

ESS Extension de la Sécurité Sociale

**Etendre l'assurance santé au Sénégal :
possibilités à travers les régimes statutaires
et les organisations mutualistes**

Couty Fall

ESS – Document n° 9

**Service Politiques et Développement de la Sécurité Sociale
BUREAU INTERNATIONAL DU TRAVAIL**

Les publications du Bureau international du Travail jouissent de la protection du droit d'auteur en vertu du protocole n° 2, annexe à la Convention universelle pour la protection du droit d'auteur. Toutefois, de courts passages pourront être reproduits sans autorisation, à la condition que leur source soit dûment mentionnée. Toute demande d'autorisation de reproduction ou de traduction devra être adressée au Bureau des publications (Droits et licences), Bureau international du Travail, CH-1211 Genève 22, Suisse. Ces demandes seront toujours les bienvenues.

ILO / Couty Fall

Etendre l'assurance santé au Sénégal: possibilités à travers les régimes statutaires et les organisations mutualistes. Document n° 9.

Genève, Bureau international du Travail, 2003.

Assurance-maladie, soins médicaux, Sénégal.

02.07.1

Version imprimée : ISBN 92-2-213142-8

Version électronique : ISBN 92-2-213141-X

Egalement disponible en anglais: *Extending health insurance in Senegal: Options for statutory schemes and mutual organisations, ESS Paper n° 9*

Version imprimée : ISBN 92-2-113142-4; ISSN 1020-9581

Version électronique : ISBN 92-2-113141-6; ISSN 1020-959X

Données de catalogage du BIT

Les désignations utilisées dans les publications du BIT, qui sont conformes à la pratique des Nations Unies, et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Bureau international du Travail aucune prise de position quant au statut juridique de tel ou tel pays, zone ou territoire, ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières.

Les articles, études et autres textes signés n'engagent que leurs auteurs et leur publication ne signifie pas que le Bureau international du Travail souscrit aux opinions qui y sont exprimées.

La mention ou la non-mention de telle ou telle entreprise ou de tel ou tel produit ou procédé commercial n'implique de la part du Bureau international du Travail aucune appréciation favorable ou défavorable.

Les publications du Bureau international du Travail peuvent être obtenues dans les principales librairies ou auprès des bureaux locaux du BIT. On peut aussi se les procurer directement, de même qu'un catalogue ou une liste des nouvelles publications, à l'adresse suivante: Publications du BIT, Bureau international du Travail, CH-1211 Genève 22, Suisse, ou par email: pubvente@ilo.org or <http://www.ilo.org/publins>

Visitez également le site web: Extension de la sécurité sociale - <http://www.ilo.org/socpol>

Table des matières

Acronymes	iv
Résumé	v
Introduction	1
1. Contexte et approche	2
1.1 Population active et protection sociale	2
1.2 Problématique de l'extension de la protection sociale	3
1.2.1 Une base institutionnelle limitée	3
1.2.2 La portée du régime	3
1.2.3 Les bénéficiaires	4
1.2.4 Contraintes et enjeux du financement	5
1.2.6 Constats préliminaires	7
1.3 La sécurité sociale institutionnelle face aux réalités du secteur informel	8
1.3.1 De l'urgence des initiatives étatiques et communautaires	10
2. Evaluation des initiatives d'extension du système formel	11
2.1 Les programmes d'extension, initiés par le secteur formel	11
2.1.1 Un credo de base: des mesures concertées	11
2.1.2 Caractéristiques du programme-test	12
2.1.3 Mise en œuvre	13
2.2 Evaluation des besoins et dispositions à participer au programme d'extension	14
2.2.1 Disponibilité de la population à adhérer à un système, à travers l'enquête de mai 2000	14
2.2.2 Analyse des résultats de l'enquête	16
3. Initiatives communautaires et accessibilité aux soins de santé	18
3.1 Les expériences d'extension du secteur mutualiste	18
3.1.1 Le développement de systèmes de micro-assurance santé	18
3.1.2 La situation sanitaire	18
3.1.3 La pyramide sanitaire	19
3.1.4 La contribution des comités de santé	21
3.2 Une dynamique associative très ancienne et l'évolution des mutuelles de santé	21
3.2.1 L'impact des mutuelles de santé	23
3.2.2 L'échantillon de l'enquête dans la région de Thiès en 2000	24
3.2.3 Les résultats de l'enquête de la région de Thiès	25
3.2.4 L'équation de la mobilisation des ressources	28
4. Conclusions et perspectives	29
4.1 Renforcer l'extension de la sécurité sociale	29
4.2 L'extension de la protection sociale et les programmes générateurs de revenus	30
4.3 L'environnement institutionnel pour les mutuelles de santé	31
4.4 Contraintes et perspectives	31
4.5 Les mesures d'appui au projet d'extension	32
4.6 Vers une stratégie viable	32
Annexe 1: Situation des mutuelles et projets de mutuelles de santé au Sénégal	34
Annexe 2: Résultats de l'enquête sur l'impact des mutuelles de santé dans la région de Thiès	37
ESS documents déjà publiés	40

Acronymes

ACOPAM	Appui associatif et coopératif aux initiatives de développement à la base (programme du BIT)
ANMC	Alliance nationale des mutualités chrétiennes de Belgique
BIT	Bureau international du Travail
CAMICS	Cellule d'appui aux mutuelles de santé
CES	Conseil économique et social
CHU	Centres hospitaliers universitaires
CSS	Caisse de sécurité sociale
DAS	Direction de l'action sociale
DPS	Direction de la prévision et des statistiques
ENDA	Environnement et développement du tiers monde
ESP	Enquête sur les priorités
FAGGU	Mutuelle de santé complémentaire des retraités de l'IPRES
FCFA	francs Communauté financière africaine
FNR	Fonds national de retraite
GTZ	Agence allemande pour la coopération technique
IPM	Institution de prévoyance maladie
IPRES	Institution de prévoyance retraite du Sénégal
ISED	Institut de santé et de développement au Sénégal
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PAMS	Programme d'appui aux mutuelles de santé
PHR	Association pour la réforme de la santé (Partnership for health reform)
PIB	Produit intérieur brut
PNB	Produit national brut
PNLCP	Plan national de lutte contre la pauvreté
PROMUSAF	Programme des mutualités chrétiennes et de solidarité mondiale en Afrique
PSS	Programme sanitaire du Sénégal
SMIG	Salaire minimum interprofessionnel garanti
STEP	Stratégies et techniques contre l'exclusion sociale et la pauvreté
WSM	Solidarité mondiale
USAID	Agence américaine pour le développement international (United States Agency for International Development)
ZEF	Centre pour le développement et la recherche (Bonn)

Résumé

Au Sénégal, la sécurité sociale couvre moins de 20 pour cent de la population tant en droit propre qu'en droit dérivé. Au titre de l'exclusion, il faut également prendre en compte les travailleurs temporaires et les journaliers et ceux du secteur informel.

En outre, au terme des études, il ressort que derrière l'absence de protection, se posent des problèmes d'équité entre travailleurs protégés et non protégés liés aux stratégies de rentabilité de certaines entreprises face à la concurrence internationale. Un enjeu subséquent est celui des solutions pertinentes et équilibrées face aux intérêts des parties à la relation de travail.

Le Sénégal a pris des initiatives, tant au niveau de l'Etat que de la société civile, destinées à étendre la protection sociale au-delà du secteur des entreprises modernes du secteur «formel». Aussi, a-t-on assisté à des initiatives communautaires, lesquelles se sont développées, déjà depuis 1990, au sein des mutuelles de santé, en offrant une couverture disparate à plusieurs types de populations, pour l'essentiel, non salariés.

En 1996, les autorités ont estimé nécessaire de relever le défi de l'extension de la protection sociale au secteur informel. Les personnes ciblées sont constituées par les travailleurs non salariés. L'enquête de mai 2000 a permis de comprendre davantage les caractéristiques socio-démographiques des personnes intéressées à un titre ou à un autre par la protection sociale. Les données de l'enquête font ressortir les besoins en matière de protection sociale. La quasi-totalité des personnes interrogées veulent bénéficier d'une protection sociale. L'absence de contacts avec les institutions de sécurité sociale est expliquée par le déficit d'informations et le manque d'intérêt personnel. L'écrasante majorité souhaiterait être protégée contre les risques sociaux à court terme: maladie, maternité, chômage, risques professionnels. Une partie opte pour une couverture contre les risques sociaux à long terme: vieillissement, invalidité, décès.

Le problème est que la source des revenus des personnes précitées a un caractère cyclique, c'est-à-dire qu'il s'agit de revenus tirés d'activités saisonnières; l'irrégularité des revenus et les cotisations trop élevées peuvent empêcher l'adhésion des populations aux mutuelles; lorsque les cotisations sont trop faibles, les mutuelles n'assurent pas la prise en charge effective des soins hospitaliers, qui est coûteuse pour les adhérents. Par ailleurs, les mutuelles manquent généralement de pouvoir de négociation et de capacités de gestion pour adopter les mécanismes de paiement des prestataires les plus efficaces; 55 pour cent offrent uniquement des services liés à des prestations hospitalières.

Les années 1994 à 1998 correspondent à l'extension des mutuelles à travers les régions du pays. Les mutuelles sont généralement de taille petite ou moyenne en nombre de membres. La plupart d'entre elles sont très récentes. Les activités des mutuelles ne touchent qu'une petite proportion de la population du pays. On a constaté que la probabilité d'accéder aux services des hôpitaux est plus grande si on est mutualiste que si on ne l'est pas. Il est plus indiqué de s'orienter vers le financement des maladies graves qui menacent la vie des sujets qui en sont atteints bien que la prise en charge en soit très coûteuse.

Pour conclure, il reste que l'Etat doit travailler avec les diverses institutions pour créer des services d'appui, et pour qu'elles offrent des services complémentaires à la sécurité sociale et à l'assurance volontaire. L'objectif serait d'abord d'organiser de véritables

associations de métiers, ensuite de développer prioritairement un système mutualiste d'épargne et de crédit (point d'ancrage), enfin de greffer ultérieurement sur ce système une couverture sociale (service social). De plus, il faudrait résoudre le problème des barrières financières au sein des mutuelles et des structures d'appui.

Introduction

Pays sahélien situé à la pointe occidentale de l'Afrique, le Sénégal bénéficie d'une importante façade maritime et couvre une superficie de 197.000 km². Sa population était estimée à 9 millions d'habitants en 1997, et son taux de croissance démographique annuel atteint 2,5 pour cent¹. La densité de sa population est assez forte en milieu urbain. Cinquante-cinq pour cent (55 pour cent) de la population sénégalaise vivent en zone rurale.

Le secteur informel est loin d'être un phénomène transitoire. La population évolue en majorité dans le secteur informel. Au total, les réalités économiques contemporaines sont telles que la protection sociale du secteur informel ne peut plus être résolue par la solidarité traditionnelle ou familiale devenue aléatoire. L'avenir est à la recherche de solutions nouvelles, adaptées et originales.

Et pourtant la sécurité sociale n'inclut que les travailleurs salariés des secteurs privés, public et parapublic, et les personnes qui sont à leur charge. La sécurité sociale couvre moins de 20 pour cent de la population, tant en droit propre qu'en droit dérivé. Elle laisse sans couverture les temporaires, les journaliers, les exploitants agricoles et les travailleurs dans le secteur informel (les petits métiers, l'artisanat traditionnel, et l'informel concurrentiel), alors que la définition de la sécurité sociale est bien plus large que ce qu'elle inclut jusqu'à présent.

La sécurité sociale pour les travailleurs salariés a évolué grâce à l'action conjuguée de forces tripartites que sont l'Etat, les organisations d'employeurs et de travailleurs regroupés en syndicats. Le but actuel est d'essayer d'inclure non seulement les travailleurs évoluant dans le secteur informel, mais aussi ceux qui ne sont pas couverts dans le secteur formel alors qu'ils y ont droit.

Le présent rapport commence par une description du système de la sécurité sociale au Sénégal et du marché du travail, en particulier du secteur informel. Le deuxième chapitre décrit et analyse le programme-test mis en œuvre dans le système formel et qui cherche à inclure les populations exclues, spécialement les artisans. Il est suivi d'une analyse sur l'extension de la protection sociale par les initiatives communautaires à travers les mutuelles de santé. Pour conclure, une synthèse des tendances rencontrées et des orientations pour l'avenir est proposée.

¹ Banque Mondiale, *Rapport sur le développement dans le monde 1998/99*.

1. Contexte et approche

1.1 Population active et protection sociale

La population active sénégalaise, estimée en 1997 à 4 millions de personnes, soit 44 pour cent de la population totale, est absorbée par le secteur agricole, à hauteur de 77 pour cent. Le secteur tertiaire demeure le second pourvoyeur d'emplois, avec 15 pour cent de la population active, suivi du secteur industriel avec une part de 8 pour cent.

Compte tenu de la faible capacité d'absorption des secteurs public et privé modernes, la population active évolue en majorité dans le secteur informel qui joue ainsi un rôle essentiel de pourvoyeur d'emplois, certes précaires, mais générateurs de revenus.

Par ailleurs, les pays africains sont caractérisés par une croissance rapide de la population (de l'ordre de 3 pour cent par an, au Sénégal), la faiblesse et la précarité de l'emploi. Or actuellement, seuls les salariés, faible partie de la population en Afrique, bénéficient d'une couverture sociale organisée. Au Sénégal, par exemple, la sécurité sociale se limite à moins de 20 pour cent de la population, tant en droit propre qu'en droit dérivé.

Au titre de l'exclusion, il faut également prendre en compte les temporaires et les journaliers, dépositaires d'un volume de travail important dans les entreprises, qui ne bénéficient pas de sécurité sociale du fait que certains entrepreneurs ne versent pas les cotisations dues à cet égard.

