

FPS/FINANCEMENT SOCIAL -USAID

**COUVERTURE DES INDIGENTS A
TRAVERS LES MUTUELLES DE SANTE :**

ETUDE DE CAS SUR LES EXPERIENCES DU SENEGAL

Version Finale

Ousmane Sow, Consultant

Septembre 2007

AVANT PROPOS

La couverture des indigents et la subvention de la demande au bénéfice des plus pauvres sont des questions récurrentes dans les domaines du financement communautaire et du financement social. Les subventions pour assurer la couverture des pauvres dans le cadre des schémas de financement social basés sur la communauté sont identifiés parmi les mesures de politiques que les gouvernements peuvent prendre pour renforcer le financement communautaire dans la santé à l'image des expériences réussies dans d'autres pays africains comme le Ghana et le Rwanda. La proximité du financement communautaire avec les pauvres, la gouvernance et la gestion des schémas de financement communautaire par les membres de la communauté se montrent comme des attributs qui augmentent leurs avantages comparatifs dans l'identification des plus pauvres et le ciblage de subventions pour les soins de santé, comparés à d'autres mécanismes traditionnels de distributions et d'administration des subventions.

Cependant, bien que la couverture des indigents à travers les schémas de financement communautaire est commune en Afrique en général, et au Sénégal en particulier, elle n'a pas été assez documentée. Ainsi, cette étude initiée par le Projet Financement et Politiques de Santé (FPS) dans le cadre du partenariat entre l'USAID\Dakar et le Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale (MSPM) se fixe-t-elle pour objectif de compiler des informations de base sur les expériences actuelles de couverture des indigents et des groupes vulnérables à travers les mutuelles de santé au Sénégal.

En plus des investigations documentaires et des interviews avec des personnes ressources, des enquêtes ciblées sont réalisées sur un échantillon composé des huit mutuelles de santé parmi les plus expérimentées et réparties dans quatre régions du pays notamment Thiès, Dakar, Kaolack et Ziguinchor.

En terme de résultats, l'étude part d'une analyse des politiques et pratiques de couverture des indigents dans le secteur de la santé et du développement des mutuelles de santé. Cette première partie met en exergue d'abord l'évolution du contexte spécifique du système de santé au Sénégal, ensuite les dispositifs d'assurance maladie et des politiques de couverture des groupes vulnérables et enfin la dynamique de développement des mutuelles de santé dans le pays.

La deuxième partie de l'étude présente les expériences de couverture des indigents à travers les mutuelles de santé au Sénégal. Elle fait une description des mutuelles de santé et de leurs schémas de couverture des indigents ainsi que les acteurs impliqués dans ces schémas et les sources de financement. Elle termine sur une analyse des coûts associés à l'accès aux bénéfices de la couverture des indigents et les impacts des schémas de prise en charge des indigents sur ces mutuelles de santé.

La troisième partie tire les leçons apprises des expériences du Sénégal dans la couverture des indigents et groupes vulnérables en référence d'abord au cadre général des politiques de santé et ensuite aux schémas de prise en charge des indigents à travers les mutuelles de santé. En conclusion quelques recommandations sont dégagées dans la perspective d'une meilleure prise compte des enseignements tirés de ces expériences capitalisées.

REMERCIEMENTS

Ce travail a été réalisé grâce à la collaboration et au soutien de plusieurs acteurs notamment les responsables des mutuelles de santé, les structures d'appui, et autres structures évoluant dans le secteur de la santé. Nous tenons à les remercier tous pour leur contribution de qualité dans la capitalisation de leurs expériences respectives et saluons leur dynamisme et leur engagement dans l'œuvre de promotion de mécanismes de solidarité pour l'extension de la couverture maladie dans les zones particulièrement affectées par la pauvreté.

Des remerciements particuliers à l'équipe de ABT qui a piloté cette étude avec beaucoup de disponibilité et de générosité dans le partage d'informations et d'expériences : une mention spéciale à M. François Pathé DIOP et à M. Malick NIANG.

De même, nous exprimons notre reconnaissance aux responsables de la CAFSP pour leur concours technique ainsi qu'aux responsables des Unions régionales des mutuelles de santé de Thiès, de Kaolack et de Dakar pour leur grande disponibilité.

TABLE DES MATIERES

SIGLES ET ABREVIATIONS.....	6
RESUME EXECUTIF	7
I- INTRODUCTION.....	12
1.1- Rappel du contexte et de la justification de l'étude.....	12
1.2- Objectifs de l'étude.....	13
1.3- Méthodologie.....	13
II- POLITIQUES DE SANTE ET DEVELOPPEMENT DES MS AU SENEGAL.....	14
2.1- EVOLUTION DU CONTEXTE SPECIFIQUE DU SYSTEME DE SANTE.....	14
2.2- DISPOSITIFS D'ASS. MALADIE ET POLIT. COUVERTURE GROUPES VULNERABLES.....	15
2.2.1- Régimes non contributifs.....	16
2.2.1.1- Formules non contributives attachées à des statut.....	16
2.2.1.2- Dispositifs d'exemption et d'assistance aux couches sociales particulières	17
2.2.2-Régimes contributifs.....	19
2.2.2.1- Régimes contributifs d'assurance à caractère obligatoire.....	19
2.2.2.2- Régimes contributifs d'assurance à caractère volontaire	20
2.3- DYNAMIQUE DE DEVELOPPEMENT DES MUTUELLES DE SANTE AU SENEGAL.....	21
III- COUVERTURE DES INDIGENTS PAR LES MUTUELLES DE SANTE.....	23
3.1- DESCRIPTION DES MS ET DE LEUR SCHEMA DE COUVERTURE DES INDIGENTS.....	24
3.1.1- Mutuelle de Santé Jaata Kéria.....	24
3.1.2- Mutuelle de Santé Fandène.....	29
3.1.3- Mutuelle de Santé Faggu.....	34
3.1.4- Mutuelle de Santé de Yombal Faju.....	39
3.1.5- Mutuelle de Santé de Lalane Diassap.....	44
3.1.6- Mutuelle de Santé des enfants de la rue et des exclus (MERE).....	47
3.1.7- Mutuelle de Santé de Bokk Faj.....	50
3.1.8- Mutuelle de Santé de Sant Yalla.....	53
3.2- LES ACTEURS IMPLIQUES DANS LES SCHEMAS INDIGENTS MUTUELLES DE SANTE....	56
3.2.1- Les ONGs	56
3.2.2- La Paroisse de Fandène.....	58
3.2.3- Le GRAIM.....	58
3.3- SOURCES DE FINANCEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DES INDIGENTS.....	59
3.4- LES IMPACTS DES SCHEMAS DE PARRAINAGE SUR LES MUTUELLES DE SANTE....	60
3.5- COÛTS D'ACCES ASSOCIES AUX BENEFICIES DE LA COUVERTURE DES INDIGENTS	61
IV- LEÇONS APPRISES.....	62
4.1- CADRE GENERAL DES POLITIQUES	62
4.2-SCHEMA DE PRISES EN CHARGE DES INDIGENTS MUTUELLES DE SANTE.....	63
4.2.1- Les atouts.....	63
4.2.2- Les inconvénients.....	64
V- CONCLUSION.....	65
ANNEXES	67
ANNEXE I- Loi Relative aux Mutuelles de Santé.....	68
ANNEXE II- Projet de décret portant application de la loi sur les MS	72
ANNEXE III- TDRs de l'Etude.....	85
ANNEXE IV- Liste des personnes rencontrées.....	90
ANNEXE V- Sources documentaires	93

SIGLES ET ABBREVIATIONS

ASC Association Sportive et Culturelle

ANCTP Agence Nationale de la Case des Tout –Petits

ARD Agence Régionale de Développement

BIT Bureau International du Travail

CCF Catholic Children Found

CAFSP Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat

CLC Cadre Local de Concertation

DSRP Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté

GPF Groupement de Promotion Féminine

GRAIM Groupe de Recherche et D'appui aux Initiatives Mutualistes

IPM Institut de Prévoyance maladie

IPRES Institution de Prévoyance Retraite du Sénégal

MSPM Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale

MS Mutuelle de Santé

ONG Organisation Non Gouvernementale

OCB Organisation Communautaire de Base

PNA Pharmacie Nationale d'Approvisionnement

PDEF Programme de l'Enfant et de la Famille

SAM Système d'Assurance Maladie

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

UNICEF United Nations Children's Fund

UFCT Union des Femmes Commerçantes de Thiès

WV Word Vision

RESUME EXECUTIF

L'essor soutenu des mutuelles de santé (MS) et des systèmes d'assurance maladie (SAM) à base communautaire constaté depuis une décennie en Afrique de l'Ouest et du Centre, s'accompagne de changements profonds des systèmes de santé. Plusieurs pays ont opté pour promouvoir ces mécanismes de financement communautaire de la santé en les inscrivant comme axe majeur des cadres de stratégies de réduction de la pauvreté afin d'étendre la protection sociale dans la santé, améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé et protéger les revenus des ménages contre les risques financiers liés à la maladie. Dans cette perspective, le Sénégal s'est fixé comme objectif une couverture de l'assurance maladie de 50% de la population à l'horizon 2015.

La substitution de mécanismes de subvention basés sur l'offre par des mécanismes de subvention basés sur la demande traduit des mutations profondes dans les systèmes de santé amenant les MS et les SAM à s'attribuer des rôles importants dans l'élargissement des options et des mécanismes de subvention dans le secteur de la santé. En effet, les subventions pour assurer la couverture des pauvres dans le cadre des schémas de financement social basés sur la communauté sont identifiées parmi les mesures de politiques que les gouvernements peuvent prendre pour renforcer le financement communautaire dans la santé. La proximité du financement communautaire avec les pauvres, la gouvernance et la gestion des schémas de financement communautaire par les membres de la communauté se montrent comme des attributs qui augmentent leurs avantages comparatifs dans l'identification des plus pauvres et le ciblage de subventions pour les soins de santé, comparés à d'autres mécanismes traditionnels de distributions et d'administration des subventions.

Dans les pays africains en avance dans la mise en place de l'infrastructure de base des MS et des SAM comme le Rwanda et la Ghana, le gouvernement, les collectivités locales, les partenaires extérieurs et les ONGs, sont entrain de véhiculer une part de plus en plus importante des subventions dans le secteur de la santé à travers ces MS et SAM pour assurer la couverture des groupes vulnérables et des indigents.

Au Sénégal, la couverture des indigents et la subvention de la demande au bénéfice des plus pauvres reste encore des questions récurrentes dans les domaines du financement communautaire et du financement social. Bien qu'il existe des expériences capitalisées par les MS dans la mise en œuvre de schémas de couverture des indigents, le gouvernement continue de véhiculer les subventions à travers le système de prestation de soins.

La présente étude initiée par le Projet Financement et Politiques de Santé (FPS) dans le cadre du partenariat entre l'USAID\Dakar et le Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale (MSPM), a pour objectif de compiler des informations de base sur ces expériences de couverture des indigents et des groupes vulnérables à travers les MS au Sénégal. Le résultat attendu est la production d'une base d'informations sur les meilleures pratiques et celles prometteuses en matière de prise en charge des indigents et des groupes vulnérables à travers les MS. Ces informations serviront de base à la production d'un document concept pour lancer éventuellement l'expérimentation de la prise en charge des indigents, des groupes vulnérables, ou des dépenses lourdes de santé en collaboration avec le MSPM et/ou les collectivités locales et/ou les MS.

A la lumière des investigations effectuées, les expériences de prise en charge des indigents et des groupes vulnérables à travers les MS au Sénégal se présentent sous plusieurs formes avec parfois des similitudes dans le montage et le mode de fonctionnement mais aussi des différences dans les modes opératoires de ciblage et de gestion des risques d'abus. La naissance de l'initiative est souvent suscitée d'une part par le besoin d'apporter une réponse urgente face une situation particulière qui interpelle le sens de solidarité des membres de la MS à l'égard d'une catégorie de personnes affectées par la pauvreté et d'autre part par la présence d'une opportunité d'appui technique et/ou financier offerte par un partenaire extérieur s'intéressant à une cible faisant partie du champ couvert par les MS.

Les expériences de couverture des indigents visitées ici sont portées pour l'essentiel par les MS de type communautaire au 1^{er} franc (6/8), le reste étant le fait d'une MS de type complémentaire et d'une mutuelle qui a un statut particulier voire hybride : il s'agit de la Mutuelle des Enfants de la Rue et des Exclus (MERE) dans la région de Kaolack.

Au total, sur une population de 19 993 personnes bénéficiaires couvertes par ces huit MS, 6352 personnes sont prises en charge par les schémas de couverture des indigents initiés par ces MS soit en moyenne 32% de leur poids social.

Le parrainage constitue la formule sur laquelle repose ces différents schémas avec des modes de financement variables faisant recours soit à des organismes d'appui partenaires, soit à des personnes de bonne volonté identifiées, soit à un mécanisme interne à la MS.

Dans la formule basée sur des ressources en provenance d'un organisme d'appui, deux cas de figure se présentent.

Dans le premier cas de figure, c'est le partenaire qui identifie ses bénéficiaires par ses propres mécanismes et les confie ensuite à la MS sur la base d'un protocole contractuel avec cette dernière. La MS n'intervient pas dans le processus de sélection des bénéficiaires et n'assume donc pas une responsabilité particulière dans le ciblage en tant qu'institution. Cependant, la démarche utilisée par ces partenaires est par nature participative et implique la communauté dans la définition des paramètres d'identification des indigents. Ce modèle correspond à l'expérience de Word Vision avec la MS Bokk Faj dans la région de Kaolack et celle du PDEF/CCF avec la MS de Fandène dans la région de Thiès.

Dans le second cas de figure, le partenaire s'appuie sur la MS dans tout le processus d'identification et de sélection des bénéficiaires du schéma de couverture des indigents. La démarche consiste à faire jouer aux acteurs de la communauté un rôle crucial dans le ciblage des familles les plus pauvres, donc, les plus en besoin d'être soutenues. Ce modèle est illustré par l'expérience de Eluup Anii/CCF avec la MS de Jaata Kéria dans la région de Ziguinchor.

Dans ces deux cas de figure la MS s'offre comme un instrument pour les partenaires d'appui pour véhiculer avec plus d'efficacité des subventions au bénéfice de leur population cible. A travers la proximité et le modèle de gestion communautaire de la couverture maladie, les possibilités de toucher les plus pauvres et d'optimiser les ressources souvent limitées se sont vues largement renforcer.

Concernant la formule basée sur la contribution de personnes de bonne volonté, c'est la MS qui porte la mise en œuvre du schéma de couverture des indigents depuis l'identification des parrains jusqu'au choix des bénéficiaires. Sa particularité repose dans le recours exclusif à des sources extérieures à la MS pour financer le schéma de prise en charge des indigents. Ce modèle est pratiqué par les MS de Lalane Diassap et de Yombal Faju an Wër dans la région de Thiès ainsi que la MERE. Si dans le modèle précédant, l'apport des ONGs permet de

couvrir un effectif de bénéficiaires relativement élevé (de 800 à 2500 bénéficiaires), celui-ci n'arrive pas encore à porter son effectif à 200 bénéficiaires par cas. En effet, le mécanisme de ciblage et de captage de parrains est informel et reste basé sur l'engagement personnel et les relations interpersonnelles d'une partie du leadership de la MS.

Enfin, dans la dernière formule reposant sur un système de parrainage interne, les expériences se révèlent sous deux cas de figure. Dans le premier cas, la MS opère un prélèvement sur ses propres recettes destinées au financement du schéma de couverture des indigents. Ce modèle est initié par la MS Faggu dans la région de Thiès et sert de moyen pour rendre plus visible l'empreinte sociale et de solidarité qui doit marquer toute mutuelle vis-à-vis des plus démunis. Le ciblage des bénéficiaires est porté par la MS qui définit les critères d'éligibilité et procède au choix de ces bénéficiaires.

Dans l'autre cas de figure, il s'agit de faire porter aux membres de la MS qui en ont les moyens, la prise en charge de talibés selon la capacité de chacun comme membre de sa famille à travers un modèle dénommé « dayou daara ». Cette expérience initiée par la MS Sant Yalla dans la région de Dakar a bénéficié pendant une certaine période d'apports financiers extérieurs par le biais du PROMUSAF et de l'ONG VECO qui ont permis l'extension de l'effectif des bénéficiaires jusqu'à près de 400 talibés. La collaboration avec les responsables de daaras et les contacts directs avec les talibés constituent la base de recrutement des bénéficiaires de ce modèle de parrainage.

Par ailleurs, à l'exception de l'expérience de Bokk Faj avec Word Vision où il est attendu du tuteur de l'enfant bénéficiaire une contribution de 500 F sur les 2400 F à verser pour chaque enfant et par an, les schémas de prise en charge des indigents ne prévoient pas de contrepartie financière associée au bénéfice de ces schémas. Les coûts d'accès sont inclus dans la cotisation à verser par bénéficiaire. Cependant, les coûts induits dans certains cas par le déroulement du processus participatif de ciblage des indigents notamment dans le cadre des expériences avec les ONGs CCF et Word Vision, sont entièrement supportés par ces derniers et n'engagent pas la responsabilité des MS. Dans les autres cas, c'est le principe du bénévolat qui est en vigueur et les mécanismes avec lesquels s'opère l'identification des indigents n'entraînent pas des coûts significatifs en raison parfois de la proximité géographique

Toutefois, au- de l'impact sur le renforcement du poids social des MS, ces schémas de prise en charge des indigents en l'occurrence ceux basés sur le financement de partenaires d'appui constituent des facteurs de renforcement de la stabilité financière, de la crédibilité et de la notoriété des MS. Aussi, leurs effets se perçoivent-ils à travers la culture de solidarité qu'ils contribuent à incruster sur les comportements des membres voire de la population cible.

De même, le partenariat développé avec les ONGs dans le cadre de parrainages, favorise l'implication de celles-ci dans le fonctionnement en terme d'exigences de résultats et de transparence dans la gestion. D'un autre côté, ces partenaires se servent du cadre offert par les MS pour promouvoir des initiatives de santé communautaire basées sur la prévention médicale notamment l'incitation à l'utilisation des moustiquaires imprégnés, la sensibilisation sur les moyens de prévention contre certaines maladies, etc.

Par ailleurs, les leçons à tirer de l'expérience du Sénégal dans la couverture des indigents et groupes vulnérables indiquent que l'accessibilité aux soins de santé surtout pour les groupes vulnérables demeure une préoccupation prioritaire dans les orientations politiques de l'Etat du Sénégal. De nombreuses initiatives ont été prises pour favoriser l'allègement des coûts de santé aux pauvres en terme d'accessibilité des médicaments, de gratuité de soins sur certaines maladies ou gratuité des soins pour certaines catégories de personnes. Ces initiatives ont mobilisé beaucoup de ressources de la part de l'Etat sans pour autant donner les résultats escomptés ni du côté de l'exécutif politique ni du côté des populations cibles.

L'une des insuffisances notées à travers les dispositifs de prise en charge des indigents initiés par l'Etat et ses démembrements demeure l'absence de la dimension communautaire dans leur processus de mise en œuvre. La composante population n'est pas considérée comme partie prenante dans la gestion de ces dispositifs.

Dans ce contexte, les MS sont en train de démontrer à la lumière des schémas de couverture des indigents qu'elles ont mis en oeuvre, que la prise en compte de la dimension communautaire dans les systèmes de subventionnement des dépenses de santé en faveur de cibles particuliers, fait éviter beaucoup de pertes de ressources liées, d'une part, aux imperfections des dispositifs d'exemption en vigueur, et d'autre part, aux comportements et pratiques indésirables de part et d'autre de l'offre et de la demande de soins.

En effet, même si elles montrent parfois quelques faiblesses dans leur mode de fonctionnement dont la plupart sont imputables au fait qu'elles ne bénéficient pas encore de tout l'accompagnement technique et logistique requis pour arriver à leurs ambitions, les MS présentent cependant des atouts de taille pour être une alternative à certains mécanismes de subvention dans le secteur de la santé. Parmi ces atouts figurent :

- **l'offre de couverture maladie à moindre coût** : les expériences avec les ONGs montrent que le parrainage de leur cible à travers les mutuelles de santé est de loin moins coûteux que leur ancienne formule où celles-ci traitaient directement avec les prestataires et les familles bénéficiaires. La collaboration a permis des économies financières importantes qui ont permis d'élargir la couverture à d'autres bénéficiaires ;
- **la crédibilité reconnue dans le respect des engagements vis-à-vis des prestataires** : les délais de règlement des factures dues aux prestataires sont partout respectés. L'application de mesures de gestion des risques (déséquilibre financier) garantit une santé financière suffisante pour faire face aux charges liées aux prestations. En effet, il faut être à jour de ses cotisations pour bénéficier des soins ;
- **l'emprise réelle sur les réalités sociales gage de fiabilité des processus de ciblage des indigents** : dans les processus d'identification et de sélection des bénéficiaires des schémas de parrainage, les mutuelles mettent en exergue des références du milieu socioculturel pour apprécier la situation sociale d'une personne ou d'une famille. Au-delà du niveau de revenu, on considère en plus le capital social ;
- **la capacité d'adaptation à la demande de prestation** : le paquet de bénéfice autant que le taux de contribution sont régulés à la mesure de la demande de soins des cibles et de leur capacité de contribution. Cela est surtout facilité par la proximité et l'existence de mécanismes de d'échange et d'expression des besoins.

En regard des avantages relevés relatifs à leur ancrage aux valeurs de solidarité et d'entraide communautaire, leur capacité d'adaptation à la demande des bénéficiaires, le partage des risques et des coûts liés à la prise en charge de la maladie entre autres, l'intérêt d'accorder une attention particulière aux mutuelles de santé dans toutes perspectives de réorganisation du

système de financement de la santé peut se justifier à plusieurs titres mais recommande le regard lucide et conséquent sur certains préalables. Il s'agira de répondre aux besoins :

- de redynamiser le fonctionnement des instances des mutuelles. Pour certaines, des pas importants ont été déjà franchis mais il y a besoin de mieux les insérer dans leur environnement afin de leur permettre d'optimiser les possibilités de collaboration et de partenariat avec des acteurs stratégiques.
- d'améliorer le système de gestion des informations et de suivi statistique des opérations effectuées au jour le jour
- de formaliser les procédures de ciblage et de suivi des bénéficiaires des schémas de parrainage sur la base d'une démarche participative
- d'appuyer les mutuelles à se doter de stratégies propres intégrant les possibilités de partenariat avec plusieurs acteurs.
- d'appuyer les mutuelles à évoluer vers une professionnalisation de leur système de gestion avec limitation du bénévolat sur certaines fonctions stratégiques
- de faciliter l'obtention d'avantages sur les prestations conditionnés au respect de certaines exigences de performance.

I- INTRODUCTION

La présente étude sur la couverture des indigents à travers les mutuelles de santé au Sénégal, s'inscrit dans le cadre du partenariat entre l'USAID/Dakar et le Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale (MSPM). L'initiative est portée par le Projet Financement et Politiques de Santé (FPS)/USAID dont l'un des axes d'intervention relatif aux mécanismes de financement social s'intéresse au ciblage des populations vulnérables. L'ambition de cette étude est de documenter les expériences de couverture des indigents à travers des schémas de financement communautaire entretenus par les Mutuelles de santé. Il s'agit d'identifier les meilleures pratiques ainsi que celles prometteuses afin d'appuyer la conception technique et le renforcement des mécanismes de prise en charge des indigents et des groupes vulnérables à travers les Mutuelles de santé au Sénégal.

Une quinzaine de Mutuelles de santé réparties dans les régions de Thiès, Dakar, Kaolack et Ziguinchor sont répertoriées comme bénéficiant d'une expérience en matière de prise en charge des indigents ou de groupes vulnérables. Parmi celles-ci, huit d'entre elles sont couvertes par cette étude dont le financement est assuré par le Projet FPS/USAID et avec la collaboration technique de la Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat (CAFSP) du Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale.

1.1- Rappel du contexte et de la justification de l'étude

L'essor soutenu des mutuelles de santé¹ (MS) et des systèmes d'assurance maladie (SAM) à base communautaire constaté depuis une décennie en Afrique de l'Ouest et du Centre, s'accompagne de changements profonds des systèmes de santé à travers la substitution de mécanismes de subvention basés sur l'offre par des mécanismes de subvention basés sur la demande.

En effet, au-delà de la dimension de l'extension de l'assurance maladie pour couvrir les ménages ayant la capacité de contribuer, les MS et SAM s'attribuent une autre dimension permettant d'étendre la couverture maladie à des groupes vulnérables ou des indigents. A travers la mise en place de ces nouveaux systèmes de distribution, ils opèrent un élargissement dans les options de mécanismes de subvention dans le secteur de la santé. Dans certains pays africains comme le Ghana et le Rwanda, le gouvernement et les collectivités locales, les partenaires extérieurs et les organisations non-gouvernementales, véhiculent une part de plus en plus importante des subventions dans le secteur de la santé à travers les MS et les SAM pour assurer la couverture des groupes vulnérables et des indigents.

Au Sénégal, les MS et les SAM ne couvrent pas encore l'ensemble des collectivités de base et de ce fait, le gouvernement continue de véhiculer les subventions à travers le système de prestation de soins. Ainsi, plusieurs initiatives d'exemption ont été lancées ces dernières années au Sénégal, y comprises les initiatives de prise en charge des accouchements et des césariennes dans certaines régions cibles et l'initiative de prise en charge des personnes âgées avec le Plan Sésame. Cependant, il est envisagé qu'au fur et à mesure que va s'étendre

¹ Une mutuelle de santé est une association volontaire de personnes, à but non lucratif, dont le fonctionnement repose sur la solidarité entre les adhérents. Sur la base des décisions de ces derniers et au moyen essentiellement de leurs cotisations, celle-ci mène en leur faveur et en celle de leur famille une action de prévoyance, d'entraide et de solidarité dans le domaine des risques maladies.

Voir définition plus détaillée dans le Guide de gestion des mutuelles de Santé en Afrique publié par le BIT/STEP, édition de 2003. Ou bien la loi sur les mutuelles de santé en annexe

l'assurance maladie, les groupes vulnérables et les indigents seraient couverts à travers des systèmes d'assurance maladie et des schémas de mutuelles de santé.

En effet, un nombre de plus en plus important de mutuelles de santé au Sénégal, ont déjà accumulé plusieurs années d'expérience et ont lancé des initiatives de prise en charge des indigents ou des groupes vulnérables. Ces expériences sont une source importante d'innovations dans le secteur de la santé dont le potentiel social ne peut être mis à profit à une échelle significative sans une documentation approfondie afin de faciliter leur partage, la réplication des meilleures pratiques, ou le renforcement des liens avec les mécanismes traditionnels de financement de la santé.

1.2- Objectifs de l'étude

L'objectif de l'étude est de compiler des informations de base sur les expériences actuelles de couverture des indigents et des groupes vulnérables à travers les mutuelles de santé au Sénégal. Dans cette perspective, les objectifs spécifiques de l'étude sont de :

- Produire un résumé des politiques et pratiques de couverture des indigents dans le secteur de la santé et du développement des mutuelles de santé au Sénégal ;
- Décrire les mutuelles de santé qui assurent une couverture des indigents et des groupes vulnérables ;
- Décrire les politiques et procédures, et les rôles des acteurs clés dans l'identification des indigents et des groupes vulnérables ;
- Discuter les coûts associés à l'accès aux bénéfices fournis aux indigents et groupes vulnérables à travers les mutuelles de santé ;
- Décrire les sources de financement de la couverture des indigents et groupes vulnérables à travers les mutuelles de santé ;
- Tirer des leçons des expériences de couverture des indigents et groupes vulnérables à travers les mutuelles de santé.

1.3- Méthodologie

L'étude a été menée sur la base d'une analyse de la littérature disponible et une investigation sur le terrain auprès des mutuelles de santé et autres acteurs impliqués dans le processus de fonctionnement des schémas de couverture des indigents ou évoluant dans leur environnement.

Des contacts ont été initiés d'emblée auprès d'informants clefs (responsables des réseaux des mutuelles de santé et structures d'appui) et ont permis d'identifier les MS disposant d'un schéma de couverture des indigents ou groupes vulnérables. Ce recensement révèle l'existence d'une quinzaine de MS concernées réparties dans les régions de Thiès, Dakar, Ziguinchor, Kaolack et Saint-Louis. Parmi celles-ci, huit expériences ont été sélectionnées selon leur pertinence et suivant :

- la nature de la cible : handicapés, talibés, pauvre, enfants en situation difficile, etc.
- la zone géographique : urbain/rural
- le type de la MS : communautaire/complémentaire

- le poids social

Le travail de terrain s'est réalisé à travers des interviews avec les responsables et gérants des MS, les personnes ressources auprès des services techniques centraux et régionaux, les Collectivités locales, les hôpitaux, les régions médicales, les ARD, les ONG, etc. Les informations recueillies ont été parfois complétées par des sources documentaires mises à notre disposition par ces mêmes personnes. Il s'y ajoute les visites effectuées sur le site de résidence de bénéficiaires pour vérifier certaines informations reçues.

Toutefois, il convient de souligner que ce travail ne s'est pas effectué sans quelques difficultés liées à la disponibilité de certains responsables et à l'accès à certaines informations statistiques relatives à la mise en œuvre des politiques en faveur des indigents et groupes vulnérables.

II- POLITIQUES DE SANTE ET DEVELOPPEMENT DES MS AU SENEGAL

2.1- EVOLUTION DU CONTEXTE SPECIFIQUE DU SYSTEME DE SANTE

Le Sénégal a hérité de la période coloniale d'un système de santé centralisé, urbain et biaisé vers les soins curatifs, où les fonctions de prestation de soins de santé, de financement et de régulation étaient confondues, et supportées exclusivement par le financement public². Cette structure a été renforcée jusqu'au milieu des années 70s en faveur de l'idéologie de la construction nationale et du centralisme étatique. Depuis cette période, cependant, les effets combinés des crises économiques et fiscales (crises pétrolières, années récurrentes de sécheresse), la croissance démographique, l'urbanisation et les programmes successifs d'ajustement structurel ont transformé le système de santé.

