les plus défavorisées, les ruraux et les citadins sans couverture sociale, n'avaient pas les moyens d'accéder financièrement aux services de la structure et étaient de ce fait exclues des soins. Une des solutions préconisées pour résoudre les difficultés d'accessibilité financière était d'organiser les populations en mutuelles de santé. Les premières initiatives lancées en 1985 connurent un échec.

C'est en 1989 que naquit la première mutuelle de santé rurale au Sénégal, la mutuelle de santé de Fandène, un hameau de cinq villages situé à sept kilomètres de la capitale régionale Thiès. La mutuelle prend en charge les hospitalisations et la cotisation mensuelle par ayant droit est de 100 FCFA. Cette expérience fit rapidement tâche d'huile dans la région où plusieurs autres mutuelles se sont développées, principalement sous l'impulsion de l'Eglise catholique, mais aussi dans le pays et même dans la région ouest-africaine. L'hôpital Saint-Jean de Dieu offrait au public des services de qualité (accueil, propreté, tranquillité, soins, etc.).

Le succès des premières mutuelles constituait des cas d'école. Elles ont suscité l'intérêt des partenaires d'appui au secteur de la santé comme une stratégie prometteuse pour améliorer l'accès des populations aux soins de santé⁷. Les premiers responsables ont été invités à partager leurs expériences

⁷ Le programme Acopam du Bureau international du Travail et l'Alliance Nationale des Mutualité Chrétiennes (ANMC) de Belgique furent les premières organisations à matérialiser leur intérêt par la mise en place d'un programme conjoint en 1996.

dans d'autres instances et pays. Une réunion fut organisée à Lomé en 1997 pour élaborer les premiers outils de gestion de mutuelles de santé. Elle a mis en évidence la contribution potentielle des mutuelles à l'accès aux soins de santé.

4.1.2. Situation actuelle de la mutualité dans la région de Thiès

La région de Thiès compte aujourd'hui près de 42 mutuelles de santé (tableau 4.1), regroupant plus de 70.000 bénéficiaires⁸ (15 mutuelles fonctionnelles en 2000 et 27 en 2003) soit un taux de pénétration de 5,38% à l'échelle régionale. Les populations accordent manifestement un intérêt réel pour cette initiative. Thiès s'inscrit par ailleurs dans l'atteinte des objectifs de la Stratégie Nationale d'Extension de la Couverture du Risque Maladie qui prévoit de passer au niveau national de 20% de couverture à 50 % en 2015,

La réussite de Fandène a motivé les autres paroisses. La cartographie du développement des mutuelles de santé a longtemps épousé celle du diocèse, à l'exception de «Faggu» la mutuelle des retraités de l'IPRES de Thiès. Le développement de la mutualité dans la région est aussi intimement lié au GRAIM qui a une expérience de plusieurs années dans l'accompagnement des mutuelles de santé. En effet, très tôt, les premiers responsables de mutuelles de santé ont senti la nécessité de se regrouper en association pour accompagner les nouvelles mutuelles.

Après le diocèse de Thiès, plusieurs autres organismes appelés « structures d'appui » se sont intéressés ont accompagné le développement des mutuelles. Les structures d'appui sont des organisations internationales, nationales et agences de coopération technique qui fournissent un appui technique et, dans une moindre mesure, un appui financier aux mutuelles. Dans la région de Thiès, celles qui existaient dans les premières années de la mutualité sont : le GRAIM, le Promusaf, l'USAID, Enda/Graf, BIT/STEP et World Vision.

Le site d'incubation de la mutualité dans la région de Thiès reste le département de Thiès, qui compte 19 mutuelles de santé. Cependant, au cours des dernières années, la mutualité s'est répandue dans les départements de Tivaouane, qui compte 9 mutuelles de santé fonctionnelles, et de Mbour, qui compte aussi 9 mutuelles de santé.

Le tableau ci-dessous fournit la liste des mutuelles dans la région de Thiès, avec leur statut fonctionnel ou non⁹.

Tableau 4.1 : Mutuelles de santé recensées dans la région de Thiès

Ordre	Nom de l'assurance maladie	Date de création	Date de démarrage prestations	Zone (villages, CL, groupe ciblé)
Département de Thiès				
1	And Fagaru	1998	1999	Thiès
2	Faggu	1994	1994	Thiès
3	Petit thially	2000	2001	Thiès
4	Yombal faju ak wër	2002	2003	Thiès
5	Xeewël	2002	2003	Thiès
6	Grand Thially	1996	2000	Thiès
7	Wër werlé	1998	1999	Thiès
8	Lalane-Diassap	1994	1995	Lalane-Diassap
9	Soppante	1997	1998	Fandène et autres

Ils ont été rejoints plus tard par la coopération technique américaine, l'USAID à travers son programme (Partnerships for Health Reform – PHR), la coopération technique allemande (GTZ) et l'Association internationale de la Mutualité (AIM). Ces structures ont organisé l'atelier sur les stratégies d'appui aux mutuelles de santé (Abidjan 1998) et mis en place la Concertation entre les acteurs du développement des mutuelles de santé en Afrique (Dakar 1999).

⁸ Rapport des comptes nationaux de la santé du Sénégal, 2005

⁹ En jaune les mutuelles non fonctionnelles

10	Fandène	1989	1990	Fandène
11	Baback	1998	1999	Baback
12	Sanghé (Arrêt des prestations)	1996	1997	Sanghé
13	Yërmandé	2000	2002	Khombole
14	Jappo faju	1999	2000	Thiénaba
15	Touba toul	2002	2003	Touba toul
16	Kaya r	2003	en projet	Kaya r
17	Jappoo saku wër	2000	2001	Pout
18	Keur moussa	2003	2003	Keur Moussa
19	Diender	2003	2004	Diender
Département de Mbour				
20	Santa Y alla (château d'eau)	1999	2002	Mbour
21	Deggo	2001	2003	Mbour
22	Aar sa Njaboot	2003		Mbour
23	Samm sa gox	2003		Mbour
24	Malicounda (Arrêt des prestations)	2002	2003	Mbour-Malicounda
25	Nguéniène	2003		Nguéniène
26	Ndiagianiao	2002	Pas encore	Ndiagianiao
27	Thiadiaye	2004		Thiadiaye
28	Fissel (Arrêt des prestations)	1999	2000	Fissel
29	Ndolor	2003		Ndolor
Département de Tivaouane				
31	Boolo suxali Tivaouane	2000		Tivaouane
32	Mboro	1996	1997	Mboro Diama-guène
33	Ngaye-ngaye	1994	1994	Mboro
34	UGPM	2003		Mboro
35	Fagaru	2000	2001	Méouane
36	And Dioubo	2003		Chérif Lô
37	Koudiadiène	1993	1996	Koudiadiène
38	Léhar	1998	1999	Pandiéno Léhar
39	Mont-Rolland	1996	1996	Mont Rolland
40	Mékhé	2003		Mékhé
41	Maka Sarr	2004		Médina dakhar
42	Pékesse	2004		Pékesse

Source : adapté du Rapport Comptes nationaux de la santé, 2005

4.1.3. Risques couverts

Pendant longtemps, les mutuelles de la région de Thiès couvraient uniquement les frais des soins hospitaliers. Elles établissaient des conventions avec l'hôpital privé catholique Saint Jean de Dieu. Aujourd'hui, l'hôpital régional, longtemps réticent, accueille les mutualistes.

Le constat général qui se dégage est que les mutuelles de santé de Thiès s'intéressent de plus en plus aux « petits risques » et à d'autres prestations spécifiques (Consultations externes, consultations en urgence, hospitalisations, interventions chirurgicales, accouchements, etc.)

4.2 Présentation de la mutuelle de santé Soppante

La mutuelle de Soppante a été créée en 2000. Elle est implantée dans 78 villages des départements de Thiès et Tivaouane. La mutuelle est née d'une scission d'avec la mutuelle de santé de Fandène. Face au comportement de certains responsables et leaders locaux d'insérer certains groupes

sociaux, quelques responsables de la mutuelle « mère », ont décidé de créer une deuxième mutuelle (Soppante).

D'une trentaine de villages au départ, Soppante est passée à une soixantaine avec une population-cible de 30000 habitants. Son rayon touche des villages dans quatre (4) communautés rurales et la commune urbaine (Thiès).

En termes de structuration, la mutuelle est administrée au niveau central par un Bureau Exécutif composé de cinq membres (un président et son vice-président, un secrétaire général et son adjoint et un trésorier). Ce bureau assure la gestion quotidienne de la mutuelle, sous la supervision du Conseil d'Administration (CA) qui les élit. Le CA est lui-même composé de 21 membres élus par une Assemblée des Délégués (environ 60 représentants). Vue l'étendue de la couverture géographique de la mutuelle, elle est subdivisée en 8 zones administrées chacune par un responsable de zone qui représente un ensemble de village à l'Assemblée des Délégués. Cette dernière adopte les plans d'action, budgets, textes réglementaires, etc.

Chaque zone a ses propres organes :

- Une Assemblée Générale de Zone qui se réunit une fois par an,
- Un Comité de Gestion de Zone dont les membres sont élus par l'Assemblée Générale de Zone et le nombre varie suivant l'importance des villages de la zone (chaque village est représenté par deux délégués). C'est également le comité de gestion de zone qui désigne les représentants à l'AG des délégués.
- Un Bureau Exécutif de Zone composé d'un président et de son vice-président, un secrétaire et son adjoint et chargé de la coordination au niveau de la zone en étroite collaboration avec le gérant. C'est ce niveau d'organisation qui gère la relation avec les postes de santé.

Un(e) gérant(e) de zone s'occupe du recouvrement des cotisations (du 1er au 10 de chaque mois), du recrutement de nouveaux membres, du règlement des factures (retrait et paiement) et de la tenue à jour des supports de gestion.

Les débats dans la mutuelle sont portés par les délégués dans leur Assemblée. Ils doivent cependant au préalable avoir été portés dans les assemblées de zone.

Ne disposant pas de locaux, la mutuelle utilise les locaux de la coordination régionale des mutuelles.

A son démarrage la mutuelle ne prenait en charge que les frais d'hospitalisation pour une contribution individuelle de 100 FCFA par bénéficiaire, par mois. Une extension des prestations au niveau des postes de santé a été opérée avec 12 postes de santé. L'hôpital régional également est conventionné. La cotisation individuelle est actuellement de 200 FCFA. L'adhésion est à mille francs (1000 FCFA). Le tableau 4.2 indique le niveau de prise en charge par type de prestations :

Tableau 4.2 : Niveau de prestations de la mutuelle Soppanté

Niveau	Services couverts	Niveau de prise en charge
Poste	- Consultations - Soins ambulatoires - Accouchement	60% 60% 60%
Hôpital Saint Jean de Dieu	- Hospitalisations - Chirurgie - Accouchement - Curetage	50% (10 jours max) 50% 50% 50%
Hôpital régional	- Se référer à la convention cadre	

4.3 Résultats de l'enquête quantitative

La population-cible des mutualistes est composée de trois catégories : adhérents, non-adhérents et ex-adhérents. Pour rendre la présentation des résultats des questionnaires plus lisible, nous avons adopté la démarche suivante :

- Faire une comparaison entre adhérents et non-adhérents d'une part, et faire une comparaison entre adhérents et ex-adhérents d'autre part,
- Pour chaque comparaison, les résultats seront présentés suivants deux thèmes : le ménage et l'individu.

4.3.1 Comparaison entre adhérents et non-adhérents

4.3.1.1. Le ménage

Caractéristiques démographiques des ménages

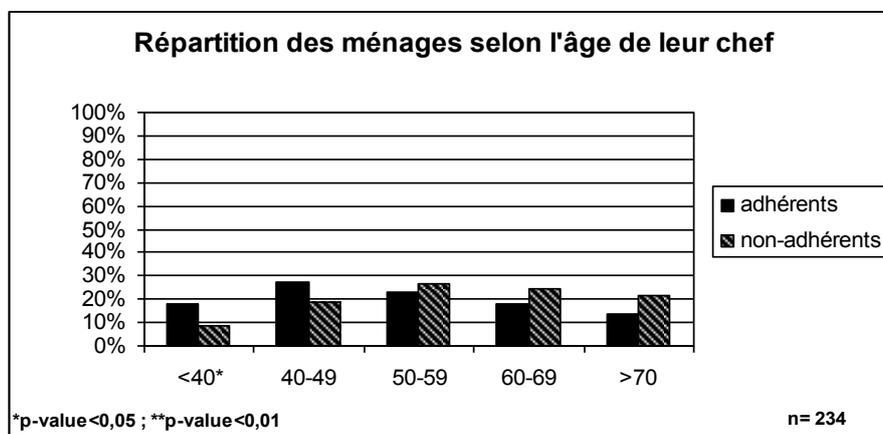
La taille moyenne des ménages est de 11 personnes. L'âge moyen du chef de ménage est de 54 ans. Le profil type du chef de ménage est le suivant : c'est en général un homme (87% des chefs de ménage), le plus souvent monogame (70,54% des ménages), de religion musulmane (92,48% des chefs de ménage) et enfin, appartenant plutôt à l'ethnie wolof (67,92% des chefs de ménage).

Quand on observe les ménages des adhérents et des non-adhérents, on relève deux légères différences :

- Les chefs de ménages adhérents sont plus jeunes (52 ans contre 57 ans) (graphique 4.1);
- La taille des ménages des adhérents est légèrement plus importante que celle des ménages des non-adhérents (11 personnes contre 10 personnes).

Ces petites différences ne sont pas significatives.

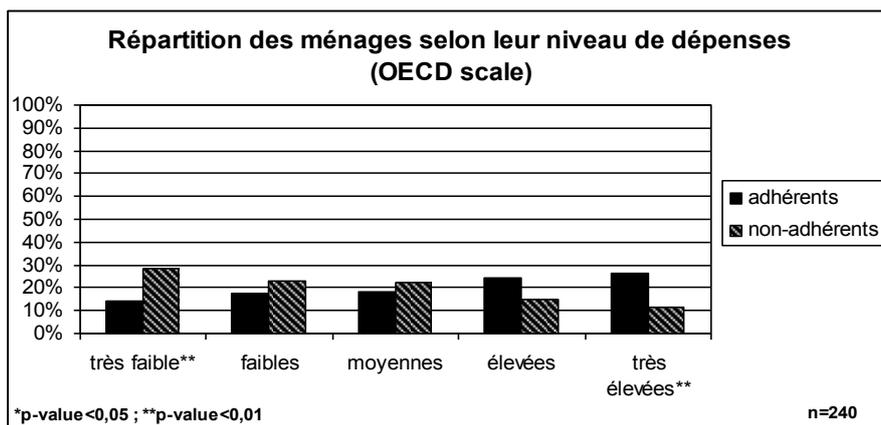
Graphique 4.1 : Répartition des ménages selon l'âge de leur chef au sein des adhérents et non-adhérents.



Caractéristiques socioéconomiques des ménages

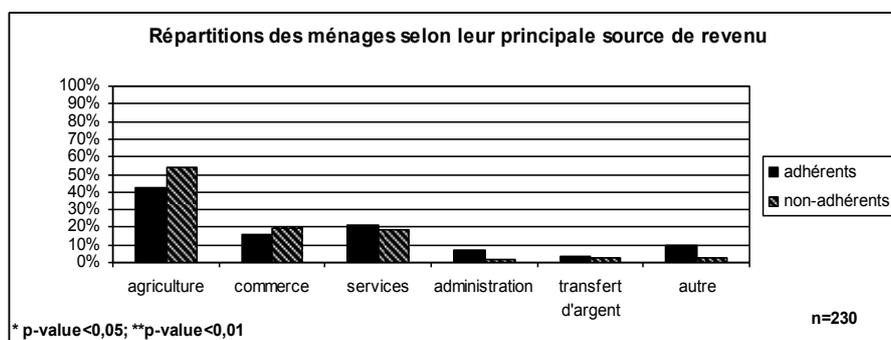
L'analyse socioéconomique, sur base d'indicateurs et de scores, montrent que les ménages adhérents engagent plus de dépenses de niveau élevé à très élevé (score de dépenses) (graphique 4.2) et possèdent plus de biens (score de biens : télévision, téléphone radio et voiture) que les non-adhérents. Les dépenses mensuelles des ménages adhérents s'élevant en moyenne à 183.502 CFA tandis que celles des non-adhérents à 135.015 CFA.

Graphique 4.2 : Dépenses des ménages au sein des adhérents et non-adhérents



Les revenus des ménages proviennent principalement de l'agriculture (42,42% des adhérents et 54,08% des non-adhérents), la deuxième source de revenus étant les services (21,21% adhérents, 18,37% non-adhérents) (graphique 4.3).

Graphique 4.3 : Source de revenu des ménages



Mis à part ces indicateurs économiques, l'analyse a également porté sur le niveau de scolarisation des chefs de ménages. Il apparaît que plus de 45% des chefs de ménages en moyenne (40,30% adhérents, 51,96% non-adhérents) n'ont bénéficié d'aucune scolarisation. Les adhérents étant plus nombreux à avoir été scolarisés.

La santé au sein des ménages

Trois éléments ont été abordés afin de décrire l'état de santé des ménages et leur utilisation des services de soins.

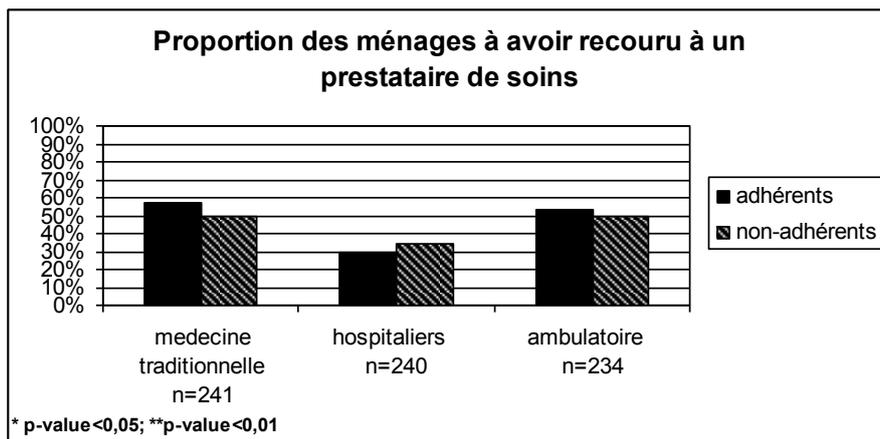
Les ressources financières et l'accès aux soins de santé

Les ménages adhérents sont moins nombreux à avoir été dans l'incapacité financière de fournir des soins ambulatoires ou hospitaliers à l'un de leurs membres que les non-adhérents (27,45% des non-adhérents, 10,87% des adhérents au niveau hôpital, 24,75% des non-adhérents, 11,59% des adhérents au niveau du poste de santé).

L'utilisation des services

L'analyse de l'utilisation des services de soins montre que le prestataire le plus fréquemment consulté est le tradipraticien (57,25% des adhérents, 49,51% des non-adhérents), suivi par les services ambulatoires (53,73% des adhérents, 50,00% des non-adhérents). L'hospitalisation est le recours le moins fréquent (29,20% des adhérents, 33,98 des non-adhérents) (graphique 4.4).

Graphique 4.4 : Utilisation des services de soins



La santé des individus au sein des ménages

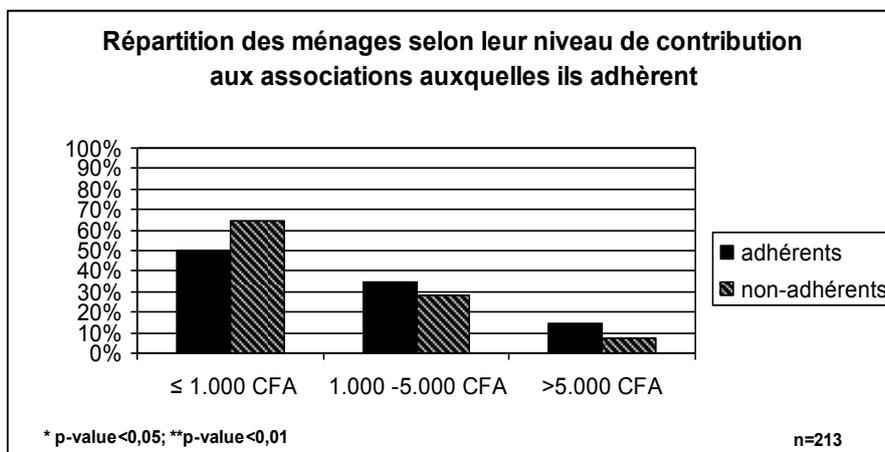
Les ménages interrogés sont légèrement plus nombreux à avoir déclaré qu'un adhérent souffrait d'une maladie, d'un handicap, ou avait été malade récemment.

Le capital social des ménages

En moyenne, les ménages adhèrent à plusieurs associations. L'adhésion est synonyme de participation régulière pour un peu moins des deux tiers de l'échantillon (58,14% adhérents, 54,76% non-adhérents) et le nombre d'associations auxquelles adhère le ménage est stable dans le temps pour 60% des ménages (59,52% adhérents, 60,71% non-adhérents) du moins au cours des 5 années précédant l'enquête.

On remarque cependant que les ménages adhérents sont membres de plus d'associations que les non-adhérents (4,38% des adhérents et 14,4% des non-adhérents ne participent à aucune association en dehors de la mutuelle de santé ; 10,95% des adhérents et 2,2% des non-adhérents participent à plus de 6 associations). Les non-adhérents (64,29%) sont plus nombreux à cotiser faiblement (moins de 1000 CFA) que les adhérents (50,39%) (Graphique 4.5). L'ensemble de l'échantillon déclare également être, dans plus de 40% des cas (44,86%), l'initiateur de l'association à laquelle il adhère. Les ménages adhérents étant plus nombreux à adhérer à des associations auxquelles ils ont été invités (23,26% adhérents, 10,59% non-adhérents).

Graphique 4.5 : Montant des cotisations aux associations



4.3.1.2. L'individu

Le capital social des individus

Les associations : plus de 80% de la population sont membres d'au moins une association (en dehors de la mutuelle). Ce taux d'adhésion aux associations est plus élevée parmi les adhérents (88,62% des adhérents sont membres d'une association au moins, contre 71,58% des non-adhérents).

Les relations privilégiées : près de 94% de la population (93,78%) ont déclaré avoir une relation privilégiée avec au moins une personne dans leur entourage. Une légère différence existe entre les adhérents et non-adhérents, mais elle n'est pas significative. Il n'en va pas de même pour les personnes ayant un parrain ou celles ayant un homonyme. En effet, les adhérents sont plus nombreux à avoir un homonyme (93,03% adhérent contre 79,78% non-adhérents) ou à être un parrain (68,10% adhérents contre 54,43% non-adhérents).

Coopération et aide autrui Le nombre de personnes estimant qu'il est probable que les villageois ne coopèrent pas pour résoudre un problème commun est plus faible chez les adhérents que chez les non-adhérents (4,38% des adhérents, 11,88% des non-adhérents). Il en va de même pour les personnes qui ont emprunté de l'argent au cours de l'année écoulée, les adhérents sont plus nombreux à avoir emprunté que les non-adhérents. Cependant, le pourcentage est plus faible (58,09% adhérents contre 37,62% non-adhérents). Quant aux personnes qui sont disposées à prêter de l'argent à un voisin pour payer des soins de santé, le pourcentage est globalement plus élevé mais la différence entre adhérent et non-adhérent est faible.

Confiance La confiance vis-à-vis de différentes catégories de la population a été abordée dans le questionnaire. Il apparaît que, quelque soit l'appartenance à la mutuelle, la population a majoritairement confiance vis-à-vis des catégories enquêtées. Deux résultats peuvent cependant attirer l'attention :

- 23,43% des personnes interrogées ont déclaré ne pas avoir confiance du tout envers les étrangers
- 74,05% des personnes disent avoir totalement confiance aux leaders religieux.

La seule différence notable qu'on observe entre les adhérents et non-adhérents concerne la confiance envers les personnes d'autres religions : les adhérents sont plus nombreux que les non-adhérents à avoir tout à fait confiance en elles.

Implication dans le village Plus de deux tiers des personnes interrogées (68,88%) se sentent proches des autres villageois. Les personnes ne se sentant pas proches du village représentent moins de 5% (4,56%) de la population.

En outre, un peu plus d'un adhérent sur cinq (21,01%) estime avoir un contrôle sur toutes les décisions prises au sein de la communauté alors que seulement 11,75% des non-adhérents ont cette perception. Par contre, aucune différence significative n'est trouvée concernant le vote lors des dernières élections locales où plus de trois personnes sur quatre ont voté (76,39%). De même les adhérents comme les non-adhérents estiment ne pas pouvoir participer à une activité de la communauté dans seulement 28,45% des cas.

Comparaison basée sur quelques indicateurs de la mutuelle

La connaissance de la mutuelle

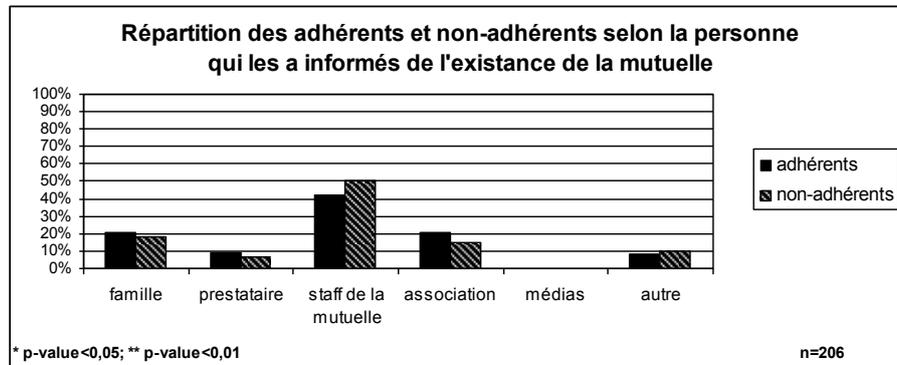
Les principales personnes qui ont informé la population de l'existence de la mutuelle sont, selon les personnes interrogées (graphique 4.6) : en premier lieu l'équipe de la mutuelle (45,15% des interrogés), en deuxième lieu, un adhérent de la famille (19,42%) ou une association (18,45%). Les médias (radio ou télévision) n'ont pas été cités comme une source d'information sur la mutuelle.

La majeure partie des interrogés (80%) ne connaissent pas les mécanismes de contrôle instaurés par la mutuelle. Que ce soit vis-à-vis des prestataires de soins (88,94%), des responsables de la mutuelle (86,34%) ou des bénéficiaires (82,38%). Même si les adhérents sont plus nombreux à connaître le secrétaire (20,97% d'adhérents contre 1,32% de non-adhérents), le président (38,17% d'adhérents

contre 9,21% de non-adhérents), ou un gestionnaire (51,91% d'adhérents contre 21,05% de non-adhérents).

Il en va de même pour la connaissance d'autres adhérents de la mutuelle : les adhérents connaissent plus d'autres adhérents que les non-adhérents.

Graphique 4.6 : Personnes sources d'informations sur la mutuelle



La solidarité

Beaucoup d'adhérents (40,60%) estiment que la solidarité entre les gens est un avantage de la mutuelle contre 30,43% pour les non-adhérents.

Cependant, en ce qui concerne les pauvres, seuls 52,09% des adhérents acceptent qu'ils ne payent par leurs cotisations et 52,80% acceptent d'augmenter les cotisations pour les inclure ou pour les parrainer (53,95%). Par contre, plus de 80% sont d'accord pour que le gouvernement subventionne les indigents (81,78%).

Le caractère inclusif de la mutuelle

L'ensemble de la population (adhérents comme non-adhérents) est d'accord avec le fait que des personnes d'autres familles, religions villages, ethnies,... adhèrent à la mutuelle. La catégorie pour laquelle ils ont le plus de réserve est celle qui compte les personnes appartenant à d'autres mouvances politiques. Celle qui reçoit le plus fort plébiscite est celle appartenant à d'autres villages.

4.3.2 Comparaison entre adhérents actuels et ex-adhérents

4.3.2.1. Le ménage

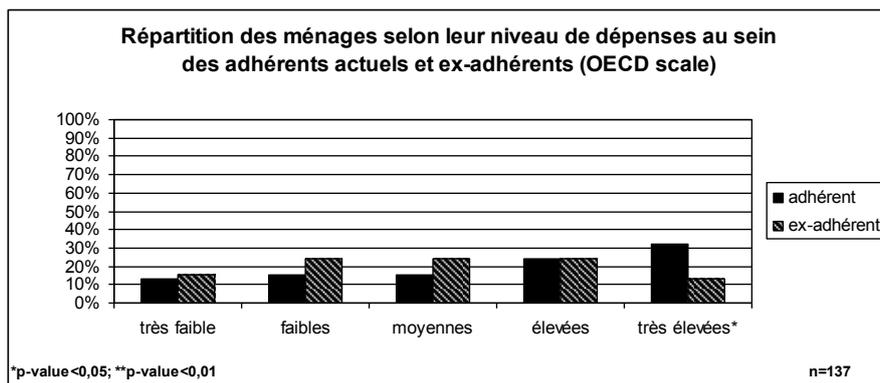
Caractéristiques socio-économiques des ménages

Les résultats sont semblables chez les adhérents actuels et les ex-adhérents en ce qui concerne la démographie, excepté le fait qu'il y a plus de ménages actuellement adhérents. à être composés de moins de 5 personnes et plus souvent d'ethnie wolof que les anciens adhérents. Le ménage type est donc constitué de 11 individus dont le chef est un homme de 52 ans (52 ans et 4 mois), musulman et wolof.

En ce qui concerne les autres résultats :

Le score de dépense tend à montrer que les adhérents actuels ont un niveau de dépense plus élevé que celui des ex-adhérents (graphique 4.7). Ceci se confirme avec le niveau de dépense moyen qui est, par ménage, de 195.501,6 CFA/an pour les adhérents actuels, alors que les ex-adhérents dépensent en moyenne 162.240,2 CFA/an.

Graphique 4.7 : Dépenses des ménages (OECD scale)



En outre, la source de leur revenu est principalement l'agriculture. Les ménages adhérents actuels sont plus nombreux à tirer leurs revenus des services que les ex-adhérents (27,21% contre 10,87%). Les ménages anciennement adhérents (13,04%) sont plus nombreux à être dans l'administration que les ménages adhérents actuels (13,04% contre 3,49%).

La santé au sein des ménages

Comme pour la comparaison entre les adhérents et les non-adhérents, trois aspects du volet santé ont été analysés.

Les ressources financières et l'accès aux soins de santé

Les ménages adhérents actuels sont moins nombreux à avoir été incapables de fournir des soins ambulatoires ou hospitaliers que les ex-adhérents.

L'utilisation des services

L'analyse de l'utilisation des services de soins montre toujours que le prestataire le plus fréquemment consulté est le tradipraticien (57,97%), suivi par les services ambulatoires (53,73%). L'hospitalisation est le recours le moins fréquent (29,93%). Pour le recours aux soins, la différence est faible entre ménages adhérents et ménages ex-adhérents..

La santé des individus au sein des ménages

Les ménages actuellement membres sont plus nombreux à déclarer avoir une personne qui souffre d'une maladie chronique. Il en va de même pour les maladies récentes, mais les ménages ex-membres sont plus nombreux en ce qui concerne le handicap. Les différences ne sont toutefois pas significatives.

Le capital social des ménages

Les ménages adhérents actuels, tout comme les ménages anciennement adhérents, sont dans leur grande majorité (83,94%) membres d'associations (entre une et cinq associations (83,94%).

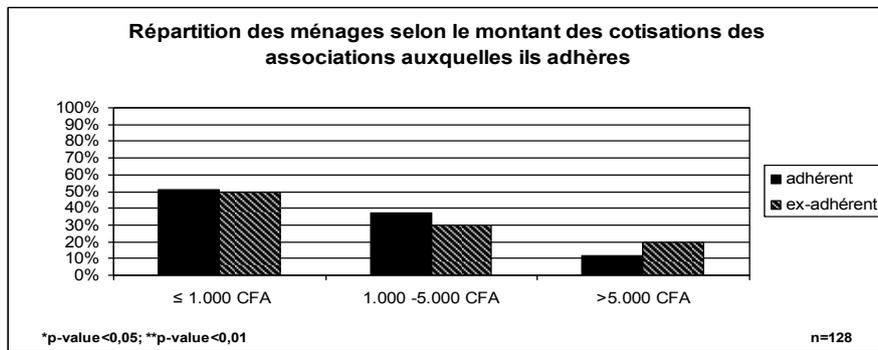
Plus de 59% d'entre eux fréquentent régulièrement l'association, mais leur contribution reste souvent (50,78% des cas), inférieure à 1000 CFA (graphique 4.8).

L'adhésion est pour 60% des adhérents (61,11% d'adhérents actuels contre 57,14% d'ex-adhérents) stable dans le temps. Les anciens membres sont cependant plus nombreux à diminuer le nombre d'associations auxquelles ils participent (3,33% d'adhérents actuels contre 20% d'ex-adhérents).

On remarque également des différences, mais moindres, quant à l'origine de l'adhésion des ménages aux associations du village. Dans environ 50% des cas, les ménages sont à l'origine de la création de l'association (45,45% pour les adhérents actuels contre 52,50% pour les ex-adhérents). De même, 20,45% des ménages actuellement adhérents ont déclaré avoir été sollicités pour entrer dans

une association alors que ce chiffre ne dépasse pas les 10% pour les ménages anciennement adhérents (7,50%).

Graphique 4.8 : Montant des cotisations à une association



4.3.2.2. L'individu

Capital social

Les associations

Plus de 90% des adhérents actuels sont également membres d'autres associations (92,77%). Ce chiffre tombe à un peu moins de 80% pour les ex-adhérents (77,50%).

Les relations privilégiées

Les adhérents actuels et ex-adhérents sont plus de 90% à déclarer avoir une relation privilégiée avec une autre personne. La proportion augmente pour atteindre près de l'entièreté des adhérents actuels (98,77%). Cependant, même si les adhérents actuels sont plus nombreux à avoir des relations privilégiées, les ex-adhérents sont plus nombreux à être parrain (61,73% pour les adhérents actuels, contre 82,35% d'ex-adhérents), et à avoir des homonymes (92,13% pour les adhérents actuels contre 94,87% d'ex-adhérents).

Coopération et aide autrui

La possibilité que la population coopère à la résolution d'un problème commun à la communauté a également été abordée auprès des adhérents actuels et ex-adhérents. Les résultats montrent que plus de 70% d'entre eux pensent qu'il est possible que la population coopère à la résolution de ce problème. Les ex-adhérents sont plus nombreux à penser que cette coopération n'est pas probable (10,87% ex-adhérents contre 1,10% d'adhérents actuels). Pour ce qui est du prêt, les adhérents actuels (95,65%) sont plus nombreux à penser que la collaboration est probable pour l'emprunt d'argent que les ex-adhérents (54,35%).

Confiance

Tout comme pour la comparaison entre les adhérents et les non-adhérents, la confiance envers différentes personnes ou catégories de personnes est partagée par une grande partie des personnes interrogées. La catégorie pour laquelle l'échantillon interrogé déclare avoir le moins confiance est celle des étrangers (27,74%). Celle pour laquelle il déclare avoir le plus confiance est celle des leaders religieux. Peu de différences apparaissent pour cette question entre les adhérents actuels et les ex-adhérents. Les seules différences portent sur la confiance vis-à-vis des collectivités locales (plus faible de la part des adhérents actuels), vis-à-vis de la justice (les adhérents actuels sont plus nombreux à ne pas avoir confiance envers la justice) et enfin les adhérents sont aussi plus nombreux à être indécis vis-à-vis de la confiance à accorder aux enseignants.

Implication dans le village

Plus de deux tiers (71,01%) des personnes interrogées se sentent proches des autres villageois. Les gens qui ne se sentent pas proches du village représentent moins de 11% des ex-adhérents alors qu'aucun adhérent actuel n'a choisi cette réponse.

Concernant le contrôle que les personnes ont sur les décisions qui sont prises dans le village, les adhérents (actuels comme ex-adhérents) ont répondu de manière semblable, ils sont presque autant à avoir répondu ne pas avoir de contrôle sur les décisions prises dans la communauté que ceux qui ont répondu avoir un contrôle.

De même, aucune différence significative n'est trouvée concernant le vote lors des dernières élections locales où plus de trois personnes sur quatre ont voté (76,12%). Les adhérents actuels sont plus nombreux que les ex-adhérents à estimer que certaines activités ne leur sont pas autorisées (35,87%) alors que 15,56% des ex-adhérents ont répondu par l'affirmative à cette question.

Comparaison basée sur quelques indicateurs de la mutuelle

Les cotisations

Seulement 76,09% des adhérents règlent leurs cotisations par les ressources provenant de leur salaire. Les ex-membres sont encore moins nombreux à le faire (66,67%).

Le prestataire de soins

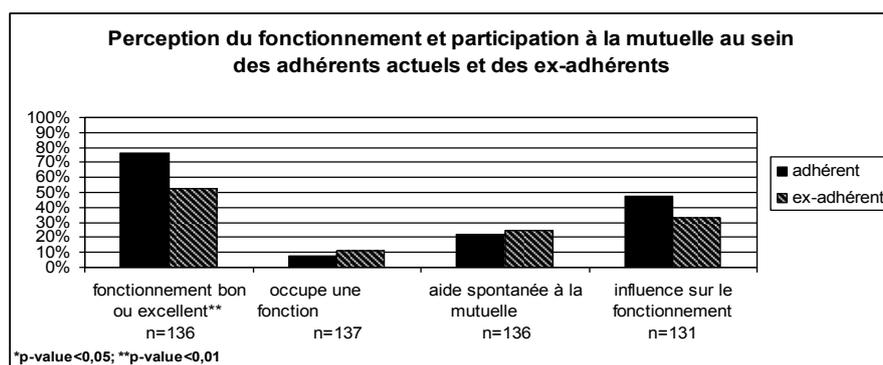
Les adhérents actuels sont plus nombreux que les ex-adhérents à être satisfaits des prestataires de soins (75,28% pour les adhérents actuels contre 56,76% pour les ex-adhérents).

La participation et la connaissance de la mutuelle

Le fonctionnement de la mutuelle est jugé excellent par une majorité des interviewés (graphique 4.9). Les adhérents actuels étant tout de même plus nombreux à le déclarer (76,40%) que les ex-adhérents (52,27%).

De même, près de 9% des répondants ont occupé une fonction dans la mutuelle (graphique 4.9). Les ex-adhérents sont légèrement plus nombreux à avoir occupé une fonction (7,61% d'adhérents actuels contre 11,11% d'ex-adhérents). La proportion d'adhérents actuels déclarant avoir une influence sur la mutuelle atteint presque 50% (47,19%) et un tiers des ex-adhérents (33,33%).

Graphique 4.9 : Perception et participation à la mutuelle



La participation des intervenants se traduit souvent par des discussions informelles sur la gestion de la mutuelle (38,21%), la participation aux assemblées générales (33,07%), de même que par des sensibilisations (27,73%).

La différence la plus notable porte quant à elle sur la participation à des formations organisées par la mutuelle. 16,25% des adhérents actuels y ont participé au moins une fois alors que le taux chez les ex-adhérents est seulement de 4,76%.

Concernant l'origine de la connaissance de la mutuelle, les personnes ayant informé les adhérents (ex- et actuels) sont par ordre d'importance, le staff de la mutuelle qui a informé 32,18% des

adhérents actuels et 60,87% ex-adhérents, une association (21,05%), la famille (19,55%) et les prestataires de soins.

Seulement 10 à 21% des intéressés connaissent les mécanismes de contrôle en vigueur dans la mutuelle. Les mécanismes le plus connu porte sur le contrôle des bénéficiaires (21,35% pour les adhérents actuels, 19,57% pour les ex-adhérents).

De même, seulement 20,97% des personnes interrogées connaissent le secrétaire de la mutuelle et 38,17% le président, même s'il semble plus connu des ex-adhérents que des adhérents actuels. Et enfin, 51,15% connaît un gestionnaire de la mutuelle.

Plus de deux tiers des intéressés connaissent moins de la moitié des adhérents à la mutuelle. Les adhérents actuels sont plus nombreux que les ex-adhérents à ne connaître personne (8,70% contre 4,35%).

Nous avons également questionné la population afin de connaître ce qu'elle avait en commun avec les adhérents à la mutuelle. La moitié des adhérents actuels ont déclaré avoir en commun le fait de faire partie du même village contre un peu plus d'un quart pour les ex-adhérents. La même proportion d'adhérents actuels (50,55%) estime que la mutuelle a comme avantage la solidarité entre ses membres. Les ex-adhérents ne sont eux que 16,67% à opter pour cette réponse.

Enfin, une faible partie des adhérents (11% des adhérents actuels et 16,6% des ex-adhérents) estiment qu'il existe des personnes qui sont exclues de l'adhésion à la mutuelle.

4.3.3 Synthèse des résultats de l'enquête quantitative

Contrairement aux comparaisons entre les adhérents actuels et les ex-adhérents, des différences importantes sont à noter entre le groupe des ex-adhérents et adhérents actuels d'une part et les non-adhérents d'autre part en ce qui concerne les indicateurs démographiques et socio-économiques. Les adhérents actuels et ex-adhérents ont un ménage de plus petite taille, sont plus riches et sont moins souvent analphabètes.

Quant au recours aux services de santé des ménages, on note pour les deux comparaisons, que les adhérents actuels sont moins limités par des contraintes financières que les non-adhérents et dans une moindre mesure, les ex-adhérents.

Concernant le capital social, le nombre d'associations auxquelles adhèrent les ménages est plus important chez les ex-adhérents et les adhérents actuels que chez les non-adhérents. Cependant des différences marquées entre adhérents et non-adhérents ne se retrouvent pas entre les actuels et les ex-adhérents. IL s'agit par exemple du montant des cotisations plus important chez les adhérents, ayant plus souvent des homonymes et étant moins nombreux à ne pas croire possible une coopération au sein du village. L'inverse est également vrai: les adhérents actuels sont plus nombreux à augmenter ou stabiliser le nombre d'associations, plus souvent sollicités que les ex-adhérents et moins fréquemment parrains que les ex-adhérents. Certaines tendances sont cependant les mêmes pour toute la population interrogée. Par exemple, on observe ainsi que la majorité de la population a confiance à autrui. Concernant la mutuelle, pour toutes les catégories de populations, le staff de la mutuelle est la principale source d'information sur la mutuelle, suivi en cela par la famille et les associations. Mais dans des proportions différentes. Les adhérents actuels étant les moins nombreux à avoir été informés par le staff de la mutuelle, mais les plus nombreux à avoir été informés par un membre de la famille ou d'une association.

On note également que d'importantes différences sont observées en termes de connaissance de la mutuelle entre les adhérents et les non-adhérents alors qu'on ne les retrouve pas autant marquées entre les adhérents actuels et les ex-adhérents. Les adhérents actuels sont également plus nombreux à être satisfaits du fonctionnement de la mutuelle, de même qu'à penser qu'un des avantages de la mutuelle est qu'elle permet la solidarité. Enfin, les adhérents actuels sont près d'un sur deux à avoir en commun le fait d'être voisin avec les autres adhérents alors qu'ils ne sont qu'un quart chez les ex-adhérents.

4.4 Résultats de l'enquête qualitative

4.4.1 Entretiens semi-structurés et focus group

4.4.1.1. La question de l'adhésion chez les adhérents

Provenance de l'influence

La plupart des adhérents interviewés et les participants aux *focus group* affirment être informés de l'existence de la mutuelle par le canal des responsables de la mutuelle lors de leurs campagnes de sensibilisation, d'information et de recrutement dans leur localité. Selon les participants aux *focus group*, le Médecin Chef de l'Hôpital Saint-Jean de Dieu a lui aussi joué un grand rôle dans la sensibilisation.

Les voisins, l'agent de santé communautaire, le chef de village et le prêtre du village ont aussi été cités comme des sources d'information sur l'existence de la mutuelle.

Pour la plupart des adhérents, la décision d'adhérer a été influencée par la source d'information : responsables de la mutuelle, le prêtre, le chef du village et le voisin. Mais il apparaît que le travail de sensibilisation des responsables de la mutuelle a été décisif dans la décision d'adhérer.

Processus d'adhésion

Dans le processus tel que décrit par les adhérents, on peut repérer trois grandes étapes :

- Réunion de sensibilisation et d'information avec tout le village ou la grande famille, réunion organisée par les responsables de la mutuelle, assistés parfois par l'Infirmier Chef de Poste (ICP) ;
- Explication détaillée du fonctionnement de la mutuelle lors de cette réunion ;
- Prise de décision : discussion au sein du ménage ou choix unilatéral du chef de ménage

Pour certains adhérents, un ami ou voisin est à l'origine de la décision d'adhérer. Elle peut aussi résulter de la connaissance d'un cas d'hospitalisation d'un ami ou d'un voisin, cas qui confirme les avantages d'être adhérent, en particulier en ce qui concerne la prise en charge sanitaire.

Motifs d'adhésion

Le principal motif d'adhésion a été cité de façon récurrente par tous les adhérents : avoir plus facilement accès aux soins de santé dans un contexte où les coûts des soins semblent élevés et les revenus des ménages réduits. Comme l'expriment un adhérent : « *tu sais, ici, pour se soigner, c'est très cher et quand tu es dans la mutuelle, il y a une garantie* ».

En plus de pouvoir assurer un accès plus facile aux soins à la famille, la mutuelle permet à l'adhérent d'aider d'autres familles, concrétisant ainsi la solidarité communautaire.

Enfin, beaucoup d'adhérents affirment avoir une expérience personnelle de l'utilité et de l'intérêt d'une Mutuelle de Santé.

Les participants aux *focus group* ont évoqué les mêmes motifs d'adhésion.

4.4.1.2. La question de l'adhésion chez les non-adhérents

Motifs de non adhésion

Les non-adhérents ont présenté plusieurs éléments qui peuvent empêcher l'adhésion à une mutuelle:

- Les difficultés d'assurer la régularité de la cotisation réglementaire, surtout quand on est dans une famille de grande taille. Certains refusent de faire de la discrimination en n'inscrivant qu'une partie de la famille s'ils n'ont pas les moyens d'inscrire tout le monde : « *je n'ai pas les moyens de les prendre tous dans la mutuelle* ».

- Les règles de fonctionnement de la mutuelle, la période d'observation en particulier. Certains souhaitent bénéficier tout de suite des services de la mutuelle.

- Le refus d'accepter la solidarité communautaire, refus de cotiser pour d'autres personnes qu'on ne connaît pas.

Certains adhérents ont aussi évoqué d'autres éléments qui peuvent empêcher l'adhésion :

- Le manque ou la faiblesse du travail de sensibilisation qui font que tous les adhérents potentiels n'ont pas accès à l'information ou ont une mauvaise perception du fonctionnement de la mutuelle.

- Le mauvais fonctionnement de la mutuelle qui peut être à l'origine d'une méfiance de la population (suspicion de détournement de ressources)

Les participants aux *focus group* ont repris deux motifs de non adhésion déjà évoqués par les adhérents et les non-adhérents : le manque d'information et le montant élevé des cotisations.

4.4.1.3. La question de l'adhésion chez les ex-adhérents

Motifs de retrait de la mutuelle

Les ex-adhérents ont cité plusieurs éléments comme étant à l'origine de leur retrait de la mutuelle :

- Incapacité de continuer à assurer la régularité des cotisations : « *Je ne pouvais plus supporter les cotisations de la Mutuelle* ».
- Découverte après coup des limites de la mutuelle : offre de services insuffisante et niveaux de remboursements parfois bas (accouchements, hospitalisations)
- Fonctionnement de la mutuelle : cotiser sans bénéficier de services est insupportable pour certains ; rigidité de la mutuelle qui refuse toute négociation en cas d'arriérés de cotisations.
- Dysfonctionnement de la mutuelle : disparition du collecteur des cotisations.

Les adhérents qui se sont prononcés sur le sujet ont les mêmes arguments que les ex-adhérents sur les motifs de retrait :

- Dysfonctionnement de la mutuelle notamment le manque d'informations, l'absence de collecteurs de cotisations
- L'incapacité de continuer à cotiser
- La mauvaise perception du fonctionnement de la mutuelle (cotiser sans bénéficier des services)

On retrouve la plupart de ces arguments chez les participants des *focus group*.

Motifs de ré-adhésion

Pour les ex-adhérents interviewés et pour les participants aux *focus group* , deux éléments peuvent les encourager à retrouver la mutuelle :

- Reprise du travail d'information et de sensibilisation ;
- Réduction du montant des cotisations.
-

4.4.1.4. La question de la participation

Motifs et manières de participer

La mutuelle organise différentes activités parmi lesquelles les adhérents ont cité : les assemblées générales ou réunions, les activités de sensibilisation et les sessions de formations.

Les adhérents ont cité quatre grands motifs de participation à ces activités :

- désir de participer à la sensibilisation des membres de sa communauté
- désir d'influencer le fonctionnement de la mutuelle en donnant son avis : « *donner des idées pour convaincre davantage les gens* » ;
- désir de s'informer sur la vie et le fonctionnement de la mutuelle ;
- désir de participer à la prise de décision : « il faut faire partie et être présent au moment des prises de décisions ».

Quatre grands motifs de non-participation ont été cités par les adhérents :

- manque d'informations : « je n'ai jamais été convoqué à ces réunions ».
- refus de participer parce que n'étant que membre simple : « je ne suis qu'un membre simple ».
- manque de temps pour cause d'activités professionnelles propres.
- accès à toute l'information par le canal d'un relais.

Tous les ex-adhérents déclarent que le principal motif de leur non-participation était le manque d'information.

4.4.1.5. Exemplarité de la Mutuelle

Pour les adhérents interviewés, la mutuelle peut être un exemple d'association pour la communauté pour trois raisons :

- La transparence dans sa gestion qui explique l'absence de détournements si fréquents dans les associations ;
- Le sérieux de ses dirigeants : « ce sont des gens sérieux, exemplaires, des modèles pour la communauté »
- Le comportement respectueux des adhérents : « dans la mutuelle, on ne se bat pas, on ne se dispute pas, ils ne font pas de mal à ceux qui ont des arriérés, ils ne leur ont pas tenu des propos blessants, ils traitent tout le monde de la même façon ».

Mode de fonctionnement de la mutuelle de santé

L'organisation de la mutuelle

Les adhérents et les ex-adhérents ont affirmé que tous les membres de la communauté peuvent adhérer à la mutuelle, l'essentiel est de respecter son fonctionnement. En particulier, il faut s'acquitter régulièrement de la cotisation : « *la mutuelle n'exclut personne depuis sa création dans la zone en 2000, elle ne fait pas de distinction entre race, ethnie et confrérie* ».

Les adhérents ont aussi quelques reproches à faire à la mutuelle :

- L'absence de représentants dans chaque village pour assurer la sensibilisation et la collecte des cotisations ;
- Le coût relativement élevé de la cotisation ;
- L'absence de relations entre les leaders communautaires et la mutuelle : « *pratiquement, je ne vois pas les leaders œuvrer pour la mutuelle* »
- La faiblesse du nombre des adhérents dans les villages ;
- Le manque de dynamisme, notamment la rareté des assemblées générales, ce qui ne permet pas de faire la sensibilisation et d'impliquer les membres dans le fonctionnement : « *on doit convoquer souvent les membres pour discuter avec eux comme dans les autres associations* » ;
- La limite des services offerts par la mutuelle (non prise en charge des césariennes, non-remboursement des ordonnances des officines)
- Le bénévolat des travailleurs de la mutuelle

Dans les *focus group*, une partie des participants affirme connaître le fonctionnement de la mutuelle, le montant des cotisations et celui des procédures de remboursement. Elle souligne certains aspects du fonctionnement de la mutuelle comme l'équité entre les membres, le montant élevé de la cotisation et la contrainte constituée par les lettres de garantie pour avoir accès aux soins.

La circulation de l'information

Pour la plupart des adhérents, l'information ne circule pas dans la mutuelle pour certaines raisons :

- Manque de dynamisme des responsables et représentants de la mutuelle,
- Rareté des réunions,
- Faiblesse des activités de sensibilisation de proximité.

Ainsi, dans la mutuelle on ne parle que de cotisations : « nous, on ne nous dit rien ». « nous, on ne fait que payer à la fin de chaque mois ».

Pour les adhérents et ex-adhérents, la mutuelle peut pallier ce problème d'informations par les mesures suivantes :

- Choisir des représentants ou relais dynamiques ;
- Impliquer davantage les adhérents sur le terrain pour les informer ;
- Utiliser le cadre offert par les autres associations du village : « si c'était moi le responsable, je serais parti dans les associations religieuses (dahira, les ASC, les groupements et dans toutes les activités ou lieux où les gens se retrouvent pour les sensibiliser ».

Cependant, dans un des villages, les adhérents affirment être bien informés grâce au dynamisme d'une représentante de la mutuelle.

Les participants dans deux des quatre *focus group* estiment aussi que la communication au sein de la mutuelle est insuffisante alors que ceux d'un *focus group* pensent le contraire. Pour pallier le problème de communication, les participants ont souhaité la multiplication des séances d'information de proximité et le dialogue entre les gérants et les membres.

La gestion de la mutuelle de santé

De manière générale, les adhérents apprécient positivement le travail des gérants : « *personne n'est plus serviable que (le gérant)* ». « *Il nous renseigne sur tout ce qui touche la mutuelle* ». Ce sentiment est partagé par les participants de la moitié des *focus group*.

Cependant, certains membres reprochent aux gérants de ne fournir aucun effort pour se familiariser avec les membres.

Appréciation de l'avenir de la mutuelle

Tous les adhérents pensent que l'idée de fusionner la mutuelle avec une autre est une bonne idée car elle renforce la mutuelle : « *l'union fait la force* ».

Le gouvernement est invité à subventionner les mutuelles qui n'ont pas beaucoup de moyens.

Enfin, certains pensent que la viabilité de la mutuelle dépend du niveau de participation des adhérents. Cette idée est reprise par les participants de trois *focus group*. Pour atteindre cet objectif, il faut améliorer l'information et la sensibilisation de proximité.

Comportement des individus dans la mutuelle

Connexion, confiance et transmission

Beaucoup d'adhérents pensent que la mutuelle a créé des liens entre les membres :

- Existence de relations particulières entre adhérents et gérants ;

– Création de relations entre adhérents de localités différentes : « si je pars au Graim pour assister à des réunions, je sympathise avec des gens de Hanène, Thiès, Fandène et ceux d'autres localités environnantes. Si ce n'était pas la mutuelle, je ne les aurais pas connus ».

– La mutuelle est à l'origine d'un renforcement des relations dans la communauté : « j'ai vécu les bienfaits de la mutuelle, mon devoir est de sensibiliser mes parents et amis sur l'importance de la mutuelle ».

– La mutuelle a renforcé le sentiment de solidarité communautaire : « le fait que m'y soigne et que cela soigne d'autres personnes fera que j'aurai la bénédiction divine ».

Par ailleurs, il existe une grande confiance entre la mutuelle et la communauté. Pour les adhérents, la mutuelle a contribué à installer la paix dans la communauté.

Au plan individuel, certains pensent que la participation aux activités de la mutuelle a accru leurs connaissances ou changé leur comportement et rôle dans la communauté. Pour d'autres, la mutuelle ne leur a apporté aucune nouvelle amitié.

Comportement des individus entre eux

Confiance et connexion

Les adhérents ont exprimé sous différentes formes les liens et la confiance qui existent au sein du couple, au sein de la famille, dans le voisinage et dans la communauté.

Premièrement, au sein du couple, il y a une forte affirmation et une reconnaissance de l'autorité du mari : « c'est mon mari qui prend les décisions ». « C'est lui l'autorité ». «Ma femme va là où je lui demande d'aller. Ils ne discutent pas avec moi, ni ma femme, ni mes enfants. Ils exécutent ce que je décide ». La reconnaissance de cette autorité du mari minimise les possibilités de conflits dans la prise de décisions : « il n'y a jamais eu de divergence dans la prise de décision, c'est moi seul ou ma grande sœur, quand je ne suis pas là, qui décide ». Cette autorité peut être assumée par la femme chef de ménage ou le grand frère.

Selon les adhérents, l'existence de cette autorité explique que la plupart du temps, c'est le mari qui donne l'argent nécessaire à la prise en charge des soins de santé : « *c'est toujours mon mari qui me donne de l'argent pour les soins* ». Parfois, l'épouse qui a les moyens peut aider son mari dans la prise en charge des coûts des soins.

Deuxièmement, au sein de la famille, la confiance et les liens semblent forts selon les adhérents :

– On s'entraide pour assurer la cotisation mensuelle

– En cas de maladie d'un membre de la famille, quelqu'un de la famille peut prendre en charge les soins : « *si quelqu'un tombait malade, on demandait à celui qui a les moyens* ».

– Les membres de la famille peuvent être inscrits dans n'importe quel carnet d'un membre de la famille : « l'autre carnet est celui de mon petit frère et c'est dans ce carnet qu'on a inscrit mes autres frères, leurs enfants et mes homonymes ».

Dans la famille, la mutuelle a parfois permis à des coépouses d'avoir des relations particulières. Elles s'accordent sur la prise en charge des enfants : « *j'ai inscrit les enfants de ma coépouse après en avoir discuté avec elle, puisqu'elle disait ne pas avoir les moyens d'adhérer. Je considère ses enfants comme les miens et en cas de maladie, je ne pouvais rester insensible. Donc, j'ai pris en charge ses enfants et les miens dans mon carnet et je cotise pour eux* ».

Troisièmement, au niveau du voisinage, les voisins pouvaient venir en aide aux adhérents en difficulté, notamment, en prêtant de l'argent : « *pour résoudre mes problèmes liés aux coûts de soins, j'allais emprunter de l'argent à mes voisins* ».

Enfin, au niveau de la communauté, plusieurs manifestations de solidarité sont apparues autour de la mutuelle :

– La confiance de l'ICP qui remet des médicaments au malade en attendant d'être remboursé : « même si les ordonnances sont à crédit, l'ICP nous les procure si c'est urgent pour le malade car il sait que nous le rembourserons : il existe une confiance mutuelle entre nous ».

- Les nouvelles relations créées entre les adhérents d'un village et les adhérents de plusieurs autres villages, relations nées de la participation aux activités de la mutuelle : « la mutuelle a tissé de nouvelles relations entre nous dans la zone et aussi des relations avec les autres zones qui sont membres de la mutuelle ». « dans les huit zones, il y avait des gens que je ne connaissais pas, mais actuellement, nous nous fréquentons, nous nous invitons à nos cérémonies, car nous avons lié des amitiés lors de nos rencontres durant les assemblées générales ».

- La solidarité communautaire nouée autour de la cotisation. Il est facile de trouver une aide pour s'acquitter de la cotisation : « ma contribution dans la mutuelle consiste en général à aider certains membres à cotiser pour eux et c'est après qu'ils me remboursent ».

De plus, les adhérents pensent qu'un des avantages de la mutuelle est de pouvoir aider son voisin, c'est comme un devoir : « si tu cotises à la mutuelle, tu en bénéficies, mais aussi tu aides d'autres ». « Ceux qui n'ont pas adhéré doivent adhérer, ceux qui ne cotisent pas doivent cotiser parce que c'est de l'aide pour nous tous ».

Les adhérents ont illustré de différentes manières la solidarité communautaire :

- Solidarité inter-confrérique : « dans ce village, il n'y a que des talibés, tous sont des parents, on se partage tout, ceux qui sont plus nantis aident les autres. Il y a des tidianes et mourides, mais quand il y a des événements, on ne peut pas les dissocier ».

- Solidarité partant des valeurs de la religion : « dans notre communauté, on ne mange pas en sachant que l'autre n'a pas mangé ».

- Solidarité au moment de la maladie : « s'il arrive que tu aies un malade hospitalisé, tu ne dépenses pas beaucoup d'argent grâce aux participations des voisins. On vit la solidarité dans notre village ». « si quelqu'un tombe malade, pour son transport vers les structures de soins, tous ceux qui ont une voiture peuvent se mettre à votre disposition gratuitement ».

- Solidarité au moment des cérémonies : « quand quelqu'un a une cérémonie, toutes les femmes sont présentes à ses côtés et apportent leur aide physique et financière ».

Pour les non-adhérents, un des motifs de non adhésion est de ne pas casser la cohésion familiale : « je ne peux pas inscrire mes enfants seulement et laisser les autres ». « J'ai peur d'adhérer pour les uns et laisser les autres parce que cela peut créer un esprit malsain au niveau de la famille ».

Pendant, certains adhérents affirment que la mutuelle ne leur a pas apporté de nouvelles amitiés.

Des non-adhérents ont reconnu être très peu intégrés dans le village : « j'ai de bonnes relations avec quelques membres du village ». « je les connais bien, raison pour laquelle je ne me mêle pas de leurs problèmes ». Certains vont même jusqu'à refuser de fréquenter les lieux de rencontre et de palabres : « je trouve que fréquenter ce genre de séminaires et formations vaut mieux que fréquenter les Grand-Place car c'est un milieu qui n'est pas rentable ».

4.4.1.6. Relations entre les individus, les institutions et les mutuelles

Relations avec les hommes politiques

Presque tous les adhérents ont affirmé que les politiciens n'ont pas parlé de la mutuelle lors de la dernière campagne électorale. Par contre, ils ont parlé de la santé, de l'augmentation des structures de santé (cases et postes de santé).

La plupart des adhérents et ex-adhérents ont dit ne pas s'intéresser à la politique : « la politique ne fait pas partie de mes affaires ». « Je n'ai pas le temps de suivre les politiciens ». « Je ne les fréquente pas ».

La perception que les adhérents ont des politiciens est bien résumée par les propos suivants : « les politiciens n'ont pas parlé de la mutuelle durant la campagne. Elle ne fait pas partie de leurs préoccupations. Ils s'intéressent aux biens matériels et refusent de nous aider en cas de maladie. Ils préfèrent que les griots chantent leurs louanges. Je ne fais pas de la politique parce que je ne veux pas décevoir les gens en leur promettant des choses que je ne ferai pas. Après les campagnes, on peut rester des années sans voir les dirigeants politiques ».

Quelques adhérents ont affirmé faire la politique pour aider les gens à travers la mutuelle. Quelqu'un a affirmé que le Président de la Communauté Rurale a parlé de la Mutuelle lors des élections locales.

Relations avec les leaders communautaires

La plupart des adhérents ont affirmé que les leaders communautaires ne sont pas impliqués dans la mutuelle. Ils ne participent pas non plus au fonctionnement de la mutuelle.

Cependant, certains d'entre eux ont adhéré à la mutuelle et d'autres s'intéressent au fonctionnement de la mutuelle.

Relations avec les prestataires

La plupart des adhérents pensent que leur rapport avec les prestataires n'ont pas changé avec leur adhésion à la mutuelle : « *on vous soigne au même titre que ceux qui ne sont pas dans la mutuelle* ». « *Vous recevez les mêmes soins* ».

Cependant, les adhérents disent apprécier les services offerts par l'hôpital Saint Jean de Dieu. L'accès aux structures de soins est plus facile avec la mutuelle.

4.4.1.7. Relations entre la mutuelle et les autres associations

Ressemblances et différences

Pour les adhérents, la mutuelle et les associations se ressemblent sur deux points principalement :

- Elles sont toutes des regroupements de personnes qui fonctionnent sur la base du principe de la solidarité et d'entraide et des règles de fonctionnement (sanction en cas de manquements);
- Leurs modes de fonctionnement sont similaires : on cotise selon une périodicité pour pouvoir bénéficier des services offerts

Elles ont de nombreuses différences :

- Les services offerts ne sont pas les mêmes : d'un côté, l'accès aux structures de soins et de l'autre, un appui financier, matériel, humain et culturel ;
- Les critères d'entrée ne sont pas les mêmes : la mutuelle réunit tous les villageois sans différence de sexe, d'âge, d'ethnie, de religion alors que les associations peuvent être plus sélectives (femmes, ethnie, confrérie)
- Le lien social est plus fort dans les associations que dans la mutuelle, ce qui explique que tous les membres d'une même association peuvent facilement se connaître contrairement à la mutuelle : « *dans la mutuelle, les gens n'ont pas besoin d'aller se voir ou de se connaître, la seule aide vient du fait qu'on cotise pour que quelqu'un se soigne* ». « *La mutuelle, c'est toujours l'argent, tandis que dans les associations, tout le monde se regroupe pour discuter, échanger des idées, et verser l'argent à quelqu'un* ».
- La zone d'implantation d'une mutuelle est souvent plus vaste que celle d'une association qui est plutôt locale.

La plupart des participants aux *focus group* partagent certains de ces éléments (forme d'organisation, cotisations, adhésion, services différents). Certains participants ont souligné le caractère libre de l'adhésion aux mutuelles, ce qui n'est pas le cas de certaines associations villageoises comme l'association des utilisateurs du forage. Ils ont aussi attiré l'attention sur le fait que pour certaines associations, le bénéfice des services n'est pas automatique, ce qui n'est pas le cas de la mutuelle si l'adhérent est en règle.

Liens entre la mutuelle et les autres associations

Pour les adhérents, la mutuelle n'a pas de liens avec les associations. Cependant certains pensent que le lien est souhaitable dans le sens d'une entraide entre les deux organisations : « *la mutuelle*

et le dahira peuvent s'aider mutuellement ». Par ailleurs, le cas d'une mutuelle a été cité comme un exemple de relations. Dans cette mutuelle, les responsables des associations de la zone d'implantation siègent dans le bureau de la mutuelle. Les participantes au *focus group* du groupement féminin ont aussi souligné le lien qui existe entre leur groupement et la mutuelle, du fait qu'on retrouve certaines dirigeantes dans les deux structures.

Liens en termes de taux et modalités d'adhésion

Tous les adhérents reconnaissent le fait que le taux d'adhésion dans les associations est nettement plus élevé que celui de la mutuelle pour différentes raisons :

- Les populations ignorent l'intérêt de la mutuelle : « si les gens avaient assez d'informations sur la mutuelle de la même manière qu'ils en ont sur les dahiras, les ASC, les mbotaye et autres regroupements, ils auraient adhéré en masse à la mutuelle ».
- La faible implantation de la mutuelle dans les villages
- Le faible intérêt que les populations manifestent vis-à-vis de la mutuelle : « je pense que les gens ne sont pas intéressés par les Mutuelles, c'est pourquoi il y a plus d'associations que de mutuelles ».
- Les dysfonctionnements de la mutuelle qui entraînent des démissions de membres
- La nature des services offerts : « les tontines offrent de l'argent et avec la mutuelle vous n'êtes pas sûr de bénéficier des prestations. »

Importance de la mutuelle

Pour la plupart des adhérents, non-adhérents et ex-adhérents interviewés, la mutuelle est, de loin, plus importante que les autres associations du fait qu'elle garantit et facilite l'accès aux soins de santé et « *la santé n'a pas de prix* ». Ce point de vue est aussi évoqué par les participants aux *focus group*.