Les exploitants agricoles, qui forment 79 pour cent de la population au Sénégal et contribuent pour 25 pour cent à la formation de la richesse nationale, sont également dépourvus de protection sociale. Cette dernière ne couvre pas non plus les travailleurs du secteur informel que l'on peut ranger dans trois catégories:

- l'informel de subsistance correspondant à l'ensemble des petits métiers nécessitant peu ou pas de capital (cireurs, vendeurs des étals, ...);
- l'artisanat traditionnel (forgerons, cordonniers, maçons, menuisiers, ...);
- l'informel concurrentiel qui peut être encore aussi subdivisé au moins en cinq groupes d'activités: la construction, les services, la production, les transports et le commerce, qui peuvent être encore être répartis en deux ensembles homogènes, le commerce, utilisant une seule personne et les autres activités avec un chef d'entreprise employeur de main-d'œuvre;
- en outre, des travailleurs sortent du système de la protection sociale en perdant par exemple leur emploi, d'où une précarité de l'emploi qui accentue les phénomènes d'exclusion, de marginalisation et de pauvreté ainsi que le caractère discriminatoire de la sécurité sociale qui devient alors un instrument de différenciation sociale entre les citadins travailleurs et non travailleurs, d'une part, entre les citadins et les ruraux majoritaires, d'autre part.

Un autre phénomène récurrent est l'accentuation de la pauvreté, les budgets des Etats étant fortement sollicités en l'absence de mécanismes de protection sociale favorisant la solidarité ou l'auto-organisation des populations.

L'ensemble de ces contraintes et disparités explique la volonté et l'option des gouvernants de promouvoir et de mettre en œuvre une stratégie de protection sociale au sein du secteur informel, ainsi que les initiatives des populations elles-mêmes par la promotion de la micro-assurance.

1.2 Problématique de l'extension de la protection sociale

1.2.1 Une base institutionnelle limitée

Au Sénégal, et dans les pays anciennement sous administration française, la sécurité sociale est apparue vers la fin de la période coloniale. A l'origine, le souci était la création d'un cadre de sécurité matérielle minimale capable de pallier la sécurité naguère assurée par les institutions traditionnelles du milieu d'origine: la famille, le clan, le village, etc. En effet, l'industrialisation et l'urbanisation risquaient de laisser les travailleurs de l'industrie naissante totalement démunis devant les nouveaux types de risques ainsi nés. Le système de sécurité sociale qui allait être mis en place poursuivait un but économique et politique:

- **Au plan économique**, il s'agissait de stabiliser la main-d'œuvre salariée, présumée être la catégorie de la population la plus apte à réaliser les processus modernes de production et l'accroissement de l'activité économique. Aussi, les employeurs ont-ils pris des initiatives, antérieures à l'adoption des mesures officielles, de création de fonds privés de prévoyance et des services sanitaires d'entreprise. Ce facteur explique, dans la situation actuelle de la sécurité sociale au Sénégal, la priorité quasi exclusive accordée aux travailleurs salariés.
- **Au plan politique**, la protection des travailleurs dits «indigènes» est le résultat d'une lutte opiniâtre des syndicats pour obtenir l'égalité des droits avec les travailleurs d'origine métropolitaine qui, jusqu'alors, bénéficiaient seuls des mesures de sécurité sociale.

1.2.2 La portée du régime

Les prestations offertes par le régime sénégalais de sécurité sociale sont de quatre ordres:

- i) La branche des prestations familiales gérée par la Caisse de Sécurité Sociale offre des prestations en nature et des prestations en espèces;
 - **des prestations en nature** sont servies aux épouses et aux enfants du travailleur sous forme de soins médicaux curatifs et préventifs et de dons en produits diététiques et pharmaceutiques dans le cadre de l'Action sanitaire, sociale et familiale;
 - **des prestations en espèces** couvrent les allocations prénatales ainsi que les allocations de maternité servies à la femme salariée ou à l'épouse du travailleur, les allocations familiales octroyées au travailleur ainsi que les indemnités journalières de congé de maternité servies à la femme salariée.
- ii) La branche de réparation et de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, gérée également par la Caisse de Sécurité Sociale, sert:

-
- **les prestations en nature**, sous forme de prise en charge ou de remboursement des frais médicaux, pharmaceutiques et chirurgicaux, de rééducation professionnelle, de réadaptation fonctionnelle et de reclassement dans un nouvel emploi. Il faut y ajouter les frais de déplacement de la victime, les frais de prothèse et d'orthopédie; ainsi que les frais funéraires en cas de décès;
 - **les prestations en espèces**, destinées à indemniser la perte de capacité de gain du travailleur, lesquelles comprennent des indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire de travail, des rentes en cas d'incapacité permanente de travail et des rentes d'ayants droit en cas de décès de la victime.

iii) Quant à la branche vieillesse, gérée par l'Institution de Prévoyance et de Retraite du Sénégal (IPRES), elle sert également:

- **des prestations en nature**, sous forme de soins médicaux ambulatoires, dispensés par les Centres médico-sociaux et de prise en charge partielle des frais d'hospitalisation des travailleurs retraités;
- **les prestations en espèces**, sous forme d'allocations de retraite aux anciens salariés ayant cotisé au moins un an, d'allocations aux veufs, veuves et orphelins à charge en cas de décès du travailleur salarié ou du travailleur retraité. Celles-ci comprennent aussi des allocations de solidarité aux anciens salariés ayant cotisé moins d'un an ou n'ayant jamais cotisé, ainsi que des secours exceptionnels à des travailleurs en activité ou retraités ou des personnes ayant été à leur charge et dont la situation apparaît matériellement digne d'intérêt.

iv) Enfin, la branche maladie est gérée par les Institutions de Prévoyance Maladie (IPM) d'entreprise ou interentreprises, dont la création est obligatoire dans les entreprises pour lesquelles l'effectif excède 100 travailleurs. Les entreprises ayant un effectif moindre sont obligées de s'affilier à une IPM déjà existante ou de se regrouper pour en constituer. La gestion et le financement de telles institutions sont paritaires.

- Celles-ci servent uniquement des **prestations en nature** par la prise en charge ou le remboursement partiel des frais médicaux, pharmaceutiques, chirurgicaux, des frais d'hospitalisation, d'accouchement, d'analyses médicales.
- **Les prestations en espèces** sont fournies par l'employeur, sous forme d'indemnités journalières, pendant une période variable selon l'ancienneté du travailleur dans l'entreprise.

1.2.3 Les bénéficiaires

Les principaux bénéficiaires du système sénégalais sont les travailleurs salariés des secteurs privés, public et parapublic, et les personnes qui sont à leur charge. Les agents fonctionnaires de l'Etat bénéficient d'un régime particulier plus favorable à certains égards. Le champ d'application a été dès l'origine orienté vers les travailleurs salariés, mais a été étendu par la suite à quelques autres catégories très limitées.

Les autres catégories de travailleurs incluent les personnes n'ayant pas la qualité de travailleur salarié, et sont couvertes par la protection de la branche des Accidents du Travail, notamment :

-
- les apprentis et détenus exerçant un travail pénal;
 - les élèves des établissements d'enseignement technique, des centres d'apprentissage, des centres de formation professionnelle, publics ou privés et des mineurs placés dans les centres de rééducation;
 - les membres, gérants et préposés non salariés des sociétés coopératives ouvrières et de production ;
 - les présidents directeurs généraux et directeurs généraux des sociétés anonymes et gérants de sociétés à responsabilité limitée (SARL), dans certaines conditions.

Les autres personnes, à la charge des travailleurs, incluses dans le régime, couvrent:

- les épouses du travailleur et ses enfants ou de ceux de son épouse effectivement à sa charge;
- les enfants ayant fait l'objet d'adoption légale;
- les ascendants directs du travailleur, à condition qu'ils soient effectivement à sa charge, âgés ou invalides.

1.2.4 Contraintes et enjeux du financement

Les régimes d'extension mis en œuvre pour le moment au Sénégal sont auto-financés par les contributions forfaitaires des participants, en l'absence d'un élément spécifique de rémunération, tel que le salaire, base classique d'assiette des cotisations. Au niveau de la CSS, la cotisation forfaitaire a été calculée sur la base du plafond en vigueur pour le régime général; les taux étant les mêmes que pour le régime général. Une possibilité de paiement journalier a été offerte à ceux qui le désirent. Les taux de cotisation retenus sont les suivants:

- 7 pour cent pour la branche des prestations familiales, y compris l'assurance maternité, plafonnée sur une assiette salariale mensuelle forfaitaire de 60.000 francs;
- 3 pour cent, 5 pour cent ou 7 pour cent pour la branche des risques professionnels (selon le secteur d'activité), également plafonné sur une assiette forfaitaire de 60.000 francs.;
- une cotisation forfaitaire mensuelle est de 1.805 francs Communauté financière africaine (FCFA), soit 60 FCFA par jour, pour les *apprentis, uniquement admis au régime des risques professionnels*.

Tant que la réglementation ne sera pas adaptée à la nature des entreprises du secteur informel, il faut craindre un sous-financement permanent, ce qui pose le problème du rôle et des responsabilités des pouvoirs publics en matière de financement ou d'accompagnement des projets d'extension. Selon certaines thèses, la collectivité des consommateurs participe indirectement aux charges financières, puisque les cotisations patronales sont partiellement répercutées sur les prix de revient et, de facto, sur les prix de vente. Ceci pourrait justifier la participation directe ou indirecte de l'Etat au financement des régimes destinés aux non salariés.

Pour le moment au Sénégal, les régimes volontaires n'ont pas de relation avec les services fiscaux pour la collecte des contributions. Le fait d'utiliser les administrations fiscales aux fins de recouvrement des cotisations sociales est plutôt envisageable pour les régimes obligatoires. Pour les régimes volontaires, l'utilisation de cette méthode ne peut être qu'exceptionnelle et consensuelle.

Le financement de la sécurité sociale des travailleurs salariés du secteur privé et des agents non fonctionnaires de l'Etat est exclusivement assuré par les cotisations des employeurs et/ou des travailleurs.

Tableau I Cotisations du système légal

Branche	Taux (%)	Plafond	Cotisation
Prestations familiales	7	60.000 F/mois	Employeur
Accident du travail	3, 5 ou 7	60.000 F/mois	Employeur
Vieillesse – décès – survivant	14 Régime général	200.000 F/mois	Employeur = 2/3
	6 Régime cadre	600.000 F/mois	Travailleur = 1/3
Maladie	6	60.000 F/mois	Employeur = 1/2
			Travailleur = 1/2

Pour les agents fonctionnaires de l'Etat, la branche vieillesse est financée par l'Etat, en sa qualité d'employeur, à hauteur de 2/3, et par les travailleurs, à hauteur de 1/3, au niveau du Fonds national de Retraite (FNR).

Les prestations familiales et la maladie sont financées par le Budget de l'Etat, tandis que les prestations en nature en cas de maladie ne comprenant pas le remboursement des frais pharmaceutiques en soins externes.

A titre indicatif, les ressources du système pour l'année 1996 font apparaître que les ressources des Institutions de prévoyance sociale (CSS-IPRES-IPM) représentent 65 pour cent du total. La part de l'Etat dans la formation de ces ressources est de 25 pour cent, représentant 4,2 pour cent du Budget national de l'année de référence et 3 pour cent du PIB.

1.2.5 Taux de couverture de la sécurité sociale

Les dépenses ont représenté 3,5 pour cent du PIB, alors qu'elles sont en moyenne à 30 pour cent dans les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Rapportées en dépenses «*per capita*», toujours pour l'année 1996, les dépenses de sécurité sociale sont de FCFA 6.257 par habitant et par an, représentant 17,3 pour cent du Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti (SMIG). Selon les experts «l'effort social de la nation sénégalaise» est limité en comparaison avec les normes des pays de l'OCDE où la dépense sociale *per capita* est égale en moyenne à 5 fois le SMIG.

D'après les simulations contenues dans le Rapport au Conseil Economique et Social, secteurs privé et public réunis, le système de sécurité sociale formel assure une protection sociale à 175.667 personnes (120.274 + 55.393); Ces 175.667 travailleurs protégés représentent 5,1 pour cent de la population active (3.439.737 personnes), soit 12,2 pour cent de la population active en milieu urbain (1.441.750 personnes). Sur la base de la moyenne définie par la Caisse de Sécurité Sociale, qui fixe le nombre moyen d'enfants par allocataire à 4,5, le nombre d'enfants à charge est de 790.501.

En définitive, 1.200.000 personnes bénéficient du système de sécurité sociale sénégalais après estimation du nombre de conjoints des travailleurs affiliés, soit 13,3 pour cent de la population totale du Sénégal (9.037.906 habitants). Le constat majeur qui peut être tiré de la présentation de ces chiffres est celui de la faiblesse du nombre de personnes couvertes. Cette faiblesse se situe à un double niveau:

- *Faiblesse par rapport à la population effectivement occupée:* La couverture offerte par le système se limite seulement à 5,8 pour cent des personnes effectivement occupées, ce qui dénote d'un système caractérisé par la dualité entre sujets protégés et sujets non protégés au sein d'une unité homogène de travailleurs. Non seulement la protection devrait concerner les personnes occupées dans les secteurs rural et informel, mais en priorité l'importante frange de la population active effectivement occupée, exclue par le système tel qu'il est organisé et tel qu'il fonctionne actuellement.
- *Faiblesse par rapport à la population totale du Sénégal* ne concernant que 13,3 pour cent de la population totale du Sénégal. Le système de sécurité sociale sénégalais ne peut être considéré au stade actuel comme un instrument parfait de lutte contre les inégalités sociales au plan national. Ces inégalités sociales risquent de conduire à long terme à une fracture sociale si des mesures complémentaires ne sont pas effectives.

1.2.6 Constats préliminaires

En matière de sécurité sociale, la qualité de salarié est prise au sens large et est retenue chaque fois qu'un lien contractuel créant un rapport de subordination est établi. Ainsi, la notion de salariat est-elle indépendante de la nature et de la forme du contrat, du montant et du mode de rémunération. Toute activité salariée, même occasionnelle, entraîne l'assujettissement à la Sécurité sociale. Rien que sur la base de cette définition, une large frange de travailleurs, exclus de fait, devraient pouvoir bénéficier de la protection sociale offerte par le système formel. Il est clair qu'en l'état actuel, nombre de personnes normalement assujetties ne sont pas couvertes.

La loi prévoit l'assurance volontaire uniquement, en ce qui concerne la branche des Accidents du Travail et des maladies professionnelles au profit des travailleurs qui n'ont pas la qualité de travailleurs salariés ou qui ont perdu cette qualité. Ils doivent verser des cotisations représentant uniquement la part de l'employeur.

Le régime existant constitue un apport étranger, sans adaptation notable au contexte socio-économique. A cette question, s'ajoute celle de savoir dans quelle mesure ce régime est adapté aux réalités et aux besoins nouveaux du secteur informel sénégalais, compte-tenu des effets de la mondialisation et des politiques d'ajustement macro-économiques.