- *L'offre des soins de santé s'est diversifiée en faveur du développement du secteur privé*

Les interventions publiques dans le secteur de la santé durant les deux premières décennies d'indépendance ont renforcé l'offre publique de soins de santé en général, l'infrastructure hospitalière urbaine en particulier. A partir du milieu des années 70, cependant, l'intervention publique dans la santé est réorientée sur la base de la stratégie des soins de santé primaires dont la mise en œuvre s'articule sur le renforcement des interventions préventives et promotionnelles et l'extension de la couverture des services de santé de base.

Par ailleurs, à partir des années 80, les sources d'offre de soins se sont rapidement diversifiées avec le développement du secteur privé dans la prestation des soins (cliniques et cabinets privés) et la distribution des produits pharmaceutiques dans les zones urbaines du pays : à titre illustratif, près de la moitié des médecins du Sénégal pratiquent dans le secteur privé en 2002³; par ailleurs, la majorité des pharmaciens et dentistes sont employés dans le secteur privé.

² Cf. Plan stratégique de développement des Mutuelles de Santé au Sénégal

³ La plupart des médecins qui pratiquent dans le secteur privé sont employés dans le secteur public

- *Les sources et les mécanismes de financement des services de santé ont aussi changé vers le renforcement du financement privé et du paiement direct par les usagers*

Longtemps dominés par les sources et mécanismes de financement public, les schémas des sources et des mécanismes de financement de la santé se sont transformés en faveur des crises fiscales des années 80s, de la mise en œuvre des programmes d'ajustement structurel, de l'adoption et la généralisation de l'Initiative de Bamako dans le secteur public au début des années 90s, le développement de l'offre privée de soins de santé et du secteur pharmaceutique. Les ménages sont devenus depuis la fin des années 80s la première source de financement de la santé ; par ailleurs, le paiement direct par les usagers est devenu un des premiers mécanismes d'allocation des ressources dans la santé.

- *L'organisation et les cadres de gestion des services de santé ont aussi changé vers des cadres plus décentralisés et une plus grande implication des populations dans la gestion*

Depuis l'émergence des associations de promotion de la santé et des comités de santé dans le département de Pikine dans les années 70s, la mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaires dans les années 80s et de l'Initiative de Bamako dans les années 90s, les populations sont de plus en plus impliquées dans la gestion des structures publiques de santé.

Cette tendance a été renforcée par le transfert de la compétence de la santé aux collectivités locales dans le cadre des réformes de décentralisation administrative et politique en 1996 et l'érection des hôpitaux publics en établissements publics de santé dirigées par des conseils d'administration avec la représentation des populations depuis l'initiation de la réforme hospitalière en 1998.

2.2- DISPOSITIFS D'ASSURANCE MALADIE ET POLITIQUES DE COUVERTURE DE GROUPES VULNERABLES

Le manque de soins de santé figurant parmi les trois paramètres fondamentaux par lesquels les populations appréhendent la pauvreté⁴ justifie l'option du Gouvernement du Sénégal à inscrire l'accessibilité aux soins parmi ses priorités dans les politiques de réduction de la pauvreté. Le relèvement du niveau de couverture d'assurance maladie d'environ 20% actuellement, à 50% à l'horizon 2015 témoigne de cette volonté politique ambitieuse affichée à travers le DSRP II.

Cependant, plusieurs réformes ont été entreprises auparavant pour assurer une meilleure couverture sanitaire des populations par l'amélioration du fonctionnement des structures sanitaires en terme de disponibilité en médicaments et de leur viabilité financière. Ces réformes ont été certes à la base d'acquis significatifs mais elles ont également eu un impact négatif sur l'accessibilité aux soins de santé. En effet, la mise en œuvre du recouvrement des coûts suite à l'initiative de Bamako a créé une première barrière notamment pour les pauvres. De même les réformes des statuts des hôpitaux les incitant à faire de l'équilibre financier une priorité, a entraîné le rehaussement des coûts devenus difficilement accessibles aux pauvres.

⁴ DSRP II : perception sur les signes de la pauvreté par les populations

Le besoin d'alléger ces différentes barrières financières et de faciliter l'accès aux soins a conduit à la mise sur pied par le Ministère de la Santé et de la Prévention médicale de programmes spécifiques en faveur des groupes vulnérables et des indigents notamment :

- La gratuité des accouchements et césariennes ;
- La gratuité des soins aux personnes âgées (carte Sésame);
- L'accès gratuit aux antirétroviraux ;
- La gratuité des médicaments antituberculeux
- La subvention abaissant les coûts des traitements : antipaludéens ; diabétiques (insuline), anticancéreux, de l'insuffisance rénale, des cardiopathies ;
- Le traitement gratuit du paludisme grave chez les enfants et les femmes enceintes et le prix subventionné des moustiquaires imprégnées ;
- La subvention pour la prise en charge des indigents
- La gratuité des soins aux aveugles et aux membres de leur famille
- La politique de développement des mutuelles de santé.

Toutefois, ces différentes initiatives ont été mises en œuvre dans un environnement politique et institutionnel particulier caractérisé par la multiplicité des dispositifs législatifs et réglementaires relatifs à l'assurance maladie. Ces dispositifs sont moulés à travers des régimes non contributifs et des régimes contributifs et dont les produits ne parviennent à couvrir qu'environ 18% de la population nationale.

2.2.1- Régimes non contributifs

Ce système repose sur des formules non contributives attachées à des statuts et des dispositifs d'exemption et d'assistance en faveur de catégories sociales particulières.

2.2.1.1- Formules non contributives attachées à des statut

Elles participent généralement des régimes obligatoires concernant la prise en charge des fonctionnaires et agents non fonctionnaires de la fonction publique ainsi que leurs familles⁵ et d'autres catégories sociales dont la prise en charge relève de l'État ou de ses démembrements ou encore d'un segment du secteur privé. Ces formules couvrent :

- ***Les agents de l'État en activité et les Fonctionnaires retraités*** : L'État, en tant qu'employeur, assure la couverture du risque maladie de ses agents (fonctionnaires et non fonctionnaires) en activité et de leurs ayants droit (conjointes et enfants)⁶. Il couvre, par le système de l'imputation budgétaire, 80% des frais d'hospitalisation, de consultations, des examens et analyses effectués dans toutes les structures publiques et également dans les structures privées agréées. Les fonctionnaires supportent donc les 20% restant et les médicaments qui ne sont pas pris en charge par l'État. En outre l'État a mis en place un centre médico-social qui fournit des consultations médicales gratuites aux fonctionnaires et à leurs familles. Il faut signaler que les fonctionnaires retraités sont toujours pris en charge au même titre que ceux qui sont en activité tandis que les agents de l'État non fonctionnaires retraités sont couverts par l'IPRES.
- ***Les agents des collectivités locales*** : Ils bénéficient du même dispositif de couverture du risque maladie que les agents de l'État.

⁵ Ce système est régi par le décret N°72-215 du 7 mars 1972 relatif à la sécurité sociale des fonctionnaires

⁶ La loi 61.33 du 15 Juin 1961 portant statut général de la Fonction Publique institue leur sécurité sociale

- **Les étudiants** : Ils sont pris en charge par les centres des œuvres universitaires de Dakar et Saint-Louis pour le compte de l'État au niveau des structures sanitaires publiques ou des centres médico-sociaux (COUD, CROUS) pour les soins courants : consultations médicaments ; analyses et soins dentaires et l'hospitalisation.
- **Certains agents du privé à travers la médecine d'entreprise** : Certaines grandes entreprises assurent des prestations de soins : consultation, médicaments courants, soins courants aux travailleurs et à leurs familles dans leurs infirmeries ou cabinets d'entreprise.
- **Les salariés affiliés à la caisse de sécurité sociale bénéficiaires des prestations couvertes** : La caisse de sécurité Sociale prend en charge les accidents de travail et les maladies professionnelles dont sont victimes les travailleurs. Suite à un accident du travail, les consultations, les médicaments, les analyses, les interventions chirurgicales et toutes interventions nécessaires, sont couverts à 100%. En outre la caisse dispose de centres de protection maternelle et infantile qui fournissent aux mères de famille bénéficiaires des prestations suivantes : consultations pré et post natales ; vaccinations ; récupération nutritionnelle et planning familial.
- **Les accidentés de la circulation** : Le fonds de garantie automobile couvre les accidentés de la circulation dont les auteurs civilement responsables n'ont pas été identifiés ou ne disposent pas de police d'assurance et ne sont pas non plus en mesure d'honorer les frais consécutifs à cet accident. Le fonds est alimenté grâce à un prélèvement de 2,5% sur chaque police d'assurance automobile

2.2.1.2- Les dispositifs d'exemption et d'assistance en faveur de couches sociales particulières

Ces systèmes présentent un caractère discriminatoire en faveur de couches sociales vulnérables. Ils se réfèrent soit à la situation sociale particulière des bénéficiaires (pauvreté) soit à l'objectif de combattre voire d'éradiquer une maladie ou une affection particulière qui menace la santé de la communauté (VIH/SIDA, Tuberculose, paludisme, etc.). Plusieurs initiatives ont été mises sur pied dont notamment :

- ❖ **L'assistance aux personnes atteintes d'affections particulières** : Les personnes atteintes de tuberculose et de lèpre bénéficient de soins gratuits pour ces affections. Les femmes enceintes bénéficient dans les 5 régions les plus pauvres des accouchements gratuits depuis 2005. La disposition a été élargie en 2006 aux autres régions (sauf Dakar) mais uniquement pour les césariennes. De plus, les aveugles et les membres de leur famille bénéficient d'une prise en charge gratuite et totale des soins dans les structures sanitaires publiques⁷. Aussi, l'État subventionne-t-il la prise en charge de certaines maladies coûteuses comme le Diabète, les Cancers, les cardiopathies, le Sida (prise en charge des ARV) et l'insuffisance rénale afin de les rendre plus accessibles.
- ❖ **L'assistance aux indigents et/ou cas sociaux**: Les autorités administratives compétentes de même que les Maires des communes, sont chargés de délivrer des certificats d'indigence qui donnent droit à des exemptions au niveau des structures publiques de

⁷ Cf. Lettre circulaire N°06530/MSPM/CAB/SG en date du 04 novembre 2004

santé selon la loi n°62-29 du 26 mars 1962. Cependant, ce dispositif pose certaines difficultés dans son application qui tiennent aux lourdeurs administratives, aux réticences de certains prestataires, à la non connaissance par les indigents de ces dispositifs.

Par ailleurs, une note de service N°006058/MSPM/DS/DSSP du 06 septembre 2005 a été initiée pour rappeler aux responsables de l'offre publique de soins une disposition du *Guide national du Comité de Santé* qui propose que :

- 10% des recettes issues des prestations soit affecté à la prise en charge des cas sociaux d'une part,
- 5% des bénéfices réalisés sur la vente de médicaments soit affecté à la solidarité, d'autre part.

Malgré cela, cette disposition ne semble pas faire l'objet d'une application systématique au niveau des structures sanitaires du fait de son caractère non obligatoire.

Aussi, la loi N° 96-07 sur la décentralisation donne compétence aux collectivités locales pour tout ce qui a trait à l'organisation et à la gestion de secours au profit des nécessiteux. Ainsi, chaque collectivité locale dispose d'une ligne budgétaire pour cette rubrique mais elle ne concerne pas uniquement la santé. Il peut s'agir de dons alimentaires ou d'aides d'urgence pour des besoins médicaux ou non. En réalité, il est difficile de trouver des cas documentés où cette ligne budgétaire a servi à la prise en charge de cas sociaux en matière de soins.

Depuis 2002, un fonds de solidarité nationale a été créé par le décret n° 2002/828 dont une des missions est d'aider à l'accès aux soins de santé des personnes défavorisées. Le Ministère de la Santé au départ, est membre du Conseil d'Orientation qui statue sur toutes les questions relatives à l'orientation des interventions du fonds. Mais depuis son transfert du Ministère du développement social et de la Solidarité nationale vers le Ministère de l'Agriculture, sa gestion échappe au Ministère de la Santé et de la Prévention médicale.

Ce fonds est alimenté par une dotation annuelle inscrite dans le budget de l'État et d'autres contributions provenant des partenaires au développement et des collectivités locales. La loi des finances 2006 prévoit ainsi une dotation de 500 millions de Francs Cfa.

Enfin, la Direction de l'Action Sociale a mis en place depuis 2003 une ligne budgétaire utilisée comme fonds de solidarité en assistance aux cas sociaux. Le montant est passé de 45 millions annuellement à 75 millions pour l'exercice 2007. Le dispositif de prise en charge initialement limité aux cas à traiter dans les 4 grands hôpitaux de Dakar (Principal, Dantec, Fann et CTO) est en train d'être étendu aux établissements hospitaliers dans les autres régions. La première étape d'extension s'est opérée en 2006 et a concerné les hôpitaux de Tambacounda, Ourossogui, Kolda et Kédougou. En 2007, le projet devra couvrir l'ensemble des régions du Sénégal.

Toutefois, il convient de souligner l'écart existant entre le nombre de bénéficiaires de l'Action sociale et la population potentielle : 1714⁸ dossiers satisfaits au titre de l'aide en faveur des familles démunies sur une population éligible de 215 760 ménages pauvres soit un taux de couverture de 0,9%. Les lignes budgétaires qui existent au sein de centres et postes de santé restent insuffisantes.

⁸ Le document provisoire de Stratégie nationale de Protection Sociale et gestion des risques évoque 585 dossiers satisfaits en octobre 2005. Cependant, il faut signaler que ce chiffre a connu une nette amélioration en 2007 avec 1714 dossiers satisfaits au total (Source : Direction de l'Action Sociale).

- ❖ **L'assistance aux groupes vulnérables et le projet SESAME** : Les systèmes de solidarité pour l'accès aux soins des groupes vulnérables préconisés dans le cadre de la mise en œuvre du PDISII trouvent leur concrétisation à travers le Projet de Mise en Œuvre du *Système de Solidarité SESAME en faveur des personnes âgées de 60 ans et plus*. Ce projet fait bénéficier aux personnes âgées d'une couverture médicale pour des soins gratuits dans les hôpitaux, centres et postes de santé sélectionnés sur le territoire national. Ce dispositif a démarré le 1^o septembre 2006 et concerne 450 000 personnes supplémentaires qui auparavant n'avaient pas de couverture médicale.

2.2.2- Régimes contributifs

Les régimes contributifs sont de deux ordres principalement notamment ceux à caractère obligatoire qui couvrent les salariés du secteur privé, les retraités et agents non fonctionnaires de l'Etat, et ceux à caractère volontaire qui reposent particulièrement sur les Mutuelles de santé et les Assurances privées.

2.2.2.1- Régimes contributifs d'assurance à caractère obligatoire

Ces régimes contributifs d'assurance maladie à caractère obligatoire renvoient à deux instruments :

- ❖ **Les Institutions de prévoyance maladie (I.P.M)** : Elles ont été créées par la loi 75-50 du 3 Avril 1975 au bénéfice des travailleurs du secteur privé et aux membres de leurs familles. La création d'une I.P.M est obligatoire pour toute entreprise employant plus de 100 personnes ; celles qui en emploient moins doivent se regrouper dans une I.P.M inter entreprise ou adhérer à une I.P.M déjà autorisée. Les règles de fonctionnement des I.P.M sont définies par le décret 75-895 du 14 août 1975.

Les garanties offertes portent sur une prise en charge partielle, à des taux variables d'une I.P.M à une autre (de 40 à 80% de couverture) des frais médicaux : consultations ; pharmacie ; hospitalisation ; actes médico-techniques.

Les cotisations sont fixées à 3% du salaire fiscal plafonné à 60.000 FCFA. La cotisation de l'employeur étant au moins équivalente à celle du salarié. Cependant, ces paramètres semblent plus respectés par les IPM du fait de leur caractère inadaptés au contexte actuel.

- ❖ **L'Institution de Prévoyance Retraite au Sénégal (IPRES)** : Les retraités du secteur privé et des agents non fonctionnaires de l'Etat et leurs familles bénéficient d'une couverture médicale contributive par le canal de l'Institution de Prévoyance Retraite au Sénégal (IPRES), mise en place par décret en 1975. Dans ce régime, une cotisation maladie est régulièrement prélevée sur les pensions et en contre partie l'IPRES couvre partiellement les frais médicaux de ses bénéficiaires.

Au début des années 90, l'I.P.R.E.S, confrontée à des difficultés, a instauré un régime contributif obligatoire qui s'est traduit par un prélèvement de 2% opéré sur les pensions de tous les retraités. La couverture offerte en contrepartie porte sur la prise en charge de 80% des frais d'hospitalisation dans les structures publiques de Santé et prestations médicales gratuites offertes au niveau du centre médico-social de l'institution : consultation, radios (scanner exclu), analyses, soins dentaires et médicaments fournis (dans la limite des stocks disponibles).

2.2.2.2- Régimes contributifs d'assurance à caractère volontaire

Le recours à ces régimes correspond à une exigence pour les populations de supporter elles-mêmes les coûts liés à leur prise en charge médicale. Ainsi, à côté des assurances privées accessibles à nombre limité de ménages, s'est développé un modèle de prise en charge communautaire basé sur la solidarité et le partage des risques communément appelé Mutuelle de Santé.

- ❖ **Les mutuelles de santé** : Les mutuelles de santé couvrent le risque maladie, au premier franc ou de façon complémentaire, pour toutes les couches de la population. La loi n° 2003-14 du 4 juin 2003 relative aux mutuelles de santé définit le cadre juridique. La garantie est variable suivant les types de mutuelles même si les soins de base sont généralement privilégiés par les mutuelles communautaires.

Pour renforcer le développement des mutuelles de santé, le MSPM a élaboré avec les acteurs de l'environnement, un plan quinquennal stratégique de développement des mutuelles de santé dont les principaux axes ont été intégralement adoptés dans le document de stratégie nationale de protection sociale et le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté. Ces principaux axes stratégiques sont :

1. Développement des Capacités d'Implantation, d'Organisation et d'Extension des Mutuelles de santé ;
2. Renforcement des Capacités des Acteurs du Développement des Mutuelles de Santé ;
3. Mise en place d'un Plan de Communication pour la Promotion des Mutuelles de santé ;
4. Mise en Place et Développement de Partenariats Effectifs entre les Acteurs de la Mutuelle de Santé ;
5. Renforcement de l'Appui de l'État au Développement des Mutuelles de Santé

- ❖ **Les Assurances privées à but lucratif** : Les assurances privées sont régies par le code interafricain du marché des assurances (C.I.M.A). Elles couvrent en règle générale des particuliers qui ont un niveau de revenus assez élevé : membres des professions libérales, industriels, cadres de haut niveau dans des entreprises étrangères et commerçants. Les contrats d'assurance sont offerts sous forme de paquets et peuvent être considérés comme des produits d'appel offerts aux grosses entreprises qui souscrivent des polices d'assurances pour d'autres sinistres (incendie, vol, responsabilité civile,).

Tableau 1. Estimation du nombre personnes couvertes contre le risque maladie⁹

Régime d'assurance maladie	Personnes couvertes	Organismes gestionnaires	Nombre de contributeurs	Nombre bénéficiaires	Pourcentage de personnes couvertes par l'assurance maladie par rapport à la population totale
Régime non contributif	Fonctionnaires	Min Finances	71 000	355 000	3%
	Salariés des grandes entreprises privées (médecine d'entreprise)	DRH entreprises			
	Les étudiants	COUD		33 000	0,31%
	les agents des collectivités locales	Min Finances	8 500	42 500	0,40%
	Accidentés de la circulation	Fonds de garantie		140	
	Les salariés affiliés à la caisse de sécurité sociale	CSSS	115 322	115 322	
Dispositifs d'exemption	Indigents	Autorités administratives		2 415 000	
	Personnes atteintes de tuberculose	Programme tuberculose		9 777 tuberculeux & lépreux	
Régimes contributifs volontaires	Membres des mutuelles de santé	mutuelles de santé	65 804	421 670	4,02%
	Salariés du secteur privé et des organismes internationaux	Assureurs privés	2 500	15 000	0,14%
Régimes contributifs obligatoires (IPM)	Salariés du secteur privé*	IPMs	88 922	400 149	3,81%
	Les retraités du secteur privé et les agents non fonctionnaires de l'État		149 000	670 000	6,38%
TOTAL**				1 937 319	18,45%

* Estimation à partir du fichier IPRES

** Hors accidents du travail et maladies spécifiques

2.3- DYNAMIQUE DE DEVELOPPEMENT DES MUTUELLES DE SANTE AU SENEGAL

Malgré leur apparition récente au Sénégal, les Mutuelles de santé ont connu un essor rapide durant ces deux dernières décennies. De 19 mutuelles de santé fonctionnelles répertoriées lors de l'inventaire de 1997, le nombre de mutuelles de santé fonctionnelles est passé à 28 en 2000, puis à 79 en 2003. Actuellement, on dénombre pas moins de 142¹⁰ Mutuelles de santé fonctionnelles et disséminées à travers toute l'étendue du territoire national.

Tableau 2 : Evolution des MS au Sénégal¹¹

	1997	2000	2003	2007
<i>Dakar</i>		10	23	42
<i>Diourbel</i>			4	10
<i>Fatick</i>			3	3* ¹²
<i>Kaolack</i>		1	8	19
<i>Kolda</i>				2
<i>Louga</i>			6	8
<i>Saint-Louis</i>		2	7	9
<i>Tamba</i>			1	1*
<i>Thiès</i>		15	27	42
<i>Ziguinchor</i>			3	6
<i>Matam</i>	-	-	-	-
<i>Sénégal</i>	19	28	79	142

Sources : Inventaire 2003/Concertation et notre estimation pour 2007

⁹ Ces informations ont été fournies par la CAFSP/Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale.

¹⁰ Estimation faite sur la base des informations recueillies auprès des Unions des MS et de la CAFSP

¹¹ Les estimations sont faites à partir d'informations recueillies auprès des Réseaux de MS et de la CAFSP. Elles ne concernent que les Mutuelles fonctionnelles y incluses celles qui traversent une période difficile en ce moment.

¹² * Pas d'informations actualisées les concernant

On distingue trois grandes phases dans l'évolution du mouvement mutualiste notamment :

- **une phase de naissance** qui correspond aux premières expériences mutualistes avant 1994 initiées en milieu urbain sénégalais avec la création en 1973 d'une mutuelle de santé par les travailleurs de la SOCOCIM. La seconde initiative en milieu urbain viendra des corps constitués avec la création en 1985 de la mutuelle de l'Armée Sénégalaise. Il faudra attendre cinq ans après pour voir la naissance d'une mutuelle de santé en milieu rural notamment celle de Fandène, appuyée par le Diocèse de Thiès et l'hôpital St Jean de Dieu. Celle-ci sera suivie entre 1990 et 1993 par l'essaimage des mutuelles de santé dans la région de Thiès, où certaines communautés, convaincues de l'expérience de Fandène, ont essayé et réussi à mettre sur pied leur propre mutuelle de santé (*effet de démonstration par les paires*)
- **une phase de diffusion** comprise entre 1994 et 1998 qui voit la dissémination de la mutualité vers les autres régions du pays où commencent à naître des mutuelles et où également d'anciens systèmes de type communautaire et fonctionnant sur des principes d'entraide et de solidarité, commencent à être codifiés pour se transformer en mutuelles de santé.

Cette phase est surtout marquée par les actions du programme ACOPAM/BIT qui s'investit pour une meilleure connaissance et une diffusion plus large de l'expérience mutualiste. De même, le CESAG commence à développer des études pour analyser ces systèmes afin de mieux faire connaître leur fonctionnement et leur portée. Dans la région de Dakar, l'appropriation progressive du principe de la mutualité se traduit par la mise en place de mutuelles en s'appuyant sur le capital social et les capacités d'organisation du mouvement associatif : enseignants, associations communautaires, groupement féminins, groupements d'épargne et de crédit (*schéma de micro-finance*). Les mutuelles d'enseignants ont joué le rôle de locomotive du développement mutualiste dans la région de Dakar.

- **une phase d'engagement et de promotion** depuis 1998 qui connaît l'implication d'un nombre de plus en plus important d'acteurs issus de la communauté nationale et de la communauté internationale dans la promotion et le développement des mutuelles de santé. Elle fait suite à la plate-forme d'Abidjan à partir de 1998.

Cette phase est marquée à ses début par un fort engouement des populations et des organismes de développement nationaux et internationaux vers les initiatives mutualistes, appuyé par une volonté politique de l'Etat qui a mis en place une cellule d'appui aux mutuelles de santé, la CAMICS devenue CAFSP par la suite.

Les interventions des structures d'appui à côté de l'Etat à travers des programmes d'appui au développement des Mutuelles de santé (STEP/BIT, USAID¹³, PROMUSAF, GTZ, ENDA-GRAFF, etc.) ont fortement contribué à la diffusion des connaissances en matière de mutualité à travers la publication de brochures d'information, de manuels, l'organisation d'ateliers de formation et de journées de sensibilisation, en appui à la politique définie par le Gouvernement du Sénégal.

¹³ A travers différents programmes en l'occurrence PHR, PHRplus, FPS

Aujourd'hui, le mouvement mutualiste continu de s'enrichir avec l'avènement de nouveaux partenaires (Coopération belge, ONG, etc.). Cette phase marque le début d'un processus de structuration du mouvement mutualiste au Sénégal avec la création des réseaux à l'échelle des régions qui s'investissent dans le développement de systèmes de support pour appuyer la promotion, la mise en place et la gestion des mutuelles de santé entre autres.

Cependant, il faut reconnaître qu'en dépit de leur contribution significative dans la couverture maladie des populations, les Mutuelles de Santé sont frappées par plusieurs difficultés dans leur fonctionnement parmi lesquelles on peut retenir :

- la faible pénétration des populations cibles
- la faiblesse de la capacité contributive des membres, surtout dans les mutuelles communautaires
- la faiblesse des mesures de gestion des risques liée aux insuffisances dans la conception des mutuelles de santé
- le bénévolat des membres des organes de gestion et l'irrégularité des rencontres des organes de gestion
- l'insuffisance de la formation en gestion administrative et financière des administrateurs

En regard de ces difficultés, les défis à relever semblent de moins en moins s'orienter en priorité vers l'augmentation de leur nombre mais il s'agit désormais de trouver des mécanismes appropriés pour l'amélioration de leur gestion interne et le renforcement de leur base sociale.

III- COUVERTURE DES INDIGENTS ET GROUPES VULNERABLES A TRAVERS LES MUTUELLES DE SANTE

Dans le paysage actuel des systèmes d'assurance maladie, les Mutuelles de Santé ont réussi à se faire une place prépondérante reconnue par tous grâce aux fonctions sociales qu'elles assument pour les communautés et qu'elles ont bâties à partir de valeurs de solidarité et d'entraide particulièrement ancrées dans les traditions courantes au Sénégal. Dans cette posture, certaines d'entre elles n'ont pas tardé à élargir leurs options sur les mécanismes de fonctionnement pour faciliter l'accès aux services qu'elles offrent à des catégories sociales particulières. Le développement de schémas de prise en charge d'indigents ou groupes sociaux vulnérables participe de cette dynamique qui, du coup, offre aussi à ces MS une bonne opportunité de renforcement de leur base sociale et surtout de leur stabilité économique (financière).

Les expériences répertoriées à travers le pays sont le fait d'une quinzaine de mutuelles de santé de type communautaire au 1^{er} franc¹⁴ à l'exception d'une seule de type complémentaire. Les schémas de prise en charge des indigents mis sur pied reposent, tous, sur un système de parrainage des bénéficiaires mais avec un mode de fonctionnement, de financement et de choix des cibles variable d'une Mutuelles de santé à une autre. Si dans certains cas, la MS

¹⁴ C'est une mutuelle de santé dont les membres ne bénéficient d'aucune autre couverture en dehors de celle offerte par leur mutuelle de santé. Contrairement à la mutuelle de santé complémentaire où les membres bénéficient déjà d'une couverture maladie mais cherchent à supporter solidairement le différentiel à leur charge (contrepartie) ou parfois pour prendre en charge un paquet de bénéfice non couvert par le régime d'assurance auquel ils sont affiliés. C'est l'exemple de Faggu mise en place par les retraités qui bénéficient déjà du régime de l'IPRES.

n'est qu'un moyen jugé plus approprié par un acteur extérieur pour véhiculer des subsides au bénéfice de sa propre cible, dans d'autres cas l'initiative provient d'une décision interne à la MS et participe d'une stratégie soit pour sécuriser la MS soit pour manifester une solidarité à l'égard d'individus défavorisés par une situation ou un statut social particulier.

Ces MS se montrent ainsi à travers plusieurs profils déterminés par les conditions de leur création, la nature des cibles et les opportunités de collaboration que leur offrent leur environnement.

Par ailleurs, il convient de souligner que la notion d'« indigent » est rarement utilisée dans la terminologie officielle pour caractériser les catégories sociales particulières affectées par la pauvreté et en besoin d'assistance. Dans le DSRP II, ce terme n'apparaît nulle part en raison sans doute des risques de stigmatisation éventuelle. C'est la notion de vulnérabilité qui est préférée pour caractériser cette cible. Ainsi, la vulnérabilité se définit en termes de risques particuliers et d'exposition des populations à ces risques. Elle traduit la probabilité d'une personne, qu'elle soit pauvre ou non, à subir une perte significative de bien-être en conséquence d'un changement de situation (ou d'un choc). L'analyse de la vulnérabilité porte donc tant sur la nature des forces agissant sur le bien être d'une personne que sur son aptitude sous-jacente à se protéger des risques et des chocs auxquels elle est exposée.