Certains adhérents donnent la primauté à d'autres associations comme :

- Le Comité de gestion du forage
- Le *dahira* des femmes qui organise les pèlerinages dans les foyers confrériques ;
- La *tontine* qui permet de faire une épargne qui peut être utilisée pour faire face aux problèmes de santé, de denrées alimentaires et pour investir dans le commerce.

Les associations existantes

Les adhérents ont cité différents types d'associations et ont décrit leur mode de fonctionnement :

- Le regroupement de chauffeurs : achat carte d'adhésion, versement de cotisation journalière et divers services offerts, assistance en cas de maladie de l'adhérent, en cas de décès d'un proche parent, appui pour la *Tabaski*, à l'occasion de cérémonies familiales ; assistance en cas d'accident de la circulation et en cas de contentieux judiciaires,
- Le *dahira* : droit d'adhésion, cotisations ponctuelles dont le montant est déterminé, prise en charge lors des manifestations.
- Le fonds d'aide : cotisations modulées selon le statut (fonctionnaires et autres), appui ponctuel aux démunis ;
- La *tontine* : droits d'adhésion, cotisation régulière, prêts aux membres selon les ressources disponibles
- La mutuelle de crédits : droit d'adhésion, prêts aux membres avec remboursement selon un taux d'intérêt
- L'association de femmes « mbotaye » : cotisation, prêts à une seule personne et selon le principe de la rotation

Impact de la mutuelle

Les adhérents ont cité certains éléments qu'ils considèrent comme relevant de l'impact de la mutuelle.

D'abord au niveau de la santé, la mutuelle a permis l'apparition de deux nouveautés :

- Il est plus facile d'accéder aux soins de santé et les soins sont meilleurs avec l'implication de l'hôpital et des centres de santé : « *le traitement est meilleur, les soins se sont améliorés, on nous traite bien et on paye moins* ». « *Les membres peuvent aller se faire consulter à chaque fois qu'ils ne se sentent pas bien* ».

- L'utilisation des services de santé est plus fréquente d'où une meilleure santé des enfants (recul du paludisme et des maladies diarrhéiques)

Ensuite, la mutuelle a eu d'autres impacts :

- Elle a permis aux adhérents d'alléger le coût financier de la prise en charge financière : « *les coûts liés aux soins se sont bien amoindris* ».

- Elle a accru l'autonomie des femmes quant au recours aux structures de santé en cas de maladie de leurs enfants : « *quand on a adhéré à la mutuelle, le seul geste qu'on fait est de prendre le carnet pour se faire soigner* »

Les participants de deux *focus group* ont insisté sur le fait que l'existence de la mutuelle a facilité l'organisation de la solidarité communautaire autour d'un objectif commun. Elle a aussi facilité l'échange d'idée sans discrimination entre les membres.

Priorités des familles

Pour les non-adhérents, la santé fait partie des priorités du ménage. C'est en étant en bonne santé que l'on peut travailler et chercher de quoi vivre.

4.4.2. Entretiens libres avec les acteurs

4.4.2.1. La question de l'adhésion chez les adhérents

Motifs d'adhésion

Les acteurs ont fréquemment prôné l'adhésion à la mutuelle pour ses avantages en termes de santé, d'argent, de gestion du risque et de solidarité :

S5 : Si on pouvait expliquer aux gens que c'est une sorte de solidarité ... parce que si tu te mets en tête que tu cotises pour la personne aujourd'hui, demain la personne va cotiser pour toi. Moi l'exemple que je donne, je dis que chaque année, pour ceux qui ont des voitures, ils assurent leur voiture, mais pourtant ils ne souhaitent pas avoir un accident, n'est-ce pas ? Et pourtant chaque année, tu paies l'assurance pour au cas où il y aurait accident. Mais c'est la même chose pour la mutuelle. Tu donnes, pour demain. Parce que la maladie, ça ne se programme pas. Elle peut te surprendre à un moment où tu n'as pas les moyens... Donc ce serait bien d'éveiller les gens pour qu'ils sachent que cet argent que tu donnes, même si tu ne tombes pas malade, il y a une personne qui en profite pour que demain si ça t'arrive aussi, la personne cotise pour toi. Si on en revient à expliquer ça aux gens, ça serait une bonne chose.

S6 : Enfin, ce que je puis dire, c'est que j'ai confiance que si on continue dans la même lancée, les mutuelles seront incontournables par rapport au système de santé. Parce que la difficulté que nous avons avec les populations, c'est d'avoir le réflexe de venir consulter aux premiers instants. Pourquoi ? Parce qu'à cet instant, il n'y avait pas la possibilité de payer le ticket. Ça pose un grand handicap. Maintenant on leur dit que si vous intégrez les mutuelles, ce problème est levé. Vous n'avez plus ce souci « où je vais prendre l'argent pour payer le ticket ? ». Avec votre carte d'adhérent, vous vous présentez et vous êtes pris en compte.

S7 : il m'arrive dès fois, lorsque j'ai un patient, de lui faire la comparaison en lui disant que « si tu étais membre d'une mutuelle, tu aurais payé 400F au lieu de 1000F. Et si l'ordonnance est de 2000, tu n'allais payer que 800F au lieu de 2000F. Donc tu vois le bénéfice ».

Motifs de non adhésion

Certains acteurs pensent que la population sous-estime l'importance des soins allopathiques, empêchant de ce fait les gens de s'inscrire dans la mutuelle.

S18: Le processus de conscientisation des populations risque d'être très long parce que la santé n'occupe pas la place qu'elle devrait. Les gens font recours à la médecine traditionnelle en premier lieu. Ensuite il y a l'automédication...

Les questions concernant les difficultés financières divisent les acteurs. Certains ne pensent pas que la pauvreté soit la première cause du faible taux d'inscription dans la mutuelle.

S18: Parce que c'est très facile de prétexter le manque d'argent mais je pense qu'au Sénégal tout le monde pourrait trouver 100f par mois. Ce n'est rien du tout...

S7: Dès fois, tu vois quelqu'un qui a les moyens mais qui ne s'occupe pas trop de sa santé... même malgré leurs moyens, ils ne se soucient pas d'adhérer à la mutuelle...

S22 : La pauvreté est également un facteur. Mais de mon point de vue, c'est un manque d'organisation. Au lieu de lui demander de cotiser chaque mois, il faut attendre la fin des récoltes. Au lieu de lui demander de l'argent, on pourrait prendre le nombre de kilos qui équivaut à la cotisation.

Soppante couvre une vaste zone géographique. Du point de vue de la population-cible, les dirigeants de la mutuelle étaient essentiellement étrangers, entraînant de ce fait un manque de confiance. Cela a été cité comme autre raison des faibles taux de cotisation:

S3: certains aussi avec la mutuelle n'ont pas confiance à confier leur argent comme ça à quelqu'un qu'ils ne connaissent pas... ils ne connaissent pas (le trésorier)...

Un acteur a décrit des barrières culturelles :

S22 : ...quand on est malade, culturellement parlant, on pense que c'est l'autre qui doit nous soigner. Quand mon oncle est malade, il pense que c'est moi qui dois l'amener à l'hôpital et payer son ordonnance. C'est comme ça. L'autre aspect culturel, c'est qu'on pense qu'on ne tombe jamais malade. Et les gens pensent que la santé doit être gratuite.

Cet acteur a laissé entendre que les gens préféreraient se fier à leur foi, plutôt qu'à l'assurance, pour les protéger contre les risques de maladie :

S5 : Mais les gens parlent de foi. La foi, ce n'est pas aller à l'Eglise, c'est un comportement quotidien.

4.4.2.2. La question de l'adhésion chez les ex-adhérents

Motifs de retrait de la mutuelle

Des acteurs ont suggéré que quelques membres ont quitté la mutuelle parce qu'ils n'ont pas assez de contacts solides avec les gestionnaires :

S13: lorsque les gens mettent leur argent quelque part, ils aimeraient bien être associés à la gestion, sinon ils restent sceptiques. Ce n'était pas le cas au début et des membres sont partis à cause de ça...

D'autres estiment que c'est la prime qui est devenue trop élevée lors qu'ils l'ont augmentée à 200F:

S12: Au tout début, tout le monde en faisait partie. Je crois qu'à l'époque les cotisations étaient de 100 francs par mois. Mais quand elles sont passées à 200 francs, beaucoup de gens se sont retirés...

Le système de collecte des primes de Soppante est relativement formel et rigide concernant les défauts de paiement contrairement aux autres types d'associations (cf. ci-dessous). Ceci a également occasionné certains départs de la mutuelle.

S13. la mutuelle ne vous couvrirait plus tant que vous aviez des dettes envers elle... Les gens se retiraient lorsqu'ils n'étaient plus à même de solder leurs arriérés... Si nous savions cela depuis le début, nous aurions fait autrement. Nous aurions pu éclater les carnets, souscrire des abonnements séparés pour ceux qui pouvaient payer leurs cotisations par exemple...

4.4.2.3. La question de la participation

La participation est considérée comme un outil-clé pour accroître la confiance dans la mutuelle :

S8... Par contre nous étions en train d'avancer significativement... nous organisons assez souvent des assemblées générales d'information pour que les populations soient mises au courant de la progression de l'expérience, des sommes collectées, ... dans le but de gagner leur confiance.

Soppante a tenu une assemblée générale l'année précédant l'enquête, mais la participation a été jugée faible par les acteurs :

Enquêteur : Combien de gens qui viennent (à l'Assemblée Générale) ?

S3: C'est pas beaucoup. Quand on convoque, c'est en général une vingtaine, trentaine, ...

Enquêteur : Est-ce que vous êtes satisfait avec ça ? Comment ça marche ?

S3 : Non, non, non. Plus ou moins, hein. On voulait, on souhaiterait que le nombre d'adhérents augmente.

4.4.2.4. Mode de fonctionnement de la mutuelle de santé

La gestion de la mutuelle de santé

Les dirigeants de la mutuelle étaient généralement tenus en haute estime par ceux qui les connaissaient. Historiquement, le trésorier a été élu pour ce poste dans la mutuelle de Fandène en raison de sa bonne réputation dans la communauté :

S20: A Fandène, il y a des clichés sur les gens à qui on fait confiance. La communauté à laquelle on fait confiance, se trouve au village de Mbayen... Ils ont un avantage social que les gens leurs accordent. C'est ça qui fait que la confiance est renouvelée sur (le trésorier).

Fandène faisant partie intégrante de la zone de couverture de Soppante, le trésorier de la mutuelle de Fandène est ensuite devenu le trésorier de Soppante. Toutefois, Soppante couvre une zone géographique beaucoup plus vaste que la mutuelle de Fandène. Les membres de Soppante dans les autres districts ne connaissant pas le trésorier, dans un premier temps, la population ne l'a pas jugé comme digne de confiance et les taux de cotisation sont restés faibles.

Réalisant cela, le président et le trésorier se sont engagés dans une campagne intensive de sensibilisation et de mobilisation durant laquelle ils ont établi la mutuelle, visitant régulièrement les zones cibles. Cependant, après cette période initiale de promotion, les gestionnaires n'ont pas été en mesure de maintenir une source de revenus pour financer les déplacements réguliers au sein de la population-cible.

L'organisation de la mutuelle

La gestion de Soppante a été décentralisée en vue d'accroître les liens entre la population et les gestionnaires afin de renforcer la confiance.

S13. ...C'est après mûre réflexion qu'il a été décidé de décentraliser la gestion vers la base. Le trésorier et le Président en étaient les gestionnaires à l'époque. Nous étions obligés de les solliciter quand nous avions des problèmes sur place. C'est ainsi que nous sommes arrivés à une décentralisation.

S8 ... C'est avec le système décentralisé que nous avons trouvé la solution de la représentativité de la mutuelle. Nous avons décentralisé la mutuelle. Nous sommes passés de 4 à 8 zones.

Cependant, la décentralisation de la gestion ne se traduit pas automatiquement par une confiance accrue. Un responsable local a déclaré avoir le sentiment de ne pas avoir acquis la confiance de la population locale :

S13 : C'est difficile de gérer les finances de gens qui pensent toujours à mal et qui ne manquent pas d'exprimer leurs doutes quant à l'intégrité des gestionnaires.

Par ailleurs, le personnel local n'est pas toujours fiable, en partie parce qu'il n'est pas rémunéré :

S15 : Les habitants sont souvent en retard de cotisations parce que, disent-ils, la gérante de zone ne fait plus le déplacement pour récupérer leur argent... Après elle m'a expliqué par la suite que le travail qu'elle faisait était bénévole et qu'elle n'avait plus le temps...

S17 : ...c'est une mutuelle qui a des défis. La première difficulté c'est qu'elle est victime de sa taille dans un système de bénévolat. Quand une mutuelle est aussi large, elle demande une administration assez forte et rémunérée.

Il y a eu également des problèmes de corruption parmi les responsables des zones décentralisées :

S13 : Je l'ai personnellement convoqué pour lui signifier que nous ne pouvions plus continuer à faire face aux désagréments liés aux manquants de sommes dans la caisse ou au non-paiement des prestations auprès des structures de santé.

S8 : Nous mettions une grande confiance en ces femmes mais elles nous ont déçues. Elles ont détourné tout l'argent.

Ces problèmes signifient que la décentralisation n'a pas pu être complète et que la direction conserve beaucoup de contrôle central. Le manque de décentralisation complète est vu par plusieurs acteurs comme l'une des principales faiblesses du Soppante :

S17 : (Une des difficultés) est liée à la fonctionnalité de ses instances. Elle repose sur les épaules de deux personnes, malheureusement.

S20 : S'ils veulent réussir avec Soppante, il faut éclater, c'est-à-dire, considérer les zones comme des mutuelles en réseau. Que les représentants des villages ne dépendent plus de X (le trésorier). Qu'ils essayent de gérer de manière autonome leur mutuelle tout en ayant des services communs.

Toutefois, la décentralisation a également eu quelques résultats positifs. Par exemple, les présidents locaux se sont réunis régulièrement au niveau central, créant de nouveaux liens et échangeant des informations :

S13 : Nous nous sommes réunis à Thiès avec les responsables des autres zones pour mettre sur pied un programme. Chaque zone avait sa journée et c'était l'occasion pour les responsables des autres zones de s'y rendre pour partager des expériences ou exposer des difficultés. A vrai dire, les choses se passent plutôt bien en ce moment.

Appréciation de l'avenir de la mutuelle

Un acteur pensait que la mutuelle de santé peut améliorer l'accès aux soins de santé (de même que leurs revenus) en fournissant des soins. Cependant, il a estimé que cette idée était peu soutenue par les bailleurs de fonds :

S1 : J'ai vu qu'il y avait des structures d'appui qui sont foncièrement contre cette idée. C'est-à-dire de mettre en place des cabinets dentaires gérés par une union pour pouvoir s'autonomiser. Proposer leur propre offre de soins... S'il n'y a pas de structures d'appui pour aider un peu, est-ce que les unions pourraient faire une telle chose ? Est-ce que les mutuelles peuvent s'organiser et créer leur propre offre même si c'est une activité génératrice de revenus ?

Un acteur a prôné l'implication de la mutuelle dans les soins préventifs, partiellement afin d'étendre les soins couverts, mais également pour éviter que des adhérents payent sans bénéficier des services de la mutuelle :

S6 : Donc si une mutuelle accompagne la femme, de sorte que son enfant puisse être vacciné, c'est une activité préventive et promotionnelle. Donc ça c'est une orientation, une approche que les mutuelles commencent à avoir par rapport aux thèmes de santé. Donc là ça fait vraiment que beaucoup intègrent les mutuelles actuellement parce que si vous entrez dans une mutuelle de santé, vous ne tombez pas malade, vous dites je ne bénéficie pas de cette mutuelle, alors que l'esprit ce n'est pas toujours bénéficiaire de la mutuelle, parce qu'une mutuelle c'est la solidarité. L'esprit de la mutuelle c'est de créer une certaine solidarité à travers ses membres... Maintenant ça pose problème pour certains : je cotise, je ne bénéficie pas. Maintenant s'il y a des activités professionnelles, tout le monde peut bénéficier.

Un autre acteur était lui contre cette idée. A la question suivante :

Enquêteur : On a entendu dire que si quelqu'un qui cotise ne tombe pas malade, il ne bénéficie pas de la mutuelle. Si la mutuelle faisait des activités de prévention, ces personnes en bénéficieraient. Qu'en pensez-vous ?

L'acteur a répondu : « vous savez là, on entre dans une logique qui n'est pas mutualiste. C'est une logique dans laquelle chacun doit gagner. Alors qu'on parle de solidarité verticale ou horizontale. Dans cette logique, personne n'aurait aimé bénéficier des services de la mutuelle. Mais si on a la possibilité, j'aurais promu la prévention pour éviter les maladies. Mais pas pour récompenser parce qu'on a cotisé. La mutuelle doit miser sur le marketing qui consiste à offrir aux adhérents des services selon leurs attentes. La prévention n'a jamais préoccupé les populations. Quand vous allez en AG, vous n'entendrez jamais les gens vous dire : « prenez en charge des moustiquaires ». Vous entendrez parler de prise en charge des médicaments, des déplacements pour l'hôpital, etc. »

Comportement des individus dans la mutuelle

Connexion, confiance et transmission

Quelques prestataires ont noté que certains membres de la mutuelle ont triché afin de profiter des services de la mutuelle sans payer de cotisation :

S15: Certains mutualistes laissent délibérément leur carnet à la maison lorsqu'ils sont en retard de cotisations... Ces personnes bénéficiaient alors de prise en charge alors qu'elles étaient restées parfois plus de 3 mois sans cotiser.

Comportement des individus entre eux

Confiance et connexion

Quelques acteurs pensent qu'il existe un niveau élevé de solidarité dans les zones rurales, surtout lorsque quelqu'un tombe malade. Cette solidarité a été considérée comme une fondation sur laquelle on peut développer les mutuelles :

S20: En milieu rural, quand quelqu'un est malade tout le monde le sent. Les gens passent tous les jours pour prendre ses nouvelles... La santé se construit autour du lien social. Ça peut marcher.

Toutefois, d'autres personnes interrogées s'inquiétaient de la baisse de solidarité et de l'augmentation de la malhonnêteté en zone rurale, un phénomène nouveau encouragé par la pauvreté.

S15: Il y a aussi des gens qui sont malhonnêtes et des gens qui ne pensent qu'à eux.

Enquêteur: Même dans le cadre d'associations villageoises ?

S15: Oui, même au village ! Ce n'était pas vraiment le cas auparavant... C'est la pauvreté qui pousse les gens à être malhonnêtes.

S12: Nous avons aussi l'habitude de faire du maraîchage mais nous n'en n'avons plus la force, ni le temps. Maintenant chacun travaille individuellement...

Cette baisse de la solidarité a été considérée comme potentiellement restrictive pour le développement de la mutuelle.

Relations entre la mutuelle et les prestataires de soins

Les soins de santé primaire (poste de santé) :

Certains prestataires de soins primaires ont déclaré se sentir étroitement impliqués dans la mutuelle et être satisfaits de leur relation avec la direction :

S14: J'assiste en tant que membre mais aussi en tant que technicien aux réunions de la mutuelle. Souvent, ils me demandaient si j'avais des suggestions, en tout cas ils tenaient compte de mon avis... Les gérants de la mutuelle étaient très disponibles et faisaient beaucoup de formation, ils étaient très compétents et respectaient le contrat en aysant régulièrement les factures.

Les bonnes relations entre la mutuelle et les prestataires ont été extrêmement bénéfiques pour la mutuelle. Par exemple, une bonne relation peut potentiellement conduire à une augmentation du taux

de cotisation dans la mutuelle puisque le prestataire est prêt à promouvoir la mutuelle auprès de ses patients. Un infirmier chef de poste (ICP) a déclaré :

S7 : « ... j'ai confiance vraiment en lui (le trésorier de Soppante). Même les propositions que je fais souvent aux malades, les exemples que j'ai donnés, c'est lui qui m'avait conseillé ça. Par exemple faire la comparaison entre ce qu'il devrait payer s'il était membre de la mutuelle et s'il ne l'était pas. Il me donne souvent des conseils hein ! »

Une bonne relation peut également favoriser un certain degré de flexibilité dans le système de facturation qui signifie que des retards de paiement de la mutuelle ont été tolérés. Ceci est crucial car les membres de la mutuelle pouvaient continuer à payer le taux réduit, même si la mutuelle avait une dette auprès du prestataire. Le même ICP a déclaré :

S7 : « moi je fais le traitement à crédit. Les 60% je ne leur réclame pas ça immédiatement. C'est à la fin du mois. Mais il peut y avoir un certain retard... Mais moi ce que je peux tolérer, d'autres peuvent ne pas le tolérer. Ils te disent que immédiatement, à telle date, soit tu verses, soit tu pars et tout adhérent qui vient ne sera pas pris en charge ».

Cependant, il est probable que les prestataires en fassent davantage pour promouvoir la mutuelle :

S7 : « Si je faisais des causeries, des mobilisations sociales, ça peut changer avec la population. A chaque fois je me prépare à ça mais je ne ... (rire) ... je renvoie ces activités aux calendes grecques, jusqu'à ce que j'oublie. Mais ça devrait faire partie de mes activités. Je pourrais quand même ... avec l'appui du responsable et du chef de village, faire un plaidoyer, leur montrer la chance qu'ils ont par rapport à la mutuelle ».

Cependant, tous les prestataires n'ont pas décrit de telles relations avec Soppante :

S11: Par rapport au management de la mutuelle, moi je pense que ça reste du fait qu'on devrait avoir une perception plus approfondie de la mutuelle par rapport aux prestataires on devrait nous donner plus d'informations par rapport à la mutuelle, son fonctionnement, ses membres, son histoire....

S11: Nos supérieurs nous demandent d'inviter la population à adhérer à la mutuelle et de participer aux activités de la mutuelle. Mais il se trouve que la mutuelle ne nous implique pas.

Les soins de santé secondaires (hôpitaux) :

Soppante et d'autres MS ont des liens étroits avec l'hôpital catholique grâce aux origines catholiques du mouvement à Thiès:

S17: ... c'est un mariage de cœur entre les mutuelles de Thiès et Saint Jean de Dieu.

Toutefois, un acteur a souligné que la dépendance à l'égard de l'hôpital est inefficace pour la mutuelle:

S17 : ...lors d'une réunion qu'on a eue avec la mutuelle Soppante et Faggaru, je leur ai dit que je ne pouvais pas comprendre que les mutuelles continuent à maintenir une convention avec Saint Jean de Dieu qui a des tarifs extrêmement chers... C'est vrai que c'est un hôpital qui a des services de qualité, que les gens aiment bien, mais est-ce que la mutuelle a assez de moyens pour continuer à orienter ses gens vers cette structure ? C'est ça la grande question...

S17: Il y a un autre problème qui est général pour toutes les mutuelles de Thiès... les mutuelles ont juste dans la réalité deux niveaux de prestation : les postes de santé et l'hôpital. Ils sautent un niveau qui concerne les centres de santé. Je ne sais pas si c'est un problème mais, ce qui est constant, c'est qu'il n'y a pas beaucoup de mutuelles qui ont signé des conventions avec les centres.

Il y a également eu des conflits concernant la facturation entre Soppante et l'hôpital privé. Ceux-ci ont eu pour résultats le refus du tarif préférentiel pour les adhérents de la mutuelle :

S7: Il y avait des incompréhensions entre la mutuelle et un des hôpitaux. Je ne sais plus lequel ... Saint Jean de Dieu. Durant cette incompréhension, il y avait certains adhérents qui n'étaient pas pris en charge, malgré leur régularité. Ça les a frustrés. Ça aussi, ça a contribué, d'après ce que j'ai compris, à un certain préjugé au niveau de la mutuelle.

Cet incident a été cité par les dirigeants de la mutuelle comme motif, pour de nombreux membres, pour cesser de verser leurs cotisations.

Les conventions

A Thiès, par l'intermédiaire de leur organe de coordination (voir ci-dessous), les mutuelles ont signé des conventions avec l'hôpital privé. Un acteur décrit les défis rencontrés :

S18: Il y a un peu de suspicion. Le personnel de santé se demande si les mutuelles de santé vont payer, ils ont des doutes sur la solvabilité de la mutuelle. Ils demandent des cautions ici et là.

S18: Les médecins-chefs de district ne veulent pas trop signer les conventions parce que c'est un personnel qui bouge beaucoup, donc leur problème c'est que des fois ils veulent signer, ils signent, quand ce médecin quitte, l'autre qui revient, pour le faire signer, c'est un autre problème et il faut aller le voir.

Cependant, le développement des relations personnelles avec les gestionnaires de l'hôpital a facilité le processus de contractualisation. Certains sont devenus des partisans qui ont convaincu la direction des bénéficiaires des mutuelles. Un administrateur de l'hôpital a expliqué :

S4: à force... d'aller dans les réunions, de faire les séminaires... parce qu'ils m'invitaient souvent à venir aux séminaires. Je participais, je faisais les débats, on discutait, alors lorsque je suis venu ici, les réunions, j'en parlais. Je disais au Directeur (de l'hôpital) "les mutuelles là il faut les intégrer". Alors finalement il m'appelait "monsieur le mutualiste" !

Relations avec les comités de santé

Initialement les comités de santé n'étaient pas favorables aux mutuelles, mais cela a changé au fil du temps lorsque les avantages sont devenus évidents (par exemple l'utilisation accrue des soins de santé):

S2: Au départ, ces problèmes existaient parce que les gens qui géraient les comités de santé n'aimaient pas qu'on regarde ce qu'ils faisaient. Ce n'était pas une gestion transparente. C'est un comité qui gère l'argent du poste de santé, donc il pense que la mutuelle est là pour le contrôler. Ce qui effectivement est possible à partir de la mutuelle. C'est pour cela qu'il y a des problèmes. Quand ils ont vu qu'ils ont beaucoup à gagner avec la mutuelle, ils ont commencé à collaborer.

Relations entre la mutuelle et les autres associations

Ressemblances et différences

La mutuelle était perçue comme étant similaire aux autres associations car elles se basent toutes sur la solidarité. L'existence d'un niveau élevé d'appartenance aux associations et de solidarité au sein de la communauté ont été vues par les acteurs comme une « passerelle » pour le développement de la mutuelle :

S19: Car au Sénégal il y a un très fort réseau de solidarité... Les tontines, dahiras et autres associations de toute sorte sont autant de portes d'entrée pour le développement du mouvement mutualiste et permettre aux populations de se soigner correctement.

Cependant, certains acteurs pensent que quelques associations ont une structure sociale différente des mutuelles et ne peuvent donc pas être considérées comme « passerelle »:

S2: Il est très difficile d'organiser une mutuelle des transporteurs parce que traditionnellement ce sont des gens qui n'ont pas une culture organisationnelle. C'est pourquoi une mutuelle avec eux ne marche jamais. Il n'y a pas de tissu social.

Il y avait aussi la conviction que certaines associations (dans ce cas, des tontines) représentent des valeurs qui sont contraires à celles des mutuelles. Par exemple, économiser pour acheter des biens matériels plutôt qu'investir dans la santé :

S3: Parce qu'avant de pouvoir se déplacer pour acheter des meubles, d'abord c'est être en bonne santé. Si tu n'es pas en bonne santé tu ne penses même pas à ça. Mais elles ne voient pas tout ça.

Le mécanisme de paiement des cotisations dans les associations a été perçu comme plus informel et plus solidaire que le mécanisme existant dans la mutuelle:

S10: On remarque que dans les dahiras il y a une solidarité entre les membres. Si un membre est confronté à un problème de revenus pour sa survie on prend une certaine somme dans la caisse pour l'aider. Par contre pour la mutuelle tu ne peux en bénéficier que lorsque vous voulez vous soigner là vous présentez votre carnet.

S12: Dans les dahiras les gens donnent ce qu'ils peuvent. Pour la mutuelle, les cotisations sont obligatoires.

Une autre différence majeure provient du fait qu'il n'y a pas de retour sur investissement garanti dans la mutuelle contrairement aux autres associations :

S18: Dans la tontine ou le groupement féminin on est sûr qu'un jour ou l'autre ce sera notre tour, on prendra tout l'argent et ce sera à nous. Le bénéficiaire est direct. Ce n'est pas la même chose avec la mutuelle où on peut cotiser pendant 1 an ou 2 sans en avoir besoin. C'est donc normal que les tontines ou groupements soient plus développés.

S3: quand ils donnent ça aux dahiras, ils disent qu'ils n'ont pas perdu ça parce qu'ils ont donné ça et le marabout va utiliser ça en faisant des écoles coraniques. Donc c'est un bien ... parce qu'ils croient au paradis... Donc ils croient que tout ça, ce sont des gestes qu'ils vont récupérer dans l'au-delà.

Liens entre la mutuelle et les autres associations

Soppante s'est développée grâce à l'importante vie associative dans le village de Fandène :

S2: Il y a eu ce rassemblement autour de l'Eglise. Tous les dimanches au sortir de la messe, on se retrouvait pour se réunir. Mais avant cela, Fandène est une zone qui traditionnellement a hérité d'une organisation de génération. C'est à partir de ces générations qu'on avait commencé à avoir des organisations villageoises.

Cependant, Soppante n'a pas systématiquement utilisé les associations ou les leaders locaux de la population-cible afin d'augmenter les adhésions (c'est-à-dire qu'ils soient les passerelles). Par exemple, un leader d'un important Groupement de Femme (80 femmes) était membre de la mutuelle, mais ne jouait aucun rôle en son sein :

S12: A part les rares discussions que nous avons entre nous sur l'utilité de la mutuelle... je ne m'entretiens avec personne d'autre sur la mutuelle.

Relations entre les mutuelles

Les acteurs ont mentionné plusieurs types de relations entre les mutuelles :

Fragmentation

On notera la relation particulière qu'entretient Soppante avec sa mutuelle « parente ». La première mutuelle sénégalaise serait née dans le district de Fandène en 1989. A ce jour, la Mutuelle de Fandène continue de prospérer. Il s'agit d'une mutuelle chrétienne, initiée et soutenue financièrement par l'Eglise catholique locale. Soppante a également été créée à Fandène par deux leaders de la mutuelle chrétienne. Ceux-ci avaient pour objectif d'étendre la couverture de la mutuelle en intégrant des personnes d'autres ethnies, d'autres religions. Cependant, au sein de la majorité de chrétiens et de Sérères, certains hésitaient à élargir la mutuelle. C'est ainsi qu'ils fondèrent la mutuelle de « Soppante » :

S8: nous avons pensé intégrer les populations des villages environnants depuis que nous étions à la mutuelle de Fandène. Soppante n'était pas encore née. Notre vision d'ouverture et d'élargissement n'était pas partagée. Nous avons compris que dans une mutuelle il ne doit pas y avoir de discrimination de religion, d'ethnie ou de race. Nous étions convaincus que nous pouvions honorer beaucoup plus de prestations si nous avions plus de membres. Nos adhérents avaient une autre opinion. La mutuelle à laquelle ils appartenaient fonctionnait assez bien depuis des années et le fait de l'ouvrir à d'autres n'allait rien leur apporter... Certains adhérents se disaient que les peuls allaient nécessiter beaucoup de dépenses, qu'ils iraient à l'hôpital souvent suite à leurs nombreux conflits et que ce serait à la mutuelle de les prendre en charge. Il y avait constamment ce genre de polémiques, d'où leur refus de les intégrer.

Soppante était considérée comme un succès et a attiré l'attention des acteurs du mouvement mutualiste. Les dirigeants pensent que cette situation a engendré de la jalousie et, finalement, leur démission de leur responsabilité dans la mutuelle parente :

S8: Nous recevions à cette époque beaucoup de visiteurs qui s'intéressaient à notre expérience de la mutuelle de santé. Nous en étions les responsables et donc ils s'adressaient à nous. Ils venaient dans de belles voitures et se dirigeaient tout de suite vers nous. Cela nous a valu la jalousie de certaines personnes qui pensaient que (nous) aurions pu utiliser la mutuelle pour une réussite personnelle. Ce sont là autant de différends qui ont mené à notre éviction du conseil d'administration.

Les membres de la mutuelle de Fandène ont été contraints de choisir : ceux qui avaient des liens sociaux et familiaux avec les gestionnaires de Soppante ont eu tendance à les suivre dans la nouvelle MS :

S16: Les gens restent libres de leurs choix. Nous ne forçons la main à personne. Souvent il s'agit des parents proches des initiateurs qui sont partis.

Coordination

Bien que Soppante ait été créée dans un contexte de conflit, elle fait maintenant partie d'un vaste mouvement mutualiste dans la région de Thiès. Les gestionnaires de Soppante sont à l'origine de la coordination des mutuelles de Thiès. Cependant, cette coordination est entrée en conflits avec l'Eglise catholique qui tentait également de fonder un organe de coordination des mutuelles à Thiès.

S8: La CARITAS est arrivée à monter une coordination (des mutuelles) du Diocèse. Des Eglises de Thiès. Du diocèse. Il y a eu un moment où il y a eu 2 coordinations ici. On était à côté, eux ils étaient là-bas. Il y avait beaucoup de mutuelles qui ont adhéré là-bas puis adhéré ici. Presque toutes les mutuelles paroissiales, des Eglises quoi, avaient adhéré là-bas et ici. Mais au fil des années, eux, ils n'ont plus de coordination car ils n'avaient pas de vision, pas d'objectif...C'est le ministère qui était venu mettre en place les coordinations. Ce jour-là, eux étaient là-bas et nous on était là-bas. On s'est présenté pour être candidat pour l'élection de la coordination du ministère. ON A GAGNE!

La Coordination de Thiès organise des réunions régulières pour toutes les mutuelles de la région. Le but étant de promouvoir la collaboration et la coordination entre elles. Elle est considérée comme un grand succès, de même que comme l'une des plus puissantes au Sénégal:

S2: A Thiès, nous sommes très autonomes, personne ne peut rien nous imposer. Donc nous sommes différents des autres. Par l'union de Dakar, financée par le BIT, qui pouvait en faire ce qu'il voulait.

Un de ses principaux succès est la signature d'une convention avec l'hôpital de district :

S2: Même l'hôpital a vu que son intérêt est de signer une convention avec l'union parce que c'est là où il y a plus de garanti que de signer avec l'union qu'avec les petites mutuelles.

La Coordination de Thiès a l'avantage d'être liée à une organisation qui fournit l'assistance technique aux mutuelles, le GRAIM (Groupe de Recherche et d'Appui aux Initiatives Mutualistes). Les deux organisations partagent leur siège et sont gérées par le même personnel, y compris les dirigeants de Soppante. Cette organisation a été contactée par les bailleurs de fonds pour assurer la formation et le suivi des mutuelles à Thiès et plus largement au Sénégal. Un bailleur a expliqué sa relation avec GRAIM:

S17: Le programme a un contrat avec le GRAIM. Les activités d'appui aux mutuelles sont mises en œuvre par le GRAIM... Au lieu d'appuyer la sensibilisation moi personnellement (appui technique et financier bien sûr), je laisse le soin au GRAIM de mener cette activité.

Cependant, alors que la Coordination de Thiès et GRAIM forment une base solide pour ce qui est maintenant connue comme le «mouvement mutualiste» dans la région. Certains acteurs ont également le sentiment que cela a conduit à un certain degré d'exclusion qui menace le développement mutualiste.

S17: Ce qu'il faut éviter, c'est de vous enfermer et d'ignorer votre environnement. Si on le fait, on va tuer les mutuelles. Le développement des mutuelles ne repose pas uniquement sur les mutualistes. Dans la région de Thiès, c'est un grand problème. A Thiès, la gestion des mutuelles, ce sont les mutualistes, le GRAIM alors que pour le développement des mutuelles il y a d'autres acteurs. Nous

avons évoqué tout à l'heure les collectivités locales qui ont un rôle important à jouer. Il y a également l'agence régionale de développement... Un acteur qui est extrêmement important dans la promotion des mutuelles de santé ce sont les autorités médicales... Voilà des acteurs importants, sans compter les autres acteurs de la société civile.

4.4.2.5. Relations entre la mutuelle, les bailleurs et structures d'appui

Relations avec l'Eglise

L'Eglise catholique a facilité le développement des mutuelles à Thiès :

S19: Si le mouvement des mutuelles a atteint ce niveau à Thiès, c'est grâce à l'Eglise... Elle a non seulement amené l'idée mais a aussi facilité la mise en place.

Cependant, le soutien de l'Eglise est également perçu comme étant une contrainte :

S19: Ces mutuelles au sein de l'Eglise étaient assez restrictives, elles étaient réservées aux catholiques... Ce principe est contraire à la philosophie des mutuelles de santé..

S19: ... C'est bien d'initier le mouvement, mais il y a eu un peu trop de paternalisme et de volonté de s'accaparer du mouvement de la part de l'Eglise catholique et ça, c'était une erreur.

S20: Laissons les citoyens en dehors de l'Eglise et de qui que ce soit. Ils ont la capacité de s'organiser et de gérer. C'est ça qui motivait mon engagement. Je suis chrétien, mais je n'accepte pas la pratique de l'Eglise qui consiste à mettre la main sur tout.

Relations avec les ONG et bailleurs internationaux

S8: Nous (Soppante) sommes alors entrés en contact avec les responsables d'une organisation, « Niil Jaam », qui englobait toutes les composantes de la communauté rurale et même au-delà. C'était une sorte de fédération de tous les organismes qui existaient dans la communauté rurale de Fandène... Lorsque les problèmes ont commencé avec la mutuelle de Fandène nous nous sommes d'avantage attelés au lancement de cette autre mutuelle avec l'appui de « Niil Jaam ».

Soppante a également été soutenue par de grandes ONG et bailleurs de fonds internationaux :

S2: ENDA avait appuyé les activités des mutuelles. La chance qu'on avait avec ENDA GRAF, c'est son coordonnateur est de Fandène. On avait des personnes ressources éparpillées un peu partout.

S16: ...c'est grâce à ENDA qui a beaucoup soutenu que Soppante est née.

S17: Elle (Soppante) fait partie des mutuelles les plus grandes en termes de taux de pénétration. C'est le résultat des appuis que nous (USAID) avons donnés.

Le soutien des bailleurs a bénéficié non seulement à la mutuelle de Soppante, mais aussi aux dirigeants dont la gestion fut considérée comme très réussie. Il en est résulté de nombreuses sollicitations pour participer à divers ateliers, effectuer un travail rémunéré en tant que formateurs et une large reconnaissance.

S19: Le cas de (le Président) est particulier. C'est ce qu'il connaît, il fait partie des premiers au Sénégal à avoir été formé à la mutualité, depuis 1998. Il connaît parfaitement les mutuelles de santé... une exception comme celui de (le trésorier), et ces deux personnes sont une véritable aubaine pour Soppante. Ils ont réussi à mettre en place une structure qui leur permet de travailler efficacement et de vivre de ça. Ils ont su mettre à profit la formation qu'ils ont reçue. Ils sont partout, ils vont même à Dakar, on fait appel à eux depuis Dakar ou d'autres régions.

La relation entre les donateurs et gérants de Soppante devient mutuellement bénéfique. Les donateurs aident Soppante à se développer, mais les gérants aussi utilisent leur expérience dans le but de former les donateurs et assistants techniques.

S19: Les gérants de Soppante sont les premiers avec qui j'ai travaillé quand j'ai pris fonction au Sénégal. Ce sont les membres de l'équipe du GRAIM et sont aussi les premiers mutualistes... C'était une formation en informatique et toutes les données que nous avons utilisées étaient celles de Soppante, c'est comme cela que je suis arrivé à m'intéresser à cette mutuelle et à sa structuration.

S22 : Fandène avait déjà son modèle et ses outils de gestion. Mais comme à l'époque, l'USAID était en train d'appuyer l'ensemble de la région et il y a toute une théorie sur ça. Donc il y avait un modèle et des outils qui étaient développés et chaque pays l'adaptait. Au Sénégal, il y a eu beaucoup de réunions sur l'adaptation de ces outils avec la contribution de gens de Fandène et d'autres partenaires, le BIT.

Le BIT (ILO) et les partenaires internationaux ont produit un guide pour l'établissement et le développement des mutuelles. Une grande partie du matériel du guide s'est appuyée sur l'expérience de la mutuelle de Fandène :

W20 : Le but du guide c'était de prendre l'expérience de Fandène pour former des gens en vue de créer de nouvelles mutuelles. L'existence de Fandène a permis de comprendre qu'un système de micro finance était possible. L'avantage c'est de permettre aux mutuelles de prendre un certain essor, c'est ce qu'on a vu au début des années '90. L'inconvénient est que le guide était trop dirigiste... Beaucoup d'avantages, c'est vrai, mais il a donné l'image d'une mutuelle trop rigide et qui manque de souplesse. Donc on a vu des mutuelles qui appliquent à la lettre le guide et des structures d'appui aussi. Aujourd'hui ça commence à changer. Les gens ont commencé à dire qu'on veut vraiment autre chose, ça commence à faire réfléchir les gens, à commencer par le ministère de la santé, mais il faut dire que quand il y a un modèle en place c'est un peu difficile de changer.

Un bailleur pense que le guide est responsable de la tendance des mutuelles au Sénégal à s'appuyer sur le volontarisme plutôt que de rémunérer leur personnel et que cela est négatif pour les mutuelles :

W20 : le guide disait que dans une mutuelle, la gestion est bénévole, les gens ont dit « ah la gestion est bénévole » mais c'est la fonction d'élu qui est bénévole, mais la fonction de gestionnaire n'est pas bénévole, rien n'interdit une mutuelle d'avoir des salariés. Ce qui fait que toutes les mutuelles se sont développées avec une base de gestion très faible...

L'approche de certains bailleurs de fonds a été considérée comme trop « top-down » par certains acteurs :

S2: Ils (l'un des bailleurs) ont une vision de caricature des mutuelles. Ils prennent les mutuelles à grande échelle. C'est bien, mais... Ils ont voulu canaliser la mutualité par rapport à leur vision. Ils ont une politique, une vision de la mutualité qui n'est pas la nôtre.

Relations entre la mutuelle et l'état

La relation entre la mutuelle et l'état a changé au fil du temps. Au début des années 1990, il semble qu'il y avait un intérêt considérable pour les mutuelles. Certains acteurs ont déclaré que les politiciens locaux ont essayé de s'approprier le contrôle de Soppante ou de la mutuelle de Fandène dans le but de les utiliser afin de mobiliser le soutien populaire.

S20: Quand il a eu la tentation d'utiliser la mutuelle jusqu'à dire que c'est lui qui a eu l'idée de créer la mutuelle, c'est parce qu'il veut valoriser ça sur le plan politique. Il veut amener des changements et mettre ses hommes puisque la mutuelle mobilise tout Fandène. S'il contrôle la mutuelle c'est un autre outil politique comme l'association pour avoir des voix.

S8: durant nos campagnes de sensibilisation, il y avait d'autres personnes qui passaient derrière nous pour essayer de nous dénigrer. Ils avaient des ambitions politiques et voulaient convaincre les populations qu'ils pouvaient mettre en place une mutuelle au niveau régional ou départemental.

Toutefois, en 2009, les politiciens semblent moins intéressés par le développement de la mutuelle et n'ont pas fourni de soutien matériel.

Enquêteur : Est-ce que vous pensez que les leaders locaux comprennent et soutiennent les mutuelles de santé ?

S22 : Disons, faiblement. Il y a des efforts qui sont faits pour amener les collectivités locales qui ont la compétence santé de développer le mouvement mutualiste en devant des subventions. Nous faisons beaucoup de plaidoyers aujourd'hui.

Les acteurs ont expliqué qu'ils ne pouvaient pas subventionner les mutuelles en partie à cause de leur statut juridique (la loi sur les mutuelles de santé existe depuis 2007 mais la transcription de la

loi n'a pas encore été rédigée), mais également parce que le niveau local des mutuelles ne semble pas être représentatif de la population.

S20: Avec une représentativité de 5%, on ne peut décrocher une subvention. C'est un jeu de nombre. Quand nous aurons une représentativité de 50%, nous devenons incontournables. C'est le premier élément. Le deuxième élément, c'est que nous n'avons pas de personnalité morale et juridique. Nous ne sommes pas reconnus par la loi.

S1: (l'un des bailleurs) ... ils avaient commandé des motos (forme de motivation) pour un appui budgétaire au niveau des mutuelles, mais il y a eu des problèmes administratifs car les mutuelles n'avaient pas une existence juridique assurée. Elles ne pouvaient pas bénéficier des motos car ils n'étaient pas des agents de l'état, etc., finalement il y a eu un détournement de l'appui budgétaire au profit d'autres structures.

Un acteur a expliqué que pour les politiciens locaux il y avait peu de capitalisation politique en soutenant la mutuelle, le profit politique tiré d'un soutien à la mutuelle étant très faible :

S22 : Aujourd'hui, si j'ai été un élu local qui a aidé les populations à avoir une mutuelle de santé, quand les élections arrivent, les gens ne me regarderont pas parce que ce qu'ils veulent c'est quelque chose de visible à savoir une ambulance, un poste de santé.

Un acteur pense que le ministère de la Santé ne s'est pas pleinement investi pour le développement des mutuelles :

S22 : Le ministère de la santé est un prestataire de service, mais il a également pour mission de faire en sorte que les gens ne tombent pas malades. C'est la prévention. Qui doit organiser les populations pour qu'elles puissent payer le service que le ministère de la santé propose ? Le débat c'est entre acteurs des mutuelles. Le ministère a déjà développé sa stratégie en assurance maladie. Est-ce que c'est réellement sa mission. Les autres ministères ne s'y intéressent pas parce qu'on parle de mutuelle de santé. Le ministère de la santé ne met pas les ressources pour la mise en œuvre du plan stratégique.

Soppante a le défi particulier de couvrir plusieurs communautés rurales :

S17: Mais il y a quelque chose qui rend difficile l'intervention d'un PCR dans une situation comme la mutuelle de la mutuelle Soppante, c'est quand une mutuelle va au-delà d'une communauté rurale... Quand une mutuelle n'épouse pas les contours d'une communauté rurale géographiquement parlant, ce n'est pas facile. Parce que la subvention de la communauté rurale va bénéficier à d'autres personnes qui ne sont pas de sa communauté rurale.

Le Ministère de la santé a mis en place un contrat de performance avec une série d'objectifs pour la promotion des mutuelles et une comparaison entre hôpitaux afin d'établir un classement des hôpitaux selon le nombre de conventions contractées avec les mutuelles. Ce qui semble avoir créé une incitation efficace auprès des hôpitaux.

S4: ...on faisait des classements pour les hôpitaux au Sénégal. Nous on était les premiers. Enquêteur C'est comme une compétition ?

S4: Oui, qui a le plus de mutuelles ?... On avait 36 mutuelles et on avait gagné. Comme Thiès polarisait beaucoup de mutuelles, on avait gagné...

Enquêteur : Vous étiez inspiré par qui et pourquoi ?

S4: Par les objectifs, parce que c'était ça le but. D'avoir beaucoup de gens dans les mutuelles.

Cependant, il y avait un sentiment que l'État pourrait faire plus pour soutenir le développement des mutuelles :

S1: ... Donc tout ce travail-là, ça devait être le travail de la CAFSP. Comparer les mutuelles, les structures d'appuis qui viennent, aider par des renforcements, des diplômes d'honneur etc...voilà le travail qu'il faudrait faire, pas forcément matériel...

En outre, on n'a pas vu le Ministère de la santé promouvoir le développement des mutuelles auprès des prestataires de soins primaires :

E: Est-ce que... tes supérieurs (de ministère de sante) soutiennent la mutuelle?

S7: Bon, pour eux, par rapport à la mutuelle ici, ils ne s'intéressent pratiquement pas. Lors d'une supervision, parmi les items il y avait une question par rapport à l'existence d'une mutuelle mais je leur ai dit qu'il y en avait...

4.4.2.6. Impact de la mutuelle

L'accès aux soins de santé

Des acteurs pensent que la mutuelle augmente l'accès aux soins de santé, en particulier raccourcit le temps d'attente dans les structures de soins. Les patients vont recevoir le traitement avant que la situation ne devienne critique (et de ce fait, plus onéreuse). Un prestataire de soins explique :

S7: Oui, je vois la différence, parce que les adhérents ne trainent pas leur maladie. A chaque fois qu'ils sentent quelque chose, ils viennent ici avec leur carnet de santé.

Un prestataire croit que la mutuelle a également amélioré les relations interpersonnelles avec les patients :

S14: Cette mutuelle a permis aux gens de fréquenter le poste, donc le taux d'utilisation du poste a augmenté et, en plus, la mutuelle de santé a fait que les malades étaient plus proches de moi. Il y avait une confiance mutuelle et un respect.

Cependant, un autre prestataire de soins n'a pas eu cette expérience :

S11: Je pense que la mutuelle n'a pas d'effet par rapport aux demandes de soins, le malade, quand il vient, il est traité comme tout le monde.

Les patients ont également rapporté que la mutuelle améliore leur relation avec les prestataires de soins. Un acteur a révélé que la mutuelle augmente la confiance, ce qui signifie qu'il y a une plus grande flexibilité dans le payement des frais.

S3: Oui, ils (les prestataires) sont plus gentils, plus indulgents avec ces gens (les membres de la mutuelle). Par exemple, ici avec les soins primaires parfois il m'arrive que j'ai pas de l'argent mais quand j'arrive on peut me traiter et me faire une dette. J'attends, quand j'ai de l'argent, je paie. Ça, c'est grâce à la mutuelle.

Empowerment

Au niveau de l'hôpital, la mutuelle a été considérée comme une meilleure alternative à l'assistance sociale :

S4: Pour avoir ça (l'assistant social) c'est difficile. C'est extrêmement difficile. Parce que l'assistant social vous pose des questions, vous parlez, il vous dit : « attends-moi là-bas ». Tu restes là, tu perds du temps, finalement il t'appelle, il te pose encore des questions et il te dit : « reviens demain ». Demain tu reviens, il te pose les mêmes questions, il te demande ton adresse, ton numéro de téléphone, tu habites avec qui, ton voisin ... tu donnes son numéro de téléphone. Il te dit : « attends encore »...

Enquêteur : Il peut appeler le voisin ?

S4: Oui, il peut appeler le voisin... Finalement il peut te faire attendre deux jours... Parfois c'est pas bien vu. Les gens te regardent en train d'attendre.

Enquêteur : Les gens, ils ont honte ?

S4: Oui, c'est vraiment les gens qui ne peuvent pas payer qui vont là. Il y a la sensibilisation. Parfois l'assistant te demande : « est-ce qu'il n'y a pas de mutuelle chez toi ? ». Il te dit : « au lieu de venir ici il faut aller voir les mutuelles ».

Soppante et les autres mutuelles de Thiès ont l'avantage d'avoir facilement accès à l'hôpital privé catholique :

S19 : Les premières sensibilisations ont été menées par l'Eglise et aussi grâce aux facilités avec l'hôpital Saint Jean de Dieu. Dans les autres régions, il y a peu de mutuelles communautaires, celles que nous appelons « au premier franc » et qui ont des conventions avec l'hôpital.

Comme expliqué par un leader de la mutuelle, celle-ci agit comme défenseur de ses propres membres face aux prestataires de soins

S2: On n'a pas peur d'aller voir le directeur pour régler certains problèmes. Parfois on se chamaille s'il le faut parce que la mutualité c'est notre boulot, mais c'est notre deuxième religion.

Cela peut améliorer l'accès aux soins de santé, même s'il n'y a pas de preuve directe observée. La scission de Soppante de sa mutuelle apparentée était perçue comme une histoire d'émancipation par certains acteurs :

S22 : L'histoire de Fandène et de la mutuelle Soppante, je l'interprète comme quelque chose de très heureux. L'analyse que j'en ai faite c'est qu'il y a eu l'Eglise qui avait pris conscience que les populations pouvaient accéder à la santé en s'organisant. Le mouvement avait grandi et les gens qui sont nés dans l'organisation avaient développé une expertise et voulaient prendre en main la destinée de la mutuelle. Donc il y a eu des gens qui ont été formés. Ils sont devenus matures et ont voulu voler de leurs propres ailes. Ils ont forcé la porte. Je pense que c'est heureux que des populations prennent conscience qu'elles ont un outil avec lequel elles peuvent jouer un rôle. Mais il y a toujours l'Eglise qui joue le rôle d'encadrer les faibles.

4.5. Conclusions pour Soppante: discussion des thématiques et recommandations provisoires

Soppante a été créée en 1997 à Fandène par deux des dirigeants de la mutuelle chrétienne de Fandène, la première MS au Sénégal (établie en 1989). Ces dirigeants voulaient passer à l'échelle en ouvrant la mutuelle de Fandène à d'autres districts, groupes ethniques et religions. Toutefois, les membres de Fandène étaient réticents et ses dirigeants ont fondé une nouvelle MS, appelé « Soppante ». Soppante est parvenue à passer à l'échelle et à contracter des conventions avec des prestataires de soins de santé (les hôpitaux et les postes de santé). La mutuelle fait partie du mouvement de « mutualiste » de Thiès. Cependant, elle a souffert de démission de beaucoup de ses membres (781 des 1,179 membres inscrits ne sont pas à jour) et les résultats de l'enquête suggèrent qu'elle fait maintenant face à de nouveaux défis, notamment la décentralisation, l'amélioration des flux d'information et la participation des membres au niveau local. Les résultats de la recherche sur Soppante sont discutés à partir de trois thèmes :

- passage à l'échelle et la décentralisation
- les associations et les relations privilégiées
- le mouvement mutualiste
- les implications pour le rôle du capital social

4.5.1 Passage à l'échelle et la décentralisation

Soppante a connu un grand succès dans le passage à l'échelle ; 1.179 individus (membres et ex-membres) inscrits au total en 2009. Elle couvre une large zone géographique, traversant 5 districts avec une population-cible d'environ 20.000 habitants, un mélange de toutes les ethnies (Wolof, Sérère, Peule,...), religions (musulmane, chrétienne,...). Il y a aussi une forte sensibilisation à la mutuelle dans la population cible : 77% des non-membres interrogés connaissaient l'existence de la mutuelle.

En ce qui concerne le niveau de connaissance des dirigeants de la MS dans le cas de Fandène, la population-cible connaissait bien les dirigeants de la mutuelle. En revanche, dans le contexte de plus grande échelle de Soppante, les dirigeants ne sont pas bien connus ; seulement 38% des membres (adhérents et ex-adhérents) connaissent le président de Soppante.

Réalisant qu'il était impossible pour deux ou trois personnes de gérer une aussi grande MS à partir du centre, les dirigeants de Soppante ont décidé de décentraliser en installant des gestionnaires locaux dans 8 zones distinctes. Ce personnel de Soppante est le moteur de la croissance ; la plupart de personnes interviewées affirment être informées de l'existence de la mutuelle par le canal des responsables lors de leurs campagnes de sensibilisation, d'information et de recrutement dans leur localité.

Toutefois, le personnel local n'est pas toujours fiable, en partie parce qu'il n'est pas rémunéré. En outre, certains gestionnaires locaux ne bénéficiaient pas de la confiance des adhérents et il y a eu des cas de corruption parmi les responsables de zones.

Quant aux difficultés de circulation de l'information, les raisons suivantes sont évoquées : manque de dynamisme des responsables et des représentants de la mutuelle ; rareté des réunions ; fai-

blesse des activités de sensibilisation et faiblesse du dialogue entre gérants et membres. De même, les membres expliquent que dans la mutuelle, on ne parle que de cotisations. Ceci est très différent dans d'autres types d'associations locales qui se réunissent régulièrement.

Il semble qu'il y a un manque de participation dans la mutuelle. Il y avait peu de discussions informelles sur la gestion de la mutuelle, une faible présence aux assemblées générales, peu de sensibilisations à des formations organisées par la mutuelle. Dès lors, les membres ont peu de canaux pour entrer en dialogue entre eux, et avec les dirigeants ou les gestionnaires.

La participation à la mutuelle a besoin d'être plus régulière et plus intégrée dans la vie quotidienne des membres. En plus des assemblées Générales annuelles, la mutuelle devrait envisager des réunions mensuelles pour les membres, ce qui est actuellement impossible du fait des faibles ressources dont disposent les responsables locaux. Mais avec la rémunération, l'organisation de réunions mensuelles devrait être envisageable. L'augmentation de la participation serait également facilitée grâce à un partenariat accru avec les associations.

Les infirmiers chefs de poste (ICP), ont dit affirmé avoir fourni à la population des informations relatives à la mutuelle, ce qui n'a pas été confirmé par les résultats de l'enquête-ménage et les entretiens avec la population-cible. Donc, les gérants pourraient faire davantage pour engager les ICP locaux dans la promotion de la mutuelle.

Nous suggérons également qu'au niveau local, les gérants recourent davantage aux services des praticiens traditionnels dans la diffusion de l'information. Ce sont les principaux prestataires de soins de santé dans la population-cible, y compris pour les membres de la mutuelle qui, apparemment, utilisent la médecine allopathique et traditionnelle. Malheureusement, nous n'avons pas effectué d'entretiens avec des praticiens traditionnels, ce qui nous empêche de savoir s'ils se féliciteraient d'une collaboration avec la mutuelle.

On peut conclure que la mutuelle a besoin d'une stratégie pour recruter des gérants dynamiques et qui inspirent la confiance. Ce qui soulève une question critique : quels individus possèdent les caractéristiques nécessaires - la confiance étant essentielle - pour être les garants du succès de la mutuelle ? Une question connexe est de savoir comment doivent-ils être choisis ? Pour l'instant, ils sont triés sur le volet par les dirigeants de la mutuelle. Il semble que le processus pourrait être plus participatif, peut-être à travers une large consultation ou un vote.

L'enquête-ménages suggère que les chefs religieux sont les leaders les plus fiables dans la communauté. Compte tenu de la majorité musulmane de la population-cible, il pourrait être bénéfique d'engager les dirigeants musulmans (imams, marabouts, les présidents des dahiras) pour aider à inscrire et à maintenir des membres ; cette stratégie n'a pas encore été poursuivie de façon systématique. Les origines catholiques de la mutuelle ne semblent pas être un obstacle à l'engagement des leaders musulmans puisque le régime est perçu comme étant ouvert à tous sans préjugés religieux ou ethniques. Afin de motiver les dirigeants musulmans, la mutuelle pourrait fournir un service spécial pour les talibés ou les dahiras. Les chefs de village étaient également considérés comme personnes de confiance - c'est une autre piste qui n'a pas été systématiquement explorée par la mutuelle.

Le besoin de rémunération des gestionnaires locaux a souvent été mentionné dans les entretiens. D'autres types de motivation pourraient être explorés, par exemple, la formation et le renforcement des capacités, la mise en réseau dans le «mouvement mutualiste » et le soutien lors des réunions d'équipe. Mais sans rémunération, ces types de motivation ne sont pas praticables, car les gestionnaires bien formés sont encore plus susceptibles de chercher du travail rémunéré ailleurs.

A travers le mouvement mutualiste, les mutuelles devraient davantage se lier aux acteurs de développement, y compris les collectivités locales, afin de pouvoir partager les pratiques de gestion innovantes et améliorer l'accès aux subventions. Le dernier point sur les subventions est critique, la rémunération des gestionnaires locaux étant probablement possible que s'il y a des subventions.

4.5.2 Les associations et les relations privilégiées

Un pourcentage élevé de membres et non-membres de la mutuelle est également membre d'autres types d'associations. Toutefois, les personnes qui sont membres d'une autre association sont plus susceptibles d'être membres de la mutuelle. Ceci suggère que les autres associations sont plus

« populaires » que la mutuelle, mais indique que la participation à d'autres associations n'exclut pas pour autant l'adhésion à une mutuelle.

Les adhérents ont cité quelques similitudes entre la mutuelle et les associations. Elles ont toutes comme principe de base la solidarité et l'entraide et leurs modes de fonctionnement sont similaires, car on cotise selon une périodicité donnée pour pouvoir bénéficier des services offerts. Mais il y a aussi de nombreuses différences : la zone d'implantation d'une mutuelle est souvent plus vaste que celle d'une association qui est plutôt locale ; le mécanisme de paiement de la cotisation est plus rigide et formel dans la mutuelle et, enfin, le lien social est plus fort dans les associations que dans la mutuelle, ce qui explique que les membres d'une même association peuvent facilement se connaître, alors que c'est rarement le cas dans la mutuelle.

Une autre différence majeure est la perception qu'il n'y a aucune garantie de « rendement » ou de « retour » sur investissement dans les mutuelles, comme c'est le cas dans beaucoup d'associations. Cette perception pose la question importante de la nature du bénéfice qu'offre la mutuelle, question que la population n'a apparemment pas bien comprise et/ou que les promoteurs ont mal expliqué. Un système assurantiel, comme la mutuelle, offre en fait une « sécurité » dans le sens où les membres ne doivent plus se soucier de la manière dont ils doivent mobiliser des fonds en cas de maladie, vu qu'ils sont couverts et protégés par la mutuelle. Une autre possibilité est que les non-membres comprennent ce bénéfice, mais n'en perçoivent pas la valeur, ou qu'ils ne croient pas que la mutuelle peut leur fournir ce service.

De plus, les autres associations sont perçues comme plus solidaires que la mutuelle. Les acteurs se plaignent souvent que la population n'apprécie pas la solidarité qui consiste à « payer sans bénéficier ». La solidarité est un concept compliqué. Il peut y avoir plusieurs raisons pour lesquelles certaines personnes croyant qu'il y a plus de solidarité dans les associations que dans la mutuelle, mais il semble qu'un aspect important est le manque de contact personnel ou l'interaction entre ceux qui donnent et ceux qui reçoivent de la mutuelle.

Il est possible qu'un meilleur processus de décentralisation puisse aider la mutuelle à développer des pratiques participatives et solidaires locales comme il en existe dans d'autres associations.

La mutuelle peut donc apprendre de la réussite des autres associations. Mais la mutuelle peut aussi utiliser le cadre offert par les autres associations du village pour pallier ses problèmes d'information.

Les membres de la mutuelle sont aussi plus susceptibles d'avoir des relations privilégiées que les non-membres (homonymes, parrains et marraines). Malheureusement nous n'avons pas investigué cet aspect lors des entretiens qualitatifs de sorte qu'il est difficile d'expliquer ces résultats. Néanmoins, on pourrait déduire que, comme avec les associations, il peut y avoir quelques similitudes entre avoir des relations privilégiées et être un membre de la mutuelle, comme la valorisation de la solidarité et la sécurité sociale. Une recherche plus approfondie est cependant nécessaire pour déterminer son incidence sur le développement de la mutuelle.

Une question importante soulevée par les synergies entre les associations et Soppante est l'exclusion sociale. Beaucoup de ménages semblent être exclus de la mutuelle et des associations. Un défi pour la mutuelle est de rechercher pourquoi c'est le cas, et la façon d'inclure ces groupes.

4.5.3 Le mouvement mutualiste

Plusieurs personnes interrogées ont évoqué l'existence du « mouvement » mutualiste à Thiès. Les "mutualistes" sont ceux qui étaient passionnés par la promotion de la mutuelle et qui ont cru en ses valeurs, comme la solidarité, la démocratie, la transparence et la responsabilisation de la société civile. On trouve des « mutualistes » dans plusieurs couches de la population : des membres et des dirigeants de la mutuelle, des fournisseurs de soins, des bailleurs de fonds, des agents des structures d'appui, des associations et des agents de l'Etat.

La Coordination des MS de Thiès et le GRAIM (*Groupe de Recherche et d'Appui aux Initiatives Mutualistes*) forment le noyau de ce mouvement ; les dirigeants de Soppante en sont des membres fondateurs.

Le mouvement a d'énormes atouts : la coordination de Thiès organise des réunions régulières de toutes les mutuelles dans la région afin de promouvoir la collaboration ; la coordination est considérée comme étant un grand succès et une des plus fortes unions régionales des MS au Sénégal. Un de ses principaux succès a été de signer un contrat avec les hôpitaux au nom des MS de la coordination de Thiès. Le développement des relations personnelles avec les gestionnaires des hôpitaux a certainement facilité l'établissement d'une convention.

Malgré les grandes forces du mouvement mutualiste, certains acteurs trouvaient qu'il ne tenait pas suffisamment compte de l'importance des collectivités locales, de l'agence régionale de développement et de la société civile. La nécessité de développer plus de liens avec la société civile est liée à la question des associations. L'implication des associations locales est nécessaire pour les mutualistes pour obtenir le soutien à la base.

Le mouvement a également été critiqué pour ne pas avoir une stratégie contractuelle efficace ; d'abord parce qu'elle n'avait pas contracté avec des centres de santé où les services étaient moins chers que dans les hôpitaux, et d'autre part parce qu'elle a permis aux membres d'être traités dans le secteur privé plutôt que dans le secteur public hospitalier, le premier ayant des frais d'utilisation beaucoup plus élevé.

De manière générale le mouvement mutualiste a besoin de s'engager davantage auprès des associations, des leaders locaux et des prestataires de soins, s'il veut vraiment mériter d'être perçu comme un «mouvement».

4.5.4 Le rôle du capital social

Dans le processus d'extension d'une petite MS locale à celle d'une MS couvrant une zone géographique plus importante, Soppante a « dilué » les avantages antérieurs qui sont d'avoir des flux d'information solides, un climat de confiance et un fort sentiment de solidarité au niveau local. La mutuelle, par contre, a gagné un autre type de capital social : un fort syndicat professionnel et un éventail de réseaux institutionnels via le mouvement mutualiste. Toutefois, les résultats de la recherche suggèrent que les mutuelles ont besoin de continuer à construire des réseaux avec de nouveaux partenaires.

La mutuelle doit relever le défi de retrouver les avantages de la proximité sociale d'une petite mutuelle de santé. Elle doit trouver un le juste milieu entre échelle et proximité sociale. Le processus de développement du capital social étant dynamique, le mouvement mutualiste a besoin de continuer à se développer et de créer des nouveaux liens avec des partenaires plus diversifiés.