La question de la légitimité et de la rentabilité des régimes se pose au regard du nombre de personnes couvertes, moins de 20 pour cent de la population, tant en droits propres qu'en droits dérivés et moins de 4 pour cent du PIB pour les revenus distribués. Il y a un écart croissant entre les populations couvertes et les populations non couvertes.

Il convient de noter que le système de la sécurité social au Sénégal ne couvre pas la branche chômage et, en cas d'invalidité, les prestations se limitent au paiement de la seule pension de retraite par anticipation à partir de l'âge de 50 ans, sans abattement.

1.3 La sécurité sociale institutionnelle face aux réalités du secteur informel

Sous l'effet des facteurs précités, de nombreuses entreprises ont de plus en plus diversifié leurs activités et utilisé un volant d'effectifs flexible en fonction:

- d'objectifs immédiats, par des contrats de courte durée;
- suivant des modalités d'externalisation des activités, de sous-traitance, d'utilisation de travailleurs indépendants engagés parfois par l'intermédiaire d'agences d'emploi temporaire;
- plus globalement, à l'échelon macro-économique:
 - de la flexibilisation du marché du travail, à l'occasion de réformes législatives qui étaient présumées accroître l'impact des mécanismes de l'offre et de la demande, promouvoir le travail indépendant et encourager la création d'emploi;
 - elles se sont traduites en définitive par une évolution des relations d'emploi, caractérisée par une baisse des effectifs salariés et la réduction des capacités de négociation et de défense des intérêts des travailleurs à statut précaire face aux employeurs, notamment en matière de protection sociale.

L'effet de la réduction des coûts du travail et du niveau de protection des travailleurs a engendré une augmentation très peu significative de l'emploi dans les moyennes et grandes entreprises, une précarité accrue des emplois du secteur informel et des gains de compétitivité faibles.

Au Sénégal, l'érosion de l'emploi salarié est attestée, à titre indicatif, par les données fournies par l'Institution de Prévoyance Retraite (IPRES) en ce qui concerne:

- le régime général de base, à travers l'évolution du rapport Actifs/ Retraités qui est passé, entre 1984 et 1998, de 5,7 à 2,3;
- le régime complémentaire au niveau duquel, au cours de cette période, ce même rapport passait de 10,8 à 3,9;
- la diminution, en conséquence, du nombre de travailleurs cotisants et déclarés, qui est passée de plus de 170.000 en 1987 à 120.274 en 1999.

Au total, la composition de la main-d'œuvre des entreprises a progressivement évolué, avec les tendances suivantes:

-
- diminution du nombre de travailleurs titulaires de contrats à durée indéterminée;
 - augmentation des travailleurs engagés, en vertu d'un contrat à durée déterminée ou d'autres formes atypiques d'emploi, dépourvus de protection sociale;
 - diminution du coût moyen de l'ensemble de la main-d'œuvre, du fait de la moindre rémunération des travailleurs temporaires, par rapport à ceux qui sont titulaires d'un contrat de travail stable;
 - non-versement par certaines entreprises en difficulté de cotisations sociales, privant les salariés d'une protection sociale adéquate.

Globalement, il semble nécessaire d'augmenter la productivité en recourant à d'autres stratégies, notamment à des mesures de stabilisation, de protection et d'incitation.

Comme le souligne McKenzie, au Sénégal, la différence entre les secteurs formel, qualifié de secteur moderne et occidental, et informel, assimilé au secteur traditionnel, n'est pas une différence de légalité, mais de culture. Malgré la variété des approches et définitions, celles-ci se complètent en dépit de la qualification particulière de secteur "illégal" que lui donnent les industriels.

Le secteur informel est en réalité constitué d'un ensemble d'activités économiques de production et de distribution de biens et services à petite échelle. Ces activités sont exercées, à des degrés variables, en marge de la réglementation publique (code des impôts, code du travail, code des obligations civiles et commerciales, etc.), au vu et au su de l'administration; ce qui les différencie des activités frauduleuses du secteur illégal dénoncé par les industriels. Si en principe la législation du travail régit le fonctionnement des entreprises «formelles» et modernes, il subsiste une absence de protection sociale de vastes groupes de travailleurs du fait de l'évolution des situations de travail, de l'informalisation des activités économiques et de l'emploi.

Il faut également prendre en compte la précarisation et l'absence de protection, qui au Sénégal et dans bien des pays africains, s'expliquent par:

- les difficultés économiques amplifiées par le phénomène de la mondialisation;
- une certaine tendance des mécanismes de protection et de la législation à ne pas couvrir adéquatement les nouvelles formes atypiques d'activités;
- une aggravation de la situation des travailleurs les plus vulnérables: les enfants, les travailleurs âgés, les femmes, les migrants et les travailleurs du secteur informel.

Le secteur accuse certaines caractéristiques, notamment du fait qu'il perturbe, d'une part, les organisations de travailleurs par la non-application des normes nationales et internationales du travail en matière de libertés syndicales, de salaire minimum, de travail des enfants et de couverture sociale et, d'autre part, les organisations d'employeurs pour la concurrence jugée déloyale.

1.3.1 De l'urgence des initiatives étatiques et communautaires

Le Sénégal a pris des initiatives, tant au niveau de l'Etat que de la société civile, destinées à étendre la protection sociale au-delà du secteur des entreprises modernes du secteur «formel». Une tentative d'élargissement du système formel est amorcée.

Déjà des travaux entrepris en 1995 par le Projet de Renforcement des capacités de l'Administration du Travail avaient mis en évidence les conséquences liées à l'absence de protection de la santé et de la sécurité, non seulement pour les travailleurs du secteur informel et leurs familles, mais aussi de certains secteurs de la population:

- l'accroissement des risques d'accidents du travail, avec ses conséquences, en l'absence des contrôles prévus par la législation sociale, notamment ceux de l'Inspection du Travail;
- les effets de l'absence de protection des travailleurs et de la société contre les maladies, accidents, dommages pour l'environnement;
- les risques pour la fonction de reproduction, au cas où la protection de la maternité n'est pas assurée;
- l'affaiblissement de l'application des normes sociales élaborées au fil du temps, au détriment de la communauté;

De telles lacunes ont fini par engendrer des initiatives positives d'extension de la protection sociale.

En dépit des insuffisances du système formel, l'utilité de la protection a été réaffirmée, du fait qu'elle permet d'améliorer la situation des travailleurs et de garantir la productivité du facteur travail. Sur la base de constats unanimes et de demandes explicites des artisans, est née l'initiative de 1996 d'assurance volontaire, impulsée par le système formel de sécurité sociale. A terme, l'objectif est d'offrir une protection de base au profit de tous les travailleurs qui offrent des prestations et services à une autre personne, quelle que soit la catégorie juridique desdits services et prestations.

La protection classique de base repose sur le schéma binaire de la réglementation du travail et sa distinction entre travailleurs dépendants et travailleurs indépendants. L'initiative obéit à un souci d'équité entre travailleurs et à l'impérieuse nécessité de prendre en compte bien des situations intermédiaires, parfois ambiguës, dans la relation d'emploi. Par ailleurs, la protection de base garantie aux travailleurs servirait également tout aussi bien les intérêts de la société que ceux des entreprises.

Aussi, a-t-on assisté à des initiatives communautaires, lesquelles se sont développées, déjà depuis 1990, au sein des mutuelles de santé, en offrant une couverture disparate à plusieurs types de populations, pour l'essentiel, non salariées. Dans un contexte d'accès difficile aux soins, des systèmes communautaires destinés à faciliter la protection maladie aux populations ne bénéficiant pas de protection sociale, ont été initiés dans la région de Thiès dès 1996. Trois expériences y ont été lancées, à Mont-Rolland, à Fandène et à Sainte-Anne.

Ce mouvement expérimental est à l'origine de plusieurs mutuelles de santé, dont certaines sont calquées sur le modèle de la première mutuelle fonctionnelle, celle de Fandène,

d'autres étant par contre organisées sur un mode de fonctionnement différent. Ces expériences n'ont pas manqué d'inspirer quelque peu les programmes d'extension initiés par le secteur formel, décrits ci-après.

2. Evaluation des initiatives d'extension du système formel

2.1 Les programmes d'extension, initiés par le secteur formel

Au Sénégal, le cadre législatif comporte des restrictions liées à son évolution. La protection sociale s'applique le plus souvent aux familles des travailleurs et à certaines catégories de travailleurs salariés. C'est en effet pourquoi il est difficile de concilier les caractéristiques du secteur informel avec celles des systèmes de sécurité sociale qui, au départ, n'ont pas été conçues pour celui-ci.

Jusqu'à un passé récent, la sécurité sociale et le secteur informel s'ignoraient totalement au Sénégal. En dépit de cet état de fait, les statistiques des populations couvertes par rapport à la population globale révélaient une situation pour le moins préoccupante. Seuls près de 14 pour cent de la population active étaient protégés. Cette situation relevait de plusieurs facteurs, telles les mentalités, la méfiance des acteurs du secteur informel à l'égard de tout système administratif, la rigidité de l'arsenal juridique qui permettait difficilement d'intégrer ce secteur au système de sécurité sociale. Nonobstant cet état de fait, des initiatives ont été prises par le système formel à titre expérimental.

2.1.1 Un credo de base: des mesures concertées

Un accent a été mis dans l'élargissement du partenariat traditionnel de la sécurité sociale. Les différentes questions qui se posent ont trouvé leurs réponses avec les intéressés: le choix des prestations, le système de financement forfaitaire tenant compte de l'impossible connaissance des revenus pour déterminer l'assiette des cotisations, la dimension professionnelle par opposition à la dimension géographique. La démarche participative soutenue par une politique communicationnelle a eu pour effet une meilleure connaissance, pour ne pas dire une première connaissance, du système d'assurance légale, provoquant ce que l'on a appelé «les glissements». En effet, dès les premiers mois d'affiliation au régime volontaire proposé par la Caisse de Sécurité Sociale, un certain nombre d'artisans ou de micro-entrepreneurs, utilisant de la main-d'œuvre, ont préféré "glisser" vers le régime obligatoire.

La participation des assurés et de leurs représentants à travers les Chambres de Métiers et les Groupements professionnels tout au long du processus, de la conception à la mise en œuvre effective aura contribué à garantir que le régime- test reflète leurs besoins et leurs intérêts. Elle constitue une façon de responsabiliser les populations exclues du champ d'application de la sécurité sociale qui manifestent leur adhésion par la volonté de payer le coût jugé supportable

Au départ, une journée d'études sur l'extension de la protection au secteur informel s'est tenue en 1996 sous l'égide du ministère du Travail et de l'Emploi. La réflexion a porté sur la population visée, le salaire de référence, les prestations à fournir, les taux de cotisation et leurs échéances et les modalités qui pourraient s'adapter au secteur informel. Elle a réuni 146 participants en provenance du secteur artisanal. Les discussions ont abouti à la signature d'un Protocole d'extension avec les organisations d'artisans consacrant le libre choix de

s'affilier à une ou deux branches de sécurité sociale gérées par la Caisse de Sécurité Sociale et certains points techniques comme le système de financement forfaitaire et les démarches administratives.

Les acteurs impliqués ont joué un grand rôle, notamment les artisans, organisés à trois niveaux: les groupements de base, les groupements à caractère régional, les groupements au niveau national.

Selon un recensement récent, la Direction de l'Artisanat avait dénombré environ 78.000 entreprises artisanales, totalisant une population artisanale de 400.000 personnes, la main-d'œuvre permanente étant évaluée à 158.000 personnes. C'est cette organisation des professions artisanales qui a motivé leur sélection pour le lancement de la concertation devant aboutir au lancement du programme-test.

Toutefois, le système de retraite qui semble particulièrement intéresser les artisans se heurte à un problème d'ordre technique pour mener les études actuarielles préalables: la difficulté de maîtriser la réalité de la population artisanale et sa répartition par âge.

En revanche, la CSS a pu démarrer le projet en prenant comme référence l'article 36 du Code de la Sécurité Sociale qui fait bénéficier des prestations de la branche des Accidents du Travail et Maladies professionnelles «aux assurés volontaires». La Caisse de Sécurité Sociale s'est aussi ouverte au secteur informel pour la branche des prestations familiales comprenant également l'assurance maternité.

2.1.2 Caractéristiques du programme-test

Les principales caractéristiques du régime spécial de protection sociale des travailleurs du secteur informel sont les suivantes:

- les personnes ciblées sont constituées par les travailleurs non salariés;
- ceux-ci sont définis traditionnellement à partir des éléments suivants: l'exercice personnel de l'activité concernée, l'absence de lien de subordination et profession libérale, l'utilisation ou non de main-d'œuvre.

Dès le départ, la cible privilégiée fut l'artisanat pour les raisons organisationnelles évoquées plus haut. Le programme s'est vite étendu à l'ensemble des non-salariés.

Les prestations offertes concernent les prestations familiales qui incluent les allocations prénatales et les allocations de maternité, les allocations familiales, les allocations forfaitaires de congé de maternité, les prestations en nature pour la mère et l'enfant dans les centres de protection maternelle et infantile.

Quant au régime de réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles, il inclut les mêmes prestations en nature que celles qui sont servies aux travailleurs salariés, les prestations en espèces en cas d'incapacité permanente et les prestations de survivants en cas de décès. Par rapport au régime général, seules les indemnités journalières en cas d'incapacité temporaires ne sont pas prévues.

En outre, des formalités d'adhésion ont été définies et organisées autour du simple dépôt d'une demande d'assurance volontaire accompagnée d'une carte nationale d'identité. Quant à l'option sur les risques couverts, l'assuré volontaire a le libre choix de s'affilier pour un ou plusieurs risques couverts par la CSS.

Les autres règles applicables concernent les éléments suivants:

- la périodicité de paiement des cotisations: elle est mensuelle et s'acquitte obligatoirement 8 jours au plus tard après l'échéance; des systèmes de collectes journalières ou hebdomadaires sont également suggérés en particulier au niveau des groupements artisanaux;
- la suspension et la cessation des droits: elles surviennent lorsque les cotisations mensuelles n'ont pas été acquittées au bout de deux échéances successives. L'affiliation cesse définitivement aux termes de 6 mois de suspension;
- l'assuré volontaire paie uniquement l'équivalent de la cotisation patronale, il n'y a donc pas de double cotisation.

