



## **Le fonds d'équité au Sénégal : analyse des mécanismes de la couverture maladie des indigents et de ses perspectives pour la couverture maladie universelle**

Sara Ndiaye\*

### **Résumé**

En juin 2010, un fonds d'équité a été lancé dans quatre régions du Sénégal pour une durée de 36 mois. Les prestations ont démarré en 2012. Les bénéficiaires se composent des personnes les plus démunies caractérisées par une grande vulnérabilité aux maladies : femmes enceintes, enfants de moins de cinq ans, personnes vivant avec un handicap et personnes âgées. Leur prise en charge médicale est assurée à travers les mutuelles de santé conformément aux conventions avec les structures de soins. Il s'agit généralement d'une couverture de 60 à 80 pour cent des soins primaires et des forfaits pour les soins de référence. Le complément est couvert par le fonds d'équité. Pour sa mise en œuvre, plusieurs acteurs ont supervisé le processus afin de veiller aux principes de participation, d'équité et de conformité au manuel de procédure. Les structures mutualistes et les services de l'action sociale ont constitué les fers de lance de l'identification et de la validation des listes de bénéficiaires. Une convention a été adoptée par la suite entre la Cellule d'appui à la couverture maladie universelle (CACMU) et les mutuelles de santé.

Le présent article vise à promouvoir une recherche-action sur les expériences de couverture du risque maladie dans un contexte de pauvreté économique. Il est basé sur une recension documentaire et une observation participante. C'est ainsi que l'étude a pu relever la pertinence de l'approche mutualiste pour la couverture maladie universelle. Toutefois, les innovations développées par les mutuelles de santé communautaires sont peu capitalisées dans les politiques publiques de protection sociale. Par ailleurs, les principaux jalons présentés pour la promotion de la couverture maladie universelle sont : la diversification du financement (État, coopération, collectivités locales, entreprises, salariés), la couverture des gros risques pour rendre plus attractives

---

\* Sociologue, Université Gaston Berger, Saint-Louis, Sénégal. E-mail : sarandiaye@gmail.com

les mutuelles de santé communautaires, et l'amélioration des méthodes de gestion des structures mutualistes.

**Mots clés :** fonds d'équité, gouvernance, indigent, vulnérabilité, mutuelle de santé, Sénégal

## **Abstract**

In June 2010, an equity Fund has been initiated in 4 regions of Senegal for a period of 36 months. The services started in 2012. The recipients are the most deprived persons characterized by a vulnerability to diseases: pregnant women, children under 5 years old, people with disabilities and the elderly people. Their medical care is ensured through health mutuals in accordance on the basis of agreements with health facilities. This is usually a 60 percent to 80 percent coverage of primary care and packages for referral care. The supplement is covered by equity fund. For its implementation, several actors have overseen the process to ensure the principles of participation, equity and compliance to the procedures manual. The mutualist societies and the social welfare services constituted the spearheads of the identification and validation of recipients lists. An agreement was subsequently adopted between the Universal Health Coverage Support Unit (CACMU) and health mutuals.

This article aims to promote action research on the experiences of health protection in a context of economic poverty. It is based on a literature review and a participant observation. Thus, the study was able to prove that the mutualist approach is relevant for universal health coverage. However, the innovations developed by community health mutuals are few capitalized in the public policies of social protection. Moreover, the key milestones presented for the promotion of universal health coverage include: the diversification of funding (State, cooperative, local authorities, businesses, employees), the coverage of major risks to make more attractive the community health mutuals and the improvement of management methods of the mutualist structures.

**Key Words:** equity funds, governance, needy, vulnerability, health mutual, Senegal

## **Introduction**

La couverture du risque maladie des indigents est une politique publique lancée au Sénégal depuis juin 2012 à travers la mise en place d'un fonds d'équité. Il s'agit d'un système d'exemption de paiement des soins médicaux en faveur des plus démunis, par un remboursement du Programme d'appui au développement de la micro-assurance santé (PAMAS) financé à hauteur de 1 948 500 € (soit 1 277 378,145 FCFA) par le Royaume de Belgique (1 500 000 €) et l'État du Sénégal (448 500 €). Le programme a duré 36

mois. Il a pris fin en décembre 2013 alors que la prise en charge a débuté en octobre 2012. Les bénéficiaires sont inscrits dans des mutuelles de santé pilotes réparties dans les régions d'intervention de la coopération bilatérale Sénégal/Belgique. Les prestations couvertes varient en fonction de la palette des soins établie par chaque mutuelle de santé. Pour la plupart, ce sont les consultations générales, les médicaments génériques, les consultations prénatales, les accouchements et la petite chirurgie qui sont pris en charge de 50 à 80 pour cent. Des forfaits allant de 5 000 à 25 000 FCFA sont remis aux assurés pour les soins de référence tels que l'évacuation, l'hospitalisation, les analyses biomédicales et les soins hospitaliers.

Dans la pratique, les mutuelles de santé préfinancent l'intégralité des soins médicaux des indigents enrôlés, conformément à leur taux de couverture. Le reliquat est remboursé par le programme. En aucun cas, l'indigent ne paie les soins assurés.

Le fonds d'équité a été mis en œuvre dans quatre régions du Sénégal où la prévalence de la pauvreté est la plus importante et où la coopération bilatérale Belgique/Sénégal avait entamé un paquet d'interventions pour l'accès aux services sociaux de base : hydraulique rurale, éducation, santé et assainissement. En effet, les régions de Diourbel, Fatick, Kaffrine et Kaolack constituent la zone du bassin arachidier où les récoltes sont de plus en plus déficitaires, occasionnant un risque d'insécurité alimentaire et une plus grande précarité économique. Selon l'*Enquête de suivi de la pauvreté au Sénégal*, en 2007, l'incidence de la pauvreté y est assez préoccupante : 51,8 pour cent à Kaffrine, 62,9 pour cent à Fatick, 54,7 pour cent à Diourbel et 50,8 pour cent à Kaolack.

La gouvernance du fonds d'équité est basée sur le principe de cogestion tant au sein de l'organisme gestionnaire (CACMU et CTB) du programme qu'au cours du ciblage et de l'enrôlement des indigents (Services de l'action sociale et mutuelles de santé). Ces différentes phases ont vu l'implication des associations, des élus locaux, des autorités sanitaires à travers les comités locaux de suivi institués par l'arrêté établi par l'autorité administrative de la zone d'intervention (gouverneur, préfet ou sous-préfet).

Le présent article vise à analyser la démarche de cette expérience inédite de protection sociale des indigents au Sénégal, en décrivant les mécanismes de gouvernance du fonds d'équité et ses articulations avec la nouvelle politique publique visant la couverture maladie universelle.