Le dernier chapitre contient une discussion plus complète de l'importance du capital social dans le développement des mutuelles de santé.

CHAPITRE 5

ETUDE DE CAS N° 2 : NDONDOL

5.1 La mutualité dans la Région de Diourbel

Diourbel, une mutualité portée par les partenaires

Les premières mutuelles de santé de la région de Diourbel ont été mises sur pied par la Coopération allemande, à travers le projet EPOS (projet élaboré dans le cadre de la réhabilitation de l'hôpital régional de Diourbel). Ce projet comprenait une gamme d'activités visant à développer un système de financement de la structure et des soins. La promotion des mutuelles de santé était ainsi soutenue par l'exigence de trouver un moyen de rentabiliser l'hôpital régional, confronté à la faible fréquentation des structures de santé dans la région. Cette faible utilisation des services s'explique en grande partie par le recours important des populations à la médecine et à la pharmacopée traditionnelles, aux coûts des soins jugés généralement exorbitants. La mise en place de ces mutuelles de santé a démarré par une étude de faisabilité qui a exploré l'offre de services de santé de la région et les associations de base existants, en vue de mesurer les capacités des mutuelles à augmenter la demande de soins au niveau des structures de santé publiques.

Situation actuelle de la mutualité dans la région de Diourbel

La région de Diourbel compte 13 mutuelles de santé en 2007 localisées dans les trois départements de la région, Diourbel, Bambey et Mbacké. Huit (8) de ces mutuelles ont été soutenues et mises sur pied par le projet (EPOS). Cependant, certaines d'entre elles sont tombées en léthargie après la fin du projet. Dans la région, seules les mutuelles de Touba, celles de Ndongol et de Dalla disposent d'une réelle expérience avérée dans les prestations de service.

Diourbel est, après Dakar et Thiès, l'une des régions les plus dynamiques dans l'évolution des mutuelles. Elle est parmi les 4 régions du pays qui disposent d'une coordination régionale des mutuelles de santé, le CORMUSAD (Coordination des Mutuelles de Santé de Diourbel).

La région de Diourbel est une zone de forte émigration vers l'Europe (France, Espagne, Italie) où l'assurance maladie est obligatoire et où les émigrés acquièrent déjà une pratique de prévoyance en matière de santé. Il existe d'ailleurs une mutuelle, celle de Touba, dont les membres sont pour la plupart des émigrés. De plus, une dynamique communautaire très vivace est perceptible chez les mourides, membres de la confrérie religieuse la plus importante de la région. Les valeurs d'entraide et de solidarité prônées par les guides religieux sont matérialisées par la mise en place de mutuelles de santé. Par exemple, certaines mutuelles sont constituées sur la base d'associations religieuses ou dahiras.

5.2 Présentation de la mutuelle de santé Ndongol¹⁰

Créée le 25 Novembre 2002, la Mutuelle de Ndongol regroupe 16 villages de la communauté rurale dont elle porte le nom. L'idée de création de la mutuelle de santé de Ndongol vient des Sœurs de la Mission catholique de Diourbel. Cette structure de l'Eglise catholique avait mis en place un projet intégré avec 4 volets principaux : l'« Évangélisation » gérée les prêtres, la « Scolarisation » dont les Frères du Sacré Cœur ont la charge, le « Développement » mis en œuvre au niveau du Centre Jean Paul II et la « Promotion sociale et féminine » dont les Sœurs sont responsables. Ces dernières se sont

¹⁰ Programme d'Appui aux Mutuelles de Santé en Afrique (PROMUSAF) : analyse situationnelle des Mutuelles de santé (Sénégal). Rapport final, Mars 2004

inspirées de l'expérience de la mutuelle de Fandène créée par le diocèse de Thiès dont dépend la Mission catholique de Diourbel. La mise en place de la mutuelle de Ndongol en 2002 répondait à une nécessité d'instaurer la culture de la prévoyance en matière de santé chez les populations. Les contextes de Fandène et Ndongol sont pratiquement les mêmes ; ils sont caractérisés par des difficultés financières d'accès aux soins.

Les membres de la mutuelle ont la particularité d'être issus d'un même territoire géographique et de partager la même ethnie, à savoir celle des Sérères. Ils sont unis par des liens de parenté et sont fortement empreints de solidarité villageoise. Ce soubassement social de la mutuelle a facilité l'appropriation de la mutuelle par les populations. « *Quand quelqu'un est malade, tout le monde le sent. Les gens passent tous les jours pour prendre de ses nouvelles. Ici, la santé se construit autour du lien social* », révèle un promoteur de mutuelles de santé. L'adhésion des hommes est plus importante que celle des femmes du fait, selon certains informateurs, de la culture Sérère qui met au-devant de la scène l'homme. Mais, comme dans toutes les autres mutuelles, ce sont les femmes qui prennent en charge la santé de la famille.

La mutuelle a, au départ, bénéficié de l'accompagnement technique de l'Eglise. Celle-ci jouit d'un crédit moral, traduit par la confiance des populations envers les religieux, des sœurs en particulier réputées pour leur conscience professionnelle. Elle a la particularité d'offrir à ses bénéficiaires un service d'épargne- crédit. Elle dispose de statuts et d'un règlement intérieur pour le fonctionnement de ses organes et ses prestations ont démarré le 21 juin 2003 après une période transitoire de 6 mois consacrée notamment à la sensibilisation des populations.

Les prestations couvertes sont ici aussi les soins de santé primaires avec une prise en charge de 75% par la mutuelle. Le bénéficiaire supporte les 25% de la facture. Les autres services couverts par la mutuelle sont les accouchements (50% pris en charge par la mutuelle) et les visites prénatales pris en charges à 100% par la structure. La cotisation individuelle est actuellement de 150 FCFA par mois. L'adhésion est à mille francs (1000 F CFA). Les structures conventionnées : deux postes de santé ; une case de santé et un centre maternel et infantile.

5.3 Résultats de l'enquête quantitative

La démarche adoptée est identique à celle de cas N°1 de la mutuelle de Soppante (voir 4.3.)

5.3.1 Comparaison entre adhérents et non-adhérents

Tout comme pour le site de Soppante, nous abordons, dans ce chapitre, tous les résultats se rapportant aux adhérents (ex-adhérents et actuels) et les comparons avec les résultats obtenus pour les non-adhérents. La comparaison entre les adhérents et non-adhérent se fera au niveau du ménage et celui de l'individu.

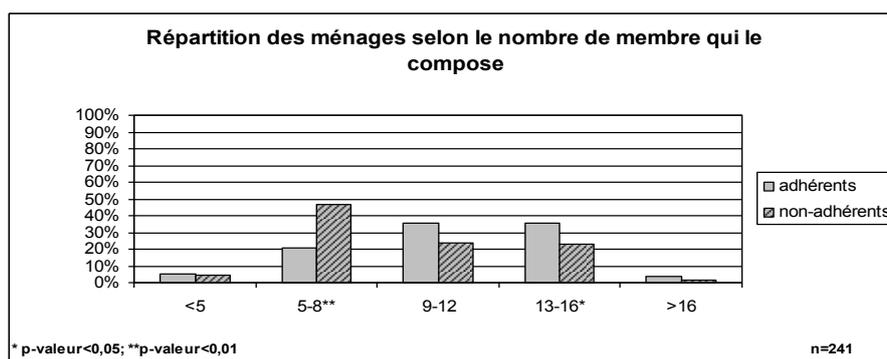
Le ménage

Caractéristiques démographiques de la population

Les ménages dans l'échantillon sont en moyenne composés de 10 personnes dont le chef de ménage est en moyenne âgé de 53 ans. Le chef de ménage étant moins d'une fois sur huit une femme (11,62%), polygame une fois sur cinq (20,33%), musulman plus de huit fois sur dix (85,71%) et Sérères dans près de neuf dixième des cas (87,71%).

Des différences entre adhérents et non-adhérents sont tout de même observées. Par exemple, les ménages adhérents ont tendance à être de plus grande taille (graphique 5.1) (en moyenne de 11,2) que ceux des non-adhérents (9,6). De même, les chefs de ménage des adhérents sont dans près d'un quart des cas âgés de plus de 69 ans (23,48%) alors qu'ils ne sont qu'un sur dix en ce qui concerne les chefs de ménage non-adhérents (9,68%).

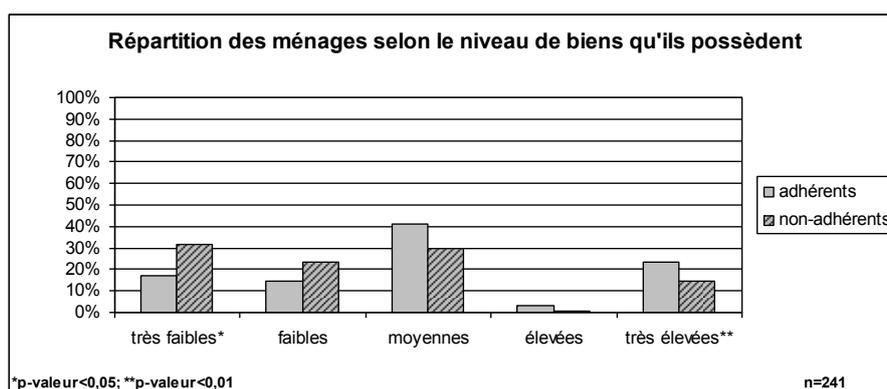
Graphique 5.1 : Répartition des ménages selon leur taille au sein des adhérents et non-adhérents



Caractéristiques socioéconomiques

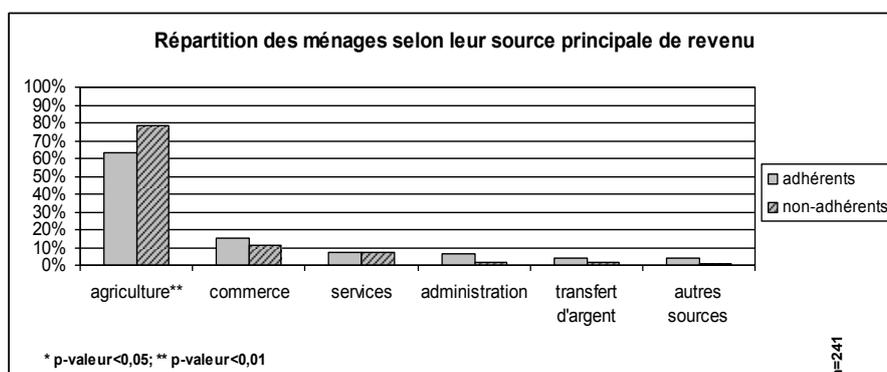
L'analyse économique, par le biais d'indicateurs et de scores, montrent que les ménages adhérents possèdent plus de biens (score de biens, télévision, radio, téléphone et charrette) que les non-adhérents (graphique 5.2). En ce qui concerne les dépenses des ménages, elles s'élèvent à 109 726 FCFA par mois pour les adhérents et 98 312 FCFA pour les non-adhérents, différence somme toute faible entre les deux catégories de ménages.

Graphique 5.2 : Biens des ménages au sein des adhérents et non-adhérents



Les revenus des ménages proviennent principalement de l'agriculture (graphique 5.3), même si les adhérents (62,93%) travaillent moins dans l'agriculture que les non-adhérents (78,40%). La deuxième source de revenus des ménages étant le commerce (15,52% adhérents, 11,20% non-adhérents), suivi des services (6,90% adhérents, 7,20% non-adhérents) et de l'administration (6,30 adhérents, 1,60% non-adhérents). Mais les différences ne sont pas suffisantes pour être significatives.

Graphique 5.3 : Source de revenus des ménages



Mis à part ces indicateurs économiques, l'analyse a également porté sur le niveau d'enseignement des chefs de ménages. Il apparaît que plus de 60% des chefs de ménages (63,79% adhérents, 73,60% non-adhérents) n'ont bénéficié d'aucune scolarisation. Les adhérents sont par contre plus nombreux que les non-adhérents à avoir poursuivi des études jusque dans le secondaire ou plus (6,90% adhérents, 1,6% non-adhérents).

Santé des ménages

L'état de santé de la population et son utilisation des services des prestataires de soins ont été par trois thèmes :

Les ressources financières et l'accès aux soins de santé

Plus d'un ménage sur huit n'a pas pu offrir des soins à un de ses membres, faute d'argent. Les adhérents semblent toutefois être moins nombreux à souffrir de cette situation. Cependant, les différences sont minimales entre les deux catégories et ne permettent pas d'exclure le rôle du hasard.

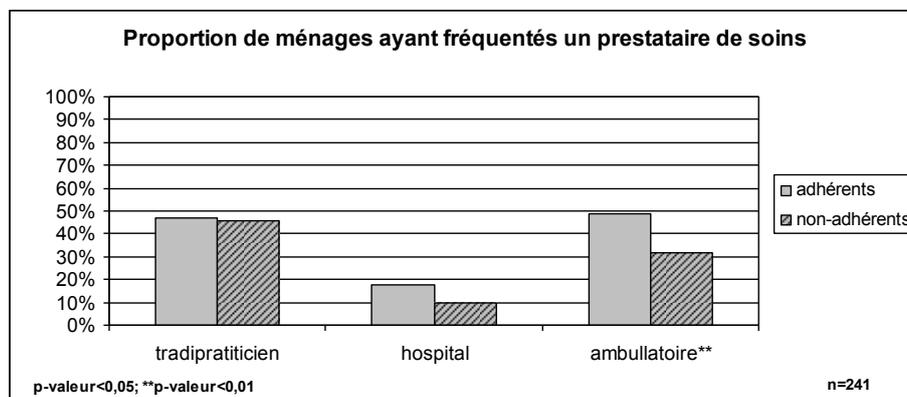
L'utilisation des services

L'analyse de l'utilisation des services de soins montre que, chez les adhérents, le prestataire de soins ambulatoires est la personne la plus consultée (48,70% adhérents, 31,45% non-adhérents). L'hospitalisation est le recours le moins fréquent dans chacun des groupes (17,39% adhérents, 9,68% des non-adhérents). Cependant pour chacun des prestataires, les adhérents sont un peu plus nombreux à s'y rendre. La seule différence significative concerne les soins ambulatoires (graphique 5.4).

La santé des individus au sein des ménages

Alors 8,90% des ménages non-adhérents ont un membre de leur famille qui a un handicap, cette proportion double pour les ménages adhérents (18,10%). Les proportions pour les maladies chroniques étant sensiblement les mêmes au sein des adhérents (38,76%) et des non-adhérents (34,40%), de même que pour les maladies récentes (25,86% adhérents, 24% non-adhérents).

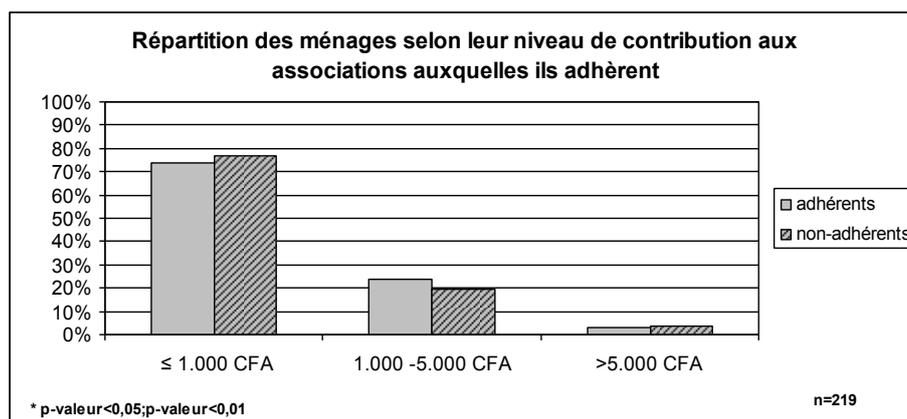
Graphique 5.4 : Utilisation des services de soins



Capital social du ménage

85% des ménages adhérent à 1-5 autres associations et 75% des ménages cotisent moins de 1000 CFA par mois par association (graphique 5.5). La différence entre les deux groupes est trop faible pour être significative.

Graphique 5.5 : Montant des cotisations aux associations



L'individu

Capital social

Les associations

Alors 84,68% des adhérents interrogés sont membres d'une association, le pourcentage de non-adhérents ne s'élève qu'à 75,21%. Mais la différence entre les deux groupes reste insuffisante pour être significative.

Les relations privilégiées

De même que le nombre d'associations, le pourcentage d'adhérents déclarant avoir des relations privilégiées avec d'autres personnes est plus important que celui des non-adhérents. Il atteint les 96,15% pour les adhérents et frôle les 90% (89,66%) pour les ex-adhérents. Cependant, la différence est trop faible pour pouvoir exclure le rôle du hasard dans cette différence.

Il en va de même pour les personnes ayant répondu avoir un homonyme. Les adhérents sont plus nombreux que les non-adhérents (83,33% adhérents, 78,40% non-adhérents) mais la différence est faible.

Par contre, les adhérents sont également plus nombreux à être le parrain d'une personne et cette fois, la différence est suffisamment importante pour exclure le rôle du hasard. Le pourcentage pour les deux groupes est tout de même moins élevé que pour ceux ayant un homonyme (64,91% pour les adhérents, 52% pour les non-adhérents).

Coopération et aide à autrui

Une grande partie de la population (51,30% adhérents, 46,40% non-adhérents) a répondu qu'il était fort probable que l'ensemble de la communauté coopère en cas de difficulté.

Il en va de même pour les personnes qui ont emprunté de l'argent au cours de l'année écoulée, les adhérents sont plus nombreux que les non-adhérents (63,16% adhérents, 52,00% non-adhérents).

Le pourcentage de personnes disposées à prêter de l'argent à un voisin pour payer des soins de santé est lui plus élevé (89,66% adhérents, 86,40% non-adhérents) mais les différences entre les deux groupes ne permettent pas d'exclure qu'elles soient dues au hasard.

Confiance

Il apparaît que la population a majoritairement confiance vis-à-vis des catégories enquêtées. On observe cependant des différences selon les destinataires de la confiance. En effet, les personnes envers lesquelles la population a le moins répondu avoir confiance (confiance et tout-à-fait confiance) sont les forces de l'ordre (75,00% adhérents, 75,81% non-adhérents), alors que celle envers lesquelles elle a le plus confiance sont les amis (94,82% adhérents, 92,80% non-adhérents) et les enseignants (93,10% adhérents, 90,40% non-adhérents).

Mais outre ces différences selon les destinataires de la confiance, il en existe entre les adhérents et les non-adhérents. Alors qu'aucun adhérent n'a pas du tout confiance envers les collectivités locales, ils sont 6,40% des non-adhérents à l'avoir déclaré. Il en va de même concernant le staff médical où moins d'1% des adhérents n'ont pas du tout confiance tandis qu'ils sont 6,40% chez les non-adhérents.

Concernant la confiance envers les forces de l'ordre et la justice, les adhérents sont moins nombreux à ne pas avoir confiance du tout, mais plus à être indécis.

Implication dans le village

Près de deux tiers (63,79% adhérents, 66,40% non-adhérents) des personnes interrogées se sentent proches des autres villageois, les gens ne se sentant pas proches du village représentent 12% de la population.

En outre, un peu plus d'une personne sur trois estime avoir un contrôle sur presque toutes les décisions prises au sein de la communauté alors que deux adhérents sur cinq et un non-adhérent sur deux estiment avoir peu ou pas d'influence. Par contre, aucune différence significative n'est trouvée concernant le vote lors des dernières élections locales où plus de trois personnes sur quatre ont voté (73,04% adhérents, 64,23% non-adhérents). De même les adhérents comme les non-adhérents estiment ne pas pouvoir participer à une activité de la communauté dans plus de 22% des cas.

Indicateurs de la mutuelle

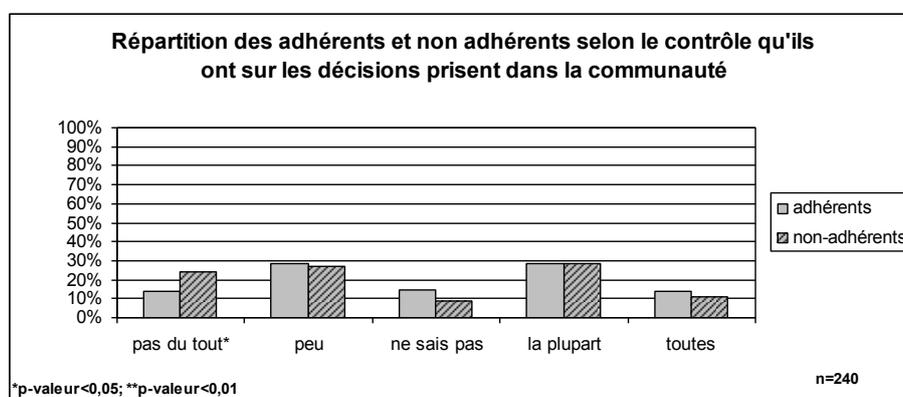
Connaissance sur la mutuelle

Les principales personnes qui ont informé la population de l'existence de la mutuelle sont en premier lieu l'équipe de la mutuelle. C'est l'avis de 59,13% des adhérents et de 46,15% des non-adhérents (graphique 5.6). Pour les adhérents, la deuxième source est une association alors que c'est la famille pour les non-adhérents. Moins d'une personne sur cent déclare avoir été informée par les médias.

Malgré cela, huit personnes sur dix ne connaissent pas les mécanismes de contrôles instaurés par la mutuelle. Que ce soit vis-à-vis des prestataires de soins (85,62% adhérents, 93,33% non-adhérents), des responsables de la mutuelle (80,00% adhérents, 86,96% non-adhérents) ou des bénéficiaires (73,03% adhérents, 79,05% non-adhérents). Même si les adhérents sont plus nombreux à connaître un gestionnaire (47,83% adhérents, 29,52% non-adhérents), le président (38,26% adhérents, 20,95% non-adhérents), ou le secrétaire (33,91% adhérents, 12,38% non-adhérents).

Il en va de même pour la connaissance d'autres adhérents de la mutuelle, les adhérents sont plus nombreux à connaître l'intégralité des adhérents à la mutuelle (32,17% adhérents, 11,43% non-adhérents) alors que c'est l'inverse pour ceux qui connaissent moins de la moitié des autres adhérents (54,78% adhérents, 68,57% non-adhérents).

Graphique 5.6 : Contrôle des décisions communautaires



La mutuelle et la solidarité

Les adhérents sont moins de 40% (37,39%) à estimer que la solidarité entre les gens est un avantage de la mutuelle contre 25,00% pour les non-adhérents. Ils sont cependant 69,83% d'adhérents et 62,85% de non-adhérents à accepter que les pauvres ne payent pas les cotisations et d'augmenter les cotisations des autres pour les inclure (71,55% adhérents, 69,52% non-adhérents) ou les parrainer (71,55% adhérents, 72,38% non-adhérents). De même, neuf personnes sur dix sont d'accord pour que le gouvernement subsidie les indigents (93,10% adhérent, 89,52% non-adhérents).

Avenir de la mutuelle

Plus de trois personnes sur quatre sont d'accord avec le fait que la mutuelle fusionne. Près de 7% des adhérents et 10,58% des non-adhérents sont cependant totalement opposés à cette idée. Les différences entre adhérents et non-adhérents sont trop faibles pour affirmer qu'elles sont significatives.

La mutuelle et les différences

L'ensemble de la population (adhérents comme non-adhérents) est d'accord avec le fait que des personnes d'autres familles, religions, villages, ethnies,... adhèrent à la mutuelle. La catégorie pour laquelle ils ont le plus de réserve est pour les personnes d'autres villages, tandis que celle qui reçoit le plus fort plébiscite c'est celle des autres statuts économiques.

5.3.2 Comparaison entre adhérent actuels et ex-adhérents

Le ménage

Socio-économique

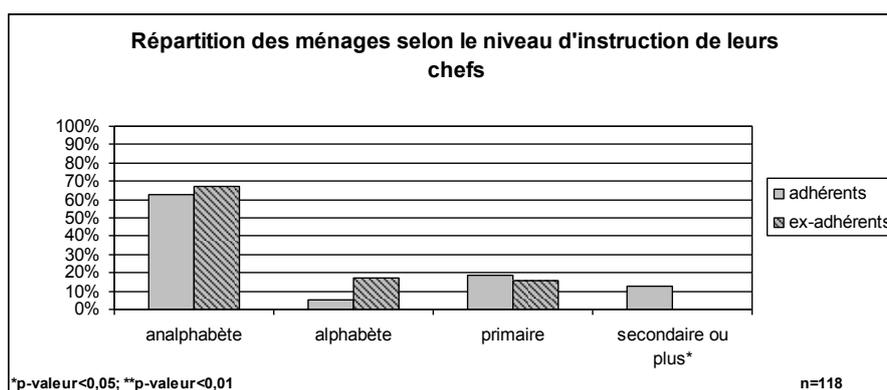
Les ménages des adhérents actuels adhérents actuels et des ex-adhérents ex-adhérents ont certaines caractéristiques communes. En ce qui concerne le sexe des chefs de ménages, il y a moins de femmes chef de ménage. Le pourcentage de femmes chefs de ménage oscille autour de 10% (5,56% adhérents actuels, 12,50% ex-adhérents), la taille des ménages autour de 11 personnes (11,39 adhérents actuels ; 10,95 ex-adhérents), l'importante proportion de musulmans (81,48% adhérents actuels, 82,81% ex-adhérents) et enfin, le montant des dépenses annuelles proche de 111 000 CFA/an (104 276 CFA/an adhérents actuels ; 114 914 CFA/an ex-adhérents).

Par contre, les ménages diffèrent sur l'âge du chef du ménage. Les chefs étant plus jeune chez les adhérents actuels (51ans 10mois adhérents actuels ; 59 ans 9 mois ex-adhérents) et ils sont également moins nombreux issus de l'ethnie Wolof (3,70% adhérents actuels ; 15,63% ex-adhérents).

D'un point de vue économique, la possession de biens est plus élevée chez les adhérents (score de biens, télévision, charrette, radio), l'origine des revenus reste majoritairement l'agriculture pour l'échantillon (57,41% adhérents actuels ; 70,31% ex-adhérents), mais les adhérents actuels sont tout de même plus nombreux à travailler dans l'administration (11,11% adhérents actuels, 1,56% ex-adhérents).

De même, la scolarisation des chefs de ménage n'est pas égale au sein des adhérents (actuels ou ex-adhérents). En effet, les adhérents actuels sont les seuls à avoir reçu un enseignement secondaire (12,96%), alors qu'aucun ex-adhérent n'a poursuivi son cursus jusqu'au niveau secondaire (graphique 5.7).

Graphique 5.7 : Niveau d'instruction des chefs de ménage



La santé

Les ressources financières et l'accès aux soins de santé

Alors qu'un ménage sur cinq (20,63%) d'ex-adhérents n'a pas pu faire soigner un de ses membres faute d'argent, cette proportion tombe à moins d'un ménage sur vingt-cinq (3,70%) chez les adhérents actuels. Il en va de même, certes dans des proportions moindres, pour l'hospitalisation où 17,46% des ex-adhérents ont été empêchés, faute d'argent, alors que c'est le cas pour 5,56% des adhérents actuels.

L'utilisation des services

L'utilisation des soins hospitaliers ou ambulatoires est légèrement plus importante chez les adhérents actuels, mais les différences sont trop faibles pour pouvoir certifier que la différence ne provient pas de la sélection de l'échantillon. À l'inverse, les adhérents actuels sont moins nombreux à fréquenter le tradipraticien, mais comme pour les différences ci-dessus, la différence reste trop faible pour exclure le hasard. Le prestataire le plus consulté est celui des soins ambulatoires pour les adhérents tandis qu'il s'agit du tradipraticien pour les ex-adhérents. Pour les deux groupes, l'hospitalisation est le recours le moins fréquent.

La santé des individus au sein des ménages

Plus d'un tiers des ménages a déclaré avoir un de ses membres atteint d'une maladie chronique (42,59% adhérents actuels ; 32,81% ex-adhérents), un quart en ce qui concerne le handicap (29,63% adhérents actuels, 21,88% ex-adhérents) et moins d'un sur cinq à avoir eu un membre malade au cours des 15 jours précédant l'enquête.

Capital social des ménages

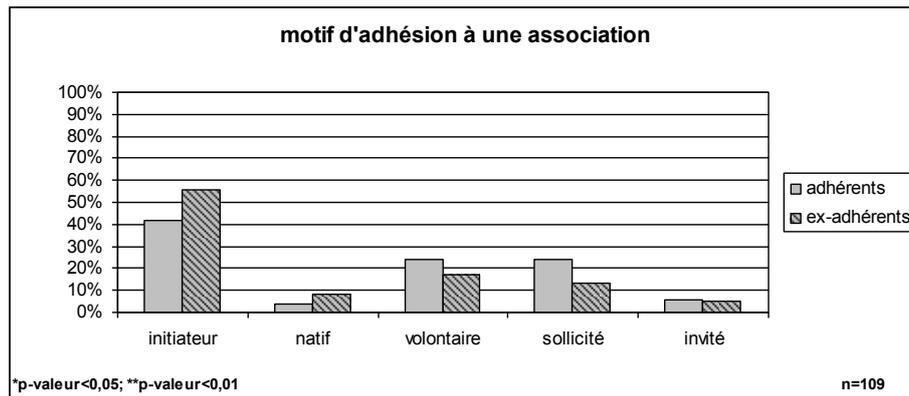
Les ménages adhérents actuellement à la mutuelle sont plus nombreux à être membres de plus de 5 associations (14,51% adhérents actuels ; 3,13% ex-adhérents), la majorité des ménages étant membres de une à cinq associations (77,78% adhérents actuels ; 90,63% ex-adhérents).

Les ménages ont tendance à ne participer que rarement aux activités de associations (0,62% adhérents actuels ; 0,5% ex-adhérents). Les adhérents actuels sont moins nombreux à participer parfois et semblent légèrement plus nombreux à participer régulièrement aux activités sans que ce soit significatif.

De même, bien que plus de la moitié des ménages interrogés n'ont pas changé d'associations (50,94% adhérents actuels ; 64,86% ex-adhérents), les adhérents actuels ont plus tendance à augmenter le nombre d'associations auxquelles ils adhèrent (39,62% adhérents actuels ; 17,74% ex-adhérents).

En outre, beaucoup de ménages sont les principaux initiateurs de l'association à laquelle ils adhèrent (42,00% adhérents actuels ; 55,93% ex-adhérents) (graphique 4.8).

Graphique 5.8 : Motif d'adhésion à une association



L'individu

Capital social

Les adhérents comme les ex-adhérents sont plus de 80% à adhérer à une autre association qu'à la mutuelle (85,19% adhérents actuels ; 83,05% ex-adhérents).

De même, aucune différence significative n'est observée entre les adhérents actuels et les ex-adhérents concernant le fait d'avoir des relations privilégiée avec autrui (97,83% adhérents actuels ; 94,83% ex-adhérents), être le parrain (61,11% adhérents actuels ; 67,74% ex-adhérents) ou avoir un homonyme (79,63% adhérents actuels ; 87,10% ex-adhérents).

En ce qui concerne la possibilité que la communauté coopère à la résolution d'un problème, la majorité de l'échantillon pense que la coopération est très probable. Les adhérents étant légèrement plus nombreux à la penser (56,60% adhérents actuels ; 45,31% ex-adhérents), mais cette différence est trop faible pour être significative. Moins d'une personne sur dix pense à contrario qu'il est peu probable que l'ensemble de la communauté coopère.

Confiance

Tout comme pour la comparaison entre les adhérents et les non-adhérents, la confiance envers différentes personnes ou catégories de personnes est partagée par une grande partie des personnes interrogées. La catégorie envers laquelle l'échantillon a le moins confiance est celle des étrangers (18,87% adhérents actuels ; 9,38% ex-adhérents), suivi de près par la confiance envers d'autres ethnies (14,81% adhérents actuels ; 6,25% ex-adhérents). Les différences sont trop faibles pour être significatives et exclure qu'elles proviennent du hasard de l'échantillonnage. Tandis que celles envers lesquelles les adhérents actuels ont le plus confiance sont celles des leaders religieux dans les mêmes proportions que le staff médical (72,22%). Pour les ex-adhérents la catégorie envers laquelle ils ont le plus confiance est également celle des leaders religieux (62,50%), mais suivie, en deuxième position, par celles des autres ethnies à égalité avec le staff médical (57,81%). Ces différences entre les adhérents actuels et ex-adhérents ne sont pas significatives faute d'écart assez important et d'échantillon trop faible. La seule différence significative porte sur la confiance envers les forces de l'ordre où les adhérents actuels sont moins nombreux que les ex-adhérents à avoir confiance (16,67% adhérents actuels ; 35,94% ex-adhérents) alors que les adhérents actuels sont plus nombreux à avoir tout à fait confiance (62,96% adhérents actuels ; 42,19% ex-adhérents).

Implication dans le village

Alors que les adhérents actuels semblent moins nombreux à penser que certaines activités leurs sont interdites (16,67% adhérents actuels ; 26,98%), ceux-ci se sentent plus souvent distants de la communauté que les ex-adhérents (16,67% adhérents actuels ; 7,81% ex-adhérents). Ils sont également moins nombreux à avoir voté lors des dernières élections (66,67% ex-adhérents ; 79,37% ex-adhérents). Mais ces différences sont trop faibles pour être significatives.

De même, peu de différences sont observées concernant le contrôle qu'a l'échantillon sur la prise de décision dans la communauté. Ils sont pratiquement aussi nombreux à estimer avoir peu de contrôle (peu ou pas) qu'à en avoir (43,59% peu de contrôle contre 42,74% beaucoup de contrôle). Les autres ne savent pas.

Indicateurs de la mutuelle

Les cotisations

Les cotisations sont payées par le salaire par deux adhérents actuels sur trois, les ex-adhérents n'étant qu'un sur deux à avoir pu le faire. Le motif d'arrêt de paiement étant dans deux cas sur trois, un manque de ressources (67,19%), alors que parmi les adhérents actuels qui ont répondu avoir interrompu le paiement des cotisations (8 personnes sur 54), cela ne représente que 25%.

Le prestataire de soins

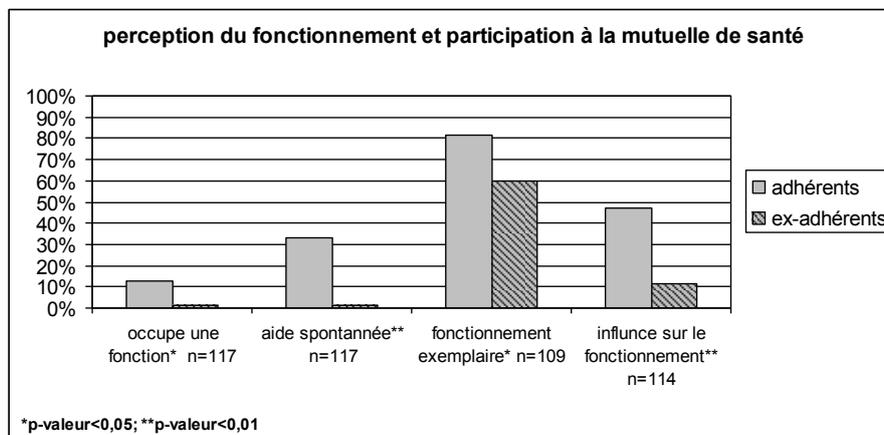
Plus de deux personnes sur trois sont satisfaites des prestataires de soins. Cependant, il semble que les adhérents actuels sont moins nombreux à ne pas être satisfaits, sans qu'on puisse le certifier.

La participation et l'appréciation et la connaissance de la mutuelle

Le fonctionnement de la mutuelle est jugé excellent par une majorité des interviewés. Les adhérents actuels étant tout de même plus nombreux à le déclarer (81,48%) que les ex-adhérents (60%).

De même, les ex-adhérents sont plus nombreux à avoir occupé une fonction (12,96% actuels, 1,59% ex-adhérents) (graphique 5.9). Parmi ces personnes, 33,33% des adhérents actuels l'ont fait spontanément alors qu'ils ne sont que 1,59% pour les ex-adhérents. Il en va de même pour l'influence sur le fonctionnement de la mutuelle : près de la moitié des adhérents actuels déclarent avoir une influence (47,17%) alors qu'ils sont un peu plus de 10% chez les ex-adhérents (11,48%).

Graphique 5.9 : Perception et participation à la mutuelle



La participation aux activités de la mutuelle est plus fréquente au sein des adhérents actuels que chez les ex-adhérents, quelle que soit l'activité.

L'activité à laquelle la fréquentation est la plus élevée est l'assemblée générale (62,96% adhérents actuels ; 33,33% ex-adhérents), suivi des discussions informelles (60,38% adhérents actuels ; 22,95% ex-adhérents). Le type d'activité auquel les deux groupes ont le moins assisté est la formation (22,64% adhérents actuels ; 4,84% ex-adhérents).

Les adhérents actuels comme les ex-adhérents ont été principalement informés par le staff de la mutuelle la deuxième source d'information étant les associations. La famille arrivant à égalité pour les ex-adhérents tandis qu'elle arrive en troisième position pour les adhérents actuels.

Les mécanismes de contrôle sont connus par plus d'adhérents actuels que d'ex-adhérents. Le mécanisme le plus connu vise les bénéficiaires, les moins connus étant ceux des prestataires de soins.

La connaissance du staff de la mutuelle montre des résultats similaires, les adhérents actuels sont plus nombreux à connaître le staff de la mutuelle. La catégorie la plus connue étant celle des gestionnaires tandis que la moins connue est celle des secrétaires.

Il en va de même pour la connaissance d'autres adhérents à la mutuelle : aucun adhérent ne connaît personne, contrairement aux ex-adhérents, et ils sont près de la moitié à connaître la totalité des adhérents à la mutuelle.

Quant à la solidarité, cette valeur est considérée par plus de 50% (59,26% adhérents actuels ; 46,94% ex-adhérents) des personnes interrogées comme étant une valeur commune au sein de la mutuelle de santé.

Enfin, moins de 10% (9,59%) des adhérents actuels pensent que des gens sont exclus de la mutuelle alors que ce pourcentage atteint 13% (13,21%) chez les ex-adhérents.

5.3.3 Synthèse des résultats

Alors que les différences démographiques entre les adhérents actuels et les ex-adhérents sont minimales, les ménages adhérents (ex- comme actuels) sont de plus grande taille que ceux des non-adhérents. Il n'en va pas du même pour les aspects économiques et la scolarité où les différences sont marquées pour les deux groupes. Les adhérents possèdent plus de ressources et sont plus longtemps scolarisés que les non-adhérents, les adhérents actuels, plus que les ex-adhérents.

En ce qui concerne la santé des ménages et leur utilisation des services de santé, il apparaît que les adhérents sont plus nombreux que les non-adhérents à avoir été malades les mois précédents l'enquête et à avoir bénéficié de soins dans les hôpitaux.

Quant aux différences entre les adhérents actuels et les ex-adhérents, elles se marquent plus par rapport aux contraintes financières vis-à-vis de l'accès aux soins, les adhérents actuels en souffrant moins.

Vis-à-vis du capital social, on observe des similitudes pour les quatre catégories de personnes interrogées. En effet, pour chacune d'entre elles, la proportion de personnes ayant des relations privilégiées est importante.

De même, le niveau de confiance accordé à différentes catégories de personnes est comparable au sein des différents groupes interrogés. La catégorie de personnes envers lesquelles l'ensemble de la population a le moins confiance est celle des étrangers, tandis qu'à contrario celle envers laquelle ils ont le plus confiance est celle des leaders religieux.

On remarque cependant des différences importantes concernant le nombre d'associations qui est plus important et augmente au sein des adhérents actuels alors que les ex-adhérents sont dans moins d'associations et leur nombre diminue chez les ex-adhérents. Il en va de même pour le prêt et l'emprunt d'argent qui est plus répandu au sein des adhérents actuels que des ex-adhérents.

Concernant la mutuelle, la connaissance de celle-ci vient principalement des associations pour toutes les personnes interrogées, même si la proportion la plus importante se trouve au sein des adhérents actuels.

On observe surtout des différences portant sur le niveau de connaissance (fonctionnement et responsables), d'implication (participation, fréquence et mode) et d'intégration (connaissance des adhérents) dans la mutuelle. Les différences les plus notables portant sur les connaissances des responsables de la mutuelle.

5.4 Résultats de l'enquête qualitative

5.4.1 Entretiens semi-structurés et focus group

La question de l'adhésion chez les adhérents

Provenance de l'influence

La plupart des adhérents interviewés affirment avoir été informés de l'existence de la mutuelle par le canal des responsables de la mutuelle. C'était lors de réunions de sensibilisation et d'information ou de campagnes de porte-à-porte. Ils ont aussi précisé le rôle joué par les religieux dans la décision d'adhésion.

Deux adhérents ont reconnu avoir eu leurs premières informations relatives à la mutuelle par la radio.

Processus d'adhésion

Tous les hommes interrogés ont affirmé avoir pris eux-mêmes la décision, pour certains d'entre eux après en avoir informé leur famille. Pour les femmes, la décision vient du mari, et en son absence, de la mère du mari ou du fils.

Motifs d'adhésion

Avoir un accès plus facile aux soins de santé a été pour tous les adhérents interrogés le principal motif d'adhésion. Les femmes ont insisté sur le fait que la mutuelle permet de soigner les enfants en cas de maladie.

La question de l'adhésion chez les non-adhérents

Motifs de non adhésion

Tous les non-adhérents interviewés savent qu'il existe une mutuelle dans leur localité. Certains d'entre eux ont même déjà acheté un carnet à l'occasion des réunions de sensibilisation. Ils déclarent cependant que le manque de ressources est la principale contrainte à leur adhésion. Ce manque de ressources découle soit d'une absence d'activités, soit de la taille de la famille : « *il est difficile de cotiser pour tout le monde, je ne peux pas sélectionner certains et laisser d'autres en dehors de la mutuelle* » (non -adhérent).

Un homme affirme que sa non-adhésion résulte d'un manque d'information et pour une autre femme, elle résulte de la « force du destin ».

Tous les interviewés ont déclaré envisager d'adhérer. Deux d'entre eux ont précisé qu'ils le feront dès que des ressources financières propres pour assurer la cotisation seront disponibles.

Dans un *focus group* de femmes non-membres, une partie des participantes affirme qu'elle n'a pas adhéré à la mutuelle par manque d'information sur la mutuelle. Certaines d'entre elles ne connaissent même pas son existence. Un autre groupe de participants évoquent la question des ressources : les frais d'adhésion sont élevés et les ressources financières manquent du fait de leurs activités qui tournent autour de l'agriculture. Enfin, une minorité de participantes affirme qu'elles n'ont pas adhéré à la mutuelle par négligence.

La question de l'adhésion chez les ex-adhérents

Motifs de retrait de la mutuelle

Tous les ex-adhérents ont arrêté de cotiser pour se retirer de la mutuelle. Aucun d'entre eux n'a démissionné.

Le manque ou l'insuffisance de ressources sont à l'origine de l'arrêt des cotisations pour les ex-adhérents à l'exception d'un seul. En effet, un homme chef de ménage déclare avoir arrêté de cotiser à cause du caractère non fonctionnel du poste de santé et les absences répétées de l'ICP.

La plupart des ex-adhérents ont affirmé vouloir réactiver leur carnet si un jour les moyens suivraient. Une femme ex-adhérente a reconnu son incapacité à verser le retard de cotisation.

Pour tous les adhérents d'un groupe d'ex-membres, le manque de moyens financiers est à l'origine de leur retrait de la mutuelle. Ils ont souligné que la principale activité des habitants de la localité est l'agriculture et la plupart des chefs de ménage sont des agriculteurs pauvres.

Certains participants affirment n'avoir pas renoncé à adhérer à la mutuelle. Si les choses s'améliorent, c'est-à-dire si la situation économique s'améliore, ils iront acheter la carte d'adhésion et assurer régulièrement la cotisation. Une minorité dit avoir encouragé leur parent, leurs fils en particulier, à adhérer à la mutuelle.

Pour la majorité des participants, l'existence de la mutuelle dans la localité est très importante. Elle facilite l'accès aux soins dans le contexte d'un milieu rural difficile.

La question de la participation

Motifs et manières de participer

La grande majorité des adhérents interviewés affirment assurer leur participation aux réunions organisées par la Mutuelle pour être informés de son fonctionnement.

Le manque de participation pour raisons d'indisponibilité personnelle (travail agricole ou ménager) a été évoqué par un homme et une femme. Une autre femme affirme que ses absences aux réunions découlent d'un manque d'information.

La majorité des ex-adhérents déclarent qu'ils ne participaient pas aux activités de la mutuelle pour diverses raisons : manque d'information, absence dans la localité, manque d'intérêt à suivre des réunions.

Les ex-adhérents qui participaient aux activités de la mutuelle reconnaissent l'utilité des réunions et causeries. Elles permettent à la mutuelle d'informer sur son fonctionnement et elles facilitent aussi le développement de la solidarité entre les membres.

Mode de fonctionnement de la mutuelle

Organisation et fonctionnement

La plupart des adhérents interviewés se disent satisfaits de l'organisation et du fonctionnement de la mutuelle. Elle apporte en permanence une aide précieuse aux ménages dans la prise en charge des soins. Mais certaines réserves sont émises par des adhérents sur les faiblesses de la mutuelle : cherté des cotisations surtout en période d'hivernage, faible disponibilité des médicaments dans les structures de soins, rareté des réunions d'information, éloignement des prestataires de soins.

Les ex-adhérents, à l'exception d'un seul d'entre eux, disent avoir été satisfaits de l'organisation et du fonctionnement de la mutuelle. Un agriculteur a fait remarquer que : « *exiger d'un agriculteur une cotisation pour chaque membre de la famille et cela chaque mois, ce n'est pas évident qu'il puisse le faire* » (ex-adhérent).

Circulation de l'information

Pour la moitié des adhérents interviewés, l'information ne circule pas dans la mutuelle. Il faut aller la chercher. Les dirigeants de la mutuelle descendent rarement sur le terrain.

Les types d'informations qui parviennent à certains adhérents concernent le fonctionnement de la mutuelle, le système de microcrédit et la sensibilisation sur les maladies.

La grande majorité des ex-adhérents affirme qu'ils étaient informés par la mutuelle sur son fonctionnement et sur les maladies. Cependant, un homme et une femme déclarent qu'à l'époque où ils étaient adhérents, ils ne recevaient pas d'information, car la sensibilisation ne se faisait pas.

Les non-adhérents se sont prononcés sur leurs besoins d'information dans leur vie quotidienne et dans la vie de la communauté. Ils déclarent avoir besoins d'information sur les questions suivantes : l'actualité nationale, les événements qui se déroulent dans le village, la religion. Les sources d'information citées sont la radio, les amis et voisins, les marchés hebdomadaires, le chef de village.

Gestion de la mutuelle

La majorité des adhérents pense que la mutuelle est bien gérée. Ses dirigeants sont sérieux : « nous n'avons rien à reprocher aux dirigeants » (Ahérent).

Cependant un adhérent et une adhérente affirment n'avoir aucune information sur la gestion de la mutuelle. Un autre adhérent fait remarquer que le responsable de leur localité n'est pas scolarisé, ce qui constitue un handicap pour la gestion de la mutuelle.

Pérennité de la mutuelle

Perspectives de fusion de la mutuelle avec d'autres mutuelles

À une exception près, tous les adhérents ont affirmé être favorables à la fusion de la mutuelle avec d'autres mutuelles. Par le biais de la fusion, les adhérents pensent que la mutuelle pourrait : augmenter sa liste de prestataires de soins et avoir la caution nécessaire pour signer des conventions avec les grands hôpitaux car ses ressources seront plus importantes. Une femme a manifesté ses réserves en disant qu'elle souhaite que la question de la possibilité de la fusion soit sérieusement discutée.

Tous les ex-adhérents se disent favorables à la fusion de la mutuelle avec d'autres mutuelles pour les mêmes raisons que celles avancées par les adhérents.

La plupart des participants d'un groupe de leaders d'associations sportives et culturelles pense que l'avenir de la mutuelle est prometteur à condition qu'elle maintienne sa dynamique actuelle. Ils pensent aussi que la mutuelle devrait penser à l'augmentation des conventions avec d'autres prestataires, à améliorer le statut de ses dirigeants en les sortant du bénévolat et à augmenter le nombre de ses adhérents. Elle doit aussi fusionner avec d'autres mutuelles et faire des requêtes de financement auprès des bailleurs pour augmenter ses moyens.

Pour la majorité des participants d'un groupe d'adhérents, la mutuelle peut assurer son développement et sa pérennité en :

- Rendant plus accessibles les cotisations du fait qu'il n'y a pas de salariés dans la localité ;
- Augmentant le nombre de conventions avec les structures de soins ;
- Fusionnant avec d'autres mutuelles pour augmenter sa capacité financière

Viabilité et solidité de la mutuelle

Tous les adhérents interrogés pensent que la mutuelle est solide et viable pour diverses raisons dont la plus importante est sa bonne gestion. L'augmentation de ses membres est, selon les adhérents, une preuve de sa viabilité.

La majorité des ex-adhérents partagent le point de vue des adhérents. Cependant, deux adhérents expriment leur réserve. Ils pensent que la mutuelle est encore fragile du fait que le nombre d'adhérents est toujours faible d'une part, et que ses adhérents soient en majorité des paysans agriculteurs aux faibles revenus, d'autre part.

Risques pour la survie de la mutuelle

Plusieurs éléments ont été identifiés comme constituant un risque à la survie de la mutuelle. Pour les adhérents, ces éléments sont les suivants : manque de transparence dans la gestion, affaiblissement du taux de recouvrement des cotisations ou des prêts consentis aux adhérents, démission de membres, insuffisance de sensibilisation, déficit de moyens pour les dirigeants.

Les mêmes éléments ont été cités par les ex-adhérents comme constituant un risque à la survie de la mutuelle.

Pour renforcer la solidité de la mutuelle, les adhérents ont cité les éléments suivants : la nécessité d'un soutien de partenaires, la sensibilisation permanente, la communication sur la gestion de la coopérative, le recrutement de nouveaux adhérents et le respect de la charte de la mutuelle.

En plus de ces éléments, les ex-adhérents ont cité la diminution du montant de la cotisation comme un élément de renforcement de la mutuelle. La plupart d'entre eux ont insisté sur l'accentuation de la sensibilisation.

Comportement des individus dans la mutuelle

Connexion et confiance

La grande majorité des adhérents interviewés déclarent avoir développé des relations avec d'autres membres de la mutuelle. Les retrouvailles au siège lors du paiement de la cotisation, les rencontres chez le prestataire de soins, les réunions et causeries organisées par la mutuelle, les rencontres à l'occasion d'un événement social (baptême, mariage, décès) organisées par un adhérent, facilitent les relations entre adhérents d'abord, et ensuite la construction d'un système d'aide et de solidarité entre eux. Les sujets discutés dans ces rencontres concernent le fonctionnement de la mutuelle, la situation dans la localité et l'actualité nationale.

Deux adhérents reconnaissent n'avoir pas développé de nouvelles relations avec d'autres membres de la mutuelle.

Cependant, tous les adhérents interviewés affirment avoir participé au travail de sensibilisation de non-adhérents pour les encourager à aller rejoindre la mutuelle.

À l'exception d'un ex-adhérent, tous les autres ont affirmé qu'à l'époque où ils étaient membres de la coopérative, ils avaient développé des relations avec d'autres adhérents. Un ex-adhérent confirme qu'il ne fréquentait pas la mutuelle. Cependant, tous les ex-adhérents ont déclaré qu'ils s'étaient investis dans la sensibilisation des non-membres de leur entourage pour les encourager à rejoindre la mutuelle.

Manifestations de la solidarité dans la communauté

La solidarité dans la communauté

Tous les non-adhérents ont reconnu la réalité de la solidarité dans leur communauté. Cette solidarité se manifeste de plusieurs manières : les gens assistent à toute cérémonie (mariage ou décès) organisée par un membre de la communauté ; quand quelqu'un a un malade, le chef du village ou un autre peut prêter un moyen de transport et de l'argent : « *quand une personne organise une cérémonie agréable ou douloureuse, tout le village la soutient et organise tout à sa place* »(Non adhérent).

Relations entre les individus, les institutions et les mutuelles

Relations avec les hommes politiques

Plus de la moitié des adhérents interrogés pensent que les hommes politiques de leur localité ne s'intéressent pas à la mutuelle parce qu'ils n'ont pas le temps.

Beaucoup d'autres adhérents, quant à eux, pensent que certains hommes politiques s'intéressent à la mutuelle en apportant soit leur appui, soit leur conseil.

La majorité des ex-adhérents pensent que les hommes politiques ne parlent pas de la mutuelle.

Relations avec les leaders communautaires

Pour les adhérents interrogés, il existe dans leur communauté des leaders qui ont une grande influence sur le fonctionnement de la mutuelle. Ont été cités : les responsables de la mutuelle, le responsable de la Fédération de l'Union des Maraîchers, certains enseignants et des leaders politiques.

Tous les non-adhérents interviewés ont identifié des groupes ou individus qui influencent les décisions importantes dans la vie de leur communauté. Ces groupes ou individus sont : le chef du village, l'imam, les anciens et les responsables associatifs.

La plupart des ex-adhérents pense que dans leur localité, il existe des gens qui ont une grande influence sur le fonctionnement de la mutuelle. Ils ont cité : le responsable local de la mutuelle, le Chef du village, l'Infirmier Chef de Poste et certains membres du bureau.

Relations avec les prestataires de soins

À l'exception d'un adhérent, tous les autres pensent que l'existence de la mutuelle a changé les rapports entre les populations de leur localité et les prestataires de soins. Pour ces derniers, la plus grande facilité d'accès aux soins a contribué à développer des relations de confiance entre les populations et les prestataires. Avoir affaire à des mutualistes facilite le travail de l'ICP. Certains adhérents affirment qu'ils reçoivent des conseils de l'ICP et que ce dernier a amélioré l'accueil : « *ils donnent des conseils et s'occupent bien de nous* » (Adhérente).

La majorité des non-adhérents affirme qu'elle a des difficultés avec les prestataires de soins. Ces non-adhérents soulignent plusieurs éléments : il faut parfois connaître quelqu'un au poste de santé pour être soigné ; les prestataires sont trop négligents et souvent indisponibles ; les stagiaires dans les structures de soins posent beaucoup de problèmes ; le poste de santé couvre un grand territoire, d'où des problèmes de suivi des malades. Cependant, moins de la moitié des non-adhérents affirment avoir de bons rapports avec les prestataires de soins.

La majorité des ex-adhérents estime que l'existence de la mutuelle n'a pas changé les rapports entre les populations de leur localité et les prestataires de soins. Pour eux, tout le monde peut se faire soigner s'il peut payer. Mieux, les prestataires de soins traitent tout le monde sur le même pied d'égalité.

Relations entre la mutuelle et les autres associations

Ressemblances et différences

Dans toutes les localités, il existe d'autres associations communautaires comme les *tontines*, *tours de villages*, *dahiras*, groupements féminins. Les adhérents interviewés ont identifié des ressemblances et des différences entre la mutuelle et ces associations.

Pour la plupart des adhérents, la mutuelle ressemble à ces associations sur les points suivants : la cotisation permet de bénéficier de services ; elles ont le même type de fonctionnement (cotisation, réunions) ; elles facilitent l'interconnaissance donc des relations d'amitié et de solidarité ; elles sont de bonnes initiatives visant l'amélioration des conditions de vie.

La mutuelle est aussi différente des autres associations sur les points suivants : elle s'occupe de santé alors que les autres s'occupent d'argent, de religion ou de loisirs.

Pour les ex-adhérents, la mutuelle ressemble aux autres associations de par son fonctionnement et son service de microcrédit. La mutuelle est avant tout une association selon certains ex-adhérents. Des différences existent aussi. La mutuelle n'a pas les mêmes objectifs et fonctionnent à partir de cotisations mensuelles.

Pour les non-adhérents, il existe des ressemblances entre la mutuelle et les autres types d'associations : octroi de crédits, structure de solidarité. La mutuelle a toutefois sa spécificité, celle d'assurer l'accès aux soins de santé.

La plupart des participants d'un groupe de leaders d'ASC pense qu'entre la Mutuelle et les ASC, les ressemblances sont plus nombreuses que les différences. Ces deux organisations partagent le même mode d'organisation : existence d'un bureau, système d'adhésion, cotisation régulière. Elles s'appuient aussi sur un esprit d'entraide et de solidarité. Cependant, la mutuelle s'active dans le volet santé et microcrédit et couvre très souvent un territoire plus large. Une des ASC accorde à ses membres des prêts et une autre s'est investie dans la sensibilisation pour améliorer l'hygiène et la santé dans la localité.

Pour les participants, les relations entre membres sont nettement plus développées dans les ASC que dans les mutuelles. Cela découle du fait que les ASC organisent des réunions mensuelles en dehors des réunions extraordinaires, ce qui facilite les contacts entre les adhérents.

La plupart des participantes d'un groupe de femmes non-membres a reconnu la spécificité de la mutuelle en tant qu'association : faciliter l'accès aux soins de santé. Cependant, la mutuelle est semblable aux associations en ce sens qu'elle accorde des prêts comme le font certaines associations. Une minorité de participantes reconnaît aux associations la possibilité de faciliter l'augmentation des revenus des membres à condition que les membres profitent bien de leurs AGR (Activités Génératrice de Revenu). Certaines participantes affirment ne connaître ni le fonctionnement des associations ni le fonctionnement de la mutuelle.

Liens entre la mutuelle et les autres associations

La plupart des adhérents pense qu'il existe une relation entre la mutuelle et les autres associations. Elles regroupent la plupart du temps les mêmes personnes dans la localité. Parfois, elles assurent ensemble les campagnes de sensibilisation. Deux adhérents estiment qu'il n'y a pas de liens entre les deux types d'association. Ils poursuivent des objectifs différents.

La grande majorité des ex-adhérents pense qu'il n'existe pas de liens entre la mutuelle de santé et les autres types d'associations. Trois ex-adhérents reconnaissent que ces deux types d'association ont les mêmes membres et parfois les mêmes responsables.

La majorité des non-adhérents ne voient pas de relation entre mutuelle et autres associations. Deux d'entre eux estiment qu'il existe un lien car mutuelle et associations ont les mêmes membres d'une part, et d'autre part, qu'elles font ensemble des actions de sensibilisation.

Liens en termes de taux et modalités d'adhésion

Le taux d'adhésion est plus important pour les autres types d'associations que pour la mutuelle selon tous les adhérents. Les raisons avancées pour expliquer ce constat sont les suivantes : les autres types d'associations sont plus anciens que la mutuelle ; les populations sont mal informées sur la mutuelle ; il est plus facile d'accéder aux ressources financières avec les associations.

Les ex-adhérents pensent eux aussi que le taux d'adhésion est plus élevé dans les autres types d'association pour les raisons suivantes : les populations sont mal informées sur la mutuelle, la création des autres associations est antérieure à la mutuelle, les cotisations à la mutuelle sont plus contraignantes, les jeunes ne se soucient pas de leur santé.

La contrainte constituée par des cotisations mensuelles pour une population non salariée et le manque d'information sur la mutuelle constituent, selon les non-adhérents l'une des explications du faible taux d'adhésion aux mutuelles. Les prêts octroyés par les associations rendent ces dernières plus attractives que les mutuelles selon les adhérents.

En ce qui concerne le taux d'adhésion, la plupart des participants d'un groupe de leaders associatifs pense qu'il est plus important dans les ASC, parce qu'elles réunissent jeunes et vieux et leurs activités sont plus élargies. Par ailleurs, leurs cotisations annuelles et mensuelles sont plus légères et moins contraignantes.

Importance de la mutuelle

Pour la grande majorité des adhérents, dans leur localité, la mutuelle est considérée comme l'association la plus importante du fait qu'elle assure la prise en charge sanitaire des membres du ménage : « *si on n'est pas bien portant, on ne peut rien faire* » (Adhérent).

Le *dahira* est identifié par un adhérent comme l'association la plus importante dans sa localité. Il facilite le rapprochement avec Dieu. Deux adhérents pensent que toutes les associations sont au même niveau d'importance.

À l'exception d'un seul, tous les ex-adhérents estiment que la mutuelle qui s'occupe de santé est la plus importante des associations. Un seul a identifié le *dahira* comme la première des associations du fait qu'il permet aux adhérents de se rapprocher de leur guide religieux.

Pour la majorité des ex-adhérents, la mutuelle est l'association la plus importante parce qu'elle assure l'accès aux soins. Cependant, diverses autres associations comme la caisse d'épargne et de crédits, le *mbootay* et le *dahira* sont cités par quelques ex-adhérents comme étant les premières associations par ordre d'importance devant la mutuelle.

Pertinence des associations

Tous les non-adhérents, à l'exception de deux d'entre eux, trouvent que toutes les associations de leur localité sont très utiles dans la vie sociale. Elles assurent l'entraide sociale en créant des liens entre leurs membres. Elles sont des associations d'entraide et de solidarité. Toutefois, certains non-adhérents estiment que toutes les associations ne sont pas pertinentes notamment à cause de leur mauvais fonctionnement.

Impact de la mutuelle

Utilité de la mutuelle pour les ménages

Selon tous les adhérents, tous les ménages ont tiré beaucoup de bénéfices de leur adhésion à la mutuelle. L'accès aux soins de santé est plus facile et les coûts sont amoindris : « *après l'avènement de la mutuelle, les choses se sont améliorées parce qu'en cas de maladie, on amène le malade au centre de santé sans difficulté et les ordonnances sont moins chères* »(Adhérent). En plus, la mutuelle accorde des prêts remboursables qui offrent la possibilité aux ménages de développer des AGR.

Certains adhérents soulignent le fait que la mutuelle a contribué à l'amélioration de la condition des femmes : elles n'accouchent plus à la maison, elles peuvent aller soigner leur enfant malade sans en référer à leur mari.

La facilité d'accès aux soins et la diminution des coûts de santé sont aussi évoqués par la grande majorité des ex-adhérents comme étant des avantages liés à l'adhésion du ménage. Deux ex-adhérentes affirment ignorer l'impact de la mutuelle sur les ménages n'ayant jamais bénéficié de ses services.

Tous les non-adhérents soulignent la possibilité d'accès aux soins à tout moment comme des acquis pour les ménages bénéficiaires.

La majorité des participants d'un groupe de leaders associatifs a reconnu l'importance de la mutuelle dans la localité qui est une localité agricole pauvre où il est difficile de se soigner. La mutuelle facilite l'accès aux soins surtout en période d'hivernage avec la prolifération du paludisme. Avec le volet micro-finance, la mutuelle permet aux ménages d'augmenter leurs revenus grâce au recours aux AGR. Ainsi, elle contribue à la lutte contre le chômage et la pauvreté et au développement local.

Les participants ont aussi cité quelques limites de la mutuelle :

- Elle accuse souvent un retard dans le paiement de ses factures au Comité de santé ;
- Elle n'a pas suffisamment de conventions avec les prestataires;
- Le microcrédit a recours à des taux usuraires, ce qui est une pratique interdite par l'Islam.

Les participants ont aussi souligné la difficulté de la prise en charge due à la fréquence des ruptures de stocks de médicaments et au comportement parfois inacceptable de l'ICP.

La plupart des participants d'un groupe d'ex-membres a affirmé que la perception de l'utilité de la mutuelle n'est pas remise en cause par leur attitude de retrait. Ils sont simplement des paysans pauvres qui n'ont pas, par conséquent, les moyens d'assurer une cotisation régulière.

Pour la majorité des participants, la mutuelle est une chaîne de solidarité. Elle leur permet d'augmenter leurs revenus à travers des prêts consentis par son système de microcrédit.

Pour la plupart des participants d'un groupe d'adhérents, la mutuelle assure sa fonction qui est de prendre en charge les soins de santé de ses adhérents. Cependant, certains participants ont souligné des dysfonctionnements importants : le mauvais comportement de la mutuelle avec les prestataires, la faible disponibilité des médicaments à la pharmacie du dispensaire. La plupart des participants pense que l'existence d'un service de microcrédit accroît le nombre d'adhérents à la mutuelle. Elle regrette cependant le taux d'intérêt à 15% qui est trop lourd pour les adhérents.

Les bénéfices de la mutuelle pour la localité

Selon certains adhérents, leur localité bénéficie de l'implantation de la mutuelle. Ils ont cité des éléments de preuve comme : la possibilité d'améliorer les ressources des ménages avec les AGR, l'amélioration de la santé des populations, du suivi de la grossesse, de la santé des enfants facilitant

leur scolarisation et celle du bien-être social, le renforcement de la paix dans le village par la consolidation des relations traditionnelles de solidarité et d'entraide.

Les ex-adhérents pensent que la mutuelle est utile dans leur localité dans le sens où elle aide les ménages pauvres en leur offrant la possibilité de faire des AGR en plus de faciliter la prise en charge sanitaire. Elle développe aussi l'entraide et la solidarité dans la localité.

Quant aux non-adhérents, ils évoquent la possibilité d'améliorer les revenus des ménages comme étant des avantages résultant de l'existence de la mutuelle. Toutefois, deux adhérents ont souligné le fait de l'éloignement du dispensaire de leur localité et des difficultés de transport des malades.

La majorité des participants d'un groupe de leaders associatifs pensent qu'il est de l'intérêt d'une localité d'avoir une mutuelle de santé. D'une part, la mutuelle peut assurer la couverture sanitaire de la localité et l'accès aux soins, d'autre part, elle peut participer au développement de la localité avec le microcrédit. Ainsi, contribue-t-elle à la cohésion sociale.

Priorités des familles

Tous les non-adhérents interrogés estiment que l'accès aux soins est une priorité pour eux : « *tu ne peux rien faire si tu n'as pas la bonne santé* » (Non-adhérents, Ngouye). Ils ont tous souligné, qu'en cas de maladie d'un membre du ménage, la décision d'aller le soigner revient au chef de ménage qui effectue aussi les dépenses nécessaires. Les femmes bénéficiaires ont rappelé que la décision de référer un malade au poste de santé revient au chef de ménage.

Certains non-adhérents ont évoqué les difficultés qu'ils rencontrent parfois pour disposer de l'argent nécessaire pour assurer les soins des membres de la famille.

Pour la majorité des participantes d'un groupe de femmes non-membres, la principale préoccupation du village est : « *comment faciliter l'accès aux soins pour les ménages ?* ». Dans ce sens, la grande priorité des ménages demeure l'accès aux soins de santé.