Tableau II: Cotisations forfaitaires du programme-test

Taux de cotisation (sur la base de 60.000 FCFA) (pourcentage)	Cotisation mensuelle FCFA	Cotisation journalière FCFA
PF 7	4.200	140
AT 5	3.000	100
AT 3	1.800	60
PF 7 + AT 5	7.200	240
PF 7 + AT 3	6.000	200

PF: prestations familiales
AT: accident du travail

Nous verrons qu'au niveau des mutuelles de santé également, outre les frais d'adhésion, les cotisations sont forfaitaires et varient d'une mutuelle à l'autre, en fonction de la région et des types de prestations servies. Nous avons vu plus haut que, même en matière d'impôt pour les micro-entreprises, le système simplifié forfaitaire est plus efficace.

2.1.3 Mise en œuvre

L'Union Nationale des Chambres des métiers a été associée au projet, avec la participation de toutes les Chambres adhérentes, à la sensibilisation destinée à susciter chez les acteurs de l'informel le désir de protection sociale et d'adhésion individuelle et aux différents séminaires co-organisés à l'intention des travailleurs du secteur informel.

Le projet a été considéré comme une partie intégrante des activités de la CSS qui disposait déjà d'un personnel qualifié. En outre, le produit constituait une activité

complémentaire compte tenu de l'existence de produits de même nature, une formation spéciale du personnel ne s'est pas avérée nécessaire.

La CSS avait déjà opté pour la décentralisation et la mise en place d'antennes régionales pour aplanir certaines difficultés d'accès des bénéficiaires, ceux-ci pouvant y accéder plus facilement, mieux comprendre le système et cotiser normalement. Un programme informatique a été élaboré pour la gestion de ce régime dont la conduite fut confiée aux différents chefs d'agences et d'établissements régionaux établis sur toute l'étendue du territoire national.

2.2 Evaluation des besoins et dispositions à participer au programme d'extension

Le projet a été évalué lors d'un séminaire national en 1998. Les séminaristes, conscients du faible taux d'adhésion des travailleurs du secteur informel sur toute l'étendue du territoire national (qui tournait autour d'un millier d'adhérents en 2000), ont alors invité la Caisse de Sécurité Sociale à prolonger les activités du projet en insistant sur le volet communicationnel. Il convient de noter que l'objectif prioritaire est moins de mesurer le nombre d'adhérents que de sensibiliser et de créer la «culture» et le «réflexe» de protection sociale dans ce milieu.

En mai 2000, une enquête plus large, menée par le Conseil Economique et Social, a permis de faire un état des lieux plus général quant aux besoins des populations, leur volonté de bénéficier d'une protection sociale, leur disponibilité à adhérer à un régime contributif, et le type d'organisation approprié.

2.2.1 Disponibilité de la population à adhérer à un système, à travers l'enquête de mai 2000

En effet, en mai 2000, une enquête commanditée par le Conseil Economique et Social a permis de comprendre davantage les caractéristiques socio-démographiques des personnes intéressées à un titre ou à un autre par la protection sociale. Elle a porté sur 119 personnes réparties entre les secteurs rural et informel. Les personnes interrogées en activité sont au nombre de 63 dans le secteur rural, soit 53 pour cent de l'échantillon, et celles évoluant dans le secteur informel sont 56, soit 47 pour cent des personnes interrogées.

Les femmes interviewées représentaient 13 pour cent de l'échantillon, soit 15 en valeur absolue, contre 87 pour cent pour les hommes. La majorité d'entre elles s'activent dans le secteur informel (12 sur 15). Les 63 personnes interrogées qui relèvent du secteur rural exerçaient la profession de cultivateurs (45%), d'éleveurs (19%), de pêcheurs (19%), de maraîchers (14%). Les 3 pour cent restants sont mareyeurs et agents de collecte. Quant aux 56 personnes du secteur informel, elles émanent de nombreuses professions: commerçants (25%), chauffeurs (11%), électriciens (9%), mécaniciens (9%), ouvriers (9%), artisans (5%), etc.

La répartition selon le nombre d'enfants à charge montre que 27 pour cent des personnes interrogées n'ont pas d'enfant contre 73 pour cent. La part de personnes ayant 10 enfants et plus représente 13 pour cent de la population de l'échantillon. Quatre-vingt-sept (87) personnes (73%) exercent leurs activités de façon permanente, 24 de façon saisonnière (20 %) et 7 de façon journalière (7 %).

L'absence de contact avec les institutions de sécurité sociales est manifeste. Les raisons qui expliquent cette absence de contacts avec les institutions tiennent à la fois aux personnes interrogées, mais également à la C.S.S. et à l'I.P.RE.S. En effet, le déficit d'informations est invoqué par 85 personnes parmi les 119 interrogées, soit 71 pour cent. Le manque d'intérêt personnel est aussi une des causes de cette absence de contacts d'après 27 des 119 personnes interrogées.

Les données de l'enquête font ressortir les besoins en matière de protection sociale. La quasi-totalité des personnes interrogées veulent bénéficier d'une protection sociale (117 sur 119), soit plus de 98 pour cent. L'écrasante majorité (91 sur 117), soit 78 pour cent, souhaiterait être protégée contre les risques sociaux à court terme: maladie, maternité, chômage. Une partie (18 sur 119), soit 15 pour cent, opte pour une couverture contre les risques sociaux à long terme: vieillissement, invalidité, décès; et le reste (8 sur 117), soit les 7 pour cent, préfère être protégé contre les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Une nette majorité (79 sur 117), soit 67,5 pour cent, se dégage quant à l'option d'une protection sociale organisée sous la forme d'une prise en charge partielle ou intégrale des frais occasionnés par la survenance d'un risque social. Les personnes qui plaident pour une protection sociale, sous la forme d'un versement de prestations en espèces, sont au nombre de 38 sur 117, soit 32,5 pour cent.

Le choix d'institutions centralisées de Prévoyance Sociale, comme mode de gestion de la protection sociale est fait par 32 pour cent des 117 personnes qui désirent une protection sociale; la majorité, soit 52 pour cent, préfèrent le système mutualiste, jugé plus flexible et plus transparent.

S'agissant des revenus des personnes interrogées: parmi 119 interrogées, 113, soit 95 pour cent, affirment disposer d'une source de revenus, contre 6 seulement qui n'en auraient aucune. La source de revenus des 113 personnes précitées a un caractère cyclique pour 85 d'entre elles (75 pour cent), c'est-à-dire qu'il s'agit de revenus tirés d'activités saisonnières.

Quant à la disposition à participer au financement d'éventuelles mesures d'élargissement de la protection sociale, la plupart des personnes qui affirment disposer d'une source de revenus (95 sur 113), soit 84 pour cent, se déclarent prêtes à adhérer à un système contributif de protection sociale contre 18 d'entre elles (16 pour cent) qui n'y sont pas prêtes. Elles affirment être favorables à l'acquittement de leur éventuelle contribution financière chaque mois (55,5 pour cent), ou chaque saison (35 pour cent).

Enfin, les personnes disposées à participer à un éventuel système contributif de protection sociale, sont prêtes à payer un montant moyen mensuel compris entre 965 et 1.438 francs. Le montant mensuel moyen de cette contribution est plus important pour les personnes habitant à Dakar (entre 1.142 et 2.123 francs) que pour celles qui résident dans les autres régions. Au total, cette enquête semble faire apparaître des difficultés à contribuer aux taux fixés par la Caisse de Sécurité Sociale, tout au moins dans certaines zones rurales.

Tableau III: Périodicité de paiement d'une éventuelle participation financière

	Regions								Total
	Dakar		Kaolack		Fatick		Thiès		
	Informel	Rural	Informel	Rural	Informel	Rural	Informel	Rural	
Journalière	0	0	1	0	1	0	0	0	2
Quinzaine	0	2	3	0	0	0	0	0	5
Saisonnière	2	9	0	4	0	5	1	12	33
Hebdomadaire	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Mensuelle	8	17	18	0	1	2	4	3	53
Autre	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Total	11	28	23	4	2	7	5	15	95

Source: Mai 2000, Etude du Conseil Economique et Social.

2.2.2 Analyse des résultats de l'enquête

Bien que portant en majorité sur des ruraux, les résultats de l'enquête démontrent, pour les personnes interrogées, la méconnaissance des mécanismes de la sécurité sociale et subséquemment des prestations servies. Il en résulte que la réussite du projet d'extension initié par la Caisse de Sécurité Sociale exige une campagne d'information et de proximité. A cet égard, les structures sociales et traditionnelles peuvent servir de relais pour amplifier l'information. Il faut signaler que *les préoccupations en matière de santé prédominent*, en dépit des solutions qui s'amorcent dans ce domaine.

L'enquête a permis aussi de disposer d'informations sur les antécédents professionnels. La probabilité de subir un risque social est très importante dans l'échantillon étudié : Quarante vingt dix huit (98) des personnes interrogées sur 119 ont affirmé avoir été victime d'un risque social au cours des 12 mois précédents l'enquête. Le risque le plus fréquent est la maladie (57 personnes sur 98) ; ce qui préjuge d'une précarité sanitaire d'une frange importante des personnes du secteurs rural et informel et de la nécessité d'inclure le risque maladie dans le paquet de prestations à servir par tout éventuel dispositif au profit de ces personnes. Les risques à court terme (maladie, maternité, etc.) apparaissent comme les premiers risques sociaux encourus, soit 74,5 pour cent de l'échantillon. C'est donc en toute logique que 78 pour cent des personnes interrogées veulent souscrire à une protection qui inclut les risques à court terme. Les risques à long terme (vieillesse, invalidité, décès) n'intéressent de ce fait que 18 personnes sur 117, soit 15,5 pour cent.

Au total, la protection sociale qui serait mise en place au profit des populations rurales devrait accorder un intérêt particulier à l'accès aux soins sanitaires des enfants et des femmes tributaires des dures conditions de vie, obligés de participer à la production et d'assurer les tâches ménagères.

Les dix personnes qui ont contracté un accident du travail, toutes en activité dans le secteur informel, sont des chauffeurs (6 personnes interrogées) ou exercent des professions d'ouvriers ou de mécaniciens. Ceci met en exergue l'importance *des risques professionnels*

dans ce secteur. Les données ci-dessus n'autorisent nullement à conclure à l'absence de risques professionnels dans le secteur rural. Au contraire, ce secteur comporte nombre de risques nuisibles à la santé, peu ou mal connus par les personnes qui y sont en activité (risques chimiques liés à l'utilisation de pesticides, lésions dorsolombaires provoquées par de mauvaises postures de travail, etc.)

D'après les résultats de l'enquête, 75,6 pour cent ne sont pas membres d'une association dont le but est la solidarité financière ou matérielle. Pourtant les pays africains sont vus comme des sociétés fortement associatives, à solidarité organique. Ainsi les tontines y sont réputées pour leur succès. Peut être, faudra-t-il, de plus en plus, relativiser ce succès. Dans l'échantillon, seuls 19 des 119 personnes interrogées, soit 16 pour cent, sont membres des tontines. En tout état de cause, les tontines ne peuvent constituer une alternative à un système de protection sociale, puisqu'en l'occurrence l'objet de la tontine est une épargne et non une assurance contre des risques sociaux.

S'agissant des *besoins en matière de protection sociale*, quatre-vingt-dix-huit (98) des 119 personnes interrogées, soit 82 pour cent, ont subi des dommages dans les douze derniers mois précédant l'enquête. Ils varient à la hausse selon le secteur d'activités: 86 pour cent dans le secteur informel et 79 pour cent dans le secteur rural.

S'agissant des *revenus des personnes interrogées*, leur revenu moyen mensuel est compris entre FCFA 27.647 et 48.780. Néanmoins, cette structure des revenus est complétée par les transferts reçus et par les revenus de la propriété. Quant aux revenus moyens des personnes du monde rural et du secteur informel qui ont été interrogées, ils sont faibles en comparaison du revenu moyen annuel par tête enregistré dans les centres urbains (416.423 Francs, soit 34.700 Francs par mois). La moyenne des revenus (fourchette comprise entre 27.647 et 46.780 Francs CFA) ne permet pas d'adopter des taux de cotisations élevés. Rappelons que le SMIG est de FCFA 36 245,3 par mois. Enfin, il importe de souligner que les revenus des populations cibles ne sont pas permanents: 71 pour cent ont des revenus cycliques ou aléatoires. Or le coût qu'impliquerait l'extension de la protection sociale aux populations des secteurs rural et informel nécessite un important volume de financement.

La grande majorité des personnes interrogées estiment que les coûts induits par la prise en charge de la survenance des risques sociaux (maladie, accident, naissance, etc.) sont élevés. Se pose alors la question de l'accessibilité (en termes monétaires) aux soins de santé des populations, de manière générale, et de celle des secteurs rural et informel, en particulier. L'inexistence d'un dispositif de protection approprié fait que tous ces coûts, quoique élevés, sont pris en charge par les personnes atteintes elles-mêmes ou grâce à la solidarité familiale.

Quant à la disposition à participer au financement d'éventuelles mesures d'élargissement de la protection sociale, la propension à s'engager dans un système de protection sociale est très élevée (95 personnes interrogées sur 113 personnes affirment vouloir adhérer au système contributif de protection sociale, soit 84 pour cent). Elle dénote une évolution remarquable des mentalités dans les zones rurales où les populations se sont toujours montrées réticentes, pour des raisons socio-culturelles et religieuses, à s'engager volontairement dans un système de prévoyance sociale pour se prémunir contre un certain nombre de risques.

Il convient de noter qu'au-delà de la protection sociale, la possibilité d'accès à des financements a souvent été posée, d'où la nécessité d'articuler les politiques de protection sociale aux autres programmes d'accès au crédit et à un système fiscal simplifié.

L'étude entreprise par la Direction de la Prévision et de la Statistique démontre la complexité du régime fiscal sénégalais qui n'est pas de nature à simplifier la vie des entreprises du secteur informel, vu les informations exigées. Or par comparaison, les taxes et impôts payés par les micro-commerces dans les marchés sont un système efficace. La collecte de la taxe journalière assise sur la superficie occupée se fait sans grande difficulté par les surveillants et délégués au niveau des marchés. C'est ce type de collecte, journalière ou hebdomadaire, qui est d'ailleurs pratiqué par certains membres des groupements professionnels, assurés volontairement au régime offert par la Caisse de Sécurité Sociale et par les mutuelles de santé.