Sur la base d'une observation participante, nous proposons d'analyser l'implantation de la couverture médicale des indigents au Sénégal, en montrant la méthodologie et les mécanismes d'identification, d'enrôlement et de protection sociale qui caractérisent cette expérience. Pour finir, nous présentons une analyse critique des mécanismes du fonds d'équité au Sénégal

afin de déterminer des jalons pour une gouvernance efficace de la couverture maladie universelle en Afrique subsaharienne, en particulier pour les pays ayant un profil de pauvreté comparable à celui du Sénégal.

Pour cela, nous analysons, tour à tour, le contexte d'implantation des régimes de couverture du risque maladie au Sénégal, les référentiels du fonds d'équité, les innovations introduites et les jalons pour une couverture maladie universelle.

### **Contexte d'implantation des régimes de couverture maladie**

Le Sénégal capitalise plusieurs décennies de mise en œuvre de régimes de couverture du risque maladie. En effet, dès le début des années 1970, le décret n° 72-215 du 7 mars 1972 relatif à la sécurité sociale des fonctionnaires fixe un régime obligatoire de protection sociale des fonctionnaires et agents contractuels de la fonction publique. La protection des salariés permanents des entreprises privées et publiques, ainsi que de leurs familles, est assurée par les Instituts de prévoyance maladie (IPM), régis par la loi du 30 avril 1975 et le décret n° 75-895 du 14 août 1975 portant organisation des IPM. À partir des années 1990, les régimes volontaires de protection sociale sont mis en place au Sénégal. Les mutuelles de santé communautaires et les mutuelles de santé professionnelles s'y développent, mais avec des fortunes diverses.

Sur l'état des systèmes nationaux de santé en Afrique subsaharienne, des auteurs ont mis en évidence plusieurs entraves relatives au déficit d'équité (Meunier 1999 ; Ridde 2003 ; Bicaba, Ouedraogo, Ki & Zida 2003 ; Haddad, Nougara & Ridde 2004), aux difficultés à adapter les innovations sanitaires majeures telles que l'Initiative de Bamako (Diallo, Fall & Sarr 1997 ; Jaffré & Olivier de Sardan 2000) et aux faiblesses dans la fourniture des services de santé (Sy 1999). Les systèmes nationaux de santé en Afrique de l'Ouest sont donc présentés comme peu viables. La contribution financière des populations aux soins de santé augmente de plus en plus. Le financement de la santé n'est pas encore basé sur l'équité. Plusieurs études ont également relevé la persistance des inégalités sociales de santé : De Koninck, Pampalon 2008, Berghmans 2009, Salomez 2010, Potvin, Moquet & Jones 2010, etc.

C'est ainsi que pour Ndiaye 2012,

Les politiques publiques en matière de santé adoptées en Afrique subsaharienne manquent d'équité (verticale, horizontale et intergénérationnelle) et d'efficacité (surtout dans la gouvernance sanitaire). Elles ne résolvent pas les inégalités sociales de santé. Le management du système de santé n'est pas exigeant. Ce qui fait que les structures de santé ne sont pas contraintes à la performance.

Au Sénégal, l'estimation de la couverture du risque maladie par la Cellule d'appui au financement, au suivi et au partenariat (CAFSP) en 2007 montre que 79,87 pour cent de la population sénégalaise ne disposent d'aucune protection sociale. Ils sont laissés-pour-compte par les systèmes de couverture existants, comme le montre le tableau ci-dessous :

**Tableau 1 :** Estimation de la couverture du risque maladie en 2007

Type de régime	Personnes couvertes	Organismes gestionnaires	Nombre de bénéficiaires	Part de la population couverte
Régimes non contributifs	Agents de l'État	Ministère des Finances	817 193	7,35 %
	Les personnes âgées de plus de 60 ans	État et IPRES	555 690	4,87 %
	Étudiants	COUD	33 000	0,30 %
Régimes contributifs volontaires	Membres des mutuelles de santé	Mutuelles de santé	421 670	3,79 %
	Souscripteurs à une assurance privée	Assureurs privés	24 500	0,22 %
Régime contributif obligatoire	Salariés du secteur privé	IPM	400 149	3,60 %
<b>Total</b>			<b>2 252 202</b>	<b>20,13 %</b>

Source : CAFSP 2007

Face à ces inégalités dans la protection sociale, le Sénégal adopte une stratégie d'extension de la couverture du risque maladie afin d'amener la couverture de 20 pour cent à 50 pour cent des Sénégalais avant 2015. De même, le PNDS 2009-2018 met l'accent sur le renforcement de la couverture du risque maladie surtout pour les groupes vulnérables (enfants de moins de cinq ans, femmes enceintes, personnes âgées de plus de 60 ans) et les indigents. C'est ainsi que l'État assure le pilotage, la programmation et la mobilisation des ressources nécessaires à la couverture du risque maladie des 80 pour cent de Sénégalais non assurés. C'est le retour de l'État providence.

L'État du Sénégal a entamé la promotion de la mutualité sociale conformément à la résolution de l'UEMOA adoptée en 2009. Il s'agit de diversifier davantage les systèmes de protection sociale suivant les principes d'universalité, de qualité, de partage des risques, de responsabilisation, de participation et de partenariat. Cette résolution n'ordonne pas une adhésion obligatoire aux institutions mutualistes, mais incite les États à promouvoir

les mutuelles de santé communautaires. Les initiatives de mobilisation et de mise en commun des ressources sont encouragées pour favoriser la réduction considérable des barrières financières dans l'accès aux soins de santé de qualité. Pour cela, l'implication de l'État et des collectivités locales dans le développement des organisations mutualistes mises en place par les populations est considérée comme un impératif.

Le cadre managérial est renforcé avec la mise en place de « Cellules d'appui » : la Cellule d'appui et de suivi du plan national de développement sanitaire (CAS PNDS) et la Cellule d'appui au financement de la santé et au partenariat (CAFSP). L'un des tournants majeurs du retour de l'État providence est la réforme de la CAFSP qui devient Cellule d'appui à la couverture maladie universelle (CACMU) en juillet 2012. Deux initiatives sont dès lors expérimentées afin de déterminer un canevas pour le montage d'un Fonds national de solidarité santé (FNSS) :

1. Le fonds d'équité pour la prise en charge des indigents dans les régions pilotes de Diourbel, Fatick, Kaffrine et Kaolack. Il est mis en œuvre dans le cadre du Programme d'appui au développement de la micro-assurance santé au Sénégal (PAMAS 2008-2012) ;
2. La Démonstration et l'extension de la couverture de l'assurance maladie (DECAM). L'État du Sénégal invite à la réalisation du projet « Une collectivité locale, une mutuelle de santé ». Cette démonstration n'est pas encore effective.