Dès lors, il est établi une corrélation fonctionnelle entre la pauvreté et la vulnérabilité. La situation de pauvreté accroît la vulnérabilité du fait du manque de revenus disponibles pour payer les services essentiels en temps de survenance d'un choc et l'impossibilité de recours à l'épargne, à l'emprunt et à des réseaux de solidarité. La vulnérabilité à son tour, renforce la pauvreté.¹⁵ En effet, certaines catégories sociales du fait de l'insuffisance de revenus et de capital social sont plus exposées que d'autres quand surviennent certains chocs collectifs ou individuels (maladies, catastrophes, etc.) ; ce qui les expose et/ou les maintient dans la pauvreté.

C'est dans cette logique que le Gouvernement a opté pour une stratégie d'appui aux groupes vulnérables avec comme cibles principales : les handicapés, les femmes en situation de vulnérabilité, les enfants en situation de vulnérabilité, les jeunes, les travailleurs atypiques, les réfugiés et rapatriés, les aînés, les personnes vivant avec des maladies chroniques (VIH Sida, insuffisances rénales, Diabète, cancer,...) et les personnes déplacées. Ici la notion de vulnérabilité couvre un champ assez global en ce sens qu'elle se réfère à des paramètres qui vont au-delà de la pauvreté notamment l'handicap physique, le genre, le statut spécifique de certaines personnes. Par contre, au niveau des mutuelles de santé c'est la situation de pauvreté qui reste le paramètre de base pour caractériser l'indigent ou la personne en situation de vulnérabilité.

3.1- DESCRIPTION DES MS ET DE LEUR SCHEMA DE COUVERTURE DES INDIGENTS

3.1.1- Mutuelle de Santé Jaata Kéria

3.1.1.1- Naissance et évolution de la Mutuelle

Jaata Kéria est une mutuelle de santé de type communautaire fondée le 04 mai 2003 par des habitants du quartier de Kandé dans la commune de Ziguinchor. Avec 250 adhérents enregistrés au moment de son AG constitutive, elle a connu un rythme de croissance appréciable au terme de trois ans d'exercice. Elle compte à ce jour 3031 membres dont 2546 par adhésion individuelle et 471 par adhésion familiale. Les bénéficiaires sont au nombre de 5106 personnes. L'évolution de la Mutuelle s'est aussi traduite au plan géographique avec une zone de couverture passant du quartier à la commune et son hinterland rural.

¹⁵ Voir le DSRP II, p 18

La mise en place de la MS a été suscitée par l'ONG PACTE qui avait déjà entrepris à la fin des années 90 une étude de faisabilité dans la commune de Ziguinchor révélant l'engouement des populations à agir solidairement pour prendre en charge leurs problèmes de santé. La situation de pauvreté accentuée par le conflit casamançais, d'une part et le drame du bateau le joola en septembre 2002, allaient accélérer le processus de mise en place de la mutuelle avec l'appui financier de l'Union Européenne et du PHR plus/USAID à travers leur accord de partenariat avec l'ONG PACTE.

Les idées d'entraide communautaire et de solidarité familiale devraient servir de socle pour trouver les réponses appropriées à leurs préoccupations d'accéder à des soins de santé.

Un groupe porteur de huit membres fut identifié et au sein duquel étaient représentés les jeunes, les femmes, les adultes, les plus âgés, les religieux et les élus locaux entre autres.

Les acteurs impliqués dans la création de la MS sont d'abord la communauté à travers ses différentes composantes (délégué du quartier, les jeunes, les femmes, les adultes, les personnes âgées, les religieux, etc.), le ministère de la Santé à travers la CAMICS, les ONG et les partenaires au développement.

Les membres de la communauté sont à la fois bénéficiaires et porteurs du projet de la MS. Avec l'appui des partenaires technique et financier, ils ont mis en place un groupe d'initiative représentatif de toutes les catégories sociales parties prenantes à qui ils ont assigné la mission de piloter les différentes étapes du processus de mise en place de la MS. Les étapes suivantes ont marqué ce processus :

- mise en place du groupe d'initiative ou groupe porteur
- campagne de sensibilisation sur la MS (pourquoi, quoi, qui, comment ?, etc.)
- formation du groupe porteur
- recueil des intentions d'adhésion

Le déroulement de cette approche a permis l'élaboration consensuelle du projet des statuts et des règlements intérieurs, du projet de budget et ensuite la tenue de l'assemblée générale constitutive qui consacra la naissance de la MS et l'adoption de sa dénomination.

Le ministère de la santé à travers la CAMICS a soutenu l'initiative par la mise à disposition d'informations et l'appui en formation pour le groupe porteur.

L'Union Européenne et le PHR plus/USAID ont soutenu financièrement l'intervention à travers l'ONG PACTE qui a été le principal partenaire technique à la base de l'animation du processus de mise en place la MS.

La population cible est essentiellement composée de ménages à faibles revenus tirés de la vente de produits des activités agricoles et de cueillette. La région de Ziguinchor, réputé jusqu'à un passé récent comme zone hors critères de pauvreté, est créditée aujourd'hui du taux de pauvreté le plus élevé du Sénégal, 67%. Celui-ci dépasse la moyenne nationale qui est de 57%. Cela est à mettre en rapport avec la situation de crise entretenue par le conflit armé dans cette partie sud du pays qui a duré plus de 25 ans.

La zone de Ziguinchor, moins proche des terrains de confrontation est devenue un pôle d'accueil de milliers de familles déplacées avec comme conséquences l'augmentation de la taille des ménages et l'accentuation de la promiscuité, l'augmentation de la pression sur le foncier agricole du fait du rétrécissement des surfaces cultivables en raison de la présence de mines antipersonnelles dans les champs.

3.1.1.2-Propriétés et paramètres de la gestion de la MS

La mutuelle a adopté dans ses statuts un mode d'adhésion familiale mais avec une cotisation individuelle. Les droits d'adhésion sont fixés à 1000 F et la cotisation par ayant droit et par mois est de 175 F. Le paquet de bénéfice comprend :

Résumé du paquet de bénéfices de mutuelle de santé

Services offerts	Taux de prise en charge
Soins primaires	80%
Planification familiale	80%
Hépatite B	80%
Consultations et extractions dentaires	80%
Accouchement	80%
Analyse	80%
Médicaments	60%

Le pallier de prise en charge au niveau de l'offre de soins est limité aux postes et centres de santé avec lesquelles la mutuelle a signé une convention. Ainsi, un ticket modérateur à hauteur de 20% du coût est applicable à l'hospitalisation, l'analyse et le ticket de visite. Il est de 40% en ce qui concerne les médicaments dont les prescriptions doivent porter prioritairement sur les médicaments essentiels génériques (Initiatives de Bamako). Autrement dit, la mutuelle supporte pour les soins les 80% et pour les médicaments les 60% et le patient supporte le reste conformément au principe du tiers payant.

Chaque adhérent dispose d'un carnet de membre avec les photos des ayant droit. Une lettre de garanti est fournie par la mutuelle au moment du besoin sur présentation du carnet de membre. Ce carnet permet de vérifier si le membre est à jour de ses cotisations d'une part et d'autre part si le malade fait bien partie des ayant droit. Des conventions sont signées avec les structures de santé et les pharmacies qui précisent les modalités de prise en charge du malade et le mécanisme de compensation. Les factures sont accompagnées par les photocopies des pièces attestant des soins reçus ou l'ordonnance pour les médicaments. Le règlement de ces factures est effectué à la fin de chaque mois après vérification de leur conformité.

La mutuelle a conventionné avec 2 centres de santé, 11 postes de santé 5 pharmacies situés dans la ville de Ziguinchor et ses environs. Ces conventions ne sont pas assujetties au dépôt d'une caution sauf pour 2 structures de soins Kandé 1 et Kandé 2 respectivement pour un montant de 75000 F et 50000 F.

Les délais de paiement des factures ayant toujours été respectés, la mutuelle a réussi à entretenir de bons rapports de collaboration avec ces prestataires grâce à la confiance et à la crédibilité acquise à leur égard.

D'autres partenariats marquent actuellement la vie de la mutuelle et concernent en l'occurrence l'ONG CCF à travers sa composante Eluup Annil, l'ONG PACTE, les programmes de l'USAID et la Région médicale. Les relations avec les organisations communautaires ne s'opèrent pas sous une forme institutionnalisée. Le recours est fait à ces organisations lorsqu'il s'agit d'identifier ou de sélectionner la représentation du groupe cible auquel celles-ci s'identifient (ASC pour les jeunes, GPF pour les femmes, ou autres types d'associations, etc.). Dans ces cas, ce n'est pas l'OCB qui est ciblée mais c'est le genre. Cette relation intervient au moment des activités d'animation et de sensibilisation.

La collaboration avec Eluup Annil est régie par un protocole d'accord signé depuis le 1^{er} juin 2004 dans lequel l'ONG PACTE a été cosignataire au titre de partie garante. En effet, l'article 7 dudit protocole stipule que tout litige au cours de son exécution sera réglé à l'amiable, dans le cas contraire l'arbitrage de la partie garante sera sollicité ou soumis à l'autorité judiciaire compétente.

L'objet de ce protocole porte sur l'intégration des enfants du projet Eluup Annil dans la mutuelle pour leur couverture maladie. En retour le projet Eluup Annil s'est engagé à verser les droits d'adhésion et les cotisations à la mutuelle au moins trois mois à l'avance.

En plus, la mutuelle s'appuie sur le dispositif organisationnel de ce projet pour mener ses activités de proximité : animation communautaire, campagne de sensibilisation, élargissement de la base sociale de la MS, accès aux services offert par la MS.

Par ailleurs, depuis sa création à maintenant, la mutuelle est parvenue à assurer une couverture de toute la demande dans la limite du paquet de bénéfice offert avec à titre illustratif 1631 patients pris en charge en 2006 pour un coût total de 2 996 914 FCFA.

3.1.1.3- Description du schéma de prise en charge des indigents

Le schéma de prise en charge des indigents retenu par la mutuelle est d'assurer un statut particulier aux enfants parrainés par Eluup Annil/CCF. Le droit d'adhésion appliqué au projet pour chaque enfant est de 100 FCFA contre 1000 FCFA lorsqu'il s'agit d'une famille. Cependant, la cotisation mensuelle est restée la même que pour tout autre ayant droit de la mutuelle (175 FCFA). Par ailleurs, la mutuelle doit s'impliquer dans l'accompagnement et le suivi des enfants parrainés.

L'initiative de prise en charge des indigents est née d'une proposition faite par le Président de la mutuelle aux responsables du CCF au cours d'une réunion du bureau exécutif du projet à laquelle il a pris part. Pareil moment ne pouvait être plus favorable dans la mesure où la prise en charge directe du volet santé par le CCF à travers le projet Eluup Annil commençait à susciter des interrogations sur l'efficacité du mode de gestion et sa lourdeur. Le Président de la mutuelle, M. Souleymane Mbaye, bien connu pour sa réputation et son engagement en faveur de la cause des enfants et des pauvres, a sauté sur l'opportunité en positionnant sa mutuelle comme moyen ou cadre le plus approprié pour alléger les charges de gestion au CCF sur ce volet santé, réduire le coût financier, assurer une meilleure implication de la communauté dans la prise en charge de la santé de leurs enfants.

La proposition du Président, jugée pertinente, a été accueillie favorablement et par conséquent la décision fut prise d'en étudier les modalités pratiques avec les responsables de la mutuelle. Après compte rendu aux membres du Conseil d'administration de la mutuelle, mandat a été donné à son bureau exécutif de poursuivre les discussions pour la finalisation et la réalisation du programme de partenariat entre la mutuelle et le PDEF 4036 Eluup Annil.

Les acteurs impliqués dans la mise en œuvre du schéma de prise en charge des enfants parrainés sont principalement les responsables de la mutuelle (PCA, Vice Président et le Secrétaire), les responsables du projet Eluup Annil, les travailleurs sociaux du CCF (TS), les parents des enfants parrainés, les autorités locales ou leaders communautaires (délégués de quartier/chef de village, notables, élus locaux).

L'identification des bénéficiaires se fait d'abord sur une base familiale. A la suite d'une étude de faisabilité effectuée par le projet/CCF pour déterminer les zones prioritaires à couvrir, une

équipe composée des responsables du CCF, de la mutuelle, et des leaders communautaires concernés est constituée afin de présélectionner les familles qui répondent le plus aux critères de pauvreté dégagés par l'étude.

Cette même équipe est mobilisée pour effectuer des visites auprès des familles présélectionnées qui seront informées de l'objet du projet. C'est le moment de recueillir la manifestation d'intérêt des parents pour l'enrôlement de leurs enfants et leur engagement à se plier aux conditions de fonctionnement du projet. Un quota de 1 enfant par ménage est fixé sauf pour les ménages polygames où on accepte de prendre un enfant pour chaque épouse. Ensuite, un formulaire est administré au ménage pour recueillir des informations relatives au profil de l'enfant ou des enfants proposés, caractéristiques du domicile, la situation familiale, les revenus de la famille, etc. Ce formulaire se termine par l'engagement du tuteur à se soumettre aux conditions posées par le projet.

Ainsi, l'identification des enfants bénéficiaires suit un processus qui se décline en quatre principales étapes :

- une étude sur le profil de pauvreté des zones cibles du projet CCF. Cette étude permet de sélectionner les quartiers et villages à retenir dans le projet,
- une présélection des ménages potentiels bénéficiaires selon une démarche participative : réunion avec les informants clefs : délégué de quartier : chef de village, notables, travailleurs sociaux et responsables du projets,
- une descente au niveau des ménages pour la sélection provisoire des enfants bénéficiaires
- une réunion pour la sélection finale entre les responsables de la MS et le staff du projet

Les critères d'éligibilité au schéma sont définis par le CCF et portent essentiellement sur le statut d'enfant âgé de 03 à 09 ans et présentant l'une des caractéristiques suivantes :

- membre d'un ménage démuné dont le revenu est inférieur à 50 000F,
- orphelin,
- handicapé,
- déplacé.

Toutefois, il faut noter que le choix de ces caractéristiques découle d'un processus participatif où ce sont les populations elles-mêmes qui ont mis en exergue les différentes formes de manifestation de la pauvreté dans les zones cibles. Les rencontres tenues à cet effet, ont connu la participation de la plupart des acteurs partie prenante de la mise en œuvre du schéma parrainage.

La mise en place du schéma ne fait l'objet d'aucune perception négative ni de la part des bénéficiaires, ni de la part des autres membres de la communauté. Tout au contraire la plupart des ménages, même s'ils ne remplissent pas les critères, aspirent à en bénéficier. C'est perçu en réalité comme un privilège qui est d'abord associé au statut de l'enfance considérée comme catégorie vulnérable en besoin d'être assistée quelque soit la situation particulière dans lequel l'enfant vit.

Par ailleurs, la mutuelle ainsi que les autres acteurs impliqués dans le processus d'identification, assurent un rôle de contrôle social pour le respect et l'application correcte de ces critères.

Dans la phase de suivi des enfants, la mutuelle s'appuie sur le dispositif opérationnel du CCF qui fonctionne selon le schéma basé sur l'organisation de tous les parents des enfants parrainés en cellules et en zones animées par un bureau élu à chaque niveau. Une cellule comprend 22 membres au minimum et 30 au maximum. Le bureau comporte un Président, un secrétaire, une mère guide et un trésorier. Les responsables de cellule assurent les liaisons avec la mutuelle soit directement ou par le biais des responsables de zone ou des Travailleurs Sociaux. La cellule a en charge le suivi de proximité des enfants et doit rester alerte vis-à-vis des manquements qui peuvent surgir soit du côté de la mutuelle soit du côté des parents. Le président du bureau et la mère guide assistent particulièrement les parents en cas de maladie pour l'obtention de la lettre de garantie.

Chaque cellule se réunit une fois par mois pour faire le point sur la situation des enfants pour en rendre compte, au besoin, aux responsables du projet au cours des rencontres de zone. Les membres de cellule qui ne participent pas régulièrement aux réunions sans motif valable courent le risque de voir leur enfant exclu du schéma de parrainage. Certains parents se sont vus appliquer cette sanction pour servir d'exemple aux autres même si cela reste des cas rares.

Les cellules qui partagent la même aire géographique, selon le découpage du CCF, forment une zone où elles se font représenter par leur président. Chaque zone est animée par un président élu avec l'appui d'un travailleur social affecté par le CCF. Le Président de la mutuelle de santé participe aux réunions de zone. Cette instance zonale est un cadre utilisé par la mutuelle pour faire :

- le partage d'informations sur la mutuelle
- la restitution du bilan d'activités,
- la sensibilisation surtout sur la prévention médicale et les avantages de la mutuelle,
- la vulgarisation des produits de la mutuelle, etc.

Toutefois, la mise en œuvre du schéma de parrainage a surtout l'avantage de permettre à la mutuelle :

- renforcer sa stabilité financière,
- élargir régulièrement sa base sociale,
- renforcer sa crédibilité auprès des prestataires,
- se protéger contre les risques liés au retard ou déficit de recouvrement des cotisations

3.1.2- Mutuelle de Santé Fandène

3.1.2.1- Naissance et évolution de la mutuelle

La mutuelle de santé de Fandène est de type communautaire au 1^{er} franc. Elle a vu le jour en janvier 1989 et compte actuellement 1319 membres dont 519 par adhésion familiale et 800 enfants parrainés par le PDEF/CCF soit 4310 bénéficiaires. Son siège est basé dans le village dont elle porte le nom, situé à environ 5 km de la commune de Thiès.

L'idée de création de la mutuelle remonte en 1985 mais elle n'a pu se concrétiser qu'en 1989 grâce aux initiatives combinées du Curé de la Paroisse Saint Marcel de Fandène, le Conseil paroissial, l'Association des jeunes de Fandène (AJF) et quelques bonnes volontés du village.

L'existence d'une population cible s'identifiant à une même ethnie, une même religion, une même histoire et une même lignée, fut un facteur favorable à leur mobilisation autour d'une initiative de cette nature basée sur les principes de solidarité et d'entraide communautaire.

Ce besoin de mobilisation communautaire s'est fait en réaction aux mutations du système de santé suite à l'application des politiques d'ajustement structurels par l'Etat du Sénégal dont l'une des conséquences fut la disparition du régime de gratuité des soins. L'arrivée de cette réforme s'est opérée dans un contexte où la pauvreté ne cessait de gagner du terrain avec en plus, la recrudescence des maladies à une ampleur rarement connue dans le passé. L'accès aux soins devenait un casse tête pour la plupart des familles qui, en cas de maladie, se heurtaient à des obstacles liés aux coûts et à la qualité des prestations mais aussi aux lourdeurs dans le fonctionnement des structures publiques de santé.

La mise à profit du riche capital organisationnel du village dans le domaine du développement local participatif, devait aider à la mise sur pied de la mutuelle face à la nouvelle opportunité offerte par la création d'un hôpital diocésain à Thiès dénommé Saint-Jean de Dieu. Le lien confessionnel servit de pont pour nouer une collaboration avec cet hôpital qui accepta d'accueillir les malades couverts avec, en plus, certains privilèges dont le règlement différé des factures et la réduction de moitié sur les tarifs appliqués.

La mutuelle de Fandène est reconnue comme la mère des mutuelles de santé communautaire au 1^{er} franc au Sénégal. Elle consacre la naissance du mutualisme communautaire dans le domaine de la santé au Sénégal et a servi de germe à partir duquel se sont disséminées les initiatives mutualistes d'abord à travers la région de Thiès et ensuite sur tout le pays.

Cependant, elle a traversé une grave crise de croissance en 1997. En effet, des conflits d'intérêts et d'accaparement du pouvoir entre les responsables ont été à la base de cette situation qui finit par plonger la mutuelle dans une léthargie sans précédent. Dans ces circonstances très confuses, rien ne marchait plus pour la mutuelle et les manquements notés dans la gestion ont failli signer sa mort. Heureusement, l'appropriation manifestée par les membres à la mutuelle et le dévouement des responsables de la Paroisse, ont permis de surmonter cette crise qui a duré quatre ans, même si une défection de certains anciens responsables eût lieu pour donner naissance à une autre mutuelle.

Dès lors, une phase de refondation s'est engagée en début 2004. Elle a abouti au renouvellement des instances et la mise en œuvre de mesures pour reconquérir la confiance des populations, rétablir la santé financière et relancer les activités de la mutuelle. Parmi ces mesures figurent :

- la réalisation d'une étude de faisabilité pour le redressement des impasses financières,
- la restructuration du système de recouvrement des cotisations,
- la mise en œuvre de mécanismes spéciaux pour permettre à certains membres de régulariser leurs arriérés de cotisation,
- la réduction de la période d'observation de 6 mois initialement à 3 mois actuellement,

- la tenue d'une audience foraine de 3 mois consistant à l'allègement des conditions d'adhésion pendant cette période,
- la promotion du dialogue et de la concertation vis-à-vis des membres endettés et l'abandon du recours à la justice comme moyen de recouvrement des dettes,

L'application de ces mesures par la nouvelle équipe dirigeante, a vite porté ses fruits avec l'instauration d'une bonne dynamique de régularisation des dettes et de recouvrement des cotisations. Le solde bancaire de la mutuelle qui était tombé à 240 125 FCFA au 31 décembre 2003, remonte à 4 644 275 FCFA au 31 décembre 2004, puis à 7 401 350 FCFA au 31 décembre 2005.

Sur le plan des adhésions, 56 nouveaux membres pour 391 bénéficiaires sont enregistrés en 2004 et 2005. Quant aux recouvrements des arriérés de dettes, ils ont atteint 1 644 160 FCFA en 2004 et 1 817 100 FCFA en 2005.

Par ailleurs, la mutuelle dispose d'autres sources de recettes en plus des cotisations et des droits d'adhésion versés par les membres. Elle a mis en place un télécêtre, le seul dans le village, qui lui procure d'importantes ressources atteignant 604 300 FCFA pour l'exercice 2004 et 665 080 FCFA pour celui de 2005. Il s'y ajoute l'organisation de soirées dansantes et certains dons ou subventions reçues de ses partenaires institutionnels (PDEF, PROMUSAF). Ces ressources additionnelles sont réinvesties dans la communauté à travers des actions telles que la réfection de la maternité villageoise, l'assistance aux familles en situation d'indigence et l'acquisition d'équipements pour la mutuelle.

Pour parer à certaines tentations sources de détournement ou de relâchement de la part des gérants de la mutuelle, la dernière assemblée générale sur proposition du CA, a décidé de mettre 4 millions de francs en épargne bloquée qui devra générer 160 000 FCFA tous les six mois. Ce montant servira à la motivation et l'encouragement des gérants qui font preuve de beaucoup de disponibilité et d'efficacité. La portée de cette option est d'éviter l'utilisation des ressources provenant des cotisations à des fins autres que la prise en charge des soins des bénéficiaires.

3.1.2.2-Propriétés et paramètres de la gestion de la MS

Le mode d'adhésion à la mutuelle est familial pour un montant fixé à 1000 FCFA. La cotisation mensuelle attendue de chaque ayant droit est de 200 FCFA sauf pour les enfants parrainés par le PDEF/CCF pour qui il est réclamé une cotisation mensuelle de 300 FCFA par enfant. En retour, la mutuelle offre un paquet de bénéfice de pallier supérieur au niveau de l'hôpital Saint-Jean de Dieu de Thiès, suivant un taux de prise en charge différencié :

Services offerts	Taux de prise en charge
Hospitalisation en 3 ^e catégorie plafonnée à 15 jours	60%
Chirurgie	50%
Accouchement compliqués/césarienne	50%
Radiographie interne	100%
Médicaments	70%
Analyses	80%
Sous-traitance	100%
Evacuation	100%

Il faut souligner que l'hôpital Saint- Jean de Dieu est la seule structure avec qui la mutuelle a conventionné. Cela relève d'un choix volontaire de ses membres au cours d'une Assemblée générale. Ils fondent cette option sur plusieurs paramètres dont la qualité de l'accueil et de l'assistance du personnel soignant, l'absence de tracasseries administratives, l'offre gratuite de certains médicaments au cours de l'hospitalisation.

La particularité de la mutuelle réside en ce que le patient ne débourse rien au moment de la maladie. C'est la mutuelle qui paie l'intégralité de la facture et se fait rembourser plus tard suivant un échéancier de règlement négocié avec le bénéficiaire selon ses possibilités. La durée du remboursement peut s'étaler sur plusieurs mois voire quatre ans en fonction du montant et des capacités de remboursement. Une fiche d'engagement est établie à cet effet pour formaliser la reconnaissance de dette et la grille de remboursement. Le Président, le Trésorier et le bénéficiaire (intéressé) sont les signataires de cette fiche. Mais auparavant, le bénéficiaire est saisi par écrit par la mutuelle pour lui notifier le montant dû et son objet (types de soins reçus).

Toutefois, pour bénéficier des prestations, le bénéficiaire doit être à jour de ses cotisations, condition sine qua none, pour se faire établir une lettre de garanti qui donne accès à l'hôpital. Un registre de suivi des cotisations des membres est tenu à jour et évalué chaque mois en réunion du bureau exécutif. Le carnet de membre est visé à chaque versement qui se fait obligatoirement au niveau du siège de la mutuelle ouvert à cet effet les samedi et dimanche de chaque semaine. Cela participe d'une exigence de sécurisation des versements contre les risques de détournement connus dans le passé.

Contrairement à plusieurs mutuelles, la photo des ayant droit n'est pas exigée sur le carnet de membres. Il est fait recours à d'autres mécanismes informels dont l'efficacité est rendue possible par la confiance et la connaissance mutuelle favorisée par la proximité. Autrement dit, un contrôle social permanent est exercé par la toute la communauté sur les pratiques de la mutuelle « *tout ce qui se fait sera su, donc inutile de tenter des choses contraires aux règles et normes de fonctionnement de la mutuelle* ».

La collaboration avec l'hôpital Saint- Jean de Dieu donne des résultats très satisfaisants grâce au respect de part et d'autres des engagements. La prise en charge des patients de la mutuelle se fait contre le versement d'une caution de 500 000 FCFA à titre de garanti. Cela n'était pas exigé au début de la collaboration, mais la confiance absolue à la mutuelle a été affectée par la période de crise où celle-ci, en un moment donné, ne parvenait plus à honorer ses engagements. Elle a même fait l'objet d'une suspension en 2003 par l'hôpital.

Les seules frustrations notées dans cette collaboration concernent la décision unilatérale prise brutalement par cette structure en 2005 d'augmenter les tarifs appliqués suite à une restructuration interne. Cette mesure a eu des incidences sur les coûts des prestations qui passèrent de 4 449 350 FCFA en 2004 à 6 452 000 FCFA en 2005.

Par ailleurs, d'autres partenariats sont entretenus avec les acteurs locaux et extérieurs notamment la Paroisse de Fandène, l'Association des Ressortissants de Fandène (ARF), le Programme de Développement de l'Enfant et de la Famille (PDEF)/CCF, le PROMUSAF, le CARITAS, et la Coordination Régionale des Mutuelles de Santé de Thiès. Ces derniers ont soutenu la mutuelle dans ses moments les plus difficiles à travers une assistance technique, un appui financier, des formations en gestion et surtout l'implication décisive dans la refondation de la mutuelle.

Il faut souligner que le PDEF/CCF a assuré tous ses 9 agents locaux et leur famille à travers la mutuelle moyennant une cotisation de 5000 FCFA par agent et par mois. Cela montre une piste à explorer en matière de collaboration entre les mutuelles de santé et les structures privées qui ont du mal à s'identifier au régime des IPM et des assurances privées.

3.1.2.3- Description du schéma de prise en charge des indigents

Le schéma de prise en charge des indigents concerne deux catégories de cible notamment les enfants enrôlés par le PDEF et les familles en situation de pauvreté accentuée.

Dans la première catégorie, la mutuelle n'intervient pas dans le processus de ciblage et de sélection des bénéficiaires. Cela reste l'exclusivité du partenaire qui travaille directement avec la communauté. La collaboration avec la mutuelle pour la couverture santé des enfants enrôlés remonte à la création de la mutuelle avec un statut particulier. Ces enfants sont exemptés des droits d'adhésion, mais on leur verse un forfait mensuel de 300 FCFA contre 200 FCFA pour les autres bénéficiaires. Ces cotisations sont versées par le PDEF/CCF sous forme d'avances globales calculées sur deux à six mois parfois. Le nombre d'enfants couverts dans ce schéma est passé de 300 au démarrage à 800 en 2006. Cette tendance à la hausse devrait se poursuivre pour atteindre 1000 à 1500 enfants d'ici la fin de l'année 2007 d'après le projet d'extension du PDEF en cours de mise en œuvre.

Dans chaque ménage éligible, un quota maximum de 2 enfants âgés de 0 à 11 ans est fixé. En cas de ménage polygame le même quota est appliqué à chaque épouse.

Jusqu'en 2003, le PDEF/CCF n'intervenait pas directement dans la gestion du schéma au niveau de la mutuelle, mais suite à la crise qui a atteint son paroxysme durant cette année, et compte tenu du poids social de ses bénéficiaires, celui-ci s'est constitué en membre pour intégrer les instances à travers un de ses agents originaire du village. Ce dernier a été élu au poste de Vice Président. Depuis, les relations avec la mutuelle se sont vues plus renforcées avec son implication dans d'autres activités du programme.

En cas de maladie, l'enfant parrainé se fait établir une lettre de garanti pour être pris en charge intégralement sans aucune contre partie. C'est ce qui justifie le relèvement de la cotisation à 300FCFA soit 100f de plus que pour les autres bénéficiaires.

Pour l'évacuation des malades la mutuelle dispose d'une ambulance mise à la disposition de tout bénéficiaire à jour de ses cotisations sans contrepartie. Toutefois, elle est mise au service de toute autre personne en cas de besoin moyennant une contrepartie de 5000 FCFA pour l'évacuation du village à toute structure de soins se trouvant dans la ville de Thiès.

L'autre composante du schéma de prise en charge des indigents concerne les familles très affectées par la pauvreté et qui ont besoin d'une assistance spécifique pour profiter des services de la mutuelle.