Enfin, la croissance des ressources des caisses mutuelles d'épargne et de crédit (par le renforcement des dépôts) qui sont passées de FCFA 13,469 milliards en 1996 à FCFA 17,332 milliards en 1998 confirme que la sécurisation des économies constituées, l'obtention effective de crédits et le rejet par le système classique bancaire sont les trois causes principales de l'accroissement du volume d'épargne des membres des systèmes de micro-finances.

Il est apparu que les populations sont généralement prêtes à cotiser si elles ont la garantie de bien placer leur argent, si les prestations correspondent à leurs besoins prioritaires et si l'administration du système est fiable et saine. Les besoins prioritaires de protection sociale des travailleurs de l'informel sont bien les dépenses de santé, les prestations de survivants, la maternité et la scolarisation des enfants.

3. Initiatives communautaires et accessibilité aux soins de santé

3.1 Les expériences d'extension du secteur mutualiste

3.1.1 Le développement de systèmes de micro-assurance santé

Une analyse par risque permet de constater qu'actuellement deux branches font l'objet d'extension, d'une part, par le système formel, en l'occurrence les prestations familiales, y compris la maternité et les risques professionnels et, d'autre part, par le système d'assurance volontaire de type mutualiste, la maladie. Ces modes d'extension, s'ils se généralisent, peuvent combler les limites des systèmes classiques. Ces systèmes partagent certaines caractéristiques avec lesdits systèmes dans la mesure où, d'une part, leur financement est assuré par les membres adhérents et, d'autre part, leurs représentants participent au choix des risques à couvrir; enfin, ils sont basés sur l'assurance et doivent présenter une viabilité technique et financière.

Les systèmes de micro-assurance pourraient à terme constituer une nouvelle composante du dispositif social, située entre les régimes contributifs et l'assistance sociale habituelle. Ils s'adressent à des personnes à faibles revenus qui, au nom de l'équité et de la solidarité, devraient légitimement bénéficier d'un soutien financier des services publics. En outre, ils pourraient constituer à terme l'un des canaux de redistribution de l'assistance sociale.

3.1.2 La situation sanitaire

Il semble approprié de faire le point sur le risque maladie, sur le dispositif et la situation sanitaires, ainsi que sur l'état de la morbidité. L'on constate alors une morbidité équivalente à 38,4 pour cent pour l'ensemble du Sénégal en 1999. Cependant elle est plus importante en

milieu rural où elle s'élève à 43,1 pour cent qu'en milieu urbain (31,2%.) Le paludisme reste la première cause de morbidité quelle que soit la région considérée. A lui seul, il représente près du tiers des affections (33 pour cent).

L'Enquête sur les priorités (ESP) réalisée par la Direction de la Prévision et des Statistiques donne quelques indications sur la prévalence de la *morbidité de la population*. Sur les 7.306.400 personnes que comptait la population à cette période, 1.313.500 ont déclaré avoir été malades durant les 30 jours ayant précédé l'interview, soit 18 pour cent de l'effectif total. Ce taux reflète, d'une part, la prévalence des maladies chroniques et, d'autre part, l'incidence de certaines maladies durant la période post-hivernale caractérisée par la recrudescence du paludisme, de la «grippe» et des maladies de la peau. La prévalence de la morbidité pourrait s'expliquer en partie par la période de l'enquête (on a pu observer une épidémie de maladie de la peau entre septembre et octobre dans beaucoup de quartiers des banlieues de Dakar et de villes de l'intérieur).

Durant la même période, 839.700 personnes ont eu, au moins, une consultation pour raison de santé, dont 391.000 une seule consultation, 260.200 deux et 188.500 trois et plus. Le poste de santé est le type de service auquel la majorité de la population a recours (415.200) lors de la première visite. Il est suivi des hôpitaux et centres de santé (201.700). Puis viennent les services privés et les organisations non gouvernementales (ONG) (64.400) et, enfin, les guérisseurs (52.500). Les médecins privés n'interviennent que pour 39.500 des cas de visites pour raison de santé.

Des études ont aussi révélé que les femmes tombent malades plus souvent et utilisent les services de santé plus fréquemment que les hommes. Les données de l'ESP confirment cette thèse.

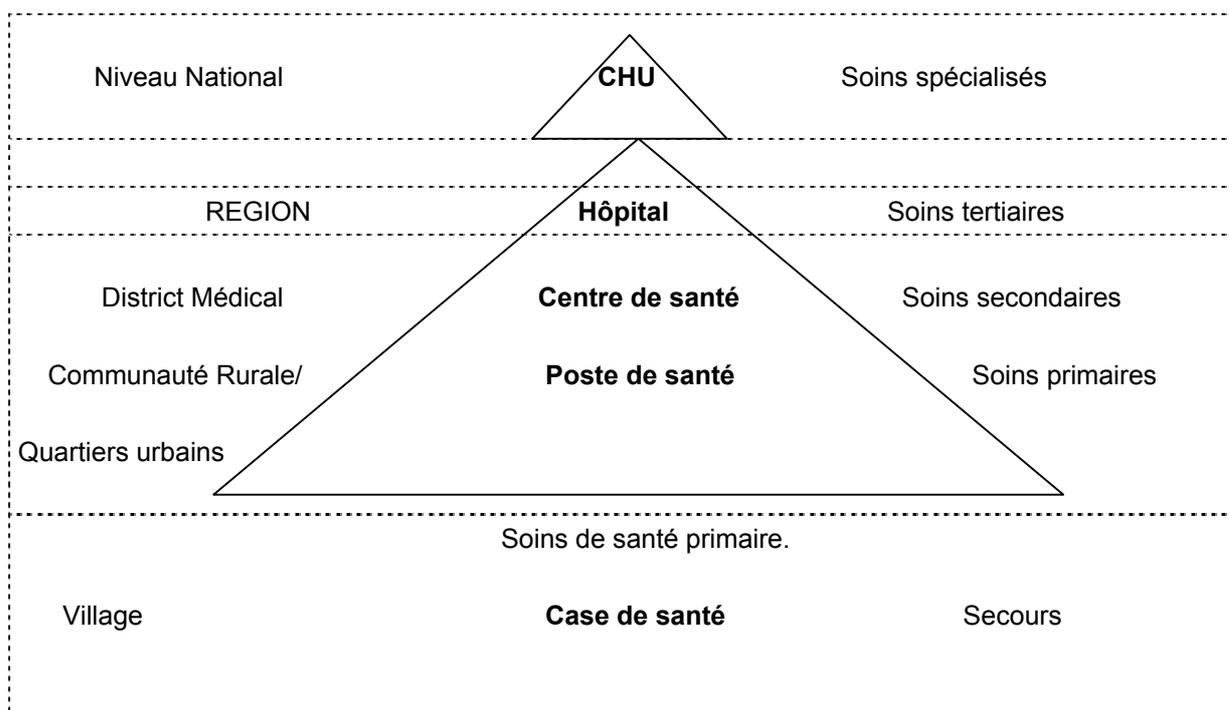
La mortalité reste élevée malgré la baisse enregistrée ces dernières années. Le taux brut de mortalité est de l'ordre de 18 pour mille, et l'espérance de vie à la naissance de 54 ans. La mortalité infantile a connu une certaine baisse; de 86,4 pour mille en 1986, elle est passée à 68 pour mille en 2000. Estimé à 510 pour 100 000 naissances vivantes, le taux de mortalité maternelle s'avère lui aussi élevé.

Pour étudier le système des mutuelles et apprécier leur impact en terme d'efficience, il convient d'examiner l'offre de soins

3.1.3 La pyramide sanitaire

L'organisation du système de soins au Sénégal ainsi que la définition des types de formations sanitaires relèvent de la Programmation Sanitaire du Sénégal. C'est ainsi qu'en vue d'une meilleure coordination des actions sanitaires, l'espace national a été divisé en unités territoriales hiérarchisées avec quatre niveaux d'organisation. Chaque niveau recèle une entité administrative chargée de la coordination et du suivi de toutes les activités de santé et des structures de soins.

Figure 1: Pyramide des soins de santé



L'unité base de la pyramide sanitaire est la case de santé où se localisent les pharmacies villageoises. Le Sénégal en compte 1384, celles ci sont souvent dirigées par des "agents de santé communautaire" ou par des matrones, souvent originaires du village.

Au-dessus de la case de santé, figurent les postes de santé et maternités rurales. C'est à ce niveau que sont dispensés les soins de santé primaires. Le Sénégal compte 768 postes de santé. Ces structures jouent un rôle de première importance car elles constituent l'infrastructure la plus répandue et par conséquent la plus accessible aux populations.

Le niveau intermédiaire est celui où sont dispensés les soins de santé secondaires, avec comme unité de soins le Centre de Santé. Il est dirigé par un médecin généraliste qui est assisté d'une maîtresse sage-femme. Les activités des Centres de Santé vont des consultations aux hospitalisations.

Le Sénégal est ainsi divisé en 50 districts sanitaires ayant chacun un Centre de Santé. Chaque région est dotée d'un hôpital, dépendant de l'unité administrative appelée «Région médicale», qui constitue le second niveau de référence pour les formations sanitaires publiques et privées de la région. Au sommet de la pyramide sanitaire, se trouvent les Centres Hospitaliers Universitaires qui constituent le troisième niveau de références des infrastructures sanitaires au Sénégal.

Généralement les cinq échelons de la pyramide sanitaire ne sont pas souvent respectés. Les populations qui en ont les moyens préfèrent se faire consulter directement par les médecins. Cette situation aboutit à une surcharge dans les formations hospitalières, alors que certaines affections auraient pu être traitées au niveau du poste de santé ou au niveau du centre de santé avec un rapport coût/efficacité plus intéressant.

C'est dans ce contexte organisationnel qu'évolue le secteur de la mutualité. Les avantages obtenus grâce aux mutuelles de santé sont divers et seront mis en exergue par les études et enquêtes menées auprès des populations cibles; il s'agit en l'occurrence de:

- l'accès facile, rapide et équitable ainsi que d'une offre de soins de qualité par la mutuelle aux bénéficiaires;
- la garantie de l'accès aux soins, au même titre que les populations «nanties» de la majorité de la population ne disposant que de faibles ressources, par une plus grande ouverture au public;
- une réduction des problèmes de santé, au profit des pouvoirs publics, grâce à l'accès aux soins, ainsi que la mobilisation de ressources susceptibles de renforcer le fonctionnement des structures de soins;
- des réponses variées et flexibles aux préoccupations des différentes composantes de la société par l'implication des principaux acteurs du développement sanitaire de la communauté.

3.1.4 La contribution des comités de santé

L'éclatement des structures sociales traditionnelles, telles que les clans, le groupe ou la famille élargie, qui constituaient l'espace de gestion des difficultés individuelles, notamment d'accès à des soins coûteux, a aggravé la situation.

En réalité, les Etats africains démunis n'ont jamais pu assurer une prise en charge médicale efficace à toute leur population, surtout pour les couches les plus pauvres. Ils n'ont pas eu les moyens de le faire, et les systèmes existants ne pouvaient pas garantir une couverture universelle des besoins de santé des populations.

Il s'agissait alors de trouver d'autres mécanismes modernes et transparents qui engagent la responsabilité de chacun. Le lancement de la stratégie des soins de santé primaires, en 1978, a permis depuis lors de situer le rôle fondamental que les individus et les communautés doivent jouer pour résoudre leurs propres problèmes de santé. Ce rôle ne saurait être limité à un ou quelques aspects seulement. Le seul facteur limitant qui pourrait être accepté serait la capacité des individus et leur niveau d'engagement. Ainsi les individus et les communautés ont été associés (ou sont entrain de l'être) à la totalité du processus de résolution des problèmes de santé des populations mises en œuvre et à la mobilisation des ressources. Aussi, la contribution financière des usagers des services publics de santé a-t-elle été requise et utilisée un peu partout. Elle a constitué une contribution importante dans certaines zones en permettant de financer jusqu'à 80 pour cent les frais de médicaments et plus du tiers des salaires du personnel soignant.

3.2 Une dynamique associative très ancienne et l'évolution des mutuelles de santé

Le développement des mutuelles n'a pas seulement concerné les communautés de base, mais plusieurs institutions internationales. Ainsi des programmes spécifiquement axés sur le développement des mutuelles de santé ont été lancés par certains organismes de coopération dont le BIT, l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), l'Agence allemande pour la coopération technique (GTZ), l'Alliance nationale des mutualités

chrétiennes de Belgique (ANMC)/Solidarité mondiale (WSM). L'Etat a aussi pris un certain nombre de dispositions tendant à créer un cadre légal et institutionnel définissant, organisant et réglementant les mutuelles de santé pour les prémunir d'éventuelles dérives. L'implication des organismes de coopération, des structures de recherches et de l'Etat auprès des communautés est un atout pour le développement de la mutualité au Sénégal.

Le Sénégal a une longue expérience en matière de solidarité communautaire, ce qui a facilité son adaptation en matière de santé.

Trois phases peuvent être prises en compte dans l'évolution des mutuelles de santé au Sénégal:

- Au cours de la première phase, de 1990 à 1993, seuls 10 pour cent de mutuelles de santé ont vu le jour. Le processus devait s'amplifier dans la région de Thiès où certaines communautés convaincues par l'expérience de la mutuelle de FANDENE ont créé leurs propres mutuelles de santé. C'est donc au cours de cette période que sont nées la plupart des mutuelles de santé.
- La seconde phase, de 1994 à 1998, correspond à l'extension des mutuelles vers les autres régions du pays. On assiste alors à une codification et en une transformation en mutuelles d'anciens systèmes de type communautaire, fonctionnant sur des principes d'entraide et de solidarité. Cette phase sera marquée par les actions du programme BIT/ACOPAM qui s'est investi pour une meilleure connaissance et une diffusion plus large de l'expérience mutualiste. Il faut y ajouter plusieurs initiatives du ministère de la Santé à travers son Programme d'Appui aux Mutuelles de Santé (PAMS).
- La phase actuelle, qui a démarré depuis 1998 correspond à un fort engouement pour les mutuelles de santé:
 - des populations, et de l'Etat qui a mis en place une Cellule d'Appui aux Mutuelles de Santé (CAMICS),
 - des organismes de développement nationaux et internationaux, notamment des programmes STEP/BIT, PHR, PROMUSAF et ENDA-GRAFF.