Toutefois, une étude portant sur les *Déterminants de l'adhésion et de la non adhésion aux mutuelles de santé* dans les régions pilotes du fonds d'équité montre que

Les prestations offertes par les mutuelles ne sont pas attractives. La prise en charge est limitée aux soins primaires. Elles ne prennent pas en compte les gros risques et des médicaments spécialisés. Beaucoup de mutuelles n'assurent généralement que la couverture des médicaments essentiels ou génériques qui coûtent moins cher et qui sont à la portée d'un grand nombre (HYGEA 2011).

Cette faible attractivité de l'offre de soins couverte par les mutuelles de santé communautaires constitue un handicap à la promotion de l'assurance maladie. Cette étude en décrit d'autres afin d'identifier les jalons pour le développement de la micro-assurance santé au Sénégal.

## **Méthodologie**

Cette recherche est basée sur une observation participante menée de novembre 2011 à février 2013, période au cours de laquelle nous avons été recrutés pour « faciliter le démarrage et l'exécution du fonds d'équité » en tant qu'assistants

techniques régionaux (ATR). En effet, quatre assistants techniques ont été recrutés durant cette période : deux sociologues, une économiste et un travailleur social.

L'observation participante était axée sur le processus de ciblage des indigents, notamment la participation des acteurs institutionnels (autorités administratives, responsables de services, collectivités locales) et des acteurs communautaires (mutuelles, ONG locales, associations), mais également sur le dispositif du fonds d'équité (conventions, factures, bordereaux de paiement). C'est ainsi que des rapports mensuels, entre novembre 2011 et février 2013, ont été produits.

Notre analyse s'appuie également sur une revue de la littérature des initiatives mutualistes dans le domaine de la micro-assurance santé. Le but de cet article est de passer en revue des expériences prometteuses pour une gouvernance efficace de la couverture maladie universelle au Sénégal, en particulier, et en Afrique subsaharienne, en général.

Cet article présente l'expérience du fonds d'équité pour l'assurance maladie des indigents, à travers trois aspects. D'abord, les référentiels du fonds d'équité concernant la caractérisation du profil de l'indigent et la méthodologie de ciblage et d'enrôlement sont exposés et analysés. Ensuite, les innovations induites par cette expérience sont décrites, en mettant l'accent sur les mécanismes de gestion et les mécanismes de garantie. Enfin, nous analysons les jalons d'une couverture maladie universelle basée sur la démarche inclusive.

## ***Les référentiels du fonds***

### *L'enrôlement des indigents*

Au sens large, est considéré comme indigent tout individu dépourvu de moyens de satisfaire ses besoins fondamentaux de façon immédiate et dans le temps, et vivant dans un environnement à risque. Les expressions souvent utilisées pour caractériser l'indigence sont *le manque*, *l'absence* et *l'incapacité* liés à *l'avoir*, au *pouvoir* et aux *opportunités*. L'étude de faisabilité du fonds d'équité a procédé à une revue documentaire du concept d'indigence. Elle relève une kyrielle de conceptions mettant l'accent tantôt sur le portrait physique de la personne en des termes tels que « misérable », « stigmatisé », « relégué », « précarisé » et « assisté », tantôt sur les aspects liés au bien-être, tels que la « difficulté à se nourrir », le « manque de travail », le « manque de soins », le « manque de logement décent ».

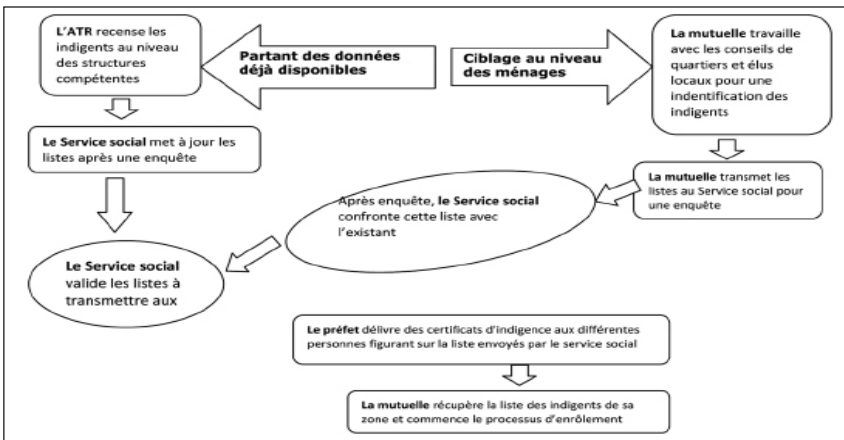
Afin d'éviter d'appliquer une conception non opératoire de l'indigence dans les milieux d'intervention, la définition du concept a fait l'objet de focus

group lors de l'étude de faisabilité. Cette dernière rapporte la perception la plus partagée par la population enquêtée : « *Est indigent celui qui n'a rien, qui ne peut régler ses besoins sociaux primaires, qui vit sans pouvoir accéder à des opportunités.* » (CAFSP 2011:25) Dès lors, l'indigent visé par le fonds d'équité est

Celui qui est démuné. Celui dont les ressources sont faibles, voire insuffisantes ou inexistantes pour satisfaire convenablement et de façon continue ses besoins élémentaires (nourriture, santé, éducation, mobilité, etc.). Il évolue principalement dans un cadre de vie précaire (sans accès à l'eau potable et à l'électricité, dans un milieu à risque et exclu des systèmes de protection), dépendant des autres et confronté à des contraintes d'accès aux services de base.

À partir de cette définition, un questionnaire d'enquête sociale a été élaboré et administré à toutes les personnes présélectionnées à partir des répertoires des services de l'action sociale, des assistants sociaux et des associations philanthropiques locales. Un scoring de l'indigence a été établi. Les répondants qui ont les scores extrêmes (maximum) ont été considérés comme les « plus démunis » et retenus comme prioritaires.

La méthodologie de l'identification adoptée pour la mise en œuvre du fonds d'équité est à la fois passive (à partir de statistiques sociales existantes) et active (suivant une enquête sociale). Elle est systématisée comme suit dans le manuel de procédure :



Source : Extrait du *Manuel de procédure* du fonds d'équité

Les sources de données pertinentes pour l'identification des ménages vulnérables et démunis sont : les registres des structures sanitaires, les enquêtes socio-démographiques, les registres des collectivités locales ainsi que les répertoires des associations et des organisations caritatives.



Dans les structures publiques de soin au Sénégal, les personnes indigentes ayant reçu des soins sont répertoriées par la comptabilité du Comité de santé. Elles sont considérées comme des « cas sociaux » que les Comités de santé prennent en charge avec les 7 pour cent de leurs recettes annuelles.

Des enquêtes socio-démographiques continues sont menées au Sénégal sur le profil des populations en mesurant, entre autres, les indicateurs de pauvreté. Il y a les rapports de l'ANSD intitulés *Situation économique et sociale, Enquête démographique et de santé à indicateurs multiples EDS-MICS, Enquête de suivi de la pauvreté, Enquête sénégalaise sur les conditions de vie des ménages*, etc.