Une minorité de participantes a cité d'autres domaines qui sont aussi des priorités : disposer du matériel agricole nécessaire aux travaux des champs, avoir de l'électricité dans le village et avoir de la nourriture surtout en période de soudure.

5.4.2 Entretiens libres avec les acteurs

La question de l'adhésion

Motifs d'adhésion

Beaucoup d'acteurs ont déclaré que la solidarité devrait être une raison de s'inscrire à la mutuelle, mais semblaient croire que la population avait besoin d'être convaincue de ce bénéfice. Par exemple, un prêtre local a dit :

N19 : C'est cela notre travail de prêtre qu'il faut renforcer. C'est une œuvre de bienfaisance, quand vous n'êtes pas malade soyez content et sachez que vous permettez à d'autres de se soigner. C'est l'esprit de solidarité.

Un autre acteur a déclaré :

N4: Cette solidarité est une dynamique ancrée dans nos mœurs. Quand un voisin est malade je suis presque obligé de le soutenir. Il y a nos femmes qui ont leur regroupement. Nous avons nos dahiras. Si on insiste qu'on parvienne à les intéresser à cette autre forme de solidarité qu'est la mutualité...

N1: Lorsque la mutuelle fait sens pour eux ... c'est quand ils comparent avec ce qu'ils faisaient avant, ou ce qui arrive toujours parmi ceux qui ne sont pas membres de la mutuelle. Quelqu'un tombe vraiment malade, et ils n'ont tout simplement pas les ressources. Alors ils demandent autour de leurs voisins et les gens donnent quand on leur demande ... (la MS) est une manière dont vous pouvez contribuer, nous pouvons tous contribuer, au lieu d'être sur place, quelqu'un est près de mourir, vous devez trouver une façon de donner quelque chose, voici une manière dont tout est déjà organisé... ils le voient comme une forme de solidarité mutuelle

Le programme de microcrédit a incité les ménages à s'inscrire dans la MS :

N6: Le microcrédit c'est pour permettre aux membres de la mutuelle de pouvoir cotiser... On a constaté que depuis l'installation de la mutuelle de crédit, le taux de recouvrement de la mutuelle de santé a augmenté.

Enquêteur : Est-ce que vous pensez qu'il y a des individus qui ne trouvaient pas intéressant la mutuelle de santé, sont maintenant devenus membres à cause du microcrédit ?

N6: Effectivement oui, ça existe... Mais ça c'est une politique pour nous parce que dès l'instant qu'il adhère il met toute sa famille dans la mutuelle de santé donc c'est le meilleur pour nous.

L'attitude des gérants locaux était également importante :

N1: certains villages depuis le début fonctionnaient beaucoup mieux que d'autres, ce qui reflète les gérants, certains ont été un bon choix, et dans d'autres cas ils n'étaient pas. Je pense que c'est fondamentalement ce qui fait la différence. Je ne vois aucune différence réelle entre le village ici, et un village ici, pourquoi il aurait 40 personnes et il pourrait en avoir deux.

Motifs de non adhésion

Les acteurs ont cru que le manque de confiance a été une raison importante de non adhésion à la MS :

N13 : Comme ça se fait dans les pays africains, souvent quand les personnes ne font pas confiance à la personne, elles n'adhèrent pas à la mutuelle.

N3: ils se disent que ces gens vont nous tromper... On a eu beaucoup de projets qui ont échoué. Le projet a investi de l'argent pour les prêts ... maintenant les gens font la comparaison. Ils pensent que les gérants vont de nouveau détourner l'argent.

Motifs de retrait de la MS

Le manque de confiance a également été considéré comme un motif de départ de la MS :

N19 : ... il faut soigner la confiance car au moindre doute, les gens vont se retirer. Il faut la confiance que l'argent soit bien géré et qu'il n'y ait pas le moindre détournement, sinon c'est fini et il faudrait des années pour faire revenir les gens.

Dans une zone il y avait un nombre particulièrement élevé d'ex-membres. Cela s'explique en partie parce qu'un groupe de femmes avaient été inscrits en masse dans la MS à travers une association de femmes existante, mais apparemment, elles n'avaient pas continué à payer la prime après l'inscription initiale. La raison n'était pas tout à fait claire :

N24 : Sont venus parce que moi je fais partie des membres du point d'accueil ce jour-là il y avait beaucoup de femmes et puis on a posé sur la table une enveloppe d'une valeur de 300, 000 frs pour donner à chaque femme 1,000 frs pour l'achat des carnets...

Enquêteur : après le geste que vous avez fait, est ce qu'il y a des gens qui continuaient à cotiser ?

N24 : peut-être oui s'ils continuaient à cotiser jusqu'à présent ce serait mieux

La collecte de primes avait été centralisée suite à des problèmes de fraude. Cela signifiait que les membres de la MS ne pouvaient pas payer leurs cotisations si facilement. La tête d'un groupe de femmes catholiques dans un village se plaint :

N18 : Tout de même il y a un négatif comme par exemple l'éloignement de la mutuelle... c'est pas facile de quitter Mbelkhaoul pour aller cotiser à Ndongol. Si la mutuelle se trouvait dans notre village personnellement j'aurais fait de gros efforts pour adhérer et cotiser régulièrement. C'est cela le problème. Personnellement je ne connais aucun responsable de la mutuelle.

Il a été dit que si les gérants ne sont pas disponibles pour communiquer avec les membres alors ces derniers vont quitter la MS :

N3 : Parce que tu sais les gens sont orgueilleux lorsqu'ils arrivent et qu'ils ne te trouvent pas ils se démotivent et tu dois faire beaucoup d'effort pour les ramener.

Une dirigeante locale a signalé qu'elle ne pouvait pas continuer à payer les primes, car son mari était tombé malade, vraisemblablement ce dernier n'avait plus de revenus :

N18 : On en faisait partie mais à un moment donné mon mari est tombé malade et il a arrêté les cotisations. Mais je souhaite vivement adhérer.

Mode de fonctionnement de la mutuelle de santé

La question de la participation

Certains acteurs ont indiqué que le niveau de participation dans la MS n'est pas très élevé. Les membres se rencontraient seulement une fois par an à l'AG où il y avait peu de participants. De plus, il n'y avait pas eu d'AG l'année précédente due en partie à des désaccords dans la direction de la MS :

N6 : Au niveau de la mutuelle, les gens se rencontrent très rarement. Au niveau du microcrédit, chaque 6 mois ils se rencontrent alors que pour la mutuelle c'est peut-être une fois l'année. C'est lors de l'assemblée générale où tout le monde est convoqué. Environ 50-60% des membres assistent à l'AG.

La gestion de la mutuelle de santé

La direction

Globalement, la direction de la MS a été perçue comme étant très bonne et digne de confiance.

N14 : Donc les forces, c'est parce qu'il y a une bonne gestion. Les instances se tiennent régulièrement et les personnes du bureau sont impliquées dans la gestion...

N17 : le comportement des responsables reflète le bon fonctionnement de la mutuelle, ils informent les gens et les sensibilisent par rapport à la mutuelle.

N19 : La caisse était tenue par un boutiquier chrétien, en qui tout le monde avait confiance... Enquêteur : pourquoi les gens ont-ils confiance en lui ?

N19 : de façon générale, les gens font plus confiance aux chrétiens. Ils savent qu'il est honnête, il y a des choses qu'il ne peut pas faire. Il est bien connu dans le village. Non seulement il est chrétien mais il est d'une grande honnêteté, c'est pourquoi on lui a confié la caisse pendant des années.

N15 : Après il y a eu (le trésorier), les gens lui font confiance, c'est un chrétien, un sereer. En général, quand il y a un sereer les gens font confiance.

Cependant, il était à craindre que la direction n'avait pas changé depuis de nombreuses années, en partie à cause d'un manque de personnes capables dans la communauté :

N14 : le bureau ou le CA doit respecter le nombre d'années pour lequel il a été élu La difficulté à Ndongol c'est de trouver des gens qui puissent correctement lire ou écrire... L'autre difficulté c'est de trouver un gérant professionnel pour les mutuelles. Il faut qu'on les appuie pour les professionnaliser ; c'est cela qui peut nous aider.

Il a aussi été rapporté que le président et trésorier de la MS ont eu des difficultés à travailler ensemble et à partager la responsabilité, ce qui a contribué (en plus des problèmes contractuels de l'hôpital) à l'incapacité de tenir l'AG de l'année précédente :

N1 : Je pense que le fait qu'ils n'ont pas été capables de tenir leur assemblée vient du fait que (le trésorier) et (le président) trouvent toujours très difficile de travailler ensemble.

Les deux dirigeants de la MS n'avaient pas de relation auparavant, ce qui explique peut-être l'approche top-down dans laquelle la MS a été établie (voir ci-dessous):

Enquêteur : ... ce fut la première fois, qu'ils (le président et le trésorier de la MS) ont travaillé ensemble ?

N1 : Oui, c'est vrai ... Il n'y avait rien d'autre qui les rassemble, en un sens.

Le système de microcrédit

Le personnel du système de microcrédit avait une bonne connaissance de leurs membres, ce qui était considéré comme la clé de leur succès. Cependant, ce n'était pas le cas de la MS :

*N6 : Je travaille depuis 5 ans... Je connais la psychologie des gens, les bons payeurs, les mauvais payeurs... En matière de finance, il faut être prudent...comment faire pour éviter ces mauvais payeurs et que ces mauvais payeurs deviennent de bons payeurs. Tout ça c'est mon travail...
Enquêteur : Comme vous pouvez le faire avec le microcrédit, est-ce que vous pensez que c'est possible avec la mutuelle de santé ?*

N6 : ...Effectivement la mutuelle de santé est plus large que le microcrédit... Moi chaque 6 mois je reçois les mêmes personnes... Dans la mutuelle de santé c'est plus grand et plus difficile, on voit rarement les personnes car au niveau des carnets...

Le personnel du programme de microcrédit est apprécié pour son efficacité :

N16 : je n'ai jamais eu de problème avec les gérants comme la gestion est transparente. Tout le monde a accès au crédit. Ceux qui ne sont pas à jour sont sanctionnés. Il n'y a pas de problème. Ça marche bien. Il y a même des consultants à qui j'ai recommandé d'aller visiter la mutuelle de crédit de Ndongol.

Les gérants

Il y avait aussi quelques commentaires positifs relatifs aux gérants locaux. Par exemple, un chef d'un *dahira* a expliqué que les gérants et les membres de la MS sont très intégrés dans la vie du village :

N20 : Une bonne relation sociale existe entre les responsables et membres de la mutuelle et moi. Quel que soit le type de cérémonie existante chez l'un ou l'autre il y a toujours cet esprit de solidarité, d'entraide et d'appui social entre nous afin de mieux raffermir nos relations. Vous savez tous les membres de la mutuelle, nous vivons ensemble et nous nous connaissons bien avant la mutuelle. Ils avaient un comportement exemplaire...

Le personnel était une équipe soudée qui avait des liens à travers d'autres associations :

Enquêteur : est-ce que vous vous connaissiez avec les autres gérants et délégués avant la création de la mutuelle ?

N7 : On se connaissait presque tous. Ici, je connaissais tout le monde sauf le président. On se connaissait à travers les ASC, les associations de quartiers, etc. et on se retrouvait aussi dans des ateliers.

Certains membres du personnel de la MS se sentaient très proche de la population. Il leur arrivait de cotiser pour un autre :

*N3: on avait des gens qui venaient me dire si tu as quelque chose, cotises pour moi.
Enquêteur ... ah cela existait ?*

*N3: Oui avec certaine situations, tu peux savoir que la personne est réellement dans le besoin
Enquêteur : Mais tu le fais en tant que gérante ou en tant qu'ami !*

N3: En tant que gérante, si je peux. Mais quand je n'ai pas les moyens, je le dis.

Toutefois, dans un autre village, un chef religieux local a rapporté qu'il n'y avait pas une telle intégration :

N21 : Les responsables de la mutuelle, s'ils avaient fait ce qu'ils devaient faire, c'est-à-dire venir discuter avec les gens, les sensibiliser, on pourra vous dire qu'ils ont commencé ici, ils sont là, etc..., mais il n'y a pas d'actions ponctuelles. Dans ce village, les gens qui font partie de la mutuelle ne sont pas nombreux.

Il y a eu quelques problèmes avec la fraude parmi les délégués locaux, ce qui avait conduit à la centralisation de la collecte des cotisations :

N1: l'un des délégués (d'un village)..., les gens lui ont donné de l'argent et l'argent est allé ailleurs parce qu'il en avait besoin ... Donc à la fin nous avons accepté l'idée que les gens pouvaient payer directement à X (le trésorier) au lieu de le donner à leur gérant, ce qui a désemparé certains des gérants.

L'absence de rémunération du personnel est considérée comme un problème :

N2 : A chaque fois qu'on convoque une réunion, la plupart ne vient pas. Le problème c'est que parfois les gens doivent aller aux champs alors que le déplacement pour la réunion n'est pas rémunéré. Ils préfèrent aller travailler.

N2 : Si nous parvenons à avoir des partenaires afin de pouvoir payer correctement les responsables, ce serait bien.

Cependant, il existe diverses mesures d'incitation pour le personnel de la MS :

N7 : Depuis que j'ai commencé, on ne m'a pas payé. C'est le bénévolat, je crois au développement de mon village. Actuellement, je reçois une motivation en tant que gérant des activités génératrices de revenus qui sont financées par le GRAIDE. Sinon on reçoit des per diem lors des sessions de formation. Sinon, il y a la formation, les compétences qu'on reçoit au niveau de la mutuelle qui est une forme de motivation.

Enquêteur : Les gérants de la mutuelle pouvaient emprunter plus que les autres membres ?

N16 : Oui, il peut emprunter un peu plus que les autres, parce que la réglementation dit que dans le cadre de la mutuelle et dans l'UEMOA, les dirigeants ne sont pas rémunérés. Mais ils ont droit à un avantage de 20% dans le portefeuille de crédit.

L'organisation de la mutuelle

En général, la MS est perçue comme un succès :

N16 : ...c'est une mutuelle qui avait de bons résultats. La mutuelle avait réussi à régler ses problèmes et avait une réserve financière qui lui permettait de faire face à ces prestations...

Le système de microcrédit a également été perçu comme un succès par les structures d'appui:

N16 : Au début j'avais mis 3,5 millions à Ndongol. Actuellement, ils sont à 9 millions de distributions de crédit. Ce qui veut dire que les 6 millions sont maintenant des fonds propres. Ils ont un système de crédit à échéance unique c'est-à-dire qu'ils accordent un crédit tous les six mois à juste 15% et l'échéance 6 mois après. C'est beaucoup plus haut qu'ailleurs. Ils ont acheté du matériel de bureau à savoir ordinateur, imprimante, etc. Et chaque année, il verse 500 000 à la mutuelle de santé. Toutefois, le taux d'intérêt était considéré comme assez élevé :

N16 : C'est décidé à leur niveau. Nous avons proposé 1% par mois, eux ils ont choisi d'appliquer 15%.

Il y avait des personnes qui ont vendu des actifs pour être en mesure de rembourser leurs prêts, ce qui, a manifestement, n'a pas contribué à promouvoir l'objectif du système de microcrédit qui est de faciliter l'augmentation de revenus des membres.

La participation

En raison de problèmes d'organisation de la précédente AG, la communauté n'a pas eu l'occasion de participer officiellement à la gestion du système pendant deux ans.

Cependant, le personnel a été généralement perçu comme étant accessible et réactif. Par exemple, un chef de village estimait que les gestionnaires locaux ont pris note de ses points de vue sur le fonctionnement de la MS :

N17 : En général les responsables tiennent compte de mes remarques. Quand je suis d'accord avec leurs propositions je ne dis rien mais si c'est le cas contraire je le leur dis

Circulation de l'information

L'ICP croyait qu'une partie de la population vulnérable n'avait pas été suffisamment informée au sujet de la MS :

N5 : Les responsables doivent faire des programmes de sensibilisation. Bien que 90% soient sensibilisés, mais il reste une couche de population très sensible qui soit pas au courant
Enquêteur: c'est quel type de personnes ?

N5 : En général, c'est le troisième âge. Des personnes qui avaient une certaine réticence même pour fréquenter la structure sanitaire avant l'arrivée de la mutuelle.

Appréciation de l'avenir de la mutuelle

L'ICP aussi croyait que la MS devrait faire davantage pour promouvoir la prévention :

N5 : ...Je leur ai dit qu'avant, sur 150 consultations, il y a 95 cas de palu. J'ai vu le Président et je lui ai dit que vous avez privilégié le volet curatif, vous attendez qu'ils tombent malades pour les soigner. Vous prenez alors l'argent et vous les soignez. Vous oubliez le volet préventif. Si vous voulez aider les populations, il faut les aider à ne pas dépenser.

Un acteur croyait que, pour surmonter un manque de confiance dans les MS, les hôpitaux devraient commencer à fournir une assurance-santé :

N13 : Comme ça se fait dans les pays africains, souvent quand les personnes ne font pas confiance à la personne, elles n'adhèrent pas à la mutuelle. Dans ce cas pourquoi ne pas créer une mutuelle de santé basée à l'hôpital... C'est un contrat que la personne avec sa famille signe avec la structure sanitaire.

Comportement des individus dans la mutuelle

Connexion, confiance et transmission

La population couverte par la MS est rurale, relativement homogène et soudée sur le plan ethnique. Cela a aidé le programme de microcrédit pour la collecte des remboursements :

N6 : Nous sommes en milieu sereer, en fait chacun peut être indexé et si je ne paye pas mon père il le saura et ça sera vraiment une honte pour moi et personne ne voudrait qu'on l'indexe pour ça. Quand tu ne paies pas, tu fais un peu la honte. Allez en ville, il y a beaucoup de problèmes dans les caisses parce qu'il y a un « melting pot » là-bas c'est la différence. Ici tout le monde est parent ici, ou tout le monde se connaît.

Un responsable local nous a dit que les membres de la MS essayaient d'encourager les non-membres à adhérer :

N22 : les adhérents s'attendent toujours à faire adhérer les non-adhérents et ils les sensibilisent.

Alors que la solidarité entre les membres de la MS a souvent été mentionnée comme un motif d'adhésion, un acteur a laissé entendre que les membres de la MS sont peut-être moins enthousiastes à l'inter financement des familles des villages voisins:

Enquêteur : C'est plus facile de convaincre les gens dans la solidarité villageoise ou inter-villageoise ?

N19 : C'est plus facile au niveau du village mais il faut les convaincre que le village représente un échantillon trop petit et que pour que la mutuelle soit plus puissante il faut l'ouvrir aux autres villages.

Comportement des individus entre eux

Confiance et connexion

Les populations vivant dans la communauté rurale couverte par la MS se connaissaient généralement :

N6 : ... dans la communauté rurale c'est rare de rencontrer une personne qu'on ne connaisse pas dans les 16 villages.

Le mélange inter-religieux (chrétiens et musulmans) dans la population, n'a pas été perçu comme étant un facteur de division :

N5 : ici la religion ce n'est pas... tout le monde est parent, au sein des familles tu sais la moitié est chrétien et l'autre moitié est musulmane.

Cependant, malgré l'existence de tous ces liens, les valeurs de la communauté étaient perçues comme étant détériorées :

N15 : Quand tu es sereer, quand tu as des valeurs sereer comme l'honneur quand on te prend au vol, tu peux te suicider. Maintenant, les gens ne se suicident pas pour un vol ou un mensonge. Mais

avant tu donnes ta parole, c'est ça qui compte. Les valeurs elles-mêmes des sereer ont changé. Les choses ont beaucoup changé, ça ne gêne plus parce que les valeurs se détériorent.

Les familles sereer partagent des traditions communes, mais il n'y avait pas de tels liens traditionnels entre les villages wolof et sereer:

N15 : Lors de ses réunions, les différentes familles ont un représentant qui parle. Ce sont eux qu'on appelle les saltigués. Ils peuvent prédire l'avenir pour le village, pour les maladies. Et aussi les femmes font de même. C'est supposé couvrir tous les seize villages, mais on constate que seuls les villages sereer participent.

N15 : ...quand tu vois les seize villages... car quand tu vois les villages wolofs Nguémeissa, ndomboysa, Y a ay... je ne vois pas de parenté avec les gens d'ici qui sont des wolofs.

Relations entre la mutuelle et les prestataires

Les soins primaires :

Les liens entre la MS et le Poste de Santé contracté par la MS n'étaient pas très bien développés. L'ICP nous a dit :

N5 : ...je n'ai jamais assisté à une réunion. On ne m'a jamais convié à une réunion. Mais j'ai eu à assister à la phase préparatoire pour la mise en place de la mutuelle.

La mutuelle n'a pas signé de convention avec la case de santé, ce qui est un motif de mécontentement dans le village :

N17 : Si la mutuelle s'était établie dans le village ce serait un grand avantage puisqu'elle serait plus près de la population. Ensuite on a une case de santé au niveau du village et la mutuelle n'a pas signé de convention avec elle.

Au poste de santé, Il y a eu parfois des malentendus entre les patients sur les avantages qu'offre la MS, ce qui suggère un manque de communication :

N5 : Tu vois un mutualiste qui vient avec son carnet, il paie le ticket et puis se dirige directement chez l'ICP. On lui dit de suivre la queue, il refuse prétextant qu'il est membre de la mutuelle de santé. Il se dispute avec les autres. Et c'est l'ICP qui vient lui expliquer que tout le monde devait suivre la queue.

Il semble également que des non-adhérents ne comprennent pas la façon dont la MS fonctionne, car ils croient qu'il est injuste que les membres de la MS payent moins pour les soins :

N5 : Mais toujours est-il que la personne qui n'est pas membre de la mutuelle sent qu'elle a une défaveur par rapport au mutualiste parce qu'elle constate que l'autre donne toujours moins d'argent qu'elle. Elle constate l'avantage de l'autre.

Relations avec le comité de Santé

Un membre du comité de santé a expliqué qu'à la suite des directives politiques nationales et locales, les prestataires de soins de santé devaient s'impliquer dans le développement de la MS :

N5 : ...c'est d'abord une directive nationale. Il y a une politique et au niveau de chaque district, l'ensemble des postes de santé on fait le point chaque mois pour les mutuelles. Il y a des postes de santé qui ont des mutuelles. On essaie de booster les gens à créer des mutuelles.

Il y a des liens personnels étroits entre les prestataires et le personnel de la MS. Un membre du comité de santé a déclaré :

N5 : Quand il (le gérant de la MS) voulait savoir quelque chose, il me le demandait directement. Moi aussi quand je devais lui dire quelque chose je faisais tout pour le lui dire directement pour qu'il sache que c'est moi qui le lui ai dit... C'est mon cousin même. C'est son village que ma mère a quitté pour venir ici.

Toutefois, il n'existait pas de liens formels entre la mutuelle et le comité de santé. Le membre du comité a déclaré :

N5 : J'ai été à une de leurs AG, et j'avais même pris la parole. Lors de la dernière AG, on ne m'a pas convoqué. Ça m'avait surpris. S'ils sont parvenus à faire un travail et à demander que les gens apprécient, ils auraient pu convier l'ICP et le comité de santé...

N5: ...il y a un manquement, c'est au niveau de la communication. Ils (la MS) auraient dû être au courant de tous les problèmes du poste de santé. Ils devaient savoir qu'il y a avait des ruptures de médicaments afin de donner des éléments de solutions. Le comité de santé représente la population, donc si on signe une convention avec la mutuelle, elle doit savoir ce qui se passe ici.

La MS a investi dans un fonds pour les produits pharmaceutiques, produits gérés par le comité de santé. Cela a contribué à assurer un meilleur accès aux médicaments pour toute la population. Cependant, le comité de santé doit régulièrement rembourser la MS, et cela créait le sentiment que la mutuelle contribuait à la diminution de leurs profits :

N5 : La mutuelle peut faire des appuis aux postes de santé. Par exemple en achetant des médicaments, elle rendrait service à toute la population.

N5 : La mutuelle aide le poste mais aussi elle fatigue le poste. Parce que vous savez je vous ai dit que la mutuelle a un pourcentage dans la vente de médicament ce qui fait qu'on ne peut pas enregistrer de bonnes recettes.

Les hôpitaux

La MS avait l'intention de signer un contrat avec un hôpital, mais n'avait pas réussi à le faire au moment de la recherche. Un acteur a cru que c'était la raison pour laquelle la direction n'avait pas tenu une AG en deux ans. L'acteur a suggéré que l'absence de contrat était due à un manque d'assistance technique :

N1 : l'étape suivante a été ... d'organiser une convention avec l'hôpital de Diourbel ... ce que nous n'avons jamais obtenu à ce stade. Et malgré mes supplications et suppliant les gens de Thiès à venir et de les aider avec ça, il ne se passait pas. Donc c'est ce qui a bloqué (la tenue d'une AG), plus encore que les différences de personnalité ... ils (les dirigeants de la MS) ne savent pas quoi dire.

Il est cependant possible que l'hôpital du district ait été réticent à signer un contrat avec la MS. Décrivant les tentatives faites par d'autres mutuelles de faire un contrat avec l'hôpital de Diourbel, un acteur a rappelé que les médecins hospitaliers avaient été contre la réduction des frais qui étaient inclus dans le contrat :

N13 : Toutes les mutuelles communautaires ont bénéficié d'un abattement systématique de 20%. Les prestataires, les médecins viennent nous dire, vous voyez tout ce que j'ai fait, ça ne nous rapporte que cette maigre somme.

Relations entre la mutuelle et les autres associations

Il y avait beaucoup de types d'associations à Ndongol. Ils étaient considérés par les acteurs comme une passerelle pour l'inscription à la MS :

N24 : la mutuelle doit désormais s'imprégner davantage dans toutes les localités et que la mutuelle est là pour tout le monde, on ne peut pas taper porte-à-porte mais on peut regrouper les groupes et discuter

Les associations ont une variété de fonctions. Certaines sont des associations traditionnelles et d'autres sont récentes. Par exemple, les associations de familles élargies ont développé une fonction sociale en réponse à l'exode rural car on se sentait en danger en ville avec le risque de perdre contact avec ses proches. Ces associations ont été perçues comme une extension de groupes familiaux traditionnels qui ont une fonction plus pratique comme l'agriculture ou l'éducation :

N15 : suivant la tradition, ils s'entraidaient au niveau des champs. Par exemple, dans mon village les jeunes se regroupent pour aider quelqu'un. On se met ensemble lors de la circoncision pour aider, éduquer. Maintenant on ne sent plus la présence des familles, mais plutôt les associations de familles qui se réunissent par exemple chaque année... c'est-à-dire que toute la grande famille se retrouve pour recréer une forme de solidarité...

Enquêteur : Est-ce que ces nouvelles associations s'occupent d'activités génératrices de revenus ?

N15 : Bon, c'est d'abord un fourre-tout, les gens se retrouvent, passent la journée. Pour se connaître. Mais il n'y a pas d'objectifs de ce genre. C'est du social. C'est peut-être à cause de la modernité, certains sont à Dakar, travaillent ailleurs ou voyagent. Les membres d'une même famille se retrouvent par hasard quelque part et ne se connaissent pas. Ils se demandent comment est-ce possible ? C'est peut-être comme ça que les gens ont senti la nécessité de créer des associations de famille.

Il n'y avait aucun lien entre ces types d'association et la MS.

Les regroupements religieux musulmans appelés "dahiras", étaient très populaires à Ndongol. Les taux des cotisations étaient comparables avec ceux de la MS :

N20 : Le dahira est composé de plus de 1000 membres. Il existe une cotisation mensuelle de 500 F/membre. Chaque année, chaque membre cotise 6000 F pour l'organisation de la cérémonie religieuse et aussi 5000 F/an pour le fonctionnement. Pour l'adhésion, la carte pour le participant est à 500 F. Seule la photo de l'adhérent principal figure sur la carte.

Comme la MS, les dahiras avaient une fonction de santé, puisque l'argent recueilli a servi à payer les soins de santé des talibés (jeunes élèves en religion):

N4: il y avait une autre forme de solidarité avec les « ndeyu daara ». Ce sont des femmes qui collectaient chaque mois des cotisations pour acheter des médicaments pour les talibés. Elles passaient aussi dans les daras pour faire la lessive. Elles sont nombreuses les ndeyu daara.

Les dahira ont été considérés comme similaires à la MS, car ils étaient tous deux concernés par l'entre-aide

N13 : La corrélation entre l'adhésion à une mutuelle et l'appartenance à un dahira est très forte parce que dans ces instances où l'on prône l'entraide, les gens perçoivent la mutuelle comme un instrument pour matérialiser cet esprit d'entraide.

Les chefs religieux et ceux d'organisations musulmanes ont été perçus comme ayant une influence sur l'opinion publique et comme des personnes pouvant faciliter la promotion de la MS :

N13 : En fait, je pense que la personne sent le besoin d'adhérer. Mais si l'initiative vient du marabout ça devient plus facile parce qu'il est porteur de voix.

N4 : au Sénégal, il y a une dynamique communautaire qui est très vivace chez les mourides qui peuplent la région de Diourbel. Le marabout Gaïndé Fatma, en mettant en place les dahiras, insistait beaucoup sur cet esprit d'entraide qui s'est matérialisé dans la mutuelle.

N3: Il y a beaucoup de membres de notre dahira qui sont membres de la mutuelle. Même n'étant plus gérante, je parle de la mutuelle dans le dahira et au marché. J'ai réussi à amener des membres.

Toutefois, la MS ne semble pas avoir exploité ces instruments de promotion. Par exemple, un imam dans l'un des villages a affirmé qu'il n'avait jamais été sollicité par la MS, mais qu'il serait disposé à lui apporter son soutien :

Enquêteur : Est-ce que certains membres (staff) sont venus vers vous pour vous parler de la mutuelle de Ndongol ?

N23 : A mon niveau personne n'est venu vers moi...

Enquêteur : Si toutefois le staff de la mutuelle venait vers vous vous parler de la mutuelle en tant que guide religieux est-ce que vous serez en mesure d'influencer les personnes pour qu'elles adhèrent massivement à la mutuelle en tant que porte-voix ?

N23 : Cela je ne le refuserai jamais...

L'association-phare pour le développement de Ndongol a été la Fédération des Groupements de Paysans. Elle a été autofinancée pendant plus de dix ans et a soutenu les activités de maraîchage dans les villages :

N12 : Dans chaque périmètre, il y a 30 personnes qui s'activaient autour du maraîchage. De 1983 à 1993, c'est la Caritas qui couvrait. Mais en 1993, il y a eu l'évaluation du partenaire qui avait

réduit sa subvention. On ne pouvait plus continuer. C'est la raison pour laquelle les populations ont senti la nécessité de regrouper dans une association-mère nommée la fédération. En 1996, on cheminait avec nos propres moyens. En 1999, on a pris notre autonomie en se construisant un siège, le bâtiment où nous sommes avec la collaboration belge. En ce moment, on prend en main toutes les activités.

Les dirigeants de l'équipe de la Fédération se connaissaient avant de travailler ensemble dans la structure Cela a été considéré comme un élément-clé de leur succès. Il semble y avoir une bonne relation de travail et la compréhension entre les dirigeants et les membres. La mutuelle n'a pas bénéficié du même contexte d'interconnaissance :

Enquêteur : Quelles sont les clés de votre réussite ?

N12 : Le succès c'est d'abord grâce à l'équipe. Ensuite la population que nous encadrons. L'équipe parce qu'elle est composée de personnes qui ont les mêmes objectifs et sont animées par la volonté commune d'agir... on se comprend facilement. Et chacun sait ce que l'autre doit faire. En plus de ça, il y a le rapprochement du milieu. Par exemple lui et moi sommes du même village. C'est ça la force de l'équipe.

Enquêteur : Et la population ?

N12 : C'est une population facile à encadrer parce qu'elle a beaucoup de volonté... quand nous intervenons et que nous laissons des conseils, les conseils sont très bien appliqués.

Enquêteur : Vous pensez que la mutuelle pourra appliquer ce modèle ?

N12 : Pourquoi pas. Il suffit de trouver le personnel qui adhère à la même vision et qui aime le travail.

La MS a essayé de s'appuyer sur l'expertise de la Fédération, mais les dirigeants de cette dernière ne pouvaient s'investir dans la gestion de la mutuelle par manque de temps :

N12 : ...ils m'avaient coopté pour leur accompagnement. Mais du fait de la charge de travail et du manque de temps, je me suis senti incapable de faire. J'étais obligé de me retirer.

Il n'y avait également aucun lien entre la MS et les ASC locales :

Enquêteur : Est-ce que l'ASC est bien organisée à Ndongol ?

N1 : Pour le navétane, chaque année, ils ont leur concours ... ils ne font rien pour le reste du temps. Parce qu'ils ne sont pas là. La plupart des jeunes gens sont partis étudier, ou essayer de travailler ...

Enquêteur : Ils n'intègrent pas les activités de développement dans l'ASC ?

N1 : Non, nous l'aimerions ...

Relations entre les mutuelles

La MS de Ndongol fait partie de la coordination régionale des MS à Diourbel. Mais, il y avait des sentiments mitigés au sujet des avantages de la coordination. Le fait de payer des droits d'adhésion à la coordination dérange certains responsables de la mutuelle d'autant plus qu'ils ne voyaient pas encore l'apport de cette dernière.

Un acteur croit que l'union des MS a été un mécanisme de promotion personnelle pour les mutualistes :

Enquêteur : Tu disais qu'il y a des personnes qui essayaient de se promouvoir personnellement, mais c'est à quel niveau ? Au niveau des mutuelles ou au niveau des réseaux des mutuelles ?

N13 : C'est... qu'on a vu des gens se positionner alors que leurs mutuelles ne fonctionnent plus. Le réseau est une passerelle pour eux. Je pense que c'est moins dans les mutuelles elles-mêmes que dans les réseaux.

Cependant, certains acteurs croyaient que la survie des mutuelles dépend de leur capacité à s'unir :

N4 : Si vous allez à Diourbel, il y a 9 mutuelles avec un taux de pénétration très faible. Les mutuelles qui sont dans un même quartier, pour survivre, doivent s'organiser pour mettre en place une mutuelle forte.

N4 : Les mutuelles, si elles veulent survivre, elles doivent s'unir.

Relations entre la mutuelle et les bailleurs et structures d'appui

Relations avec l'Eglise

L'action de l'Eglise était considérée comme essentielle pour le développement de Ndongol :

N15 : Vraiment si Ndongol est développé s'est grâce à l'action de Caritas, c'est eux qui ont fait l'eau, la route.

N19 : Il n'y avait rien ici au départ, c'était un désert. Il faudrait avoir les photos de Ndongol au début. C'était vraiment la désolation. L'évêque a dit qu'il faut aller à Ndongol pour secourir les gens dans leur détresse. C'est pourquoi on a fait un projet intégré à l'époque, avec beaucoup de millions à l'époque pour lancer le projet d'ici.

Comme à Fandène (voir l'étude de cas de Soppante), l'implication de l'Eglise catholique a également été la clé de la création de la MS de Ndongol :

N19 : Notamment le diocèse a insisté à ce que cela (la mutualité) soit vulgarisé au niveau des autres zones, et comme ici il y a la mission catholique qui dépend de Thiès, notamment les Sœurs, elles ont tout fait pour ce qui s'est fait comme expérience au niveau de Fandène soit aussi fait ici au niveau de Ndongol. C'est l'initiative des Sœurs hein cette mutuelle-là.

N14 : ...il n'y a personne qui fait le travail de sensibilisation qu'elle (la Sœur) faisait. Elle mettait les moyens de leur congrégation pour la sensibilisation. Elle prenait sa voiture, son carburant pour faire le tour des villages, surtout pendant la période hivernale pendant laquelle les gens ont besoin de la mutuelle.

Le rôle des missionnaires a été positivement apprécié par la population :

N15 : ...au départ c'était l'Eglise qui gérait l'argent. On se disait ce sont des gens de l'Eglise, ils ne voleront pas l'argent. Des sœurs et des prêtres, eux ils ne volent pas.

N1 : Je suppose que c'est l'une des autres choses importantes, qu'ils savaient, si les sœurs ont été impliquées, alors la MS pourrait marcher.

Cependant, contrairement à Fandène, l'Eglise catholique à Ndongol n'a pas cherché à réserver la MS pour les catholiques. Une des sœurs a dit :

N1 : ... nous l'avons dit, c'est les catholiques et musulmans ensemble. Ce qui est très différent de Fandène. Le rôle de l'Eglise à Fandène est probablement très différent de ce qu'il a été à Ndongol, et c'est pourquoi beaucoup de gens ne comprennent pas notre façon de travailler à Ndongol, où l'Eglise a été dans un rôle de service plutôt que dans un rôle de dirigeant.

N1 : ... c'est vraiment le travail de ces personnes (de Ndongol), et ces gens sont dans la majorité, musulmane ... Si l'Eglise est là, nous soutenons ... Donc, il leur appartient, il ne nous appartient pas.

La force de l'appui donné par l'Eglise a également été perçue comme une faiblesse par certains qui pensaient que la population était trop dépendante de l'implication des sœurs :

N14 : Maintenant, les faiblesses portent sur le fait que nous sommes très dépendants d'un seul groupe. Qu'est-ce qui arrivera à la mutuelle si les sœurs se retireraient ? ... N'est-ce pas grâce à elles qu'on a le peu de résultats par rapport aux autres ?

Un prêtre de Ndongol croyait que l'Eglise catholique avait influencé le développement des MS au niveau national :

N19 : le gouvernement compte beaucoup sur l'Eglise car l'exemple de la mutuelle de Fandène a fini par créer la mutuelle de l'Hôpital Saint Jean de Dieu, le gouvernement qui connaît cette expérience est en train de l'étendre au niveau national. Cependant il y a l'élément de confiance que l'Eglise a et que le gouvernement n'a pas.

Relations avec les ONG et bailleurs internationaux

Ndongol est une zone rurale très pauvre qui a commencé à se développer récemment :

N1 : quand vous regardez Ndongol il y a 23 ans, quand je suis arrivé, et ce qu'il y a maintenant, il n'y a aucune comparaison. Il y a des jeunes qui ont eu une éducation vraiment bien, qui ont réussi et sont en train de réussir, et qui occupent des emplois très élevés à Dakar et ainsi de suite, donc les possibilités sont tout-à-coup là.

Les bailleurs sont considérés comme une source importante de développement :

N24 : chaque homme et femme vivant dans une localité doivent adhérer à une association ou à un groupement par la suite si tu veux faire un partenariat avec les bailleurs ou des ONG et s'il n'existe pas de groupement il sera difficile de travailler seul

Les bailleurs internationaux ont été les principaux acteurs dans le démarrage des MS à Diourbel. Certains acteurs croyaient qu'il y avait des avantages et des inconvénients à la participation des bailleurs :

N4 : Quand les allemands ont réhabilité l'hôpital relevant le niveau technique, ils ont pensé que pour rentabiliser, il fallait permettre aux populations d'y accéder. Ce qui n'était possible compte tenu de l'état de pauvreté des populations qu'en mettant ensemble les populations. C'est ainsi qu'ils ont mis en place un comité de pilotage regroupant l'ensemble des autorités politiques, administratives, coutumières, religieuses et les associations de développement. Il y avait aussi quelques promoteurs ... Quand je jette un regard entre ce qui se passait avec les allemands et ce qui se passe aujourd'hui, je me dis qu'il y a des avantages, mais il y a aussi des faiblesses dans la démarche parce qu'on a suscité l'initiative. Mais le besoin n'était pas senti à la base. Donc tant que les allemands étaient là, on ne pouvait pas dissocier la motivation profonde et la motivation basée sur des facilités. Quand les allemands sont partis, on s'est rendu compte qu'il y a eu des mutuelles qui ont connu des difficultés. Seuls ceux qui avaient la conviction ont pu continuer.

N13 : ... j'avais toujours dit qu'il fallait faire attention au piège de la coopération parce que tant que la coopération était là il y avait possibilité d'appuyer. Maintenant la coopération est partie, si les gens ne sont pas proactifs, on ne peut pas continuer à promouvoir la mutualité...

Beaucoup des MS ont échoué lorsque la coopération allemande a quitté Diourbel et il y avait le sentiment que le mouvement mutualiste avait maintenant besoin de se réinventer et de s'appuyer sur de nouvelles personnes afin de retrouver son élan :

N13 : Il y a eu une multitude de mutuelles qui parfois ne fonctionnent pas. L'avenir n'est pas radieux. Mais le potentiel y est. Si on recadre les choses autour du médecin chef de la région, les gens trouveront les formules en fonction des spécificités de chaque zone pour que les mutuelles renaissent de leurs cendres avec un appui institutionnel. Déjà, il y a des leviers de solidarité qui sont là, il faut les capitaliser et bien choisir les hommes parce qu'on ne peut pas vivre une expérience qui n'a pas été fructueuse et redémarrer avec les mêmes personnes.

Une ONG internationale a fourni un soutien important dans le lancement de la MS :

N1 : Elle (la représentante de l'ONG) a bien fait d'expliquer à tous de quoi il s'agissait et en disant que ce dont nous avons besoin c'est de choisir les délégués, chacun de votre village, les amener à cette journée, elle leur a donné les dates, et les délégués feraient une formation de 3 jours, pour vraiment leur donner une compréhension

La MS a aussi bénéficié du soutien de la tenue de l'assemblée générale et des élections :

N7 : Durant le pilotage, on avait relayé l'information sur l'utilité de la mutuelle et ses avantages. A la fin, nous avons convoqué une assemblée générale avec la présence des délégués qui avaient constitué le conseil d'administration. C'est ce conseil d'administration qui avait élu le bureau exécutif. Il y a aussi un comité de contrôle qui est élu par l'assemblée générale. Pour cela, nous avons fait appel aux (structures d'appui) pour nous donner des conseils concernant les organes et leurs rôles.

L'ONG a introduit le microcrédit pour les membres de la MS :

N16 : Pour donner un appui aux mutuelles de santé, ils (l'ONG) voulaient donner un appui aux mutuelles de santé parce que dans certaines localités, les gens n'avaient pas de sous pour cotiser... Il y avait beaucoup de femmes membres de la mutuelle qui n'avaient pas d'activités génératrices de revenus. On a senti qu'en les donnant un peu de sous, en les initiant aux activités génératrices de re-

venus, elles vont être en mesure d'honorer leurs cotisations à la caisse et de développer le capital financier de la caisse.

Le microcrédit a un programme performant en termes de prêts et de remboursements :

N6 : Nous les (2 millions CFA) avons redistribués aux membres. Les différentes activités qu'ils mènent sont l'embouche, les petits commerces, des activités génératrices. Et chaque 6 mois ils remboursent, nous faisons une part des titres et un rapport détaillé des activités. Aujourd'hui nous sommes presque à 8 millions si les remboursements sont complets.

N6 : aujourd'hui, sur les 79 qui ont emprunté, ceux qui n'ont pas remboursé sont juste 5 personnes. Je sais qu'elles vont venir. D'habitude, le taux de remboursement tourne autour de 99% voire 100%.

Le taux d'intérêt est considéré comme étant très élevé, mais les recettes perçues grâce à l'intérêt sont destinées à être utilisées pour financer la MS :

N16 : Ils ont un système de crédit à échéance unique c'est-à-dire qu'ils accordent un crédit tous les six mois à juste 15% et l'échéance 6 mois après. C'est beaucoup plus haut qu'ailleurs. Ils ont acheté du matériel de bureau à savoir ordinateur, imprimante, etc. Et chaque année, il verse 500 000 à la mutuelle de santé.

N6 : Peut-être quelques contraintes que rencontre le microcrédit surtout au niveau matériel. Si on peut avoir un logiciel de gestion. On ne peut pas continuer à faire le travail manuellement. Le GRAIDE ne nous fournit pas le matériel

Pendant, pour certains acteurs, les experts techniques ont bien appuyé la MS et le microcrédit lors de leur établissement, mais, ils n'ont pas continué cet appui pendant les années suivantes :

N1 : L'administration est fondamentalement trop difficile pour eux (les dirigeants de la MS). Et c'est pourquoi je téléphonais constamment à Thiès et en disant est-ce que cela vous dérangerait de venir et simplement de donner un peu d'aide? ... dans les deux premières années ils (les experts techniques) sont venus assez souvent et ensuite ils ont supposé que (la MS) serait alors continuer, mais en réalité ils (les dirigeants de la MS) avaient besoin de plus de soutien administratif.

N2 : en tant que responsables, nous nous plaignons de notre manque de formation et de maîtrise pour mieux communiquer avec les populations.

Par ailleurs, les résultats d'un rapport commandité par GRAIM n'ont pas été diffusés correctement. Un acteur croit ce rapport est à l'origine du retard de plus de deux ans de l'assemblée générale :

N1 : Une jeune femme a fait un rapport, mais nous ne comprenions pas une chose ce qui est sortie! Et ce rapport devait être présenté à l'assemblée générale.

Relations entre la mutuelle et l'Etat

Les changements intervenus dans le conseil rural annonçaient, selon certains acteurs, la possibilité pour la mutuelle d'obtenir des subventions de la part des autorités locales :

N1 : la décentralisation a été un processus long et continu, mais soudainement, c'est sérieux, et c'est pourquoi l'élection a été une grande chose. Parce que soudainement, il y a de l'argent.(...) Soudain, il est intéressant d'être un Président de Communauté Rurale, ou un maire, ou un conseiller, parce que soudain, il y a de vastes sommes d'argent comparé à ce qu'il y avait avant. Donc, c'est devenu très politisé.

N1 : Je pense qu'il y a une meilleure possibilité (de subventions de l'Etat) maintenant, parce que le nouveau qui a été élu est beaucoup plus capable de comprendre ce qui se passe ... (il) est une amélioration merveilleuse par rapport à la précédente que nous avons eue. Le fait qu'il soit un enseignant signifie qu'il est alphabétisé, que les autres n'étaient pas ...

N13: ... pour la stratégie de la mutuelle, il y a des gens qui veulent adhérer, mais ils n'ont pas les moyens. La collectivité locale peut aider en les sponsorisant.

Les liens personnels de la MS avec le nouveau gouvernement local sont également considérés comme une source de force dans la négociation de soutien, bien qu'il n'y ait eu aucune promesse spécifique pour financer la MS

Enquêteur : Est-ce que vous avez discuté avec le nouveau Président de la Communauté Rurale ?

N2 : Oui parce que l'un de ses adjoint est mon vice-président. Nous passons par lui. Nous parlons souvent au vice-président de nos doléances. Mais comme il vient juste d'être installé, nous attendons.

Enquêteur : Lors de sa campagne, est-ce qu'ils parlaient de la santé dans leur programme ?

N2 : Oui, ils disaient qu'ils allaient aider les gens à l'accès des soins. Mais ils ne parlaient pas de la mutuelle directement.

Toutefois, l'implication du gouvernement dans le développement de la MS est également considérée avec une certaine appréhension. Un acteur croyait que la participation du gouvernement dans la coordination de Diourbel a été potentiellement problématique :

N1: ... la coordination de la MS dans notre région ... est une sorte de, (soupir), ce n'est pas exactement le gouvernement, mais le gouvernement est impliqué. Et je suis très méfiant de ça ... Le gouvernement sénégalais voit que les MS marchent. La prochaine étape est de dire, nous allons essayer d'organiser eux. Qui, en termes du gouvernement sénégalais, c'est-à-dire nous allons voir si nous pouvons obtenir une partie de cette argent! Bien sûr, les gens dans un endroit comme Ndongol le savent. Et ils disent, non, c'est notre argent ! Nous n'aimons pas à payer la coordination, et encore moins le gouvernement ! C'est juste mon interprétation.

Cependant, un autre acteur semblait plus confiant en pensant que la MS ne serait pas politisée :

N22 : ceux qui font de la politique nous apprécient beaucoup et ils sont sûrs qu'ils ne peuvent pas politiser la mutuelle.

Impact de la mutuelle

Les acteurs ont donné leur point de vue sur les effets de la MS sur divers aspects de la vie communautaire.

Santé / accès aux soins de santé

La MS a été perçue par l'ICP comme une amélioration de l'accès aux soins de santé et celle de la disponibilité des médicaments :

N5 : il y a quand même une différence dans la mesure où certaines personnes éprouvaient des difficultés financières pour se soigner. Maintenant non seulement ils viennent mais ils sont réguliers. Avant ils ne venaient que quand ils avaient de l'argent. Et... il y avait aussi le fait que les gens venaient très tard au poste de santé pour des consultations... Maintenant ils viennent tôt pour se faire traiter et ils dépensent moins. Il y a un traitement précoce, donc la mutuelle a beaucoup changé les mentalités, et ils dépensent moins, c'est très positif.

N5 : ... on avait dit tout au début à la mutuelle d'investir, pour minorer le risque de rupture de médicaments, de donner une caution. C'est pourquoi on n'a pas de rupture.

Toutefois, d'autres acteurs croyaient que la disponibilité des médicaments était toujours faible :

N17 : il y a des choses à revoir par exemple, ne pas avoir la facilité d'acheter toutes sortes de médicaments prescrits, qu'il faut aller dans les officines où c'est plus cher et la mutuelle ne te rembourse pas.

Certains acteurs croyaient que l'adhésion de la MS a permis de faciliter l'accès aux soins de santé :

N22 : Si tu es absent de ta maison, tu es sûr que si un membre de ta famille est malade il peut se soigner.

Empowerment des patients

La MS est considérée par les prestataires comme ayant le droit de représenter les intérêts des patients, suggérant qu'elle avait le potentiel pour responsabiliser les patients :

N5: Si quelqu'un était mal reçu ou pas soigné, il aurait pris son carnet pour voir les gens de la mutuelle et leur expliquer. Là, ils seront obligés de venir nous voir. Mais pour le moment, il n'y a pas de problème avec le comité qui est là.

Un gérant de la MS a également signalé que la MS a pour rôle de défendre les intérêts des patients auprès du poste de santé :

N22 : Je peux dire que chaque mois un bénéficiaire vient faire des réclamations pour dire qu'il a eu des problèmes avec la structure sanitaire, nous lui demandons de ne pas s'en faire, de faire preuve de dépassement...

E : Quels sont les mécanismes de dialogue entre mutualistes et prestataires ?

N22 : A chaque fois qu'il y a des problèmes nous demandons au président de la mutuelle de se rapprocher de l'infirmier chef de poste de santé de Ndongol, aussi on lui fait part des réclamations, ainsi le dialogue se fait.

Un prêtre croyait que la MS a contribué à changer la mentalité des populations en matière de santé. Elles prennent en effet plus de responsabilités pour leur santé :

N19 : il faut savoir que pratiquement partout au Sénégal, et dans beaucoup de pays d'Afrique, les gens se sont mis dans la tête ceci : si Dieu a donné la vie à un être humain, il lui donnera aussi de quoi mettre dans la bouche. Ce qui n'est pas exact parce que lorsqu'on regarde la télévision tous les jours, on voit qu'il y a beaucoup d'enfants qui sont nés mais qui meurent de faim. Alors le fait de créer la mutuelle est aussi un combat contre cette mentalité... Dieu a créé mais nous sommes responsables, notamment de notre santé qu'il faut bien gérer et dont il faut s'occuper quand on est malade.

Les réseaux sociaux

Plusieurs acteurs disent que la MS a augmenté la cohésion sociale dans le district de Ndongol en créant un nouveau réseau social :

N17 : Elle (la MS) favorise la cohésion avec les autres villages car lors des AG les villageois se retrouvent, discutent et échangent des idées. Elle favorise des relations amicales et nous aident à mieux nous connaître.

N18 : Elle (la MS) favorise la cohésion avec les autres villages en ce sens que les villageois se retrouvent lors des réunions et AG, ils discutent et échangent des idées.

N22 : Entre Ndiendieng et Ngouye, les relations sont renforcées par la mutuelle, entre les populations de Ndiendieng et Mbomboy, Wakhaldiam et Balègne aussi, ils se sensibilisent mutuellement et défendent les intérêts de la mutuelle.

Un chef de village croyait que la MS a soutenu les activités associatives de Ndongol :

N20 : Cela renforce la cohésion avec les autres associations parce que les adhérents se rencontrent très souvent. Ils vont ensemble pour payer leur cotisation, se rencontrent chez le prestataire, rentrent ensemble tout en discutant et se rencontrent aussi au sein de leur différentes associations du village. Ainsi à travers cette solidarité, cette complémentarité, la cohésion avec les autres associations se renforce davantage.

5.5 Conclusions pour Ndongol : discussion des thématiques et recommandations provisoires

La MS de Ndongol a été créée en 2001 avec l'aide des religieuses catholiques locales et les structures d'appui. Le fonctionnement de la mutuelle est jugé excellent par une majorité des interviewés. Cependant, beaucoup d'adhérents ont démissionné (327 des 463 membres inscrits ne sont pas à jour). Les adhérents ont émis beaucoup de réserves sur la mutuelle, par exemple : cherté des cotisations surtout en période d'hivernage, faible disponibilité des médicaments, rareté des réunions d'information et éloignement (distance) des prestataires de soins.

On a identifié cinq thèmes pour analyser les forces et faiblesses de la MS :

- diffusion de l'information

- les interventions pour remédier à un manque de ressources : le microcrédit et les subventions
- les structures d'appui
- la disponibilité et la qualité des soins
- les implications pour le rôle du capital social

5.5.1. Diffusion de l'information

A priori, on peut penser que dans une communauté rurale homogène, il y a une forte communication informelle et qu'il y a aussi un important flux d'informations concernant la MS. En réalité, le manque d'information a été un obstacle aussi bien à l'adhésion qu'à la rétention des membres de la MS. Pour la moitié des adhérents interviewés, l'information ne circule pas dans la mutuelle. La plupart affirment que pour être informé, il faut aller chercher l'information car les dirigeants de la mutuelle descendent rarement sur le terrain. Cela a été dû en partie à un manque de ressources, car les personnels ne sont pas payés et ne disposent pas de ressources pour assurer leur transport.

Il y avait aussi une insuffisance de mécanismes formels pour diffuser de l'information ; normalement l'AG est convoquée une fois par an, mais lorsque nous avons mené la recherche en 2009, l'AG ne s'était plus réunie depuis près de deux ans.

Malgré les problèmes de diffusion de l'information, la connaissance de l'existence de la MS est très élevée : 82% des non-adhérents ont entendu parler de la MS. Ceci est probablement dû en partie à la promotion vigoureuse de la MS par les religieuses catholiques locales lors du lancement. Il est possible que la force des réseaux sociaux dans la zone ait aussi permis la circulation de l'information sur la MS à travers les mécanismes informels de communication ; par exemple, une majorité d'adhérents n'a pas participé à des discussions informelles sur la MS.

La force des réseaux sociaux dans la zone permet aussi de tisser les liens informels entre le personnel de la MS et les autres acteurs. Par exemple, un des dirigeants était membre de la même famille élargie d'un agent de santé. On peut supposer que cette relation étroite pourrait aider au fonctionnement de la MS, en fournissant un canal informel de communication entre les deux individus. Cependant, ce n'était pas le cas, car les deux individus communiquaient peu ou pas sur la MS. Il semble dès lors que les liens informels sont insuffisants. Mais les voies officielles de communication entre les prestataires de soins et de la MS ont également été sous-développées. Par exemple l'ICP n'a jamais été invité aux réunions tenues par le personnel de la MS.

La MS a besoin d'une stratégie (et un appui) visant à officialiser ses relations avec les acteurs-clés dans la collectivité, qu'il s'agisse de leaders locaux, des associations de prestataires des soins de santé et des politiciens.

Les gérants locaux doivent fournir plus d'informations et ils doivent être motivés de manière appropriée (par exemple via une rémunération). Il est nécessaire aussi d'avoir une stratégie pour sélectionner les délégués locaux (selon leurs niveaux de confiance, capital social, etc.). Il faut aussi un leadership central pour encadrer les délégués de manière appropriée.

Un autre problème important est le contenu de l'information. Le message sur le bénéfice de la MS promu par les structures d'appui a semblé ne pas concorder avec les croyances et les expériences de la population-cible. Les représentants des structures d'appui ont fait valoir que payer la prime pendant une longue période sans tomber malade et sans utiliser les services de santé était une bonne chose, car cela a permis à d'autres personnes de se soigner. Toutefois, de nombreux membres de la MS ne sont pas d'accord avec cette perspective et considèrent que payer sans bénéficier de soins de santé est une perte de leurs maigres ressources. Il semble que les structures d'appui et les dirigeants de la MS ont eu besoin d'améliorer la compatibilité de leur message avec les croyances, les normes et les valeurs de la population. Une étape importante pour y arriver serait d'acquérir une meilleure compréhension des croyances au sujet de la solidarité de la population et comment elles peuvent s'adapter à la logique de la MS.

5.5.2. Interventions pour remédier à un manque de ressources : le microcrédit et les subventions

La MS est située dans une zone rurale relativement pauvre. Le développement de la zone a commencé récemment (durant les dernières 15 années) et a été largement initié par une mission catholique. La population dépend largement de l'agriculture.

Les non-adhérents déclarent tous que le manque de ressources est la principale contrainte à leur adhésion. Le manque ou l'insuffisance de ressources est aussi à l'origine de l'arrêt des cotisations pour la majorité des ex-adhérents. L'une des principales différences socio-économiques entre membres et non-membres est le niveau de richesse (les non-membres étant les plus pauvres).

En raison du niveau élevé de pauvreté dans la population-cible, deux interventions visant à augmenter les ressources de la MS ont été poursuivies : microcrédits et subventions de la communauté rurale.

Les structures d'appui ont introduit le microcrédit pour essayer d'aider les gens à générer des revenus pour mieux payer la cotisation de la MS. Avant de lancer le programme de microcrédit de la MS, il y avait très peu de canaux officiels pour obtenir du crédit à Ndongol. Cela signifiait que beaucoup de gens ont été attirés par la MS dans le seul but d'obtenir l'accès au microcrédit.

D'une certaine manière, le système de microcrédit a connu un grand succès. Il y a un haut niveau de remboursement des prêts et un important fonds de réserve. Le microcrédit tient des réunions semestrielles pour les remboursements ; ceci facilite une bonne gestion, c'est plus difficile à réaliser dans la MS à cause de sa plus grande taille. La MS pourrait tirer des leçons du programme de microcrédit et essayer d'arriver au même niveau de proximité sociale du gérant villageois de la mutuelle, afin d'aborder les problèmes avec le flux d'informations discutées ci-dessus.

Les aspects négatifs du programme de microcrédit ont été le taux d'intérêt très élevé et la crainte que certaines personnes aient vendu des actifs pour rembourser les prêts.

Deuxièmement, les dirigeants de la MS ont estimé que la décentralisation administrative offrait de nouvelles possibilités pour accéder à des fonds locaux. La MS de Ndongol avait des atouts qui facilitaient les discussions sur les subventions : elle couvre la même zone que la communauté rurale et il y a une bonne intégration entre leadership MS et autorités politico-administratives car l'un des adjoints du PCR était aussi le vice-président de la MS. Il semble y avoir eu un changement dans les relations de pouvoir local dans Ndongol avec l'émergence d'une nouvelle génération de leaders qui ont été alphabétisés et qui avaient un intérêt dans le développement local. Cependant, au moment de notre recherche, la MS n'avait pas encore réussi à obtenir une subvention.

Alors qu'en général l'introduction de l'accès au crédit est bien accueillie par la population-cible, le taux d'intérêt élevé et des difficultés à rembourser les prêts suggèrent que ce n'était pas une forme appropriée de soutien financier pour couvrir la prime pour les ménages très pauvres. Il semble qu'il y a donc un besoin de subventions supplémentaires pour couvrir les primes. Cependant, nous n'avons pas reçu d'information de la MS sur la façon dont une telle subvention pourrait être mise en œuvre. Il semble que des subventions soient également nécessaires pour assurer un salaire pour le personnel de la MS afin de promouvoir la circulation de l'information, tel que discuté ci-dessus.

Finalement, des règles strictes concernant la régularité de paiement des primes peuvent créer des difficultés pour les membres parce que leurs revenus fluctuent tout au long de l'année selon le cycle agricole. Ce qui suggère que la MS pourrait bénéficier de mécanismes de paiement plus souples.

5.5.3. Les structures d'appui

Au départ, l'assistance technique apportée à la MS par l'Eglise Catholique, et les structures d'appui était très forte. Contrairement à Fandène, l'Eglise Catholique à Ndongol n'a pas cherché à limiter l'inscription à la MS aux Catholiques.

Certains acteurs pensent que, durant les dernières années, l'assistance technique des structures d'appui n'était pas suffisamment forte. L'appui de l'Eglise a aussi été perçu comme étant faible par certains qui pensaient que la population était trop dépendante des sœurs. Cela a contribué à la stagnation du développement de la MS, illustrée par un manque de conventions, des problèmes de ruptures

des médicaments et de motivation des délégués locaux, un manque de circulation d'information et l'absence d'une AG.

Tous cela pose le besoin d'une interaction plus intense et plus continue entre MS et structures d'appui et d'un ancrage institutionnel du leadership.

5.5.4. La disponibilité et la qualité des soins

Le faible accès aux soins et la qualité médiocre des soins étaient un obstacle à l'adhésion et au maintien des membres de la MS. La MS avait contracté avec deux postes de santé locaux situés trop loin de la résidence d'une grande partie de la population- cible et n'avait pas fait la même chose avec les nombreuses cases de santé situées au niveau des villages.

Un autre problème majeur était l'absence de convention avec les hôpitaux. Etablir des conventions requiert des compétences techniques et de négociation avec les structures d'appui, prestataires et l'union des mutuelles, mais les dirigeants de la MS ne pouvaient pas accéder à ces ressources en partie parce qu'elles n'étaient pas fournies par les structures d'appui (voir ci-dessous).

Pour améliorer la qualité des soins au niveau du poste de santé, la MS a investi des fonds pour acheter des médicaments. Cependant, les ruptures des médicaments ont continué. Une assistance technique et des ressources supplémentaires sont nécessaires pour aider à surmonter ces problèmes.

Malgré tous ces problèmes, la population-cible et les acteurs de MS ont le sentiment que cette dernière a amélioré l'accès aux soins de santé.

Par ailleurs, lorsqu'ils sont malades, les non-adhérents vont principalement consulter les traditionnels. Cependant, la MS n'a aucun lien avec les soins traditionnels.

5.5.5. Le capital social

Le fait que les personnes déclarent qu'il est rare de rencontrer une personne qu'elles ne connaîtraient pas si elle vient d'un des 16 villages de la communauté rurale, suggère l'existence d'un capital social fort dans la zone. En même temps, on aurait tort d'idéaliser Ndongol comme une communauté homogène et harmonieuse ; les habitants parlent d'une détérioration des valeurs et des divisions entre les familles *wolofs* et *sereers*.

Néanmoins, la MS a bénéficié d'une manière informelle du capital social collectif de Ndongol. La plupart des adhérents pensent qu'il existe une relation informelle entre la mutuelle et les autres associations ; elles regroupent la plupart du temps les mêmes personnes dans la localité et parfois elles assurent ensemble les campagnes de sensibilisation. Tel que discuté ci-dessus, les gérants avaient des liens d'amitié avec les partenaires comme les prestataires et la communauté rurale et il semble que le bouche à oreille a aidé la MS à être connue parmi la population.

La richesse des réseaux informels (liens de famille, d'amitié, etc.) devrait être davantage exploitée dans le fonctionnement de la mutuelle. Cela pourrait contribuer à : (i) créer des liens formels entre les autres types d'associations et la MS (par exemple cotisation par groupe) ; (ii) établir des conventions avec les prestataires des soins à travers l'union régionale des MS ; (iii) engager une communication avec les structures d'appui ; (iv) créer et motiver des équipes de gestionnaires villageois et, enfin, (v) promouvoir la participation des membres dans la vie de la MS.

Certaines personnes interrogées suggèrent que la MS a aidé à créer une plus grande cohésion sociale dans les 16 villages de Ndongol, augmentant peut-être le capital social collectif et individuel de la zone. Il est possible que les réunions régulières du programme de microcrédit aient créé de nouvelles possibilités pour les gens de différents villages de forger de nouveaux liens, mais nous n'avons pas réussi à recueillir des preuves à ce sujet.

Le dernier chapitre traite plus en détail l'importance du capital social dans le développement des mutuelles de santé.

CHAPITRE 6

ETUDE DE CAS N° 3 : WER AK WERLÉ

6.1 La mutualité dans la Région de Dakar

6.1.1. *Des mutuelles de santé aux allures corporatives*

A Dakar, les premières expériences mutualistes remontent en 1973, avec la création de la mutuelle de santé par les travailleurs de l'entreprise de production de ciment la SOCOCIM. Cette mutuelle a été dissoute deux ans après sa création avec la promulgation des normes régissant les IPM en 1975. Une seconde initiative sera notée avec la création en 1985 de la mutuelle de l'Armée Sénégalaise.

Cependant, ce n'est qu'à partir de 1994, à la suite de la naissance de la première mutuelle de santé en milieu rural à Fandène en 1989, que les mutuelles commencent à se développer véritablement dans la région. L'appropriation progressive du principe de la mutualité dans la région se traduit par la mise en place de mutuelles de type professionnel, celui des enseignants qui a servi de locomotive aux autres mutuelles créées par des corps constitués (Forces Armées, Douane, Administration Pénitentiaire, agents de l'Etat..) et aux mutuelles unionistes (MVCE, SUDES etc...). Par la suite, des mutuelles issues de GPF et de GEC se sont considérablement multipliées.

6.1.2. *Situation actuelle de la mutualité dans la région de Dakar*

Les mutuelles de santé ont connu un développement relativement rapide dans la région de Dakar. En effet, le nombre de mutuelles créées est passé de 12 en 1999 à 52 en 2003, soit une multiplication par 4 en quatre ans. En 2007, la région regroupe 33 des 79 mutuelles de santé fonctionnelles dans le pays. Une coordination régionale de la mutualité a été créée en 1997, à la suite de celle de Thiès mise en place en 1992

6.1.3. *Le contexte du développement*

Contrairement aux autres régions, les premières mutuelles de Dakar sont de type professionnel. Ce type de mutuelle connaît encore aujourd'hui une forte présence (il représente 14% des mutuelles). Ces mutuelles viennent en complément au système d'assurance sociale des travailleurs, d'où le qualificatif « complémentaire » attribué à cette catégorie de mutuelle. L'adhésion massive des agents de l'Etat à ces mutuelles témoignent des limites du système d'assurance formelle dont le fonctionnement complexe et les restrictions en termes de prestations ne favorisent pas une bonne prise en charge de leur frais de santé.