L'idée a jailli de rencontres informelles entre les responsables de la mutuelle et certains partenaires comme le CARITAS par le biais du Curé de la Paroisse. Pour la mutuelle, il s'agissait d'assister certaines familles indigentes à travers l'appui de ces partenaires. Ainsi, l'idée a été mûrie progressivement avec l'implication du PDEF/CCF. Suite à plusieurs rencontres, 21 familles ont été identifiées correspondant à 150 bénéficiaires environ.

Parmi ces familles on retrouve :

- des membres de la mutuelle perdus de vue c'est-à-dire des personnes ayant accumulés beaucoup d'arriérés de cotisations entraînant l'abandon pour raison d'indigence,
- des membres très endettés sans soutien pour honorer ces dettes,
- une famille endettée et affectée par le décès du responsable
- des familles en situation d'indigence n'ayant pas encore intégré la mutuelle.

Le schéma consistait à parrainer ces familles pour une durée déterminée par le CARITAS et le PDEF/CCFC ainsi qu'il suit :

- pour 12 familles, une cotisation de six mois leur a été versée par le CARITAS
- pour 3 familles, une cotisation de 1 an leur est assurée par le PDEF/CCF
- pour 5 familles endettées leurs dettes ont été payées par le PDEF/CCF
- pour une famille affectée par le décès du responsable, les dettes sont épongées par la mutuelle

Avec ce coup de pouce, ces familles sont parvenues ensuite à assurer la continuité par elles-mêmes pour ce qui concerne les cotisations à la fin de l'échéance couverte.

Toutefois, il faut souligner que pour cette communauté de Fandène, l'indigence n'est pas perçue comme une fatalité ou une situation permanente dans laquelle on doit demeurer. C'est juste lié à certaines circonstances défavorables que la personne affectée doit accepter de combattre elle-même, même si en un moment donné, elle a besoin d'être soutenue par les membres de la communauté. En plus, pour la mutuelle, une famille n'est qualifiée d'indigente que lorsque celle-ci a du mal à se procurer par ses propres moyens les ressources minimales pour sa survie et si elle ne dispose pas d'un capital social propre, auquel elle peut recourir en cas de besoin (parents, amis). C'est pourquoi, la mutuelle va au-delà de certains critères habituels d'identification de l'indigent liés au statut comme celui de veuve sans revenus, ou handicapé, etc. qui peuvent s'avérer impertinents si ces derniers disposent d'un capital social important. Des cas similaires, existent dans le village, mais la mutuelle s'appuie surtout sur le capital social pour en déterminer les véritables indigents. Cela est rendu possible par la proximité et le vécu en commun dans une même localité où personne n'ignore la situation d'autrui.

La mise en œuvre du schéma de couverture des indigents a eu un impact décisif dans la survie de la mutuelle et le développement de sa base sociale. La collaboration avec les partenaires locaux s'est vue renforcée et a permis d'éviter à la mutuelle de cheminer en électron libre.

3.1.3- Mutuelle de Santé Faggu

3.1.3.1- Naissance et évolution de la mutuelle

Faggu est une mutuelle de santé complémentaire mise en place par les retraités de Thiès, bénéficiaires du régime de l'IPRES. Ces derniers constituent sa cible avec leur famille. Elle compte actuellement 1560 adhérents au mois de juin 2007.

L'idée de la création est née d'une volonté de ces retraités de se libérer des désagréments causés par les retenus sur pension effectués par l'IPRES dont les effets entraînaient des

déséquilibres drastiques sur le budget des ménages déjà assez faible. En effet, les factures d'hospitalisation sont payées intégralement à l'offre de soins par l'IPRES qui se fait ensuite rembourser au moyen de ponctions sur la pension du retraité après avoir déduit la part qui lui revient soit 2000¹⁶ FCFA par jour à l'époque.

Il fallait donc trouver un moyen de supporter solidairement le différentiel à la charge du retraité. L'étude de faisabilité réalisée par le père fondateur de l'initiative, notamment M. Assane Guèye très célèbre par son titre de Doyen du mouvement mutualiste au Sénégal et au-delà, a débouché sur des conclusions favorables à la création de la mutuelle. Dès lors, le processus de mise en place était engagé avec l'Association Générale des Allocataires des Régimes de Retraités de l'IPRES (AGARR). Le projet fut discuté au cours de plusieurs rencontres qui débouchèrent sur la tenue de l'Assemblée Générale constitutive le 24 octobre 1994 avec 397 adhérents.

Les négociations effectuées avec l'hôpital Saint- Jean de Dieu de Thiès permirent d'obtenir une réduction de 50% du tarif en vigueur (7000 FCFA). Ainsi, sur les 3500 F à payer par jour d'hospitalisation, la mutuelle est facturée pour 1500 F et l'IPRES pour 2000 F.

La mutuelle se lance alors dans sa phase expérimentale dont l'objectif était d'instaurer une relation de confiance avec les adhérents. La stratégie consistait à fixer le taux de cotisation à un niveau bas et corrélativement la gamme de prise en charge au strict minimum, par la suite convaincre progressivement les adhérents d'améliorer les produits en acceptant la révision à la hausse de la cotisation. C'est ce que traduit le tableau ci après :

Tableau 3 : Evolution du paquet de bénéfice Faggu

Désignations	Taux cotisation	Gamme de services offerts
AG 1994	500 F	Hospitalisation à durée 15 jours
AG 1997	1000 F	Hospitalisation à durée illimitée
AG 1999	2000 F	Hospitalisations à durée illimitée Analyse 50% Radio 50% Consultations en urgence 50%
AG 2001	2000 F	Hospitalisations à durée illimitée Analyse 50% Radio 50% Consultations en urgence 50% Chirurgie 50% Consultation ordinaire 50%

A partir du 5^{ème} exercice qui coïncidait avec le 10^{ème} anniversaire de la mutuelle (2004), une dimension confort est introduite pour satisfaire la demande de certains membres. Ainsi, le système de cotisation est restructuré sur la base de plusieurs options allant à la prise en charge

¹⁶ Cette part est de 4000 FCFA depuis 2006

de l'hospitalisation de la 3^{ème} à la 1^{ère} catégorie. Celle-ci pouvait désormais varier de 2000 F à 6000 F par famille et par trimestre.

La vie de la mutuelle a été marquée par d'autres innovations dans l'amélioration de la transparence et du fonctionnement des organes mais aussi de l'attention envers les indigents :

- les membres du collectif de la commission de contrôle sont convoqués le jour de la tenue de la réunion trimestrielle du Conseil d'Administration. Leur réunion se tient plus tôt pour la revue de tous les documents comptables et le contrôle du livre de caisse. La commission certifie en même temps la situation financière présentée par le bureau au CA. La situation de la mutuelle est ensuite présentée, discutée et validée au cours de la réunion du CA qui se déroule juste après. Les points à aborder portent sur la situation financière (recettes, dépenses, résultats,), la situation des dépenses de soin (hospitalisations et remboursements), la situation des adhésions et des cotisations entre autres ;
- l'assemblée générale est convoquée tous les deux ans et n'y participent que les adhérents à jour de leur cotisation informé individuellement par écrit. Les mêmes points abordés au cours des réunions du CA sont traités sur les deux ans. La proportion des adhérents à jour de leur cotisation est estimée à environ 75% d'après les situations de recouvrement arrêtée par trimestre ;
- la conception du livret d'adhérent contenant les dispositions essentielles du statut et règlement intérieur relatives aux procédures pour l'hospitalisation (délivrance de la lettre de garantie délivrée par l'IPRES et Faggu), les mesures en matière de suspension de prestation pour retard à défaut de règlement de la cotisation, les pénalités relatives à la levée de la suspension, etc. ;
- la mise en place d'une politique sociale en faveur des indigents à travers la création d'un fonds social pour le parrainage de retraités à pension modeste. Sa mise en œuvre a démarré en 2004.

A la date de la dernière assemblée générale, la mutuelle avait comptabilisé 1052 cas d'hospitalisation pris en charge depuis sa création pour un coût de 24 951 302 F soit une moyenne annuelle de 2,4 millions de francs.

Depuis 2005, la mutuelle a élargi son partenariat à l'hôpital régional Amadou Sakhir Diéguène de Thiès suite à une période de crise vécue avec l'hôpital Saint- Jean de Dieu conduisant à une suspension momentanée de leur collaboration. Cette crise touchait, en effet, toutes les mutuelles de Thiès conventionnées avec cet hôpital, car celui-ci avait pris unilatéralement la décision non seulement de hausser ses tarifs mais de revoir à la baisse les taux de réduction accordés sur le coût des prestations en vigueur.

Par ailleurs, l'avènement du Plan SESAME qui rend gratuit les soins de santé à toutes les personnes âgées de 60 ans et plus, offre une opportunité à la mutuelle de renforcer sa trésorerie et d'améliorer son paquet de bénéfice, en ce sens qu'elle n'a plus à supporter la prise en charge d'une bonne partie de ses membres qui sont dans cette catégorie ciblée par le Plan SESAME. Dès lors, elle ne trouve surtout plus sa raison d'être dans la couverture des personnes retraités mais dans la couverture des membres de la famille de ces retraités, non éligibles au Plan SESAME.

3.1.2.2-Propriétés et paramètres de la gestion de la MS

La politique de la mutuelle fixe les droits d'adhésion à 3000 F pour les retraités et 1000 F pour les veuves. L'adhésion est familiale et s'accompagne d'un système de cotisation trimestrielle modulé selon les options de prise en charge ainsi qu'il suit:

- 1^{ère} catégorie : 6000 F
- 2^{ème} catégorie : 3000 F
- 3^{ème} catégorie : 2000 F

La cotisation est familiale et couvre l'adhérent, le conjoint et les enfants mineurs.

Le paquet de bénéfice couvre actuellement :

Services offerts	Taux de prise en charge
Hospitalisation avec durée illimitée	100%
Analyse	50%
Radio	50%
Consultation en urgence	50%
Chirurgie	50%
Consultation ordinaire	50%

Il faut souligner que l'IPRES n'intervient que pour l'hospitalisation, pour le reste la mutuelle se partage les coûts avec le bénéficiaire. Les soins primaires ne sont pas pris en compte car l'IPRES dispose d'un centre médico-social où les consultations et les soins sont fournis gratuitement y compris les médicaments génériques à la limite des stocks disponibles.

Cependant, les adhérents doivent être à jours de leur cotisation pour bénéficier des services de la mutuelle. En cas de maladie, le patient doit être muni de deux lettres de garantie, une délivrée par la mutuelle et l'autre par l'IPRES. Donc, il se rend obligatoirement, muni de son carnet de membre, au siège de l'IPRES et à celui de la mutuelle où une permanence est assurée par un gérant assisté par le trésorier et le Président. Cette permanence se fait pendant la matinée du lundi au Jeudi de chaque semaine. En cas d'urgence, le patient est automatiquement admis par l'hôpital avec seulement le carnet de membre, mais il doit régulariser les pièces à fournir avant sa sortie de l'hôpital. Il a intérêt à le faire pour ne pas se faire facturé au tarif plein des soins reçus.

Il faut souligner que l'offre de soin ne facture à la mutuelle et à l'IPRES que le coût de l'hospitalisation. Pour tout le reste, c'est l'adhérent qui paie directement les montants facturés et se fait ensuite rembourser auprès de la mutuelle à hauteur des taux à sa charge suivant le paquet de bénéfice auquel celui-ci avait souscrit. Pour l'année 2006, les remboursements effectués s'élèvent à 2 051 015 F contre 2 202 835 F payés à l'offre de soins.

Les trois personnes qui assurent la permanence reçoivent une motivation symbolique sous forme d'indemnités qui s'élèvent à environ 20 000 F par personne et par mois.

L'IPRES reste le principal partenaire de la mutuelle en dehors de l'offre de soins. En ce sens, elle contribue au règlement de la journée d'hospitalisation à hauteur de 4000F et facilite la collecte des cotisations perçues au moment du règlement des pensions au niveau de son siège.

Les relations avec l'offre de soins sont limitées pour l'instant à deux structures notamment l'hôpital Saint-Jean de Dieu et l'hôpital régional Amadou Sakhir Diéguène de Thiès. Elles

sont régies par des conventions à travers lesquelles la mutuelle bénéficie d'avantages sur les tarifs sous forme de réduction variant entre 30 et 50%.

Toutefois, l'hôpital Saint- Jean de Dieu demeure encore le plus sollicité par les adhérents même si ses tarifs s'avèrent plus élevés du fait de statut privé. Cette préférence est souvent justifiée par la meilleure qualité de l'accueil et de l'assistance du personnel médical aux patients sans compter les procédures administratives moins lourdes.

Des relations de collaboration sont aussi entretenues avec la Coordination Régionale des mutuelles de santé de Thiès à travers des formations et des activités de promotion du mouvement mutualiste.

3.1.3.3- Description du schéma de prise en charge des indigents

La mise en place de ce schéma relève d'une volonté des responsables de la mutuelle de poser des actes concrets en solidarité à l'égard de certaines personnes faisant partie de leur population cible et sont frappées d'indigence. L'objectif est d'assurer la prise en charge de ces personnes et de leur famille en les faisant parrainer par la mutuelle de santé Faggu. A travers ce schéma, elles pourront bénéficier des services offerts par la mutuelle sans contre partie liée au versement d'une cotisation.

L'étude de ce projet a abouti à la décision de l'Assemblée Générale de démarrer le schéma par le parrainage de 40 nouveaux membres.

La stratégie retenue consiste en la mise en place d'un fonds social destiné à supporter le financement de la cotisation des parrainés sur la base de ressources tirées :

- de la retenue de 50% opérés sur les droits d'adhésion des membres à savoir :
 - retraités $3000/2 = 1500$ F
 - Veuves $1000/2 = 500$ F
- du produit de placement sur la trésorerie et qui se chiffre à une moyenne de 300 000 F

Par souci de transparence et d'objectivité dans la sélection des personnes éligibles au schéma, la mutuelle s'est fait assistée par la Direction de l'IPRES à qui elle a laissé le soin d'établir la liste des personnes les plus affectées par l'indigence, tout en convenant de la clef de répartition suivante :

- veuves : 20
- retraités : 12
- orphelins : 08

La liste proposée est adoptée par les responsables de la mutuelle. Les bénéficiaires sont ensuite convoqués au siège de la mutuelle pour les formalités d'adhésion et leur mise à niveau sur les modalités d'utilisation de ses services.

Par ailleurs, pour le fonctionnement du schéma, le fonds social verse à la trésorerie générale la cotisation des parrainés pour les 8 trimestres de l'exercice soit $2000 \times 8 \times 40 = 480000$. Les parrainés présentent leur livret au trésorier général qui estampille la colonne de cotisation pour l'ensemble des 8 trimestres que couvre l'exercice (2 ans).

Toutefois, il faut remarquer que ce schéma exempt le bénéficiaire des charges liées au versement de droits d'adhésion et des cotisations mais celui-ci est soumis à toutes les autres conditions de fonctionnement de la mutuelle à savoir :

- se faire établir les lettres de garanti en cas de maladie
- le règlement de la facture de l'hôpital pour tout qui concerne les soins externes¹⁷,
- etc.

Aussi, exceptionnellement pour ces personnes parrainées, elles n'ont pas à supporter pour ces soins externes, le taux qui revient à la mutuelle pour ensuite se faire rembourser plus tard. L'hôpital leur facture juste les charges qui leur reviennent (principe du ticket modérateur).

L'impact de cette politique sur la mutuelle s'aperçoit plus sous un angle pédagogique que matériel. Cela a servi de support pour renforcer et entretenir les valeurs de solidarité et d'entraide sans lesquelles la mutualité perdrait tous sens. Cette expérience a été un moyen de rendre plus visible l'empreinte sociale et de solidarité qui doit marquer toute mutuelle vis-à-vis de la communauté à laquelle elle s'identifie. Par là, Faggu n'a-t-elle pas voulu indiquer la voie aux autres en donnant l'exemple ?

3.1.4- Mutuelle de Santé de Yombal Faju

3.1.4.1- Naissance et évolution

Yombal Faju ak Wër est une mutuelle de santé communautaire au 1^{er} franc initiée par l'Union des femmes commerçantes de Thiès (UFCT). Elle est mise sur pied le 23 juin 2002. Elle compte actuellement 1297 membres pour 3846 bénéficiaires. Elle se distingue particulièrement par sa dimension genre et son identification à un groupe socioprofessionnel exerçant dans le secteur informel. Cette référence à une catégorie socioprofessionnelle facilite l'élargissement de son rayon de couverture à la commune et à son hinterland régional (département de Tivaouane et de Mbour) ; ce qui fait aussi son caractère urbain/rural. Elle a son siège à Thiès et se fait représenter par des délégués dans les 5 zones formées en dehors de la ville.

L'idée de la création de la mutuelle découle d'un processus intimement lié à la dynamique de croissance du membership de l'UFCT¹⁸ dont les responsables, ont senti, en un moment donné, le besoin de renforcer les liens de solidarités économiques existants par une dimension sociale pour se couvrir du risque maladie. En effet, non seulement ces femmes ne bénéficiaient d'aucune couverture maladie, mais en plus, elles évoluaient dans un environnement où la plupart des mutuelles de santé existantes ne prenaient guère en charge leurs problèmes spécifiques relatifs à la planification familiale, le suivi prénatal, l'assistance aux accouchements, le suivi post-natal, le suivi sanitaire et nutritionnel de l'enfant, etc.

La disponibilité manifestée par le PHR/USAID de les accompagner en tenant compte de leur particularité, allaient leur conforter davantage dans ce projet dont l'objectif est de faciliter à leurs membres une couverture médicale adéquate à leurs préoccupations dans ce domaine. Un comité de pilotage du processus fut aussitôt mis sur pied en fin 2000, lequel, malgré une crise qui frappa l'UFCT au point de provoquer son éclatement, réussit à se maintenir pour donner naissance à la mutuelle deux ans plus tard.

¹⁷ C'est-à-dire les frais de prise en charge en dehors de l'hospitalisation qui est supportée par la mutuelle et l'IPRES

¹⁸ l'UFCT est une association de groupements de femmes affiliés à l'UNACOIS DEF, créée le 13 août 1996. Les financements reçus d'abord de l'UNACOIS puis de l'African Development Fondation (ADF) pour ses programmes de crédits¹⁸, ont facilité son expansion rapide avec l'accroissement du nombre de ses groupements de 19 à 89 entre 1997 et 1998 soit de 214 à 1600 adhérentes

Cet aboutissement a été le fruit de beaucoup d’efforts et d’engagement de ses responsables qui sont allés à la rencontre de leur population cible dans les grands sites d’exercice de leurs activités¹⁹.

Depuis sa création la mutuelle a accru sa base sociale de façon régulière comme le montre le tableau ci-après :

Tableau 4 : Evolution membership Yombal Faju ak Wër

Année	Nombre d’adhérents	Nombre de bénéficiaires
2002	150	-
2003	282	2075
2004	518	2354
2005	911	2998
2006-2007	1297	3846

Au départ, la population ciblée par la mutuelle se limitait aux femmes commerçantes membres de l’UFCT, mais celle-ci a été progressivement élargie à toutes les femmes exerçant dans l’informel et ensuite à toute personne quelque soit son statut socioprofessionnel (homme/femme). Malgré cette ouverture, les femmes commerçantes restent largement majoritaires dans la mutuelle.

L’assemblée générale se réunit chaque année à Thiès et à l’occasion de laquelle les différents sites couverts se font représenter à raison d’un délégué pour 25 adhérents et un de plus à chaque fois que celui-ci enregistre 15 membres de plus.

Une gérante a été recrutée pour assurer une permanence au siège et le recouvrement des cotisations sur place et à travers des tournées programmées dans les sites.

Par ailleurs, en plus des relations entretenues avec l’offre de soins, la mutuelle a su développer des partenariats avec d’autres acteurs dont principalement :

- l’USAID par le biais de certains de ses programmes²⁰ avec un appui dans le processus de mise en place et de développement de la mutuelle (études, formation, sensibilisation, réunion/atelier, etc.) ;
- l’Agence Nationale de la Case des Tout –Petits (ANCTP) qui a choisi la mutuelle pour dérouler la phase test du Programme Parrainage Bébé (PPBB) en 2005-2006,
- et la Coordination régionale des mutuelles de santé de Thiès qui reste un cadre de partage et de diffusion d’informations mais aussi de promotion du mouvement mutualiste (organisation de forums, atelier de formation, etc.).

3.1.4.2- Propriétés et paramètres de gestion de la mutuelle

Le mode d’adhésion est familial avec la possibilité offerte à chaque famille d’inscrire dans son carnet de membre jusqu’à 18 personnes au maximum. La cotisation reste individuelle et

¹⁹ Plusieurs rencontres d’information et de sensibilisation ont été organisées dans les grands marchés de la commune et de la zone (Toubatoul, Nguékhokh, Keur Moussé)

²⁰ PHR plus, DISC, FPS

se fixe à 200 F par personne et par mois tandis que les droits d'adhésion sont de 1000 F. Le paquet de bénéfice couvert concerne :

Services offerts	Taux de prise en charge
Soins de santé primaires	60%
Médicaments génériques (Initiative de Bamako)	60%
Consultations prénatales et post natales	60%
Consultations d'urgence	60%
Planning familial	60%
Vaccination infantile	60%
Hospitalisation : limitée à 08 jours en troisième catégorie	100%
Forfait accouchement (10 000F)	-

Cette gamme de service offerte par la mutuelle révèle nettement sa posture en faveur de la dimension genre à laquelle elle doit son originalité.

La mutuelle supporte 60% des charges et le bénéficiaire est facturé par l'offre de soins pour les 40% du coût des soins. Toutefois, les frais d'hospitalisation sont pris en charge à 100% durant les 08 jours. Au delà de cette période, la mutuelle règle d'abord l'intégralité de la facture mais se fait rembourser le différentiel selon des modalités à convenir avec le membre concerné. Dans la négociation des conditions de remboursement on tient compte du souci d'alléger ces modalités mais à des limites qui n'entravent pas le fonctionnement de la mutuelle.

Pour bénéficier des prestations, il faut nécessairement être à jour de ses cotisations et être muni de son carnet de membre. En effet, à chaque versement, la colonne mensuelle concernée est estampillée pour servir de référence pour le contrôle au niveau de la structure de santé en cas de maladie.

Si la maladie implique une hospitalisation, la lettre de garantie est cependant obligatoire pour la prise en charge.

Tout nouveau membre est soumis à une période d'observation qui dure 03 mois.

La mutuelle collabore avec près d'une vingtaine de structures de santé avec lesquelles elle a signé des conventions. Ces structures concernent notamment :

- 1 centre de santé, 5 postes de santé, 1 case de santé et 1 dispensaire privé catholique dans le département de Tivaouane,
- 1 centre de Santé et 3 poste de santé dans le département de Mbour,
- 2 hôpitaux, 1 clinique privée, 1 dispensaire privé catholique et 4 postes de santé dans la commune de Thiés.

Les engagements de la mutuelle envers ces structures sont globalement bien respectés et aucun retard de paiement n'a été relevé. En plus, Yombal Faju bénéficie d'une excellente réputation au niveau de l'hôpital régional Amadou Sakhir Diéguène où elle a réussi à obtenir les meilleurs taux de réduction sur les tarifs.

Le coût des soins payé à l'ensemble des structures de santé partenaires, pour la période allant de juillet 2006 à avril 2007, s'élève à 2 206 285 F pour 1817 malades.

Le recouvrement des cotisations est assuré exclusivement par la gérante soit au niveau du siège, soit à l'occasion des tournées mensuelles effectuées dans les sites. Cela participe des mesures prises pour parer aux risques de détournements connus dans le passé dans l'ancien système où celui-ci s'opérait par le biais de relais responsabilisés au niveau des sites. Malgré sa lourdeur, cette mesure semble garantir la sécurisation des cotisations et instaurer plus de transparence dans leur gestion.

3.1.4.3- Description du schéma de prise en charge des indigents

Le schéma de prise en charge des indigents cible les enfants talibés²¹, les élèves issus de famille modeste, les apprentis ouvriers. L'objectif est de leur assurer une couverture sanitaire complète via la mutuelle en leur trouvant des parrains qui peuvent être membres ou non membres de la mutuelle.

L'idée est née des responsables de la mutuelle en réaction à la situation précaire de cette catégorie d'enfants qui ne bénéficient d'aucune couverture maladie et malheureusement vivent dans des conditions qui les exposent le plus aux risques de maladie. Une journée de réflexion du Conseil d'administration a été organisée sur la question avec la participation des déléguées de zone. Elle a permis de valider l'initiative et les options sur les cibles bénéficiaires (talibés, apprentis-ouvriers, élèves issus de familles modeste). La stratégie adoptée était donc de développer un mécanisme permettant de mobiliser des ressources supplémentaires destinées à les assister.

Un forfait de 5000 F a été fixé pour le parrainage d'un bénéficiaire pour une période d'un an et consiste en une prise en charge totale par la mutuelle sans contrepartie au moment des soins. Les potentiels parrains sont ciblés parmi les chefs d'entreprise (atelier), les commerçants, les artisans, les organismes de bienfaisance, les ONG, autres bonnes volontés, etc.

Une journée de lancement pour la mise en œuvre de la phase test de ce schéma est organisée au cours de l'exercice 2005 en direction des parrains ciblés. Deux types de livrets leur ont été proposés : un livret de 5000 F pour un bénéficiaire et un livret de 10000F pour deux bénéficiaires. A cette occasion, les intentions de parrainage déclarées concernaient 100 bénéficiaires :

- 3 chefs d'entreprise se sont manifestés pour parrainer 40 apprentis –ouvriers
- 30 bonnes volontés ont passé la commande de 30 livrets pour 2 talibés chacun soit 60 bénéficiaires

Cependant, le niveau de recouvrement des versements promis ne dépasse pas encore les 40%. A ce jour, seuls 40 talibés sont couverts effectivement et se trouvent dans la zone de Mboro.

Pour le choix des talibés bénéficiaires les formules suivantes sont pratiquées :

- c'est le parrain lui-même qui identifie le talibé parce qu'il le connaît et l'assiste déjà sous d'autres formes (nourriture, vêtement, etc.),
- le parrain n'a pas de préférence particulière sur un talibé et il laisse le soin à la mutuelle d'identifier le bénéficiaire

²¹ Enfant élève, interné dans un daaras

- le parrain se limite à la sélection du daara pour lequel il veut assister les talibés et ensuite c'est le marabout qui propose à la mutuelle le bénéficiaire

Pour l'instant, la plupart des talibés couverts sont choisis par le parrain et sont répartis à travers 4 daaras dont deux d'entre eux se partagent les 80% des bénéficiaires grâce à leur bonne réputation et du fait de la modestie de leurs moyens de survie.

Les acteurs impliqués dans l'identification des talibés sont essentiellement le parrain, le marabout responsable du daaras et la mutuelle à travers sa commission sociale.

La mutuelle établit pour chaque bénéficiaire une carte annuelle avec sa photo estampillée pour toute l'année qu'il lui suffit de présenter à la structure de santé pour être pris en charge.

Les frais liés au déplacement vers les structures de soins sont entièrement à la charge du bénéficiaire.

Par ailleurs, la mutuelle à travers ses autres composantes d'activités, mène en collaboration avec l'Agence Nationale de la Case des Tout-Petits, un projet dénommé Parrainage Bébé (PPBB). Son objectif est de promouvoir un système de solidarité autour de l'enfant de la conception à l'âge de 6 ans afin de lui créer les conditions requises pour favoriser sa bonne prise en charge pour un avenir meilleur. L'un des volets ciblés porte sur l'amélioration de l'état sanitaire et nutritionnel des enfants ainsi que celui des mères allaitantes et femmes enceintes.

Le rôle de la mutuelle est d'assurer :

- l'identification, l'information, la sensibilisation et le suivi des femmes concernées
- l'enregistrement des bébés bénéficiaires
- le suivi de la vaccination des enfants
- la pesée des bébés
- la distribution de dons de farines améliorées
- la recherche de parrains ou marraines des bébés

Les résultats enregistrés en 2 ans sont les suivants :

- Plus de 12 000 femmes informées, sensibilisées
- 420 femmes enceintes suivies,
- 900 bébés enregistrés
- 413 bébés enregistrés avec dossier complet
- 102 bébés ayant un compte d'épargne à Poste Finance

Tous les enfants de 0 à 6 ans appartenant au PPBB et se trouvant dans la commune de Thiès font l'objet d'un suivi sanitaire et nutritionnel grâce à un site de pesée implanté au niveau du siège de la Mutuelle. Ainsi, le 13 de chaque mois, ils sont pesés et bénéficient de conseils et de dotations en Marmelade de fruits et en farine améliorée provenant de dons de l'ANCTP.

Dans ce schéma de parrainage, il est demandé au parrain de verser mensuellement dans un compte d'épargne ouvert pour l'enfant une somme de 2500 F jusqu'à l'âge de 6 ans. A partir de cet âge, un prélèvement de 30000 F pourra être effectué à la veille de chaque ouverture des classes pour permettre aux parents de faire face aux frais liés à sa scolarisation. Ce compte d'épargne est ouvert à la Poste sans aucune contrepartie liée à l'ouverture ou la gestion suite à un protocole d'accord signé en la Direction de la Poste et l'ANCTP.

La mise en œuvre de ces schémas de parrainage a eu un impact bénéfique sur la mutuelle en terme d'amélioration du taux de pénétration et de l'image de la mutuelle comme outil de solidarité en faveur des femmes et des enfants.

3.1.5- Mutuelle de Santé de Lalane Diassap

3.1.5.1- Naissance et évolution

Lalane Diassap est une mutuelle de santé communautaire au 1^{er} franc créée le 1^{er} janvier 1994 par les habitants de quatre villages voisins à proximité de la ville de Thiès : Lalane, Diassap, Pognène et Don Bosco. Elle compte actuellement 411 membres pour 1808 bénéficiaires. Sa population cible est essentiellement constituée de familles tirant leurs revenus principalement d'activités agricoles, d'artisanat et de petits commerces. Elle est composée majoritairement de sérères et de wolof avec une minorité de peulh.