Les services régionaux et départementaux de l'action sociale, les organisations et associations caritatives ainsi que les commissions sociales des collectivités locales disposent également de répertoires des personnes démunies. Les chefs de village, les délégués et les marraines de quartier, les élus locaux disposent également d'informations pertinentes permettant l'identification des indigents.

Dans le cadre du fonds d'équité, différents critères d'identification des indigents sont combinés. Il s'agit des critères du service social qui distinguent les sujets dépourvus de protection sociale, dont les enfants en difficulté, les orphelins, les personnes en situation de handicap, les inadaptés sociaux (malades mentaux, malades chroniques) et les victimes de sinistre. D'autres critères relèvent de l'épidémiologie et portent sur les sujets vulnérables à la maladie, notamment les enfants, les femmes enceintes et les personnes âgées. Quant aux critères de pauvreté, ce sont : l'absence de revenu, la dépendance à autrui et l'inexistence de couverture sociale.

À partir d'une triangulation des différents répertoires des services sociaux, des associations, des structures mutualistes, des structures de soins et des collectivités locales, la population cible du fonds d'équité se présente comme suit :

**Tableau 2 :** Répartition de la population cible du fonds d'équité

Régions pilotes	Personnes vivant avec un handicap	Femmes enceintes	Personnes âgées	Enfants 0 à 5 ans	Personnes indigentes	Total
Kaolack	2 580	32 029	41 271	77 302	59 038	212 220
Fatick	1 119	34 553	48 254	35 247	62 038	181 211
Diourbel	1 188	54 748	63 896	76 498	72 251	268 581
Kaffrine	1 045	24 544	28 950	25 268	72 338	152 145
<b>Total</b>	<b>5 932</b>	<b>145 874</b>	<b>182 371</b>	<b>214 315</b>	<b>265 665</b>	<b>814 157</b>

Sources : Services de l'action sociale, associations, structures mutualistes, assistants sociaux des structures de soin et collectivités locales (novembre 2011)

L'étude de faisabilité du fonds d'équité menée en décembre 2011 préconise :

Considérant le caractère pilote de l'initiative et les ressources financières disponibles, l'étude propose de fixer l'objectif de prendre en charge environ 7 pour cent au niveau de chaque catégorie, hormis les personnes âgées qui bénéficient déjà d'une certaine prise en charge. Ainsi, l'effectif total à enrôler sera de 45 000 personnes.

Et de poursuivre, « En moyenne chaque bénéficiaire coûtera 12 362 FCFA pour une couverture annuelle suivant les services couverts dans la mutuelle de santé où il est assuré [...] Le montant total estimé du schéma de prise en charge s'élève à 556 287 400 FCFA ».

Toutefois, 3 551 bénéficiaires ont été inscrits pour bénéficier du programme. Ils correspondent à 20 pour cent des effectifs à jour de leurs cotisations des 23 mutuelles de santé pilotes. Le montant alloué à leur inscription est de 15 981 300 FCFA, soit 4 500 FCFA par individu. En cas de maladie, le programme rembourse le ticket modérateur et le reliquat des frais médicaux après que la mutuelle de santé a préfinancé intégralement les soins. Le fonds d'équité est une assurance maladie complémentaire à la mutuelle de santé communautaire. Il finance le complément dévolu à l'assuré, mais ne couvre pas les prestations non assurées par les mutuelles de santé.

La principale critique du processus d'enrôlement des indigents est le nombre assez réduit de bénéficiaires (3 551). C'est un fonds d'équité de 1 277 378 145 F CFA qui n'alloue que 1,25 pour cent de son budget pour l'inscription des indigents, ce qui est largement en dessous des attentes des mutualistes qui proposaient l'inscription d'un nombre d'indigents correspondant à 50 pour cent des bénéficiaires à jour. Ce résultat est également inférieur aux recommandations issues de l'étude de faisabilité qui portaient sur un effectif de 45 000 indigents à inscrire.

### ***Le choix des mutuelles***

#### *Les impératifs méthodologiques du fonds d'équité*

La décision fut d'abord négociée dans le cadre du *Programme indicatif de coopération (PIC) 2010-2013* où les domaines d'intervention de la coopération bilatérale sont inscrits dans l'agenda de ladite coopération. Elle est ensuite endossée par les organismes d'exécution. Concernant le fonds d'équité, ce sont l'Agence belge de coopération (CTB) et la Cellule d'appui à la couverture maladie universelle (CACMU). Le programme à mettre en œuvre s'aligne sur les documents de politique publique : PNDS, DSRP et Stratégie nationale d'extension de la couverture du risque maladie. Pour son opérationnalisation, des référentiels sont élaborés : Document technique et financier (DTF) du programme et *Manuel de procédure* du fonds d'équité.

Les régions d'intervention de la coopération bilatérale, Diourbel, Fatick, Kaffrine et Kaolack, ont été maintenues à la suite des programmes d'appui à l'offre de soins qui y avaient déjà été exécutés (Appui à la région médicale de Diourbel ou ARMD, Appui au système de santé des régions médicales de Kaolack, Kaffrine et Fatick ou ASSRMKE, Programme d'appui au développement de la micro-assurance santé dans les régions de Diourbel, Kaolack, Kaffrine et Fatick ou PAMAS1). Les objectifs opérationnels étant de fournir un appui institutionnel à la CACMU de renforcer les institutions mutualistes, de développer des mécanismes de garantie pour l'accès aux soins des couches vulnérables, de faire adhérer et cotiser pour l'accès aux soins des indigents enrôlés.

### ***Le choix des mutuelles de santé***

Les mutuelles pilotes de santé du fonds d'équité devaient remplir les conditions suivantes :

- être membre de l'Union régionale des mutuelles de Santé : l'adhésion aux unions renforce le réseau mutualiste dans les régions. Elle favorise l'harmonisation des conditions d'inscription et les palettes de soins prises en charge dans les mutuelles ;
- être à jour de ses cotisations au sein de l'Union : la cotisation à l'union régionale permet à ses structures de fonctionner et de réaliser des activités de soutien telles que les supervisions et la collecte des données dans la région ;
- ne pas être sous le coup d'une suspension auprès des prestataires de soins conventionnés : les conventions adoptées auprès des structures de soins garantissent l'accès aux prestations des assurés. Le défaut de paiement des factures entraîne des suspensions des mutuelles de santé et, par conséquent, entrave l'accès aux soins des assurés ;
- être fonctionnelle tant dans les organes statutaires, le système de gestion administrative que dans les prestations, en les assurant de manière permanente et continue et en enregistrant au moins 45 pour cent des bénéficiaires à jour de leurs cotisations et un taux de sinistralité compris entre 35 et 90 pour cent.