Par ailleurs, il existe de plus en plus de mutuelles de santé communautaires et celles basées sur des caisses d'épargne et de crédit, lesquelles ont rapidement supplanté les mutuelles de type corporatif en termes de nombre (elles représentent respectivement 60% et 26% des mutuelles de la région). En majorité présentes dans les quartiers populeux ou dans la banlieue, ces mutuelles constituent une réponse au besoin de couverture sanitaire des populations de ces zones, lesquelles abritent généralement les couches les plus démunies. Cet engouement pour les mutuelles communautaires à Dakar est dû à l'existence d'un système de protection sociale réservé aux seuls salariés du secteur formel dans une région où 83% des actifs (âgés de plus de 15 ans) évoluent dans le secteur privé informel et 72,5% sont confrontés au sous-emploi (Ministère de l'Economie, Stratégie Nationale de Protection Sociale. Ministère de la Santé : Stratégie Nationale d'Extension de la Couverture du Risque Maladie des Sénégalais).

Ainsi, bien que très privilégiée en matière d'infrastructures et d'emplois par rapport aux autres régions, Dakar laisse apparaître une pauvreté urbaine considérable du fait de la précarité des emplois, du caractère aléatoire des revenus et du taux de chômage élevé.

Structures d'appui

La mutualité dans la région bénéficie, à partir de 1998, de l'appui des organismes nationaux et internationaux qui interviennent dans la promotion, la mise en place et la gestion des mutuelles de santé. Ce sont principalement la Concertation (réseau africain sur les mutuelles de santé), le BIT/STEP, PHR, le PROMUSAF et ENDA-GRAF. Ces organisations contribuent ainsi à matérialiser une volonté politique manifestée à travers la mise en place par l'Etat de la CAMICS en 1997.

6.2 Présentation de la mutuelle de santé Wer ak Werlé

La mutuelle de santé Wer ak Werlé est créée en 2001 par le réseau des groupements de femmes de Guinaw Rail réunis autour d'une mutuelle de crédit financé par Enda. Les responsables, alertées par le nombre important de cas sociaux au sein de leurs membres, ont voulu tenter l'expérience de Fandène. Avant la mise en place de la mutuelle, le réseau a mis à profit un financement d'Enda-Intermonde pour mettre en œuvre un système de prépaiement. Celui-ci consistait à relever 5% du montant de chaque prêt accordé, lesquels vont constituer un fond individuel destiné à financer des frais de santé. Ce système a ainsi permis de cultiver le réflexe de prévoyance chez les membres ; ce qui s'est traduit par une adhésion massive de ces dernières à ce système. Ce système a opéré un glissement vers une mutuelle de santé. Le réseau a redynamisé une mutuelle non fonctionnelle qui était mise en place par les jeunes du comité. Une Assemblée Générale constitutive a été organisée et des conventions ont été signées avec des postes de santé.

L'adhésion est à mille francs (1000 FCFA). La cotisation individuelle et mensuelle est de deux cents francs (200 FCFA). La prise en charge des prestations de soins est de 50% et celle des produits de pharmacie privée de 25%. Tous les services couverts par les structures conventionnées sont garanties (exception : le détartrage ; services de beauté). Les structures conventionnées sont les suivantes : poste de Santé de Guinaw Rails Sud ; poste de Santé de Guinaw Rails Nord ; Centre Médical de Garnison de Thiaroye ; poste de Santé Municipalité 2 ; centre de Santé de Guédiawaye (Roi Baudoin) ; Centre National de Transfusion Sanguine ; et Pharmacie Guinaw Rails Serigne Fallou.

6.3 Résultats de l'enquête quantitative

Les résultats sont présentés de la même manière que ceux des études de cas précédentes, Soppante et Ndongol).

6.3.1 Comparaison entre adhérent et non-adhérents

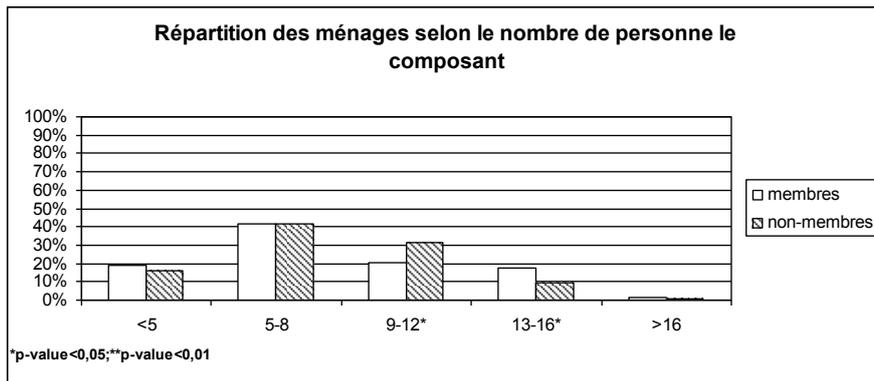
6.3.1.1. Le ménage

Caractéristiques démographiques de la population :

Le ménage type dans la localité ne diffère pas selon le statut d'adhésion. Le ménage est majoritairement composé de 5 à 8 personnes dont le chef un homme (64,83%) musulman (98,31%) de 50 ans (50,43ans) et d'ethnie wolof (51,05%).

Des différences entre adhérents et non-adhérents sont tout de même observées. La plus importante étant que les ménages adhérents ont tendances à être de plus grande taille (8,12) que ceux des non-adhérents (7,8) (graphique 6.1).

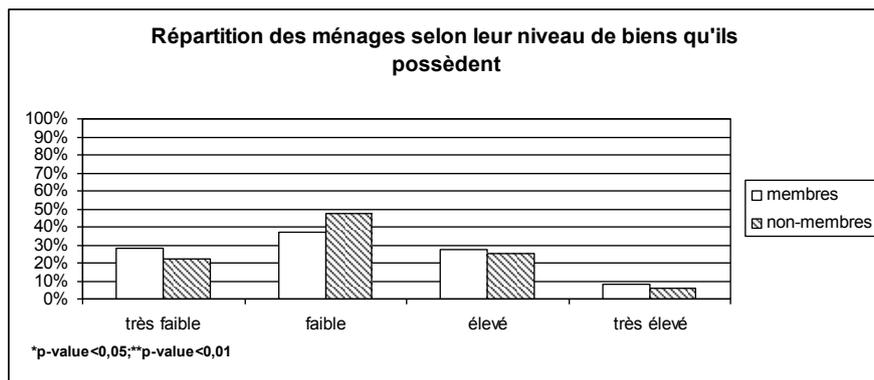
Graphique 6.1 : Répartition des ménages des adhérents et non-adhérents selon la taille.



Caractéristiques socioéconomiques

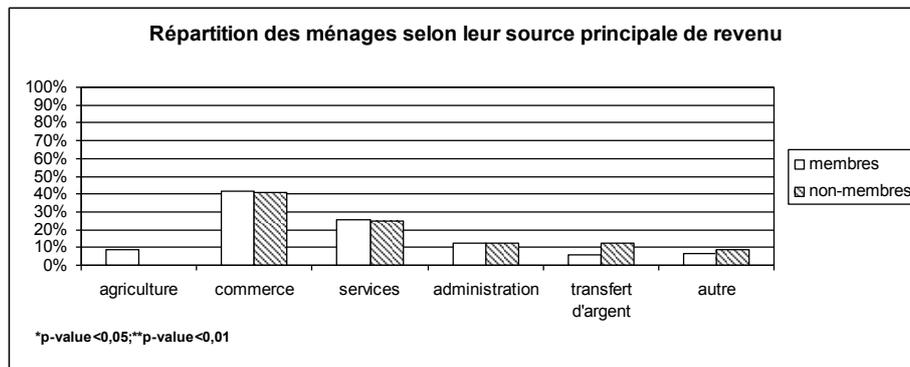
L'analyse économique, par le biais d'indicateurs et de scores, montre que les ménages adhérents possèdent plus de biens (score de biens, télévision, radio, téléphone et charrette) que les non-adhérents, même si les différences sont trop faibles pour être significatives (graphique 6.2). Les dépenses mensuelles des ménages adhérents s'élevant en moyenne à 230 250.7 CFA tandis que celles des non-adhérents 199 542.2 CFA.

Graphique 6.2 : Répartition des ménages des adhérents et non-adhérents selon le niveau de possession de biens



La richesse des ménages provient pour 40% (41,20%) du commerce. La deuxième source de revenu des ménages étant l'offre de services (25,32%), suivi du salaire de fonctionnaire (12,45%), du transfert d'argent (9,01%) et de l'agriculture (4,72%) (graphique 6.3). Mais les différences entre les adhérents et non-adhérents ne sont pas suffisantes pour être significatives.

Graphique 6.3 : Répartition des ménages selon la source de revenu



Mis à part ces indicateurs économiques, l'analyse a également porté sur le niveau de scolarisation des chefs de ménages. Il apparaît que la moitié des chefs de ménage interrogés n'est pas scolarisée (49,59%). Les adhérents sont par contre plus nombreux que les non-adhérents à avoir poursuivi des études jusque dans le secondaire ou plus (21,60% adhérents, 17,12% non-adhérents) sans pour autant que les différences soient suffisantes pour exclure le rôle du hasard.

Santé des ménages

L'état de santé de la population et son utilisation des services des prestataires de soins ont aussi traités sous trois thèmes.

Les ressources financières et l'accès aux soins de santé

Plus d'un ménage sur huit n'a pas pu offrir des soins à un de ses membres faute d'argent. Il ne semble toutefois pas qu'il y ait de différences entre les adhérents et les non-adhérents. Qu'il s'agisse de soins ambulatoires (11,76%) ou d'hospitalisation (14,29%).

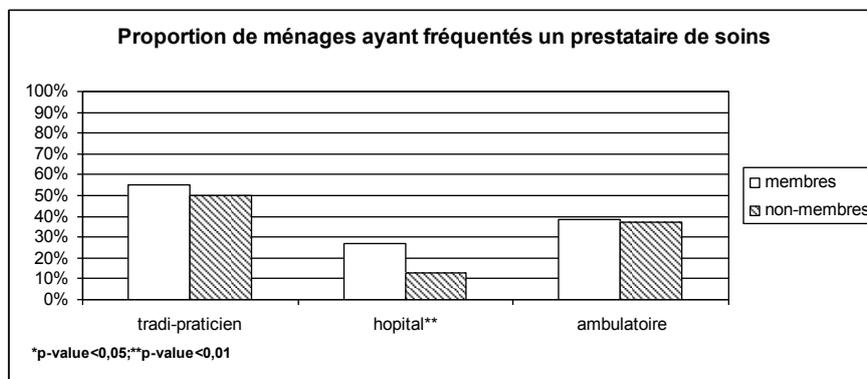
L'utilisation des services

L'analyse de l'utilisation des services de soins montre que quel que soit le type de praticien, les adhérents sont plus nombreux à l'avoir consulté que les non-adhérents (graphique 6.4). Le praticien le plus fréquenté par les ménages est le tradipraticien, suivi par celui des soins ambulatoires et enfin celui des hôpitaux.

La santé des individus au sein des ménages

Les maladies chroniques sont les pathologies qui touchent le plus de ménages, les ménages adhérents (41,27%) étant légèrement moins nombreux que les non-adhérents (56,25%). À l'inverse les ménages adhérents sont plus nombreux à avoir eu un membre malade récemment (adhérent 28,57% ; non-adhérent 21,43%). Les handicaps touchent 8-10% des ménages. Ici encore, les différences sont trop faibles pour être significatives.

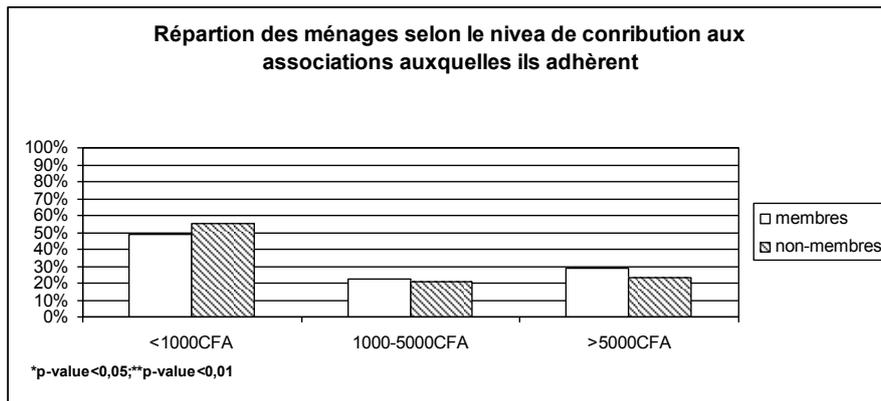
Graphique 6.4 : Utilisation des services de soins



Capital social du ménage

Les ménages adhérents à la mutuelle participent à plus d'associations (84,68%) que les non-adhérents (65,35%). Il en va de même pour le montant des contributions versées aux associations auxquelles ils participent. Celui-ci est plus élevé chez les adhérents que chez les non-adhérents (graphique 6.5). Cependant, les différences sont trop faibles pour être significatives.

Graphique 6.5 : Montant des cotisations aux associations



6.3.1.2. L'individu

Capital social

Les associations

Alors que près de 85% (84,68%) des adhérents interrogés sont membres d'une association, le pourcentage de non-adhérents membres d'une association s'élève qu'à 65,35%.

Les relations privilégiées

De même que le nombre d'associations, le pourcentage d'adhérents déclarant avoir des relations privilégiées avec d'autres personnes est plus important que celui des non-adhérents. Il atteint les 89,42% pour les adhérents et approche les 87% (86,96%) pour les ex-adhérents. Cependant, la différence est trop faible pour pouvoir exclure le rôle du hasard dans cette différence.

Il en va de même pour les personnes ayant répondu avoir un homonyme (adhérents 77,24% ; non-adhérents 74,27%), ou un parrain (48,72% adhérents, ex-adhérents 44,23%), mais les différences restent faibles.

Coopération et aide à autrui

L'ensemble de la population a majoritairement (84,68% adhérents, 76,15% non-adhérents) répondu qu'il était probable ou fort probable que l'ensemble de la communauté coopère en cas de difficulté. Ils sont un peu plus d'un adhérent sur sept (15,32%) à avoir répondu que ce n'était pas probable alors qu'ils sont près d'un sur quatre à le penser parmi les non-adhérents.

Concernant le prêt d'argent, neuf personnes sur dix (90,30%) déclarent être d'accord pour prêter de l'argent pour les soins de santé à un voisin. Quant à ceux qui ont dû emprunter, ils sont près d'un sur deux. Les adhérents étant plus nombreux à avoir emprunté de l'argent (60,00%) que les non-adhérents (38,39%).

Confiance

La confiance vis-à-vis de différentes catégories de la population a été abordée dans le questionnaire. Il apparaît que, quel que soit l'appartenance à la mutuelle, la population a majoritairement confiance en des catégories enquêtées et très peu parmi cette population « pas confiance du tout ». On observe cependant des différences selon les destinataires de la confiance. En effet, les personnes envers lesquelles la population a répondu ne pas avoir confiance du tout sont les étrangers (16,88%), alors que celles envers lesquelles elle a le plus confiance sont les prestataires de soins (64,56%) suivi de près par les leaders religieux (64,29%).

Les adhérents sont moins nombreux à ne pas avoir confiance du tout envers les personnes d'autres castes (adhérents 0,00% ; non-adhérents 2,68%) et les forces de l'ordre (adhérents 2,42% ; non-adhérents 7,14%).

On remarque aussi que les adhérents sont également plus nombreux à avoir répondu avoir tout à fait confiance envers leurs amis (adhérents 64,80% ; non-adhérents 50,89%).

Implication dans le quartier

Plus de la moitié des personnes interrogées (55,27%) estiment se sentir proche des autres quartiers. Ce pourcentage augmente légèrement chez les adhérents (adhérents 59,20% ; non-adhérents 50,89%) sans pour autant que la différence soit significative.

Concernant le contrôle sur les décisions prises dans le village, les adhérents sont plus nombreux à penser avoir un contrôle sur tout ou presque tout (adhérents 41,13% ; non-adhérents 26,36%). De même les adhérents comme les non-adhérents estiment ne pas pouvoir participer à une activité de la communauté dans plus de 22% des cas.

Indicateurs de la mutuelle

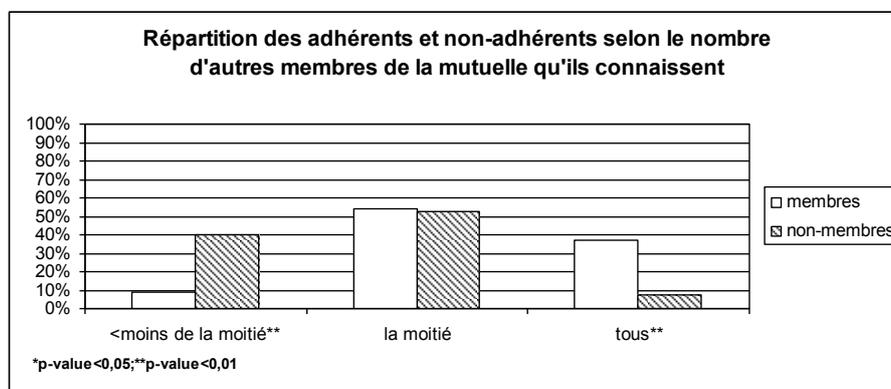
Connaissance sur la mutuelle

Les principales personnes qui ont informé la population de l'existence de la mutuelle sont en premier lieu les membres d'une association (48,33% adhérents ; 52,54% non-adhérents). Pour les adhérents, la deuxième source est la mutuelle (29,17%) alors que c'est la famille pour les non-adhérents (28,81%). Les médias ayant informé que des non-adhérents (5,08%).

Les mécanismes de contrôle instaurés par la mutuelle sont cependant peu connus par la population interrogée. Alors que seulement un non-adhérent sur quinze (6,56%) les connaît, les adhérents sont un sur huit (22,40%).

Il en va de même pour la connaissance d'autres adhérents de la mutuelle, les adhérents sont plus nombreux à connaître l'intégralité des adhérents à la mutuelle (36,80% adhérents, 7,69% non-adhérents) alors que c'est l'inverse pour ceux qui connaissent moins de la moitié des autres adhérents (8,80% adhérents, 40,00% non-adhérents) (graphique 6.6).

Graphique 6.6 : Connaissance d'autres membres de la mutuelle



La mutuelle et la solidarité

Seulement une personne interrogée sur quatre (25,27%) considère la solidarité est un atout de la mutuelle (25,27%). Ils sont tout de même plus de 95% (96,26%) à penser que la mutuelle n'exclut personne. On ne perçoit pas de différences significatives entre les adhérents et les non-adhérents.

6.3.2 Comparaison entre adhérent actuels et ex-adhérents

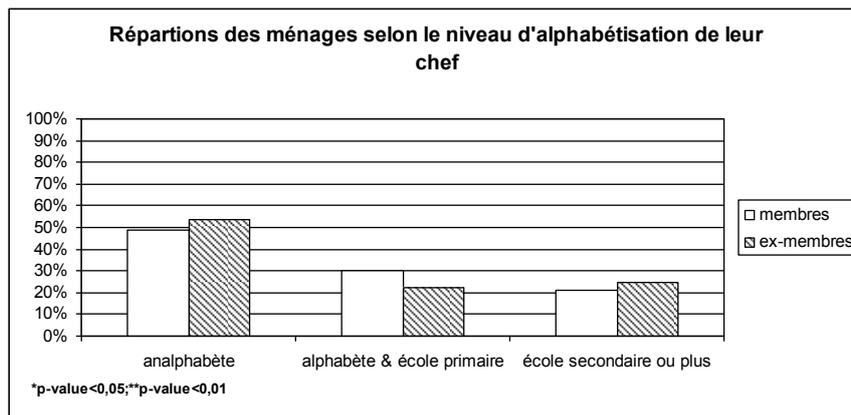
6.3.2.1. Le ménage

Caractéristiques socio-économiques

Les ménages des adhérents actuels et des ex-adhérents possèdent des caractéristiques socio-économiques proches.

Ils ont en commun les points suivants : (1) la taille des ménages qui oscille autour de 8 personnes (7,8 adhérents actuels ; 8,8 ex-adhérents), (2) l'âge du chef de ménage qui est dans près de 50% des cas âgé de plus de 50 ans (48,75% adhérents actuels ; 56,82% ex-adhérents), (3) l'importante proportion de musulmans (98,77% adhérents actuels, 97,78% ex-adhérents), (4) le montant des dépenses annuelles proche de 231 631,7 FCFA/an (222 265 FCFA/an adhérents actuels ; 248 491,6 FCFA/an ex-adhérents) et (5) le commerce comme source principale de revenus. De même, la proportion de chef de ménage non-scolarisés proche de 50% (48,75% adhérents actuels ; 53,33% ex-adhérents) (graphique 6.7).

Graphique 6.7 : Répartition des chefs de ménage selon le niveau d'instruction



La santé

Les ressources financières et l'accès aux soins de santé

Près d'un ménage sur six n'a pas pu faire soigner un de ses membres faute de moyens financiers. On remarque tout de même une légère différence concernant les hospitalisations : les adhérents actuels sont 11,11% alors qu'ils sont 16,05% chez les ex-adhérents. On ne peut cependant pas exclure le rôle du hasard.

L'utilisation des services

L'utilisation des services de santé est plus importante chez les adhérents actuels que chez les anciens adhérents. La différence la plus marquée porte sur le recours aux soins hospitaliers (adhérents actuels 32,10% ; ex-adhérents 15,91%). Pour les deux catégories, le prestataire le plus consulté est le tradipraticien suivi par celui des soins ambulatoires, l'hospitalisation étant le recours le moins fréquent.

La santé des individus au sein des ménages

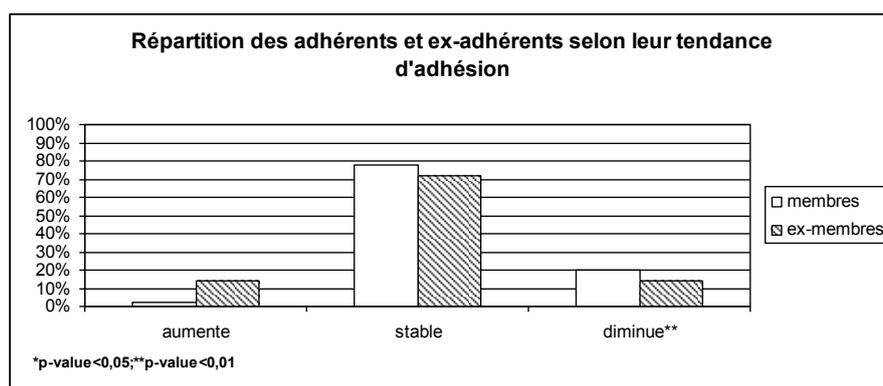
Plus d'un tiers des ménages ont déclaré avoir un membre atteint d'une maladie chronique (42,59% adhérents actuels ; 32,81% ex-adhérents), un quart d'un handicap (29,63% adhérents actuels, 21,88% ex-adhérents) et moins d'un sur cinq à avoir eu un membre malade au cours des 15 jours précédents l'enquête.

Capital social des ménages

Les ménages d'ex-adhérents à la mutuelle sont plus nombreux à être membres de zéro ou une association (3,80% adhérents actuels ; 9,09% ex-adhérents), la majorité des ménages étant membres de une à cinq associations (87,34% adhérents actuels ; 86,36% ex-adhérents).

De même, bien que plus de la moitié des ménages interrogés n'aient pas changé d'associations (adhérents actuels 77,50% ; ex-adhérents 72,09%), les adhérents actuels ont plus tendance à augmenter le nombre d'associations auxquelles ils adhèrent (adhérents actuels 20,00% ; ex-adhérents 13,95% ex-adhérents) (graphique 6.8).

Graphique 6.8 tendance d'adhésion



6.3.2.2. L'individu

Capital social

Près de neuf adhérents sur dix sont également membres d'une autre association alors qu'ils ne sont que trois sur quatre chez les ex-adhérents.

Par contre, aucune différence significative n'est observée entre les adhérents actuels et les ex-adhérents concernant le fait d'avoir des relations privilégiées avec autrui (89,27% adhérents actuels ; 89,47% ex-adhérents), être le parrain (50,00% adhérents actuels ; 44,44% ex-adhérents) ou avoir un homonyme (75,54% adhérents actuels ; 80,00% ex-adhérents). Il en va de même pour le prêt (adhérents actuels 87,50% ; ex-adhérents 91,11%) et l'emprunt d'argent (adhérents actuels 60,00 ; ex-adhérents 62,22%), les différences sont trop faibles pour exclure le rôle du hasard.

En ce qui concerne la possibilité que la communauté coopère à la résolution d'un problème, la majorité de l'échantillon pense que la coopération est probable ou très probable. Les adhérents étant légèrement plus nombreux à la penser (84,81% adhérents actuels ; 81,44% ex-adhérents), mais cette différence est également trop faible pour être significative. Moins d'une personne sur six pense à contrario qu'il est peu probable que l'ensemble de la communauté coopère.

Confiance

Tout comme pour la comparaison entre les adhérents et les non-adhérents, la confiance envers différentes personnes ou catégories de personnes est partagée par une grande partie des personnes interrogées. La catégorie envers laquelle l'échantillon a le moins confiance est celle des étrangers (37,04% adhérents actuels ; 35,56% ex-adhérents), les différences étant trop faibles pour être significative et exclure que la différence provienne de l'échantillonnage. De même que celles envers lesquelles les adhérents actuels ont le plus confiance à savoir leurs amis ou proches (adhérents actuels 59,26% ; ex-adhérents 75,00%).

Implication dans le village

Alors que les adhérents actuels sont moins nombreux à penser que certaines activités leurs sont interdites (adhérents actuels 12,82% ; ex-adhérents 27,91%), ceux-ci se sentent plus souvent distants de la communauté que les ex-adhérents (8,64% adhérents actuels ; 4,55% ex-adhérents). Ils sont également moins nombreux à avoir voté lors des dernières élections (78,75% ex-adhérents adhérents actuels ; 80,00% ex-adhérents). Mais ces différences sont trop faibles pour être significatives.

Par contre, les ex-adhérents sont plus nombreux que les adhérents à penser qu'ils ont peu ou pas de contrôle sur les décisions prises dans la communauté (adhérents actuels 55,70%, ex-adhérents 60,00%).

Indicateurs de la mutuelle

Les cotisations

Les cotisations sont payées par le salaire pour près neuf personnes interrogées sur dix (87,90%). Le motif d'arrêt de paiement étant dans un cas sur deux provoqué par un manque de ressources (47,89%).

Le prestataire de soins

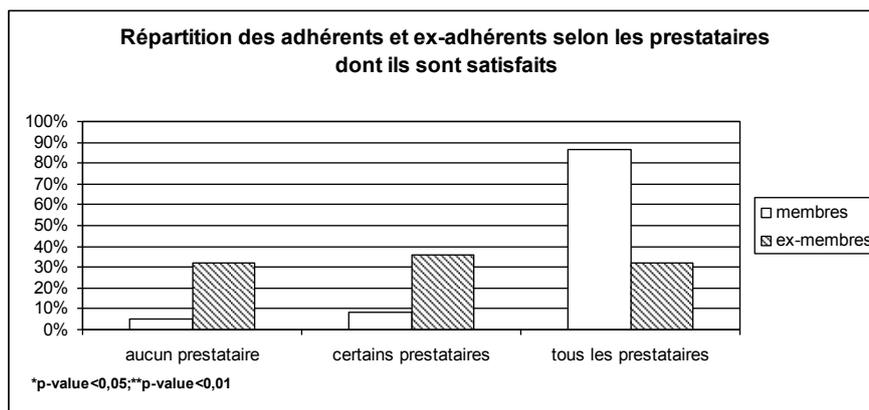
Alors que plus de huit adhérents sur dix se disent satisfaits de tous les prestataires de soins exerçant dans la zone de santé (adhérents actuels 86,44%), les ex-adhérents ne sont qu'un sur trois (ex-adhérents 32,00%) (Graphique 6.9).

La participation et l'appréciation et la connaissance de la mutuelle

Le fonctionnement de la mutuelle est jugé excellent par une majorité des interviewés. Les adhérents actuels étant tout de même plus nombreux à le déclarer (82,50%) que les ex-adhérents (68,18%).

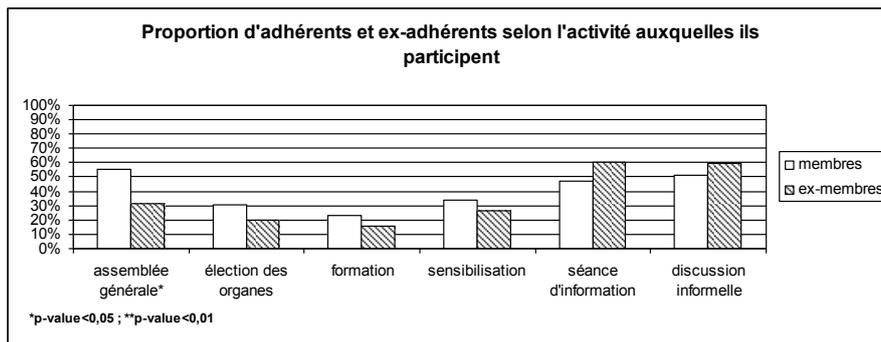
De même, les adhérents actuels sont plus nombreux à avoir aidé spontanément la mutuelle (adhérents actuels 28,40% ; ex-adhérents 13,33%) ou à avoir occupé une fonction (adhérents actuels 8,64% ; ex-adhérents 6,67%). Par contre, les ex-adhérents sont plus nombreux à avoir répondu avoir une influence sur le fonctionnement de la mutuelle que les adhérents actuels (adhérents actuels 46,25% ; ex-adhérents 48,84%). Sans pour autant que les différences soient suffisantes pour exclure le rôle du hasard.

Graphique 6.9 : Appréciation des prestataires de soins



La participation aux activités de la mutuelle est plus fréquente au sein des adhérents actuels que chez les ex-adhérents, lors des assemblées générales, des élections, des formations et des sensibilisations (graphique 6.10). Cependant, c'est l'inverse lors des séances d'information et des discussions informelles. L'activité regroupant le plus d'adhérents actuels est l'Assemblée Générale, suivi des discussions informelles et des séances d'informations. Il n'en va pas de même pour les ex-adhérents, les séances d'informations et les discussions informelles étant les activités les plus prisées.

Graphique 6.10 : participation aux activités de la mutuelle



Les adhérents actuels comme les ex-adhérents ont été principalement informés par une association (47,11%), la deuxième source d'information étant le staff de la mutuelle (29,75%). Les mécanismes de contrôle sont connus par près d'un quart des personnes interrogées. Les adhérents actuels étant légèrement plus nombreux à les connaître que les ex-adhérents. Il en va de même pour la connaissance d'autres adhérents à la mutuelle. Les adhérents sont plus nombreux à connaître plus de la moitié des membres de la mutuelle (adhérents actuels 50,62% ; ex-adhérents 15,56%), alors que les ex-adhérents sont plus nombreux à en connaître peu (adhérents actuels 44,44% ; ex-adhérents 71,11%).

Quant à la solidarité, cette valeur est considérée par 56,41% des ex-adhérents comme étant une valeur commune au sein de la mutuelle de santé alors qu'elle ne l'est que pour 25,32% des adhérents actuels. Plus, alors que seulement 2,22% des ex-adhérents estiment que des personnes sont exclues de la mutuelle, il atteint 6,25% chez les adhérents actuels sans pour autant que la différence soit significative.

6.3.3 Synthèse des résultats

Les différences à propos du domaine socio-économique sont très faibles, seul le niveau de richesse des ménages et l'éducation diffèrent légèrement entre les membres et les non-membres. Les différences entre membres actuels et ex-membres sont quant à elles négligeables.

Concernant la santé des ménages, les membres déclarent plus utiliser les soins de santé (traditionnel, ambulatoire, hospitalisation). De même, ils sont un peu plus nombreux parmi les membres à avoir été malades récemment ou à avoir bénéficié d'une hospitalisation.

L'analyse du capital social des ménages montre quant à elle que les membres appartiennent à plus d'associations que les autres groupes. On observe également que le montant de cotisations payées aux autres associations est légèrement plus élevé chez les membres que chez les non-membres. Les données concernant le capital social individuel montrent que les membres sont plus nombreux à faire partie d'autres associations, à avoir des relations privilégiées, à emprunter, de même qu'à estimer qu'il est probable que la communauté coopère en cas de problèmes. Les membres actuels étant également plus nombreux que les ex-membres à appartenir à d'autres associations, à estimer avoir un contrôle sur les décisions prises au sein de la communauté, mais ils sont moins nombreux à considérer que des personnes sont exclues de la mutuelle. Par contre, on observe que les ex-membres votent moins, ont moins confiance envers d'autres et sont plus nombreux à ne pas se sentir proche du reste de la communauté.

Les données sur les membres et les non-membres font ressortir le fait que les mutualistes connaissent mieux la mutuelle, ses membres et ses mécanismes. Une autre différence se marque également sur l'origine de l'information. Les membres sont plus informés par la mutuelle, tandis que c'est la famille qui informe les non-membres.

Quel que soit le statut, les membres et les ex-membres payent leurs cotisations par leur salaire et le motif de non-paiement est le manque d'argent. Ce qui diffère, c'est que les membres sont plus nombreux à apprécier les prestataires de soins, le fonctionnement de la mutuelle, à aider spontanément la mutuelle et à participer aux activités de la mutuelle. On observe l'inverse pour les séances d'informa-

tions et les discussions informelles. De même, les membres actuels sont moins nombreux à estimer que la solidarité est un avantage de la mutuelle.

6.4 Résultats de l'enquête qualitative

6.4.1 Entretiens semi-structurés et focus group

6.4.1.1. La question de l'adhésion chez les adhérents

Tous les 17 adhérents interrogés affirment avoir décidé par eux-mêmes d'adhérer à la Mutuelle Wer ak Werle, suite aux sensibilisations réalisées par les responsables de ladite mutuelle. Trois modes d'adhésion ont été évoqués : certains ont adhéré individuellement, d'autres ont été convaincus par les amis et voisins, et d'autres encore ont adhéré à travers leur groupement. Ceux qui adhèrent directement et individuellement concernent les hommes, chefs de ménage. La seconde catégorie a adhéré en étant influencé par un ou une collègue de travail ou un membre de leur famille. La troisième catégorie concerne principalement les femmes, membres des groupements. Dans tous les cas, tous disent avoir adhéré parce que « *la mutuelle de santé est une initiative qui facilite l'accès aux soins à moindre coût et qui réduit les dépenses de santé* ». Ils reconnaissent tous que la cotisation n'est pas chère, que la mutuelle de santé aide les chefs de ménage, surtout au niveau des quartiers de Pikine où cohabitent plusieurs familles démunies.

6.4.1.2. La question de l'adhésion chez les non-adhérents

Deux principales raisons de la non-adhésion à la Mutuelle de santé sont évoquées par les non-adhérents interrogés. Celle qui est la plus décrite est le manque d'informations claires et pertinentes sur l'offre de santé de la Mutuelle, après des années d'existence. L'autre motif de non-adhésion est repris en ces termes par une femme du quartier Darou Khoudoss « *Parce que là où j'ai l'habitude de me faire soigner, eux, la mutuelle ne les reconnaît pas. C'est ce qui m'a surtout poussé à ne pas adhérer à la mutuelle. La mutuelle n'a pas signé de conventions avec le poste de santé de Thiaroye, Sicap mbao etc...* ». Il y a également un préjugé sur la mutualité, rapporté par un chef de ménage selon lequel : « *Cela fait longtemps que j'ai entendu parler de la mutuelle, depuis 3 ou 4 ans. Mais dans mon entendement je pensais que la mutuelle était une histoire de femmes, que seules les femmes pouvaient y adhérer.* »

Toutefois, l'ensemble des 11 individus non-adhérents interrogés manifestent une volonté d'adhésion, certains sous condition d'avoir des informations pertinentes et claires sur « *les tenants et les aboutissants* ».

6.4.1.3. La question de l'adhésion chez les ex-adhérents

Motifs de retrait

Sur les 10 ex-adhérents à majorité des femmes (7), tous estiment que leur retrait est dû aux difficultés financières liées aux conjonctures de la vie et aux charges ménagères. La plupart des femmes soulignent également des insatisfactions à la base de leur retrait : l'absence d'informations claires sur la mutuelle, la discrimination dans le choix des personnes devant participer aux formations organisées par des partenaires de la Mutuelle ainsi que les soins hospitaliers coûteux non couverts par celle-ci. Les hommes ex-adhérents justifient leur retrait par l'absence de collecteurs de proximité devant leur rappeler les cotisations. Ils finissent par oublier de cotiser.

La majorité des participantes d'un groupe de femmes ex-membres ont avancé l'existence de dysfonctionnements de la mutuelle comme étant la principale raison à leur retrait de la mutuelle : (1) Un prestataire peu performant, faible disponibilité des médicaments obligeant les adhérents à toujours recourir aux officines privées. Certes, reconnaissent-ils, la mutuelle a apporté des correctifs en élargissant à d'autres prestataires comme les hôpitaux et en accroissant la disponibilité des médicaments, mais c'était trop tard, il y avait déjà un grand mouvement de retrait des membres ; (2) La difficulté

qu'il y avait à retirer une lettre de garantie du fait que le siège de la mutuelle était trop éloigné des quartiers et aussi du fait des absences répétées du gérant. Avec ces dysfonctionnements, il était à un moment donné impossible de se soigner soit par manque de médicaments, soit pour impossibilité d'obtenir une lettre de garantie.

Deux autres raisons ont été avancées par les participants : toutes les maladies n'étaient pas prises en charge et le fait de n'avoir jamais bénéficié des services de la mutuelle

Motifs de ré-adhésion

Les ex-adhérents interrogés sont restés plus d'une dizaine de mois sans renouveler leur adhésion. Mais, ils affirment que leur ré-adhésion est probable. Ils comptent régulariser. L'une des femmes « *Ma décision peut un jour changer quand j'aurai les moyens qui me permettront de respecter la cotisation mensuelle sans avoir de problèmes, j'irai voir (le gérant) pour qu'elle me calcule mes arriérés pour que je puisse recommencer.* ». Les ex-adhérents évoquent surtout les contraintes financières liées à l'entretien quotidien de leur ménage. L'un d'eux, un chef de ménage à Guinaw Rail suggère que la Mutuelle fasse une étude sur les abandons. Pour lui « *Si la mutuelle essayait de savoir pourquoi les gens démissionnent, et qu'elle s'évertue à mettre en place les conditions de maintien des membres, rester dans la mutuelle serait facile.* »

6.4.1.4. La question de la participation

Tous les adhérents rencontrés ont mentionné avoir participé aux activités de la mutuelle (forum, AG, tours de quartier, réunions de leur groupement – pour les femmes – ou sensibilisations organisées par les gérants de la Mutuelle Wer ak Werle. Pour la plupart, ils sont motivés par les responsables de structures ou d'associations dans lesquelles la mutuelle a recruté certains de ses adhérents. Avec les femmes, l'approche est décrite par une adhérente du quartier Mousdalifa : « *Ce sont les responsables de la mutuelle qui se déplacent eux-mêmes au niveau du groupement féminin pour discuter avec nous de la situation actuelle de la mutuelle.* »

Avec les adhérents individuels, les responsables de la Mutuelle effectue des visites à domicile et des sensibilisations pour encourager leur participation aux activités de la mutuelle. Cette participation porte généralement sur la formation et les rencontres avec des partenaires de la Mutuelle. L'une des femmes pionnières raconte : « *En l'an 2000, notre groupement était le premier adhérent à la mutuelle. Dans ma localité j'ai fait un travail énorme, je fais du porte à porte pour les sensibiliser sur la vie et l'importance de la mutuelle. J'ai fait adhérer beaucoup de personnes et depuis lors elles n'ont pas regretté.* ». Deux autres femmes ont apprécié les avantages de leur participation en ces termes : « *j'ai acquis beaucoup d'expériences* », « *savoir parler dans un groupe* », « *comment gérer des membres* » et gérer « *une mutuelle qui est un cas social pour les couches défavorisées.* ». Par contre, une ex-adhérente qui ne participe pas aux activités de la Mutuelle souligne une autre approche de participation. Elle précise : « *parce qu'en général on choisit 3 femmes instruites qui savent lire et écrire pour assister à ces rencontres après elles nous rendent compte, c'est à cause de cela que je ne participe pas aux activités.* »

Toutes les femmes rencontrées, 22 au total, ont insisté sur l'importance de la mutuelle comme une structure qui « *aide les femmes qui sont la plupart chefs de ménage* » et la décrit comme « *exemple de par son action dans la communauté.* ». Pour les hommes, 16 au total, les appréciations sont : « *c'est une bonne chose* », « *la mutuelle lutte pour le développement social* », « *facilité d'accès aux soins sans contraintes* », « *c'est bien* », « *j'encourage* », « *utile parce que cela arrange les chefs de ménage* », « *bénéficie de la mutuelle* », « *j'ai eu beaucoup de bénéfices* », « *la mutuelle pour avoir l'accès aux soins facilement à moindre coût* ».

Cependant, dans certains cas, un comité de santé tel qu'à SAM 2 Bis Pape Yare Diop ou une Cellule Santé de Dahira telle qu'à Mousdalifa sont présentés comme un modèle d'organisation communautaire. L'un des membres d'un Dahira à Mousdalifa, par ailleurs non-adhérent à la Mutuelle de santé estime que : « *pour la mutuelle c'est la couverture sanitaire en termes d'accès aux soins de santé, par contre, les autres associations, c'est plutôt l'entraide financière, l'aspect culturel, le raffermissement du tissu associatif et le développement du culte spirituel avec les dahiras.* » Toutes les

personnes retraitées interrogées, 4 au total (1 journaliste, 1 militaire et 2 ouvriers) et adhérents à la Mutuelle Wer ak Werle, estiment que la Mutuelle « aide » « *parce qu'il n'y a plus l'IPM* », parce que « *l'ouvrier n'a pas de couverture sanitaire* ».

6.4.1.5. Le mode de fonctionnement de la mutuelle de santé

Fonctionnement

Le mode d'organisation de la mutuelle décrit par les adhérents porte surtout sur la collecte des cotisations. Du côté des membres de groupement de femmes, la collecte est organisée comme suit, selon une adhérente à Mousdalifa 2 : « *Nous versons nos cotisations à notre responsable de groupement qui les achemine. C'est nous qui avons choisi le délégué qui collecte les cotisations parce que c'est elle qui a introduit la mutuelle de santé au groupement. Elle a fait les premières démarches et les responsables de la mutuelle ont fait une descente sur le terrain pour discuter et informer les membres du groupement. Nous l'avons choisie parce qu'elle a toutes les qualités d'une bonne déléguée. Elle vient en aide à tout le monde. Il arrive même qu'elle cotise pour certaines adhérentes lorsque la date limite approche et elle se fait rembourser après.* » Les adhérents connaissent pour la plupart les responsables de la Mutuelle et cotisent directement auprès d'eux sans intermédiaires.

Tous les adhérents estiment que le fonctionnement de la mutuelle est « satisfaisant » à « très satisfaisant ». Par contre, les ex-adhérents évoquent des changements. Par exemple, une ex-adhérente à Sadio Guissé note que : « *Tout au début, la mutuelle était bien partie, mais actuellement avec les clans qu'il y a dans le groupement beaucoup de choses ont changé.* ». D'autres ex-adhérents ne portent pas de jugement sur le fonctionnement ni sur les responsables : « *je ne les fréquente pas* », « *je ne saurais répondre* », « *comme je n'y vais plus je n'en sais plus rien.* ». Le seul répondant à porter un jugement sur la qualité des responsables de la mutuelle de santé est un ex-adhérent à Guinaw rail Sud. Il les trouve « *très accueillants, accessibles, aimables et disponibles* », mais déplore que « *seulement je sais que les responsables ne sont pas communicatifs.* » en mentionnant les oublis de cotisations qui pourraient être évités s'il y avait des rappels. Pour les non-adhérents, soit il y a une ignorance partagée sur ce qui se passe dans la mutuelle de santé, soit l'information qu'ils avaient eue n'est pas actualisée.

Gestion

Les adhérents considèrent que le mode de gestion de la Mutuelle de santé Wer ak Werle repose sur les principes de transparence et de démocratie. L'un d'eux précise « *La mutuelle a une organisation transparente parce qu'il y a beaucoup de démocratie au sein de la mutuelle. Pour le fonctionnement on peut dire qu'il y a des manquements dans un sens.* ». Une autre adhérente ajoute : « *Le GMS a choisi le délégué démocratiquement, il y avait une élection au niveau du marché.* »

Les manquements évoqués sont soulignés par les ex-adhérents. Les ex-adhérentes vendeuses soulignent l'absence de micro-crédit dans la mutuelle au moment où certains décrivent l'absence de convention avec l'Hôpital Roi Baudoin. Pour les non-adhérents, c'est plutôt la diffusion de l'information qui constitue la principale faiblesse de la mutuelle de santé Wer ak Werle. L'un deux, chef de ménage, constate : « *ce que j'ai vu et mon constat est que ce n'est pas satisfaisant parce que la localité est vaste et que la mutuelle a au moins 5 années d'existence et je ne rencontre personne ici qui ne parle de la mutuelle.* » Pour la plupart des participantes d'un groupe d'ex-membres, la mutuelle n'est pas performante : le siège est trop éloigné des localités rendant difficile l'obtention d'une lettre de garantie, le principal prestataire d'un dispensaire ne fonctionne pas bien, le gérant est souvent absent et la disponibilité des médicaments est très faible.

Avenir de la mutuelle

Pour toutes les 38 personnes interrogées, la mutuelle de santé est utile. Elle a de l'avenir à Pikine parce que les quartiers sont à majorité constitués de « couches défavorisées », de « familles démunies », de « ménages vivant dans des difficultés financières » et de « chefs de ménage qui ne tirent que des bénéfices de la mutuelle ».

Tous admettent que la fusion avec les autres structures communautaires en vue de la constitution d'un GMS (Groupement Mutualiste de Santé) est une « *bonne chose* ». Une fusion équivaut, selon les enquêtés à « *plus de viabilité* », « *plus de force* », « *élargir les possibilités* », « *fortifier* », « *rayon d'action plus large* », « *augmenter la qualité des soins* », « *avoir plus de moyens financiers* », « *accéder à de plus larges soins* » et « *élargir les membres* ». « *L'union fait la force* ». Tous partagent l'importance d'une fusion avec les autres structures communautaires sauf une ex-adhérente au quartier Sadio Guissé pour qui : « *Je ne suis pas pour la fusion parce que cela peut diminuer le nombre des adhérents, ce qui peut constituer un risque pour la survie de la mutuelle. Au début la mutuelle était solide, mais actuellement je ne sais pas ce qui se passe. Les membres se retirent. Pour renforcer la solidité de la mutuelle il faut considérer les membres au même pied d'égalité, on informe tout le monde, éviter de faire des clans.* »

Les conditions évoquées par les répondants pour que la mutuelle se développe sont : « *respect* », « *cotisations* », « *égalité* », « *engagement* » et « *partenariat* ». L'accent est surtout mis sur la régularité des cotisations.

Les participantes d'un groupe d'adhérentes pensent aussi que la mutuelle doit améliorer ses performances pour mieux satisfaire ses adhérents : L'augmentation des conventions avec des structures sanitaires proches des populations et performantes ; Une amélioration de l'accueil des prestataires ; La recherche de partenaires techniques, financiers et le renforcement permanent des capacités des gérants

Les comportements des individus dans la mutuelle

La connexion

Entre adhérents, les relations sont décrites comme suit : « *C'est mon mari qui décide* », « *J'ai poussé ma coépouse à adhérer comme elle a beaucoup d'enfants mineurs* », « *C'est la solidarité et l'entraide* », « *Je les ai poussés à adhérer et ils n'ont pas regretté* ».

La confiance

La confiance envers les responsables des associations et des structures communautaires tels que les groupements de femmes, les tontines et les Dahira, est grande au niveau des quartiers de Pikine. Pour la plupart des non-adhérents interrogés, ce sont des gages d'assurance. Leur future adhésion est souvent conditionnée par : « *Si c'est l'association que dirige X, je suis prêt* », « *Je suis sûr s'il s'agit de l'association et de la Mutuelle de Y. Je suis prêt* », « *Personnellement moi et ma famille sommes prêts.* » ; « *C'est la garantie* ».

Pour les ex-adhérents, leur retrait n'est pas causé par une crise de confiance envers les responsables de la mutuelle de santé. Le « *J'ai confiance aux leaders de la mutuelle* » est revenu dans les propos des adhérents.

6.4.1.6. Les relations entre les individus, les institutions et les mutuelles

Les relations avec les hommes politiques

L'implication des hommes politiques locaux à la Mutuelle de santé Wer ak Werle est jugée faible. Elle n'a pas évolué favorablement, selon une femme membre fondatrice, ex-adhérente au quartier Pape Yare Diop, qui souligne : « *Dans les années 1999, j'allais à la mairie pour leur demander d'intégrer dans leur programme la mutuelle de santé. Je ne sais pas si le staff actuel a continué le travail que j'avais commencé. En tous cas jusqu'à présent aucun Imam ou chef de quartier ne parle de la mutuelle.* » Pourtant, précise un adhérent de Mousdalifa « *Disons que certains hommes politiques, chefs religieux ou même acteurs de développement ne savent rien de la mutuelle. Nous sommes allés vers eux à savoir les imams et chefs de quartier et notre présidente du réseau des femmes les a convoqués pour leur faire savoir l'existence de la mutuelle.* » La quasi-totalité des enquêtés estiment que l'implication des hommes politiques n'est pas visible.

Les relations avec les leaders communautaires

Plusieurs leaders locaux sont décrits par les enquêtés comme des médiateurs existants dans les quartiers, à Pikine. Il s'agit des : *Délégués de quartier, Imams, Mères de groupement, Directeurs d'école, Communicateurs traditionnels, Enseignants à la retraite*

Pour les enquêtés, les délégués de quartier « autorités administratives » et les Imams « autorités religieuses » agissent souvent en tant que médiateurs : « *En général quand ils interviennent dans une association c'est parce que des dissensions ont été notées ou bien il y a des problèmes qui y sont de nature à dégénérer et semer des troubles au sein de l'association.* » Par contre, « *les communicateurs traditionnels, les enseignants retraités, les femmes leaders d'associations sont ceux qui influencent les décisions importantes dans notre localité.* », constate un membre interrogé. Un autre précise que « *A part mon directeur d'école, je n'ai pas vu quelqu'un qui une influence sur le fonctionnement de la mutuelle.* »

Les relations avec les prestataires

Les changements favorables dans les relations thérapeutiques sont constatés par les adhérents de la Mutuelle. Ils soulignent des « *évolutions* », des « *changements* », des « *adhérents favorisés* », un « *bon accueil* », « *traiter rapidement* » et des « *facilités avec la lettre de garantie* ». Du côté des prestataires, l'un des membres interrogé estime que « *aujourd'hui la situation a changé et que les prestataires se déplacent maintenant vers la population.* ».

Un incident, relatif à la dégradation des relations entre prestataires et utilisateurs de services de santé, est ainsi rapporté par une femme ex-adhérente à la mutuelle de santé Wer ak Werle. « *Il y a un grand changement entre les populations et les prestataires surtout les membres parce que un voisin dont sa fille accouchait, ils ont refusé de la prendre en charge et on ne s'occupait pas bien d'elle, tous les autres membres se sont levés pour avertir la mutuelle et jusqu'à présent les femmes ne veulent plus de ce poste de santé.* » Les problèmes finissent par être réglés par la Mutuelle comme en atteste un autre cas rapporté par une adhérente : « *Une fois j'ai eu des problèmes au dispensaire militaire parce que la mutuelle n'était pas en règle vis-à-vis dudit dispensaire, le problème fut résolu par la suite.* »

Les relations entre la mutuelle et les autres associations

Les relations entre la mutuelle et les associations locales à Pikine décrites par les enquêtés sont articulées autour du soutien, de l'appui financier et de l'apport du Réseau des groupements.

Les ressemblances

Les ressemblances constatées entre la mutuelle de santé Wer ak Werle et les associations locales reposent sur les faits suivants : elles recourent à la mobilisation sociale, elles poursuivent les mêmes objectifs, elles ont les mêmes visions, elles fonctionnent à partir de la solidarité entre les membres et de procédés démocratiques.

Les différences

D'une part, les associations reposent sur : le gain financier, l'entraide financière et le renforcement du tissu associatif. D'autre part, la mutuelle de santé est caractérisée par le gain des soins et la couverture sanitaire

Les associations religieuses présentent une spécificité soulignée par les membres de *dahira*, c'est « *l'aspect culturel et le développement du culte spirituel avec les dahiras.* »

Pour la majorité des participants d'un groupe de membres d'associations et non-adhérents à la mutuelle, il y a des ressemblances et des différences entre ASC et mutuelle. Ces deux organisations se ressemblent dans le sens qu'elles ont la même cible (les populations du quartier), le même type d'organisation et les mêmes organisations (développer l'entraide sociale et contribuer au développement communautaire). La différence essentielle réside dans le fait que la mutuelle est une structure permanente alors que les ASC fonctionnent plutôt en période de vacances. Du reste, ils pensent que, à l'instar de l'ASC, la mutuelle peut contribuer à améliorer la solidarité dans le quartier. Non seulement,

elle s'investit dans un domaine utile et fondamental (la santé), mais elle regroupe toutes les couches sociales et leur permet d'accéder plus facilement aux soins et à moindre coût.

Les liens en termes de taux et modalités d'adhésion

Le constat général est que les associations ont plus de membres que la mutuelle de santé. Les mutualistes interrogés l'expliquent par : « *l'africain néglige sa santé* » ; l'image de la mutuelle de santé comme « *une tontine où on cotise sans récupérer* » ; « *il y a plus de cohésion sociale et peu de contrainte et de sanction dans les associations* ».

La plupart des participants d'un groupe d'adhérents d'associations et non-membres de la mutuelle reconnaissent que le taux de participation aux associations est plus élevé que celui des mutuelles. Cela est dû essentiellement à l'ignorance du rôle de la mutuelle et à l'insuffisance des ressources dans les familles. Certains participants ont souligné que l'absence d'une culture de la prévention explique la faible adhésion aux mutuelles.

L'importance de la mutuelle

Les adhérents ont apprécié les avantages de la Mutuelle en comparant la situation antérieure à l'installation de la Mutuelle. Ils affirment tous qu'avant, la prise en charge des malades était moins rapide car « *on attendait mon père* », « *c'est mon mari qui décide* ». Avec la mutuelle « *on n'attend plus* », « *on prend la lettre de garantie à la mutuelle et on part se soigner* », « *les soins sont plus faciles d'accès au dispensaire* », « *la prise en charge est plus rapide* », « *les cotisations ne sont plus chères* », « *l'accès aux soins est très facile pour les membres* », « *la mutuelle aide surtout les couches démunies* ».

Le changement important que constate une adhérente est : « *Les prestataires font correctement leur travail car ils savent que s'ils ne le font pas, les adhérents vont aller se plaindre à la mutuelle et comme la mutuelle respecte ses engagements envers eux, ils sont obligés de bien traiter les malades.* »

A propos de l'importance de la Mutuelle, tous reconnaissent que « *Elle est bénéfique* », qu'elle « *contribuera au développement de la localité* », « *va réduire les charges des ménages* » « *contribuera à l'éducation des enfants* », « *aidera aussi les femmes à prendre en charge leur famille* », « *c'est un moyen de lutter contre les difficultés économiques des ménages* ».

La plupart des participants d'un groupe de responsables d'ASC non-membres de la mutuelle reconnaissent être très peu connectés sur les activités de la mutuelle. Certains affirment qu'ils n'ont pas d'informations sur la mutuelle, d'autres reconnaissent que les membres de leur ASC ne sont pas adhérents à la mutuelle ou, si cela existe, cela concerne peu de monde. Deux des participants affirment que des membres de leurs ASC sont adhérents à la mutuelle.

La majorité des participants ont rappelé que, soit ils ne connaissent pas la mutuelle, soit ils manquent d'information sur la mutuelle. Mais tous reconnaissent l'importance d'une mutuelle pour les ménages pauvres et que si l'occasion se présentait, ils adhéreraient. Selon les participants, la mutuelle contribue de façon significative à la réduction des dépenses de santé des ménages. Non seulement les adhérents n'ont qu'un faible pourcentage à payer pour se faire soigner, mais ils peuvent aussi accéder rapidement aux prestataires de soins.

Toutes les participantes d'un groupe d'adhérents à la mutuelle ont souligné l'importance de leur mutuelle. Elle facilite l'accès aux soins. Cela est d'autant plus important que la localité est pauvre, est une zone victime des inondations et les ménages ont de faibles revenus. Elles rappellent qu'avant l'implantation de la mutuelle, la fréquentation des structures sanitaires était faible.

Pour la plupart des participants, la mutuelle a eu un grand impact dans leur localité :

- Les ménages accèdent plus facilement aux soins de santé et aux médicaments tous en réduisant leurs dépenses de santé ;
- Les intérêts de la femme sont mieux défendus dans le ménage ; accoucher comporte moins de risques et amener son enfant pour le soigner prend moins de temps ;
- La solidarité communautaire est renforcée et les pauvres accèdent plus facilement aux soins de santé.

Tous les participants d'un groupe de leaders de GMS ont souligné l'utilité de la mutuelle pour la communauté : elle assiste les ménages dans le service d'accès aux soins. Pour les participants, la désertion de la mutuelle était due à des dysfonctionnements : prestataires de soins peu performants, faible disponibilité des médicaments, accueil défaillant des prestataires, persistance des difficultés financières.

6.4.1.7. L'impact de la mutuelle

Les aspects qui sont susceptibles de favoriser le rayonnement de la Mutuelle de santé Wer akWerle et sur lesquels insistent les personnes interrogées sont : l'information, la communication, la sensibilisation de proximité, la bonne gestion et la transparence. Les suggestions faites par les personnes enquêtées sont les suivantes : développer la communication, créer des commissions d'appui pour la sensibilisation de proximité, que les responsables descendent à la base pour la collecte des cotisations, mettre en place un système de suivi des cotisations, contrôler la gestion, instaurer une sensibilisation de proximité continue et nouer des partenariats d'appui.

Les priorités des familles

Tous les enquêtés ont placé la santé au rang de priorité absolue des familles à Pikine. Leurs arguments sont exprimés de la manière suivante : « *c'est une priorité dans la vie quotidienne* », « *l'environnement influe sur la santé* », « *quand on aborde la question de la santé, on pense automatiquement à notre quartier Guide Thiaroye kaw* », « *toutes les conditions sont réunies pour développer différents types de maladies* », « *sans la santé rien ne peut marcher* ». Les autres domaines prioritaires évoqués sont le micro-financement, l'éducation et l'information.

6.4.2 Entretiens libres avec les acteurs

6.4.2.1. La question de l'adhésion

Motifs d'adhésion

Adhérer à la MS était considéré comme un moyen de réduction du coût des soins de santé de même que comme une forme de solidarité :

W14 : C'est une aide entre les familles, tu sais si tu ne cotises que 200f, quand ton enfant tombe malade, on l'amène au dispensaire et tu ne payes que la moitié. Donc c'est une sorte d'entraide entre les familles nécessiteuses. C'est pour cela qu'on s'est inscrit à la mutuelle.

Motifs de non-adhésion

Le manque d'inscription était, entre autre, imputé à la pauvreté de la population :

W9 : nous avons toujours des problèmes avec les recouvrements, les populations ont du mal à cotiser, ils vous disent souvent que si elles cotisent, la famille ne mangera pas. Tu vois une famille qui doit cotiser 1000f, ce n'est rien comme somme, mais c'est impossible, si elle cotise les enfants ne vont pas manger. Tu entres dans une maison pour le recouvrement, au lieu de récupérer de l'argent, on vous sollicite et vous êtes obligé de les aider avec votre propre argent.

W7 : Ces groupements ne cotisent pas à cause de la crise, du niveau de vie...

W7 : Qui va cotiser pour les élèves alors que l'école cherche de l'argent pour payer à ses enseignants ?

W8 : le cadre est un peu hostile au développement rapide de la mutuelle. C'est lié un peu à un phénomène économique.

Le manque de compréhension des avantages de la MS était également considéré comme problématique :

W8 : la population ne s'est pas encore appropriée de la mutuelle donc y a une carence de membres... La population donc tarde à venir peut-être qu'ils n'ont pas encore bien compris l'utilité

Le manque de culture de la solidarité était aussi perçu comme un motif de non-adhésion :

W8 : des gens aussi qui n'ont pas la culture de la solidarité, ils se disent que je ne vais pas tomber malade toute une année donc si je continue à cotiser, je cotise pour les autres.

La perception de la maladie comme fatalité était également considérée comme un motif de non-inscription :

W13 : je pense qu'ils ont compris ce que c'est la mutuelle mais ils ne sont pas habitués à épargner de l'argent après pour attendre de tomber malade pour se soigner... Ils perçoivent la maladie comme quelque chose qui relève de l'ordre du divin donc pour changer leur mentalité il faudrait continuer à discuter, à les convaincre...

Motifs de retrait de la MS

Certains s'inquiétaient du nombre croissant de membres quittant la mutuelle. Un des dirigeants a expliqué qu'il n'en comprenait pas la motivation, mais selon lui, elle n'était pas que financière :

W7 : ..beaucoup de groupements (des femmes) sont membres de la mutuelle mais les cotisations sont en léthargie. Certains me disent que c'est à cause de la crise... je ne suis pas en phase parce qu'elles cotisent souvent 1000f par semaine pour des manifestations, cérémonies et autres au quartier et pourquoi pas 1000f par mois... Au début ils cotisaient mais maintenant c'est devenu plus faible.

Beaucoup de femmes membres ont été inscrites par l'ex-présidente de la MS, une chef local des femmes influente. Celle-ci a déclaré que les dirigeants actuels lui avaient demandé de revenir et de les aider à prévenir le départ des femmes de la MS, mais elle était réticente à les aider en raison de ses nombreux autres engagements :

W11 : ils m'ont dit que depuis que je suis en essai ça ne marche pas, il faut revenir, on voudrait que tu sois plus disponible. Je leur ai dit que... déjà je cherche un moyen pour me décharger de ce que je porte, je ne vais pas porter autre chose. Il ne faut pas se fier à la personne, il faut voir la structure.

De nombreux acteurs ont mentionné un incident dans le passé qui aurait poussé certains membres à quitter la MS. Un membre du personnel d'une ONG internationale venu pour soutenir la mutuelle a volé l'argent d'un GMS.

W3 : Les agents (de l'ONG) ont détourné tout l'argent de la caisse et cela faisait des millions. En ce moment-là, la mutuelle de santé existait et je peux dire que c'est à partir de ce détournement que la mutuelle est presque en faillite. L'argent détourné appartenait aux femmes de Guinaw rail... C'est pourquoi les gens n'ont plus confiance à (l'ONG) et malheureusement la mutuelle est liée à (l'ONG).

Pikine a souffert d'inondations saisonnières et de la construction d'une autoroute, ce qui a provoqué des déplacements de population, et de ce fait engendré le départ de quelques adhérents de la MS :

Enquêteur : quelles sont les menaces probables de la localité sur la mutuelle ?
W5 : oui, y a des menaces, la première c'est l'autoroute à péage qui va nécessairement occasionner le déplacement des populations au niveau de Keur Massar donc la quasi-totalité de nos populations va partir. L'autre menace c'est les inondations.

Certains acteurs croyaient que payer des primes pendant une longue période sans bénéficier des avantages de la MS frustrait les membres :

W11 : ils ont cotisé et peut-être que Dieu a fait qu'ils ne sont pas tombés malades mais au lieu de comprendre qu'ils ont cotisé pour soigner celles qui sont malades, ils disent qu'ils ont cotisé parce qu'ils avaient quelque chose entre les mains pour travailler maintenant qu'on m'a prise cette chose-là, je ne vais plus cotiser

W11 : Il faut sensibiliser les gens qui cotisent pendant 2 ou 3 ans sans tomber malade, ils se disent qu'ils perdent de l'argent alors qu'il s'agit d'un élan de solidarité.

La mauvaise qualité des soins était considérée par certains comme un motif d'insatisfaction des adhérents vis-à-vis de la MS :

W5 : si la mutuelle ne choisit pas bien ses prestataires, cela peut porter atteinte à son fonctionnement et les populations qui adhéreront à cette mutuelle peuvent ne pas être satisfaites

Certains adhérents ont également quitté la MS parce qu'ils n'étaient pas satisfaits du nombre de prestataires de soins de santé conventionnés :

W13 : souvent tu croises d'anciens membres, tu leur demandes pourquoi ils ont abandonné, quelqu'un m'a dit qu'elle est diabétique et elle se soigne à Abass Ndao alors que la mutuelle n'a pas signé avec cette structure.

Certains adhérents étaient incapables de payer la cotisation suite à l'augmentation du coût de la vie:

W14 : Si tu veux faire vivre la famille, scolariser les enfants, acheter du savon, de l'eau ; c'est pour ça que de temps en temps c'est dur de cotiser chaque mois. C'est un peu trop dur avec l'augmentation des denrées alimentaires.

6.4.2.2. Mode de fonctionnement de la mutuelle de santé

La gestion de la mutuelle de santé

Les dirigeants

Beaucoup d'éloges ont été faits en faveur des dirigeants de la MS :

W3 : C'est à cause de leur bon comportement et de leur tenue exemplaire que la mutuelle vit jusqu'à présent.

W10 : Les responsables de la mutuelle sont des acteurs de développement très motivés qui luttent pour le développement de leur localité et le bien-être de la population... c'est l'esprit de volontariat

Un acteur a expliqué que les dirigeants de la MS avaient besoin des réseaux sociaux forts et diversifiés afin qu'un grand nombre de membres adhèrent à la MS :

W12 : on s'est dit qu'il n'était pas possible de trouver une personne isolée. La personne est toujours en relation avec des personnes à qui elle peut faire confiance. La personne peut constituer son mouvement mutualiste... Ici on est parti de la personne qui constitue son réseau relationnel. Mais on a eu un problème avec les animateurs. Pour chaque mutuelle, on avait un animateur qui était payé par le projet pour faire de la sensibilisation et faciliter le recrutement des membres. Et eux, ils passaient par leur propre réseau relationnel, ils ne peuvent pas aller voir quelqu'un qu'ils ne connaissent pas... donc il faut avoir une approche très diversifiée qui va de la valorisation des organisations existantes qui part du capital humain qui existe dans la mutuelle pour que chaque membre puisse utiliser son réseau relationnel...