L'initiative a été fortement inspirée par l'expérience de la mutuelle de Fandène par son effet tâche d'huile dans la zone où les populations vivent particulièrement dans les mêmes conditions et subissent les mêmes difficultés en matière d'accès aux soins de santé. L'Association des jeunes de Lalane a été porteuse du projet avec l'appui déterminant de l'Abbé Raphaël WADE, responsable de l'hôpital Saint- Jean de Dieu de Thiès.

Son processus de croissance semble se faire lentement mais sûrement à un rythme très régulier comme le montre le tableau suivant :

Années	Adhérents	Bénéficiaires
1994	134	904
1995	148	941
1996	170	956
1997	190	979
1998	206	1018
1999	243	1292
2000	266	1488
2001	294	1589
2002	338	1613
2003	362	1711
2004-2006	411	1808

A la place d'un Conseil d'Administration, la mutuelle dispose d'un Comité de Gestion où chaque village se fait représenter par ses délégués désignés suivant des critères de confiance, d'intégrité et de disponibilité pour servir bénévolement la communauté.

La mutuelle dispose d'un siège construit et équipé depuis 2001. Il est le fruit du partenariat avec la Mutuelle Belge. Le siège dispose d'une salle de réunion qui est parfois source de quelques recettes en cas de sollicitation par des acteurs externes moyennant une contrepartie financière. Par exemple, la mutuelle a enregistré 70000F en recettes à ce niveau pour l'exercice 2006.

D'autres structures entretiennent des relations de partenariat avec la mutuelle, notamment l'ONG ENDA et le GRAIM qui ont contribué à son processus de développement par un

accompagnement dans les domaines de la formation, de la réalisation d'étude de faisabilité, d'appui conseil, etc.

La mutuelle est aussi membre de la Coordination Régionale des mutuelles de santé de Thiès avec qui elle collabore pour la promotion du mouvement mutualiste.

3.1.5.2- Propriétés et paramètres de la gestion de la mutuelle

Le mode d'adhésion est familial avec des cotisations se rapportant par tête selon les modalités suivantes:

- droits d'adhésion : 1000F
- Cotisation par bénéficiaire : 200 F

Le paquet de bénéfice couvert se présente comme suit :

Services offerts	Taux de prise en charge
Soins de santé primaires	50%
Hospitalisation pour une durée limitée à 15 jours	100%
Intervention chirurgicale	50%
Examens complémentaires	50%

La mutuelle se partage les coûts de soins avec les bénéficiaires à hauteur de 50% sauf pour l'hospitalisation où la prise en charge est totale (100%) et pour une durée limitée à 15 jours. Au-delà de cette période, c'est la mutuelle qui règle néanmoins le montant global de la facture et se fait rembourser le différentiel plus tard suivant un échéancier de paiement négocié avec le membre concerné.

La mutuelle a conventionné avec les structures sanitaires suivantes :

- 2 postes de santé les plus proches
- 1 dispensaire privé catholique
- l'hôpital Saint- Jean de Dieu

Etre à jour de ses cotisation, est la première condition à remplir pour bénéficier d'une prise en charge par la mutuelle. Pour les soins primaires, il faut présenter à la structure de soins avec son carnet de membre à jour et s'acquitter directement du paiement de 50% du tarif appliqué à la mutuelle. Les 50% restant sont facturés directement à la mutuelle. Par exemple, la mutuelle a négocié un tarif forfaitaire de 800 F pour la consultation et le traitement y compris les médicaments génériques, donc le patient paie un ticket modérateur de 400F alors qu'un patient non membre de la mutuelle s'acquitte d'un ticket de consultation de 500F et achète lui-même ses médicaments.

Pour les hospitalisations, la lettre de garantie doit être fournie par la mutuelle. En cas d'urgence, l'hôpital accepte d'admettre le malade si son carnet de membre est à jour mais la lettre de garantie doit être fournie dans un délai maximum de 72h.

En matière de suivi et de gestion des cotisations, la colonne mensuelle prévue sur le carnet de membre est estampillée à chaque versement et sert de référence pour le contrôle au niveau de la structure de santé et l'obtention d'une lettre de garantie en cas de maladie.

Une autre mesure de gestion des risques consiste à soumettre tout nouveau adhérent à une période d'observation qui dure 06 mois.

Par ailleurs, le taux de recouvrement des cotisations est d'environ 76% grâce à un système qui s'appuie sur les délégués désignés par les membres avec qui ils partagent la même circonscription (entité). Chaque délégué assure le recouvrement des cotisations dans son entité et le verse au trésorier à l'occasion de la réunion du bureau exécutif qui se tient le 1^{er} ou le 2^{ème} dimanche de chaque mois au siège.

Le coût des prestations supportées par la mutuelle pour l'exercice 2006 est de 2 769 645 F dont les 65% ont concerné les hospitalisations.

3.1.4.3- Description du schéma de prise en charge des indigents

L'expérience de prise en charge des indigents initiée par la mutuelle date de 2002 lorsqu'il a été constaté qu'une partie de la population cible, était en difficulté de remplir les conditions pour bénéficier d'une prise en charge. Dans cette catégorie, on retrouvait des adhérents en difficultés d'honorer leurs engagements vis-à-vis de la mutuelle, des familles caractérisées par une situation socio-économique défavorable qui ne leur permettaient pas d'intégrer la mutuelle, etc. Imbus des valeurs de solidarité qui fondent le mouvement mutualiste, les responsables de la mutuelle ont pensé à la mise en place d'un fonds de solidarité qui serait alimenté par des dons des ressortissants de la localité ou autres bonnes volontés sensibles à la situation de ces familles.

Cette initiative a permis de mobiliser environ 500 000 F grâce à des contributions individuelles dont la plus importante, d'un montant de 389 000F, provient d'un ressortissant du village émigré en Allemagne. La décision arrêtée par le comité de gestion après deux réunions sur la question était d'utiliser l'enveloppe pour :

- aider les adhérents en difficulté pour se mettre à jour de leurs cotisations,
- faciliter l'adhésion de familles en situation d'indigence,
- aider certains membres à payer leurs dettes suite une hospitalisation très coûteuse,
- aider financièrement certains membres suivant des traitements spécifiques non couverts par la mutuelle.

Ainsi, 38 familles ont été sélectionnées selon la répartition suivante :

- 17 adhérents avec 101 bénéficiaires ayant cumulé beaucoup d'arriérés de cotisation ont vu leur situation régularisée,
- 14 nouveaux membres ont été intégrés avec 46 bénéficiaires et pour qui, il a été versé les cotisations sur une durée annuelle,
- 4 adhérents se sont fait épongés leurs dettes,
- 3 adhérents ont reçu 10 000 F au titre d'appui à leur traitement médical hors paquet de bénéfice de la mutuelle.

Leur identification et sélection se sont opérées selon le processus itératif entre les membres du bureau exécutif et les délégués responsables de leur zone (entité). Il s'agissait pour les délégués en regard des catégories de personnes ciblées plus haut et sur la base de leurs connaissances empiriques de la situation sociale de leur communauté villageoise, de proposer au bureau les familles en difficulté et ayant le plus besoin d'assistance dans le domaine de la santé. Ces propositions furent discutées et ont abouti à une sélection définitive sur base consensuelle.

A travers ce schéma, la mutuelle a joué un rôle de liant entre la communauté et les ressortissants mais aussi a démontré par là son utilité en tant que facteur de cohésion sociale.

3.1.6- Mutuelle de Santé des enfants de la rue et des exclus (MERE)

3.1.6.1- Naissance et évolution

La Mutuelle des Enfants de la Rue et des Exclus (MERE) est une association d'aide et d'assistance aux enfants en situation particulièrement difficile. Elle est créée le 03 mars 1998 à Kaolack sur l'initiative des Compagnons de la Mutualité Kaolackoise (CMK) qui est une association de promotion des mutuelles de santé. Sa cible bénéficiaire est exclusivement constituée d'enfants âgés de 0 à 15 ans vivant dans des conditions difficiles, notamment les talibés, les orphelins, enfants de parents mendiants, enfants de parents divorcés à la charge de la mère sans travail.

Elle compte présentement 179 enfants bénéficiaires à l'aide d'un système de parrainage géré par un Conseil de gestion composé de 05 membres dont 03 actifs sur les activités de terrain.

Les parrains détiennent les pouvoirs de décisions de l'Assemblée Générale qui comprend trois collèges :

- le collège des enfants avec un statut d'observateur
- le collège des parents ou tuteurs des enfants avec un pouvoir consultatif
- le collège des parrains avec un pouvoir de décision

L'assemblée générale élit un Conseil des sages et un Conseil d'Administration lequel s'appuie sur un bureau exécutif de trois membres chargé de la mise en œuvre de la politique de la mutuelle. Toutefois, le Conseil de gestion évoqué plus haut a mission de faire fonctionner les organes de la mutuelle.

Les parrains sont au nombre de 103 dont une vingtaine de Sénégalais. Les autres résident en France et travaillent avec la mutuelle par le biais d'une structure basée en France dénommée Association Jeunes pour le Sénégal.

En plus de la couverture maladie, la mutuelle se déploie sur d'autres volets qui permettent de réhabiliter l'enfant, notamment l'assistance sociale des familles concernées et l'organisation d'un arbre de Noël en début de chaque année.

Cette manifestation qui est aussi une occasion pour sensibiliser et cibler de nouveaux parrains, connaît souvent la participation des autorités locales et autres structures, lesquelles ne manquent pas de faire des promesses d'appui mais qui sont toujours restées sans suite.

3.1.6.2- Propriétés et paramètres de gestion de la mutuelle

La particularité de la MERE réside surtout dans son caractère hybride en ce sens qu'elle offre les mêmes services qu'une mutuelle sans en épouser les mêmes règles organisationnelles sur le plan du fonctionnement. Elle marche comme un fonds de solidarité en faveur d'une cible particulière constituée ici que de bénéficiaires parrainés, les enfants en situations difficiles.

Les bénéficiaires sont seuls détenteurs d'une carte de membre accompagnée d'un carnet de santé qui leur donne accès à une prise en charge au niveau des structures de soins. Le paquet de bénéfice couvre toute maladie nécessitant des soins au niveau d'une structure sanitaire. Cependant le taux de prise en charge varie en fonction de la catégorisation suivante :

- enfant membre d'une famille totalement démunie : 100%
- enfant membre d'une famille moyennement démunie : 80%
- enfant membre d'une famille relativement démunie avec possibilité de soutien par des parents : 50%

La catégorie est bien indiquée sur le carnet de santé avec mention du taux supporté par la mutuelle. Cela permet à la structure de soins de facturer au patient, le cas échéant, la part à supporter sur le coût total des soins reçus. Cette catégorisation vise à limiter les risques d'abus de la part de parents ou tuteurs mais aussi, c'est en même temps un moyen de faire participer ces derniers à l'effort de prise en charge.

La mutuelle a conventionné avec une seule structure sanitaire, en l'occurrence, le dispensaire privé catholique de Maka Kahone situé à 14 km de la ville de Kaolack. Son choix est motivé par les raisons suivantes :

- le coût des soins est plus accessible : un forfait de 1 000 F pour les soins et les médicaments,
- le souci de limiter les risques d'abus en créant les conditions d'un recours aux prestations de la mutuelle qu'en cas de réel besoin,
- le souhait de faire participer les parents qui s'acquittent d'une contrepartie à travers les frais de transport (400F aller et retour).

La collaboration repose sur un système de prépaiement consistant au dépôt d'une avance de 100 000 F à partir de laquelle la structure prélève au fur et à mesure le montant correspondant aux prestations consommées. Cette enveloppe est renouvelée chaque fois que sa consommation est justifiée à la mutuelle avec les factures jointes.

Le malade doit d'abord se faire consulter au niveau de cette structure avant d'être admis ailleurs pour des soins de niveau supérieur nécessitant une hospitalisation ou des analyses entre autres.

En cas de besoin d'urgence, il faut d'abord une autorisation de la mutuelle pour se rendre directement aux postes de santé situés dans la commune et après éventuellement à l'hôpital régional. Autrement dit, il faut épuiser les possibilités au niveau des structures de premier niveau avant de se rendre dans les structures de palier supérieur.

Dans ces cas, le malade bénéficie d'une assistance physique et psychologique d'un des responsables de la mutuelle et se fait accompagner par lui à la structure sanitaire où il procède au règlement de la facture liée aux soins reçus conformément à la catégorie du bénéficiaire.

Le coût annuel des prestations varie de 590 000 F à 677 000 F durant les quatre dernières années avec un effectif de patients traité variant entre 80 et 103 enfants.

3.1.6.3- Description du schéma de prise en charge des indigents

Le schéma de prise en charge des indigents est basé sur l'identification, la sélection, le suivi et l'assistance des bénéficiaires. A l'origine de l'initiative, les enfants talibés étaient ciblés en priorité mais la plupart des marabouts n'avaient pas compris son sens et sa portée et se sont montrés réticents pour l'enrôlement de leurs talibés. Avaient-ils sans doute peur que leurs talibés soient assimilés à des mendiants ou enfants de la rue dénommés couramment sous le vocable « faxman »²² ?

Dès lors, la mutuelle n'avait de choix que s'orienter vers les autres cibles à identifier dans les familles relativement frappées d'indigence. En plus de ce paramètre générique lié à la pauvreté, le ciblage se réfère à des caractéristiques spécifiques susceptibles de maintenir l'enfant dans une situation défavorable voire vulnérable face aux risques de maladie. Pour être éligible au schéma, les critères suivants sont appliqués :

- être orphelin total²³ ou partiel
- être enfant de parents mendiants,
- être enfant de parents divorcés à la charge de la mère sans travail.

Dans le processus d'identification, la mutuelle procède à un ciblage directe à travers des descentes dans les familles résidant dans les zones les plus affectées par la pauvreté. En plus, elle sollicite le service départemental de l'action social qui lui fait des propositions sur de potentiels bénéficiaires à partir de sa banque de données.

Cette étape d'identification est suivie de celle de la présélection par le bureau exécutif. Une visite des enfants et de leurs parents ou tuteurs est effectuée pour compléter les informations et obtenir l'accord de ces derniers. En cas d'acceptation, un dossier de parrainage est constitué à l'aide d'une fiche qui leur est administrée. Une carte de membre et un carnet de santé sont délivrés et qui doivent comporter la photo du bénéficiaire.

Le carnet de santé est ensuite déposé au poste de santé partenaire de la mutuelle qui doit le garder. L'enfant sera seulement muni de sa carte de membre pour être pris en charge.

Par ailleurs, le nombre d'enfants à enrôler dans une famille n'est pas déterminé d'avance. Tout dépend des possibilités de parrainage et de la gravité de la situation observée dans la famille.

Les parrains quant à eux, sont identifiés à l'aide des relations interpersonnelles des responsables de la mutuelle et par le canal de l'Association Jeunes pour le Sénégal. Des initiatives ont été entreprises auprès de certaines structures comme le Conseil Régional, le Ministère de la petite enfance, l'Assemblée nationale, le Ministère de la Santé, la Fondation Solidarité Partage, etc., afin de trouver des ressources financières supplémentaires pour couvrir plus de bénéficiaires mais malheureusement aucune réponse favorable n'a été apportée aux requêtes de la mutuelle.

L'engouement et la forte mobilisation des responsables de la MERE au cours des premières années d'existence ont valu à cette structure le triplement de son effectif de bénéficiaires

²² Concept péjoratif pour désigner les petit délinquants ou enfants abandonnés par leur famille pour raison d'indiscipline ou de comportements incorrigibles

²³ Orphelin total renvoie à l'enfant qui a perdu ses deux parents ; orphelin partiel, celui qui a perdu un de ses parents

après trois ans de fonctionnement. De 50 bénéficiaires au démarrage, elle a enregistré une centaine de bénéficiaires supplémentaires deux ans après. Mais depuis lors, sa croissance s'est nettement ralentie du fait de l'absence de soutien de la part des pouvoirs publics et d'organismes non gouvernementaux oeuvrant pour la cause de l'enfant. Cette attitude perçue comme un manque d'intérêt de leur part a sans doute dilué le degré de motivation et d'investissement de certains membres du groupe fondateurs de la MERE dont trois seulement restent encore actifs dans le déroulement des activités.

Les faibles moyens disponibles grâce aux seules contributions des parrains, contraignent la MERE à n'utiliser ses modestes ressources financières que pour les besoins de prise en charge des coûts de soins et l'organisation d'un arbre de Noël auquel les enfants attachent une importance capitale. Dès lors, les activités relatives à l'animation de la vie interne de la mutuelle devant assurer une participation effective des parents des enfants dans la gestion de la mutuelle sont quasiment laissées en veilleuse.

3.1.7- Mutuelle de Santé de Bokk Faj

3.1.7.1- Naissance et évolution

La mutuelle de santé Bokk Faj est de type communautaire au 1^{er} franc, créée le 2 mai 1999 dans la communauté rurale de Kathiott, à 95 Km du chef lieu de région Kaolack. Le village de Keur-lahine abrite son siège et polarise une vingtaine de hameaux situés tous dans une zone caractérisée par la pauvreté, l'analphabétisme et l'enclavement. Elle compte actuellement 2 584 bénéficiaires dont 2048 par le biais d'un parrainage avec l'ONG Word Vision.

L'idée de création de la mutuelle est partie d'un ressortissant du village en service dans l'école du village qui s'est très vite rendu compte des difficultés rencontrées par ces populations dans le domaine de la santé. Frappé par le taux d'absentéisme élevé des élèves en période de paludisme et les multiples sollicitations des parents pour se faire soigner, il décida de monter un comité d'initiative où chaque village était représenté. Avec l'appui du Projet de Promotion des Mutuelles de Santé (PAMS), ce comité a bénéficié d'une formation et d'un appui pour la réalisation de l'étude de faisabilité. Suite à plusieurs rencontres d'information et de sensibilisation, la mutuelle s'est mise en place avec 150 adhérents à l'Assemblée Générale.

La population cible tire principalement ses revenus de l'agriculture et de l'élevage avec une prédominance de la culture de l'arachide et des cultures vivrières (mil, maïs, sorgho, etc.). Toutes ces cultures se font sous pluies (de juillet en octobre) ce qui laisse une longue période (de 7 mois) de quasi-inertie où les activités sont réduites au petit commerce dans les marchés hebdomadaires et l'exode rural.

Les résultats d'une étude²⁴ menée dans le milieu situent le revenu moyen mensuel des ménages à moins de 50 000 F. La faiblesse de ce niveau de revenus montre combien ces populations sont en difficulté pour satisfaire leurs besoins fondamentaux. En effet, dans beaucoup de domaines y compris celui de la santé, la zone souffre d'une précarité très relevée liée à la pauvreté et à l'enclavement.

Par ailleurs, la mutuelle n'a pas manqué, au cours de son évolution, de s'adapter au contexte et aux besoins évolutifs de ses membres en apportant des changements importants tant dans sa structuration, son fonctionnement que dans sa gestion à savoir :

²⁴ Etude réalisée par le Groupe d'Appui et de Promotion des Mutuelles de Santé (GAPM) en 2004

- son extension à la communauté rurale ;
- la décentralisation de sa gestion ;
- son adhésion au Cadre local de concertation des mutuelles de santé de Kaffrine ;
- l'adaptation de ses cotisations aux prestations demandées ;

Elle doit surtout cette grande capacité d'adaptation à l'appui technique des partenaires d'une part et d'autre part au dynamisme de son équipe dirigeante qui s'investit bénévolement pour faire de leur outil un exemple phare de la mutualité communautaire.

La mutuelle a mis en place à Keur-lahine une case de santé qui fait aussi office de siège, grâce à l'appui du BIT/step et Lion's club Mon blanc. Celle-ci est dotée d'un dépôt de médicaments d'une valeur de 358 000 F.

Cet exemple rare de case-pharmacie mutualiste, outre les déplacements coûteux et pénibles qu'elle épargne aux malades locaux, sert depuis sa création de point focal pour les vaccinations et les visites mensuelles.

Avec l'ONG World Vision, Bokk Faj est en train d'inaugurer une nouvelle phase de son évolution à travers la mise en œuvre d'un schéma inédit de parrainage des enfants ciblés par cette structure. Ce partenariat a fait l'objet d'un protocole d'accord dont l'exécution vient de démarrer au mois de janvier 2007.

D'autres relations de collaboration sont entretenues dans le cadre de la promotion de la mutualité, notamment avec les responsables de santé au niveau départemental et régional par le biais d'un Cadre Local de Concertation des Mutuelles de Santé du Département de Kaffrine (CLCMSK) dirigé par le Président de Bokk Faj qui en est l'initiateur. Des initiatives d'harmonisation du paquet de bénéfice et des cotisations ont été entreprises à travers ce cadre et actuellement 5 mutuelles sur les sept applique les schémas retenus.

Dans son fonctionnement, la mutuelle s'appuie sur 3 instances locales (secteurs) et une centrale. Cette subdivision répond à un souci de rapprocher la mutuelle de ses bénéficiaires. Les instances locales servent de relais au bureau exécutif central pour vulgariser les activités et faciliter l'information et l'échange entre les membres de la mutuelle.

3.1.7.2- Propriétés et paramètres de la gestion de la mutuelle

La mutuelle a adopté un mode d'adhésion familiale matérialisé par l'achat d'une carte de membre à 1000 F et le versement d'une cotisation annuelle de 2400 F par bénéficiaire. Une période d'observation d'une durée de trois mois est appliquée au nouveau membre. Le paquet de bénéfice offert est comme suit :

Services offerts	Taux de prise en charge
Consultation	100%
Hospitalisation au CS	75%
Médicaments IB	100%
Médicaments génériques	50%
Evacuation	100%
Analyse	50%
Accouchement	75%

Pour la prise en charge de ses membres malades, la mutuelle a signé des conventions avec le centre et postes de santé environnants. L'une des conditions de prise en charge du malade est la présentation d'une lettre de garantie délivrée par la mutuelle.

L'absence de personnes instruites, capables de gérer de façon décentralisée les lettres de garantie dans chaque village obligeaient les malades de faire de longs trajets pour disposer de ce document. Cette situation les amenait souvent à payer directement les prestations, bien qu'appartenant à la mutuelle.

Ce problème a été contourné par la délivrance de « **passport santé** » aux adhérents. Avec ce document, les bénéficiaires peuvent en cas de maladie, se rendre directement chez les prestataires de soins. Cette stratégie a permis de juguler le problème de la délivrance des lettres de garantie souvent décrié dans beaucoup de mutuelles comme facteur bloquant. Aussi, elle a permis d'impliquer l'offre de soin dans l'identification et le contrôle des bénéficiaires sur la base d'une liste des membres à jour de leur cotisation déposée à leur niveau par la mutuelle.

En cas de besoin de prestation, le bénéficiaire s'acquitte directement de sa part de prise en charge et la mutuelle est strictement facturée la part qui lui revient telle que indiquée sur le paquet de bénéfice.

Suite aux faiblesses notées dans le recouvrement des cotisations, il a été retenu suite aux échanges avec les membres concernés, d'effectuer la collecte lors de la commercialisation des produits agricoles. La mutuelle travaillera ainsi avec les gérants des coopératives agricoles ou points de collecte pour opérer des retenues correspondant au montant des cotisations des membres.

Toujours dans le cadre de l'amélioration du taux de recouvrement, la stratégie de gérer des champs collectifs a été arrêtée. Ainsi, les 25 villages seraient répartis dans 7 secteurs et chaque secteur cultive un champ collectif dont les intrants seraient fournis par la mutuelle. Le produit de ces champs servirait de cotisation aux différents membres qui auraient participé à l'exploitation des champs jusqu'à concurrence du montant fixé. Le surplus pouvant servir à aider les cas sociaux ou à alimenter le fond de réserve de la mutuelle.

La mutuelle n'a jamais enregistré des impayés de factures depuis sa création. En 2006, 422 malades ont été pris en charge pour un coût de prestation de 1 260 872 F.

3.1.7.3- Description du Schéma de prise en charge des indigents

L'e schéma de parrainage concerne 2048 enfants choisis par l'ONG Word Vision (WV) et pour lesquels elle s'est engagée auprès de la mutuelle de leur verser les droits d'adhésion (1000 F chacun) et une cotisation (1900 F par an chacun) afin qu'ils bénéficient des services offerts par cette dernière. En plus de cette contribution assurée par WV, les parents versent pour leur part 500 F pour compléter le montant de cotisation fixé par la mutuelle soit 2400 F. Autrement dit, WV fait participer les parents des CIP²⁵ sur les cotisations à hauteur de 21% et apporte les 79% restants. L'objectif visé est d'amener les parents à prendre conscience de leur responsabilité vis-à-vis de l'enfant mais surtout de les intéresser à s'impliquer dans la gestion du schéma et se préparer à la pérennisation à la fin de l'intervention du programme.

²⁵ Sigle utilisé pour désigner les enfants enrôlés par WV

L'idée de collaborer avec la mutuelle de santé est née d'un souci de recherche de plus d'efficacité dans l'utilisation des ressources (financières, matérielles, humaines, etc.) du programme mais aussi de la capacité reconnue aux mutuelles de santé d'offrir une couverture maladie de qualité. Ainsi, les différentes rencontres effectuées dans le cadre du CLCMSK pour s'accorder sur la faisabilité d'un partenariat et les modalités de sa mise en œuvre, ont débouché sur le choix de Bokk Faj pour lancer l'expérimentation d'un tel schéma consistant à déléguer à cette dernière la gestion de la couverture sanitaire de 2048 CIP répartis dans son rayon d'action.

Cependant, les CIP ne bénéficient pas de privilèges particuliers à l'égard des autres membres par souci d'équité et de rejet de toute discrimination entre les membres de la mutuelle.

Chaque CIP est doté d'un carnet de membre et d'un « passeport santé » qui lui donne accès aux structures sanitaires en cas de maladie.

Dans les situations où le coût de la prestation est partagé entre la mutuelle et le bénéficiaire, c'est le parent du CIP qui supporte directement la part revenant au bénéficiaire.

A ce stade de l'expérimentation de ce schéma, la mutuelle ne participe pas dans le processus d'enrôlement des enfants et n'est donc pas impliquée dans la définition des critères d'éligibilité des cibles. Toutefois, les critères auxquels se réfère WV sont liés à la pauvreté. En effet, dans le processus déroulé il s'agit d'identifier :

- d'abord les villages les plus pauvres
- ensuite les ménages les plus affectés par la pauvreté
- enfin les enfants âgés de 03 à 09 ans

L'impact de ce schéma sur la mutuelle est décisif en cela qu'il a permis de tripler le nombre de bénéficiaires, ce qui est source de renforcement de ses ressources financières et de sa crédibilité vis-à-vis des prestataires.

3.1.8- Mutuelle de Santé de Sant Yalla

3.1.8.1- Naissance et évolution

La mutuelle de santé Sant Yalla est de type communautaire au 1^{er} franc, mise en place le 29 octobre 2001 par l'Union des Groupements de Femmes partenaires du RADi basée à Pikine dans la région de Dakar. Elle compte 123 adhérentes pour environ 600 bénéficiaires dont 399 talibés couverts à travers un système de parrainage.

La création est venue dans un contexte où les femmes du quartier Icotaf Guinaw Rail organisées en groupements pour l'amélioration de leurs conditions sociales ont senti la nécessité d'entreprendre une action solidaire face aux difficultés liées à la couverture médicale de leur famille. Conscientes du fait que les effets de paupérisations subis par les ménages découlant des dépenses de santé, touchaient davantage les femmes que les hommes, elles n'ont pas manqué d'exprimer cette préoccupation dans le cadre d'un espace de rencontre avec les partenaires.

En effet, l'Union des Groupements de Femmes est membre d'un Cadre Local de Concertation (CLC) regroupant les différents acteurs de la société civile sous l'impulsion de l'ONG VECO et le RADi. Ce cadre abrite une dizaine de collectifs s'identifiant chacun à un corps particulier ou une catégorie d'acteurs donnée à savoir : le collectif des ASC, le collectif des groupements

de femmes, le collectif des acteurs culturels, le collectif des délégué de quartier, le collectif des associations d'handicapés, le collectif des daaras, le collectif des établissements publics scolaires (APE), etc.

L'une des raisons d'être de ce cadre est de chercher à mobiliser tous les acteurs dans une dynamique de réflexion, d'échange et d'actions pour promouvoir les conditions d'un développement local durable participatif. En tant que cadre de convergence de plusieurs acteurs organisés, le CLC est devenu la porte d'entrée des partenaires souhaitant appuyer les populations de Pikine et de ce fait a été le lieu à partir duquel l'idée de la création de la mutuelle de santé des femmes a été lancée et dont la pertinence était reconnue par les partenaires qui se sont montrés prêts à appuyer la mise en oeuvre. La présence du collectif des Daaras à cette instance a été, sans doute, un facteur déterminant dans l'intégration des talibés parmi les cibles de la mutuelle.

Ainsi, la mutuelle devrait cibler les femmes et leur famille habitant dans les zones de Pikine, Guédiaway, Yeumbel et Guinaw Rail ainsi que les talibés vivant dans les daaras situés dans ces mêmes zones.

Dans le processus de mise en place et de développement de la mutuelle, les femmes ont bénéficié du soutien financier et technique de partenaires dont le PROMUSAF, VECO et le RADI. L'implication de ces partenaires a permis de dérouler avec succès les différentes étapes (étude de faisabilité, formation, AG constitutive, etc.) aboutissant à la mise en place effective de la mutuelle Sant Yalla avec une option de couverture des talibés à travers un système de parrainage appelé « Dayou Daara²⁶ ».

Dès sa création, la mutuelle s'est engagée dans une collaboration avec les deux postes de santé fréquentés par ses cibles du fait de leur proximité. Cette collaboration est régie par une convention assujettie au dépôt d'une caution de 75000F dans chaque structure. Toutefois, elle ne bénéficie pas d'avantages particuliers relatif à une réduction sur les tarifs des prestations comme c'est le cas dans la région de Thiès.