Seules 23 mutuelles de santé communautaires sur les 43 que comptent les quatre régions au diagnostic fait par les ATR du programme en décembre 2011 ont rempli toutes ces conditions. Il y a au Sénégal une pléthore de mutuelles de santé communautaires dont la plupart peinent à subsister. Pour certaines, leur création est consécutive à l'intervention d'une ONG œuvrant dans la santé communautaire dont les acteurs locaux cherchent à capturer le financement. Pour d'autres, la faible adhésion des populations les rend peu viables.

Dans l'ensemble, les mutuelles de santé communautaires ne couvrent pas les gros risques tels que les soins hospitaliers et les soins à longue cure à cause du faible montant des cotisations mensuelles, variant entre 150 et 500 FCFA par personne. Afin de les rendre plus attractives, des mécanismes de financement alternatifs sont nécessaires. Des cas d'école sont présentés dans la plateforme de la Coopérative pour l'assurance maladie et invalidité (COPAMI) [www.coopami.org/fr/coopami/platform/index.htm](http://www.coopami.org/fr/coopami/platform/index.htm). Le mode de financement alternatif le plus opportun est une allocation budgétaire des collectivités locales. En contrepartie, les mutuelles de santé devraient renforcer leur taux de couverture et améliorer leur offre.

### **La recherche-action**

Quatre modalités de recherche-action ont été développés durant la mise en œuvre du fonds d'équité : l'enquête socio-anthropologique, l'enquête sociale, le suivi scientifique et l'assistance technique.

L'enquête socio-anthropologique est réalisée par une équipe interdisciplinaire – le Laboratoire de recherche sur les transformations économiques et sociales au Sénégal (LARTES) – recrutée à l'issue d'un appel à candidature. Elle a effectué une étude sur les perceptions de l'équité dans l'accès aux soins auprès des mutualistes dans les quatre régions. C'est ainsi qu'elle recommande une diversification de la palette des soins à couvrir, un processus d'enrôlement non stigmatisant et la mise sur place d'un dispositif multi-acteurs.

L'enquête sociale est coordonnée par le Service régional de l'action sociale. Elle est faite auprès des chefs de ménages présélectionnés à l'aide d'un questionnaire dont les réponses sont scorées afin de distinguer ceux qui sont « plus démunis ». Les chefs de ménages indigents ayant à leur charge des personnes vulnérables aux maladies (enfants de moins de cinq ans, femmes enceintes et personnes âgées) sont prioritaires. Le tableau 3 indique le profil du ménage indigent.

**Tableau 3** : Profil du ménage indigent

<b>Caractéristiques</b>	<b>Ménages indigents</b>
Habitation/Condition de résidence	Non propriétaire de la concession Matériaux à faible résistance Manque d'électricité Maison délabrée Zones insalubres
Cadre de vie	Zones non loties Enclavement Milieu pollué

Revenu du ménage	Pas de revenu stable Pas de revenu spécifique Dépendance aux autres
Fréquence et nature des repas	≤ 1 repas par jour Pas de variété dans la journée
Accès à l'eau/possession d'une toilette	Pas d'eau potable Pas de toilettes, de latrines
Fréquentation scolaire	Abandon scolaire des enfants Échec scolaire des enfants
Confort	Pas de mobilier Cases en paille
Possession des moyens de communication	Pas de téléphone Pas de téléviseur Pas de radio
Accès aux soins de santé	Automédication Compte sur l'aide de tiers
Composition/taille du ménage	Nombre d'enfants de moins de 5 ans Nombre de femmes enceintes Nombre de personnes âgées Nombre d'orphelins Nombre de personnes confiées

Des missions de suivi scientifique ont été effectuées par une enseignante-chercheuse de l'Université catholique de Louvain (Belgique). Elles portaient, d'une part, sur l'élaboration de protocoles de recherche-action sur la mise en place du fonds d'équité et, d'autre part, sur la rationalisation de ses modalités d'application. Les propositions issues de ce suivi scientifique ont permis de limiter le nombre de bénéficiaires du fonds d'équité à 20 pour cent des mutualistes à jour de leurs cotisations. En effet, chaque mutuelle de santé devait enrôler 20 pour cent de son effectif. Entre autres recommandations, le suivi scientifique préconise : la mise en place de comités de suivi, l'enregistrement de l'évolution des prestations et la documentation des innovations induites par le fonds d'équité. L'ensemble de ces recommandations avait été satisfait.

Pour le monitoring des activités, trois niveaux d'assistance technique avaient été définis :

1. l'assistance technique régionale : sur un appel à candidature nationale, deux sociologues, un économiste et un travailleur social ont été recrutés pour faire le diagnostic des mutuelles de santé, coordonner le suivi et documenter le processus d'enrôlement des indigents ;

2. l'assistance technique nationale : elle porte sur l'élaboration et l'application du programme selon les documents cadre : stratégie nationale de la couverture maladie, programme indicatif de coopération, document technique et financier et manuel de procédure ;
3. l'assistance technique internationale : sur appel d'offres lancé par la CTB, l'Université catholique de Louvain a été choisie pour assurer les missions de suivi scientifique et d'appui à distance du programme. Les destinataires de cette assistance technique sont : l'unité d'assurance maladie de la CACMU, les structures mutualistes régionales et les administrateurs du programme.

Les interventions des assistants techniques s'articulent autour de la conception des documents techniques du programme (manuel de procédure, convention, protocole de recherche-action), de la documentation de l'état d'avancement de la mise en place du fonds d'équité, et de la collecte des indicateurs nécessaires à l'évaluation du programme.

Les limites de la recherche-action concernent notamment le coût exorbitant des missions du suivi scientifique : billets d'avion aller-retour Bruxelles/Dakar, frais de séjour et honoraires. Or des spécialistes en protection sociale résidant au Sénégal pouvaient assurer ce suivi, ce qui aurait rendu le programme plus efficient et facilité la collaboration des différents assistants pour la rédaction d'un ouvrage sur le fonds d'équité et ses effets dans l'accès aux soins des indigents. En effet, aucun protocole de recherche-action n'a pu être finalisé et publié. Telle est d'ailleurs l'une des motivations du présent article.

## **Les innovations induites par l'expérience du fonds d'équité**

### ***L'option de la mutualité communautaire***

La mutualité est une option pertinente pour intégrer les plus démunis dans les systèmes de protection sociale. D'ailleurs, elle est antérieure à la Sécurité sociale et aux assurances sociales. Elle peut être étendue à la protection des biens, à l'épargne, au crédit et à la prévoyance des risques relatifs à la santé. La mutualité est un régime de libre adhésion, dont les prestations complètent un régime préexistant (souvent c'est le paiement direct). Les mutuelles prennent en charge le ticket modérateur au point de prestation, complètent le remboursement des soins jusqu'à 100 pour cent. Certaines mutuelles disposent d'un agrément pour dispenser des soins. Cependant, la palette des soins assurés aux souscripteurs dépend du contrat et du volume des cotisations.