Le personnel de la MS était en grande partie non rémunéré.

Enquêteur : et parmi les 13 personnes (de bureau) combien d'entre-elles reçoivent des motivations ?

W7 : à part l'animateur principal c'est le gérant ce sont les deux personnes qui sont motivées financièrement.

Enquêteur : cet argent est suffisant pour vivre ?

W7 : en tous cas pour le gérant au début c'était 20 000f, maintenant c'est 30 000f. Concernant l'animateur, au début c'était 50 000f mais on a diminué jusqu'à 40000f c'est pour pouvoir motiver les autres animateurs 1000f ou plus selon leur degré d'implication.

Enquêteur : est-ce que ce sont des postes très convoités et difficiles à décrocher ?

W7 : non, pas tellement parce que moi si j'avais vu quelqu'un qui veut ma place, je lui aurai donné ma place gratuitement, parce que ça demande beaucoup d'effort, c'est difficile, tu dois être toujours en place alors que la rémunération est insuffisante...

Les dirigeants de la MS travaillaient également pour d'autres projets de développement local :

W7 : j'ai d'autres préoccupations... Je suis un acteur plein, j'évolue dans les programmes, y a..., les programmes des acteurs non étatiques, programme financé par l'Union européenne... Les

personnels sont pris en charges par ces programmes financés par les bailleurs... Ça c'est mon principal travail.

W9 : Je gère également la garderie qui est... là-bas, je gère aussi des bornes fontaines, je suis membre de l'ASC, je suis le président de l'union départementale des mutuelles de santé de Pikine, je suis le secrétaire général du réseau des mutuelles de santé. Tout cela est volontaire. Je suis membre à l'école des enfants déficients mentaux. Il n'y a pas de rémunération, c'est difficile...

Les dirigeants étaient réticents à rester dans un emploi exigeant mais qui n'était pas rémunéré :

Enquêteur : pourquoi les présidents changent toujours depuis 2000 ?

W9 : le volontariat c'est un peu difficile quoi... ici tu fais tout, mais à la fin du mois tu n'as rien. Au bout de quelque temps, tu te dis que tu as apporté ta contribution à l'édifice, peut-être quelqu'un d'autre peut faire mieux que moi, donc je lui cède la place et elle va continuer. Peut-être s'il y avait une rémunération à la fin du mois, y aurait une bousculade.

Les gérants locaux

Un grand nombre de femmes du GIE (Groupement d'Intérêt Economique) local (voir ci-dessous) avait adhéré à la MS. La gestion de ces membres a été décentralisée à travers une structure composée de 45 groupes appelés «GMS»:

W9 : les GMS sont nés d'une idée parce qu'on avait des difficultés de recouvrement au niveau des groupements féminins. Tu vois des groupements qui font 40 à 50 personnes qui viennent adhérer à la mutuelle. Y avait une seule personne pour faire ce travail de recouvrement, c'était difficile pour elle, c'était difficile de savoir qui a cotisé ou pas. On s'est dit pourquoi ne pas éclater ces groupements pour le fonctionnement de la mutuelle, si on prend par exemple un groupement de 50 personnes, on l'éclate en 4 ou 5 groupements de 10 personnes. On nomme une personne qui est le responsable de ce groupement. Il est responsable du recouvrement, on lui donne des tickets modérateurs, on le forme. Le chef de ce groupement s'appelle l'animateur principal. Chaque groupement aura un représentant au CA. Donc plus les groupes sont plus grands et plus ils auront des représentants dans le pays...

Ce système était très avantageux pour la collecte de cotisations :

W7 : Mieux vaut poursuivre un groupement que de poursuivre 10 personnes dispersées.

En général, le système GMS semblait bien fonctionner et les animateurs principaux étaient satisfaits de leur relation avec la direction :

W4 : Nous avons de bonnes relations et à chaque fois que j'ai besoin ils s'occupent à régler les problèmes que je pose.

L'organisation de la mutuelle

La MS a développé une structure de gestion qui permettait aux membres de participer activement à la MS. elle était composée de trois niveaux : au sommet, les dirigeants de la MS, au milieu le conseil d'administration et enfin, à la base, les membres de la MS qui sont conviés annuellement à participer à l'AG:

W7 : Et pour le fonctionnement de la mutuelle, il fallait créer un comité d'administration qui était composé uniquement de ceux qui avaient leur carnet... ce dernier est composé des responsables de groupement et en même temps des individuels qui peuvent apporter leur expertise au développement de la mutuelle... la liste... est ouverte à tout membre intéressé à la mutuelle... à partir de ce conseil d'administration qui est installé officiellement à leur niveau interne le bureau va ressortir. Ce n'est pas lors de l'assemblée générale ordinaire qu'on met le bureau en place. L'assemblée générale on met les dispositifs...

Enquêteur : et il y a combien d'individus dans le conseil d'administration ?

W7: il y a minimum 33 mais actuellement on est au nombre de 42...

Enquêteur : dans le bureau il y a combien de personnes

W7 : il y a 13 personnes...

Les femmes qui ont représenté les GMS dans le CA faisaient partie d'un réseau local qui tenait des réunions mensuelles. Lors de leurs activités, elles ont donc eu régulièrement l'occasion de discuter de la MS :

W7 : la particularité de Guinaw rail c'est qu'au niveau des femmes il y a un groupement réseau des associations féminines de Guinaw rail... ils se rencontrent le plus souvent au niveau du réseau on fait une réunion le 20 de chaque mois au niveau du siège ici. Et dans le conseil d'administration, majoritairement ce sont des femmes...

Les dirigeants ont également tenu des réunions régulières :

W9 : On a mis un système pour que le bureau se réunisse chaque deux semaines en dehors des réunions qu'on doit faire chaque fin du mois. pour évaluer ce qu'on a fait pendant les 2 semaines, afin de voir ce qui a été fait et ce qui reste à faire pour la fin du mois.

6.4.2.3. La question de la participation

En général, les acteurs avaient une vision positive du mode de participation en cours à la MS :

W3 : dans la mutuelle ce n'est pas à une personne de décider et les autres suivent, non, on discute et chacun donne son avis jusqu'à trouver un consensus.

W5 : les mutuelles, c'est des choses bien organisées et régies par des textes réglementaires, et les gens sont élus de manière démocratique en présence de toutes les populations.

En outre, il semble que l'organisation de la MS favorisait une solide culture de transparence et de démocratie :

W9 : le bureau ne prend jamais une décision sans consulter le CA. Parce que le CA constitue le représentant des GMS de la population. Chaque mois, on leur dit voilà ceux qu'on a soignés, ce qu'on a fait entrer, on leur présente un bilan. On tient une réunion pour décider de ce qu'on va faire le mois prochain... On tient des réunions de bureau et présenter ce qu'on a fait des recommandations de la dernière réunion de CA. Nous dressons un rapport pour le CA qui vérifie ce qui a été fait.

W9 : si nous ne tenons pas de réunions, les autres membres nous interpellent. Car on les a impliqués sur la gestion le fonctionnement la gestion. Qui et comment on doit faire. Le bureau est là pour exécuter les ordres d'en-cas.

W13 : on a jamais fait quelque chose sans que le CA ne le valide c'est pour cela qu'à chaque fois y a un ami qui me dit que la transparence qui règne dans la mutuelle de santé si l'Etat du Sénégal avait cette même transparence, on n'aurait pas de problème.

6.4.2.4. Circulation d'information

Il y avait un sentiment parmi certains acteurs que les informations à propos de la MS n'étaient pas suffisamment disponibles au sein de la population-cible :

W2 : Il faut que la mutuelle soit bien implantée et que l'information passe normalement pour que l'impact puisse être grandiose. On ne peut pas parler de mode de fonctionnement de la mutuelle car on ne la sent pas... Beaucoup de gens ne connaissent pas la mutuelle.

6.4.2.5. Appréciation de l'avenir de la mutuelle

Un acteur pensait que l'adhésion à travers les GMS était insuffisante et que la MS devrait cibler d'autres parties de la population :

W8 : les groupements féminins ce sont des groupements qui sont là pour trouver un financement, pour financer leur activité, donc, ce sont pas des gens qui aiment déposer de l'argent pour quelqu'un, c'est la réalité malheureusement. Alors que la mutuelle, elle, doit être là pour tout le monde, ce n'est pas toute la population qui se retrouve dans les groupements féminins... il y aura une couche de la population qui ne sera pas touchée et elle sera peut-être plus importante que celle qui est touchée. Et donc ils doivent... aller avertir les populations au niveau des quartiers et trouver la bonne

personne pour pouvoir réussir le projet. S'ils travaillent avec ces associations, ils va y avoir une autre tournure.

Pour un autre acteur, plus de collaboration entre les MS serait particulièrement avantageux dans le cadre des inondations qui ont provoqué des déplacements de population à Pikine.

W4 : On peut mettre les mutuelles en réseau car en cas de déménagement ailleurs je n'aurai pas de souci à me faire, je peux accéder aux soins partout et les mutuelles pourront se soutenir.

Un autre acteur pensait que le taux de remboursement était trop faible et qu'il devrait être majoré jusqu'à un remboursement de 50% des coûts de soins afin d'attirer plus de membres. Cet acteur expliquait également que, afin d'accroître les taux d'adhésion, les membres de la MS devaient bénéficier de privilèges pour accéder à des soins de santé, par exemple en étant exempté de faire la queue au poste de santé :

W11 : j'ai proposé que on donne la moitié et toi l'autre moitié... beaucoup de gens vont venir adhérer, ça attire et on aura un fond propre ça ne sera pas la peine d'aller chercher des soutiens partout

W11 : Il faut qu'on nous accorde une faveur, on a un fonds qui est là, la personne qui vient avec le carnet ne doit pas faire la queue et ça peut attirer beaucoup de personnes parce que dans tous les hôpitaux il y a de longues queues.

Un autre acteur pensait que la direction de la MS avait besoin de plus de formations :

W12 : que tu peux te créer des opportunités relationnelles, que tu peux transformer en conversation et que tu peux créer une base relationnelle, ça c'est important, qu'on puisse faire la formation autour de ça. Pour moi le leadership doit être transformationnel. Comment en tant que leader, je peux m'engager en entraînant d'autres personnes, c'est ça la question de fond.

Cet acteur pensait également que les MS devraient devenir une plus importante force politique afin d'influencer le gouvernement dans le financement des soins de santé :

W12 : Il faut qu'à un moment donné, ces mutuelles soient des forces politiques. Ça ne veut pas dire qu'ils doivent être liés mais contribuer au débat, les interroger, les interpeller et sur cette base-là, ils peuvent s'abstenir. Il y a donc une réflexion à faire non pas pour que les partis politiques manipulent les associations mais pour que la société civile puisse aussi manipuler les partis

W12 : Quand tu jettes un coup d'œil aux budgets de la mairie, il y a des montants énormes destinés aux cas sociaux qui ne sont rien d'autre que des fonds politiques et là une mutuelle doit pouvoir peser sur ces questions-là dans la participation à la gestion des budgets des communes.

Un autre acteur a discuté l'idée de lier la MS à la micro finance, mais il n'a pas appuyé cette stratégie :

W17 : l'avantage des institutions de micro finances c'est qu'elles ont une marge financière plus importante qui leur permette de subventionner la mutuelle de santé. Alors que nous, on s'est dit que l'avenir des mutuelles de santé repose intégralement sur ses cotisations. Des gens vous disent « vous ne nous financez pas, on quitte mais si vous allez au niveau des micros finances on vous finance avec des taux d'intérêt énormes », alors que nous, nous encadrons la mutuelle avec des renforcements de capacité, des formations.

6.4.2.6. Comportement des individus dans la mutuelle

Connexion, confiance et transmission

Une grande proportion des membres de la MS sont des femmes qui étaient membres du GIE. Le secrétaire général de l'un des GIE a expliqué l'histoire et les activités de leur groupe :

W14 : le GIE est une structure qui est organisée pour la transformation des céréales locales... ENDA a donné une subvention, nous avons acheté des bols, des cuisinières, des (bouteilles de) gaz, des ustensiles, des tables, des draps et couvertures. Et après on a commencé le travail.

Bien que les GIE aient été constitués à l'initiative d'une ONG internationale, les femmes du groupe étaient amies et avaient des liens préexistants :

Enquêteur : vous vous connaissiez avant, les femmes du groupe ?

W14 : oui, on se connaissait avant, on habite tous dans le même quartier, nous sommes tous des vendeuses de couscous. Avant, on se regroupait pour faire des tontines mais ce n'était pas le travail qui nous a regroupé, on était juste un petit groupe de « fellyeggo » qui faisait des tontines, des cotisations. Quand quelqu'un avait un mariage ou un baptême, on allait chez lui, c'est comme ça qu'on faisait avant. Par la suite, quand ENDA est venu pour nous subventionner pour qu'on travaille, nous avons pris le même nom du groupe pour continuer.

En plus de leurs activités en tant que GIE, les femmes continuent de contribuer à leur tontine. Elles estimaient qu'elles ne pouvaient pas compter sur leurs maris pour obtenir des revenus :

W14 : il y a une petite tontine pour la tabaski, chaque mardi, les femmes amènent 1000f et on le met dans la caisse.

W14 : pour toutes les femmes qui sont dans le groupe, leurs maris ne travaillent pas. Ce sont les femmes qui se débrouillent pour les besoins de leurs enfants.

Les femmes avaient un niveau élevé de solidarité et de confiance au sein du groupe :

W14 : il n'y aura pas de détournement parce qu'on se connaît très bien, on vit ensemble... tu n'oses pas faire du mal à ta collègue parce que tu sais qu'elle vit les mêmes problèmes que toi.

Les femmes du groupe GIE ont été inscrites dans la MS par une femme locale qui était connue et en qui elles avaient confiance :

W14 : c'est le responsable de la mutuelle de santé qui a envoyé une femme dans notre unité. Après nous avons causé ensemble. Elle nous a sensibilisés.

Enquêteur : pourquoi vous faites confiance à cette femme ? Vous la connaissez ?

W14 : on la connaît très bien, elle faisait partie de la caisse d'épargne et de crédit de Guinaw Rail avant... elle habite Pikine, on la connaît très bien.

6.4.2.7. Comportement des individus entre eux

Confiance et connexion

Certains acteurs pensaient que l'individualisme ainsi qu'une réduction de la solidarité ont gagné du terrain dans la communauté ciblée par Wer Ak Werlé

W1 : Ici quand on commence quelque chose c'est la ruée vers cela, mais à la fin tu ne vois plus personne car la majeure partie se retire. La cause de tout cela est que les gens ne sont pas unis, tout le monde veut être au-devant et cela retarde beaucoup car cela amène des divergences au sein du groupe.

W12 : La pauvreté économique est liée à la réduction de la structure famille dans les ateliers de production, mais de plus en plus ce sont des stratégies individuelles qui priment sur celles qui sont collectives. Donc la cohésion sociale d'une façon ou d'une autre, on sent que ça baisse.

Alors que la famille élargie n'est plus une source de sécurité sociale, un mouvement associatif très actif a fourni un soutien à la communauté :

W12 : on a vu qu'il y a avait des richesses associatives extrêmement fortes, même s'il y a pas d'associations formelles, il y en a des informelles qui peuvent être plus vivantes que les formelles

Un représentant de la structure d'appui a expliqué comment son organisation a analysé ces questions et le contexte social dans lequel la MS a été introduite et la façon dont elle a tenté d'adapter sa stratégie d'inscription pour correspondre à des tendances sociales. Dans un premier temps, ils ont utilisé un système de microcrédit pour introduire ensuite un système de comptes individuels d'épargne médicale pour les soins de santé ; par la suite, ils ont introduit l'inscription familiale et enfin l'inscription à travers les associations :

W12 : On a expérimenté plusieurs approches, le système de prépaiement, on a vu que c'était sur une base individualiste, on a évolué vers les mutuelles à base familiale et, depuis 4 ans, on a évolué vers des mutuelles de santé à base de groupements. Donc une certaine évolution à travers l'expérimentation de terrain.

W12 : Quand on privilégie le modèle d'adhésion familiale, on est en train de casser sans s'en rendre compte les mécanismes de solidarité au niveau communautaire. Les gens essaient de s'organiser à l'échelle des villages et toi tu intervies au niveau des familles...

6.4.2.8. Relations entre la mutuelle et les prestataires

Les soins primaires :

Une part importante du personnel de la MS avait déjà travaillé avec (ou pour) les prestataires de soins locaux, permettant ainsi à la MS de bénéficier de ces liens existants :

W10 : la plupart des membres qui travaillent à la mutuelle de santé était des relais au niveau du poste. Ils ont participé aux différents programmes de santé notamment aux activités d'IEC/CCC¹¹, aux activités de sensibilisation, aux journées nationales de vaccination, aux journées nationales de lutte contre la malaria, aux journées de distribution de moustiquaires... Même si ces acteurs de la mutuelle n'étaient pas là, nous serons obligés de recruter des relais pour faire ce travail. Ils se présentent comme une courroie de transmission entre la population et nous. En effet, il existe une synergie entre nous.

Cependant, la relation entre la MS et les prestataires de soins était parfois problématique. Une présidente d'un GMS a expliqué que les bénéficiaires de la MS ont souvent eu des problèmes d'accès aux soins lorsque la MS devait de l'argent aux prestataires. Elle a donné un exemple : elle a dû rembourser les membres de sa propre poche. Ces problèmes ont été considérés comme une grave faiblesse de la MS :

W4 : Les bénéficiaires ont des problèmes au niveau des structures sanitaires. Je ne comprends pas mais à chaque fois qu'on me signale un problème j'informe (le gérant)... C'est dur car s'il faut faire intervenir à chaque fois les responsables cela ne vaudrait pas la peine d'être membre de la mutuelle.

Enquêteur : Selon vous d'où proviennent les problèmes ?

W3 : Soit de la mutuelle, soit des structures sanitaires. Une fois 3 bénéficiaires de mon GMS qui devaient accoucher ont été rejetées parce que selon les prestataires la mutuelle leur devait de l'argent. J'ai été obligé de régler ce problème par mes propres moyens car ces dernières passent par moi pour cotiser et en tant que présidente, je me devais de les assister.

Le Président de la MS a admis que signer des conventions et rembourser les prestataires pourraient être difficiles pour la MS. Cependant, un fonds de garantie a contribué à protéger la MS des retards de paiement :

Enquêteur : Qu'il y avait des problèmes pour payer les factures ?

W9 : Au début il y'en avait, étant donné que les cotisations n'étaient pas aussi élevées et les prestations plus chères que ces cotisations...

Enquêteur : Si vous ne pouvez pas payer les factures aux prestataires, comment vous faites ?

W9 : On avait une caution qu'on déposait dans les postes de santé, je crois que c'était 50,000f et chaque mois si nous ne parvenons pas à payer, ils déduisent leur argent... cet argent vient des cotisations des bénéficiaires. Au début, il fallait cotiser pendant 3 mois pour bénéficier des services de la mutuelle. On reçoit aussi l'appui venant (d'une ONG), cet argent nous permet de signer des conventions avec un poste de santé et de verser une garantie au poste de santé.

Un ICP s'est plaint du retard de paiement de la MS, mais il a aussi déclaré que cela ne l'a pas empêché de traiter les membres de la MS :

W10 : En effet, il y a vraiment un retard de paiement. Actuellement, je pense que la mutuelle est à quatre ou cinq mois même d'arriérés. La mutuelle n'honore pas vraiment leurs dettes à l'égard du prestataire.

W10 : Déjà la mutuelle accuse des arriérés mais n'empêche que nous gérons la situation, nous collaborons mais pourvu que les arriérés ne durent aussi au détriment des mutualistes.

¹¹ Information-Education-Communication/Communication pour le Changement de Comportement

Un autre ICP a expliqué que précédemment, il avait encouragé ses patients à adhérer à la MS, mais ce n'était plus le cas :

W15 : Avant je faisais la sensibilisation, mais maintenant, je m'abstiens... je ne peux plus le faire. Demain, quelqu'un peut me reprocher de l'avoir incité à adhérer à une mutuelle.

Les prestataires de soins de santé ont été invités à l'AG :

Enquêteur : Etes-vous invité à participer aux AG des mutuelles ?

W15 : Si, si, parfois oui, mais le temps me manque. On nous invite parfois.

Un ICP croyait que les MS devraient fournir un soutien matériel, comme des produits pharmaceutiques, par exemple :

W15 : Je préfère que les mutuelles aident au renforcement en matériel et logistique des postes de santé, au profit des mutualistes. Je travaille avec une mutuelle d'élèves qui est en partenariat avec des italiens. Cette mutuelle offre des caisses de médicaments à chaque ouverture des classes, médicaments qui seront donnés aux élèves en cas de besoin.

Un acteur a abordé la question des paiements informels. Il ne pensait pas que cela avait nécessairement un effet négatif sur la MS. Toutefois, il a soutenu que des relations sociales importantes et d'autres liens sociaux ont été promus grâce à ces paiements, et que l'impact de ceux-ci sur la MS n'était pas clair :

W12 : tu es un prestataire et moi je viens, tu me traites, je prends mille franc et je te donne... je n'ai pas de perception négative de ça. Quand tu viens dans une structure que tu ne connais pas, bon le monde de la santé est un peu compliqué, donc on peut le considérer non pas comme une corruption mais des droits d'entrée dans un milieu ; si je veux être ton ami, je peux venir et te donner un cadeau, quelque chose que tu aimes le plus et cela certains le voient comme une corruption

Enquêteur : ...est-ce-que cela peut empêcher l'adhésion à la mutuelle ?

W12 : non, ça n'empêche pas ... même si les personnes ne sont pas contentes, elles peuvent faire un recours, c'est-à-dire venir à la mutuelle... ce qui est important, c'est que la population, elle crée des liens avec le personnel et ça c'est important. Les soins ce n'est pas que les médicaments, c'est l'affectif. Ils peuvent ne pas faire de cadeau, mais les gens peuvent attendre un événement et qu'ils viennent chez toi il faut l'envisager comme un capital social. Ce sont ceux qui ont le capital social élevé en général qui sont mieux pris en charge dans les structures de santé. Il faut voir dans quelle mesure cela peut être une contrainte sur la mutuelle de santé

Il a souligné que les relations sociales étaient la clé pour assurer la santé et l'accès aux soins de santé :

W12 : quand t'es malade, tu as besoin de l'argent. Et quand tu n'as pas d'argent tu ne peux compter que sur ton capital social pour te faire soigner. Les personnes qui meurent ce n'est pas la personne qui est la plus pauvre, mais celle qui a le réseau le moins étendu... Deuxième aspect aussi. Quand les gens vont se soigner... la fréquentation dépendait plus de la qualité de la relation avec le personnel soignant que de sa compétence.

Relations avec les Comités de Santé

La MS avait une relation très tendue avec le comité de santé de l'hôpital local et avait été incapable de signer un contrat avec lui. Notre équipe de recherche a été incapable d'obtenir un entretien avec le comité de santé en vue d'acquiescer une meilleure compréhension de cette question.

Les hôpitaux :

L'absence d'un contrat avec un hôpital a été considérée comme une faiblesse de la MS :

W3 : il faut signer des conventions avec les hôpitaux, qu'on ait une pharmacie qui dispose de médicaments. Si cela est réglé, je pense que la population adhérera en masse.

W11 : je vois que le point faible aussi c'est que les postes de santé sont éloignés et on a que les postes de santé publics... on n'a pas encore de vrais hôpitaux et y a des malades qui ne vont pas aux postes de santé

6.4.2.9. Relations entre la mutuelle et les autres associations

Le développement de la MS Wer Ak Wérlé a été l'initiative de la coordination du Centre de coordination pour le développement de Guinaw rail (CCDGR). Les 93 ONG et associations communautaires appartiennent au CCDGR, y compris la MS. Par conséquent, la MS avait des liens solides avec ces autres organisations :

W7 : l'idée donc est venue de créer une mutuelle de santé en 2000... (le CCDGR) a créé des fora sur la santé, éducation, culturelle. Et par rapport au volet santé, l'idée est venue de créer une mutuelle de santé car on avait vu qu'il y avait qu'une structure de santé... et que les prestations étaient un peu chère. Et on s'est dit qu'il fallait construire une micro-assurance là où il y a une solidarité interne où ils vont cotiser régulièrement et c'est là l'idée de la mutuelle et il y aura une entraide entre les adhérents...

La Présidente de la CCDGR, une femme leader local, avait entendu parler de l'existence d'une MS défaillante et a décidé d'essayer de la réanimer. Elle est ensuite également devenue la Présidente de la MS :

W11 : On est parti voir un partenaire qui nous a dit qu'il y a une mutuelle existant à Guinaw Rail, nous-mêmes on ne le savait pas. Il a dit il y a une mutuelle installé avec le partenaire ENDA GRAF, il faut se rapprocher de cette mutuelle même si ça n'a jamais marché il y a déjà quelque chose qui existe là-bas. On est revenu voir le groupe, c'était les jeunes du comité, on nous a dit qu'... on a les carnets que nous avons commencé à vendre mais nous n'avons jamais soigné... on s'est dit comme on voulait une mutuelle, ce n'est pas logique d'aller reprendre à zéro. Il suffit d'acheter les carnets, de faire une assemblée générale et d'installer cette mutuelle. On a commencé par acheter 100 carnets en un seul lot au nom du réseau des femmes... Quand on a fait l'assemblée générale de la mutuelle, on m'a élue présidente de cette mutuelle-là. Donc c'est une mutuelle qu'il fallait redynamiser.

Contrairement aux dirigeants de la MS originale, la Présidente de CCDGR avait la confiance d'une grande partie de la communauté – les groupements des femmes – ce qui l'a aidée à recruter un nombre important de nouveaux membres. Il était à craindre que, après avoir quitté son poste de présidente, certaines de ces femmes cessent de payer leurs primes (voir ci-dessous).

W11 : c'était un groupe déjà soudé c'était le réseau des femmes, on se connaît entre nous, on sait qui peut faire quoi, donc y avait déjà la confiance. Je peux dire au minimum y avait la confiance entre 500 et 600 femmes, c'est énorme donc c'était un groupe qui à elle seule pouvait faire marcher la mutuelle. Y'a un moment le comité mourant et nous on est venu, on a adhéré 50 groupements jusqu'à 13 mois

Le président actuel, de même que d'autres responsables de la MS étaient également membres de la CCDGR. En général, ils se sont décrits comme «des acteurs du développement» et ont tenu de nombreux postes dans les différents secteurs de développement :

W7 : j'étais un membre de l'ASC et on devait recruter 5 personnes qui devaient être formées pour être le personnel du centre de nutrition Moi j'ai travaillé pour la pesée et la surveillance de la croissance.... nous 6 qui composons le centre, on a créé un GIE en '98... C'est avec le GIE qui m'a mandaté au niveau du CCDGR. Au niveau de l'assemblée générale, on a fait une définition des organes et on m'a donné le volet organisation. J'ai vu que la mutuelle de santé existait déjà et j'ai acheté un carnet comme tout le monde et j'ai commencé à m'impliquer petit-à-petit par rapport à la mutuelle et à l'assemblée générale de 1999 j'ai commencé à être le commissaire aux comptes, ensuite secrétaire général et enfin le gérant

Un autre acteur a commenté cette tendance des individus occupant des postes dans de multiples associations :

W12 : on s'est rendu compte qu'en réalité les leaders des associations, ils étaient dans plusieurs associations... de dehors tu peux penser que il y a plein d'associations, mais on a vu que les leaders sont toujours les mêmes.

Les liens étroits entre la MS et d'autres associations locales ont entraîné le développement de gestions similaires à travers des organisations différentes :

W8 : Vous savez la plupart du temps les initiateurs des mutuelles de santé sont issus des mouvements Navétane les ASC... puisque ce mouvement a son propre règlement des statuts, lorsque je veux me lancer une nouvelle structure, je me tourne automatiquement toujours vers le même type d'organisation Navétane, c'est pourquoi il y a beaucoup d'associations qui ont le même programme.

Cependant, il y avait également des différences entre la MS et d'autres associations. Certains acteurs pensaient que la MS pourrait s'inspirer de la réussite des ASC's locales. Un acteur fait valoir que, comme avec les ASC's, les avantages de la MS devraient s'étendre à tout le monde et pas seulement ceux qui paient leurs cotisations :

W7 : la mutuelle est semi-professionnelle car, elle, on peut dire qu'elle vend des produits par rapport à la maladie, les adhérents sont des acheteurs. Les organisations comme les ASC vendent leur carte à n'importe quel prix ça dépend de leur volonté, mais ce n'est pas parce que tu n'as pas la carte de membre que t'es pas membre, car il y a une zone qui concerne l'ASC donc quand tu habites dans la localité tu es membre. Maintenant il y a les membres actifs et ils peuvent assister à l'assemblée générale et décidé de la politique de l'organisation. Tous les membres de la mutuelle habitent Guinaw Rail certes mais ça ne veut pas dire que la mutuelle appartient à Guinaw Rail. La mutuelle appartient à ceux qui ont leur carnet uniquement. Donc c'est différent... il fallait mettre en symbiose les actions des uns et des autres. C'est une faiblesse parce que tout le monde n'est pas impliqué.

Un autre acteur pensait que la MS devrait établir des liens avec les ASC locales :

W8 : c'est que la mutuelle doit s'inspirer des ASC. C'est en allant s'installer dans les quartiers en essayant d'installer des comités de quartier dans la zone d'intervention réelle de la mutuelle... ; il y a un autre facteur que tu as oublié c'est la confiance... L'expérience a montré que lorsque les gens ne se connaissent pas, ils ne sont pas inspirés... donc il serait plus intéressant s'ils venaient prendre les associations ou les ASC de quartier (...) installeraient leur comité de cellule pour la mutuelle et les habitants qui gravitent autour de ces associations là et auront confiance au gens qui sont là (...) ce serait un développement.

Le directeur de la MS a observé que la collecte d'argent pour les cérémonies à travers les tonnes a la priorité des femmes au détriment du paiement des primes de la MS, même si les sommes d'argent impliquées étaient similaires (parfois 1000 CFA par semaine - voir ci-dessus). Il avait le sentiment que la santé devrait être prioritaire :

W7 : ...elles ne voudraient pas qu'entre amies, que tu aies une mauvaise appréciation de moi. J'ai une cérémonie tu m'as aidée donc moi aussi je dois t'aider... Même si elles n'ont pas cet argent, elles se débrouillent pour l'avoir... C'est qu'on appelle « Ndèye Dické », c'est un cercle restreint, tu es mon favoris, mon meilleur ami. Ça joue un rôle très fort, c'est ça qui brise l'aspect social aujourd'hui, c'est plus fort qu'adhérer à une mutuelle... En Afrique, la priorité c'est la cuisine et les relations humaines alors qu'il y a la santé d'abord.

Le personnel de la MS avait des liens personnels souvent étroits avec les dirigeants communautaires locaux, mais il semblait que ces connexions ne soient pas nécessairement utilisées pour mobiliser le soutien pour la MS. Un leader musulman a déclaré :

W1 : Ces responsables de la mutuelle font partie de ma famille, ils viennent me voir tout le temps mais ils ne sont jamais venus m'entretenir de la mutuelle... Nous n'avons pas encore échangé des idées sur la mutuelle.

De même, le président d'un *dahira* a déclaré que, bien que plusieurs membres du *dahira* fussent également membres de la MS, il n'y avait aucune relation officielle entre les deux associations :

W3 : Il y en a beaucoup qui sont dans la mutuelle, mais le dahira n'a pas de relation proprement dite avec la mutuelle

Un chef local de quartier a expliqué que les membres de la MS diffusaient souvent des informations lors de réunions locales. Cependant, il n'avait aucune relation avec la MS et avait le sentiment que la MS n'était pas fortement ancrée dans la communauté :

W18 : Je n'ai jamais travaillé dans la mutuelle de santé, je n'ai pas beaucoup de relations avec eux, mais néanmoins je l'ai entendu par le canal de certains habitants du quartier. Au niveau de notre

siège regroupant les chefs de quartier, certaines femmes venaient souvent nous parler de la mutuelle de santé.

W18 : Pour vous dire que dans le quartier très peu de personnes connaissent les membres de la mutuelle

W18 : Parfois on ne sent pas l'implantation de la mutuelle au sein du quartier.

Un acteur a expliqué qu'il était important de reconnaître comment les aspects économiques, sociaux et culturels du développement sont intégrés sur le terrain. Il donnait l'exemple du microcrédit, mais parlait également de développement en général, y compris celui des MS :

W12 : Même dans la micro finance, quand nous avons créé la caisse d'épargne et de crédit, on voulait que les fonds de crédit soient exclusivement utilisés pour des activités génératrices de revenus. Mais quand tu regardes, les gens n'utilisent jamais l'intégralité des fonds pour les AGR, donc il y a une part (...) pour consulter le marabout pour que l'activité économique réussisse, mais aussi pour traiter une parente malade parce qu'il sait qu'il a pas d'assurance maladie, donc c'est pas seulement économique, mais il veut être en confiance avec son propre environnement c'est-à-dire investir dans l'économie, dans du social, le culturel et c'est magnifique ! Pourquoi on veut casser tout ça en les obligeant à cotiser pour une seule activité ?

6.4.2.10. Relations entre les mutuelles

La première présidente de Wer Ak Werlé a expliqué qu'elle a été inspirée par l'exemple de la MS Fandène :

Enquêteur : Comment l'idée d'une mutuelle de santé est née ici pour la première fois ?

W11 : La première mutuelle de santé que j'ai entendue c'était à Fandène hors de Dakar, c'était avec ENDA GRAF, ils étaient invités, ils disent qu'ils avaient une mutuelle de santé. Je me suis dit mais pourquoi pas nous, si eux les cultivateurs peuvent se prendre en charge en médicaments, nous les commerçants, pourquoi pas ?

Wer Ak Werlé faisait partie d'un réseau de sept MS à Pikine. Les sept MS étaient financées par la même ONG internationale. Le réseau était considéré comme un bon forum d'échange des meilleures pratiques et de résolution de problèmes :

W6 : selon moi c'est une bonne chose à condition que chacun vienne et divulgue les réalités de sa mutuelle pour échanger les idées les expériences. Les responsables des mutuelles aussi s'entendent très bien là-dessus... un responsable m'avait demandé de venir au sein de ma structure pour voir et améliorer ses expériences. J'ai accepté volontiers, elle est venue, elle a fait 2 jours ou 3 jours, elle a bien observé et l'appliquera une fois chez elle.

Certains acteurs percevaient Wer Ak Werlé comme étant la MS la plus réussie du réseau :

W9 : toutes les mutuelles fonctionnent de la même manière, la différence réside dans la création des GMS que les autres n'ont pas. La mutuelle « wére wérlé » a signé beaucoup plus de convention que les autres mutuelles et c'est plus grand. C'est dû peut-être au dynamisme des membres, la régularité des réunions et les prises de décision et puis le bureau ne prend jamais une décision sans consulter le CA.

Les innovations développées par les autres MS du réseau et qui pourraient être mises en œuvre par Wer Ak Werlé, comprennent l'établissement d'une association de membres diabétiques :

W6 : ils ont leur association dans la mutuelle... le seul avantage c'est qu'on leur donne les médicaments contre le diabète moins chers... nous avons créé une association des diabétiques, ils se réunissent une fois par mois, nous assistons aussi à leur réunion pour comprendre leur problème de médicaments, de piqure.

Le réseau avait formé un fonds central dont le but était de garantir les contrats avec les prestataires de soins de santé :

W17 : On a créé un fonds de garantie de 2.000.000f. Parce qu'on allait sans doute contractualiser avec des laboratoires d'analyse, avec des privés qui vont demander des cautions.

Les quartiers de Dakar ont également été organisés en plusieurs syndicats des MS. Wer Ak Werlé a été membre de l'Union de Pikine. Le président de Wer Ak Werlé a également été président de l'Union Pikine:

W9 : l'Union essaye d'aider certaines mutuelles qui sont en difficulté en matière de gestion, des gérants qui n'ont pas de formation, qui ne savent pas signer de convention. On dresse un plan d'action pour les mutuelles qui sont membres de l'union. Au début on diagnostique les mutuelles et on voit les problèmes des mutuelles et on essaye de les aider.

Wer Ak Werlé a également participé aux activités de l'Union de Dakar :

W9 : Y a l'union de Dakar, Pikine, Guédiawaye, celle de Rufisque n'est pas encore mise sur pied... Nous avons fait des formations avec l'union de Dakar...

Toutefois, comme un ancien fonctionnaire de l'Union de Dakar l'a rappelé, l'Union de Dakar n'a pas été en mesure de fournir une assistance technique et de soutien aux MS en raison de son manque de capacité financière :

W21 : Finalement, on n'avait pas de ressources pour continuer... si vous voulez un personnel de qualité, il faut de l'argent et les cotisations des bénéficiaires ne pouvaient pas prendre en charge le personnel même des mutuelles à la base. Au niveau de l'union, chaque mutuelle cotisait 5000f et certaines mutuelles accusaient du retard, cette somme ne représente rien. Et en plus il fallait avoir des locaux... On a voulu créer un fonds qui permet de verser la caution à la place de la mutuelle qui n'était pas en mesure de le faire. Il nous fallait donc un fonds. Malheureusement ça n'a pas démarré.

6.4.2.11. Relations entre la mutuelle et les bailleurs et structures d'appui

Relations avec l'Eglise

Il n'y a aucun lien entre la MS et l'Eglise.

Relations avec les ONG et bailleurs internationaux

Bien que l'initiative de lancer une MS soit venue de la population locale (le CCDGR - voir ci-dessous), une ONG internationale avec une forte présence locale a apporté un important soutien technique :

W7 : (L'ONG) est venue nous apporter son expertise sur l'aspect technique et financier. C'est par rapport à ses résultats que nous avons décidé de fixer le prix du carnet d'adhésion à 1000 FCFA et la cotisation à 200 FCFA par personne.

Enquêteur : (L'ONG) a été invité ou (l'ONG) a suggéré ?

W7 : (L'ONG) a été sollicitée. Nous travaillons avec les ONG. Quand on a eu l'idée de créer une mutuelle, nous avons discuté avec nos partenaires et (l'ONG) ...

Enquêteur : La première idée vient d'où ?

W7 : La première idée vient des membres du CCDGR...

L'ONG a tenté de fournir un suivi régulier, mais cela s'est avéré difficile :

W17 : On avait à un certain moment la liste des membres de chaque mutuelle. On devait faire la différence entre la consommation individuelle et la consommation du groupement, on savait que chaque groupement avait tant de bénéficiaires mais c'est un travail fastidieux parce que ça prenait beaucoup de temps... On n'avait pas une marge financière pour recruter quelqu'un et (nous) étions fatigués... Parfois je prends un animateur, je lui donne de l'argent pour qu'il fasse le tour des groupements afin de collecter les données pendant 15 jours. C'est très difficile de suivre ces mouvements mutualistes...

Relations entre la mutuelle et l'État

Un important mouvement "d'acteurs du développement" a contesté l'ordre établi à Pikine :

W8 : depuis '96 Guinaw Rail a été érigé en commune d'arrondissement, les partis politiques, les plus grands du pays ont été ici et ils n'ont rien fait de palpable, les gens qui devaient incarner certaines valeurs ne l'ont pas fait. Je suis acteur de développement... et pour que mes actions soient

concrètes il faut que je me lance dans la politique, mais pas la politique politicienne mais la politique de développement. On est parti chercher un petit parti dans la localité pour éviter qu'il nous impose certaines exigences pour un peu garder notre indépendance sur ce qu'on veut faire réellement. Si je postulais pour être membre du Parti Démocratique Sénégalais ou du Parti Socialiste, on allait me dire que c'est les mêmes gens. Notre parti ... on a voulu montrer à la population qu'il y avait une différence entre les politiciens et nous. Mais nous ne sommes pas membres du parti, c'était uniquement pour nous laisser nous présenter aux élections.

Il y avait le sentiment que l'État avait réagi lentement à la croissance du mouvement mutualiste au Sénégal :

W12 : comment se fait-il que dans un pays où il existe des centaines de milliers de mutuelles de santé qu'on ait attendu jusqu'à une période récente pour faire sortir un décret pour la création des mutuelles ? C'est de la négligence, cela veut dire que les populations sont en avance sur l'Etat. Si y a pas un travail de mise en réseau des initiatives de mutuelle de santé et puis un travail puissant en termes de politique sur des orientations majeures par rapport à la micro-finance et si l'Etat ne s'implique pas dans ces secteurs, cela risque de poser problème parce que la protection de la population, c'est un domaine de compétence de l'Etat.

Le nouveau maire de Pikine a été perçu comme une personne voulant promouvoir les MS, créant de ce fait un contexte propice aux relations entre l'Etat et les MS dans cette communauté. Par exemple, un acteur a expliqué comment le maire s'était engagé de façon positive auprès de sa MS (pas Wer Ak Werlé) :

W6 : Nous avons créé notre CA, notre bureau, et on se réunissait en pleine rue on n'avait pas de bureau. Un beau jour le maire nous a croisés, il a acheté 40 carnets qu'il a distribués à ses conseillers. On se rassemblait pendant presque 1 an dans la rue et c'était un nouveau maire, on n'avait pas des affinités

Enquêteur : c'est le maire actuel ou bien ?

W6 : non l'ancien maire, on n'était pas trop proche.

Au même moment, les acteurs de développement de Pikine accentuaient leurs positions dans la politique locale. Les responsables de la MS et l'équipe du bureau du maire partageaient donc des liens du fait de leurs travaux communs au sein d'associations et d'ONG. Un conseiller expliquait :

W5 : je les (gérants de Wer Ak Werlé) connaissais avant, on était dans les ASC, les associations, dans le CCDGR aussi. J'avoue que c'est des gens sérieux, ils ont été dans beaucoup d'activités avant de créer la mutuelle...

La MS avait essayé de collaborer avec le maire de la localité depuis quelques temps mais avait échoué. Cependant, récemment, la direction de la MS a réussi à organiser une réunion avec la municipalité. L'adjoint au maire a expliqué de quelle manière le maire local pourrait subventionner la MS :

Enquêteur : Quelles sont les orientations, les axes sur lesquels vous pensez que la mairie peut valablement jouer son rôle ?

W5 : 3 axes majeurs, assurer la prise en charge médicale des élèves de l'école élémentaire ... en deuxième lieu, la prise en charge des contractuels de la commune, en troisième lieu, la prise en charge des handicapés visuels. Il fallait voir les coûts, la faisabilité et tout... s'il y avait un partenariat avec eux, on aurait fait adhérer ces gens dans la mutuelle qui les prendrait en charge et nous allons subventionner. Maintenant l'appui interne peut être en forme de subvention annuelle, ça peut être aussi une prise en charge de certains besoins par rapport à leur fonctionnement.

Toutefois, il a averti que les fonds disponibles étaient restreints :

W5 : c'est ça le problème parce que l'état a décentralisé et le moyens ne suivent pas. Il apparaît clairement dans la nomenclature budgétaire une rubrique « appui aux indigents », c'est du volet social, on a un petit budget et souvent on prend en charge des malades, la mutuelle peut en bénéficier.

Un acteur expliquait que, selon lui, la MS n'avait pas reçu de fonds de la mairie en raison de sa faible capacité à mobiliser la population et à offrir un soutien politique :

W7 : la santé c'est maintenant une affaire des communes d'arrondissement, donc elles devaient appuyer la mutuelle de santé comme ils appuyaient les autres organisations car dans leur budget, ils

ont des appuis sociaux pour appuyer... la reconnaissance des autres est plus forte car les autres associations drainent plus de monde, et comme elles drainent plus de monde, les politiciens ils aiment la foule, ça devient plus visible leur action. Et rarement la mutuelle fait des mobilisations de grande envergure.

Un autre acteur a déclaré que, bien que l'appui des politiciens fût le bienvenu, il ne voulait pas qu'ils occupent de postes officiels dans les MS car cela nuirait à leur image :

W6 : on ne veut pas que les politiciens dirigent quelques postes parce que les politiciens ils détruisent notre image et puis on n'a pas les mêmes visions.

6.4.2.12. Impact de la mutuelle

Les acteurs ont observé différents impacts de la MS.

Santé / accès aux soins de santé

Certains pensent que la MS a amélioré l'accès aux soins de santé :

W10 : Les adhérents sont plus assurés que les seconds (non-membres). Ce dernier est toujours dans le dilemme, rencontre plus de difficultés pour l'accès aux soins. Ils peuvent se sentir frustrés, stressant quand ils sont malades, surtout s'ils voient l'adhérent se munir de sa carte et de sa lettre de garantie et étant dans le même état que lui.

Que les femmes des GMS ne dépendaient plus des (souvent maigres) ressources de leurs maris :

W4 : C'est d'une très grande utilité car nos maris n'ont pas les moyens, donc la mutuelle aide à avoir accès aux soins facilement avec la lettre de garantie

Un acteur a déclaré que le MS a amélioré non seulement l'accès aux soins, mais également la santé grâce à ses activités de prévention :

W8 : l'appréciation que j'ai, c'est que ça aide beaucoup la population à se soigner et se prendre en charge pour la maladie. Mais il n'y a pas que le facteur là de la mutuelle, il y a aussi le facteur de la sensibilisation car beaucoup de personnes ne connaissent pas les causes de la maladie et la mutuelle mène des activités qui aident à sensibiliser les gens et à faire voir les dangers qu'ils encourent... S'il y a une activité dans la santé, elle ne peut pas se faire en dehors de la mutuelle car ce sont des gens spécialisés.

Un autre acteur voyait la MS comme un mécanisme important qui permet aux gens de se procurer un traitement précoce contre les maladies :

W11 : on a remarqué que la majeure partie des femmes, si tu es malade tu dis « je suis malade je le sens mais je n'ai pas les moyens ». Tu attends d'avoir les moyens mais en ce moment-là la maladie grandit. Quand tu as les moyens, ça ne sera plus une petite chose que tu soignes mais quelque chose de grand. Nous, on s'est dit que ce que nous favorisons c'est que quand tu sens quelque chose, va te faire consulter d'abord

Qualité des soins

Un acteur croyait que la MS pourrait promouvoir une meilleure qualité des soins grâce à la puissance de négociation collective. Toutefois, il semble que la MS a hésité à utiliser ce pouvoir pour influencer le comportement des prestataires :

W12 : si les personnes ne sont pas contentes, elles peuvent faire un recours c'est-à-dire venir à la mutuelle et en parler alors l'existence de ces recours-là, c'est très important

W12 : certaines mutuelles sont dans de relations un peu clientélistes avec les structures de santé. Les sénégalais n'ont pas la culture de la dénonciation. Il faut que vraiment tu dépasses les bornes pour que les gens puissent crier au loup.

W17 : Par rapport aux prestataires, y a eu une dame de Guinaw Rail qui devait accoucher avec la mutuelle... la sage-femme lui a dit d'attendre parce que l'accouchement n'était pas imminent. Malheureusement elle a finalement perdu son enfant. La femme a saisi la mutuelle, le réseau s'est réuni ici, la présidente a dit qu'elle va demander aux 7 présidents de mutuelles de mobiliser chacun 50 personnes pour organiser un sit-in devant l'hôpital pour dénoncer ça. Je leur ai dit que c'est une bonne

initiative et qu'il s'agissait d'un combat pour toutes les femmes du Sénégal. Mais il y a des risques parce que le docteur... a depuis 2000 accepté de signer les conventions sans demander de l'argent (caution)... Donc, je leur ai dit qu'avant d'aller faire un sit-in, faisons un premier pas pour voir s'ils vont réagir. On est allé le voir et elle a eu un comportement responsable. Ce qui veut dire que la mutuelle joue aussi un rôle de médiation par rapport même aux prestataires.

Empowerment

Un acteur a expliqué qu'un bénéficiaire de la MS est que les gens n'ont plus à mendier de l'aide quand ils sont malades :

W6 : ce qui nous plaît le plus c'est le fait de se soigner sans demander de l'aide à personne, avant, on quémandait dans les mosquées mais maintenant ça n'existe plus

Réduire la pauvreté

La promotion de la santé à travers la MS a également été perçue comme un mécanisme important de lutte contre la pauvreté :

W10 : Les mutualistes savent... qu'en disposant d'une bonne santé, ils auront la capacité de travailler, alors leur revenu peut augmenter. Le membre en bonne santé sera habilité à travailler, santé et revenu vont de pair, l'un ne peut pas se développer sans l'autre.

La solidarité

La MS a été perçue comme un moyen d'accroître la solidarité au sein du GMS :

W4 : La mutuelle a fait que dans mon groupement les gens sont plus unis.

W7: ... Il y a aussi une solidarité interne, je peux ne pas cotiser ce mois-ci et les autres vont cotiser pour moi et ça passe entre eux, il y a des relations internes entre eux. Le principe de la mutualité c'est la solidarité d'abord.

W17 : le mari a pleuré car il s'est rendu compte que sa femme n'avait pas perdu son argent quand elle cotisait ; elle a accouché et n'a rien payé ; cela veut dire que le groupement mutualiste a créé une proximité entre les gens, c'est une véritable famille.

6.5 Conclusions pour Wer ak Werlé : discussion des thématiques et recommandations provisoires

La MS a enregistré beaucoup de succès lors de son démarrage, mais, durant les dernières années, elle a fait face à beaucoup d'abandons. Sur 678 membres inscrits, seulement 282 (41%) étaient encore membres en 2009 : c'est une grande cause d'inquiétude pour les gestionnaires qui disent ne pas comprendre. En général, les gestionnaires de MS, du fait de leur démarche transparente et démocratique, sont respectés par les membres. En même temps, la recherche a révélé de nombreuses faiblesses : manque de décentralisation, manque d'information, qualité de soins médiocre, grande dépendance d'un « clan » de membres féminins.

On a identifié cinq thèmes pour analyser les forces et faiblesses de la MS : (1) les groupements féminins ; (2) la disponibilité des services et la qualité des soins de santé ; (3) la décentralisation ; (4) les acteurs de développement et (5) les implications pour le rôle du capital social

6.5.1. Les groupements féminins

WAW se trouve dans un contexte périurbain où il y a une population très mobile, ce qui est dû à la fois à la migration du travail et à un logement précaire en raison de facteurs tels que les inondations. Dans ce contexte, on pourrait s'attendre à trouver un faible tissu social, avec de faibles niveaux de solidarité. Cependant, ce n'était pas le cas, en grande partie grâce aux réseaux locaux développés par les femmes.

WAW avait inscrit un grand nombre des femmes à travers des associations existantes - les femmes des Groupements d'Intérêt Economique (GIE). Un système d'adhésion des « groupements solidaires » (GMS) a été élaboré avec l'appui d'une ONG internationale travaillant à Pikine et offrant

une assistance technique aux MS. Le système GMS était construit sur le réseau existant des GIE qui a également été soutenu par l'ONG. Le système GMS avait plusieurs avantages : par exemple, c'est un bon mécanisme pour la collecte des cotisations (il est plus facile de poursuivre un groupement que de poursuivre 10 personnes dispersées), c'est un canal de diffusion de l'information et le système favorise des échanges parmi les membres. Par ailleurs, le système GMS a également servi à promouvoir une culture de transparence et de démocratie dans la MS, à travers le conseil d'administration (CA). En raison du niveau élevé de solidarité dans le système GMS, c'est considéré comme un système préférable à la pratique habituelle d'adhésion familiale.

Il semble y avoir une relation entre l'« *empowerment* » (le processus par lequel des personnes, des communautés et des organisations peuvent acquérir la maîtrise des événements qui les concernent) des femmes dans la communauté et le développement de la MS. Les femmes ont apprécié les avantages de leur participation, tels que : acquérir de l'expérience pour apprendre à parler dans un groupe pour gérer et avoir un contrôle sur la prise de décision. Une autre illustration de l'« *empowerment* » des femmes membres de la MS est leur volonté à utiliser la MS comme base de mobilisation pour agir pour l'amélioration de la qualité des soins jugée trop médiocre. Au niveau des ménages, certaines femmes ont déclaré une augmentation de pouvoir vis-à-vis des maris dans le processus décisionnel quand elles (ou un membre de la famille) étaient malades.

Cependant, malgré les nombreux points positifs, il y a aussi des faiblesses. Il y a un préjugé « sexiste » sur la mutualité qui est perçue par quelques hommes comme « une histoire de femmes ».

Un autre problème est que les femmes sont surtout préoccupées par la génération de revenus et elles ont perçu la MS à travers cette lentille, comme un investissement financier. Dans de nombreux cas, il semble que si elles ne voient pas le bénéfice de leur investissement sur un ou deux ans (c'est-à-dire si personne ne tombe malade et qu'il n'y a pas eu besoin d'accéder à des soins de santé), elles ont décidé de quitter la MS.

Par ailleurs, quelques femmes ex-adhérentes soulignent l'existence des « clans » qui favorisent la discrimination dans le choix des personnes devant participer aux formations organisées par des partenaires de la MS. C'est la base de leur retrait. Par conséquent, certains acteurs croient que se concentrer sélectivement sur les femmes n'est pas propice à la promotion d'une solidarité plus large.

Par conséquent, les gérants de la MS doivent aborder le problème des "clans" qui dominent la MS en créant des possibilités pour d'autres femmes d'accéder aux formations et de participer à des réunions.

D'autres proposent d'utiliser les structures des associations existantes. En effet, la MS pourrait développer une stratégie pour établir des GMS dans d'autres réseaux ou structures sociales existantes afin de mobiliser un plus grand nombre de personnes - par exemple via les ASC ou les *dahiras*.

6.5.2. La disponibilité et la qualité des soins de santé

Une des grandes faiblesses de la MS est le manque de contrats avec des postes santé et l'absence de contrat avec un hôpital. L'une des principales raisons de la non-adhésion à la MS évoquée par les non-adhérents, est l'absence de conventions avec les prestataires (il y avait un désir d'avoir la possibilité de fréquenter plus de postes de santé et d'hôpitaux). Les prestataires qui ont été contractés étaient perçus comme peu performants et la faible disponibilité en médicaments obligeait les adhérents à recourir aux officines privées : c'est aussi une raison importante de leur retrait de la MS.

Un des ICP qui avait un contrat avec Were Ak Wérlé se plaint de retard de paiement des sommes dues par la MS. Ceci risque de porter atteinte à la réputation de la MS et de nuire à ses efforts pour conventionner d'autres prestataires. La MS a des rapports problématiques avec le Comité de Santé de l'hôpital local et a été incapable de signer un contrat avec lui. L'équipe de recherche a été incapable d'obtenir une entrevue avec le Comité de Santé afin de mieux comprendre ce fait.

Plus positivement, la MS fait partie d'un réseau de 7 MS appuyé par un ONG internationale ; le réseau a constitué un fonds central pour garantir les contrats avec les prestataires. Les réseaux des MS à Pikine devraient élaborer des conventions collectives afin de renforcer leur pouvoir de négociation.

6.5.3. La décentralisation

Les entretiens révèlent un manque de décentralisation de la MS. Cela a deux principaux effets négatifs. Premièrement, il y a la difficulté à retirer localement une lettre de garantie, ce qui est l'une des principales raisons de l'abandon de la MS. La difficulté est causée par le fait que le siège de la mutuelle est trop éloigné des quartiers et les absences répétées du gérant. Il y a eu quelques tentatives d'émettre des lettres de garantie par les dirigeants GMS, mais cela n'a pas été mis en œuvre de façon systématique.

Le second inconvénient lié au manque de décentralisation est la mauvaise diffusion de l'information ; pour les non-adhérents, c'est la diffusion problématique de l'information qui constitue la principale faiblesse de la MS.

Les personnes interrogées disent que la MS doit poursuivre la décentralisation au niveau des quartiers. Quelques personnes suggèrent de créer des commissions d'appui pour la sensibilisation de proximité.

6.5.4. Les acteurs de développement

La MS est intégrée dans un programme de développement local plus large. Le lancement de la MS était l'initiative de la Coordination du Centre pour le Développement de Guinaw Rail de (CCDGR). Le CCDGR regroupe 93 ONG et associations dans la communauté, y compris la MS. Par conséquent, la MS avait des liens étroits avec ces autres organisations.

Le président et les autres dirigeants de la MS ont été impliqués dans d'autres activités de la CCDGR. En général, ils se sont présentés comme « des acteurs du développement » et ils occupent de nombreux postes dans différentes associations et ONG. L'intégration de la MS dans le programme de développement a apporté plusieurs avantages : (i) la MS bénéficie de la publicité à la radio de l'CCDGR ; (ii) les dirigeants de la MS ont travaillé bénévolement mais grâce à leur travail de développement ils ont pu bénéficier d'un salaire, (iii) ; ils peuvent apporter à la MS l'expérience gestionnaire acquise dans d'autres organisations ; (iv) la gestion de la MS a été professionnalisée (par exemple, la MS est régie par des textes réglementaires, et le personnel est élu de manière démocratique en présence de toutes les populations), et (v) le développement dans le domaine de la santé est coordonné avec d'autres volets tels que la nutrition, la génération de revenus, l'éducation et ainsi de suite.

Les "acteurs de développement" ont créé un parti qui a eu un bon résultat dans les élections municipales. Ceci a créé des liens entre la MS et le gouvernement local. Au moment de notre recherche, les dirigeants de la MS mobilisaient ces liens et tenaient des réunions avec le conseil local afin d'explorer comment ils pourraient bénéficier de subventions.

Dans cette zone, il est évident que la politique et le développement sont inextricablement liés. En travaillant dans la MS et d'autres associations, les acteurs ont développé la capacité d'acquérir une bonne réputation dans la communauté. Lors des élections, cela s'est traduit par des votes en leur faveur. Maintenant qu'ils ont été élus, ils pourraient faire avancer leur agenda de développement local dans les collectivités locales, éventuellement au profit de la MS, créant un cercle vertueux. Il est trop tôt pour dire si cela va se produire, mais il est possible qu'une nouvelle génération de dirigeants politiques soit formée par la MS et d'autres associations.

Le principal inconvénient de l'intégration de la MS dans le programme de développement local est que, vu les nombreuses autres responsabilités, les gestionnaires de la MS ont un temps disponible plus limité; les membres de la MS se sont plaints que les dirigeants ne visitent que rarement les quartiers et qu'ils sont peu disponibles. Ceci pose le besoin d'une forme de rémunération pour les gestionnaires.

6.5.5. Le capital social

Bien qu'il soit situé dans une zone périurbaine caractérisée par des niveaux élevés de migration, la MS a réussi à mobiliser le capital social existant de la population locale ; le développement du système GMS est construit sur la confiance, la solidarité et sur les canaux d'information existants des groupes locaux de femmes.

L'intégration des activités de la MS dans la CCDGR a établi des liens avec les bailleurs de fonds, d'autres ONG et le gouvernement local, ce qui, à son tour, a augmenté l'assistance technique et l'accès aux subventions.

Toutefois, la force du capital social de la MS a aussi créé certaines difficultés, particulièrement, des divisions internes et les luttes de pouvoir parmi les «clans» des femmes qui excluent d'autres femmes de la gestion de la MS. Deuxièmement, la MS a trop compté sur une femme à la tête qui a utilisé son vaste réseau social pour recruter les groupes GMS. Son départ de la gestion pourrait contribuer à la démission des femmes. Cela pose le besoin d'équilibrer les avantages du capital social individuel avec des arrangements institutionnels formalisant les relations interpersonnelles dans des structures durables.

Le dernier chapitre traite plus en détail l'importance du capital social dans le développement des mutuelles de santé.

CHAPITRE 7

DISCUSSION - COMPARAISON DES TROIS ÉTUDES DE CAS PAR LE PRISME DE LA THÉORIE DU CAPITAL SOCIAL

Dans ce chapitre, nous aborderons les éléments de preuves récoltés à partir des trois sites étudiés. Le but étant de les comparer et de les confronter via la théorie du capital social. La discussion est scindée en deux parties : la première se concentre sur les éléments se rapportant aux liens existant entre les dirigeants et les membres de la mutuelle. La deuxième partie se focalise plus sur les liens existant entre les dirigeants et les acteurs institutionnels tels que les politiciens, les bailleurs de fonds et le personnel soignant.

7.1 Le rôle du capital social liant (*bonding social capital*) et capital social qui crée des réseaux (*bridging social capital*) au niveau local dans l'adhésion à la mutuelle.

Il est admis dans la littérature sur les mutuelles de santé qu'un des avantages de ce mode de financement de la santé, comparé à d'autres formes, provient de son échelle réduite et du fait qu'il est détenu par la communauté locale (Davies and Carrin, 2001, Zweifel, 2004). Tandis que d'un point de vue purement actuariel, l'élargissement des membres est préférable car il augmente les capacités de subventions croisées et la solidité financière de la mutuelle (Dror, 2001) dans le contexte de pays à bas revenus, caractérisé par une gouvernance faible et ne possédant pas une histoire d'assurance santé. Il a été suggéré que, du moins dans les premières étapes du développement de la protection sociale, les petites mutuelles de santé pourraient présenter un avantage par rapport à une taxation à grande échelle, au secteur privé à but lucratif, ou aux assurances santé basées sur le financement social (Davies and Carrin, 2001). Il a été discuté que des mutuelles, possédant une base réduite, peuvent être fondées sur des réseaux sociaux existants. Les mutuelles de santé vont donc se construire grâce à la confiance et la solidarité de la communauté. Tandis que le terme « capital social » n'est pas systématiquement utilisé dans la littérature, implicitement, dans l'argumentation, revient l'idée que les mutuelles de santé peuvent bénéficier d'un niveau élevé de capital social au sein de la population-cible (le capital social est défini comme étant « l'information, la confiance et la réciprocité inhérente à un réseau social » (Woolcock, 1998 : 153). Plus précisément, cette vision accorde un rôle au « *bonding social capital* » qui est inhérent aux liens intra-communautaires au niveau micro, (Woolcock, 1998) comme la base des mutuelles.

Cette perspective permet d'émettre plusieurs hypothèses sur le capital social, chacune d'entre elles ne pouvant assurément être considérée comme vraie. Premièrement, il est supposé que, parce qu'une mutuelle est petite, la population-cible connaît et communique suffisamment en son sein et avec les responsables de la mutuelle pour que les informations sur l'organisation soient transmises. Deuxièmement, on considère que le contenu de l'information transmise devra promouvoir l'organisation (p. ex. l'information aidera la population à comprendre que l'organisation améliore la protection financière de ses membres et leur accès à des soins de santé de bonne qualité). Troisièmement, on pense que la proximité existant entre des responsables de l'organisation et la population-cible tend à améliorer certains facteurs tels que la fiabilité de l'organisation, sa transparence, sa responsabilisation, sa réactivité et que cela peut permettre à la communauté de participer et de contrôler de la mutuelle. Quatrièmement, il est supposé que l'augmentation de la confiance conduira à un taux d'adhésion plus grand et plus durable à la mutuelle. Enfin, il a également été supposé qu'en raison du haut niveau d'information et de contrôle communautaire, les risques liés à la moralité des dirigeants sont moins importants, et que les populations ne voudront pas (ou ne pourront pas) « escroquer » les

membres de leur communauté. En bref, il est supposé que l'existence du capital social est bénéfique à l'organisation, fournissant un contexte propice à l'introduction des mutuelles de santé. Ce point de vue est conforme à la pensée de Coleman qui arguait que le capital social est « *productif, rendant possible l'accomplissement de certains buts que son absence n'aurait pas rendu possible* » (Coleman, 1988 : 98).

Dans la plupart des articles scientifiques récents traitant du capital social, celui-ci est vu comme étant un déterminant important de développement. Que ce soit au niveau économique, santé ou éducation. Cependant, il est important de noter la nature cyclique d'une relation : il faut suffisamment de ressources financières et humaines (fonds, compétences et capacités) pour mobiliser le capital social dans un premier temps. La théorie de Bourdieu concernant le capital social (Bourdieu, 1986) soutient que les individus et familles qui sont déjà liés par une forme de capital social (selon Bourdieu, il en existe 4 types – économique, social, culturel, et symbolique) sont stratégiquement à même d'en accumuler et de le transformer de façon consciente ou inconsciente (il soutient le fait que le capital social est convertible). Bourdieu voit l'accumulation économique comme faisant partie intégrante du processus général d'accumulation de liens sociaux, d'éducation, de titres ou noms, ou encore des dispositions du corps ou de l'esprit qui ont tendance à se renforcer mutuellement. Les individus et familles qui n'ont pas accès à cette variété de capital social sont de ce fait désavantagés pour en accumuler.

À ce jour, ces hypothèses restent largement inexplorées dans la littérature sur les mutuelles de santé.

Cette étude a pour objectifs de combler cette lacune. Le capital social peut être mesuré à l'échelle des individus ou des communautés. Lors de cette recherche, nous nous sommes concentrés sur le niveau des individus, comparant les mutuelles en fonction de la façon dont elles mobilisent leur capital social. Nous avons testé l'hypothèse que les individus, ou les ménages, ayant un plus grand capital social sont plus enclins à adhérer et rester dans l'organisation que ceux avec moins de capital social. Nous n'avons pas investigué si les mutuelles étaient plus susceptibles de se développer dans les communautés possédant un niveau élevé de capital social. Au lieu de cela, nous avons choisi trois organisations qui semblaient toutes avoir l'opportunité de se développer sur un haut niveau de capital social, mais dans des contextes très différents.

Dans ce qui suit, nous explorons les effets du capital social liant (*bonding*) sur les mutuelles de santé (et, si possible, vice-versa) ; nous discutons premièrement des informations, croyances, normes et valeurs qui ont facilité le développement des mutuelles. Nous discuterons ensuite de la manière dont celles-ci ont été transmises par le biais des réseaux intracommunautaires locaux, à savoir les réseaux sociaux des gérants, des équipes locales et de la population-cible.