3.1.8.2- Propriétés et paramètres de gestion de la mutuelle

Le mode d'adhésion est familial moyennant l'achat d'une carte de membre à 1000 F et le versement d'une cotisation mensuelle de 100F par bénéficiaire. Chaque adhérente est autorisée à inscrire dans son carnet jusqu'à 18 bénéficiaires au maximum avec leur photo. La mutuelle estampille chaque photo pour éviter les risques de substitution avec des personnes non bénéficiaires.

Le paquet de bénéfice comprend :

Services offerts	Taux de prise en charge
Soins primaires	50%
Visites prénatales	50%
Planning	50%
Accouchement	50%

La mutuelle se partage avec le bénéficiaire le coût des soins à part égale. Ainsi, le patient se prend en charge directement selon le principe du tiers payant, c'est à dire au moment des

²⁶ « Dayou daara » nom donné à une femme qui vient en assistance aux talibés (marraine).

soins, pour la part qui lui revient (50%). Le règlement, pour ce qui concerne la part à la charge de la mutuelle, se fait sur la base des factures cumulées sur une périodicité mensuelle.

Une caution de 75 000 F est déposée à chaque poste de santé conventionnée mais jusque là, la mutuelle a respecté les délais de règlements convenus et n'a donc jamais enregistré d'impayés de factures.

L'accès aux prestations au niveau du poste de santé est assujéti à la présentation du carnet de membre et d'une lettre de garantie que la mutuelle ne délivre au bénéficiaire que lorsque celui-ci est à jour de ses cotisations.

L'inexistence de siège propre pour la mutuelle ne permet pas un système centralisé de recouvrement des cotisations. Ainsi, la mutuelle s'appuie encore sur une stratégie de porte à porte pour la collecte des cotisations impliquant la Présidente, la Secrétaire Générale et la Trésorière. Les responsables de groupement dans les zones étaient utilisées comme de relais au niveau leur zone pour collecter et faire remonter les cotisations de leurs membres mais ce schéma a vite montré ses limites en raison de quelques irrégularités enregistrées.

3.1.8.3- Description du schéma de prise en charge des indigents

Les talibés résidant dans les daaras situés dans le rayon d'action de la mutuelle sont les principaux bénéficiaires du système « Dayou Daara ». Ce schéma de parrainage s'opère à deux niveaux.

D'une part, il est demandé à chaque adhérente d'intégrer dans son carnet au moins un talibé parmi sa liste de bénéficiaires. Il est fait obligation, cependant, à toute membre du CA de prendre en charge au moins 1 à 5 talibés. Cette stratégie a permis de parrainer une quarantaine de talibés a été couverte.

D'autre part, il est fait recours à des ressources financières externes destinées à couvrir le maximum de talibés possibles. La mutuelle a ainsi bénéficié d'une subvention de la Province d'Anvers par le biais de l'ONG VECO pour couvrir 399 talibés.

Dans ce schéma, le parrain doit s'acquitter seulement du versement de la cotisation fixée par bénéficiaire qui est de 100F par mois, soit 1200 F par an. En dehors des talibés couverts par les membres de la mutuelle, une carte de membre avec photo est établie pour chacun des bénéficiaires du parrainage. Cette carte leur donne accès à une prise en charge totale sur les soins primaires sans contrepartie. Tous les frais sont supportés par la mutuelle.

L'identification des talibés bénéficiaires se fait en collaboration avec le Collectif des Daaras qui est membre du CLC. Les critères d'éligibilité sont :

- être talibé résident dans un daara
- ne pas avoir sa famille sur place

La mutuelle n'intervient pas dans l'affectation des quotas par daara, le soin en est laissé au Collectif. Toutefois, le cadre du CLC est utilisé pour entériner la liste proposée par le Collectif pour des raisons de transparence et de contrôle du respect du principe d'équité dans la sélection.

Le soutien financier de la Province d'Anvers a duré de 2002 à 2004. Depuis lors, la subvention n'est pas renouvelée. Le volet santé n'a pas été retenu dans le second plan

quinquennal qui lie ce partenaire au CLC pour des raisons ignorées par les responsables de la mutuelle. Néanmoins, la mutuelle continue encore d'assister les talibés bénéficiaires par ses moyens propres et ceux des membres et responsables animées d'une bonne volonté.

Des initiatives ont été entreprises auprès des élus locaux (mairies d'arrondissements) pour solliciter leur soutien à la pérennisation de ce schéma mais malheureusement ces derniers tardent à manifester leur intérêt à cet égard.

La couverture des talibés a permis à la mutuelle d'augmenter son poids social mais depuis l'arrêt des subventions de la part de la Province d'Anvers, celle-ci vit une situation de précarité financière notoire.

3.2- LES ACTEURS IMPLIQUES DANS L'INITIATION DE SCHEMAS DE COUVERTURE DES INDIGENTS DANS LES MUTUELLES DE SANTE

De par leur dimension communautaire et leur approche de proximité qui leur donne une bonne prise sur le vécu réel des populations, les mutuelles de santé attirent de plus en plus de partenaires dont certains ne manquent pas de les intégrer dans leur démarche comme une composante stratégique pour toucher leur cible. C'est le cas d'ONGs dont la préoccupation est l'amélioration des conditions de vie et du bien être des enfants et leur famille.

La formule de parrainage de leur cible à travers les mutuelles de santé s'est révélée porteuse de plusieurs avantages non seulement dans le domaine de la rationalisation de leurs ressources mais aussi dans le cadre de la mise en branle de processus participatifs plus ancrés dans les valeurs et traditions communautaires.

3.2.1- Les ONGs

Les expériences menées par l'**ONG CCF** dans les régions de Ziguinchor, Thiès et Dakar d'une part et l'**ONG Word Vision** dans la région de Kaolack d'autre part, démontrent avec éloquence la pertinence de l'option sur les mutuelles de santé pour étendre la couverture maladie à certaines catégories sociales défavorisées par leur conditions sociales.

Les lignes directrices de l'intervention de ces ONGs sont fondées sur l'ambition de combattre la pauvreté par une approche intégrée combinant différentes actions dans le domaine de la santé, de la nutrition, de l'hygiène et de l'amélioration des revenus des familles (AGR, micro crédits).

Leurs interventions se déroulent à travers des programmes à durée déterminée variant entre 5 et 10 ans, voire plus.

Par ailleurs, même si l'assistance à l'enfant et la famille affectés par la pauvreté, justifie leur raison d'être principale et sert de prétexte pour mobiliser les ressources financières auprès de leurs bailleurs (Institutions internationales, parrains et donateurs résidents dans les pays riches, etc.), dans leur approche c'est toute la communauté d'appartenance qui constitue la cible globale et profite à ce titre, de plusieurs réalisations en matière d'infrastructures et d'équipements collectifs. Ainsi, plusieurs actions sont entreprises pour :

- **accroître l'accès des populations à l'eau potable** : avec des réalisations portant sur la construction d'ouvrages hydrauliques (puits, forages surtout en milieu rural), le raccordement des familles au réseau d'approvisionnement, la mise en place de comité de gestion des points d'eau, etc.

- **améliorer l'accès des enfants à l'éducation** : avec la construction de salles de classe, des dotations d'équipements aux établissements scolaires (tables bancs, matériels pédagogiques, etc.), des dotations de fournitures scolaires aux enfants enrôlés, etc.
- **améliorer les revenus et la sécurité alimentaire des familles** : à travers des dotations de fonds destinés au micro crédits, des distributions de vivres et de semences, des dotations d'équipements agricoles, etc.
- **promouvoir l'hygiène et une meilleure santé de l'enfant** : avec la réalisation et l'équipement d'infrastructures sanitaires, la prise en charge médicale des enfants parrainés, la construction de latrines, la dotation de médicaments et de moustiquaires imprégnés, etc.

Le renforcement des dynamiques communautaires portées par les populations elles-mêmes constitue une autre dimension qui caractérise les approches d'intervention de ces ONGs et justifie tout l'intérêt accordé aux mutuelles de santé. En effet, non seulement ces mutuelles de santé s'offrent comme un cadre favorable à l'ancrage des logiques de prévention médicale mais aussi c'est un moyen de régulation entre l'offre et la demande de prestation. Par exemple, pour l'ONG Word Vision, l'intérêt d'intégrer les enfants enrôlés dans une mutuelle de santé se fondent sur divers avantages dont :

- **un gain de temps considérable pour WV** ; les ADP²⁷ n'auront plus à interrompre leurs activités ou à faire office d'infirmier ce dont il n'ont pas la formation à chaque fois qu'un CIP est malade.
- **une meilleure utilisation du parc automobile de WV**; les voitures ne serviront plus d'ambulance pour transporter ou référer les CIP malades ;
- **une réduction du risque de sur-prescription** ; les prestataires chargés de consulter les enfants ont moins de retenu à sur prescrire si le tiers payant est une ONG réputée riche comme WV
- **une utilisation efficiente des moyens destinés à la prise en charge sanitaire des CIP** ; le partage du risque maladie permet aux bien-portants de soigner les malades et de garder comme réserve commune aux membres les cotisations non dépensées des exercices.
- **un meilleur suivi médical des enfants** ; les enfants pouvant se faire consulter à chaque fois que de besoin et à bénéficier des prestations offertes par les MS selon les modalités définies ;
- **une meilleure implication des parents et de la communauté à la prise en charge des enfants malades** ; les parents ne se disculperont plus de leur enfant malade et ne verront plus l'ASC comme seul responsable de la bonne ou mauvaise santé de leur enfant ;
- **une extension des services de la mutuelle à la famille, à la communauté à partir du CIP**: Le père pouvant s'encourager des bienfaits de la mutuelle sur le CIP pour inscrire dans son carnet de santé ses frères et sœurs, les autres membres de sa famille et atteindre toute la communauté ;

²⁷ ADP : Agent technique de WV chargé du suivi et de la coordination des activités du programme dans une circonscription donnée

- **une amélioration de la santé de la communauté du CIP** : une meilleure vulgarisation des mutuelles de santé, plus de d'accessibilité à la prévention à des soins de qualité, plus d'émancipation et plus d'épanouissement de la communauté ;
- **Une pérennisation de la prise en charge des CIP après WV par une organisation propre à la communauté et gérée par la communauté.**

Toutefois, d'autres acteurs qui ne disposent pas de moyens aussi importants que ces ONGs, se font remarquer par leurs apports qualitatifs dans le développement des expériences mutualistes en matière de prise en charge des indigents.

3.2.2- La Paroisse de Fandène

Au-delà des activités purement culturelles, elle s'investit dans le champ social pour assister les familles en difficultés. Elle impulse et soutient des initiatives dans divers domaines dont la santé et l'éducation, et accompagne particulièrement la communauté à mieux s'organiser pour surmonter leurs problèmes.

Le pouvoir d'influence dont elle jouit sur la communauté, lui confère un rôle de régulateur social qui justifie son implication dans toute initiative visant à promouvoir les valeurs de solidarité et d'entraide. La mutuelle de Fandène doit beaucoup son existence et sa survie à la Paroisse qui abrite son siège et lui fournit un appui conseil en permanence.

3.2.3- Le Groupe de Recherche et d'Appui aux Initiatives Mutualistes (GRAIM)

Le GRAIM est une association à but non lucratif créée en 1994 à Thiès. Il trouve sa raison d'être dans le besoin d'accompagnement du mouvement mutualiste en plein essor dans la région de Thiès. En plus de ses activités dans les domaines de la formation, de l'assistance technique et de l'appui conseil, il s'investit dans une activité expérimentale sur la prise en charge des indigents à travers les mutuelles de santé. Il s'agit d'une chaîne de solidarité baptisée « sopp naaleen ».²⁸

C'est un système de solidarité envers des tiers pour leur permettre d'intégrer les systèmes mutualistes et bénéficier des services que couvrent ces mutuelles. Le souscripteur est tenu de s'engager au moins pour 1 an et verser une cotisation de 250 F²⁹ par mois pour une personne. Un participant décide du nombre de personne qu'il s'engage à garantir : exemple en décidant de participer pour 2 500 F CFA/ mois, on offre une couverture à 10 personnes vulnérables.

L'identification des bénéficiaires se fait par les communautés de base à partir des mutuelles de santé et suivant des critères définis par elles-mêmes. Les mutuelles font parvenir leurs listes à la commission de sélection qui en arrête la liste définitive. Cette commission est composée de représentants des mutuelles et du GRAIM et éventuellement d'autres institutions (service social).

Le groupe de parrains qu'on retrouve actuellement dans la chaîne de solidarité est constitué du personnel du GRAIM (17 personnes) en plus de trois personnes extérieures soit 20 parrains au total.

²⁸ Expression wolof qui signifie « je vous aime »

²⁹ 200 F pour la cotisation mensuelle et 50 F pour les frais de fonctionnement du système

La mise en œuvre de cette expérience permet de faire bénéficier à 37 personnes leur couverture médicale à travers la Mutuelle de Santé Grand Thialy qui a été choisie pour cette phase pilote.

Par ailleurs, dans le cadre de ses autres activités d'appui, le GRAIM a aidé à la mise en place de 10 lignes de crédit rotatif pour lutter contre le faible taux de cotisation mais aussi la mise en place d'une convention unitaire avec l'hôpital Régional de Thiès à travers la Coordination Régionale des Mutuelles de Santé de Thiès.

3.3- SOURCES DE FINANCEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DES INDIGENTS

Les schémas de prise en charge des indigents couverts dans cette étude obtiennent leur financement de différentes sources à savoir :

- **les ONGs partenaires** : elles font un travail de collecte de fonds auprès de donateurs individuels ou institutionnels identifiés généralement dans les pays dits riches. Elles peuvent bénéficier d'appui financier dans le cadre de partenariats avec des institutions internationales résidant dans le pays d'accueil.

En effet, l'ONG Word Vision pour l'année 2006, a bénéficié de financements de l'Union Européenne pour la première fois de son histoire dans le domaine de l'hydraulique et du développement économique, de l'USAID dans le cadre d'un consortium d'ONG pour un vaste projet de santé communautaire.

Le CCF tient principalement ses financements des parrains résidant aux USA (Richmond), en Australie, en France, en Chine, etc. Il est aussi appuyé par l'UNICEF et le PAM dans le cadre de programmes ponctuels.

L'ONG VECO, a servi d'intermédiaire pour la Province d'Anvers, dans le financement du parrainage des talibés couverts par la mutuelle de santé Sant Yalla de Pikine.

- **la mutuelle de santé** : les mutuelles de santé développent des stratégies propres pour collecter des ressources financières à partir d'un système de solidarité interne c'est-à-dire entre les membres de la mutuelle. C'est le cas pour Faggu et Sant Yalla.
- **les parrains directs** : Ils sont identifiés en dehors des membres de la mutuelle à travers une stratégie initiée en général par cette dernière pour collecter leur contribution sous forme de versement de cotisations. C'est l'exemple de Yombal Faju ak Wer, Fandène, MERE.

3.4- LES IMPACTS DES SCHEMAS DE PARRAINAGE SUR LES MUTUELLES DE SANTE

L'évolution des adhésions et des bénéficiaires au niveau des mutuelles de santé s'est vue nettement améliorée avec l'introduction d'un schéma de prise en charge des indigents. Le poids des indigents représente 32 % du total des bénéficiaires couverts par les mutuelles santé concernées par l'étude. Dans les expériences de parrainage où c'est un acteur extérieur qui véhicule des subventions via la mutuelle en direction de ses cibles, ce taux varie et atteint parfois des niveaux importants. C'est l'exemple du CCF avec les mutuelles Jaata Kéria, de l'ONG VECO pour Sant Ylla et de Word Vision avec la Mutuelle Bokk Faj.

MUTUELLES DE SANTE	TOTAL BENEFICIAIRE	BENEFICIAIRE SCHEMA	%
Jaata Kéria	5106	2 546	50
Fandène	4 310	950	22
Faggu	1 560	40	3
Yombal Faju Ak Wer	3 846	40	1
Lalane Diassap	1 808	150	8
MERE	179	179	100
Bokk Faj	2 584	2 048	79
Sant Yalla	600	399	67
Total	19 993	6 352	32

Cet impact sur l'augmentation du poids social se traduit sur d'autres aspects de ces mutuelles notamment :

- l'amélioration des ressources financières qui induit le renforcement de la stabilité financière,
- la sécurisation vis-à-vis des risques de déséquilibre liés au retard dans le recouvrement des cotisations devant provenir des membres à contribution propre c'est-à-dire ceux qui ne bénéficient pas du schéma de parrainage,
- le renforcement de la crédibilité et de la notoriété de la mutuelle du fait de la confiance acquise auprès des partenaires jouissant d'une bonne réputation (CCF, Word Vision, ...). En effet, la présence des partenaires crédibles à côté de la mutuelle contribue à renforcer sa bonne image et consolide sa capacité de pénétration auprès des populations cibles.

Par ailleurs, les effets de la prise en charge d'indigents par ces mutuelles de santé se perçoivent aussi à travers la culture de solidarité qu'ils contribuent à incruster sur les comportements des membres voire de la population cible. C'est un moyen de promouvoir l'image de la mutuelle, vecteur de renforcement des liens sociaux entre catégories sociales à capacité contributive différenciée. Ainsi, des familles à revenu très faible ont été mises en possibilité de bénéficier de soins de santé en cas de maladie. Le sentiment de sécurité ainsi ressenti garantit une meilleure implication de la famille dans le suivi sanitaire des personnes bénéficiaires.

Le partenariat développé avec les ONGs dans le cadre de parrainage, favorise leur implication dans le fonctionnement en terme d'exigences de résultats et de transparence dans la gestion. Aussi, en tant qu'instrument communautaire, ces partenaires se servent de leur cadre pour promouvoir des initiatives de santé communautaire basées sur la prévention médicale : incitation à l'utilisation des moustiquaires imprégnés, sensibilisation sur les moyens de prévention contre certaines maladies, etc.

3.5- COUTS D'ACCES ASSOCIES AUX BENEFICES DE LA COUVERTURE DES INDIGENTS

A l'exception de l'expérience de Bokk Faj avec Word Vision où il est attendu du tuteur de l'enfant enrôlé une contribution de 500 F sur les 2400 F à verser pour chaque enfant et par an, les schémas de prise en charge des indigents visités dans la présente étude ne prévoient pas de contrepartie financière associée au bénéfice de ces schémas. Les coûts d'accès sont inclus dans la cotisation à verser par bénéficiaire. En effet, les cas suivants peuvent être relevés à titre d'exemple

- dans la mutuelle de santé de Fandène, le parrain verse en plus des 200 F fixés pour la cotisation mensuelle par bénéficiaire, un forfait de 100 F supplémentaire pour permettre une prise en charge gratuite et complète de celui-ci en cas de maladie. Les seuls frais supportés se limitent aux frais liés au transport vers les structures de soins sauf s'il s'agit d'évacuation par ambulance qui fait partie des services offerts par la mutuelle.
- dans les mutuelles de santé telles que Yombal faju ak wër et MERE, c'est le forfait de 5000 F à verser par le parrain qui englobe tous les coûts d'accès au schéma. Cependant, le transport vers les structures de soins sont à la charge du bénéficiaire.
- dans l'expérience du GRAIM avec la mutuelle Grand Thialy, un forfait de 50 F est ajouté sur le montant de la cotisation mensuelle au titre de frais de gestion de la chaîne de solidarité.

Toutefois, il faut noter qu'à l'exception de Fandène, de Yombal faju ak wër et de MERE³⁰ où il est prévu une couverture complète pour les soins, les bénéficiaires des schémas de prise en charge des indigents sont soumis aux mêmes conditions que les autres « ayant droit³¹ ». En effet, pour les services inclus dans le paquet de bénéfice et dont le niveau de prise en charge par la mutuelle est partiel (c'est-à-dire qui ne sont pas supportés à 100% par la mutuelle), le bénéficiaire doit supporter comme pour tous les autres membres la contrepartie y afférente dans une logique de co-paiement.

Ainsi, il convient de souligner que parfois, une telle exigence ne manque pas de constituer un handicap pour certains bénéficiaires membres d'une famille très affectée par la pauvreté. En guise d'illustration, nous avons été personnellement témoin à Kaolack d'une situation où les parents d'un enfant couvert par la MERE ont préféré ne pas emmener leur fille, malade depuis trois jours, au centre de santé Maka Kahone situé à 14 km de la ville faute de moyens pour assurer le transport. Il s'agit d'une famille très démunie tirant leurs revenus de la « mendicité » rencontrée par hasard dans le cadre des visites des zones d'habitation des enfants bénéficiaires de la MERE. Pour cette famille, déboursier 400 F³² est quelquefois un vrai casse-tête, mais aussi, consacrer une journée à l'hôpital sans mendier est une source de manquer à gagner qui peut leur priver du nécessaire repas quotidien.

Par ailleurs, les coûts induits dans certains cas par le déroulement du processus participatif de ciblage des indigents notamment dans le cadre des expériences avec les ONGs CCF et Word Vision, sont entièrement supportés par ces derniers et n'engagent pas la responsabilité des MS. Même si, elles sont parfois parties prenantes actives dans le processus, elles ne

³⁰ Pour une certaine catégorie de ses bénéficiaires c'est à ceux bénéficiant d'une prise en charge à 100%

³¹ Bénéficiaire à jour de ses cotisations

³² Le coût du transport pour se rendre à la gare routière n'est pas inclus. Il est variable selon le moyen de transport choisi : 200F aller et retour pour les clandos ou 400F la course s'il s'agit d'un taxi

supportent pas de contrepartie financière dans les activités à réaliser. Dans le cas des autres MS, c'est le principe du bénévolat qui est en vigueur et les mécanismes avec lesquels s'opère l'identification des indigents n'ont pas entraîné des coûts significatifs en raison parfois de la proximité géographique.

Par ailleurs, un seul cas de stigmatisation est noté et concerne l'expérience de la MERE qui n'a pas réussi à convaincre les marabouts des daaras d'accepter l'enrôlement de leurs talibés. Cela tient pour l'essentiel des préjugés négatifs entretenus par ces derniers et accentués par le phénomène de pédophilie dont les partenaires européens sont étiquetés comme étant à l'origine de l'introduction de ce phénomène en Afrique d'une manière générale.

IV- LEÇONS APPRISSES

4.1- SUR LE CADRE GENERAL DES POLITIQUES DE COUVERTURE DES GROUPES VULNERABLES

Les ambitions de l'Etat du Sénégal en matière de santé telles que définies dans les documents politiques de référence³³, accordent une importance capitale à l'assistance des groupes vulnérables et des indigents. Plusieurs mesures ont été prises pour l'allègement des dépenses de santé chez les pauvres en terme d'accessibilité des médicaments, de gratuité de soins sur certaines maladies ou gratuité des soins pour certaines catégories de personnes (Plan SESAME), etc., mais malheureusement, les effets bénéfiques de ces initiatives au niveau des populations ne sont pas encore démontrés.

En effet, la mise en œuvre de ces politiques d'allègement des coûts s'opère par des subventions de l'Etat véhiculées à travers l'offre de soins par le biais de mécanismes qui excluent totalement les populations. Les seules parties prenantes dans le processus de mise en œuvre du système de subventions restent l'Etat par le biais du Ministère de tutelle et l'offre de soins (hôpitaux, régions médicales, PNA, ...).

Malgré l'ouverture aux Collectivités locales³⁴ du système d'organisation et de gestion de la santé et la création des comités de santé, les populations sont mises à l'écart de ces mécanismes de subventionnement. La politique de décentralisation appliquée depuis 1997 a été quasiment d'aucun effet sur l'allègement des dépenses de santé pour les pauvres. Ces collectivités locales ne mènent pas de politiques particulières en faveur des indigents concernant leur prise en charge médicale. Les raisons évoquées sont souvent l'insuffisance de leurs ressources financières. L'inscription d'une ligne budgétaire destinée à l'assistance aux cas sociaux et aux sinistrés sert rarement à des dépenses de santé.

Au niveau de l'offre de soins, des initiatives de prise en charge de patients qualifiés de cas sociaux sont entreprises dans les structures hospitalières et dans les centres de santé et dont la gestion relève de leur service social. Il s'agit de prise en charge au moment du besoin avec un mode de fonctionnement très peu formel. Les bénéficiaires de ce schéma sont choisis sur une base quasiment subjective à l'issue d'entretiens plus ou moins formels avec l'assistant social. La plupart des cas sont référés au service social par les médecins après avoir constaté la situation d'indigence apparente qui caractérise le patient. Le coût de prise en charge induit par ce schéma est variable d'une structure à une autre. Par exemple, il se situe entre 6 et 8 millions par an à l'hôpital régional de Ziguinchor, entre 35 à 40 millions à l'hôpital régional

³³ DSRPII, PNDS, Plan Stratégique de Développement des MS, SNPSS

³⁴ Loi 96-06 et 96-07 portant Codes des Collectivités Locales et Transfert de compétences à ces dernières

de Kaolack, entre 10 et 15 millions à l'hôpital régional de Saint-Louis³⁵. Le paradoxe est que le budget le plus faible concerne la région de Ziguinchor qui est la plus affectée par la pauvreté (taux de pauvreté 67%).

Le fonds de solidarité nationale créé depuis 2002, pour aider à l'accès aux soins de santé des personnes défavorisées échappe totalement au contrôle du Ministère de la Santé depuis qu'il est transféré au Ministère de l'Agriculture.

Aussi, la ligne budgétaire mise en place par la Direction de l'Action Sociale depuis 2003 en assistance aux cas sociaux n'a pu satisfaire que 1714 dossiers³⁶ sur une population éligible de 215 760 ménages pauvres soit un taux de couverture de 0,9%.

Tous ces dispositifs passés en revue partagent une même constante notamment l'absence des populations ou des communauté de base dans le processus de leur mise en œuvre. Depuis la définition des critères d'éligibilité jusqu'à la sélection des bénéficiaires en passant par leur identification, ces populations n'ont été impliquées d'où leur totale ignorance de leur fonction et de leur impact ou portée politique.

Cependant, au moment où ces schémas sont en cours de d'exécution avec leurs limites, les mutuelles de santé sont en train de proposer d'autres alternatives de prise en charge des indigents à travers des approches intégrées et participatives dont quelques uns de leurs traits communs restent le pragmatisme et l'ancrage dans les valeurs et traditions des milieux socioculturels.

4.2- SUR LES SCHEMA DE PRISES EN CHARGE DES INDIGENTS A TRAVERS LES MUTUELLES DE SANTE

L'analyse de la situation des mutuelles à travers la mise en œuvre de schémas de parrainage des groupes vulnérables indique que ces dernières sont en train d'inaugurer une nouvelle ère dans les différentes phases qui marquent leur processus de développement au Sénégal. Elles sont en train de démontrer que la prise en compte de la dimension communautaire dans les systèmes de subventionnement des dépenses de santé en faveur de cibles particuliers, fait éviter beaucoup de pertes de ressources liées, d'une part, aux imperfections des dispositifs d'exemption en vigueur, et d'autre part, aux comportements et pratiques indésirables de part et d'autre de l'offre et de la demande de soins.

4.2.1- Les Atouts

➤ Une offre de couverture maladie à moindre coût

Les expériences avec les ONGs montrent que le parrainage de leur cible à travers les mutuelles de santé est de loin moins coûteux que leur ancienne formule où celles-ci traitaient directement avec les prestataires et les familles bénéficiaires. La collaboration a permis des économies financières importantes qui ont permis d'élargir la couverture à d'autres bénéficiaires. En effet, Eluup Aniiil/CCF a économisé au 2/3 les ressources financières sur le volet santé après une année de collaboration avec la mutuelle. De 912 bénéficiaires en 2004, elle est passée à 1572 en 2005 puis à 2560 en 2006. Elle projette d'atteindre 5000 bénéficiaires d'ici fin 2008. Cette même tendance est notée avec la mutuelle de Fandène en partenariat avec le PDEF/CCF.

³⁵ Estimation effectuée avec le service social de l'hôpital de Ziguinchor et de Kaolack

³⁶ Source : Direction de l'Action Sociale

➤ ***Une crédibilité reconnue dans le respect des engagements vis-à-vis des prestataires***

Les délais de règlement des factures dues aux prestataires sont partout respectés. L'application de mesures de gestion des risques (déséquilibre financier) garantit une santé financière suffisante pour faire face aux charges liées aux prestations. En effet, il faut être à jour de ses cotisations pour bénéficier des soins. Un dispositif rigoureux de veille et de contrôle est assuré avec comme supports les lettres de garantie, le carnet de membre ou le passeport santé. Un mécanisme de contrôle social exercé en permanence par la communauté du fait de la proximité complète ce dispositif surtout en milieu rural.

➤ ***Une emprise réelle sur les réalités sociales gage de fiabilité des processus de ciblage des indigents***

Dans les processus d'identification et de sélection des bénéficiaires des schémas de parrainage, les mutuelles mettent en exergue des références du milieu socioculturel pour apprécier la situation sociale d'une personne ou d'une famille. Au-delà du niveau de revenu, on considère en plus le capital social. Par exemple, un vieillard ou une veuve sans revenu, un enfant ou un handicapé, peuvent ne pas être considérés dans le schéma pour les indigents s'il s'avère qu'ils ont un soutien familial en capacité de supporter leur charge de santé en cas de maladie. La place accordée à la communauté dans la caractérisation de l'indigence garantit une meilleure visibilité sur la situation des bénéficiaires potentiels.

➤ ***Une réelle capacité d'adaptation à la demande de prestation***

Le paquet de bénéfice autant que le taux de contribution sont régulés à la mesure de la demande de soins des cibles et de leur capacité de contribution. Cela est surtout facilité par la proximité et l'existence de mécanismes de d'échange et d'expression des besoins (AG, relations interpersonnelles, rencontres d'information, ...). La plupart des mutuelles font évoluer leur paquet de bénéfices ou certains de leurs paramètres de gestion suite à des échanges au cours d'une Assemblée Générale.