Avant la mise en œuvre du programme, à Kaolack, un réseau de mutuelle dénommé *Oyofalpaj* (en wolof, « alléger le coût des traitements »)

développait un système de couverture maladie au profit des indigents. C'est un réseau de treize mutuelles de santé comptant 22 647 bénéficiaires en 2010 et ayant contribué à hauteur de 12 027 384 FCFA aux dépenses de santé des mutualistes. Le réseau *Oyofal paj* a pu prendre en charge, durant l'année 2010, les frais médicaux de 418 indigents non souscrits.

À Fatick, les mutuelles de santé ont développé l'assurance maladie des élèves (AMEL) qui consiste à garantir 100 pour cent des frais médicaux des élèves moyennant une cotisation annuelle de 1000 F CFA par élève et l'appui financier des partenaires. Au district sanitaire de Sokone, la tarification forfaitaire est expérimentée pour promouvoir la santé maternelle. Elle comprend le coût réel moyen d'un épisode maladie, la prise en charge complète (diagnostic, examens et traitement) et les frais d'hospitalisation des parturientes

Dans la région de Kaffrine, les mutuelles de santé de Kathiotte et de Nguérané Fass ont initié respectivement la *taxation à l'eau de boisson et des champs collectifs* pour le recouvrement des cotisations de leurs adhérents.

À Diourbel, la synergie autour d'une ONG locale, *Mathlaboul Fawzaini*, établie à Touba et financée par la communauté mouride et sa diaspora, installée en Espagne, en Italie, aux États-Unis et dans les pays africains, a permis la construction d'un Centre hospitalier de référence portant le même nom, des infrastructures communautaires (mosquées, résidences d'hôtes, forages, etc.) et des équipements de transport et d'assainissement (ambulances, bus, citernes, camions, poubelles). La mutuelle de santé qui porte le même nom que l'ONG est une structure de développement social complémentaire aux autres domaines couverts par l'ONG, l'hydraulique rurale, l'électrification, la modernisation de la ville et l'assainissement.

Autant d'innovations sociales portées par les mutuelles de santé qui nous permettent de constater qu'elles promeuvent le développement social. Il reste à renforcer leur accessibilité aux populations et leur attractivité.

Pour favoriser l'accès aux soins et aux structures mutualistes, deux innovations majeures ont été développées lors de la mise en place du fonds d'équité. La première est l'articulation de l'offre et de la demande de soins. En faisant porter l'enrôlement des indigents par les mutuelles de santé communautaires, l'enjeu est de renforcer à la fois le taux de couverture maladie et la palette des soins assurés par celles-ci. La seconde innovation est l'adoption des technologies de l'information et de la communication pour renforcer la visibilité des mutuelles de santé. En effet, une cartographie numérisée de mutuelles a été créée. Elle permet de vulgariser les fiches d'identification comprenant des renseignements sur la localisation de la mutuelle, la population assurée, les prestations couvertes, les conventions

signées avec les structures de soins, les modalités d'adhésion, les rapports d'assemblée générale, etc. Une fois ces informations postées sur la cartographie numérisée, la mutuelle de santé devient visible sur Internet.

Nous avons constaté que les mutuelles de santé communautaires adoptent des innovations et regorgent de potentialités faiblement soutenues. Les interventions définies dans le cadre logique des programmes et des projets sont pour la plupart peu flexibles sur les résultats attendus libellés dans leur Document technique et financier (DTF). Elles semblent se désintéresser de toute innovation mutualiste qui ne correspond pas aux termes de référence des cadres logiques des programmes et des projets qu'elles mettent en œuvre. D'ailleurs, les DTF et les manuels de procédure des programmes se présentent comme des documents définitifs, ce qui limite tout appui à l'innovation.

### ***Le suivi scientifique***

Les missions de suivi scientifique renforcent l'efficacité des programmes. Elles constituent des moments de collecte de preuves sur l'état des indicateurs. Elles éclairent les décisions des unités de gestion des programmes. Dans le cadre du monitoring des mécanismes de protection sociale, le suivi scientifique préconise des enquêtes auprès des parties prenantes sous la forme de recherche-action. Lors de la mise en œuvre du fonds d'équité, les questions qui font l'objet d'une attention particulière sont : quelle conception de l'indigence est la plus opératoire pour les différents milieux d'intervention du programme ? Quel effectif faudrait-il enrôler pour ne pas transformer les mutuelles de santé communautaires en mutuelles d'indigents ? Quelle action efficiente faut-il entreprendre pour l'émergence de mutuelles de santé communautaires fortes ?

Ce questionnement est axé sur trois impératifs de toute intervention pour lutter contre la pauvreté : concevoir, estimer et agir. Il faut d'abord disposer d'une conception opératoire et de référentiels pour réaliser un ciblage adéquat. Ensuite, les potentialités des structures doivent être évaluées pour pouvoir optimiser les ressources mobilisées. Enfin, il est nécessaire d'allouer les ressources susceptibles de transformer ces potentialités.

Les éléments empiriques nécessaires à l'évaluation de l'implantation du fonds d'équité sont contenus dans les rapports périodiques des ATR, les bilans trimestriels, les rapports du comité du pilotage et du suivi scientifique, mais également au sein de la plateforme de la cartographie numérisée des mutuelles de santé. La mise en œuvre du fonds d'équité y est décrite comme « *un accouchement difficile* » (co-gestionnaire du programme), « *un système onéreux, moderne et participatif de protection sociale* » (Assistant technique national),



« un processus assez documenté qui reste à être pérennisé » (médecin chef de région), « *une bouffée d'air de soulagement pour les mutuelles de santé des régions du bassin arachidier* » (Président de la Fédération nationale des mutuelles de santé), « *un pilier supplémentaire pour l'extension de la couverture du risque maladie des Sénégalais* » (responsable de l'unité assurance maladie à la CACMU), ou encore « *une expérience innovante d'articulation de l'offre et de la demande de soins* » (Responsable du suivi scientifique).

Cependant, certaines faiblesses ont été constatées. Elles sont relatives à la lenteur dans le démarrage de la prise en charge des indigents. En effet,

Depuis juin 2010, le programme d'appui au développement de la micro-assurance santé au Sénégal (PAMAS) vise à mettre en œuvre un fonds d'équité en faisant adhérer les indigents et les couches vulnérables dans les mutuelles de santé. Jusqu'en janvier 2012, la prise en charge n'était pas encore effective alors qu'une étude sur les stratégies de ciblage, une simulation du budget et un recrutement des assistants techniques régionaux chargés de faciliter ce démarrage avaient été effectués en novembre 2011 (Ndiaye 2012:271).