7.1.1 Informations nécessaires aux équipes mutualistes et à leurs membres.

La disponibilité de l'information est nécessaire pour faire fonctionner tous les marchés, les mutuelles incluses. Dans les trois organisations, le manque d'information était soit le premier, soit le deuxième motif donné par les non-adhérents pour ne pas rejoindre la mutuelle. Nous pouvons donc faire l'hypothèse que la population la plus informée sur l'organisation (p. ex. informations sur la manière d'adhérer, le montant des primes, les avantages tirés de l'adhésion) serait plus encline à adhérer à la mutuelle. Cependant, il y a d'autres types d'informations qui peuvent ne pas conduire à une adhésion à la mutuelle, à savoir des informations sur les « performances » de l'organisation. Si ces informations sont « négatives » (p. ex. l'organisation ne fournit pas de protection financière, ne permet pas d'avoir accès à des soins de qualité), nous pouvons supposer que les personnes ayant plus d'informations à propos de l'organisation sont moins susceptibles (et inversement) d'adhérer.

La causalité est difficile à mesurer dans une étude transversale de ménages, car la possession d'informations, concernant les mutuelles de santé, est tout autant la cause d'adhésion que la cause du maintien dans la mutuelle. Par conséquent, dans cette section, nous ne nous focalisons pas sur les comparaisons entre les informations possédées par les adhérents et non-adhérents. Nous discutons plutôt des informations générales disponibles auprès de la population-cible afin de savoir si elles peuvent conduire à une adhésion ou au maintien des personnes au sein de la mutuelle.

7.1.1.1. Informations sur l'organisation nécessaire à la population-cible :

- Le montant des cotisations
 - La population-cible a besoin d'informations sur le montant actuel des cotisations. Les non-adhérents déclarent d'ailleurs qu'ils n'ont pas accès à ces informations de base.
 - Les membres des mutuelles ont besoin d'informations sur les changements possibles du montant des cotisations. Le cas de Soppante illustre cela : l'augmentation des cotisations peut conduire à un départ significatif d'adhérents. Améliorer l'information sur les raisons qui poussent à l'augmentation du montant des cotisations est dès lors nécessaire (p. ex. dans le but de couvrir les soins hospitaliers), ceci pouvant atténuer l'effet de cette augmentation.
- Le mode et le moment de paiement des cotisations
 - La population-cible a besoin de savoir qui collecte les cotisations, la fréquence à laquelle elles sont collectées, le lieu de dépôt, mais aussi ce que risque le ménage s'il n'est pas en mesure de payer sa cotisation ce mois-là. Cependant, certains adhérents se sont plaints du fait qu'ils ignoraient parfois quand les cotisations allaient être perçues car le responsable de collecte était absent.
- Les avantages offerts par l'organisation (services et prestataires disponibles)
 - A Ndongol, et WAW certaines frustrations sont apparues au sein de la population-cible car les soins hospitaliers n'étaient pas inclus dans la couverture de la mutuelle. Il y a eu un manque de transmission d'informations de la part de l'organisation, vis-à-vis de la population-cible, concernant les motifs qui ont engendré l'absence de contrat avec l'hôpital. De même trop peu d'informations ont été diffusées sur la possibilité qu'un accord puisse être conclu.
 - De plus, à WAW, certains postes de santé locaux n'avaient pas passé de contrat avec la mutuelle ; ceci a également été source de mécontentement. Cependant, un manque d'informations était également présent quant au fait que certains prestataires de soins pourraient ou non, dans l'avenir, être liés à la mutuelle par un contrat, et si non, pour quel motif.
 - 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.
- La performance de l'organisation (p. ex. les réserves financières, le nombre de bénéficiaires et les services offerts, le degré de protection financière qu'offre l'adhésion à la mutuelle)
 - Nous n'avons pas mesuré les performances de l'organisation à partir d'objectifs ou d'aspects techniques (p. ex. à quel point l'organisation tend à protéger financièrement les adhérents et à améliorer leur accès à des soins de santé de qualité). Nous avons plutôt tenté d'analyser la perception subjective qu'avait la population de la mutuelle. Les membres de l'organisation nous ont rapporté qu'ils détenaient peu ou pas d'informations concernant les performances de la mutuelle. Quelques intervenants suggéraient que la mutuelle devrait fournir ce type d'informations. Par exemple, sous forme de témoignage de membres qui ont bénéficié de l'aide de la mutuelle. Le but étant de motiver les membres à continuer à payer leurs cotisations.
- La prévention de la fraude (p. ex. comment l'organisation rend des compte à ses affiliés ; ce que font les membres en cas de fraude suspectée ou avérée)
 - Les résultats de l'enquête suggèrent qu'une minorité d'adhérents et non-adhérents connaissent les mécanismes de contrôle des responsables de la mutuelle. Ce qui pourrait être considéré comme une cause du manque de confiance envers l'organisation.
 - Dans le cas de fraude avérée, les adhérents ont besoin d'informations sur la manière dont l'organisation a géré cet événement. Ils ont besoin de se sentir en confiance pour continuer à payer leurs cotisations.

7.1.1.2. Informations sur la santé

- Information sur la santé : les informations sur les causes de maladies et les avantages de la prévention et des traitements.
 - Certains intervenants et acteurs de terrain avaient le sentiment que la population-cible ne disposait pas assez d'informations concernant la santé. Bien que le ministère de la santé et les prestataires de soins étaient, in fine, responsables de la diffusion de telles informations au sein de la population, il a été suggéré qu'il serait bénéfique que les mutuelles fournissent aussi ce type de service et qu'elles devraient le faire.
 -

7.1.1.3. Information concernant les prestataires de soins

- La politique de redevances :
 - Les membres ont besoin d'informations concernant les services qui sont fournis gratuitement par les prestataires publics de soins (il existe de nombreuses politiques d'exemptions au Sénégal, les services de maternité, les traitements contre VIH/SIDA) et ceux qui ne le sont pas, mais aussi les montants qui restent à payer et les différences entre le secteur public et privé. Le but étant d'être capable de se rendre compte des gains potentiels qu'offre la mutuelle. Ce type d'information n'était pas régulièrement fourni par l'organisation.
- La qualité des soins
 - La perception au sein de la population-cible était que la qualité des soins était mauvaise (rupture de stock, problème de paiement des prestataires, temps d'attente trop long, réactivité,...) et que celle-ci variait selon les prestataires de soins choisis. Cependant, les mutuelles de santé n'ont pas joué les intermédiaires et n'ont pas rendu ces informations disponibles, de façon formelle, à leurs affiliés. Ce qui a conduit à augmenter les risques de rumeurs infondées et de fausses idées. Par exemple, l'hôpital privé de Thiès, avec lequel la mutuelle avait un contrat, était perçu par la population comme étant de meilleure qualité que l'hôpital public qui était également sous contrat. Les responsables de la mutuelle percevaient que cette situation était infondée, mais n'ont pas été en mesure de fournir les informations nécessaires pour faire changer d'avis la population et la rediriger vers des soins moins chers.

7.1.1.4. Informations sur les affiliés

- Tout comme les adhérents ont besoin des informations en provenance de l'organisation, le flux d'information doit remonter de la population-cible vers l'organisation.
 - Il y a la nécessité pour les populations d'informer l'équipe de la mutuelle des difficultés qu'ils rencontraient pour payer leurs cotisations, des insatisfactions vis-à-vis de l'organisation. A charge pour l'organisation d'être capable de réagir afin d'éviter les départs de la mutuelle.
 - Les mutuelles de santé agissent parfois en tant que défenseurs, au nom de leurs bénéficiaires, auprès des prestataires de soins ; l'organisation a dès lors besoin d'être informée des problèmes de qualité et de réactivité des prestataires de soins vis-à-vis des affiliés.
 - Les affiliés bénéficient d'informations à propos de la population-cible qui peuvent être bénéfiques à l'organisation, telles que les rencontres et événements au sein de la communauté et au cours desquels l'organisation pourrait recruter plus de membres.

En somme, il existe clairement un besoin de transmission des différents types d'informations complexes au sein des organisations. Les trois mutuelles ont éprouvé des difficultés à cet égard. Notre hypothèse était que les ménages, au sein de la population-cible, qui étaient les plus aptes à obtenir ces informations, étaient plus enclins à adhérer et rester dans la mutuelle. Exception faite des informations « négatives » sur les performances des organisations. Comme expliqué, il était difficile de la mesurer dans une étude transversale. Cependant, cela devient plus évident dans la section 2, ci-dessous, sur les valeurs, normes et croyances, de même que dans la section 3 où nous discuterons des canaux par les-

quels l'information circule ou non, à savoir, les canaux formels établis par l'organisation et les informels sous la forme de réseaux sociaux.

7.1.2 Valeurs, croyances, normes des équipes mutualistes et de leurs affiliés

Le capital social implique la transmission de normes de réciprocité, de solidarité et de confiance, de même que la transmission d'informations à travers les réseaux sociaux (Woolcock, 1998). Comme discuté, la littérature sur les mutuelles de santé suppose que les personnes plus solidaires et qui se font confiance, sont plus susceptibles d'adhérer à la mutuelle. Nous avons investigué jusqu'à quel point ce fût le cas sur les trois sites.

7.1.2.1. Confiance

La population-cible devrait avoir confiance en la capacité de l'équipe de la mutuelle de gérer convenablement l'organisation, d'autant plus qu'elle doit y investir son argent pour une longue période. La population doit avoir confiance envers les autres membres, et le reste de la population-cible pour qu'elle n'abuse pas ou ne fraude pas le système mutualiste. On peut également supposer qu'elle doit également avoir confiance envers les mécanismes de contrôle institués localement, tout comme envers les possibilités de recours en justice pour punir les fraudeurs. Les résultats de la recherche suggèrent que le niveau général de confiance (mesuré par l'intermédiaire de questions sur la confiance envers la police, le voisinage, les professeurs, autres castes, ethnies,...), tout comme par l'intermédiaire de questions plus spécifiques sur la relation de confiance existante avec la mutuelle (mesuré à travers des questions sur le niveau de confiance accordé à l'organisation mutualiste ou les prestataires de soins) était élevée au sein de la population-cible. Cependant, le niveau de confiance général est différent entre membres et non-membres. Les adhérents ayant généralement plus confiance que les non-adhérents. Cela suggère qu'à l'échelle individuelle, la confiance peut influencer, dans une certaine mesure, sur l'adhésion (même s'il est également envisageable que l'adhésion à la mutuelle puisse augmenter le niveau de confiance).

7.1.2.2. Solidarité

Dans de nombreux pays européens, les assurances-santé à base communautaire sont perçues comme des mécanismes de promotion de la solidarité. De façon similaire, de nombreuses parties prenantes (bailleurs, assistants techniques et responsables de mutuelles) des trois sites, voient les mutuelles comme des mécanismes de solidarité vu la mise en commun des ressources des bien portants vis-à-vis des malades. Les parties prenantes défendent le fait que la mise en commun des ressources est implicite au fait de cotiser à la mutuelle pendant une longue période sans bénéficier de ses avantages, est une expression de solidarité ; ils font valoir que les personnes qui ont payé leurs cotisations sans pour autant être tombées malades sont tout de même dans une situation « gagnant-gagnant ». Les affiliés sont chanceux car ils sont restés en bonne santé et ils ont également permis à des moins chanceux d'avoir accès à des soins de santé lorsque ceux-ci sont tombés malades. Vouloir aider les autres membres de la communauté à avoir accès à des soins de santé, par l'intermédiaire de la mutuelle en cas de besoin, est perçu par les parties prenantes comme une extension de la pratique courante de prêt d'argent à des amis, proches ou voisins en cas d'urgence médicale. Ils pensent qu'en plus de la protection qu'offre la mutuelle, cette solidarité devrait être un facteur complémentaire motivant pour adhérer à la mutuelle.

Une question importante, est donc de savoir à quel point les adhérents à la mutuelle souscrivent à cette idée de mécanisme de solidarité. Les résultats de la recherche suggèrent à plusieurs reprises que non. Dans les entretiens, les ex-membres motivent leur départ par le fait qu'ils ont cotisé une longue période sans bénéficier des services de la mutuelle. Pour eux, le bénéfice principal de la mutuelle est le retour sur investissement qu'ils espéraient avoir en cotisant plutôt que leur aversion pour le risque (et l'anxiété qui y est associée) qu'ils suppriment en payant leurs cotisations (cf. la discussion sur la réciprocité plus loin). En outre, moins de la moitié des membres actuels et ex-membres, dans chacun des trois sites, pensent que la solidarité est un des avantages des mutuelles. Cela révèle une différence fondamentale entre la perception de parties prenantes et celle des adhérents des mutuelles. Les entretiens révèlent que l'absence de solidarité perçue par la population-cible provient du fait que si un

ménage n'est pas en mesure de payer sa cotisation, il sera forcé de quitter la mutuelle ; les personnes interrogées déclarent que si les mutuelles étaient des mécanismes de solidarité, elles devraient s'organiser autour des ressources collectives pour subventionner les ménages à faibles revenus. En d'autres mots, il semblerait que les adhérents pensent que « l'équité verticale » (inter-financement des riches vers les pauvres) est manquante au sein des mutuelles.

En effet, un aspect important de la solidarité dans l'assurance sociale en Europe provient de l'inter-financement des riches vers les pauvres. Cependant, cela n'a pas été réalisé dans chacune des organisations car il y avait une cotisation forfaitaire. Ce qui signifie que le montant est le même quel que soit le niveau de richesse des ménages ; il n'y avait aucune subvention pour les pauvres. Les réponses lors de l'enquête suggèrent que la majorité de la population-cible est d'accord pour que les plus pauvres n'aient pas à payer pour adhérer à la mutuelle ; pour que les cotisations soient augmentées pour couvrir les plus pauvres ; pour que les adhérents « sponsorisent » les plus pauvres. Mais l'enquête révèle que la population était pour le fait que l'état subventionne les plus pauvres. Ainsi, alors que la majorité de la population ne voit pas la mutuelle, sous sa forme actuelle, comme un mécanisme de solidarité, elle semble prête à appuyer l'idée que la mutuelle puisse en devenir un.

Le sociologue Durkheim défend l'idée selon laquelle la complexité croissante de la société, entraîne un changement de la solidarité. Dans les sociétés traditionnelles, la solidarité est basée sur le partage d'identité, de croyances ou de sentiments. Elle est typiquement organisée sous forme familiale (appelée « solidarité mécanique »), alors que dans les sociétés industrialisées, plus étendues et complexes, la solidarité est basée sur l'intégration qui résulte plus de spécialisations et d'interdépendances et est typiquement organisée autour d'organisation économiques et politiques (appelée « solidarité organique »). Nous avons donc également analysé l'identité comme un fondement de la solidarité (l'idée que les gens sont plus susceptibles de ressentir une plus grande solidarité envers les personnes qui leurs sont d'une certaine façon similaire). Nous avons donc demandé aux personnes interrogées si elles pensaient que les mutuelles de santé doivent accepter des personnes d'autres ethnies, professions, villages, partis politique,... Les résultats suggèrent que la population-cible est favorable à l'hétérogénéité et ne supporte pas que les mutuelles soient limitées à des groupes spécifiques.

La solidarité n'est techniquement pas une caractéristique nécessaire aux mutuelles. Les mutuelles sont simplement une forme d'assurance-maladie privée volontaire au sein desquelles le modèle actuariel anticipe ce que les personnes payeront sous forme de cotisations. Le but étant de couvrir leur propre risque de maladie (plutôt que de contribuer à la couverture du risque plus large de la population). Une grande partie de la littérature sur les mutuelles de santé ne présente pas explicitement les mutuelles comme un mécanisme de solidarité. Elle défend plutôt le fait que la solidarité existante au sein de la population-cible peut être propice aux mutuelles car elle peut réduire la sélection adverse (p. ex. elle encourage les personnes en bonne santé à adhérer et à rester au sein des organisations), tout comme le hasard moral et l'utilisation frivole des soins de santé (parce qu'ils préviennent la population-cible et les prestataires de soins de formes d'abus) (Davies and Carrin, 2001). Par conséquent, la littérature suggère que la solidarité et la couverture du risque ne sont pas mutuellement exclusives, mais plutôt des avantages compatibles induits par l'adhésion à une mutuelle.

Nos résultats suggèrent que les mutuelles des trois sites sont perçues par une large majorité de la population-cible comme une forme de réciprocité, pas la solidarité, car les personnes payaient pour d'autres afin de bénéficier eux-mêmes de la couverture. Cependant, ils espèrent également bénéficier, dans le futur, des services de la mutuelle. En ce sens, il semble que la population perçoit la mutuelle comme étant proche d'une forme plus large et généralisée d'association de crédit rotatif. Les associations d'épargne et de crédits rotatifs (tontines) sont basées sur le principe de réciprocité plutôt que de solidarité. Chaque mois, tous les membres du groupe cotisent sur base d'un montant fixe. Une femme est sélectionnée et bénéficie du montant collecté. Certains groupes peuvent être très importants, de 40 à 50 personnes, ce qui signifie qu'un long délai est nécessaire à un membre pour percevoir l'argent pour lequel il a droit. Néanmoins, toutes les femmes ont la certitude que, en plus du fait d'aider les autres femmes à épargner, elles retoucheront l'argent mis dans la tontine. Nos résultats suggèrent également que beaucoup de gens affiliés à la mutuelle savent que, en plus d'aider les autres à bénéficier de soins de santé, il est probable qu'eux aussi bénéficieront, dans le futur, des avantages de la mutuelle (en faisant appel à l'assurance). Cependant, le calendrier précis ainsi que les montants qu'ils recevront restent incertains. Les mutuelles de santé sont dès lors construites sur les normes de réciprocités pré-

existantes au sein de la population. Le choix de quitter la mutuelle semble résulter du calcul fait par les ménages qu'après une période donnée ou un montant donné, la collectivité (p. ex. la mutuelle) n'est pas en mesure de leur rendre suffisamment pour satisfaire les normes de réciprocité attendues.

En somme, les parties prenantes et la population-cible ont des perceptions différentes des valeurs que représentent les mutuelles de santé (solidarité versus réciprocité). Bon nombre de parties prenantes ont une vision romantique de la population-cible, croyant, peut-être naïvement, que la solidarité dépasse les intérêts propre de chaque ménage dans son choix d'adhérer ou de rester au sein de la mutuelle. Les membres de la communauté semblent, à contrario, accorder plus d'importance à la réciprocité qu'à la solidarité. Parce que la plupart des parties prenantes, dans leurs efforts pour promouvoir leurs organisations, ne comprennent pas la perception de la communauté. Ils sont donc également incapables de faire les ajustements nécessaires pour être en accord ou encore changer la perception de la communauté. Ceci renvoie à un problème structurel de faible dialogue entre les parties prenantes et la communauté.

Deux autres ensembles de croyances, valeurs et normes importantes pour le développement des mutuelles de santé ne figurent pas dans la théorie du capital social

7.1.2.3. Aversion pour le risque

La littérature sur les assurances nous apprend que dans un contexte d'incertitude de coût en matière de soins de santé futurs, une personne doit avoir une aversion suffisamment importante pour le risque pour prendre une assurance-santé. Nous n'avons pas mesuré cette aversion pour le risque dans cette étude.

Les gens sont plus enclins à souscrire une assurance si celle-ci peut réduire leur anxiété et leur stress de tomber malade. C'est un concept légèrement différent de l'aversion du risque, mais nous ne l'avons pas mesuré au sein de la population. Cependant, de nombreux intervenants nous ont parlé du « fatalisme » comme étant une barrière potentielle pour les mutuelles de santé. Une croyance répandue dans la population veut que souscrire une assurance pour se protéger d'un risque financier engendré par une maladie future être inutile car les résultats de la maladie sont prédéterminés et/ou sont « *entre mains de Dieu* ». Nous avons trouvé que peu de preuves de « fatalisme » lors de notre étude, même si nous n'avons pas questionné spécifiquement les gens à ce sujet.

7.1.2.4. L'efficacité de la médecine allopathique

Dans le but de percevoir quels sont les avantages des mutuelles, un prérequis est que la population croît en l'efficacité de la médecine allopathique et est disposée à utiliser ces services. Dans un pays où bon nombre de personnes utilisent la médecine traditionnelle, ne pas accepter la médecine allopathique peut-être une barrière pour les mutuelles. En réalité, il semble que de nombreux adhérents à la mutuelle croient aux deux types de soins (c'est-à-dire qu'ils valorisent à la fois les soins allopathique et la médecine traditionnelle). En effet, pour chaque site, environ 50% des adhérents (les actuels comme les ex-adhérents) ont utilisé la médecine traditionnelle le mois précédent l'enquête.

7.1.3 La transmission de l'information, de valeurs, de croyances et normes entre l'équipe de la mutuelle et la population.

Dans la section précédente nous avons expliqué quels étaient les types d'informations, de valeurs et normes propices au développement des mutuelles de santé, de même que dans quelle mesure ceux-ci étaient présents dans la population-cible. Dans ce chapitre nous explorons les canaux qui ont été établis (ou non) pour transmettre ces informations, valeurs, croyances et normes.

7.1.3.1. La direction centrale mutualiste et la population-cible

Les dirigeants des trois organisations (présidents, trésoriers et secrétaires) sont dans tous les cas des personnes très dynamiques et dévouées. Le responsable de l'organisation de WAW et Soppante ont tous deux travaillé ensemble sur d'autres projets avant se lancer dans le domaine mutualiste. En raison de cette expérience, ils ont développé une relation étroite de confiance qui a fortement facilité la gestion de leurs organisations. A Ndongol par contre, avant l'avènement de la mutuelle, il n'y avait pratiquement aucun projet de développement au sein de la communauté et les responsables de la mu-

tuelle n'avaient jamais travaillé ensemble. Ceci a conduit, dans un premier temps, à quelques différends et mésententes.

Malgré le fait que chacune des trois organisations soit très petite, avec un nombre d'affiliés oscillant entre 130 et 280 ménages, les responsables ne sont pas largement connus par les membres. Par exemple, seulement 33% des affiliés actuels de Soppante, 66% à Ndongol et 43% à WAW affirment connaître le président de leur mutuelle. Les non-adhérents ne connaissent pas non plus les responsables de la mutuelle. Comme ils ne sont pas connus de la population, ils ne sont pas en mesure de construire du capital social qui unit en exploitant les relations informelles. Le but étant de transmettre des informations et les avantages qui découlent des normes de réciprocité et de solidarité. Néanmoins, leur rôle était de développer de nouveaux réseaux sociaux plus formels (*bridging social capital*). Cependant, au sein des trois sites, d'importants obstacles les empêchent d'être régulièrement en contact avec la population-cible :

- Les responsables n'ont pas les ressources (véhicules ou argent) pour se déplacer sur le « terrain » et pour rencontrer régulièrement la population-cible
- Les zones géographiques couvertes par les mutuelles sont petites, mais difficiles d'accès de par le manque d'infrastructure et/ou de moyens de transport public.
- Le temps. De par leur importante connaissance du système mutualiste, d'autres projets de développement ou d'ONG, leurs avis et compétences sont souvent sollicités. C'est surtout le cas pour les responsables de Soppante et WAW. Ils n'ont, dès lors, pas le temps de rencontrer régulièrement la population.
- Le taux de participation de la population aux événements organisés par les dirigeants est faible, tel que c'est le cas pour les assemblées générales (AG), alors qu'elles sont le mécanisme de participation principal. L'AG était supposée être un forum permettant d'élire les dirigeants, de transmettre des informations en direction des membres. Mais c'était aussi l'occasion pour les membres de partager leur perception de la mutuelle avec les dirigeants. Cependant, le taux de participation, lors des AG, est faible (34% des adhérents de Soppante n'ont jamais participé à une AG, Ils sont 63% à Ndongol et 55 à WAW). A Ndongol, la dernière AG datait de 2 ans lors de notre étude. En lien avec cela, une minorité seulement des affiliés actuels, (16% à Soppante, 37% à Ndongol) ont déjà participé au vote de responsables de la mutuelle.
- A Soppante et Ndongol, les responsables actuels ont fondé les mutuelles et ont continué à œuvrer en tant que responsables de nombreuses années sans interruption. De nombreuses raisons ont motivé ce choix. Peu de personnes, dans ces zones rurales et peu développées, étaient capables de gérer les mutuelles. Il était donc difficile pour eux de trouver des candidats pour changer de responsable. De même, ils avaient la responsabilité d'une importante somme d'argent, donc, ils sont plus exposés aux risques de corruption. Le pouvoir au sein des mutuelles est très centralisé avec très peu de pouvoir de contrôle de la part de la population.
- A WAW, d'autre part, l'organisation tient des élections annuelles et les responsables changent régulièrement. Cependant, ils n'ont pas bénéficié d'une augmentation des affiliations lorsqu'on la compare aux autres mutuelles. Les femmes ont eu l'impression d'être abandonnées par la mutuelle après que la présidente soit partie. Ce qui signifie que le changement de responsable n'est pas forcément bénéfique pour obtenir et maintenir un bon taux d'adhésion. Cela illustre que trop compter sur les réseaux sociaux d'un responsable pour maintenir des taux d'adhésions est imprudent à long terme.
- Un effet du manque de mécanismes de participation est que, pour les trois sites, seulement 50% des affiliés actuels déclarent avoir l'impression d'influencer le fonctionnement de leur mutuelle.

Ces barrières limitent l'ampleur du développement attendu par les responsables de la mutuelle lorsqu'ils se basent sur des canaux de communication, la confiance, la réciprocité et/ou la solidarité ou encore sur la participation de la population pour contrôler la mutuelle. Ces barrières, qui se dressent devant les responsables, sont similaires pour les trois sites étudiés. Cela suggère qu'elles ne sont peut-être pas spécifiques aux trois études de cas, mais peut-être plus largement communes à toutes les expériences mutualistes au Sénégal ou ailleurs. Il est fondamental de noter que les barrières sont principalement financières. Cela suggère que le capital économique est nécessaire à la mobilisation du

capital social dans les mutuelles de santé. Ce qui tend à soutenir l'argument de Bourdieu (Bourdieu, 1986).

Afin de répondre à ce défi qu'est la gestion centralisée, les trois mutuelles ont développé un modèle décentralisé. Des responsables locaux ont été recrutés, dans les village/quartier, afin de gérer certains aspects de la mutuelle. Cependant, cela a représenté certains défis que nous allons examiner.

7.1.3.2. La gestion locale, décentralisée, de la mutuelle et la population-cible

Afin de surmonter les difficultés engendrées par une gestion centralisée, les responsables des trois mutuelles ont recruté des équipes locales afin d'effectuer certaines tâches (au niveau des villages/quartiers). A Soppante et WAW, les responsables locaux devaient collecter le montant des cotisations des ménages situés dans leurs zones géographiques. A Ndongol, par contre, c'était le trésorier, qui, dans son échoppe, collectait l'argent directement des affiliés. A Soppante et Ndongol, les équipes locales étaient responsables de l'adhésion de nouveaux membres, alors qu'à WAW c'était sous la responsabilité de « l'animateur ». Dans chacun des trois sites, le rôle-clé des équipes locales était de diffuser les informations sur les mutuelles. Les discussions informelles étaient la forme la plus courante de participation pour les membres actuels de la mutuelle (39% à Soppante, 60% à Ndongol et 51% à WAW), dépassant la proportion de membres participant à une AG, une élection, une formation ou une séance d'information. Ces résultats indiquent l'importance des communications informelles dans la transmission de l'information. L'étude n'a pas analysé si les discussions informelles avaient lieu avec les équipes de la mutuelle, néanmoins, les équipes locales étaient bien placées pour stimuler la participation à l'organisation. Ce qui ne semble pas avoir été couronné de succès auprès de la moitié des membres.

Le manque de participation, formelle comme informelle, était une faiblesse importante des mutuelles, spécifiquement dans un contexte où :

- le taux de personnes illettrées était très important (atteignant près de 70% des chefs de ménages de Ndongol). Ce qui signifie que la population n'est pas en mesure de lire la documentation promotionnelle et les informations.
- Très peu d'informations ont été véhiculées par les médias (ce qui signifie que, même si une grande partie de la population possédait une radio, il était peu probable qu'ils reçoivent des informations sur la mutuelle par ce biais-là).

Le processus de décentralisation des organisations a dû faire face à de nombreuses difficultés. Au sein des trois mutuelles, la plupart des équipes locales firent un travail exemplaire, et étaient même prêtes à aider les affiliés à surmonter la rigidité du mode de collecte des cotisations en tolérant des délais pour le paiement, avançant même parfois le montant de leurs cotisations sur leurs propres fonds. Cependant, dans d'autres cas, la communauté n'avait pas confiance envers l'équipe locale, l'équipe était absente lors de la collecte des cotisations ou lorsque les gens avaient besoin d'informations. Dans certains cas extrêmes, des fraudes ont même été rapportées. En tous cas, ce qui est certain, c'est que les équipes locales ont eu du mal à fournir des informations et à construire, ou développer, des normes, valeurs ou croyances favorables à la mutuelle via leurs propres réseaux sociaux.

Différentes raisons peuvent expliquer ces problèmes. Encore une fois, de nombreux points communs existent dans les différents sites, plus particulièrement à Soppante et Ndongol :

- À Soppante et Ndongol, les responsables des mutuelles pensent qu'avoir de bonnes équipes locales est la clé pour atteindre un bon taux d'adhésion et de maintien dans la mutuelle. Ils expliquent les différences de résultats entre les zones géographiques par les variations de compétences et de dévouement des équipes locales. Les données collectées sur les motifs de non-adhésion soutiennent cette analyse. Le manque d'information est la deuxième cause de non-adhésion juste après le manque de ressources. A Soppante et Ndongol, il n'y a pas une stratégie définie de recrutement de personnel local, le candidat est identifié de façons diverses. La seule condition sine qua non est d'être lettré afin de pouvoir tenir les registres comptables. Dans des zones rurales où le taux de personnes illettrées est très élevé, il ne reste que peu de candidats potentiels. En plus, les dirigeants de la mutuelle reconnaissent que le personnel local devait posséder de bons réseaux sociaux afin d'encourager la population à adhérer à la mutuelle et à y

rester, ou encore afin d'inspirer confiance pour que les affiliés leurs confient le montant des cotisations. Cependant, aucun moyen systématique d'identification ou de recrutement n'a été mis en place. Bon nombre de personnes au sein des équipes locales ont des relations privilégiées avec l'organisation avant d'être recrutées par la mutuelle, mais elles ne sont, généralement, pas bien connues des responsables. Il est donc difficile de trouver le bon candidat. L'absence de stratégie, clairement définie de recrutement, aggravée par la pénurie de compétences, est susceptible d'avoir contribué à certains mauvais choix dans le recrutement du personnel local.

- De façon similaire, les équipes locales de Soppante et de Ndongol n'ont pas de stratégies pour attirer massivement de nouveaux membres, par exemple, en utilisant leurs réseaux sociaux. Au contraire, les adhésions sont faites au cas par cas, ménages par ménages. A contrario, WAW a eu une stratégie de décentralisation. La mutuelle a utilisé les associations préexistantes telles que les groupes d'intérêt économique (GIE) de femmes comme une passerelle pour atteindre la population. Ceci explique pourquoi plus de femmes « chefs de ménage » étaient présentes au sein de l'échantillon de WAW (35% à WAW, 13% à Soppante et 12 à Ndongol). Les GIE ont été organisés en différentes sections de dix femmes, chaque section ayant élu sa représentante qui collecte les cotisations des neuf autres femmes. D'un point de vue logique, le mécanisme de collecte comporte de nombreux avantages. Par conséquent, WAW a développé, à travers les GMS, une stratégie (a) de recrutement d'équipe locale en laquelle les adhérents font déjà confiance et (b) d'adhésion massive par l'intermédiaire d'associations. La base de la confiance envers la mutuelle provient du fait que les femmes comptent l'une sur l'autre pour subvenir à leurs besoins. Il est donc peu probable qu'elles volent de l'argent. Il y avait un important sens de la solidarité, de promotion de l'autonomisation des femmes, de se libérer de la pauvreté et de la dépendance financière vis-à-vis des maris. De ce fait, l'incorporation de la mutuelle aux associations de femmes préexistantes représentait un avantage en termes de mobilisation de moyen de transmission d'informations, de confiance et de sens de la solidarité et de la réciprocité. Cependant, il y avait également des désavantages au système de GMS, à savoir des clans ou groupes de responsables locaux dominaient les gérants de la mutuelle. De même, le système était confiné autour des GIE de femmes, ce qui excluait la population locale qui ne faisait pas partie de ces réseaux. Ce qui explique probablement pourquoi le manque d'information était la première raison invoquée par les non-membres pour ne jamais s'être inscrits.
- En outre, l'équipe locale avait pour fonction d'être à l'écoute des problèmes rencontrés par les membres et de prévenir les départs de la mutuelle. Ce qui contraste avec le microcrédit qui était intégré à la mutuelle de Ndongol. Le microcrédit tenait des réunions mensuelles pour le remboursement et paiement des prêts pour lesquels les questions financières des membres ont été discutées et analysées en détail par les responsables de l'organisation.
- Un autre problème inhérent à la décentralisation, c'est la motivation des équipes locales. Celles-ci ne sont pas suffisamment rémunérées, en grande partie car les mutuelles ne font pas assez de profit pour pouvoir leur octroyer un salaire. Bien que le personnel reçoive un montant symbolique, qui à Soppante est assorti d'une prime en fonction du nombre de nouveaux affiliés, cela n'équivaut pas à un salaire. D'autres avantages non financiers étaient également possibles en tant que personnel de la mutuelle. Par exemple, le personnel local recevait une très courte formation. Mais outre ce problème de financement, le personnel local n'avait pas le sentiment de collaborer avec d'autres équipes ou avec la population selon un mode plus large que l'aspect économique de la mutuelle, une cause politique ou une mission. Ceci est en contraste total avec ce que disent les dirigeants des mutuelles qui se décrivent comme étant des mutualistes (voir la section ci-dessous), et avec les dirigeants locaux de WAW qui sont en contact par le biais de la fédération de promotion du développement local (voir la section traitant du développement des acteurs ci-dessous). Le simple fait de se baser sur la bonne volonté du personnel local dans un contexte de pauvreté n'est pas suffisant. Ces personnes sont souvent confrontées à des demandes concurrentielles en termes de ressources ou de temps. Ils pourraient dès lors être démotivés, et, dans des cas extrêmes, vouloir frauder dans le système. Il est d'ailleurs intéressant de noter qu'aucun cas de fraude n'a été constaté à WAW. Ils expliquent cela par le fait que les liens sociaux et professionnels sont très étroits avec les membres.

- En outre, dans les trois études de cas, les interviews qualitatives suggèrent qu'une grande partie des équipes locales des mutuelles avaient d'étroits liens d'amitié ou de parenté avec les parties prenantes potentielles ou actuelles des mutuelles de santé (p. ex. les prestataires de soins ou les responsables religieux). Ils n'ont pas nécessairement discuté de la mutuelle avec ces parties prenantes potentielles. Par exemple, l'oncle d'un responsable local était un responsable religieux, mais le mutualiste n'en a jamais été l'objet d'une conversation et l'oncle n'a jamais encouragé ses sympathisants à adhérer à la mutuelle.

En somme, à Soppante et Ndongol, les mutuelles n'étaient pas en prise directe avec les structures sociales préexistantes au sein de leurs communautés. Ce qui signifie que les équipes locales avaient pour tâche de forger de nouvelles relations, de même que des liens de réciprocité, de solidarité et des vecteurs d'information avec les ménages, les villages et communautés qui n'étaient pas liés à la mutuelle. En pratique, d'importantes distensions sont apparues. En partie car, tout comme les gérants de la mutuelle, les équipes locales souffraient aussi du manque de ressources. Ceci suggère à nouveau que le capital économique est nécessaire pour mobiliser le capital social au sein des mutuelles de santé et qu'il démontre la nécessité de subsidier la mutuelle afin de soutenir leurs coûts de gestion.

Mais surtout, à Soppante et Ndongol, contrairement à WAW, il y avait un manque sous-jacent de lien social, d'idéologie, de politique, de développement personnel ou économique permettant une cohésion à travers les mutuelles. Ce qui signifie qu'en l'absence de motivation financière, rien d'autre ne motivait le personnel local à s'engager énergiquement dans les équipes locales. Ces résultats font écho à d'autres études parues sur les mutuelles de santé qui expliquent qu'un déterminant potentiel des mutuelles, c'est la « dynamique sociale » (Atim, 1999).

7.1.4 Les réseaux sociaux au sein de la population-cible et des membres des mutuelles

Nous avons fait valoir que la politique des mutuelles se fonde implicitement sur le fait qu'elles s'appuient sur les réseaux sociaux de la communauté. Elles profitent ainsi de la solidarité, des normes de réciprocité, de confiance et des canaux d'information préexistants pour promouvoir l'adhésion à la mutuelle et diminuer les risques de sélection adverse et d'aléa moral dans l'organisation. Nous décrivons dans ce qui suit deux structures sociales qui ont alimenté la solidarité au sein de la population-cible des ménages et associations, mais également comment elles interagissent entre elles.

7.1.4.1. Ménages

Dans la théorie sociologique, les liens de parentés sont comme des mécanismes de solidarité fondamentaux et universels (Durkheim, 1984). La théorie du capital social suggère, quant à elle, que les liens intra-communautaires puissants ou les liens familiaux peuvent « évincer » les mécanismes plus formels et institutionnalisés de solidarité ou de partage de risques tels que les mutuelles de santé. Dans ce contexte, une forte solidarité familiale peut avoir un effet négatif sur les mutuelles de santé, avec des structures informelles puissantes visant à pallier les faiblesses des liens plus formels des pays émergents (cela fait écho à la théorie de Granovet sur « les forces des liens faibles » (Granovet, Ms,1973)). L'effet négatif d'une importante solidarité familiale sur les mutuelles de santé est bien illustré par les propos d'une personne interviewée qui nous a dit « *ma famille est ma mutuelle à moi* », expliquant qu'elle ne s'est pas affiliée à la mutuelle parce que sa famille était suffisamment solidaire pour pallier au risque financier lié à la maladie. On peut, en effet, supposer que les liens de parenté sont une forme de protection sociale pour la plupart des personnes au sein de la population-cible. Ils le sont même au sein des ménages du fait de leur taille suffisamment grande (dans notre échantillon, la taille des ménages est de 8 personnes à WAW et 10 dans les zones de Soppante et Ndongol). Cependant, la taille et la structure des ménages interrogés (le genre du chef de ménage, son âge moyen, la taille moyenne du ménage, le statut matrimonial du Chef de ménage) ne semblent pas déterminer la manière dont les ménages adhèrent ou quittent la mutuelle. Il semble tout de même que les ménages de plus grande taille sont plus enclins à adhérer à la mutuelle que les plus petits. En termes de ressources économiques, les ménages avec un niveau de dépenses et/ou de ressources élevé s'affilient plus que les autres (de manière significative), et ce, dans les trois sites. La scolarisation est aussi un déterminant d'affiliation à Soppante et Ndongol.

Tout comme les réseaux familiaux (les liens par le sang ou le mariage), il existe, au Sénégal, des liens « familiaux fictifs ». Les résultats de l'étude suggèrent que dans le cas de Soppante, les personnes interviewées qui possédaient ce lien de parenté fictif (des filleul(e)s et des homonymes, c'est-à-dire des enfants d'autres personnes qui ont reçu le prénom d'une personne en son honneur) étaient plus à même de s'affilier à la mutuelle. Si on perçoit les liens familiaux fictifs entre personnes comme étant des liens plus faibles, cela appuie la théorie selon laquelle les ménages qui ont des faibles liens et qui les exploitent sous la forme de solidarité sont plus susceptibles d'adhérer à la mutuelle.

Dans les trois sites, environ 20% des affiliés rapportent le fait qu'ils avaient été informés de l'existence de la mutuelle au détour d'une discussion en famille. Fait intéressant, à Soppante et WAW, les ex-adhérents sont significativement moins susceptibles d'être informés de l'existence de la mutuelle que les affiliés actuels. Ceci suggère que les personnes qui étaient informées par la famille étaient plus susceptibles de rester dans la mutuelle. Malheureusement, le contenu de ces échanges n'a pas été recueilli. Mais étant donné que les femmes sont les principales dispensatrices de soins au sein des ménages, il est possible que les femmes informent leurs maris et les encouragent à adhérer et/ou rester au sein de la mutuelle.

Les résultats de l'enquête qualitative de l'étude suggèrent que les mutuelles de santé peuvent avoir un impact sur les relations au sein des ménages. Les femmes ont rapporté que le fait d'être membre de la mutuelle les a aidées à accroître leur pouvoir décisionnel en matière de santé. En vertu du fait qu'il y a moins de paiement direct, elles comptent moins sur les ressources financières des maris et sont plus à même de prendre des décisions en matière d'accès aux soins pour leurs enfants et elles-mêmes qu'auparavant.

7.1.4.2. Associations

De nombreuses personnes interrogées ont déclaré que d'autres associations étaient plus populaires que la mutuelle. Les résultats, pour les trois sites, confirment ces dires. En effet, plus de 60% des membres et non-membres adhéraient à d'autres associations¹². Les tontines, au sein des trois sites, étaient les associations les plus populaires. A Ndongol, qui est une zone géographique à prédominance Serer, les associations basées sur les groupes ethniques, les langues ou les liens familiaux, étaient même plus populaire que les tontines.

Une question pertinente est de savoir si les adhésions à d'autres associations évincent celles effectuées à la mutuelle. A savoir si, tout comme pour la solidarité familiale, la solidarité fournie par ces associations peuvent empêcher la population de percevoir l'utilité d'adhérer aux mutuelles de santé. Les résultats tendent à montrer que ce n'est pas le cas puisque l'appartenance à d'autres associations était plus élevée chez les membres actuels de la mutuelle qu'au sein des non-membres ou ex-membres. A WAW, cela pourrait être expliqué par le fait que l'adhésion passe par l'intermédiaire d'une autre association. Cependant, dans le cas de Soppante et Ndongol, les résultats suggèrent que les ménages qui adhèrent aux valeurs mutualistes sont plus susceptibles d'adhérer à d'autres associations (vu que l'enquête fut transversale, nous ne pouvons pas dire si l'affiliation à d'autres associations détermine l'adhésion aux mutuelles ou vice-versa).

Qu'est-ce que les mutuelles de santé ont donc en commun avec les autres associations ?

Toutes les associations, y compris les mutuelles, étaient des mécanismes de solidarité, caractérisés par de plus faibles liens sociaux et une protection sociale à plus grande échelle qu'au sein des réseaux familiaux. Même les associations dont l'objectif était tout autre (religion, ethnies, etc.) servent de protection sociale informelle. Les *dahiras*, par exemple, sont d'abord décrits comme étant des associations dont l'objectif est spirituel. Mais une recherche approfondie sur ces associations a révélé qu'elles offrent de nombreux avantages économiques ou politiques à leurs membres (Mbacke et Hunwick, 2005).

Un autre facteur, qui peut aider à expliquer pourquoi les affiliés des mutuelles sont plus à même d'être membres d'autres associations, c'est que celles-ci informent leurs membres de l'existence d'autres associations. Ce facteur est suggéré par les résultats à Soppante et Ndongol. En effet, les affi-

¹² À WAW nous n'avons pas inclus les groupes d'intérêt économique de femme dans "autres associations".

liés y sont plus susceptibles d'être informés de l'existence de la mutuelle par d'autres associations comparés aux non-membres.

Mais si les mutuelles de santé et les autres associations servent toutes de mécanisme de solidarité, pourquoi les premières sont-elles moins populaires ? A Ndongol et Soppante, la population a explicité les différences entre les mutuelles et les autres types associations (à WAW les différences n'étaient pas perceptibles en raison de l'intégration de la mutuelle dans le groupement d'intérêt économique des femmes). Ceci nous donne un aperçu des raisons pour lesquelles les autres associations sont plus attrayantes :

- Les associations tendent à rencontrer régulièrement leurs membres (mensuellement dans la plupart des cas). Les mutuelles, à contrario, tiennent rarement des réunions. Par conséquent, les informations sont plus facilement transmises entre membres de l'association. De plus, les membres ont le plaisir de socialiser avec d'autres. Les mutuelles sont très différentes : à Ndongol et WAW près de 50% des affiliés actuels déclarent connaître plus de 50% d'affiliés. A Soppante, le taux atteint à peine 20%. Ce faible taux, à Soppante, peut être attribué à l'étendue géographique couverte par la mutuelle, ainsi qu'au faible taux de participation aux assemblées générales, comme l'illustre l'enquête auprès de ménages. Ceci suggère qu'il peut exister plusieurs moyens de transmission de l'information et des normes de confiance ou réciprocité dans les deux autres mutuelles.
- Les autres réunions des associations sont plus localisées- et sont généralement organisées dans le village/quartier. Il n'est donc pas nécessaire de faire de longs trajets. C'est très différent pour les mutuelles de santé pour lesquelles les affiliés doivent se déplacer loin de chez eux pour les AG, et donc engager de fortes dépenses.
- Dans les tontines, la réciprocité était certaine, contrairement aux mutuelles (voir ci-dessus)
- Les autres associations promeuvent plus de solidarité. Le choix d'adhérer ou non à une association n'est pas seulement une question de capacité financière (comme déjà mentionné plus haut). En effet, si une personne n'est pas en mesure de payer sa cotisation, les autres membres peuvent décider de la payer en leurs noms. Par conséquent, l'adhésion est principalement déterminée par un lien de solidarité basé sur l'identité commune, une croyance ou un intérêt professionnel (femme, jeunes, religion, agriculture collective,...), plutôt que simplement sur une contribution financière.
- Les frais d'adhésion aux autres associations étaient plus faibles que ceux des mutuelles de santé. Leurs cotisations étaient comprises entre 1000 et 2000 FCFA par mois. Ce qui équivaut à plus de 150 à 200 FCFA par membre de famille et par mois. La majorité des répondants aux questionnaires familiaux déclaraient payer moins de 1000 FCFA par mois pour toutes les autres associations auxquelles elles adhéraient.

En même temps, il est important de ne pas négliger les avantages perçus par les membres des mutuelles. Dans un contexte rural (Soppante et Ndongol), la population percevait les mutuelles comme des associations ayant une meilleure gestion que les autres associations car elles étaient plus transparentes et démocratiques (p. ex. élection des responsables). Cela suggère que les autres associations peuvent apprendre de l'organisation des mutuelles. Dans la zone périurbaine de WAW, il y avait déjà de nombreuses structures gérées de cette manière (elles étaient déjà toutes organisées autour d'un « conseil d'administration »).

En somme, il semble que les mutuelles et d'autres associations sont similaires de par la protection sociale qu'elles procurent, sur une base plus large que celle des liens familiaux. Mais du point de vue de la population-cible, la dispersion géographique des membres fait qu'il y a plus d'impersonnalité dans les mutuelles. Les possibilités de participation à l'organisation et le mode de paiement y sont plus formelles, démocratiques et transparents.

Les liens de parenté « fictifs » ont déjà été identifiés comme une forme de lien faible qui était associé, de façon statistiquement significative, aux membres de la mutuelle de Soppante. L'étude montre aussi que, sur les trois sites, les membres sont significativement plus nombreux à avoir emprunté de l'argent que les non-membres. Malheureusement, nous n'avons pas investigué à qui l'argent avait été emprunté. Nous pouvons tout de même supposer que l'emprunt a été fait en dehors des mé-

nages, soit à des amis, des voisins, des parents,... ou encore à des instituts de microcrédits (ces derniers sont plus susceptibles de servir aux familles de Ndongol car une organisation de microcrédits était rattaché à la mutuelle, ainsi qu'à WAW, où les femmes empruntaient de l'argent dans le cadre de leur GIE).

Nous pouvons, dès lors, conclure que les mutuelles sont moins attractives pour les personnes qui ont limité la mise en commun du risque à leurs seuls parents. Alors qu'elles le sont plus pour celles qui ont un capital social de lien important et qui élargissent leur pool de risque à leurs groupes sociaux dont les liens sont faibles tels que les associations et les liens de « parenté fictifs ». Cependant, tous les répondants qui étaient membres d'autres associations ne se sont pas affiliés aux mutuelles de santé. De plus, afin d'être attirée par les mutuelles, une personne a besoin d'accepter de partager le risque avec un groupe de personnes d'autres associations avec lesquelles elle a des liens encore plus faibles (ou inexistant) que dans le cas d'associations ou de parents fictifs. On peut en déduire le capital social qui construit des liens est inhérent aux relations extracommunautaires liées par des règles formelles.

Ce principe suggère que dans le but d'attirer des personnes qui préfèrent mutualiser les risques auprès d'associations ou de parents fictifs, les mutuelles devraient apprendre des autres associations en adoptant certaines de leurs caractéristiques. En même temps, il convient de noter que les résultats de notre étude illustrent que les ménages avec un capital économique, humain ou social plus important (indiqué par le taux plus important de personnes ayant des dépenses, des ressources, une scolarisation importante ou encore de nombreuses adhésions à d'autres associations), étaient plus susceptibles d'adhérer à une mutuelle. Ainsi, alors que les mutuelles de santé sont généralement établies pour venir en aide aux pauvres installées dans des zones périurbaines et rurales, le taux d'adhésion de ces derniers n'est pas souvent le taux le plus important, ce qui est conforme à la thèse de Bourdieu sur le capital social (Bourdieu, 1986). Ceux qui détiennent déjà du capital (économique, social, culturel et symbolique) sont plus à même de l'accumuler ou de le transformer, renforçant, de fait, le pouvoir des structures préexistantes au sein la communauté. En termes d'accès aux soins de santé, il est compatible avec la « loi des soins inversés », c'est-à-dire que la disponibilité de soins de qualité varie inversement en fonction des besoins de la population (Hart, 1971). Afin de remédier à cette iniquité, les mutuelles doivent également trouver de nouvelles stratégies pour attirer des nouvelles personnes ayant peu de ressources et qui ne sont pas membres d'autres associations. Une approche possible serait d'initier des subsides pour les personnes les plus pauvres. Bien que cela ne permette pas de lever les barrières sociales dont nous avons déjà discuté plus haut. Ces questions seront traitées de manière plus approfondie dans la conclusion, ainsi que dans la partie ayant trait aux recommandations

7.2 Le rôle, au niveau macro, du capital social qui crée des réseaux dans les mutuelles de santé : les relations entre les organisations mutualistes et les acteurs institutionnels

Dans ce chapitre, nous analysons les relations inter-mutuelles d'une part (par l'intermédiaire de la fédération régionale des mutuelles) et, d'autre part, les liens existant entre les mutuelles et d'autres organisations/institutions comme les prestataires de soins, le pouvoir local et les bailleurs de fonds. Dans la littérature sur les mutuelles de santé, ces relations institutionnelles sont généralement analysées selon les principes de l'économie de la santé, par exemple, en termes de stratégies de recrutement, d'effets des subsides sur l'efficacité et l'équité de ces relations (Bennett, 2004a, Bennet, 2004b, Criel et al., 2004, BIT, 2002). Notre recherche démontre cependant que des relations fructueuses avec les mutuelles sont souvent le fruit du capital social d'un individu. En d'autres termes, nous avons découvert que les relations sociales entre des personnes (p. ex. : des personnes partageant les mêmes valeurs) appartenant à diverses organisations, peuvent être aussi importantes que les aspects techniques qu'ils partagent (p. ex. : les termes d'un contrat). Dans bien des cas, les responsables des mutuelles sont en mesure d'utiliser leur réseau social pour transmettre, développer, instaurer ou partager des valeurs communes, des informations, des croyances ou des normes à leurs partenaires-clés. Dans la littérature sur la capital social, les relations entre des individus d'une communauté et des institutions au niveau macro, sont appelées *du capital social qui crée des réseaux au niveau macro (macro level bridging social capital (Woolcock, 1998))*.

Créant du capital social et s'appuyant sur lui (*bridging*) pour nouer avec les organisations institutionnelles, les mutuelles ont pu conduire certains processus transformatifs qui ont, à leur tour, favorisé l'autonomisation de la société civile, bien que ce phénomène soit resté à petite échelle en raison du caractère quelque peu isolé des interactions. On peut observer une autonomisation d'une nouvelle génération d'acteurs de développement, issue de la communauté, active dans l'amélioration de l'accès aux soins des plus pauvres ou dans la protection contre le risque financier engendré par la maladie. Cette génération est en contact étroit avec les politiciens et les leaders religieux pour mener à bien ses projets.

Ce processus transformatif naissant est cependant fortement freiné par d'autres acteurs importants (p. ex., les médecins, donateurs de fonds et politiciens) qui détiennent un capital financier, social et culturel bien plus grand que les responsables des mutuelles. L'autonomisation du niveau local est aussi limitée par le manque de participation aux mutuelles des affiliés et des équipes locales. Ceci signifie qu'il y a peu d'opportunités pour les équipes locales et les affiliés, de développer ou mobiliser leur propre capital social (*bridging*) au sein de la mutuelle (par l'interaction avec les médecins, les donateurs de fonds et les politiciens lors de leurs rencontres à la mutuelle, par exemple). Les responsables centraux et l'équipe des mutuelles (p. ex., le président, le trésorier et le secrétaire de la mutuelle) ont plutôt agi en tant qu'intermédiaires et représentants de leurs affiliés lors de leurs échanges avec les responsables institutionnels. Au moment de la recherche, les succès rencontrés par les mutuelles en matière de développement de leur capital social et de leur capacité d'autonomisation de la population apparaissent limités. Ainsi, en dépit de l'autonomisation de certains responsables de la mutuelle, la dynamique du pouvoir au sein des mutuelles peut être vue comme concordante à la théorie de Bourdieu sur le capital social (Bourdieu, 1986) comme déjà décrit plus haut.

Dans la partie suivante, nous discutons des équipes des mutuelles et des acteurs institutionnels quant à leurs besoins d'informations et de transmission d'informations relatives aux valeurs, croyances et normes. Nous analysons ensuite les structures qui ont permis ou non ces échanges.

7.2.1. Informations nécessaires aux équipes des mutuelles, ainsi qu'aux acteurs institutionnels

Afin d'assurer le fonctionnement correct de la mutuelle, les acteurs des trois sites ont exprimé la nécessité de la transmission de certaines informations. La manière dont les organisations sont parvenues à répondre à cette demande dépend, pour une grande part, des réseaux sociaux des responsables de mutuelles et des ressources qu'elles ont investies pour leur développement.

7.2.1.1. Informations sur les mutuelles de santé

Indicateurs de performances (taux d'adhésion, comptes, etc.)

- Les prestataires de soins, les donateurs et les responsables politiques demandent des informations sur la mutuelle et sur les indicateurs de performance afin de négocier diverses questions tels que le montant des contrats, des subsides etc.
- Il est également utile pour les mutuelles de partager des informations sur leurs performances avec d'autres organisations afin de réaliser des analyses comparatives et faciliter les apprentissages de bonnes pratiques.
- Fournir ces indicateurs exige cependant d'importants efforts administratifs et les responsables ont souvent des difficultés pour trouver les ressources nécessaires à la réalisation de ce travail. L'administration de Soppante et Ndongol n'est pas informatisée (du moins pour une partie du processus) et les responsables des mutuelles doivent donc s'appuyer sur des supports en papier pour les dossiers difficiles à conserver.
- La baisse du taux d'adhésion explique que les responsables des mutuelles sont souvent peu enclins à partager des informations sur le nombre d'adhérents. Cette question sera examinée plus loin.

Informations générales à propos de la mutuelle

- Les médecins, les infirmiers, le personnel administratif et de gestion, les membres des comités de santé et même les tradipraticiens sont des sources potentielles d'informations sur l'existence de la mutuelle pour les patients (voir ci-dessus). Il est donc dans l'intérêt des gérants des mutuelles de leur fournir des informations précises sur le fonctionnement de la mutuelle et les avantages qu'elles procurent. Les trois mutuelles ont éprouvé des difficultés pour satisfaire ce besoin d'information.

Les règles concernant les lettres de garantie

- Les patients sont contraints d'obtenir des lettres de garantie en provenance de la mutuelle pour avoir accès aux soins de santé. Les prestataires de soins ont besoin d'informations, de la part des responsables de la mutuelle, sur les changements de méthode ou de lieux de délivrance des lettres de garantie (par exemple, une nouvelle personne de l'équipe mutualiste autorisée à signer les lettres).

Payement des prestataires de soins

- Les mutuelles ont parfois fait l'expérience de problèmes de liquidité. Etant dès lors dans l'incapacité de payer à temps leurs factures auprès des prestataires de soins, il est donc important que les responsables des mutuelles communiquent ces informations aux prestataires de soins.
- La facturation est un processus complexe. Ils ont donc besoin de diffuser des informations claires concernant les services remboursés par la mutuelle. Cette situation est parfaitement illustrée par le cas de Soppante où les responsables de la mutuelle et de l'hôpital ont cessé d'échanger suite à une erreur de facturation. Ceci a conduit l'hôpital à refuser de soigner à prix réduit les affiliés de la mutuelle, et, de ce fait, a poussé de nombreux affiliés à quitter la mutuelle.

7.2.1.2. Informations sur les prestataires de soins et l'utilisation des services

Les frais à charge des patients

- Les affiliés aux mutuelles paient de leur poche entre 0 et 75% (dépendant de la couverture du service) des frais, la mutuelle paie le reste. Les membres doivent donc être informés des pourcentages à charge de la mutuelle afin de connaître le montant qui reste à leur charge. C'est particulièrement important dans le cas de Soppante car les membres ont le choix entre un hôpital privé et un hôpital public (l'hôpital privé étant plus cher que le public). De même, il est important que les prestataires de soins informent aussi la mutuelle lors de tous changements de politique concernant le montant des frais à charge des patients. Cela peut avoir un impact soit sur le montant à rembourser par la mutuelle, soit sur le montant qui reste à charge de l'affilié.

Le comportement des patients

- Un comportement frauduleux de la population-cible peut parfois être observé. Certains prestataires de soins ont témoigné du fait que certains non-membres de la mutuelle ont tenté de se faire passer pour des membres en utilisant frauduleusement la carte d'un affilié. Les prestataires de soins doivent donc informer les responsables de la mutuelle afin qu'ils prennent des mesures pour lutter contre ce problème. Cela ne semble cependant pas toujours être la règle car les prestataires ne font pas toujours remonter l'information.

7.2.1.3. Informations sur la politique du gouvernement et des donateurs

Subsides

- Les trois mutuelles cherchent à subsidier leurs primes en levant des fonds auprès des élus locaux et/ou des bailleurs de fonds. Cependant, ni les autorités locales, ni les bailleurs de fonds

n'avaient, lors de notre recherche en tous cas, pour politique de financer les mutuelles. Quelques personnes interviewées nous ont expliqué que les mutuelles ne sont pas reconnues par le gouvernement comme des structures légales. De ce fait, elles ne peuvent pas recevoir de subsides de la part de l'état. Les responsables de la mutuelle ont cependant l'espoir que cela change dans un avenir proche, mais sans aucune certitude. La mutuelle a donc besoin de plus d'informations à ce sujet.

Les prestataires de soins liés par un contrat

- Les mutuelles de Ndongol et WAW n'ont pas été en mesure d'établir un contrat avec un hôpital, suggérant de ce fait, que les responsables de la mutuelle ont besoin d'informations, en provenance du ministère de la santé, sur la politique nationale en cours. Celle-ci encourage les hôpitaux à établir des contrats avec les mutuelles de santé.

7.2.2. Valeurs, croyances et normes partagées dans les relations entre le personnel des mutuelles de santé et les acteurs institutionnels

7.2.2.1. Confiance

Des comportements frauduleux de la part de certains prestataires de soins pouvant, potentiellement, nuire à la réussite des mutuelles de santé, par exemple, en augmentant le coût des prestations et en demandant des dessous de table aux patients. Les entretiens suggèrent que ces problèmes ne sont pas généralisés au sein des trois sites et que les responsables des différentes mutuelles ont confiance envers les prestataires de soins.

De façon similaire, un comportement frauduleux de la part des mutuelles peut, lui aussi, nuire à la réussite du projet, en détériorant la confiance. Nous n'avons pas trouvé de traces de comportement frauduleux lors de notre recherche. Cependant, de nombreux acteurs ont suggéré que le problème majeur auquel devait faire face Ndongol et WAW, était l'absence de confiance des hôpitaux vis-à-vis de la capacité financière et de la gestion économique des mutuelles. Ce qui signifie que les prestataires de soins ne sont pas convaincus du fait que, s'ils souscrivent à un contrat, les mutuelles seront en mesure de les rembourser dans les temps. Il est urgent, pour les responsables de mutuelles, de remédier à ce problème et d'établir une relation de confiance avec les hôpitaux.

Les comités de santé sont composés de membres de la communauté. Ils ont pour ambition de représenter la communauté face aux prestataires de soins. Dans bien des cas, leur rôle s'étend aussi à l'aide à l'approvisionnement et à la gestion des stocks de médicaments. L'instauration de comités de santé date des années '70, c'est-à-dire bien avant l'apparition des mutuelles. Dans la mesure où les responsables des mutuelles ont représenté leurs membres lors des négociations et des accords avec les prestataires de soins, le rôle des mutuelles peut être perçu comme un doublon des comités. Il fut donc nécessaire de rassurer les comités de santé sur les intentions des mutuelles de santé qui ne sont pas une menace pour eux, et d'établir une relation de confiance pour que ceux-ci poussent les prestataires de soins à établir des contrats avec les mutuelles. Dans les cas de Soppante et Ndongol, les comités de santé ont travaillé de concert avec les mutuelles. Cependant à WAW, le comité de santé a bloqué les négociations avec l'hôpital.

D'autres relations, pour lesquelles la confiance était importante, sont les fédérations mutualistes. Les 42 mutuelles de la région Thiès ont rejoint l'union régionale et établi un contrat commun avec l'hôpital régional de Thiès. Les responsables de chaque mutuelle doivent se faire mutuellement confiance dans la gestion de leur mutuelle. Cette cohésion n'est pas suffisante sur les autres sites étudiés, mais ce n'est pas le seul problème rencontré par les fédérations de Dakar et Diourbel. Elles souffrent également d'un manque de financement.

7.2.2.2. Solidarité

De nombreux acteurs se sont décrits comme des « mutualistes » et affirmé qu'ils faisaient partie du « mouvement mutualiste ». Ce mouvement est originaire de Thiès et très localisé autour de Thiès, où les premières mutuelles ont été lancées, bien que les personnes hors de la localité revendiquent le statut de mutualistes. Ces derniers déclarent partager les mêmes valeurs (la solidarité, la démocratie et

la transparence). Sur une période de plusieurs années, ils ont travaillé ensemble afin d'atteindre un objectif commun, l'autonomisation des communautés locales dans la protection sociale. Leur vision commune a agi comme un ciment auprès de cette diversité d'acteurs (bailleurs de fonds, prestataires de soins, ONG,...). Ils ont promu, quotidiennement, les mutuelles dans le cadre de leur travail, ou lors d'activités volontaires. Par exemple, de nombreux mutualistes possédant un travail dans des organismes- bailleurs de fonds ou dans des hôpitaux, nous ont expliqué que de par leur attachement au mouvement mutualiste, ils avaient eux-mêmes instauré une mutuelle dans leur village ou communauté. Le mouvement mutualiste a également une figure de proue en la personne du « doyen » qui a été un des fondateurs de la mutuelle de Thiès. Il a fait énormément pour promouvoir une politique mutualiste et sa mise en œuvre avant de décéder récemment. De nombreux donateurs ont expliqué que l'engagement et le dynamisme du doyen les avaient incités à promouvoir les mutuelles de santé au sein de leur institution. Le doyen a également écrit une prière pour les mutuelles. Certaines d'entre elles l'ont d'ailleurs imprimée sur les cartes des adhérents. En tant que tel, le doyen avait certainement pris la place de chef spirituel du mouvement mutualiste

Bien que les mutualistes partagent de nombreuses valeurs et ont une vision commune, ils ont également d'importantes divergences d'opinions. Certains déclarent que, de par leur travail d'autonomisation des communautés, ils pourraient contester le pouvoir d'institutions importantes, riches, souvent inefficaces et même parfois corrompues tels que les partis traditionnels, les hôpitaux, les collectivités locales ou l'Eglise Catholique. Cependant, d'autres mutualistes travaillent pour ces mêmes institutions et les activités menées par le mouvement sont encouragées et soutenues par la politique nationale sur les mutuelles de santé.

Cependant, l'appartenance des membres des mutuelles au mouvement mutualiste ne nous semble pas claire. Les affiliés des mutuelles sont souvent désignés comme « mutualistes ». Mais, comme discuté plus haut, de par leur manque de participation, les affiliés n'ont pas échangé ou travaillé avec d'autres acteurs mutualistes comme les bailleurs de fonds, les médecins, les responsables d'hôpitaux, etc. En fait, de nombreux membres ne font partie du mouvement mutualiste que grâce aux cotisations qu'ils paient. De même, une partie des affiliés ne partagent pas les valeurs portées par les gérants et les acteurs de la mutuelle. Mais surtout, comme discuté ci-dessus, la solidarité est une valeur-clé promue par les responsables et les autres intervenants associés à la mutuelle alors qu'elle n'est pas, aux yeux des affiliés, une raison suffisante pour adhérer ou rester dans la mutuelle. En tant que tels, il est difficile de considérer les affiliés et les acteurs institutionnels comme faisant partie d'un même mouvement collectif. Ainsi, en raison de la nature institutionnelle des mutuelles et du manque d'actions collectives, il est légitime de se demander dans quelle mesure le mouvement mutualiste peut être considéré comme un mouvement social. Le mouvement social étant largement défini comme étant une action collective organisée qui n'est pas normative et qui s'étend au-delà des institutions traditionnelles afin de réaliser des changements sur une période donnée (Snow et al., 2004). Néanmoins, notre recherche montre que la plupart des acteurs qui ont initié le mouvement mutualiste, partagent une même vision et des valeurs communes. Ce fait leur a facilité l'élaboration d'aspects plus techniques comme l'élaboration de contrat avec les prestataires de soins ou avec les donateurs.

À WAW et Soppante, les responsables des mutuelles se sont également impliqués intensément dans la promotion d'un agenda plus large de développement local. A WAW, ces personnes sont connues comme des « acteurs de développement ». Le développement local couvre tous les secteurs, de la santé à l'agriculture en passant par l'éducation et les besoins locaux. Les ONG locales, internationales aussi bien que les politiciens locaux sont impliqués dans ce processus. Cependant, un débat est apparu à propos des valeurs conflictuelles qui pouvaient émerger. Les acteurs de développement et les dirigeants des mutuelles perçoivent que les valeurs d'autonomisation des populations locales, de démocratie et de transparence ne s'accordent pas avec celles véhiculées par les politiciens professionnels. Ils ont le sentiment que les politiciens des partis principaux ont pour priorité leur propre carrière politique par l'intermédiaire du développement local. Les valeurs du politicien-type citées sont l'égoïsme, la corruption et/ou la cupidité. Les mutuelles sont, quant à elles, perçues par leurs responsables comme un mécanisme de diffusion de valeurs positives de développement. Ceci, aussi bien au sein de la population que de la classe politique. A Ndongol, une zone rurale défavorisée, très peu d'ONG sont actives, rendant difficile la possibilité de devenir un « acteur de développement » pour la population locale.