4.2.2- Les inconvénients

➤ ***Un risque d'effets pervers sur le recouvrement des cotisations***

La relative stabilité financière acquise à travers les subventions tirées du parrainage peut être source de relâchement dans le système de recouvrement des cotisations des membres non parrainés. Par exemple, la mutuelle Jaata Kéria dont 84 % des bénéficiaires sont couverts par le parrainage, a semblé, en un moment donné, lâché prise concernant sa population initiale de base. L'essentiel des activités se sont de plus en plus focalisées sur le suivi des cibles du CCF/Eluup Aniil. Peu d'initiatives ont été entreprises pour corriger les irrégularités dans le versement des cotisations pour une bonne partie de ses adhérents hors parrainage. Ainsi, nonobstant la croissance positive enregistrée sur le nombre de bénéficiaires, l'ossature de sa cible de base s'est érodée progressivement. Ainsi, une bonne partie de cette population risque de ne pouvoir avoir accès aux services de la mutuelle parce que n'étant pas à jour de leurs cotisations.

- *Un risque de fragilisation de la démocratie interne du fait de la non reconnaissance des bénéficiaires du schéma comme membres à part entière dans la prise de décision*

Dans la plupart des cas rencontrés sur le parrainage, le statut des bénéficiaires ne leur donne pas droit à participer dans le processus décisionnel de la mutuelle³⁷. Leur implication est limitée aux processus de suivi de la prise en charge médicale. Le fonctionnement des organes reste entre les mains des membres simples. La correction de ce dysfonctionnement garantirait une meilleure implication des familles ou des tuteurs dans une perspective d'amélioration des modalités de contribution pour faciliter la couverture d'un plus grand nombre par la mutuelle.

- *Une démarche de parrainage individualisée peut être parfois inadaptée et non conforme au principe d'équité*

Le ciblage selon le statut de la personne tel que effectué dans le cadre des parrainages impliquant particulièrement le CCF et Word Vision est source de frustration au sein des familles bénéficiaires. Le recrutement des bénéficiaires est soumis à des systèmes de quotas qui limitent l'accès à une partie des membres de la famille ayant autant besoin d'être couvert. Ces familles souhaitent l'amélioration de ce genre de système en le faisant évoluer à un niveau qui permette la couverture du ménage à partir d'une contribution forfaitaire même si il faut exiger une contrepartie allégée.

V- Conclusion

En définitive, l'accessibilité aux soins de santé surtout pour les groupes vulnérables demeure une préoccupation prioritaire dans les orientations politiques de l'Etat du Sénégal. De nombreuses initiatives ont été prises pour favoriser l'allègement des coûts de santé aux pauvres. Ces initiatives ont mobilisé beaucoup de ressources de la part de l'Etat sans pour autant donner les résultats escomptés ni du côté de l'exécutif politique ni du côté des populations cibles.

L'une des insuffisances notées à travers les dispositifs de prise en charge des indigents demeure l'absence de la dimension communautaire dans leur processus de mise en œuvre. La composante population n'est pas considérée comme partie prenante dans la gestion de ces dispositifs. Dans ce contexte et en regard de l'ampleur de la demande sociale non encore couverte en ce domaine, la recherche d'alternatives relève d'une nécessité vitale pour le système de financement de la santé. La réhabilitation de la dimension communautaire dans ce système s'avère une exigence indispensable pour une utilisation des ressources au profit de leurs vraies cibles.

A lumière des expériences de prise en charge des indigents à travers les mutuelles de santé, des pistes de solution semblent se dessiner pour inspirer à une nouvelle approche dans la réorganisation du système financement de la santé profitable aux groupes sociaux vulnérables. Les enseignements à tirer de ces expériences montrent qu'il est possible d'arriver à une optimisation des ressources, souvent très limitées, dans des schémas de financement impliquant la communauté dans le processus de leur distribution. Quelques uns des avantages relevés se trouvent dans leur ancrage aux valeurs de solidarité et d'entraide communautaire, leur capacité d'adaptation à la demande des bénéficiaires, le partage des risques et des coûts liés à la prise en charge de la maladie.

³⁷ C'est le cas avec les talibés couverts Sant Yalla, les CIP de WV couverts par Bokk Faj, les enfants du CCF couverts par Jaata Kéria, etc.

Toutefois, ces mutuelles de santé souffrent de quelques faiblesses dans leur fonctionnement du fait qu'elles ne bénéficient pas encore de tout l'accompagnement technique et logistique dont elles ont besoin pour arriver à leurs ambitions. L'intérêt d'accorder une attention particulière aux mutuelles de santé dans toutes perspectives de réorganisation du système de financement de la santé pourrait se justifier à plusieurs titres mais recommanderait le regard lucide et conséquent sur certains préalables. Il s'agira de répondre aux besoins :

- de redynamiser le fonctionnement des instances des mutuelles. Pour certaines, des pas importants ont été déjà franchis mais il y a besoin de mieux les insérer dans leur environnement afin de leur permettre d'optimiser les possibilités de collaboration et de partenariat avec des acteurs stratégiques. Ces derniers pourraient se constituer en un pool pour mettre en synergie leurs actions au bénéfice des cibles des mutuelles de santé. Des acteurs comme l'ARD, le service social des hôpitaux, la région médicale, entre autres, ont rassuré de leur disponibilité pour participer à ce processus.
- d'améliorer le système de gestion des informations et de suivi statistique des opérations effectuées au jour le jour
- de formaliser les procédures de ciblage et de suivi des bénéficiaires des schémas de parrainage sur la base d'une démarche participative
- d'appuyer les mutuelles à se doter de stratégies propres intégrant les possibilités de partenariat avec plusieurs acteurs.
- d'appuyer les mutuelles à évoluer vers une professionnalisation de leur système de gestion avec limitation du bénévolat sur certaines fonctions stratégiques
- de faciliter l'obtention d'avantages sur les prestations conditionnés au respect de certaines exigences de performance.

ANNEXES

ANNEXE I : LOI RELATIVE AUX MUTUELLES DE SANTE

REPUBLIQUE DU SENEGAL

ASSEMBLEE NATIONALE

Xème LEGISLATURE

N° 03/2003

N° 2003-14
du 04 juin 2003

LOI RELATIVE AUX MUTUELLES DE SANTE

L'Assemblée nationale a délibéré et adopté en sa séance du vendredi 16 Mai 2003, la loi dont la teneur suit :

ARTICLE PREMIER : Les mutuelles de santé sont des personnes morales régies par la présente loi.

La mutuelle de santé est un groupement de personnes à but non lucratif qui, essentiellement au moyen de la cotisation de ses membres, se propose de mener, dans l'intérêt de ceux-ci ou de leur famille, une action de prévoyance, d'entraide et de solidarité, en vue notamment :

- d'assurer la prise en charge de tout ou partie des soins de santé ;
- d'assurer l'amélioration des conditions de santé de ses bénéficiaires ;
- de faciliter l'accès pour tous à des soins de santé de qualité ;
- de stimuler l'amélioration de la qualité de soins ;
- de participer aux activités de promotion et d'éducation à la santé ;
- de promouvoir et de développer leurs propres services de santé.

ARTICLE 2 : Les associations ou groupements de toute nature qui font appel à la cotisation des membres participants pour atteindre les buts mentionnés à l'article premier ci-dessus, doivent se placer sous le régime des mutuelles de santé défini par la présente loi.

Cette transformation s'effectue sans donner lieu à dissolution ou liquidation.

Ne sont pas soumis à cette obligation, les entreprises et organismes régis par la législation et la réglementation des assurances à but lucratif ainsi que les institutions de prévoyance sociale.

ARTICLE 3 : Aucun groupement de personnes ne peut se prévaloir de la qualité de mutuelle de santé sans l'agrément du Ministre chargé de la santé.

Les conditions d'octroi et de retrait de l'agrément sont précisées par décret.

ARTICLE 4 : Les mutuelles de santé sont tenues de respecter les principes mutualistes suivants :

- la solidarité ;
- la liberté ;

- la démocratie ;
- l'indépendance.

ARTICLE 5 : Les ressources des mutuelles de santé sont constituées des :

- cotisations des membres ;
- emprunts ;
- dons, legs et subventions.

ARTICLE 6 : La mutuelle de santé s'interdit toutes délibérations sur des sujets étrangers à son objet, tel que défini à l'article premier de la présente loi.

ARTICLE 7 : Les mutuelles de santé peuvent admettre d'une part, des membres participants qui, en contrepartie de versement d'une cotisation, acquièrent ou font acquérir vocation aux avantages sociaux et, d'autre part, des membres honoraires qui font des dons ou rendent des services équivalents sans bénéficier des avantages sociaux.

ARTICLE 8 : Les mutuelles de santé ne peuvent instituer, en ce qui concerne le niveau des prestations et des cotisations, des discriminations entre membres ou catégories de membres participants si ces discriminations si elles ne sont pas justifiées par des situations particulières.

Les cotisations peuvent être modulées en fonction du revenu des membres participants.

ARTICLE 9 : Les mutuelles de santé peuvent constituer, entre elles, des unions.

Les unions de mutuelles de santé peuvent se regrouper en Fédération d'unions de mutuelles de santé.

L'Assemblée générale des unions de mutuelles de santé est composée des délégués des mutuelles de santé adhérents élus dans les conditions déterminées par les statuts.

L'Assemblée générale de la fédération des unions de mutuelles de santé est composée des délégués des unions de mutuelles de santé élus dans les conditions déterminées par les statuts.

ARTICLE 10 : Les règles relatives à la dissolution, la liquidation, la fusion et la scission sont fixées par décret.

ARTICLE 11 : Les unions de mutuelles et la fédération d'unions de mutuelles sont régies par les de la présente loi.

Les unions et la fédération ne peuvent s'immiscer dans le fonctionnement interne des mutuelles adhérentes.

ARTICLE 12 : Les mutuelles de santé peuvent faire tous les actes de la vie civile nécessaires à la réalisation des buts définis par leurs statuts, sous réserve notamment du respect des dispositions de la présente loi.

ARTICLE 13 : Les excédents annuels de recettes sont affectés à la constitution d'un fonds de réserve.

Un décret déterminera les modalités de constitution de ce fonds.

ARTICLE 14 : Les mutuelles de santé doivent se conformer, pour la tenue de leur comptabilité, aux règles de transparence et de bonne gestion qui seront fixées par décret.

ARTICLE 15 : Les organes de la mutuelle de santé sont :

- l'assemblée générale ;
- le conseil d'administration ;
- le bureau exécutif ;
- la commission de contrôle.

ARTICLE 16 : Les participants à la mutuelle de santé se réunissent en Assemblée générale, au moins une fois par an, à l'effet notamment de se prononcer sur le compte rendu de la gestion morale et financière du Conseil d'Administration et de procéder à l'élection, des administrateurs et des membres de la commission de contrôle, dans les conditions prévues par les statuts.

ARTICLE 17 : L'Assemblée générale est obligatoirement appelée à se prononcer sur les cas suivants :

- modification des statuts et du règlement intérieur ;
- scission ou dissolution ;
- fusion avec une autre mutuelle de santé ;
- emprunts.

Les mutuelles de santé, en raison de l'importance de leurs effectifs ou de l'étendue de leur circonscription, peuvent organiser des sections locales de vote. Dans ce cas, l'Assemblée générale est composée des délégués élus par ces sections.

ARTICLE 18 : L'Assemblée générale peut déléguer certains de ses pouvoirs au Conseil d'Administration.

Ne peuvent être administrateurs d'une mutuelle de santé que les membres ayant atteint la majorité et jouissant de tous leurs droits civiques.

ARTICLE 19 : Le Conseil d'Administration peut déléguer une partie de ses pouvoirs au Bureau exécutif.

ARTICLE 20 : Les fonctions de membre du Conseil d'administration sont gratuites. Toutefois l'Assemblée générale peut décider exceptionnellement d'allouer une indemnité à ceux des administrateurs qui, en raison des attributions permanentes qui leur sont confiées, supportent des sujétions particulièrement importantes.

Cette indemnité ne doit en aucun cas être généralisée, ni être une compensation du salaire normalement perçu par l'intéressé, et doit rester compatible avec le principe de bénévolat.

ARTICLE 21 : En outre, les administrateurs peuvent se faire rembourser des frais de représentation, de déplacement ou de séjour.

Il est interdit aux administrateurs de prendre ou conserver un intérêt, direct ou indirect, dans une entreprise ayant traité avec la mutuelle de santé ou dans un marché passé avec celle-ci. Il leur est également interdit de faire partie du personnel rétribué par la mutuelle de santé.

ARTICLE 22 : Les statuts déterminent :

- le siège social, qui ne peut être situé ailleurs qu'en territoire sénégalais ;
- l'objet de la mutuelle de santé ;
- les conditions et les modes d'admission, de radiation et d'exclusion des membres participants et des membres honoraires ;
- la composition du bureau, de la commission de contrôle et du conseil d'administration, le mode d'élection de leurs membres, la nature et la durée de leur pouvoir, les conditions de vote à l'Assemblée générale et du droit pour les membres de s'y faire représenter ;
- les obligations et les avantages des membres participants ou de leur famille ;
- les modes de placements et de retraits des fonds ;
- les conditions de la dissolution de la mutuelle de santé et de sa liquidation ;
- l'organisation, le fonctionnement, la gestion et le contrôle de la mutuelle de santé ;
- les modalités de représentation des délégués des mutuelles à l'Assemblée générale ;
- les dispositions à prendre en cas de disparition d'un membre.

ARTICLE 23 : Les mutuelles de santé existantes doivent mettre leur statut en conformité avec les dispositions de la présente loi dans le délai d'un an pour compter de sa date de mise en vigueur.

ARTICLE 25 : Sont abrogées toutes les dispositions contraires à la présente loi.

Fait à Dakar le, 16 mai 2003

Le Président de séance

Iba Der THIAM

ANNEXE II : PROJET DE DECRET PORTANT APPLICATION DE LA LOI RELATIVE AUX MUTUELLES DE SANTE

REPUBLIQUE DU SENEGAL
Un Peuple-Un But-Une Foi

MINISTERE DE LA SANTE ET
DE LA PREVENTION MEDICALE

Projet de Décret portant application de la loi relative Aux Mutuelles de Santé

Rapport de présentation

Avec l'adoption de la loi n° 2003 – 14 du 04 juin 2003 relative aux mutuelles de santé, celles-ci disposent désormais d'un environnement juridique favorable à leur épanouissement et à leur développement.

Seulement, cette loi ne pose qu'un cadre législatif minimal qu'il faut compléter par des dispositions réglementaires. Ladite loi en ses articles 3, 10,13, et 14 renvoie à un décret d'application.

Ainsi, certaines dispositions relatives à la vie juridique de la mutuelle de santé vont relever du présent décret d'application.

A cet égard, des dispositions réglementaires vont préciser les conditions de formation des mutuelles de santé.

Il sera de même précisé les modalités d'organisation et de fonctionnement de la mutuelle de santé avec ses instances que sont l'Assemblée Générale, le Conseil d'Administration, le Bureau Exécutif, la Commission de Contrôle et toutes autres instances que l'Assemblée Générale jugera utile de créer.

Par ailleurs, sont dégagés les principes d'organisation financière de la mutuelle de santé qui s'articulent autour de ses ressources, de ses dépenses, du mode de placement et de retrait des fonds et des outils de gestion.

Une fois qu'elle acquiert l'existence juridique et qu'elle fonctionne, la mutuelle de santé a des obligations envers ses membres; en retour ses membres ont des obligations envers elle.

Sur un autre registre, le présent projet de décret explicite la loi en ce qui concerne le régime des Règlements d'Application, des modifications des Statuts, des Unions et Fédération, la fusion, la dissolution et la liquidation des Mutuelles de Santé.

Telle est Monsieur le Président de la République, l'économie du présent projet de décret.

**LE MINISTRE DE LA SANTE ET
DE LA PREVENTION MEDICALE
Dr Issa Mbaye SAMB**

**DECRET N° PORTANT APPLICATION DE
LA LOI RELATIVE AUX MUTUELLES DE SANTE**

Le Président de la République,

Vu la Constitution notamment en ses article 35 et 65 ;

Vu la loi n° 66- 70 du 13 juillet 1966, modifiée portant code des obligations civiles et commerciales;

Vu la loi n° 2003 – 14 du 04 juin 2003 relative aux mutuelles de santé;

Vu le décret 97-347 du 2 avril 1997 portant délégation de pouvoir du Ministre de l'intérieur au gouverneur de région pour la délivrance du récépissé de déclaration d'association ;

Vu le décret n° 2004-561 du 21 avril 2004 portant nomination du Premier Ministre;

Vu le décret n°2004 – 1404 du 04 novembre 2004 portant nomination des Ministres, modifié ;

Vu le décret n° 2004-1406 du 04 novembre 2004 portant répartition des services de l'Etat et du contrôle des Etablissements publics, des Sociétés nationales et des Sociétés à participation publique entre la Présidence de la République, la Primature et les Ministères, modifié ;

Sur rapport du Ministre de la Santé et de la Prévention médicale

DECRETE

TITRE 1: DISPOSITIONS GENERALES

Article premier : Le présent décret a pour objet de préciser les modalités d'application des dispositions de la loi relative à la réglementation des mutuelles de Santé.

Les dispositions du présent décret à partir du titre II peuvent servir de statuts types ou d'exemple de statuts à tout groupement mutualiste.

Article 2 : les mutuelles de santé sont placées sous la tutelle du Ministre chargé de la santé. En cas de détournement de leurs missions, de violation des dispositions législatives et réglementaires régissant les mutuelles de santé, de blocage dans le fonctionnement ou de malversation dans la gestion des fonds, le Ministre peut prendre des mesures conservatoires, notamment:

- la suspension du bureau de la mutuelle ;
- la nomination d'un comité ad hoc pour une durée qui ne peut dépasser trois mois.

Ce comité ad hoc sera chargé d'organiser la constitution du nouveau bureau et éventuellement de porter plainte contre un ou plusieurs dirigeants de la mutuelle de santé dont la responsabilité serait engagée.

L'autorité de tutelle peut se saisir de sa propre initiative ou être saisie par la Commission de Contrôle, la Coordination Régionale des mutuelles de santé ou tout membre de la mutuelle de santé.

Article 3 : Les statuts adoptés par l'assemblée constitutive devront être déposés, contre récépissé, à l'Autorité Administrative ressort territorial de la Mutuelle. Le dossier d'agrément est adressé au Ministère de la Santé par le canal de l'Autorité Administrative compétente.

L'approbation ou le refus d'approbation doit intervenir dans le délai de trois mois à compter de la date de réception des du dossier de demande d'agrément par le Ministre de la Santé.

Article 4 : Le dossier de demande d'agrément comprend:

- une lettre par laquelle le Président de la mutuelle de santé déclare la constitution de celle-ci ;
- quatre (4) exemplaires des statuts ;
- quatre (4) exemplaires du procès-verbal de l'Assemblée Constitutive faisant obligation de ressortir les noms et les prénoms des membres du Conseil d'Administration, ceux des membres du bureau et leur fonction dans celui-ci ;
- un budget prévisionnel.

Article 5 : Dès réception du dossier, le Ministre de la Santé délivre un accusé de réception. Il dispose d'un délai de trois mois pour procéder à l'instruction de la demande.

Trois situations peuvent se produire:

- le dossier est accepté: la décision d'agrément est alors notifiée à la mutuelle, publiée au journal officiel et immatriculée au Ministère de la Santé ;
- le dossier est rejeté: la décision doit alors être motivée et notifiée par lettre recommandée au groupement sollicitant l'agrément ;
- le Ministre chargé de la Santé garde le silence pendant trois mois: l'agrément est réputé acquis et sur requête du Président de la mutuelle, le Ministre est tenu de procéder à l'immatriculation de la mutuelle dans un délai d'un mois au maximum

Article 6 : L'agrément est refusé dans deux cas:

- Lorsque les statuts ne sont pas conformes aux dispositions de la loi.
- Lorsque le budget prévisionnel n'est pas présenté en équilibre.

Article 7 : Dès l'obtention de l'agrément, la mutuelle de santé acquiert la personnalité juridique.

Article 8 : Le Président doit faire connaître dans les trois mois au Ministère de la santé, tous les changements survenus dans la composition du bureau de la mutuelle de santé selon les modalités définies à l'article 5.

Article 9 : Le Ministre chargé de la santé peut retirer l'agrément d'une mutuelle de santé en cas de :

- de demande émanant de la mutuelle;
- de cessation de l'activité;
- de fusion ou de scission;
- de non démarrage des activités six mois après l'obtention de l'agrément;
- de violation grave et répétée des dispositions statutaires, réglementaires et législatives.

TITRE II : CONDITIONS D'ADHESION, DE DEMISSION, DE RADIATION ET D'EXCLUSION DES MEMBRES.

Article 10 : L'adhésion à la mutuelle de santé est individuelle et volontaire.

La qualité de membre participant s'acquiert par le paiement d'un droit d'adhésion dont le montant est fixé par l'Assemblée Générale.

Outre les droits d'adhésion, le membre participant doit s'acquitter de sa cotisation dont le montant est fixé par l'Assemblée Générale.

Article 11 : La mutuelle de santé peut admettre des membres honoraires. Le titre de membre honoraire peut être accordé par l'Assemblée Générale dans des conditions précises liées à des services exceptionnels rendus à la mutuelle sur proposition du Conseil d'Administration.

Les membres honoraires ne sont pas soumis à des conditions d'âge, de résidence, de profession ou de nationalité. Ils ne payent pas de cotisation et ne bénéficient pas des prestations offertes par la mutuelle de santé. Ils peuvent participer à l'Assemblée Générale avec voix consultative.

Article 12 : Tout membre peut démissionner après en avoir informé par écrit le Conseil d'Administration.

Article 13 : Sont radiés, les membres qui ne remplissent plus les conditions auxquelles les statuts subordonnent l'admission. Leur radiation est prononcée par le Conseil d'Administration et entérinée par l'Assemblée Générale.

Sont également radiés les membres participants qui n'ont pas payé leurs cotisations depuis un temps fixé par le Règlement Intérieur. Les membres radiés ne peuvent bénéficier des prestations de la mutuelle de santé. La radiation est précédée d'une mise en demeure par lettre recommandée du Conseil d'Administration dès l'expiration du délai précité ou de celui

accordé par le Conseil d'Administration. La radiation est prononcée dans un délai d'un mois à compter de la date de notification de la mise en demeure aux intéressés. L'Assemblée Générale entérine la décision de radiation.

Article 14 : Peuvent être exclus, les membres qui ont porté un préjudice aux intérêts de la mutuelle. Le membre dont l'exclusion est proposée pour ce motif est convoqué devant le Conseil d'Administration pour être entendu sur les faits qui lui sont reprochés. S'il ne se présente pas au jour indiqué, une convocation écrite lui est adressée. S'il s'abstient encore d'y déférer, son exclusion peut être prononcée par le Conseil d'Administration et entérinée par l'Assemblée Générale.

Article 15 : La démission, la radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées.

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission, ni après la décision de radiation ou d'exclusion.

TITRE III: ORGANISATION, ADMINISTRATION ET FONCTIONNEMENT

Article 16: La mutuelle de santé se compose des instances suivantes:

- l'Assemblée Générale ;
- le Conseil d'Administration ;
- le Bureau Exécutif ;
- la Commission de Contrôle ;
- ou toute autre instance jugée utile par l'Assemblée Générale.

Article 17 : L'Assemblée générale qui est l'instance suprême de la mutuelle de santé comprend:

- tous les membres participants à jour de leur cotisation ou leurs délégués ;
- les membres honoraires.

Article 18 : L'Assemblée Générale se réunit une fois par an sur convocation du président du Conseil d'Administration de la mutuelle de santé. En tant que de besoin, l'Assemblée Générale peut être convoquée en session extraordinaire par le Président.

L'Assemblée Générale est obligatoire si elle est demandée par écrit par le quart des membres participants ou la majorité des membres du Conseil d'Administration ou la Commission de Contrôle en cas d'anomalie constatée ou l'autorité de tutelle.

Un procès-verbal doit être tenu. Il est versé aux archives après paraphe et signature du Secrétaire Général et du Président.

Article 19 : L'Assemblée Générale ordinaire doit être convoquée au moins un mois avant la date de la réunion. L'ordre du jour est fixé par le Conseil d'Administration à la majorité de ses membres.

L'Assemblée Générale extraordinaire doit être convoquée quinze jours au moins avant la date de la réunion.

Les convocations doivent indiquer l'ordre du jour. Il est établi un procès verbal de chaque réunion.

Article 20 : Chaque membre participant détient une voix. Pour pouvoir délibérer valablement, l'Assemblée générale doit réunir le quorum. Ce quorum est de la moitié des membres inscrits. Il doit être précisé dans le Règlement Intérieur, si le vote par correspondance est possible ou si les délégués peuvent représenter les membres. Si ce quorum n'est pas atteint, une deuxième Assemblée Générale est convoquée sous quinzaine après le renvoi de la première. Elle délibère valablement, quel que soit le nombre de membres présents ou représentés.

Article 21 : Les décisions sont prises à la majorité des suffrages exprimés. La majorité requise est de deux tiers lorsque la délibération porte sur :

- l'adoption des statuts, le règlement des services et des établissements;
- les modifications de statuts ;
- les emprunts contractés par la mutuelle dans les conditions fixées par la loi;
- la fusion de la mutuelle de santé avec un autre groupement mutualiste.

Article 22 : L'Assemblée Générale statue sur les questions qui lui sont soumises par le Conseil d'Administration. Elle délibère sur les rapports qui lui sont présentés par celui-ci ou par la Commission de Contrôle.

Elle se prononce sur le rapport moral et le compte rendu de la gestion financière du Conseil d'Administration, les perspectives financières et les orientations en matière de réalisation sociale et d'investissement.

Elle élit tout membre du conseil d'administration et de la commission de contrôle.

Article 23 : L'Assemblée Générale est obligatoirement appelée à se prononcer sur :

- les Statuts et leurs modifications ;
- le Règlement Intérieur ainsi que ses modifications;
- les règlements qui déterminent les modalités de Gestion Administrative et financière des services et établissements gérés par la mutuelle de santé ainsi que leurs modifications ;
- 'adhésion à une union ou le retrait de celle-ci ;
- la fusion, la scission ou la dissolution volontaire de la mutuelle de santé;
- la révocation ou l'exclusion des membres ainsi que tout membre du Conseil d'Administration et de la Commission de Contrôle;
- le bilan de l'année écoulée ainsi que le programme d'activité et le budget prévisionnel de l'exercice suivant;

- la détermination du montant des cotisations concernant celui-ci.

L'Assemblée Générale peut déléguer ses pouvoirs en tout ou partie, au Conseil d'administration. Cette délégation doit être confirmée annuellement.

Les procès verbaux de l'Assemblée Générale doivent être déposés auprès de l'Autorité Administrative.

Article 24 : La mutuelle de santé est administrée par un Conseil d'Administration dont le nombre de membres est déterminé par le règlement intérieur et qui sont élus à bulletin secret parmi les membres participants, à jour de leur cotisation.

Les administrateurs sont élus par l'Assemblée Générale selon les modalités fixées par les statuts. Ils doivent être âgés de plus de dix huit ans révolus sous réserve qu'ils n'aient encouru aucune condamnation infamante.

Article 25 : En cas de vacance de poste en cours de mandat par décès, démission, ou tout autre cause, il est pourvu provisoirement par le Conseil d'Administration à la nomination d'un administrateur sous réserve de l'approbation par l'Assemblée Générale.

Si le nombre de postes vacants dépasse le 1/3 des administrateurs, une Assemblée Générale extraordinaire est convoquée pour procéder à leur remplacement.

L'administrateur ainsi désigné achève le mandat de son prédécesseur.

Article 26 : Le Conseil d'Administration se réunit sur convocation de son Président au moins trois fois par an.

La convocation est obligatoire quand elle est demandée par le quart des membres du Conseil d'Administration.

Le Conseil d'Administration ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres sont présents. Aucun membre du Conseil ne peut disposer de plus d'une voix. Les décisions sont prises à la majorité des membres présents. En cas d'égalité de voix, celle du Président est prépondérante.

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion qui est approuvé par le conseil d'administration lors de la séance suivante.

Article 27 : Des membres du Conseil d'Administration peuvent par décision de ce Conseil être déclarés démissionnaires d'office de leurs fonctions en cas d'absences répétées sans motif valable. Cette décision doit être ratifiée par l'Assemblée Générale.

Article 28 : Le Conseil d'Administration dispose, pour l'Administration et la gestion de la mutuelle de santé, de tous les pouvoirs qui ne sont pas expressément réservés à l'Assemblée Générale. Il soumet annuellement à l'approbation de l'Assemblée Générale, les rapports annuels d'activités et financiers, les budgets prévisionnels de la mutuelle de santé et, éventuellement le budget de chacun des établissements et services gérés par la mutuelle de santé.

Il est en outre chargé, lorsque les dimensions et les activités de la mutuelle de santé le requièrent, de recruter le personnel des services et établissements qu'il gère.

Le Conseil d'Administration peut constituer un Comité de Gestion technique composé de membres de la mutuelle de santé dont une moitié au moins d'administrateurs, pour l'assister dans la gestion des prestations.

Article 29 : Les fonctions d'administrateurs sont gratuites. Il n'est pas possible aux administrateurs de prendre ou de conserver un intérêt direct ou indirect dans une entreprise ayant traité avec la mutuelle de santé ou dans un marché passé avec celle-ci.

Il leur est également interdit de faire partie du personnel à quelque titre que ce soit.

Il est interdit aux administrateurs de recevoir, à l'occasion de l'exercice de leur fonction, une commission, rémunération ou ristourne sous quelque forme que ce soit. Mais ils peuvent être remboursés de leurs frais de représentation, de déplacement et de séjour, soit sur production de justificatifs, soit sous forme forfaitaire dès lors que le montant de la somme ainsi allouée est compatible avec les frais qu'elle est destinée à rembourser.