Ceux-ci ont fortement contribué à la diffusion des connaissances, par la publication de brochures d'informations, de guides de gestion, l'organisation d'ateliers de formation et de journées de sensibilisation.

En outre il convient de distinguer les mutuelles de santé dites complémentaires et les mutuelles de santé dites «au premier franc».

- Les mutuelles de santé dites complémentaires sont créées pour assurer une couverture des prestations qui ne sont pas prises en charge par le régime obligatoire. C'est le cas des mutuelles: FAGGU des retraités de l'IPRES, des Forces Armées sénégalaises, de la Gendarmerie Nationale, de la Douane sénégalaise, des Employés de la SOCOIM-INDUSTRIE, des Enseignants du Supérieur, etc.

- Quant aux mutuelles de santé dites «au premier franc», elles sont généralement organisées sur une base territoriale. C'est le cas des mutuelles qui couvrent la presque totalité des frais d'hospitalisation, issues des communautés villageoises (FISSEL, FANDENE, GANDIOL SANTE), des communautés de quartiers (DIMBEULI YOFF, THIALY, GOXU MBATH) ou de groupement des travailleurs du secteur informel (Mutuelle des teinturières, du réseau PROFEMU, etc.)

Notons que, pour les personnels domestiques, l'équipe «Jeunesse-action» de l'O.N.G ENDA a pu organiser cinq groupements à DAKAR, un à THIES, un à KAOLACK. Ce système ouvert au profit de plus de 1800 personnes leur permet, à raison d'une cotisation forfaitaire de 100 à 250 francs par mois, de bénéficier de consultations externes et de médicaments génériques.

On dénombrait, en 1998, 29 mutuelles de santé fonctionnelles, 26 en gestation et 3 en difficulté. L'inventaire a également permis d'identifier 31 projets de mutuelles. La situation détaillée des mutuelles de santé par type, secteur, date de création, nombre de membres et nombre de bénéficiaires figure en Annexe I (Tableau 1).

La situation faite en 2001 fait apparaître les progressions suivantes:

Nombre:

- Nombre de mutuelles fonctionnelles: 102 dont 95 au premier franc et 7 complémentaires.
- Nombre de mutuelles en difficulté: 34 dont 2 en faillite.
- Nombre de mutuelles en période de capitalisation: 16.

Couverture:

- Nombre de personnes couvertes par les mutuelles complémentaires: 298.700;
- Nombre de personnes couvertes par les mutuelles au premier franc: 122.970;
- Soit un total de 421.670 personnes couvertes.

Rappelons que les Institutions de Prévoyance Maladie couvrent au moins 700.000 travailleurs salariés et membres de leurs familles et constitue une des premières sources de financement alternatif de la santé au Sénégal. Elles sont un modèle d'assurance maladie obligatoire et décentralisé, en dépit de certaines insuffisances de gestion.

3.2.1 L'impact des mutuelles de santé

Au total, il est important d'évaluer l'impact des mutuelles. La question centrale est alors de conclure si elles sont bien la solution ou une simple alternative.

A cet égard, une étude sur l'accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre, met en évidence l'essor des organisations communautaires ou professionnelles que sont les mutuelles, ces dernières années. Cet essor aura suscité l'intérêt des populations, des

gouvernements, des ONG et des organisations internationales, notamment pour trouver des réponses novatrices à la question du financement des soins de santé et de l'extension de la protection sociale dans la région.

Les résultats de cette étude établissent assurément l'émergence et une forte dynamique des mutuelles, en Afrique de l'Ouest, avec les caractéristiques suivantes:

- ces mutuelles sont généralement de taille petite ou moyenne par le nombre de leurs membres, plus de 60 pour cent des mutuelles étudiées ayant moins de 100 membres;
- la plupart d'entre elles sont très récentes, les 2/3 des 50 mutuelles inventoriées ayant moins de trois ans d'existence au moment de l'enquête;
- les activités des mutuelles ne touchent qu'une petite proportion de la population des pays concernés, même si celles-ci ont de vastes possibilités de développement.

L'ensemble de ces appréciations est quelque peu confirmée par l'enquête qui a été menée au niveau communautaire en mai 2000 dans la Région de Thiès, zone pilote dans la création et l'expansion des mutuelles de santé qui y bénéficient de relation privilégiée avec une formation hospitalière privée, l'Hôpital Saint Jean de Dieu. En effet, l'enquête effectuée par une équipe de l'Institut de Santé et Développement du Sénégal (ISED) et par un expert du Centre pour le Développement de la Recherche de Bonn (ZEF) a permis de mesurer l'impact réel des mutuelles de santé dans cette région.

3.2.2 L'échantillon de l'enquête dans la région de Thiès en 2000

L'enquête a permis d'interroger 346 personnes dans les quatre villages de FANDENE, MONT-ROLLAND, NGAYE-NGAYE et LALANE-DIASSAP ainsi que 300 patients hospitalisés à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu. Les personnes interrogées sont en majorité des sérères (80,6%), suivis des wolof (13%), puis des peulh (4 %) et autres (2,3%), et, par ailleurs, des chrétiens (63,3%) et des musulmans (36,7%).

Le niveau socio-économique des populations de ces 4 villages a été pris en compte. La proportion des personnes qui se considèrent comme pauvres est très importante (37,9 pour cent). C'est ce que reflète peut être le type d'habitat observé dans la zone: 70 pour cent des personnes enquêtées habitent dans des maisons en dur (en ciment). Le niveau économique global des populations de cette zone semble satisfaisant eu égard à la diversité et à la quantité des productions. Il subsiste cependant des disparités. Les richesses semblent concentrées entre les mains d'une minorité. Seuls 93 des 346 enquêtés cultivent l'arachide, la culture de rente par excellence dans le pays; 79 parmi eux ont des bovins et ils possèdent en moyenne 6,7 têtes, chacun.

Mis à part le facteur richesse, apprécié par l'existence d'une maison en dur, il n'y a que la radio qui a pu être statistiquement associée à la probabilité d'adhérer à une mutuelle de santé. La radio, c'est évident, contribue grandement à l'information et la sensibilisation des populations dans les divers domaines du développement, y compris celui des mutuelles de

santé. La plus grande accessibilité des mutualistes aux soins hospitaliers va certainement s'accroître au fur et à mesure de l'adhésion des populations aux mutuelles de santé.

Dans tous les cas, le niveau économique global des populations n'est pas en rapport avec leur niveau d'adhésion aux mutuelles de santé. Il devrait y avoir plus d'adhérents. Ce phénomène pourrait être lié, comme certaines des personnes enquêtées l'ont dit, à un manque d'information sur les mutuelles de santé, à la pauvreté de certains qui ne peuvent pas s'acquitter des cotisations, mais aussi aux types de pathologie les plus couramment rencontrées dans la zone. Les affections dans la localité sont dominées par les infections microbiennes et les parasitoses, notamment le paludisme. Elles ne nécessitent pas pour la plupart une hospitalisation, surtout lorsqu'elles sont traitées tôt. Leur coût, grâce aux soins de santé primaires, renforcés par la stratégie de l'initiative de Bamako, est à la portée de la plupart des habitants de ces 4 villages. Elles sont aussi particulièrement sensibles aux mesures préventives applicables localement avec les moyens disponibles. Toutefois l'adhésion à une mutuelle est influencée par des facteurs sociaux comme l'ethnie et la religion. Les wolofs est les chrétiens adhèrent plus que les autres ethnies et les autres religions aux mutuelles de santé. C'est essentiellement le niveau d'information et de sensibilisation plus poussé dans ces deux types de regroupement qui serait à la base de la différence constatée.

3.2.3 Les résultats de l'enquête de la région de Thiés

L'enquête d'opinion des mutualistes dont les tableaux figurent en annexe II a permis de constater que:

- la probabilité d'accéder aux services de l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu est plus grande si on est mutualiste que si on ne l'est pas;
- compte tenu des moyens limités des mutualistes en zone rurale, de la fréquence des pathologies courantes et de l'existence de procédés de réduction des coûts des soins de santé primaires, dans le cadre de l'initiative de Bamako, il est plus indiqué de s'orienter vers le financement des maladies graves qui menacent la vie des sujets qui en sont atteints et dont la prise en charge est très coûteuse ;
- la majorité des personnes enquêtées (43,3%) ont adhéré aux mutuelles parce qu'elles sont convaincues des avantages liés à la mutuelle, même si 22 pour cent invoquent comme motif principal d'adhésion la solidarité. Les enquêtés reconnaissent la solidarité comme un deuxième facteur important, solidarité qui semble être au début et à la fin de tout processus de mutualité. Ainsi 82,1 pour cent des personnes enquêtées, dans notre étude, ont affirmé l'existence de solidarité agissante entre les habitants des 4 villages concernés. Le troisième facteur déterminant dans la constitution des mutuelles de santé est le niveau d'adoption de la médecine moderne par les populations ciblées. En effet, dans certaines zones rurales du Sénégal, il est manifeste que les populations font beaucoup plus confiance à la médecine traditionnelle qu'à la médecine moderne. Les structures de santé moderne qui y sont créées sont de ce fait très peu utilisées malgré les efforts de décentralisation et de minimisation des coûts des prestations. Il est alors difficile dans de telles conditions d'y promouvoir des mutuelles de santé, dans la mesure où les mutuelles de santé existantes sont orientées vers le financement des services de santé du secteur de la médecine moderne. Le niveau d'utilisation des formations sanitaires dans la zone d'étude

atteste éloquemment une adoption parfaite de cette forme de médecine par les populations;

- les multiples bénéfices des mutuelles de santé semblent être bien perçus et bien compris par les populations;
- la régularité des cotisations détermine le statut de membre et confère tous les droits ouverts par la mutuelle;
- l'irrégularité des cotisations, en privant du bénéfice des prestations de la mutuelle et du statut d'adhérent, constitue un des facteurs limitant l'efficacité des mutuelles de santé à garantir l'accès aux soins hospitaliers de qualité aux plus démunis;
- 10,4 pour cent des personnes enquêtées dans l'étude ont trouvé que les cotisations trop élevées peuvent gêner, voire empêcher, l'adhésion des populations aux mutuelles;
- par contre, quand les cotisations sont trop faibles, les mutuelles n'assurent pas une prise en charge effective des soins hospitaliers qui sont coûteux pour les adhérents.

Par ailleurs, l'un des effets bénéfiques indirects des mutuelles de santé est leur contribution à la sensibilisation et à l'éducation pour la santé de leurs membres. Le fait même d'adhérer à une mutuelle de santé contribue à l'éducation sur les problèmes et mesures de santé par la discussion des thèmes de santé. De ce fait, les mutuelles peuvent contribuer efficacement à la promotion de la santé et influencer positivement sur l'application des politiques de prévention des maladies courantes dans la zone.

Il faut inscrire dans ce cadre l'influence des mutuelles sur la fréquentation des structures de soins de santé primaires. Les mutuelles, dans le contexte africain où l'essentiel des affections est constitué de pathologies infectieuses et carencielles, doivent jouer un grand rôle sur la prévention et la promotion de la santé, en garantissant leur prise en charge efficace. Parmi les principaux déterminants de ces pathologies, il y a bien évidemment l'environnement, mais aussi les comportements, les attitudes et pratiques nuisibles à la santé des populations. Ce volet de prévention dans la résolution des problèmes de santé publique incombe certes à l'Etat, mais requiert la participation de tous les autres secteurs, dont celui des mutuelles de santé. Il constitue une opportunité pour elles en permettant la réduction de leurs dépenses et l'accroissement de la productivité de leurs adhérents.

En effet, 45 pour cent des personnes interrogées dans l'étude pensent que l'adhésion à une mutuelle a un impact positif sur leurs activités de production (Annexe II, Tableau 2). La garantie du financement des soins qu'offrent les mutuelles de santé permet à leurs membres et à leur famille d'être à l'abri des difficultés et contraintes de mobilisation des fonds en cas de maladie. Ils gagnent ainsi plus de temps pour s'occuper de leurs activités économiques et sociales. En cela, les mutuelles influencent positivement le niveau socio-économique de leurs adhérents, comme du reste le confirment les mutualistes interrogés (Annexe II, Tableau 3).

L'étude a permis ainsi de constater pour l'essentiel :

-
1. qu'il est effectivement possible d'organiser des mutuelles de santé au niveau des villages, donc sur une base géographique et sur celle des affinités;
 2. qu'il est nécessaire d'informer les populations et de promouvoir la connaissance des différents avantages offerts par ces systèmes, et en particulier les avantages socio-économiques en relation à la prévention des maladies ;
 3. que les facteurs les plus déterminants d'adhésion des populations aux mutuelles de santé sont d'ordre économique, mais aussi socio-culturel, ethnique et religieux;
 4. que les mutuelles affectent la productivité de leurs membres en leur épargnant du temps et des efforts qu'ils auraient consacrés à la recherche de moyens pour se soigner;
 5. que les mutuelles de santé participent effectivement à l'accroissement de l'accessibilité des populations aux soins hospitaliers coûteux.

Sous ce rapport, la mutuelle de santé présente un certain nombre d'avantages non négligeables, notamment:

- La combinaison du principe d'assurance et de solidarité; l'assurance est de rigueur dans la mesure où lorsque le risque survient le membre bénéficie de la prise en charge des soins. Il y a également solidarité dans la mesure où, si tout le monde cotise, seuls ceux pour lesquels le risque survient sont indemnisés. Il existe ainsi de multiples solidarités qui s'instaurent entre les maladies et les bien-portants, entre les pauvres et les riches, entre les différentes communautés adhérentes à la mutuelle;
- Le respect du principe d'équité entre les individus: cette équité signifie que des personnes ayant des besoins égaux bénéficieront de prestations identiques. En vertu de l'équité, les mutuelles de santé tiennent compte des inégalités sociales en fixant les taux de contribution financière des populations et en définissant les scénarios de prestations de services. A cet effet, elles utilisent en général des cotisations fixes. Elles ne prévoient pas le paiement en nature, même dans les zones rurales. Si cela n'est pas critiquable en soi, dans les organisations qui sont gérées de manière démocratique, les membres devraient pouvoir, s'ils le désirent, opter pour ce type de paiement.
- L'amélioration de l'offre de soins: les mutuelles, en devenant de véritables interlocuteurs, et en rendant les soins financièrement accessibles peuvent faire pression pour une amélioration de la qualité des soins prodigués dans les structures sanitaires.
- Les mutuelles pourraient fournir une meilleure efficacité dans l'allocation des ressources au sein du secteur de la santé en encourageant un meilleur usage des services de prévention et de promotion, notamment en ayant recours à un mécanisme de référence obligatoire.
- L'apprentissage de la démocratie: le principe mutualiste étant une école de la transparence et un lieu d'apprentissage de la participation, ce principe participe à la formation d'une meilleure gouvernance démocratique et à la crédibilité des systèmes participatifs.