7.2.3. La transmission d'information, de valeurs, croyances et normes entre le personnel des mutuelles et les acteurs institutionnels

Les réseaux de relation entre le personnel des mutuelles et les autres acteurs institutionnels facilitent la transmission d'informations ou de valeurs qui sous-tendent les processus formels tel que le financement et les contrats. Dans cette partie, nous analysons ces réseaux.

7.2.3.1. Fédérations

Les trois mutuelles sont toutes les trois membres d'une fédération mutualiste régionale. Dans cette organisation, les fonds des mutuelles membres ne sont pas mis en commun, mais les mutuelles peuvent agir d'une seule voix et établir des contrats avec des acteurs-clés (prestataires de soins, bailleurs de fonds). La fédération régionale de Thiès est particulièrement efficace. Elle a rédigé des contrats avec deux hôpitaux au nom des 42 mutuelles de santé la composant. Elle tient régulièrement des réunions et perçoit des allocations de la part de ses membres afin de soutenir son fonctionnement. Ces allocations permettent à la fédération d'être indépendante vis-à-vis de ses donateurs. Et de ce fait, elle peut soutenir les mutuelles en toute indépendance. La mise en place de la fédération de Thiès s'est déroulée sous tension. En effet, une lutte âpre s'était engagée entre la puissante Eglise locale et les responsables de Soppante. Ces derniers avaient pour ambition de confier la gestion de la fédération à la société civile de manière transparente et démocratique, alors que l'Eglise locale voulait la contrôler afin de promouvoir ses intérêts religieux et politiques. L'incident s'est avéré bénéfique pour les responsables de Soppante qui ont reçu le soutien du ministère de la santé qui est intervenu pour régler le différend.

De même que les fédérations régionales, un bailleur finance un réseau d'appui national dont le but est de partager des informations sur les aspects technique, de monitoring et d'évaluation. Soppante et Ndongol font partie d'un tel réseau, le GRAIM. WAW est également membre d'un réseau similaire.

En plus des fédérations mutualistes, WAW est également membre d'une autre fédération d'ONG locales qui interviennent dans des divers domaines (éducation, santé, groupe d'intérêt économique, etc.). Le fait pour la mutuelle d'intégrer un cadre plus large de développement l'a renforcée. Les responsables des différentes ONG locales s'accordent sur le fait que la mutuelle est bien gérée. Ils ont encouragé les bailleurs de fonds et les responsables politiques à subsidier, à soutenir et à s'engager dans une politique de développement et à former un parti politique local (voir ci-dessous). L'expérience de WAW fait écho aux conclusions de la littérature sur le développement de fédérations. Celles-ci sont décrites par Bebbington et Carroll (2000) comme des organisations rassemblant des personnes pauvres à un niveau supra-communal et qui constitue en soi une manifestation spécifique de capital social. Les fédérations, dans de nombreux pays en voie de développement, ont pour but de promouvoir des actions régionales ou des engagements plus stratégiques avec le gouvernement, la société civile, les marchés et de permettre ainsi de construire des relations durables entre différentes formes d'associations. Les liens entre les organisations politiques et économiques sont particulièrement importants. Les organisations politiques sont souvent aptes à encourager et mobiliser des ressources afin de protéger ou promouvoir les intérêts de leurs membres, alors que les organisations économiques (mutuelles incluses) sont plus attachées aux entreprises sociales, aux prestations de services et sont plus pragmatiques, mais moins inclusives dans leurs positions. Les fédérations qui ont réussi sont celles qui ont été capables de profiter des points forts de chacune d'entre elles. Les fédérations agissent comme un lien entre la mutuelle et les politiciens locaux. Nous discutons de ces liens dans la partie suivante.

7.2.3.2. Collectivités locales

Au Sénégal, le pouvoir politique et les fonds qui y sont associés sont décentralisés, ce qui fait des collectivités locales des acteurs importants dans le développement des mutuelles au sein des communautés rurales. Comme déjà discuté, les responsables de mutuelles espèrent attirer des subsides des autorités locales. Dans ce but, les responsables de WAW et de Ndongol ont obtenu des rencontres avec des représentants du pouvoir local et ont essayé de les convaincre de l'importance des mutuelles de santé.

Un haut responsable politique de Pikine (WAW) a montré son soutien pour les mutuelles en s'inscrivant publiquement à la mutuelle lors d'une campagne organisée par celle-ci. Cela a été perçu comme un signe positif et a suscité l'espoir qu'il y ait un intérêt grandissant et éventuellement des subsides dans le futur. La littérature sur le capital social suggère que l'engagement de la société civile ou celui du secteur privé, sous la forme d'interactions journalières auprès de représentants du pouvoir, peut amener à établir des normes positives et loyales qui, elles-mêmes, peuvent être propices au développement (Evans, 1996). Le fait que les politiciens locaux et les conseillers rejoignent les mutuelles et y participent à leur fonctionnement, peut être considéré comme un mécanisme de capital social qui construit des liens en créant des réseaux entre la communauté et le pouvoir politique.

Cependant, de nombreux obstacles ont dû être surmontés pour que les collectivités locales puissent donner des subsides aux mutuelles. Mis à part les obstacles juridiques (voir ci-dessus), les responsables des mutuelles ont le sentiment que les politiciens ont dû faire face à des défis politiques pour offrir des subsides aux mutuelles. Certains responsables de mutuelles ont également l'impression que les politiciens ne sont disposés à aider la mutuelle que si cela pouvait leur apporter des voix lors d'élections futures. Cependant, les mutuelles actuelles ne sont pas assez développées pour pouvoir mobiliser un nombre important de votes potentiels au sein de leurs membres. Une autre question soulevée par les responsables des mutuelles provient du fait que les subsides ne sont pas des aides concrètes ; ils pensent que, dans le secteur de la santé, les politiciens préfèrent financer des projets, par exemple, construire des centres de santé qui seront clairement identifiables comme signes de leur engagement auprès de la communauté locale.

Dans le but d'abolir ces obstacles, les responsables des trois sites ont donc commencé à s'impliquer activement dans la politique. A Ndongol et Soppante, ils ont décidé de se lancer comme conseillers locaux afin d'améliorer leur visibilité sur la scène politique et sécuriser les financements des mutuelles et d'autres ONG qu'ils représentent. Dans le cas de Soppante, le responsable local s'est présenté comme candidat indépendant aux élections. A WAW, les collègues du responsable de la mutuelle, qui gèrent d'autres ONG au sein de la fédération, ne se sont pas seulement présentés aux élections, mais ont formé un nouveau parti politique, et ont fait campagne. Le choix qu'ils ont fait de ne pas rejoindre un parti au pouvoir, dans le but de maintenir les subsides, trouve son origine dans le fait qu'ils ne voulaient pas se soumettre au favoritisme politique que cela impliquait.

Ces responsables mutualistes semblent donc représenter une nouvelle génération de politiciens locaux qui essaient de s'emparer du pouvoir en profitant des acquis de la décentralisation organisée par le gouvernement. Ils ont insisté sur le fait qu'ils sont surtout des « acteurs de développement » et ensuite des politiciens. Ils déclarent être motivés par le développement de la communauté plutôt que par le pouvoir (comme discuté ci-dessus). L'environnement politique est complexe, les responsables des mutuelles doivent être prudents quant au comportement potentiellement nuisible des politiciens locaux. C'est parfaitement illustré par le cas de Soppante. Quand le responsable de la mutuelle s'est lancé en politique, il a eu, au départ, de nombreux partisans et ses adversaires en ont pris bonne note et ont tenté de s'approprier la mutuelle afin de remporter les élections. Une forte lutte de pouvoir en a été la conséquence. On pourrait prévoir que si la mutuelle fonctionne bien, obtient des subsides et s'étend, elle sera également en proie à de fortes pressions politiques.

En termes d'implications de ces négociations pour le capital social, il semble que les responsables mutualistes qui sont devenus des conseillers locaux, vont au-delà du fait de développer du capital social (*bridging*). Mais la théorie du capital social de Bourdieu interpréterait ce fait comme étant un processus qui vise à accumuler et transformer le capital social sous d'autres formes de capital (symbolique et politique).

7.2.3.3. Organisations Internationales

Il existe diverses formes d'organisations travaillant avec les mutuelles : les donneurs gouvernementaux, les ONG, les agences des Nations-Unies, les institutions financières et l'Église catholique. Chacun des sites étudiés a développé un partenariat avec au moins un de ces organismes. Ndongol et WAW ont toutes deux été initiées par l'une de ces organisations. Celles-ci procurent des fonds et/ou une assistance technique. L'exception est la mutuelle de Soppante où les responsables avaient une expérience mutualiste et ont donc conseillé les organisations internationales sur les meilleures pra-

tiques. Ils ont également été contactés afin d'enseigner et donner une assistance technique à d'autres mutuelles.

La relation centrale entre les mutuelles et les organisations internationales tient dans l'échange d'information. En échange de fonds et d'informations (la dernière partie de l'assistance technique) de la part des organisations internationales, les mutuelles doivent donner régulièrement des informations portant sur des indicateurs de performance (comme discuté précédemment). Cependant, le partage d'information sur les indicateurs de performance est, en grande partie, lié à la relation de confiance qu'ils ont établie avec les donateurs. Si la performance est liée au financement et si les responsables ont l'impression qu'ils seront pénalisés ou moins subventionnés si les résultats sont mauvais, les dirigeants sont tentés de cacher ces mêmes indicateurs. Alors que nous n'avons pas observé de telles pratiques sur les trois sites, nous avons noté que conformément à la pratique, généralement admise au Sénégal, les mutuelles publient le nombre de personnes ayant déjà été membres, plutôt que les membres actuels de la mutuelle. Ce qui est trompeur étant donné les taux élevés d'abandon, ce qui signifie que le nombre d'adhérents actuels est bien plus bas que les taux annoncés.

Dans bien des cas, les représentants des organisations internationales fournissent à la fois une assistance technique formelle, mais sont aussi impliqués personnellement de façon informelle au projet. Cette participation prend différentes formes comme : aller régulièrement sur le terrain et participer activement aux activités organisées par la mutuelle (souvent au-delà de ce que la fonction implique), servir de médiateur lors de conflits au sein de l'équipe de la mutuelle et même parfois influencer de manière plus subtile et informelle les mutuelles dans le but de promouvoir la sélection d'une personne en tant que responsable de la mutuelle. Cette association entre l'implication formelle et informelle est très variable selon les sites étudiés. Les entretiens suggèrent que cette implication informelle et cette volonté d'être impliqué aussi bien professionnellement que personnellement, tient au fait que les responsables des mutuelles partagent les mêmes valeurs que ces représentants d'organisations internationales. Ce processus a, en grande partie, donné lieu au transfert de compétence vers le niveau local. Cela a particulièrement été le cas de Ndongol, où les compétences managériales de la communauté étaient faibles lors de la mise en place de la mutuelle (la zone est très rurale avec un taux d'illettrisme très important). Cependant, les responsables de Ndongol dépendent aussi de cette aide, ce qui a conduit à certains dysfonctionnements lorsque ce soutien n'est pas disponible (comme, par exemple, l'incapacité à résoudre des différends qui prévalent avant la dernière AG).

Il est important de ne pas négliger les aspects les moins harmonieux de ces relations. Alors que dans certains cas, les représentants des organisations internationales et les responsables partagent des valeurs communes, dans d'autres cas, des divergences sont apparues. C'est évident dans le cas de la mutuelle Fandène, de laquelle est issue Soppante. La mutuelle de Fandène a été mise en place avec le soutien de l'Eglise Catholique. Lorsque certains membres de la mutuelle ont voulu étendre la mutuelle aux non-catholiques, l'Eglise s'y est opposée, obligeant ses membres à quitter la mutuelle et à en créer une autre, Soppante, qui, elle, était ouverte à tous les groupes, ethnies et religions.

7.2.3.4. Prestataires de soins

Dans le but de fournir à leurs membres un accès aux soins de santé, les mutuelles doivent établir et maintenir des contrats avec les prestataires de soins de première ligne (les « postes de santé »), ainsi qu'avec les hôpitaux (cette dernière catégorie n'a eu de contrats qu'avec Soppante). Le contenu technique des contrats entre les assureurs et les prestataires de soins est très important pour les mutuelles qui négocient le coût des soins de santé. Par exemple, en principe, les mutuelles doivent être en mesure de négocier des prix et inclure des clauses concernant la qualité des soins. Cependant, dans la réalité, les mutuelles ne sont pas assez puissantes pour influencer le comportement des prestataires de soins pour les raisons suivantes :

- les prestataires sont très peu nombreux à exercer dans la zone couverte par la mutuelle. Il n'y a donc pas de réelle concurrence entre les prestataires ;
- les affiliés de la mutuelle sont relativement peu nombreux, ils représentent donc une minorité de patients ;
- les responsables des mutuelles connaissent très mal le coût des prestations et leur fonctionnement. C'est l'asymétrie de l'information

- Le directeur de l'hôpital a un statut social nettement plus important que celui des gérants de la mutuelle, rendant même difficile le fait d'avoir un rendez-vous avec lui.
- Il existe déjà une structure chargée de faire l'intermédiaire entre les communautés et les prestataires de soins, les comités de santé, mais les mutuelles n'ont pas noué de partenariat avec eux.

Les mutuelles sont aussi en mauvaise position du fait que, bien que le ministère de la santé ait développé une politique encourageant les contrats, en réalité, de nombreux hôpitaux sont réticents à l'idée de se lier à la mutuelle (d'où la difficulté pour WAW et Ndongol de réaliser de tels contrats). Il semblerait que ce soit essentiellement dû au manque de confiance, comme discuté précédemment. Etablir un contrat est de ce fait une opération délicate qui requiert non seulement des compétences techniques, mais aussi sociales et politiques. Etant donné que Soppante est la seule mutuelle à être parvenue à établir un contrat, il est intéressant d'analyser les facteurs qui semblent avoir été déterminant pour y parvenir. Le facteur principal vient du fait que le contrat est garanti par la fédération régionale des mutuelles de Thiès. Ce qui donne un pouvoir de négociation bien plus important que si la mutuelle est la seule contractante. Deuxièmement, le responsable des finances, qui est responsable de la négociation pour l'hôpital, fait confiance aux responsables de la mutuelle et partage leurs valeurs en ce qui concerne la solidarité en matière de soins de santé. L'hôpital avec lequel Soppante a conclu un contrat est l'hôpital catholique qui a longtemps entretenu des liens étroits avec la mutuelle catholique de la région et qui a installé ses propres prestataires de soins, ce qui signifie qu'ils sont, a priori, « pro-mutuelle ». Il n'y a pas eu, de prime abord, de soutien équivalent dans l'hôpital public du district. 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. En d'autres mots, il est devenu membre du mouvement mutualiste (voir plus haut) ; le développement de cette confiance et le partage de ces valeurs font parties intégrantes de la réussite des contrats avec les hôpitaux.

Une fois le contrat signé, les responsables de Soppante ont continué à mobiliser leur importante relation avec le directeur financier de l'hôpital, lors de la négociation de délais de paiement, par exemple. Au sein des trois mutuelles étudiées, le paiement des prestataires de soins est difficile. Il faut compter sur une gestion des dossiers financiers et administratifs à jour, et en plus de cela sur un cash-flow stable. Cela a occasionné des problèmes, la mutuelle ayant parfois enregistré des retards de paiement auprès de prestataires de soins. Gérer ces délais de paiement est une question de confiance, la tolérance vis-à-vis des dettes des mutuelles étant généralement laissée à l'appréciation personnelle d'un membre de l'hôpital ou à l'ICP (infirmier chef de poste) dans les postes de santé.

Les mutuelles peuvent potentiellement endosser le rôle de représentants de la population et de ses intérêts vis-à-vis de prestataires de soins. Elles peuvent à ce titre exiger des soins de qualité. En exigeant, par exemple, qu'il y ait suffisamment de médicaments, de matériel de soins, ce qui représente un défi pour une grande partie des prestataires de soins, plus particulièrement ceux de première ligne. Les résultats de l'enquête qualitative suggèrent que ces ruptures de stock sont un motif important de mécontentement, et de sortie de la mutuelle. Il est donc, pour cette raison et dans l'intérêt des mutuelles de pousser les prestataires de soins à gérer leurs stocks de manière efficace. Cependant, comme déjà discuté, de par le manque de pouvoir des mutuelles sur les prestataires, il est difficile, pour ces organisations, d'exercer ce type de pression. Un exemple peut être l'incident décrit par un affilié à WAW. Une femme du village a perdu son bébé pendant l'accouchement en raison, à son avis, d'une mauvaise qualité des soins. De nombreuses femmes de la localité se sont réunies et ont menacé de faire une manifestation devant l'hôpital. Cependant, elles ne l'ont pas fait car la mutuelle n'avait pas réussi à obtenir un contrat avec l'hôpital. Elles ont estimé que la manifestation aurait pu mettre en péril tous leurs efforts.

Finalement, nous abordons le rôle du prestataire de soins comme source potentielle pour la population d'information sur les mutuelles de santé. Dans les entretiens réalisés avec les prestataires de soins, certains d'entre eux ont déclaré avoir encouragé régulièrement leurs patients à adhérer à la mu-

tuelle, par exemple, en les informant de la réduction sur le montant des prestations qu'ils auraient eu s'ils avaient adhéré à la mutuelle. La mesure dans laquelle les prestataires ont encouragé la mutuelle auprès de leurs patients dépend de la ferveur avec laquelle ils adhèrent à ses idéaux, tel que la solidarité. Les responsables de Soppante le reconnaissent et développent des relations avec les prestataires de soins, et pas seulement avec le directeur financier de l'hôpital, mais aussi avec les ICP. Ils leur rendent visite régulièrement, les invitent à leurs réunions et les encouragent à promouvoir la mutuelle. Ce qui est radicalement différent à Ndongol et WAW où les ICP expliquent n'avoir que très peu de contact avec les responsables des mutuelles et n'ont guère été invités aux réunions de celles-ci.

Comme indiqué plus haut, de nombreux membres se soignent autant auprès de tradipraticiens que des allopathes. Cela signifie que, pour les populations, les deux médecines sont complémentaires.. Il est concevable que les tradipraticiens puissent être une autre source importante d'information pour la population. Cependant, aucune des mutuelles n'a développé de relations avec eux, faisant écho aux différences de compréhension quant à la solidarité comme moteur d'adhésion. C'est un autre exemple de divergence en termes de valeurs, croyances et normes au sein des acteurs de la mutuelle et de ses adhérents.

En conclusion, il semble que le capital social (*bridging*) est un mécanisme par lequel les responsables mutualistes sont en mesure d'approcher les différents acteurs afin de préparer le terrain pour renforcer de façon plus formelle les relations et les contrats. Les responsables des trois organisations possèdent différents atouts pour développer ce type de capital social (*bridging*). A Soppante, les responsables ont développé des liens très forts avec d'autres mutuelles, prestataires de soins et institutions internationales. Alors qu'à WAW, les responsables sont d'avantage axés sur les liens horizontaux auprès d'autres ONG. Ndongol a moins développé cet aspect-là. Ses responsables ont peu, voire pas du tout, développé de liens au sein de leur zone d'activité. Le résultat est que Soppante est parvenu à mener les contrats avec les prestataires de soins, alors qu'à WAW ils ont développé une structure de gouvernance transparente et cohérente. Ndongol, par contre, se débat sur ces deux aspects de la performance. Cela suggère qu'il reste d'importantes possibilités, pour les trois mutuelles, d'apprendre les unes des autres, particulièrement à Ndongol.

En même temps, le manque de participation au sein du personnel local et des affiliés des mutuelles ne facilite pas, en général, le développement du capital social (*bridging*) au niveau local. La littérature suggère qu'il pourrait s'agir d'une opportunité manquée. Il pourrait être bénéfique, pour tous, de favoriser des interactions entre l'équipe locale, les affiliés et les acteurs institutionnels. Evans (Evans, 1996) défend le fait qu'un engagement auprès de la société civile, ou du secteur privé, sous la forme d'échanges journaliers informels entre les représentants du gouvernement et la population peut établir de normes et une loyauté. Il est concevable qu'un soutien accru (subsidés publiques ou de bailleurs de fonds, par exemple) puisse être facilité par le fait que les différents acteurs soient plus intégrés à la vie des mutuelles. Cependant, augmenter l'interaction des acteurs avec la population locale devrait se dérouler dans un contexte (a) de décentralisation effective des mutuelles de santé et (b) de bureaucratie locale robuste et cohérente afin d'éviter le clientélisme. De plus, augmenter les interactions exige la disponibilité de compétences et de capacités de la part des acteurs. Ces conditions ne sont pas nécessairement réunies au sein des trois sites.

CHAPITRE 8

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS POLITIQUES DE MUCAPS

8.1. Introduction

Les résultats de cette étude tendent à confirmer les résultats de recherches antérieures (Carrin et al., 2005, Ekman, 2004, Criel et al 2004) et suggèrent que les mutuelles font face à certaines difficultés :

- L'incapacité des ménages les plus pauvres à payer leurs cotisations en raison de cotisations forfaitaires et du manque de subsides, ce qui signifie que les cotisations des plus pauvres ne sont pas co-subsidiées.
- Les iniquités en termes de couverture (à savoir, le taux d'adhésion plus élevé au sein de la population en meilleure santé)
- La protection financière offerte par les organisations inadéquate en terme de :
 - profondeur de couverture limitée (reflétant, par exemple, l'incapacité des organisations à établir des contrats avec les hôpitaux)
 - largeur de couverture limitée (une faible proportion de la population est couverte)
 - poids de couverture faible (ticket modérateur important)
- Les soins couverts de mauvaise qualité (p. ex. : les adhérents à la mutuelle n'ont pas accès aux soins faute de matériel ou médicaments disponibles)
- La dépendance des mutuelles vis-à-vis du volontariat en raison des faibles revenus qui ne peuvent pas couvrir les frais administratifs (p. ex. : les bureaux, les ordinateurs, les voyages, etc.)
- Partage d'information insuffisant entre l'équipe de la mutuelle, ses membres et les parties prenantes.
- Mauvais monitoring et évaluation des mutuelles de santé

Notre étude comble cependant une lacune importante de la littérature en cherchant à expliquer pourquoi les organisations mutualistes éprouvent les difficultés susmentionnées et pourquoi celles-ci ne semblent pas en mesure de les surmonter. Notre étude a dépassé le cadre habituel des études sur les mutuelles de santé, en ne les analysant pas sous des aspects économiques ou de systèmes de santé. Cette recherche s'est focalisée sur l'approche du capital social (Mladovsky and Mossialos, 2008). Nous avons mis en évidence d'importantes forces et faiblesses sous-jacentes aux mutuelles de santé, alors que celles-ci n'avaient pas été systématiquement documentées, conceptualisées ou analysées. Ces faiblesses concernent les réseaux sociaux et les informations, croyances, normes et valeurs qui se répandent (ou non) à travers les réseaux sociaux. Ces facteurs expliquent, à de nombreuses reprises, les faiblesses des trois mutuelles étudiées. Les résultats de l'étude sont similaires au sein des trois sites, suggérant que ce n'est peut-être pas spécifique aux trois mutuelles, mais peut-être plus largement rencontré au sein d'autres mutuelles de santé Sénégalaises voir dans d'autres contextes. En même temps, certaines mutuelles ont mieux surmonté ces faiblesses que d'autres, ce qui peut apporter certains enseignements potentiellement utiles, alors que nous ne prétendions pas qu'une petite étude, portant sur trois mutuelles Sénégalaises, puisse être appliquée à une politique plus large sur les mutuelles de santé. Nous pensons que cette étude peut contribuer au débat en pointant la nécessité de mieux comprendre un ensemble de questions jusqu'à présent peu investiguées.

En outre, nous soutenons que si ces questions ne sont pas encore bien comprises, il y a un risque que les chercheurs et les décideurs politiques rejettent les mutuelles de santé en tant que mécanisme de

financement viable dans les pays en voie de développement sans pour autant avoir compris les problèmes sous-jacents rencontrés par les mutuelle de santé, ce qui peut à son tour présenter des risques. En effet, les nouveaux mécanismes de financement alternatifs (p. ex. l'introduction de l'assurance - maladie dans les pays à faible revenu) pourraient également rencontrer les mêmes difficultés.

8.2. Le capital social liant

8.2.1. *Le manque de capital social liant entre les équipes des mutuelles et la population-cible*

Malgré la taille réduite des mutuelles, leurs responsables ne sont pas largement connus de la population-cible (que ce soit les membres ou les non-membres). Sous cet éclairage, on remarque qu'ils ne sont pas en mesure d'exploiter leurs relations sociales afin d'attirer de nouveaux membres, de transmettre des informations, de bénéficier de la confiance ou des normes de réciprocité et de confiance existantes au sein de la population. Reflétant et aggravant cette déconnexion, il y a un faible taux de participation de la population aux activités formelles organisées par les responsables des mutuelles, telles que les assemblées générales (AG) organisées annuellement. Dans le but de dépasser ces obstacles, les responsables des trois mutuelles ont recruté des équipes locales (par village ou quartier). Les principales fonctions de ces équipes sont de recruter de nouveaux membres, de diffuser les informations et/ou collecter les cotisations. Cependant, le processus de décentralisation a été confronté à de nombreuses difficultés. A plusieurs reprises, les équipes locales sont injoignables et/ou absentes et dans des cas extrêmes ont même fraudé. Certaines mutuelles ont répondu à cela en re-centralisant certaines fonctions. Cependant, ces fonctions restent aussi inefficaces (p. ex. : les personnes doivent parcourir de longues distances pour payer leurs cotisations au niveau central).

En résumé, les faiblesses de l'organisation du personnel ont été à l'origine de la collecte des cotisations, mais aussi ont rendu difficiles la transmission d'information. Il en est de même du développement de la confiance, de valeurs communes et de l'autonomisation de la population locale. Cela a finalement contribué au faible taux d'adhésion et au taux important d'abandon des mutuelles de santé.

En terme d'informations transmises à la population-cible, il y a plus spécifiquement des insuffisances comme :

- L'information de base sur la mutuelle (p. ex. le montant, la méthode et la périodicité de la collecte des cotisations, les soins couverts,... Les ex- et actuels adhérents ont besoin d'information lors de changement de l'un de ces aspects de base de la mutuelle).
- Les indicateurs de performance : p. ex. la réserve financière, le nombre de personnes bénéficiant des services ainsi que ceux utilisés, le degré de protection offert par la mutuelle.
- L'information sur la manière dont la mutuelle prévient et traite les cas de fraude.
- L'information sur l'étiologie des maladies et les bénéfices engendrés par la prévention et le traitement des maladies.
- L'information sur les services qui sont disponibles gratuitement auprès des prestataires de soins publics et ceux qui ne le sont pas, mais également sur les montants qui restent encore à charge des patients dans le public ou le privé, ainsi que les différences entre les deux.
- L'information sur les problèmes de qualité des soins (p. ex. : ruptures de stock, temps d'attente, réactivité).

Le manque de collecte des informations de la part des équipes des mutuelles en provenance de la population sur :

- les problèmes de payement des cotisations
- les insatisfactions vis-à-vis de la mutuelle
- les problèmes de qualité des soins et de manque de réactivité des prestataires de soins
- les réunions et événements qui ont lieu au sein de la communauté et qui pourraient aider la mutuelle à trouver de nouveaux adhérents.

Une priorité pour les équipes des mutuelles est de ce fait la nécessité d'établir un meilleur mécanisme de transmission d'information.

En ce qui concerne la confiance, la littérature sur les mutuelles de santé défend l'idée que les organisations de faible envergure vont automatiquement promouvoir la confiance et de ce fait augmenter la propension de ses membres à payer. Cependant, puisque la majorité de la population ne connaît pas les responsables des mutuelles, elles ont eu très peu l'occasion de construire ou développer de telles normes de confiance. De façon similaire, comme déjà mentionné, certains membres des équipes sont injoignables ou absents, ce qui est incompatible avec l'élaboration de la confiance. Par conséquent, une priorité des équipes est de développer des mécanismes systématiques dans le but de développer des relations de confiance avec la population-cible.

Analysons à présent le manque de compréhension des valeurs sous-jacentes aux mutuelles de santé.

Les responsables des mutuelles et les acteurs voient les mutuelles de santé comme un mécanisme de solidarité en raison des subventions croisées entre les malades et les biens portants. Ils croient que de nombreux membres qui n'ont pas adhéré ou qui ont quitté la mutuelle, manquent de solidarité. Cependant, notre recherche suggère que cette perception est injustifiée. Elle montre que de nombreuses personnes de la population-cible ne perçoivent pas la mutuelle comme telle. Ce n'est pas un mécanisme de solidarité car lorsqu'un de ses membres ne peut plus payer, il sera contraint de quitter la mutuelle. En effet, les résultats de la recherche confirment que les adhérents sont en meilleure santé que les non-adhérents. Plusieurs personnes interrogées ont déclaré que si la mutuelle était un mécanisme de solidarité, l'organisation devrait puiser dans ses ressources pour subsidier les ménages qui étaient dans l'incapacité de régler leurs cotisations. En outre, l'enquête-ménages révèle un large consensus concernant le fait de subventionner les plus pauvres. En d'autres termes, la population-cible pense que « l'équité verticale » (la subvention croisée des riches vers les pauvres) est une notion qui manque et qui devrait être améliorée dans les mutuelles. Alors que les acteurs des mutuelles de santé pensent que la population n'est pas solidaire, la population pense que l'organisation ne l'est pas assez !

En réalité, les mutuelles de santé sont vues, par la majorité de la population comme une forme de réciprocité. En effet, les membres ont payé pour que les autres bénéficient de soins, mais espèrent aussi bénéficier eux-mêmes des services de la mutuelle dans le futur. Le fait de quitter la mutuelle semble être le fruit d'un calcul des ménages. Après une période de temps et d'investissement donnée, ils pensent que la collectivité (en l'occurrence la mutuelle) n'est plus en mesure de disposer de suffisamment de ressources pour satisfaire les normes de réciprocité. L'intérêt personnel tient, de ce fait, une part importante dans la notion de réciprocité. La réciprocité est soit non reconnue, soit considérée par les parties prenantes comme une motivation légitime de la population pour adhérer et rester dans la mutuelle. Ce sont des idées complexes qui doivent être débattues entre le personnel de la mutuelle et la population-cible. Mais de telles discussions n'ont pas eu lieu de manière systématique dans les mutuelles des trois sites analysés. Les organisations ont donc besoin de mettre en place des mécanismes visant à faciliter les dialogues permanents avec la population-cible sur les valeurs qui sous-tendent à la mutuelle.

Le manque de capital social liant a également limité la capacité des mutuelles de santé à transformer les relations de pouvoir au niveau local, malgré l'autonomisation de certains responsables de mutuelles. De façon générale, on peut considérer la dynamique de pouvoir au sein des mutuelles avec la perspective de la théorie du capital social de Bourdieu (Bourdieu, 1986). Ce qui signifie qu'au niveau local, il y a eu peu d'actions collectives, d'influences significatives ou puissantes visant les acteurs institutionnels établis. Etant donné que de nombreuses parties prenantes pensent que l'autonomisation du niveau local est un objectif important pour les mutuelles, cela a pu être perçu comme un frein aux mutuelles. Cela suggère que celles-ci auraient bénéficié de mécanismes préétablis pour faciliter le dialogue direct entre les membres de la mutuelle et les équipes locales d'une part, et les parties prenantes d'autre part (p. ex. : développer le capital social qui crée des réseaux au niveau local).

En somme, l'organisation des équipes mutualistes doit atteindre les objectifs suivants qui peuvent, tous ensemble, être considérés comme étant susceptible d'améliorer le capital social qui crée des liens entre la population et les équipes mutualistes :

- faciliter le flux d'informations entre la population-cible, les équipes locales et les gérants de la mutuelle.
- développer systématiquement des relations de confiance avec la population
- faciliter un dialogue permanent avec la population-cible sur les valeurs et normes qui sous-tendent la mutuelle, tel que la solidarité, la réciprocité et l'autonomisation de la population locale, ainsi que l'impact de celles-ci sur le choix (ou non) d'adhérer ou rester dans la mutuelle.

À la fois les gérants et les équipes locales (en particulier celles qui collectent les cotisations) doivent atteindre ces objectifs par l'intermédiaire des différents mécanismes que nous discutons ci-dessous.

8.2.2. Mécanismes pour augmenter le capital social qui crée des liens entre les équipes des mutuelles de santé et la population

Afin d'atteindre ces objectifs, il est nécessaire d'augmenter le capital social liant, entre les équipes de la mutuelle et la population-cible, en développant les mécanismes suivants :

Mécanismes au niveau des responsables des mutuelles

- Créer une administration des ressources des mutuelles plus développée et plus performante :
 - Les responsables ont besoin de ressources (véhicules et fonds) pour se déplacer « sur le terrain » et rencontrer la population
 - Les responsables ont besoin d'être payés pour ne pas dépendre d'un autre travail pour leur subsistance et avoir plus de temps à consacrer à la gestion de la mutuelle.
- Evaluation périodique des réseaux sociaux qui sous-tendent la mutuelle :
 - Les responsables des mutuelles doivent construire la confiance sur la durée et impliquer la population-cible ainsi que leurs équipes locales à travers leurs propres réseaux sociaux. Le but est de promouvoir les mutuelles auprès de la population avec des informations pertinentes et compréhensibles et/ou travailler pour la mutuelle. Changer fréquemment de responsable de la mutuelle n'est, dès lors, pas nécessairement bénéfique pour atteindre et maintenir des taux d'adhésions élevés. Cependant, en même temps, trop compter sur les réseaux sociaux d'un responsable de la mutuelle pour améliorer le taux d'adhésion n'est pas une bonne stratégie sur le long terme. Les responsables de mutuelles ont, dès lors, besoin d'évaluer périodiquement les réseaux sociaux existants dans la mutuelle, particulièrement lors des changements de direction.
- Recourir à des moyens incitatifs afin d'augmenter la fréquentation aux AG annuelles (p. ex. en remboursant les frais de voyage)

Les mutuelles n'ont pas généré assez de revenus pour financer ce type d'activité. Elles ont, de ce fait, besoin de ressources en provenance de l'extérieur (cf. ci-dessous).

Mécanismes au niveau des équipes locales

Afin de relever certains des défis liés à la centralisation de la gestion, les trois mutuelles ont développé des modèles décentralisés dans lesquels les responsables locaux sont recrutés au sein des villages/quartiers. Le but est qu'ils gèrent certains aspects de la mutuelle au niveau local. C'est potentiellement une bonne évolution, mais, à Soppante et Ndongol, les équipes ont eu des difficultés avec les normes de réciprocité, de solidarité et la diffusion d'information auprès des ménages et villages. Par ailleurs, pour la plupart, ces équipes locales n'avaient pas de liens entre elles ou avec les responsables de la mutuelle. Des mécanismes sont donc nécessaires pour renforcer les organisations décentralisées.

La nécessité de développer une stratégie de recrutement des équipes locales et de nouveaux membres se fait ressentir. Actuellement, à Ndongol et Soppante, cela a été instauré de façon adéquate. Nous proposons qu'une telle stratégie ait pour objectif de mobiliser le capital social préexistant au sein de la population locale.

- En terme de recrutement du personnel local, l'atteinte des objectifs, fixés par la stratégie, conduit à recruter systématiquement des personnes qui :
 - + savent lire et compter
 - + possèdent des réseaux sociaux étendus
 - + qui inspirent la confiance à la population
 - + ont suffisamment de temps à consacrer à ce travail
 - + sont des défenseurs passionnés des mutuelles de santé
 - + sont capables d'écouter et de trouver des solutions aux contraintes financières ou autres de la population-cible, afin de les aider à payer leurs cotisations.

Cette impressionnante liste de compétences nécessaires illustre les difficultés et la complexité des tâches à accomplir pour gérer une mutuelle, ainsi que les difficultés de recrutement auxquelles les gérants font face.

- En termes d'adhésion de nouveaux membres, la stratégie a besoin :
 - + d'identifier les manières de faire adhérer les gens en grand nombre. Par exemple, en utilisant les réseaux sociaux des équipes locales et les associations, plutôt que ménage par ménage.
 - + d'identifier les moyens de faire adhérer les ménages marginaux, qu'ils le soient sur le plan économique, social, culturel et/ou politique.
- En termes de collecte des cotisations mensuelles, cela doit également être fait en masse plutôt que ménage par ménage. Par exemple, en intégrant les cotisations dans un système pré-existant de paiement au niveau communautaire.

Le système de GMS des femmes de WAW est un bon exemple de stratégie a) de recrutement d'équipes locales qui ont déjà la confiance des adhérents de la mutuelles, b) d'adhésion de masse de nouveaux adhérents par le biais d'associations déjà existantes et c) de collecte des cotisations par un mécanisme de paiement préexistant. Suivant ce modèle, une stratégie que pourrait suivre les mutuelles de santé, est celle du partenariat avec d'autres associations (à savoir, le recrutement de responsables d'associations locales comme responsables locaux et les encourager à faire adhérer les membres de leur association et collecter les cotisations). Un modèle similaire pourrait également être envisagé à d'autres niveaux de la communauté, les unions, les confréries musulmanes, les familles élargies (elles peuvent être vraiment importantes) et ainsi de suite, tout comme les écoles et les groupes professionnels informels qui collectent des charges, des taxes diverses,...

Il est cependant important de ne pas ignorer les inconvénients liés aux GMS de WAW, les clans, ou ensemble de personnes, qui dominent l'administration mutualiste. En outre, le système est confiné aux groupements de femmes, ce qui exclut de fait une large partie de la population qui ne fait pas partie de ce système de groupement. Alors que nous recommandons ce type de stratégie de décentralisation à Soppante, Ndongol ou pour d'autres mutuelles (stratégie intégrant les associations et organisations locales dans la mutuelle), nous reconnaissons qu'il s'agit d'un processus complexe. En suivant ce modèle, les mutuelles deviennent vulnérables aux politiques internes et luttes de pouvoir entre les associations qui dépassent le pouvoir de contrôle de leurs dirigeants. Il est donc nécessaire de cheminer prudemment dans cette voie.

Il est fondamental de noter que l'étude sur les ménages a révélé qu'il existe une tendance partagée par les trois mutuelles. Les ménages avec plus de ressources financières et un plus grand capital social adhèrent plus facilement aux mutuelles. Une stratégie d'adhésion et de recrutement de personnel possédant un important niveau de capital social liant aurait tendance à augmenter l'exclusion des groupes socialement marginalisés et les iniquités. Il est donc important que cette première stratégie soit contrebalancée par une seconde stratégie visant l'adhésion de personnes possédant peu de capital financier et/ou social. Le but est de promouvoir la solidarité et l'équité au sein de la mutuelle. Les responsables des mutuelles doivent donc travailler avec les équipes locales afin d'identifier :

- + les ménages exclus socialement qui n'ont pas adhéré à la mutuelle.

- + un mécanisme de communication dont le but est d'attirer ces ménages et comprendre les barrières qui les empêchent d'adhérer.
- + les moyens de surmonter les barrières identifiées, par exemple, en subventionnant les cotisations.

Afin de parvenir à ces objectifs, nous suggérons que les responsables ont besoin de :

- + travailler avec les équipes locales pour identifier et attirer divers types de réseaux sociaux qui vont permettre les adhésions (ne pas se reposer sur un seul réseau comme ce fut le cas à WAW avec les GMS)
- + bénéficier d'un partenariat avec les ONG, bienfaiteurs, les organisations religieuses qui travaillent avec les personnes marginalisées, le but étant d'atteindre les groupes vulnérables
- + fournir des moyens financiers appropriés aux équipes locales
- + fournir du personnel avec des ressources leur permettant de tenir des réunions et voyager au sein de sa zone pour promouvoir la mutuelle.
- + fournir du personnel qui est formé à la gestion financière, qui a des compétences en matière de leadership, de réseaux sociaux, de communication, de développement et de participation communautaire
- + tenir des réunions d'équipes régulières afin que :
 - o le personnel local se rencontre régulièrement
 - o le personnel local communique régulièrement avec les responsables de la mutuelle

Cependant, comme pour le renforcement du leadership examiné plus haut, les mutuelles ne génèrent pas assez de ressources pour financer ces différentes activités. Elles ont besoin de fonds en provenance de l'extérieur.

8.3. Le capital social qui crée des réseaux

8.3.1. Le manque de capital social qui crée des réseaux entre la mutuelle et les parties prenantes

Au moment de notre recherche, les responsables des mutuelles avaient formulé auprès des parties prenantes de demandes non encore satisfaites :

- + des subsides pour les frais généraux (p. ex. pour les salaires)
- + des fonds pour subventionner les cotisations
- + des contrats avec les hôpitaux

Le manque de subsides et de contrat avec les hôpitaux est à l'origine de nombreuses difficultés liées à l'adhésion de nouveaux membres. Notre recherche suggère que ces problèmes peuvent être résolus. Contrairement à ce qu'on pouvait penser, les causes ne sont pas principalement dues à un manque d'assistance technique, de ressources disponibles ou de soutien politique. Ces formes de soutien n'atteignent pas les bonnes personnes. Les mutuelles des trois sites peuvent, en principe, obtenir une assistance technique qui leur permet de réaliser la formation et de résoudre les questions techniques telles que la conception de contrat avec l'hôpital, ainsi que de la gestion actuarielle de la mutuelle. Cette assistance provient de différentes organisations et agences locales ou internationales. Cependant, cette expertise technique est plus forte au Dakar et Thiès et a nécessairement besoin d'être transférée à d'autres régions (p. ex. Diourbel) de sorte qu'elle soit consacrée à mobiliser des personnes engagées, hautement qualifiées et qui sont capables d'aider les membres de la mutuelle.

En termes de ressources, de nombreux donateurs internationaux et bilatéraux promeuvent les mutuelles dans les régions étudiées. Elles prodiguent une assistance technique et financent certaines activités, telle que la mise en place de la fédération des mutuelles de santé. Alors que les subventions pour les cotisations n'entrent pas dans leurs attributions (ils craignent que cela ne soit pas viable à long terme), ils sont d'accord, sur le principe de financer les frais généraux des mutuelles. Cependant, les trois mutuelles n'ont pas été, à cet égard, en mesure d'obtenir un soutien suffisant. En même temps,

les structures politiques décentralisées proposent des subsides gouvernementaux aux mutuelles ou à tout autre projet de développement. Quelques subsides semblent être disponibles pour soutenir des projets de développement, mais aucune des trois mutuelles n'est parvenue à en obtenir. Il est donc nécessaire que certains de ces fonds soient mis à disposition des mutuelles.

Pour terminer, en termes de soutien politique, le contexte est favorable aux mutuelles depuis que le gouvernement a mis en place une politique nationale pour les mutuelles de santé et que le ministère de la santé a recommandé à ses hôpitaux d'établir des contrats avec elles. Pourtant, deux d'entre elles (Ndonkol et WAW) n'ont pas pu conclure de contrat avec des hôpitaux. Il y a également un manque de clarté sur le statut des mutuelles de santé. La reconnaissance légale des mutuelles de santé et de ce fait leur capacité à recevoir des subventions reste posée. C'est un obstacle important qui doit être levé au niveau gouvernemental et qui doit être communiqué, afin de savoir dans quelle mesure celles-ci peuvent recevoir des subsides.

Notre recherche suggère que le manque de capital social qui construit des réseaux entre les mutuelles et les parties prenantes résulte du mauvais acheminement de l'assistance technique, financière ou politique. Créant ainsi des barrières à l'octroi de subsides et à l'établissement de contrats avec les hôpitaux. Un aspect important du manque de capital social (*bridging*) tient au manque de communication entre les responsables des mutuelles et les parties prenantes. S'ils doivent passer des contrats ou subsidier les mutuelles de santé, les parties prenantes ont besoin d'informations sur les performances des mutuelles (taux d'adhésion, impact des mutuelles sur la protection financière, la solvabilité de l'organisation,...). Le mécanisme pour fournir ces informations, ce sont les rapports sur le fonctionnement de la mutuelle auprès des parties prenantes. L'obstacle majeur à la création de ces rapports est le manque de ressources au sein de l'administration créant de ce fait un cercle vicieux. Cependant, toutes les informations ne doivent pas être collectées et présentées de manière formelle et technique. L'expérience de Soppante dans le contexte du « mouvement mutualiste » de Thiès illustre qu'informer les acteurs autour de la mutuelle sur les progrès de celle-ci de manière informelle, par l'intermédiaire d'interactions sociales ou d'invitation à des événements par exemple, peut faire lever certains obstacles à la contractualisation entre la mutuelle et un hôpital. En effet, la littérature sur le capital social suggère qu'il pourrait être avantageux de renforcer les interactions entre le personnel local, les adhérents et les parties prenantes. Evans (Evans, 1996) défend l'idée selon laquelle l'engagement de la société civile ou du secteur privé sous la forme d'interactions journalières informelles avec les représentants du gouvernement peut construire des normes positives et de la loyauté. Il est concevable que l'augmentation de l'aide (subvention publique ou de bailleurs de fonds par exemple) puisse faciliter l'intégration de ces parties prenantes dans la vie de l'organisation.

Le transfert d'information est également un aspect central entre les mutuelles et les organisations internationales. En échange de financement et d'informations (ces dernières sous la forme d'assistance technique) en provenance des organisations internationales, celles-ci doivent régulièrement fournir des informations sur leurs indicateurs de performances. Cependant, le partage d'indicateurs de performance précis est en grande partie dépendant de la relation de confiance qui est établie entre la mutuelle et le donneur. Si les fonds sont liés à la performance et si les responsables pressentent qu'ils peuvent être pénalisés plutôt que soutenus, ils sont tentés de cacher certains résultats médiocres. Pour autant, nous n'avons pas observé de problèmes de cet ordre sur les sites étudiés. Nous avons cependant noté que, en accord avec la pratique généralement appliquée au Sénégal, les mutuelles publient le nombre de membres, incluant ceux qui avaient quitté la mutuelle. Ce qui est trompeur car le taux élevé d'abandon signifie que le nombre de membres actuels est bien moins élevé que ce qui était rapporté. Nous recommandons donc que le taux d'adhésion soit rapporté de manière plus transparente.

Intimement lié au manque d'information, il existe un manque de confiance et de valeurs communes, telle que la solidarité. La confiance fait souvent défaut dans les relations entre les différents acteurs et les dirigeants des mutuelles (p. ex. les hôpitaux ne font pas confiance aux mutuelles pour le remboursement des prestations ou pour les délais de remboursement). La confiance est aussi parfois absente dans les relations entre les responsables des mutuelles et les politiciens locaux. Les responsables locaux craignent, dès lors, que les politiciens ne soient tentés de compromettre la nature transparente et démocratique de la mutuelle en l'exploitant à des fins politiques (pour le pouvoir et pour récolter des voix). D'autre part, les élus locaux ne font pas confiance à la mutuelle pour que les

subsidés investis puissent être visibles. Ils ne croient pas que la mutuelle puisse engendrer des résultats visibles en matière de développement, que ces résultats puissent pousser à adhérer à la mutuelle et de ce fait augmenter le soutien populaire pour leurs partis politiques. A quelques reprises, nous avons trouvé une certaine méfiance entre les comités de santé et les mutuelles de santé, ou entre les responsables de mutuelles différentes. Ce manque de confiance et de solidarité a créé des blocages pour établir des contrats avec des hôpitaux et obtenir des subsides.

À nouveau, l'exemple de Soppante et du « mouvement mutualiste » de Thiès illustrent à quel point construire la confiance et le partage de valeur peut aider, par exemple, à obtenir un contrat avec un hôpital. Ceci suggère que les autres mutuelles pourraient s'inspirer du « mouvement mutualiste » et développer des mécanismes pour construire une relation de confiance avec les parties prenantes. Les recommandations, sur les façons d'implémenter ces mécanismes, sont présentées ci-dessous.

8.3.2. Mécanismes pour améliorer le capital social créant des réseaux entre le personnel des mutuelles et les parties prenantes : le rôle des fédérations

Les fédérations dans les pays à faible revenu (les organisations supra-communales de personnes pauvres constituent une manifestation spéciale de capital social) ont été fondées car elles avaient le potentiel de renforcer les actions, les discussions collectives et les mécanismes stratégiques vis-à-vis du gouvernement, de la société civile et des marchés, mais également construire des ponts durables entre les différentes sortes d'organisations (Bebbington and Carroll (2000)). Les associations fructueuses sont capables de développer des relations avec les organisations politiques et économiques afin que chacune d'elles puisse bénéficier des forces des autres. Au cours de notre recherche, nous avons rencontré deux types de fédérations : a) les fédérations spécialisées qui regroupent, par exemple, exclusivement des mutuelles et b) les fédérations intersectorielles qui regroupent une variété d'organisations et projets dont le but est le développement. Nos résultats suggèrent que ces deux types de relations peuvent, potentiellement, fournir des enseignements utiles aux fédérations et mutuelles.

La fédération de Thiès est la plus couronnée de succès comparée aux autres fédérations mutualistes que nous avons analysées. Elle est la seule à être parvenue à avoir un contrat avec l'hôpital. Le dynamisme sous-jacent à la fédération de Thiès est la clé de son succès du « mouvement mutualiste ». Les « mutualistes » ont une histoire commune de travail et ont développé une vision et des valeurs communes (incluant solidarité, démocratie, autonomisation de la population et transparence) sur une longue période. Cela a agi comme un ciment social qui a maintenu ensemble une variété d'acteurs, qu'il s'agisse de donateurs, de prestataires de soins, d'ONG, etc. Leur point commun est la promotion des mutuelles par leur paiement journalier, leur travail ou les activités de volontariat qu'ils mènent. Alors que nous n'avons pas étudié la fédération régionale en tant que telle, nous avons eu un aperçu de quelques-unes de ses activités par l'intermédiaire des interviews que nous avons réalisées auprès des responsables de Soppante, ceux-ci étant à la base de la fédération. Bon nombre de caractéristiques de la fédération sont uniques et ne peuvent pas être reproduites ailleurs. Par exemple, Thiès est le lieu de « naissance » des mutuelles au Sénégal. De ce fait, Thiès a une longue expérience du phénomène mutualiste. C'est également le lieu où l'hôpital missionnaire catholique a promu, de sa propre initiative, les mutuelles dans la région. Cependant, les pratiques suivantes peuvent tout de même être adoptées par d'autres fédérations mutualistes.

- le leadership d'un coordinateur central qui :
 - organise régulièrement des rencontres avec d'autres membres et qui s'assure que des informations pertinentes soient présentées. En particulier des informations visant le partage d'analyses et de solutions sur des problèmes communs et le partage de bonnes pratiques en gestion, recrutement, adhésion, etc.
 - se rend régulièrement sur le terrain pour visiter les adhérents de la mutuelle dans le but de suivre son implémentation
 - s'assure que les parties prenantes comme les responsables d'hôpitaux, les bailleurs de fonds et les comités de santé, assistent aux réunions de la mutuelle et les accompagnent de temps à autre sur le terrain.
 - négocie des contrats avec les hôpitaux au nom de toutes les mutuelles de la fédération

Afin de financer ces activités, les organisations membres doivent payer une contribution à la fédération. Cela a été réalisé à Thiès, mais il convient de noter que de nombreuses mutuelles auraient probablement des difficultés pour financer ces coûts administratifs.

En dépit de ces nombreuses forces, la fédération de Thiès a été accusée d'être isolée et d'ignorer les autres acteurs importants du développement et ses enjeux. Comme l'ont suggéré certaines parties prenantes, cela a été causé en partie par la stagnation du taux d'adhésion dans les mutuelles de Thiès. Comme telle, la fédération de Thiès offre un contraste intéressant vis-à-vis de la fédération intersectorielle à laquelle appartient WAW. En plus d'être membre d'une fédération régionale mutualiste, WAW est aussi membre d'une fédération locale (la CCDGR) regroupant les ONG locales, tous secteurs confondus (éducation, santé, groupement d'intérêt économique,...), travaillant pour le développement. L'intégration de la mutuelle dans un agenda local de développement a renforcé la mutuelle de nombreuses manières. A la lumière de cet exemple, nous recommandons que les mutuelles se fédèrent avec d'autres ONG et organisations à base communautaire (OBC). De cette manière, le personnel mutualiste pourra profiter :

- d'un accès aux expériences de responsables de beaucoup d'autres ONG. Ils pourront donc développer de nouvelles compétences, telles que les pratiques de gestion professionnalisées
- d'une orientation stratégique commune. Ils pourront développer ou se joindre à une politique de développement. Tels que déjà identifiés, les réseaux sociaux bien organisés peuvent fournir le moyen de collecter les cotisations et de faire adhérer la population en masse. Ou, à contrario, les groupes socialement exclus qui nécessitent un soutien supplémentaire en termes d'adhésion ou de subsides
- de la puissance collective pour le lobbying auprès de bailleurs de fonds, des subsides et du soutien du gouvernement local ou encore pour obtenir leur propre représentation politique en se présentant aux élections locales pour être un élu.

Par conséquent, alors que l'appartenance de WAW à la fédération intersectorielle lui a appris des leçons bien utiles pour Soppante et Ndongol, l'adhésion de Soppante à la fédération régionale de Thiès en a fournies tout autant à WAW et Ndongol.

En conclusion, dans le but d'améliorer le taux d'adhésion (l'étendue de la couverture), les trois mutuelles ont besoin d'être plus pleinement intégrées aux réseaux sociaux de la population-cible. Le but est de faciliter la transmission d'informations, la confiance, les normes et valeurs partagées, de façon à ce que l'organisation soit mieux en accord avec la population. Cela requiert une stratégie plus forte de décentralisation qui doit être basée sur les structures sociales préexistantes. En même temps, les mutuelles doivent réduire et/ou maintenir un taux de co-paiement et des prix faibles (étendre la hauteur de la couverture) en subsidiant les cotisations. Ils ont également besoin d'étendre le paquet de soins couvert (profondeur de la couverture) en établissant des contrats avec les hôpitaux. Afin de réaliser ces expansions de la couverture (hauteur et profondeur) les mutuelles doivent construire des relations avec les parties prenantes tels que les bailleurs de fonds, les élus locaux et les prestataires de soins. Ces relations doivent se caractériser par la fourniture d'information, la confiance et le partage de valeurs. Ceci exige des structures et des processus managériaux et administratifs plus forts, ainsi que l'augmentation du pouvoir de négociation acquis à travers les actions collectives au sein de fédérations avec d'autres mutuelles ou ONG et OBC. Actuellement, la décentralisation des mutuelles, la gestion centrale et les actions collectives sont faibles car tous ces processus cruciaux sont largement élaborés sur base volontaire. C'est-à-dire que les ressources sont insuffisantes pour rémunérer et former, à la fois, le personnel local, les responsables des mutuelles ou des fédérations qui organisent des actions collectives. Ce qui signifie que ces rôles-clés sont remplis à temps partiel et de manière non-professionnelle par le personnel de la mutuelle. Les subsides sont nécessaires pour financer la professionnalisation de la gestion des mutuelles de santé.

Il faut cependant rester prudent. Subsidiar uniquement les mutuelles afin de financer la professionnalisation du management, n'est pas un remède-miracle. Renforcer les capacités des responsables de mutuelle et des personnels professionnels n'est pas non plus suffisant. Ils ne doivent pas seulement posséder une expertise technique, mais également une bonne compréhension et un sens du contexte social capable d'intégrer leur organisation dans les réseaux sociaux de la population-cible. Le but est de faciliter le transfert d'information, la confiance, les normes de valeurs et enfin forger des relations

avec les acteurs. Ces relations doivent être caractérisées par la fourniture d'information, de confiance et le partage de valeur. La formation des responsables mutualistes et de son personnel doit à la fois porter sur des aspects techniques mais aussi sociaux du management.

Les résultats de cette étude s'appliquent au trois mutuelles étudiées, mais peut-être à d'autres mutuelles sénégalaises et peut-être ouest-africaines ou même plus largement à toutes celles confrontées à des difficultés similaires. Des recherches complémentaires sont cependant nécessaires pour comprendre si c'est le cas. Il est également possible que ces résultats puissent être pertinents pour d'autres types d'assurances-maladie qui sont mises en place dans des contextes de pays à faibles revenus. Des recherches complémentaires sont également nécessaires pour le vérifier.

BIBLIOGRAPHIE

Agence nationale de la statistique et de la démographie 2009, *Situation économique et sociale de la Région de Thiès* Année 2008.

Anderson, C. L., Locker, L., & Nugent, R. (2002). "Microcredit, social capital, and common pool resources". *World Development*, 30 (1), 95–105.

Atim, C. 1999. "Social movements and health insurance: a critical evaluation of voluntary, non-profit insurance schemes with case studies from Ghana and Cameroon". *Soc Sci Med*, 48, 881-96.

Baum FE & Ziersch AM (2003) Social capital. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(5): 320-323

Bebbington, A., & Carroll, T. (2000). Induced social capital and federations of the rural poor. *Social Capital Initiative Working Paper 19*. World Bank, Washington, DC.

Bennett, S. 2004a. The role of community-based health insurance within the health care financing system: a framework for analysis. *Health Policy Plan*, 19, 147-58.

Bennett, S., Kelley, A. G., Silvers, B. 2004b. 21 questions on CBHF: An overview of Community-Based Health Financing, Bethesda, MD, The Partners for Health Reform plus Project, Abt Associates Inc.

Bourdieu P (1980) Le capital social: notes provisoires. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 31: 2-3

Bourdieu P (1986) The forms of capital. In Richardson (ed.) *Handbook of theory and research for the sociology of education*. Greenwood Press, New York, USA

Brown, L., & Ashman, D. (1996). Participation, social capital, and intersectoral problem solving: African and Asian cases. *World Development*, 24 (9), 1467–1480.

Carrin, G., Waelkens, M. P. & Criel, B. 2005. Community-based health insurance in developing countries: a study of its contribution to the performance of health financing systems. *Trop Med Int Health*, 10, 799-811.

Coleman JS (1987) Norms as social capital. In Radnitzky & Bernholz (eds.) *Economic imperialism: the economic approach applied outside the field of economics*. Paragon, New York, USA.

Coleman JS (1988) Social capital in the creation of human capital. *The American journal of sociology*, 94(supp.): 95-120

Coleman JS (1990) *Foundations of social theory*. Harvard University Press, Cambridge, USA

Concertation entre les acteurs du développement des mutuelles de santé en Afrique (2003) Inventaire des systèmes d'assurance maladie : travaux de recherche dans 11 pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre. <http://www.concertation.org>

Criel, B., Atim, C., Basaza, R., Blaise, P. & Waelkens, M. P. 2004. Editorial: Community health insurance (CHI) in sub-Saharan Africa: researching the context. *Trop Med Int Health*, 9, 1041-3.

Criel B & Waelkens M-P (2003) Declining subscriptions to the Maliando mutual health organisation in Guinea-Conakry (West Africa): what is going wrong? *Social Science and Medicine*, 57(7): 1205-1219

Criel B, Diallo adhérents actuels, Van der Vennet J, Waelkens M-P & Wiegandt A (2005) La difficulté du partenariat entre professionnels de santé et mutualistes: le cas de la mutuelle de santé Maliando en Guinée-Conakry. *Tropical Medicine & International Health*, 10(5): 450-463

Davies, P. & Carrin, G. 2001. Risk-pooling--necessary but not sufficient? *Bull World Health Organ*, 79, 587.

- Dror, D. M. 2001. Reinsurance of health insurance for the informal sector. *Bull World Health Organ*, 79, 672-8.
- Durkheim, É. 1984. *The division of labour in society*, Basingstoke, Macmillan.
- Durlauf SN & Fafchamps M (2004) *Social Capital. National Bureau for Economic Research working paper W10485*, Cambridge, USA
- Ekman, B. 2004. Community-based health insurance in low-income countries: a systematic review of the evidence. *Health Policy Plan*, 19, 249-70.
- Edwards, B. & Foley, M.W. (1998) Civil society and social capital beyond Putnam. *American behavioral scientist*, 42, 1, 124-139.
- Evans, P. 1996. Government action, social capital and development: reviewing the evidence on synergy. *World development*, 24, 1119-1132.
- Glaser, B. G. and Strauss, A. L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*, Chicago, Aldine.
- Granovetter. MS 1973. The Strength of Weak Ties. *American journal of sociology*, 78, 1360-1380.
- Grootaert, C., & Narayan, D. (2004). Local institutions, poverty and household welfare in Bolivia. *World Development*, 32 (7), 1179–1198.
- Krishna, A. (2004). Understanding, measuring and utilizing social capital: Clarifying concepts and presenting a field application from India, *Agricultural Systems*, 82, 291–305.
- Grootaert, C., & van Bastelaer, T. (2001). Understanding and measuring social capital: A synthesis of findings and recommendations from the social capital initiative. Washington, DC: World Bank.
- Grootaert C & van Bastelaer T (2002), *Understanding and measuring social capital: a multidisciplinary tool for practitioners*, Washington, DC: World Bank
- Hart, J. T., 1971, *The inverse care law*, *Lancet*, 1, 405-12
- Hygea (2004) *Équité et mutualité au Sénégal*, Hygea, Dakar
- ILO (2001) *Social security: A new consensus*. International Labour Office, Geneva, Switzerland
- ILO (1999) *Plateforme d'Abidjan sur les stratégies d'appui aux mutuelles de santé en Afrique*, Le Centre international de formation de l'OIT: Turin
- ILO (2002), *Extending social protection in health through community based health organizations. Evidence and challenges discussion paper*, Geneva: Switzerland, International Labour Organization
- Kadushin Ch, (2004) Too much investment in social capital? *Social Networks*, 26(1): 75-90
- Lyon, F. (2000). Trust, networks and norms: The creation of social capital in agricultural economies in Ghana. *World Development*, 28 (4), 663–681.
- Macinko J & Starfield B (2001) The utility of social capital in studies on health determinants. *Milbank Quarterly*, 79(3): 387-427
- Mbacke, K. & Hunwick, J. O. 2005, *Sufism and religious brotherhoods in Senegal*, Princeton, N.J., Markus Wiener.
- 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, No. 4, pp. 590–607
- Morgan A & Swann C (2004) *Social capital for health: issues of definition, measurement and links to health*, Health Development Agency, National Health Service, London, UK.
- Mosse, D. 2004, Is good policy unimplementable? Reflections on the ethnography of aid policy and practice, *Development and Change*, 35, 639-671

- Miles, M. B. and Huberman, A. M. (1994). *Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook*, Second edn., Thousand Oaks, Calif.: Sage.
- Ministère de la santé et de la prévention (2004) *Plan stratégique de développement des mutuelles de santé au Sénégal*
- Moore, S., Haines, V., Hawe, P., & Shiell, A. (2006). “Lost in translation: A genealogy of the “social capital” concept in public health” *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(8), 729–734.
- Narayan, D., & Pritchett, L. (1997). *Cents and sociability: Household income and social capital in rural Tanzania*, Policy Research Working Paper. World Bank, Washington, DC.
- Ndiaye P, Soors W, and Criel B (2007) A view from beneath: community health insurance in Africa. *Tropical Medicine & International Health*, 12(2): 157-161
- Ponthieux S (2004) Le concept de capital social, analyse critique. Association de la Comptabilité Nationale (ACN) colloquium contribution, Paris, France
- Portes A (1998) Social capital: its origins and applications in modern sociology. *Annual Review of Sociology*, 24: 1-24
- Putnam RD (1995) Bowling alone: America's declining social capital. *Journal of democracy*, 6(1): 65-78
- Putnam RD, Leonardi R & Nanetti RY (1993) *Making democracy work: civic traditions in modern Italy*. Princeton University Press, Princeton, USA
- Shortt, S. E. (2004). Making sense of social capital, health and policy. *Health Policy*, n° 70 (1), 11–22.
- Snow, D. A., Soule, S. A. & Kriesi, H. 2004. Mapping the Terrain. In: Snow, D. A., Soule, S. A. & Kriesi, H. (eds.) *The Blackwell companion to social movements*, Oxford: Blackwell.
- Sommerfeld J, Sanon M, Kouyaté B & Sauerborn R (2002) Informal risk-sharing arrangements (IRSAs) in rural Burkina Faso: lessons for the development of community-based insurance (CBI). *International Journal of Health Planning and Management*, 17(2): 147-163
- Swann C and Morgan A (2002) *Social capital for health: insights from qualitative research*, Health Development Agency, National Health Service, London, UK
- Szreter S (2002) The state of social capital: bringing back in power, politics and history. *Theory and Society* 31(4): 573-621
- Uphoff, N., & Wijayarathna, C. M. (2000). Demonstrated benefits from social capital: The productivity of farmer organizations in Gal Oya, Sri Lanka. *World Development*, 28 (11), 1875–1890.
- van Bastelaer, T., & Leathers, H. (2006). Trust in lending: Social capital and joint liability seed loans in Southern Zambia. *World Development*, 34 (10), 1788–1807.
- Waelkens M-P & Criel B (2004) *Les mutuelles de santé en Afrique sub-Saharienne: état des lieux et réflexions sur un agenda de recherche*, Health, Nutrition and Population discussion paper, The World Bank, Washington, USA
- Waelkens M-P & Criel B (2007) *La mise en réseau de mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest : l'union fait-elle la force ? Enseignements d'un colloque international organisé à Nouakchott*, Mauritanie, 19 et 20 décembre 2004. ITGPress, Antwerp, Belgium
- Weijland, H. (1999). Microenterprise clusters in rural Indonesia: Industrial seedbed and policy target. *World Development*, 27 (9), 1515–1530.
- Woolcock M (1998) Social capital and economic development: toward a theoretical synthesis and policy framework. *Theory and Society*, 27(2): 151-208
- Woolcock M (2001) Microenterprise and social capital: a framework for theory, research and policy. *Journal of Socio-economics*, 30(2): 193-198

Yin, R., (1994). Case study research: Design and methods (2nd ed.). Beverly Hills, CA: Sage Publishing.

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, March 15-16, University of Pennsylvania, USA. <http://hc.wharton.upenn.edu/impactconference/index.html> Accessed 03.03.06.