En outre, à titre exceptionnel, l'Assemblée Générale de la mutuelle de santé peut décider d'allouer une indemnité à ceux des administrateurs qui, en raison des attributions permanentes qui leur sont confiées, supportent des sujétions particulièrement importantes.

Article 30 : Le bureau est élu parmi les membres du Conseil d'Administration selon les modalités fixées par les statuts.

Le bureau est composé au moins de :

- Un président ;
- Un vice-président ;
- Un secrétaire général ;
- Un trésorier

Le bureau est chargé de :

- assurer le fonctionnement courant de la mutuelle de santé ;

- préparer et exécuter les décisions du Conseil d'administration. A ce titre, le Bureau reçoit la délégation du Conseil d'administration.

Il se réunit au moins une fois par trimestre. En cas d'absences répétées sans raison valable, le conseil peut rendre démissionnaire d'office le membre du bureau concerné.

Article 31 : Le Président est chargé de :

- présider les réunions du Conseil d'Administration, du Bureau Exécutif et les Assemblées générales;
- veiller à la régularité du fonctionnement de la mutuelle de santé;
- ordonner les dépenses;
- représenter la mutuelle de santé en justice et dans tous les actes de la vie civile.

Le président peut avec l'autorisation du Conseil d'Administration, confier à des salariés l'exécution de ses tâches ou déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés sous sa responsabilité et son autorité.

Article 32 : Le Secrétaire général est chargé du secrétariat des séances des Assemblées Générales et du Conseil d'Administration et du Bureau Exécutif. Il est responsable des convocations, de la rédaction des procès-verbaux, de la conservation des archives, de la tenue du fichier des adhérents, ainsi que de la transmission du rapport d'activité et du rapport financier adopté par l'assemblée Générale.

Article 33 : Le Trésorier est chargé de :

- effectuer les opérations financières de la mutuelle de santé et tenir la comptabilité ;
- engager les dépenses ordonnées par le Président et encaisser les sommes dues à la mutuelle de santé ;
- procéder, selon les directives du Conseil d'Administration à l'achat, à la vente, et d'une façon générale à toutes les opérations sur les titres et actions ;
- présenter à l'Assemblée Générale un rapport annuel sur la situation financière de la mutuelle de santé.

Article 34 : Le Conseil d'Administration peut confier certaines des attributions du Bureau Exécutif à un personnel salarié.

Article 35 : Une Commission de Contrôle est élue par l'Assemblée Générale parmi les membres de la mutuelle de santé non administrateurs et non salariés. Ils ne doivent pas avoir participé à la gestion de la mutuelle de santé au cours de l'exercice précédent. Les membres doivent jouir de leurs droits civiques. Elle est composée de trois membres au moins.

La Commission de Contrôle se réunit une fois tous les six mois et chaque fois que de besoin. Elle est chargée de :

- apprécier si les activités du Président et des administrateurs sont en accord avec les statuts, les règlements et les décisions de l'Assemblée Générale;
- vérifier la régularité des opérations comptables;
- contrôler la tenue de la comptabilité, l'encaisse et les éléments de l'actif;
- dresser un rapport à l'Assemblée Générale.

Article 36 : Les résultats de ses travaux sont consignés dans un rapport écrit et communiqué au Conseil d'Administration avant l'Assemblée Générale et présentée à celle-ci. Ce rapport est annexé au procès-verbal de la délibération de l'Assemblée Générale.

En cas d'anomalie majeure, la commission de contrôle peut exiger la tenue d'une Assemblée Générale extraordinaire à laquelle elle rend compte.

TITRE IV : ORGANISATION FINANCIERE

Article 37 : Les ressources de la mutuelle de santé proviennent:

- essentiellement des droits d'adhésion et des cotisations des membres participants;
- des subventions accordées par des collectivités publiques ou des particuliers ;
- des intérêts des placements ou des dépôts ;
- des amendes ;
- des contributions des membres honoraires ;
- des produits résultant d'autres activités développées par la mutuelle de santé ;
- des dons et legs ;
- des autres ressources non interdites par la loi.

Article 38 : Les dépenses comprennent:

- les dépenses liées aux soins de santé;
- les dépenses afférentes aux œuvres et services de la mutuelle de santé;
- les dépenses de fonctionnement de la mutuelle de santé;
- les cotisations versées aux unions de mutuelles de santé et fédération d'unions de mutuelles de santé;
- toutes les autres dépenses non interdites par la loi.

Article 39 : Les dépenses sont ordonnées par le Président et payées par le Trésorier.

Article 40 : Le Conseil d'Administration décide du placement et du retrait des fonds de la mutuelle compte tenu le cas échéant, des orientations données par l'Assemblée Générale.

Article 41 : Les excédents annuels de recettes sur les dépenses sont affectés à la constitution d'un fonds de réserve. Ce fonds devra être constitué dans un délai de cinq ans à partir de la création de la mutuelle de santé.

La proportion des excédents annuels des recettes affectée à la constitution du fonds de réserve mentionné à l'article 18 de la loi est de 50 %.

Le prélèvement cesse d'être obligatoire quand le montant du fonds de réserve atteint les trois quarts du total des prestations mises effectivement à la charge de la mutuelle de santé pendant l'année précédente.

Les sommes affectées à la constitution du fonds de réserve, ainsi que le montant des provisions pour prestations à payer en fin d'exercice et le montant des cotisations perçues d'avance, doivent être employées dans les conditions prévues dans les statuts.

Article 42 : Les mutuelles de santé sont amenées à tenir :

- un livre journal où les opérations sont enregistrées chronologiquement;
- un grand livre où les opérations sont regroupées par comptes ouverts par mutuelle de santé;
- un livre d'inventaire (les mutuelles de santé réalisent au moins un inventaire annuel).

TITRE V : OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ET DE SES ADHERENTS

Article 43 : Les membres participants payent un droit d'adhésion non remboursable dont le taux est déterminé par l'Assemblée Générale.

Article 44 : Les membres participants s'engagent à payer une cotisation non remboursable conformément aux dispositions des statuts. Cette cotisation comprend deux éléments:

- une première partie devant représenter au moins 80% est affectée à la couverture des prestations assurées statutairement par la mutuelle de santé;
- et l'autre partie affectée aux frais de gestion ou de formation de la mutuelle de santé

Article 45 : En cas de retard dans les paiements de la cotisation, des sanctions sont prévues par le règlement intérieur.

Article 46 : Les adhérents ont droit aux prestations accordées par la mutuelle de santé. Le droit aux prestations prend effet dans un délai de six mois au maximum après paiement effectif des cotisations.

Article 47 : Le règlement intérieur précise les modalités de prise en charge des prestations accordées aux ayant droits des membres décédés

TITRE VI : REGLEMENTS D'APPLICATION, MODIFICATION DES STATUTS, UNIONS, FEDERATION, FUSION, SCISSION, DISSOLUTION ET LIQUIDATION DES MUTUELLES DE SANTE

Article 48 : Le Règlement intérieur établi par le Conseil d'Administration et approuvé par l'Assemblée Générale, détermine les conditions d'application des statuts. Tous les adhérents sont tenus de s'y conformer au même titre que les statuts.

Article 49 : Le Conseil d'administration peut apporter au Règlement Intérieur des modifications qui sont présentées pour adoption à la prochaine Assemblée Générale.

Article 50 : Seule l'Assemblée Générale peut modifier les statuts sur proposition du Conseil d'Administration et / ou à la demande du tiers de ses membres.

Article 51 : La mutuelle de santé peut adhérer à une Union de mutuelle de santé. Les Unions peuvent se grouper en Fédération d'Unions de mutuelles de santé en vue de poursuivre les mêmes buts.

Article 52 : L'Assemblée Générale des unions, fédérations est composée' des délégués des mutuelles de santé adhérentes ou des unions, élus dans les conditions déterminées par les statuts. Les décisions régulièrement prises par l'Assemblée Générale sont obligatoires pour les mutuelles de santé adhérentes ou les unions.

Article 53 : Une mutuelle de santé peut fusionner avec un ou plusieurs groupements qui ont les mêmes objets ou des objets similaires, par décisions concordantes de leurs Assemblée Générale convoquées spécialement à cet effet.

La fusion d'une mutuelle de santé avec une ou plusieurs mutuelles de santé est décidée en Assemblée Générale extraordinaire.

Article 54 : La scission d'une mutuelle de santé en plusieurs mutuelles de santé peut être prononcé par une Assemblée Générale statuant comme en matière de dissolution.

Article 55 : La dissolution volontaire de la mutuelle de santé ne peut être décidée que par une Assemblée Générale extraordinaire convoquée à cet effet par un avis indiquant l'objet de la réunion. Cette Assemblée doit réunir la majorité des membres participants et le vote doit être acquis à la majorité des deux tiers des membres présents. Si le quorum n'est pas atteint, une deuxième Assemblée Générale est convoquée sous quinzaine et délibère quelque soit le nombre de présents.

Article 56 : Dans le cas où, en vue de la dissolution de la mutuelle de santé la tenue d'une Assemblée Générale extraordinaire s'est avérée impossible après deux convocations, la dissolution peut être prononcée par l'autorité administrative.

En cas de non-conformité aux dispositions législatives et réglementaires, l'autorité administrative peut dissoudre une mutuelle de santé.

Article 57 : La dissolution volontaire de la mutuelle de santé attribue le pouvoir à l'Assemblée Générale de nommer une commission de liquidation dont les membres sont désignés par ladite Assemblée Générale.

Article 58 : La commission de liquidation de la mutuelle de santé assume pendant l'exercice de ses fonctions les mêmes attributions que le Conseil d'Administration et en cas d'urgence peut convoquer l'Assemblée Générale.

Fait à Dakar, le

Par le Président de la République

Abdoulaye WADE

Le Premier Ministre

Macky SALL

ANNEXE III: TERMES DE REFERENCES DE L'ETUDE

Couverture des Indigents A Travers les Mutuelles de Santé: Etude de Cas sur les Expériences du Sénégal Termes de Référence

Contexte

Durant les deux dernières décennies, l'émergence des mutuelles de santé (MS) et des systèmes d'assurance maladie (SAM) basés sur la communauté a connu un élan soutenu en Afrique de l'Ouest et du Centre en général, au Sénégal en particulier. Dans plusieurs pays, ces mécanismes de financement de la santé sont promus comme un axe majeur des cadres de stratégie de réduction de la pauvreté pour étendre la protection sociale dans la santé, améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé, et protéger les revenus des ménages contre les risques financiers associés à la maladie. Dans le cadre spécifique du Sénégal, le document révisé de stratégie de réduction de la pauvreté a identifié l'extension de la protection sociale, dont le renforcement des systèmes d'assurance sociale et l'extension des mutuelles de santé, comme un des axes prioritaires d'intervention de la lutte contre la pauvreté³⁸. Dans cette perspective, le Sénégal s'est fixé comme objectif une couverture de l'assurance maladie de 50% de la population à l'horizon 2015.

L'extension des MS et des SAM s'accompagne d'un changement profond des systèmes de santé à travers la substitution de mécanismes de subvention basés sur l'offre par des mécanismes de subvention basés sur la demande. En effet, au-delà de l'extension de la couverture de l'assurance maladie pour couvrir les ménages ayant la capacité de contribuer, l'extension des MS et SAM se traduit par la mise en place d'un nouveau système de distribution qui élargit les options de mécanismes de subvention dans le secteur de la santé. Dans les pays africains qui sont avancés dans la mise en place de l'infrastructure de base des MS et SAM, comme le Ghana et le Rwanda, le gouvernement et les collectivités locales, les partenaires extérieurs et les organisations non-gouvernementales, véhiculent une part de plus en plus importante des subventions dans le secteur de la santé à travers les MS et les SAM pour assurer la couverture des groupes vulnérables et des indigents.

Dans un pays comme le Sénégal, où les MS et les SAM ne couvrent pas encore l'ensemble des collectivités de base, le gouvernement et le ministère chargé de la santé, continuent de véhiculer les subventions à travers le système de prestation de soins. Ainsi, plusieurs initiatives ont été lancées au cours des dernières années au Sénégal, y inclus les initiatives de prise en charge des accouchements et des césariennes dans certaines régions cibles et l'initiative de prise en charge des personnes âgées (Plan Sésame). Il est envisagé au Sénégal, cependant, qu'au fur et à mesure que va s'étendre l'assurance maladie, les groupes vulnérables et les indigents seraient couverts à travers des systèmes d'assurance maladie et des schémas de mutuelles de santé.

Un nombre de plus en plus important de mutuelles de santé au Sénégal, cependant, ont déjà accumulé plusieurs années d'expérience ou ont lancé des initiatives de schémas de prise en charge des indigents ou des groupes vulnérables. Dans la seule région de Thiès, on peut citer les mutuelles de santé de Wer Werlé, Faggu, Yombal Faju Ak Wer, Lalane Diassap, Mt Rolland, et Grand Thialy. Dans la région de Ziguinchor, la mutuelle de Jaata Kéria de Kandé est célèbre en raison de son schéma de prise en charge des enfants y inclus les talibés. Les expériences de ces mutuelles de santé et les expériences dans les autres régions du pays sont une source importante d'innovations relativement à la prise en charge des indigents dans le secteur de la santé. Le potentiel social des expériences de prise en charge des indigents ne peut être réalisé à une échelle significative, cependant, sans une documentation des expériences afin de faciliter le partage des expériences et des informations, la réplification des meilleures pratiques, ou le renforcement des liens avec les mécanismes traditionnels de financement de la santé.

³⁸ République du Sénégal, 2006. Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté II.

C'est dans cette perspective que s'inscrit la réalisation de l'étude sur la couverture des indigents à travers les mutuelles de santé. L'étude s'inscrit dans le cadre de la collaboration de l'USAID\Dakar et le Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale (MSPM). Se basant sur son mandat dans le cadre du Programme Santé de l'USAID\Dakar, le Projet Financement et Politiques de Santé, mis en œuvre par Abt Associates, a inscrit dans son plan d'action annuel 2006-2007 la réalisation de l'étude dans le cadre de son domaine d'activité « Mécanismes de Financement Social » : **activité 6.1 du sous-domaine « Ciblage des populations vulnérables »**.

Justification

La couverture des indigents et la subvention de la demande aux bénéficiaires des plus pauvres sont des questions de politique récurrentes dans les domaines du financement communautaire et du financement social. Les subventions pour assurer la couverture des pauvres dans le cadre des schémas de financement social basés sur la communauté sont identifiées parmi les mesures de politique que les gouvernements peuvent prendre pour renforcer le financement communautaire dans la santé³⁹. La proximité du financement communautaire avec les pauvres, la gouvernance et la gestion des schémas de financement communautaire par les membres de la communauté sont identifiées comme des attributs qui augmentent leurs avantages comparatifs dans l'identification des plus pauvres et le ciblage de subventions pour les soins de santé, comparés à d'autres mécanismes traditionnels de distribution et d'administration des subventions.

Cependant, bien que la couverture des indigents à travers les schémas de financement communautaire est commune en Afrique en général, et au Sénégal en particulier, elle n'a pas été assez documentée. Les revues des schémas de gratuité et d'exemption basés sur les prestataires, cependant, ont attribué leur succès limité aux improvisations et aux défauts de conception des arrangements administratifs et des mécanismes de financement⁴⁰. De telles faiblesses, en plus de l'emphase sur les résultats dans le cadre des interventions publiques, sont parmi les sources de motivation de la substitution des subventions basées sur l'offre par des subventions basées sur la demande. Pour minimiser les risques de telles insuffisances dans le cadre des mécanismes de subvention basés sur la demande et les systèmes d'assurance maladie basés sur la communauté, cette étude va documenter les expériences de couverture des indigents à travers les mutuelles de santé au Sénégal afin d'identifier les meilleures pratiques et renforcer la base d'information pour appuyer le dialogue et les débats de politique dans ce domaine.

Le résultat attendu est une base d'informations sur les meilleures pratiques et les pratiques prometteuses de prise en charge des indigents à travers les mutuelles de santé afin d'appuyer la conception technique et le renforcement des mécanismes de prise en charge des indigents et des groupes vulnérables à travers les mutuelles de santé au Sénégal. Les résultats de l'étude serviront de base à la production d'un document concept pour lancer éventuellement l'expérimentation de la prise en charge des indigents, des groupes vulnérables, ou des dépenses lourdes de santé en collaboration avec le MSPM et/ou les collectivités locales et/ou les mutuelles de santé.

Objectifs de l'étude

L'objectif de l'étude est de compiler des informations de base sur les expériences actuelles de couverture des indigents et des groupes vulnérables à travers les mutuelles de santé au Sénégal. Dans cette perspective, les objectifs spécifiques de l'étude sont de :

- Produire un résumé des politiques et pratiques de couverture des indigents dans le secteur de la santé et du développement des mutuelles de santé au Sénégal ;

³⁹ Dror, D. and A. S. Precker, eds. 2002. Social Reinsurance: A New Approach to Sustainable Community Health Financing. Washington DC: World Bank/International Labor Organization (ILO); Precker, A. S. and G. Carrin, eds. 2004. Health Financing for Poor People: Resource Mobilization and Risk Sharing. The World Bank.

⁴⁰ Bitran, R. and U. Giedon, 2003. Waivers and Exemptions for Health Services in Developing Countries. The World Bank : Social Protection Discussion Paper Series No. 0308.

- Décrire les mutuelles de santé qui assurent une couverture des indigents et des groupes vulnérables ;
- Décrire les politiques et procédures, et les rôles des acteurs clés dans l'identification des indigents et des groupes vulnérables ;
- Discuter les coûts associés à l'accès aux bénéfices fournis aux indigents et groupes vulnérables à travers les mutuelles de santé ;
- Décrire les sources de financement de la couverture des indigents et groupes vulnérables à travers les mutuelles de santé ;
- Tirer des leçons des expériences de couverture des indigents et groupes vulnérables à travers les mutuelles de santé.

Résultats attendus.

Le produit attendu du consultant est un rapport technique de 50 à 60 pages (sans les annexes) avec au minimum le contenu suivant :

- Information de base sur les politiques de prise en charge des indigents et le développement des mutuelles de santé au Sénégal ;
- Couverture des indigents et groupes vulnérables à travers les mutuelles de santé :
 - Description des mutuelles de santé qui couvrent les indigents
 - Description des acteurs impliqués dans l'initiation de la couverture des indigents à travers les mutuelles de santé
 - Description des politiques et procédures d'identification des indigents
 - Discussion des coûts d'accès associés aux schémas de prise en charge des indigents
 - Description des sources de financement de la prise en charge des indigents
 - Résumé du profil démographique et social des bénéficiaires des schémas d'indigence
- Leçons apprises des expériences de prise en charge des indigents à travers les mutuelles de santé.

Responsabilités et tâches spécifiques du consultant

Dans le cadre de la réalisation de cette étude, le consultant sera sous la supervision de François Pathé Diop et de Dr. Malick Niang à qui il devrait soumettre les rapports préliminaires et le rapport final de l'étude. Les éléments spécifiques du produit dont le consultant est responsable sont présentés en annexe.

Période de performance et niveaux d'effort

L'étude sera réalisée durant la période de Mai-Juin-Juillet 2007. Au cours de cette période, il est attendu que le consultant va fournir un niveau d'effort d'au-plus 30 jours pour la réalisation de l'étude.

Profil du consultant

Le consultant doit démontrer une familiarité avec le système de santé, le financement de la santé et des systèmes d'assurance maladie au Sénégal. Il doit démontrer une bonne connaissance et une expérience du développement des mutuelles de santé au Sénégal. Un profil de sociologue ou d'économiste de la santé est souhaitable avec une capacité d'analyse des organisations en général, des organisations du mouvement associatif en particulier. Le consultant devrait faire preuve d'une capacité d'analyse et de rédaction équivalente au niveau de maîtrise.

Annexe : Responsabilités et tâches spécifiques du consultant

Les éléments spécifiques du produit dont le consultant est responsable sont présentés ci-dessous :

Contexte de politique de la couverture des indigents et du développement des mutuelles de santé. Sur la base de la littérature grise des ministères chargés de la santé et de la protection sociale et des rapports techniques sur la prise en charge des indigents et des groupes vulnérables, le consultant va résumer les politiques et pratiques actuelles relatives à la prise en charge des indigents et des groupes vulnérables dans le secteur de la santé. Sur la base des inventaires et études mises en œuvre dans le pays, la littérature grise du ministère chargé de la santé et d'autres structures d'appui, le consultant va résumer le développement des mutuelles de santé dans le pays.

Couverture des indigents et groupes vulnérables à travers les mutuelles de santé. Sur la base de la littérature grise des ministères chargés de la santé et de la protection sociale, les rapports des structures d'appui, et des interviews avec des informateurs clés au niveau des réseaux de mutuelles de santé, le consultant va recenser les mutuelles de santé qui disposent d'un schéma de prise en charge des indigents et/ou groupes vulnérables. Sur la base de cet inventaire, un échantillon d'au maximum une dizaine de mutuelles de santé sera sélectionné pour servir de base à l'étude de la couverture des indigents. Auprès des mutuelles de santé sélectionnées et sur la base d'informateurs clés impliqués dans l'administration des schémas de couverture des indigents et des groupes vulnérables, le consultant va :

- Décrire les mutuelles de santé disposant d'un schéma de prise en charge des indigents et des groupes vulnérables en se basant sur les caractéristiques suivantes : type de mutuelle de santé, population cible de la mutuelle, propriété et gestion de la mutuelle de santé, paramètres de la conception de la mutuelle de santé (paquet de bénéficiaires, politique d'adhésion, politique de cotisation, mesures de gestion des risques, relations contractuelles avec les prestataires), nombre d'adhérents et de bénéficiaires, relations avec d'autres organisations communautaires de base, des organisations gouvernementales et non-gouvernementales (ONG);
- Décrire les acteurs impliqués dans, et discuter de la raison d'être de, l'initiation de la couverture des indigents et groupes vulnérables à travers les mutuelles de santé (agences du gouvernement, collectivités locales ONG, donateurs, mutuelles de santé, prestataires, mécènes, autres) ;
- Décrire les politiques et procédures qui gouvernent l'identification des indigents et groupes vulnérables sur la base des questions suivantes :
 - Comment sont identifiés les indigents et groupes vulnérables (critère d'identification des indigents, détermination du statut d'indigence sur une base individuelle ou familiale, rôle de la mutuelle de santé dans la définition des critères d'identification) ?
 - Qui identifie les indigents et les groupes vulnérables (rôles des responsables de la mutuelle de santé dans l'identification des indigents, rôles des prestataires de soins, rôles d'autres acteurs : organisations non-gouvernementales, collectivités locales, leaders communautaires, autres) ?
 - Quand est-ce que les indigents et groupes vulnérables sont identifiés (avant le besoin des soins de santé, au moment du besoin des soins de santé) ?
- Discuter des coûts d'accès associés aux bénéficiaires de la couverture des indigents et des groupes vulnérables en se basant sur les questions suivantes :
 - Y a-t-il une stigmatisation sociale attachée à la qualité de bénéficiaire du schéma de couverture des indigents et groupes vulnérables ?
 - Comment les bénéficiaires potentiels sont-ils informés de leur éligibilité au schéma de couverture des indigents ?

- Est-ce que les bénéficiaires du schéma de couverture des indigents doivent s'acquitter d'une partie des coûts des bénéfices ?
- Est-ce que les bénéficiaires du schéma de couverture des indigents font face à d'autres coûts (coûts de transport, tarifs, ou autres types de coûts) pour établir leur statut ?
- Est-ce que les bénéficiaires du schéma de couverture des indigents font face à d'autres coûts (coûts de transport, tarifs, copaiements, ou autres types de coûts) pour accéder aux soins de santé au moment du besoin ?
- Décrire les sources de financement du schéma de couverture des indigents sur la base des questions suivantes :
 - Qui paye pour la prise en charge des indigents et groupes vulnérables au niveau des mutuelles de santé (agences centrales du gouvernement, collectivités locales, ONG, donateurs, membres de la mutuelle, prestataires, mécènes, autres) ?
 - Si la source de financement est autre que les membres de la mutuelle de santé :
 - Comment est compensée la mutuelle de santé pour son implication dans l'administration de la prise en charge des indigents ?
 - Comment étaient pris en charge les indigents avant la couverture à travers la mutuelle de santé ?
 - Quels sont les coûts et bénéfices associés à la prise en charge des indigents à travers la mutuelle de santé ? Pour la mutuelle de santé ? Pour la source et l'agence qui assure le financement de la prise en charge ?
- Résumer les caractéristiques démographiques et sociales des bénéficiaires du schéma de couverture des indigents : Combien de familles et d'individus bénéficient du schéma d'indigence ? Quelle est la proportion des bénéficiaires de la mutuelle de santé qui bénéficient du schéma d'indigence ? Est-ce que des groupes vulnérables bénéficient du schéma d'indigence (enfants âgés de moins de 5 ans, orphelins, veufs, personnes âgées, handicapés, PVVIH, talibés, autres) ?

Leçons apprises des expériences de couverture des indigents à travers les mutuelles de santé. Sur la base des expériences des mutuelles de santé qui assurent la couverture des indigents, le consultant devra tirer des leçons relatives : aux implications des attributs de la conception des mutuelles de santé sur la couverture des bénéfices de soins de santé offerts aux indigents ; aux arrangements administratifs des schémas de couverture des indigents à travers les mutuelles de santé ; aux rôles des mutuelles de santé dans l'administration et le financement de la couverture des indigents ; aux rôles des autres acteurs (agences centrales du gouvernement, collectivités locales, organisations non-gouvernementales, autres acteurs communautaires) dans l'administration et le financement de la couverture des indigents.

ANNEXE IV : LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

Zone	Lieu	Structures/Cibles	Personnes rencontrées
Région de Ziguinchor	Ziguinchor	MS Jaata Kéria	Souleymane Mbaye, Président Salif Diao, Travailleur Social CCF, Gérant
		CCF	Mme Sanoussi Kamara, Responsable volet Santé
		PACTE	Moussa Bary, responsable MS Ibrahima Ka, Coordinateur, Moussa SOW, Animateur MS
		Région Médicale	Mame Demba Sy, Médecin Chef
		Hôpital Régional de Ziguinchor	Ibrahima Thiaré, Responsable Service Social, Abdoul Aziz Mbengue, Assistant Social,
		ARD Ziguinchor	Oumar Sonko, Directeur
Région de Thiès	Thiès	GRAIM, Coordination des MS	André Demba WADE, Coordinateur
		MS Faggu	Mbissine Guèye, Président Abdou Diène, Gérant Abdoulaye Diop, Trésorier
		FPS/USAID	Mamadou Mbaye, Responsable composante MS
		IPRES	M. Manga, Chef d'agence
		Fandène	Pascal Ndione, Président
		Yombal Faju ak Wër	Aïda Fall, Présidente
		Hôpital régional	Samba Wone, Responsable Finance
	Fandène	Fandène	Pascal Ndione, Président Bernard Diop, Vice Président
		Mission Fandène	Vicaire
		CARITAS	Théophile samba Sidi
		CCF	Bernard Diop, Travailleur social et Coordinateur adjoint
	Thiès	GRAIM	Victor Tine, Responsable Chaîne de solidarité
		Hôpital Saint-Jean de Dieu	Simone Darosa, Responsable Finance Coumba Ba, Assistante du directeur
		Coordination	André Demba Wade, Président
		ARD	Madaour Sall, Responsable Planification
		Conseil régional	Zakaria Ndiaye, Administration

Région de Kaolack	Kaolack	Mutuelle des enfants de la rue et de exclus (MERE)	Ass LAM, Secrétaire général
		Coopération technique Belge (CTB)	Dr Christa
		Conseil Régional	M. Mamadou Faye, Conseiller technique en santé et action sociale
		Service départemental de l'action sociale	Mme Mbaye, Chef du service
		Hôpital régional	M. Adama Diawara, Assistant social
		Région médicale	M. Débé Ndiaye, Médecin chef
		Agence régionale de développement (ARD)	M. Modou DIOP, Directeur
	Fatick	MS Bokk Faj	Cheikh Willane, Président de la MS
	Kaolack	Visite de site enfants parrainés par la MERE	Fatoumata Diallo, Ibrahima Diallo : parents
	Kaffrine	World Vision	Adama Ndao, ADP
	Keur Lahin, Siège MS Bokk Faj	M. Malé Cissé, responsable secteur et ASC Mme Khady Ndiaye, matrone Mme Sala Willane, matrone Modou Habib Cissé, Trésorier MS	
Kaolack	Service Social Hôpital régional	M Jean Ndiaye, Chef du service social	
Région de Dakar	Dakar	CAFSP	Dr Aboubacry FALL, Coordonnateur, Mbaye SENE, Responsable MS
		Direction de l'Action Sociale (DAS)	M. El Hadji COLY M. Ayib GAYE
	Pikine	MS Sant Yalla	Mme Aïda SEYE, Présidente Issa CISS, Coordonnateur CLC et membre de la MS
		Collectif des Daaras	Massila KANE, Président
		PROMUSAF	Aminata SOW SALL, Coordinatrice
		ABT/ FPS	Malick NIANG François Pathé DIOP Moustapha SAKHO

ANNEXE V : SOURCES DOCUMENTAIRES

- Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté II (DSRP2)
- Plan Stratégique de Développement des Mutuelles de Santé au Sénégal
- Stratégies Nationales de Protection Sociale au Sénégal
- Plan National de développement Sanitaire du Sénégal (PNDS)
- Inventaire des SAM en Afrique : synthèse des travaux de recherche, Concertation, Dakar, 2003
- Guide de gestion des mutuelles de Santé en Afrique, BIT/STEP, édition de 2003
- La micro-assurance de santé dans les pays à faible revenu, Alain Letourmy et Aude Pavy-Letourmy, AFD, Paris, 2005
- Les mutuelles de santé et la prise en charge des indigents : étude de cas du Rwanda, Projet AWARE-RH, 2005

Autres sources :

- Procès Verbaux d'AG des MS
- Statut et Règlement Intérieur des MS
- Rapport d'activités des MS
- Documents de travail de la CAFSP/MSPM