Par ailleurs, les mutuelles manquent généralement de pouvoir de négociation et de capacité de gestion pour adopter les mécanismes de paiement des prestataires les plus efficaces. Dans de nombreux cas, le choix des prestataires est trop restreint pour rendre possible cette négociation. Dans ce domaine, la relative faiblesse de certaines mutuelles est liée en partie à leur jeunesse, à leur taille réduite et au manque de compétence de gestion. Ceci limite le pouvoir de négociation de ces organisations en les empêchant d'utiliser leur fonction de représentation d'utilisateurs organisés pour négocier la qualité et les tarifs des soins. S'agissant enfin de leur viabilité, elle est tributaire de l'adhésion des populations au système. Seules les mutuelles pour lesquelles l'adhésion est obligatoire, dont le groupe cible est réduit et qui ont un taux de pénétration élevé (entre 50 et 100 pour cent) présentent des conditions de viabilité certaines.

A cet égard, la mutuelle des volontaires de l'Education est une référence: le statut de volontaire rend l'adhésion obligatoire et la cotisation est perçue d'avance pour toute la durée d'affiliation correspondant à la durée d'engagement qui est de 4 ans, soit 40 000 FCFA. Elle ne couvre pas les familles, et la prise en charge en cas d'hospitalisation est intégrale. Selon l'ensemble des indicateurs d'évaluation, la situation est satisfaisante, voire exemplaire pour l'expansion de la mutualité dans le pays.

3.2.4 L'équation de la mobilisation des ressources

Une question importante a trait à la mobilisation des ressources. Les mutuelles y jouent un rôle limité, mais leur potentiel dans ce domaine est fort. Leur contribution actuelle est limitée par des facteurs tels que la faible pénétration des groupes cibles, les faibles niveaux de cotisation, un marketing insuffisant ou le manque de synchronisation entre les échéances des cotisations et les périodes où les revenus sont disponibles. La faculté de payer les cotisations, en totalité ou en partie en nature, dans les zones à dominante agropastorale aurait certes permis une extension des initiatives communautaires

S'agissant de l'efficacité dans l'allocation des ressources, on peut noter que 20 pour cent des mutuelles étudiées offrent exclusivement des services liés aux soins de santé primaire, alors que 55 pour cent offrent uniquement des services liés à des prestations hospitalières; seuls 25 pour cent des mutuelles proposent des services liés aux deux types de prestations.

En outre, la plupart des mutuelles n'ont pas recours à un système de références.

En prenant en compte l'équité, il a été constaté que les cotisations ont été établies en fonction des revenus (salaires) dans une seule des mutuelles étudiées. Presque toutes les autres appliquent pour tous les membres les mêmes niveaux de cotisation. Très peu de mutuelles ont exclusivement pour membres des salariés. Pour les autres membres, il est très difficile d'appréhender les revenus, particulièrement en milieu rural et dans le secteur informel urbain. En conséquence, fixer des cotisations liées aux revenus devient très complexe, voire impossible.

En substance, il est établi que les mutuelles jouent un rôle important dans l'accès aux soins de santé, et étendent la protection sociale aux segments défavorisés de la population en ciblant essentiellement les personnes du secteur informel et du milieu rural (73 pour cent des mutuelles). En l'occurrence, elles apportent une contribution positive d'équité en matière d'accès aux soins dans les régions où elles interviennent.

4. Conclusions et perspectives

4.1 Renforcer l'extension de la sécurité sociale

A travers les données étudiées, nous pouvons résumer les lignes directrices du renforcement du système de sécurité sociale pour les non-salariés, en étant convaincu que les efforts peuvent se consolider à plus ou moins brève échéance si la dynamique amorcée se poursuit.

D'abord, s'agissant de la tendance générale vers l'élargissement des personnes protégées, le renforcement a pu s'effectuer:

- au niveau du système formel, grâce aux efforts de la Caisse de Sécurité Sociale pour assurer tous les travailleurs salariés, ce qu'atteste l'accroissement sensible du nombre d'employeurs affiliés en dépit de la crise de l'emploi;
- par l'abandon de la limitation aux seuls salariés du bénéfice de la sécurité sociale avec l'ouverture des régimes formels aux assurés volontaires;
- en s'inspirant de l'exemple offert par les premières catégories de populations urbaines et rurales désormais incluses dans le groupe des citoyens protégés, tout au moins pour le risque maladie, ce qui encourage à répondre aux demandes des secteurs jusqu'à présent exclus de toute forme de protection.

En outre, les expériences de micro-assurances volontaires semblent répondre à l'esprit d'indépendance du secteur informel, malgré l'opinion largement répandue favorable à l'assurance obligatoire comme étant le seul moyen d'une couverture idéale du point de vue des champs d'application personnel et matériel, et d'octroi de prestations non encore couvertes tant par le système formel que par le système mutualiste.

La priorité devait être de garantir et/ou les pensions de retraite, et les formes d'assurance générales maladie. Cette priorité devrait aussi concerner la prise en charge des accidents et des maladies professionnelles typiques des activités informelles et, éventuellement, les prestations aux familles pour favoriser l'éducation et, d'une manière générale, la productivité des ressources humaines au plan national.

Dès lors, la question essentielle est centrée sur les politiques de promotion. Il serait irréaliste, dans les économies comme celle du Sénégal, de vouloir élargir la protection sociale contributive sans lutter, en amont, contre la pauvreté par l'institution d'un système de création de revenu, notamment par le développement de la micro-finance et, par la suite, par l'intégration de la micro-assurance à la micro-finance.

Quant à la démarche la plus adéquate pour réaliser concrètement l'extension de la protection sociale, elle consiste à intervenir à l'intérieur et à l'extérieur du cadre de la sécurité sociale institutionnelle, avec une répartition des rôles entre celle-ci, l'Etat et la société civile par les initiatives communautaires.

La sécurité sociale institutionnelle a ouvert l'assurance volontaire. Cette assurance volontaire s'applique également en faveur des employeurs de main-d'œuvre du secteur informel. La consolidation de l'existant, par l'assujettissement de ceux qui ont échappé à leurs

obligations sociales, ainsi que de nouvelles catégories, par simple présomption de salariat, peut donner des résultats appréciables.

Une question pendante est comment parvenir à l'extension la plus large possible de la protection sociale sans avoir la prétention d'assurer la couverture universelle à court terme. La réponse suppose d'abord la poursuite du plan d'action et un engagement des pouvoirs publics en faveur des politiques de promotion, en particulier la promotion d'une approche mutualiste structurée.

4.2 L'extension de la protection sociale et les programmes générateurs de revenus

La pérennité des systèmes mis en place ne saurait être assurée en l'absence de politiques de promotion, face à la faiblesse des capacités contributives des populations non couvertes. Cette articulation «politique d'extension - programmes générateurs de revenus» peut se réaliser au Sénégal à partir des programmes en cours:

- la composante «Accroissement des revenus» de la Stratégie de lutte contre la Pauvreté du Plan national de Développement Sanitaire et Social (PNDSS), laquelle vise à transformer la politique d'assistanat de la Direction de l'Action sociale en actions de renforcement des activités génératrices de revenus des populations déshéritées;
- le Programme d'Appui aux Mutuelles d'Epargne et de Crédit, lequel favorise l'accès aux services financiers décentralisés à une population naguère exclue du système bancaire. Par l'extension du réseau des mutuelles d'épargne et de crédit, elle favorise la création d'emplois et de revenus et permet ainsi de générer la capacité contributive des non-salariés aux régimes de protection sociale afin de lutter durablement contre les phénomènes d'exclusion.

L'action conjuguée de l'Etat, à travers le PNDSS, et des collectivités locales qui participent grandement au financement du système de santé publique et du dispositif d'accès aux soins de santé primaire permettrait d'instaurer un minimum social, comme Stratégie de Lutte contre la Pauvreté. Pour ce faire, deux secteurs se sont révélés prioritaires:

- la santé, au niveau de laquelle le renforcement des moyens de l'Action sociale en faveur des couches vulnérables est indispensable, de même que la facilitation de l'accès aux soins de santé en dépit de l'effort constant de l'Etat pour les soins primaires et de l'efficacité de la politique de participation des populations;
- la vieillesse au niveau de laquelle un minimum vieillesse est tout aussi urgent pour les salariés retraités que pour les non-salariés afin d'alléger le phénomène de paupérisation et les angoisses de la précarité. Même si le budget de l'Etat doit nécessairement être sollicité pour ses agents et pour les couches vulnérables, certaines personnes bénéficiaires de revenus se disent prêtes à participer à un régime volontaire d'assurance retraite.

Le partage des responsabilités est déjà bien établi au vu de l'existant. Il reste à promouvoir les actions d'assurance sociales auto-initiées. Outre le rôle exercé par la sécurité sociale formelle, dans les actions de formation et de vulgarisation pour l'élargissement de la

protection sociale dans les branches qu'elle gère, l'Etat et les populations se sont mobilisés en complémentarité avec l'Initiative de Bamako pour trouver la solution au double défi de l'amélioration de la santé des populations et du financement durable des soins pour ceux qui sont privés d'assurance maladie.

4.3 L'environnement institutionnel pour les mutuelles de santé

Pour ce qui est de la promotion des mutuelles de santé, l'exemple d'une expérience réussie constitue un puissant facteur de création de mutuelles, comme le montre le cas de la région de Thiès où le réseau des mutuelles est le plus dense de la sous-région. C'est ainsi qu'au cours de ces dernières années, plusieurs facteurs ont contribué à rendre l'environnement institutionnel plus favorable au développement des mutuelles de santé. Le gouvernement devrait donc accorder une attention croissante au rôle de ces structures en terme de mobilisation des ressources et d'amélioration de l'accès aux soins.

Il reste qu'au Sénégal un cadre juridique est fortement attendu pour clarifier, réglementer et garantir les actions afin de redéfinir leurs rapports avec les structures d'appui qui ont joué un rôle de premier plan, renforcer leur capacité organisationnelle et poursuivre la synergie entre les différents intervenants grâce notamment au cadre offert à l'initiative du programme STEP/BIT intitulé «La concertation».

Pour sa part, le Sénégal a pris des initiatives originales telles que le régime spécial au niveau du système formel, l'encouragement des mutuelles de santé, l'initiative de Bamako en ce qui concerne le financement des soins de santé de base. Les mutuelles peuvent donc servir d'exemple pour le développement du mouvement mutualiste au Sénégal et être expérimentées dans d'autres secteurs de la vie économique et sociale au profit des autres catégories de la population

4.4 Contraintes et perspectives

Compte tenu des nécessaires passerelles entre tout mécanisme visant l'élargissement de la protection sociale et le système formel de sécurité sociale, la question prioritaire est: comment promouvoir de nouvelles formes de couverture alors que celles existantes n'ont pas encore totalement donné des réponses suffisantes aux besoins de leurs bénéficiaires.

Par ailleurs, il faudra résoudre les problèmes des barrières financières au sein des mutuelles et des structures d'appui. Au niveau des mutuelles de santé, les contraintes financières sont fortement décriées comme étant un des facteurs limitant leur développement. A l'échelle des ménages, l'absence de ressources suffisantes est, comme nous l'avons vu, une contrainte à l'adhésion ou au versement régulier des cotisations pour ceux qui sont déjà affiliés à une mutuelle.

La mutuelle des Volontaires de l'Education s'adresse à une population éduquée à revenus moyens, mais destinée à devenir fonctionnaire ou salariée du secteur moderne et dont le statut est provisoire. On pourrait rapprocher la situation des volontaires à celle des étudiants, par exemple. On pourrait alors envisager la mise en place d'une mutuelle universitaire. Et les volontaires d'une telle mutuelle pourraient devenir des personnes ressources en matière de sensibilisation au mouvement mutualiste dans toutes les régions du Sénégal.

La mutuelle des retraités peut servir de modèle à la création de mutuelles complémentaires pour toutes les catégories de personnes qui bénéficient déjà d'une couverture maladie: en général les salariés du secteur moderne et les fonctionnaires.

Enfin, les mutuelles villageoises offrent la preuve qu'une mutuelle peut fonctionner malgré la faiblesse et l'irrégularité des revenus de ses membres. Ces expériences peuvent être utiles dans les zones rurales, mais aussi pour le secteur informel en milieu urbain.

Le mode de fonctionnement de ces trois types de mutuelles peut être adapté à d'autres contextes afin d'étendre la couverture maladie à une majorité de Sénégalais. Ce développement ne pourra se faire qu'avec un appui institutionnel fort et des mesures de soutien régulières. Il faut avant tout diffuser ces expériences à un large public pour promouvoir, expliquer et diffuser les principes mutualistes.

4.5 Les mesures d'appui au projet d'extension

En définissant de nouvelles institutions, d'autres formes de sécurité sociale et de nouvelles conduites pour les représentants de l'Etat, les syndicats et le patronat, on peut envisager la création de services d'appui afin d'aider les petits producteurs et les dirigeants de micro-entreprises. L'objectif serait d'abord d'organiser une véritable association de métiers (auto-organisation), ensuite de développer prioritairement un système mutualiste d'épargne et de crédit (point d'ancrage), enfin de greffer ultérieurement sur ce système une couverture sociale (service social).

L'application de solutions appropriées aux populations ciblées d'un régime d'assurance sociale sur mesure devra s'appuyer sur l'existence d'une association dynamique, fondée sur la confiance, d'une part (coopérative agricole, fédération de groupements par exemple), et, par ailleurs sur une administration capable de recueillir les contributions et de verser des prestations, d'autre part. Il conviendra de favoriser l'adhésion collective afin de jouer sur la pression sociale et la discipline indispensable au bon fonctionnement du groupe; l'individu pourrait avoir un nombre limité de prestations par période pour éviter les abus. L'implication des ONG et des organisations religieuses qui jouent un rôle important en matière de sensibilisation est à renforcer.