Cette situation s'explique par la lenteur des procédures de décaissement dans le cadre de la cogestion et de la coopération bilatérale. Il faut que le responsable administratif et financier (RAF) établisse la demande de décaissement motivée et approuvée par les cogestionnaires avant qu'elle soit transmise à l'ordonnateur du budget qui autorise la transaction financière dans le compte du programme. Pour le fonds d'équité, l'ordonnateur principal du budget est la Direction de la coopération pour le développement (DGCD) du Royaume de Belgique. Elle administre 76,98 pour cent du budget destiné à financer la mise en place du fonds d'équité.

### **Les comités locaux**

Le suivi de la mise en œuvre fait partie du processus gestionnaire. Il est capital pour garantir l'efficacité d'un programme. Le fonds d'équité a fait l'objet du suivi d'un comité local présidé par l'autorité administrative et composé de membres des services techniques de la santé et du développement social ainsi que des administrateurs des mutuelles de santé et de l'assistant technique régional du PAMAS. Ils étaient chargés de valider la liste des indigents à enrôler, de diligenter la délivrance des certificats d'indigence, de superviser leur inscription dans les mutuelles de santé et de veiller à leur prise en charge conformément au manuel de procédure du fonds d'équité. Ils communiquaient l'état d'avancement du programme lors des Conseils régionaux de développement (CRD), Conseils départementaux de développement (CDD) et Conseils locaux de développement (CLD).

Le comité local de suivi est un mécanisme pertinent de gouvernance d'une intervention sociale. C'est une interface entre les communautés et les administrateurs des programmes centraux. Lorsque ces comités sont présidés par une autorité administrative, l'implication des services techniques déconcentrés est effective. Il est d'ailleurs impératif que tous les programmes de prise en charge fassent l'objet d'un suivi assuré par des comités locaux au lieu des comités de pilotage généralement centralisés avec une faible réactivité. Les réunions des comités de pilotage des programmes sont souvent trimestrielles et plus axées sur le bilan financier et sur « ce qui reste à faire » suivant la programmation, alors que les comités locaux de suivi constituent des structures opérationnelles.

Après avoir décrit les innovations sociales portées par les structures mutualistes, nous abordons les perspectives de développement de la couverture du risque maladie.

### **Jalons pour une couverture maladie**

#### ***Le fonds d'équité, un pilier de la CMU***

Tenu à Montreux, en Suisse, en novembre 2010, le 1er symposium mondial sur les recherches en systèmes de santé a posé les jalons de l'usage de « *la science pour accélérer la couverture sanitaire universelle (CSU)* ». Ce qui laisse entrevoir que les connaissances scientifiques avaient été peu mobilisées à cet effet, les administrateurs de la couverture sanitaire ayant réduit cette problématique à ses dimensions politique et technique. En effet, la CSU apparaît comme une politique publique destinée à garantir le droit à la santé pour tous. Ainsi, les États se chargent de mettre en place des piliers de la protection sociale ou de les réformer pour permettre aux citoyens d'accéder à des services de santé.

Toutefois, la CSU nécessite un suivi scientifique. Elle suppose une rationalisation de l'offre de santé et de la satisfaction de la demande de santé, surtout en ce qui concerne les besoins sanitaires non encore assurés. Cette exigence de rationalisation et de satisfaction des besoins suppose la réalisation de protocoles de recherche par les spécialistes des sciences sociales et des sciences médicales dans une perspective interdisciplinaire. Les principales problématiques de la CSU sont notamment : les besoins de santé non couverts, la couverture maladie des gros risques (maladies chroniques) et les modes de financement alternatifs au paiement direct.

La CSU est un paradigme à la fois éthique, politique et scientifique pour l'assurance maladie. Le thème du symposium, « La science pour accélérer la couverture universelle », a été une occasion de faire l'inventaire de la recherche et des stratégies destinées à renforcer la performance des systèmes

de santé, en vue de poser des jalons pour le développement des innovations. L'idée centrale est que les chercheurs, les décideurs et les partenaires de la santé doivent, en partenariat, produire des protocoles de recherche-action sur les problématiques sanitaires, les réformes des systèmes de santé et sur les innovations. Lors des sessions satellites animées par des experts, des leaders gouvernementaux et des chercheurs, les principaux thèmes étaient : les stratégies globales de renforcement des systèmes de santé, l'équité dans l'accès aux soins, le financement de la santé, le développement des innovations par la recherche, les voies émergentes des pays en développement, les modèles innovants et les réformes en vue de la CSU.

Le transfert des connaissances constitue l'une des stratégies de base formulées par les participants. Qu'elles soient tacites ou explicites (opinions, critiques, expériences, essais), les connaissances scientifiques doivent constituer le socle des politiques de santé et des pratiques.

Toutefois, la CSU bute sur les logiques de marché qui se développent dans le secteur de la santé. Elles exacerbent les barrières financières dans l'accès aux soins de qualité. Les couches défavorisées sont les plus affectées. Des mécanismes d'inclusion innovants sont en cours en Afrique subsaharienne. Il s'agit du financement basé sur la performance (Rwanda), des communautés de pratique (Ghana), de l'approche communautaire (Zambie, Tanzanie, Mozambique), de l'assurance santé (Rwanda, Ghana, Sénégal), entre autres. Ces différentes alternatives visent à réduire l'ampleur des barrières financières et géographiques dans l'accès aux soins. Cependant, elles sont généralement portées par les ONG et les organismes de coopération. Or il revient aux gouvernements d'assurer l'administration générale du système de santé, notamment la mise en place de mécanismes d'accès à la santé pour tous. Le gouvernement est l'administrateur des ressources sanitaires. Il ne peut le sous-traiter. En d'autres termes,

La responsabilité de la performance globale du système de santé d'un pays doit toujours finalement incomber au gouvernement. L'administration générale non seulement influence les autres fonctions, mais permet aussi d'atteindre chacun des buts du système de santé, à savoir améliorer la santé, répondre aux attentes légitimes de la population et assurer l'équité des contributions. Le gouvernement doit s'impliquer à tous les niveaux du système de santé pour en maximiser les résultats (OMS 2000:135).

Au Sénégal, nous avons l'exemple du fonds d'équité pour la prise en charge des indigents et des groupes vulnérables dont le financement est majoritairement assuré par le Royaume de Belgique (76,98 %). La contribution financière de l'État du Sénégal est de 23,02 pour cent. Ce qui est de la sous-traitance.

### *Autres stratégies pour la CMU*

Pour assurer la couverture maladie des 80 pour cent de Sénégalais exclus des systèmes de protection sociale, le gouvernement du Sénégal opte pour l'État social. C'est une combinaison de pratiques d'État providence, de décentralisation et de responsabilisation des mutuelles de santé communautaires. Ainsi, l'État, les collectivités locales et les mutuelles de santé communautaires constituent les principaux acteurs pour accélérer la couverture maladie universelle au Sénégal.