Enfin, il s'agira de promouvoir:

- une approche expérimentale,
- une approche communicationnelle participative et efficiente,
- un système d'information de gestion adapté aux besoins avec des indicateurs de suivi et de performance;
- une stratégie de maîtrise des dépenses et de recouvrement des cotisations en espèces et, pourquoi pas, en nature.

4.6 Vers une stratégie viable

Il ressort des études que les populations jusqu'ici exclues sont disposées à contribuer à une assurance sociale dès lors qu'elles en mesurent l'effectivité, et si les prestations correspondent à leurs besoins prioritaires. Il est également clair que la capacité contributive n'est pas le facteur essentiel de réussite des mutuelles. Certaines d'entre elles réussissent à

verser des prestations non négligeables avec des cotisations très faibles. Par contre l'évaluation du niveau des prestations par rapport aux moyens disponibles doit être rigoureuse. Il faut prévoir une croissance importante de la consommation médicale dans les premières années. La mise en place d'une couverture maladie modifie considérablement les comportements et les taux de fréquentation ne se stabilisent que quelques années après. Ces résultats qui ont été observés dans les mutuelles étudiées sont significatifs en ce qui concerne le rôle des mutuelles dans l'accès aux soins de santé.

D'autres éléments sont fondamentaux pour la viabilité de la mutuelle. La transparence de la gestion, le dévouement des responsables et la confiance qui est accordée sont essentiels; le moindre doute sur l'intégrité des dirigeants est un facteur de faillite des mutuelles. Le contrôle social et la proximité des responsables avec les mutualistes jouent également un rôle très important. Ils limitent les arriérés de cotisations et réduisent les cas d'abus et de fraude. Ce contrôle doit bien sur être accompagné d'une gestion rigoureuse. Enfin, la sensibilisation de la population permet d'obtenir un fort taux de pénétration.

Les mutuelles doivent, dans la mesure du possible, se rapprocher des prestataires de soins. Ceci permet d'obtenir des réductions tarifaires, de pratiquer le système du tiers-payant, de contrôler la consommation médicale et la qualité des soins. Sans de tels accords, des mutuelles avec très peu de moyens, comme celle de Lalane-Diassap, n'auraient pas vu le jour. Les réductions tarifaires dont elles bénéficient permettent d'offrir des garanties importantes à une population à faible capacité contributive.

Au demeurant, l'Etat sénégalais a bien pris conscience de la situation d'éparpillement des initiatives, car si l'action est visible sur les mutuelles de santé, elle l'est moins sur les comités de santé et encore moins sur les Institutions de Prévoyance Maladie. C'est pourquoi des projets de restructuration sont en cours, notamment vers la création de Coordinations régionales et d'Unions techniques pour élargir et surtout rationaliser l'ensemble des initiatives.

C'est dire, pour conclure, que la société peut agir collectivement de manière à renforcer la sécurité du revenu par l'offre d'autres moyens de compensation, face à l'implacabilité des forces du marché. La protection sociale contribuera ainsi à stabiliser la demande en période de crise et, par-dessus tout, à limiter les tensions sociales. Elle permettra d'améliorer le bien-être des populations victimes de l'exclusion et de créer un climat de confiance favorable au progrès économique.

Annexe 1: Situation des mutuelles et projets de mutuelles de santé au Sénégal

Tableau 1

N°	Nom	Fonctionnement	Type	Secteur	Création	Membres	Bénéficiaires
01	Fandène	Fonctionnelle	Com	Rural	1989	287	2096
02	St Jean Baptiste	En difficulté	Com	Urbain	1992	350	1752
03	Koudiadiène	Fonctionnelle	Com	Rural	1993	400	2227
04	Lalane/Diassap	Fonctionnelle	Com	Rural	1994	250	1196
05	Sanghé	Fonctionnelle	Com	Rural	1994	87	461
06	Ngaye ngaye	Fonctionnelle	Com	Mixte	1994	225	1210
07	Mt Rolland	Fonctionnelle	Com	Rural	1994	456	5400
08	Faggu	Fonctionnelle	Corpo	Urbain	1994	1175	
09	Pandhiénou	Fonctionnelle	Com	Rural	1994	207	1283
10	Thially	Fonctionnelle	Com	Urbain	1995	142	339
11	Mboro	Fonctionnelle	Com	Urbain	1996	242	1116
12	Sopenté	Fonctionnelle	Com	Rural	1997	355	2500
13	Wer werlé	Fonctionnelle	Com	Mixte	1998	196	1000
14	Diappo	Fonctionnelle	Com	Mixte	1998	293	1800
15	And Faggru	Fonctionnelle	Com	Urbain	1999	135	455
16	Médina Gonass	Fonctionnelle	Com	Urbain	1998	310	
17	Wer werlé	Fonctionnelle	Com	Urbain	1998	335	886
18	Santé Yalla	Fonctionnelle	Com	Urbain	1998	243	1500
19	Tazawudus shubaan	Fonctionnelle	Com	Urbain	1998	15	200
20	Enseignants du Supérieur	Fonctionnelle	Com	Urbain			
21	Gendarmerie Nationale	Fonctionnelle	Corpo	Urbain	1984		
22	Volontaire de l'éducation	Fonctionnelle	Corpo	Urbain	1995	7000	28.000
23	M.Assistance Education	Fonctionnelle	Corpo	Urbain	1987	1100	4.400

24	Dimbali Yoff	En difficulté (arrêt)	Com	Urbain	1993	150	750
25	Douane Sglaise	Fonctionnelle	Corpo	Urbain	1997	388	1.000
26	Forces Armées	Fonctionnelle	Corpo	Urbain			
27	Goxu Mbaadj	Fonctionnelle	Com	Urbain	1999	135	675
28	Gandiol santé	Fonctionnelle	Com	Rural	1997	388	1000
29	Gouloumbou	Fonctionnelle	Com	Rural	1996	475	1.075
30	Unacois/Mbour	En gestation	Corpo	Urbain	2000	450	2.250
31	Fissel	Fonctionnelle	Com	Rural			
32	MUTEM/UDEN	En gestation	Corpo	Urbain	1997	1308	
33	Tivaouane	En gestation	Com	Urbain	2000		
34	Baback	En gestation	Com	Rural	1999		
35	Château d'eau	En gestation	Com	Urbain	2000		
36	Bargny (Farlu)	En gestation	Com	Urbain	1999	52	
37	FENAGIE-Thiaroye	En gestation	Com	Urbain	2000	554	
38	FENAGIE-Bargny	En gestation	Com	Urbain	1999	381	
39	Suture	En gestation	Com	Urbain			
40	Thieurigne	En gestation	Com	Urbain			
41	Administration pénitentiaire	En gestation	Corpo	Urbain	1997		
42	Malika	En gestation	Com	Urbain	2000		
43	Guinaw Rail	En gestation	Com	Urbain	2000		
44	Khar Yalla	En gestation	Com	Urbain			
45	Ouakam/PAFEO	En gestation	Com	Urbain	2000		
46	Teinturières	En gestation	Com	Urbain	1996	32	160
47	Koungheul Maly	En gestation	Com	Urbain	1999		
48	Koungheul Ville	En gestation	Com	Urbain	1999		
49	Koungheul Escale	En gestation	Com	Urbain	1999		
50	Koungheul Santhie	En gestation	Com	Urbain	1999		
51	Koungheul B M Coura	En gestation	Com	Urbain	1999		
52	Koungheul Campement	En gestation	Com	Urbain	1999		
53	Koungheul Diameguène	En gestation	Com	Urbain	1999		

54	Keur Malum	En gestation	Com	Urbain	1997
55	Bokk Jeff	En gestation	Com	Urbain	1996
56	Koundam	En gestation	Com	Urbain	1996
57	Enfant de la rue	En gestation	Com	Urbain	1996
58	Alwar/kandialan	En gestation	Com	Urbain	1997
59	Peyrissac	En gestation	Com	Urbain	1997
60	Lyndiane	En gestation	Com	Urbain	1997
61	JROK	En gestation	Com	Urbain	1997
62	Bambylore	En gestation	Com	Rural	2000
63	Book Yénné	Projet	Com	Urbain	2000
64	N. Dame Fatima	Projet	Com	Urbain	
65	Thiès none	Projet	Com	Urbain	
66	Ressortissant Galoya	Projet	Com	Urbain	
67	Guédiawaye	Projet	Com	Urbain	
68	Book Yénné	Projet	Com	Urbain	
69	Notto Gouye Diama	Projet	Com	Rural	
70	Réseau FENEGIE	7 Projets			
71	Réseau Caisses GRAFF	17 Projets			

Annexe 2: Résultats de l'enquête sur l'impact des mutuelles de santé dans la région de Thiès

Tableau 2.1: Opinions des personnes enquêtées sur la solidarité oui ou non des habitants des villages concernés

Existence de solidarité	Fréquence absolue	Pourcentage du total	Pourcentage des répondants
Non	59	17.2	17.6
Oui	276	79.8	82.1
Je ne sais pas	1	0.3	0.3
Sans réponse	10	2.9	-
Total	346	100.0	100.0

Tableau 2.2: Fréquences des réponses à la question: «Pourquoi votre adhésion à la mutuelle a affecté vos activités de production?»

N°	Réponses obtenues	Fréquence absolue	Pourcentage du total	Pourcentage des répondants
1	Plus de temps pour travailler parce qu'il y a moins de problème d'être malade	19	17.8	17.9
2	Plus de temps parce qu'il ne faut plus chercher à droite et à gauche pour trouver l'argent nécessaire aux soins en cas de maladie	21	19.6	19.8
3	Plus de temps car on n'attend plus que la maladie soit compliquée pour aller à l'hôpital et par conséquent le traitement est plus rapide	10	9.3	9.4
4	Quiétude d'esprit devant la maladie ; on peut s'occuper comme il faut de ses travaux car à tout moment, le membre qui tombe malade peut se faire soigner dans de bonnes conditions et sans attendre	54	50.5	50.9
5	Autres raisons	2	1.9	1.9
6	Sans réponse	1	0.9	
7	Total	107	100.0	100.0

Tableau 2.3: Fréquence des réponses oui ou non à la question: «Est-ce que votre adhésion a un impact positif sur vos activités de production?»

Réponses obtenues	Fréquences absolues	Pourcentage du total	Pourcentage des répondants
Non	78	32.8	34.5
Oui	130	54.6	57.5
Je ne sais pas	18	7.6	8.0
Sans réponse	12	5.0	
Total	238	100	100

Tableau 2.4: Niveau économique et être membre de la mutuelle villageoise

Réponses	Membre de la mutuelle villageoise	Non Membre	Total
Riche	18	7	25
(%)	7.6	6.5	7.2
Moyen	152	37	189
(%)	64.1	34.3	54.8
Pauvre	67	64	131
(%)	28.3	59.3	38.0
Total	237	108	345
(%)	100	100	100.0

ESS documents déjà publiés

15. Ferreira, O. Extending social security: Challenges for Cape Verde¹ (2003). *Version Portuguesa: A extensão da protecção social: o caso de Cabo Verde*¹.
14. Falconi Palomino, J. Social programmes, food security and poverty in Peru¹ (2003). *Versión español: La seguridad alimentaria en el Perú como forma de seguridad de los ingresos*¹.
13. van Ginneken, W. Extending social security: Policies for developing countries¹ (2003).
12. Gbossa, F.L.; Gauthé, B. Social protection and crises in the Congo: From humanitarian aid to sustainable development¹ (2002). *Version française: La protection sociale et les crises aux Congo : de l'aide humanitaire vers une protection sociale durable*¹.
11. Schwarzer, H.; Querino, A.C. Non-contributory pensions in Brazil: The impact on poverty reduction¹ (2002). *Versión español: Beneficios sociales y los pobres en Brasil: Programas de pensiones no convencionales*². *Version Portuguesa: Benefícios Sociais e Pobreza: programas não contributivos da seguridade social brasileira*³.
10. Jütting, J. Public-private partnerships in the health sector: Experiences from developing countries¹ (2002).
9. Fall, C. Extending health insurance in Senegal: Options for statutory schemes and mutual organisations¹ (2002). *Version française: Etendre l'assurance santé au Sénégal : possibilités à travers les regimes statutaires et les organisations mutualistes*¹.
8. Durán-Valverde, F. Anti-poverty programmes in Costa Rica: The Non-Contributory Pension Scheme¹ (2002). *Versión español: Los programas de asistencia social en Costa Rica : El régimen no contributivo de pensiones*².
7. Steinwachs, L. Extending health protection in Tanzania: Networking between health financing mechanisms¹ (2002).
6. Schleberger, E. Namibia's Universal Pension Scheme: Trends and challenges¹ (2002).
5. Bertranou, F.; Grushka, C.O. The non-contributory pension programme in Argentina: Assessing the impact on poverty reduction¹ (2002). *Versión español: Beneficios sociales y pobreza en Argentina: Estudio del programa de pensiones no contributivas*².
4. Chaabane, M. Towards the universalization of social security: The experience of Tunisia¹ (2002). *Version française: Vers l'universalisation de la sécurité sociale : l'expérience de la Tunisie*¹.
3. Reynaud, E. The extension of social security coverage: The approach of the International Labour Office¹ (2002). *Version française: Extension de la sécurité sociale: la démarche du Bureau international du Travail*¹. *Versión español: Extensión de la cobertura de la seguridad social: La actuación de la Oficina Internacional del Trabajo*¹.
2. Cruz-Saco, M-A. Labour markets and social security coverage: The Latin American experience¹ (2002).
1. Kwon, S. Achieving health insurance for all: Lessons from the Republic of Korea¹ (2002).

¹ <http://www.ilo.org/public/french/protection/socsec/pol/publ/index.htm>
<http://www.ilo.org/public/english/protection/socsec/pol/publ/index.htm>

² *Pensiones no contributivas y asistenciales : Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica y Uruguay*. F.M. Bertranou, C. Solorio, W. van Ginneken (eds.). Santiago, Oficina Internacional del Trabajo, 2002.

³ *Discussion Text 929* de Instituto de Pesquisa Economica Aplicada); December 2002, sur: <http://www.ipea.gov.br>.