L'État providence se traduit par un programme d'allocation de bourses familiales aux ménages démunis dans les régions où la prévalence de la pauvreté est élevée. Il a été lancé en octobre 2013. L'organisme gestionnaire des bourses de sécurité familiale est la *Délégation générale à la protection sociale*. Le montant de la bourse initiale est de 25 000 FCFA par trimestre renouvelable pendant 5 ans. La présélection des ménages est assurée par des comités de quartier et des comités communaux, sous la supervision des autorités administratives et territoriales (gouverneurs, préfets et sous-préfets). L'ANSD se charge de confirmer l'indigence des ménages présélectionnés au moyen d'un test multidimensionnel. Entre autres critères de base, pour être éligible aux bourses de sécurité familiale, il faut que le ménage compte des enfants de 6 à 12 ans et des personnes âgées et qu'il soit caractérisé par une vulnérabilité économique.

L'extension de la couverture du risque maladie sénégalais est un objectif également assigné aux collectivités locales. Le chapitre III « *De la santé, de la population et de l'action sociale* » de la loi portant code général des collectivités locales établie en 2013 constitue une disposition qui renforce leur responsabilité dans la promotion de la couverture maladie universelle. Le milieu rural et le secteur informel sont considérés comme prioritaires dans le ciblage. Le département de Saint-Louis (nord du Sénégal) est le cadre expérimental du programme de décentralisation et d'extension de la couverture du risque maladie (DECAM). Toutefois, de l'élaboration de ce programme en 2012 jusqu'en septembre 2015, les initiatives ne se sont pas traduites en actes. Il en est de même pour le Fonds national de solidarité santé dont le principal objectif est de promouvoir l'équité par la mutualisation des risques et des systèmes d'exemption.

La décentralisation du secteur de la santé est un mot d'ordre politique non encore effectif au Sénégal. Les programmes élaborés sont en attente d'exécution, car l'État et les collectivités locales semblent rechercher les opportunités de financement dans leur système de partenariat (coopération décentralisée et coopération bilatérale), au lieu de compter a priori sur leurs ressources propres.

La promotion de la mutualité sociale en vigueur au Sénégal devrait être complétée par d'autres mécanismes de promotion de couverture du risque maladie ayant fait leurs preuves : le modèle bismarckien et le modèle beveridgien.

Le *modèle bismarckien*, mis en place en Allemagne à la fin du XIXe siècle par le Chancelier Otto Von Bismarck, est basé sur des cotisations sociales obligatoires des salariés et des employeurs, selon les catégories professionnelles. Les frais de soins sont généralement pris en charge par les caisses d'assurance maladie dont la gestion est soit centralisée (France), soit régionalisée (Allemagne). Le taux de couverture médicale dépend du volume de la cotisation. Le modèle bismarckien repose sur un régime de contribution obligatoire. L'offre de soins est, en général, mixte, à la fois publique et privée. Ce système est adopté également en Belgique, en Autriche et dans la plupart des pays d'Europe centrale.

Les problèmes posés par ce modèle sont les déficits persistants des caisses d'assurance maladie et la faible emprise sur les dépenses de santé. Pour y remédier, l'harmonisation de la tarification et de la palette des soins couverts par les assurances maladies ainsi que l'introduction des méthodes de gestion transparentes constituent les principales alternatives dans ces pays.

Le *modèle Beveridge* est né au Royaume-Uni après la Seconde Guerre mondiale suite au rapport du *Social insurance and allied services* en 1947 appelé « plan Beveridge » de Lord William Beveridge. Il est financé par l'impôt et fournit des prestations uniformes à tous les membres de la société. Cependant, les prestations couvertes sont généralement les soins essentiels. Les prélèvements sur les taxes et les impôts constituent un mode de financement alternatif de la santé. Seulement, la mise en place d'un organisme gestionnaire assurant la mise en commun de ces prélèvements, l'allocation des ressources financières et l'évaluation du mode de financement sont impératives. La COPAMI instituée en Belgique constitue un cas d'école.

## **Conclusion**

Cette étude nous a permis de passer en revue les mécanismes de gouvernance du fonds d'équité mis en place au Sénégal. La principale leçon tirée de cette expérience est que les mécanismes de gestion couplés aux mécanismes de garantie constituent une approche de bonne gouvernance pour la mise en place d'une assurance maladie des populations. Nous avons, par ailleurs, décrit le processus d'implantation du fonds d'équité tout en mettant en œuvre un questionnement sur la conception opératoire de l'indigence, les expériences mutualistes innovantes et sur l'efficacité du programme. Pour finir, des jalons pour l'accélération de la CMU au Sénégal ont été présentés sur la base des expériences ayant fait leurs preuves dans des pays d'Afrique subsaharienne et en Europe.

Pour rappel, les mécanismes de gouvernance du fonds d'équité sont la cogestion, le suivi scientifique et la recherche-action. La cogestion favorise la responsabilisation des parties prenantes. Le suivi scientifique améliore la rationalisation du processus d'identification et d'enrôlement des indigents. La recherche-action fournit les évidences scientifiques nécessaires au suivi et à l'évaluation de la mise en œuvre du fonds d'équité. Les mécanismes de garantie analysés sont le manuel de procédure, les comités locaux de suivi et les conventions adoptées. Ils spécifient les responsabilités de chaque partie prenante dans la mise en œuvre du fonds d'équité. Les comités locaux de suivi supervisés par les autorités administratives offrent plus d'opportunité pour s'assurer de la contribution des services techniques déconcentrés au processus.

L'un des instruments de base pour l'identification et l'inscription des bénéficiaires du fonds d'équité est le manuel de procédure. Il comprend la méthodologie globale du programme et les cahiers des charges pour les parties prenantes, tant au sein de l'unité de cogestion qu'au niveau opérationnel. Nous constatons, tout de même, que le manuel de procédure est établi comme un document définitif qui réduit considérablement la flexibilité dans la gouvernance du programme, surtout dans l'affectation des ressources financières sur des aspects connexes. Le cadre logique des programmes ainsi que les paquets d'activités sont des références a priori que les unités de gestion adaptent rarement aux opportunités des milieux d'intervention.

En ce qui concerne les innovations sociales évoquées comme des perspectives de couverture du risque maladie des couches défavorisées et vulnérables, nous avons souligné : la mise en réseau des mutuelles de santé communautaires à Kaolack, la taxation à l'eau de boisson à Kaffrine, la tarification forfaitaire et l'assurance maladie élève (AMEL) à Fatick, et la synergie autour d'une ONG communautaire à Diourbel. Malgré leur importance pour les populations et leur capacité de résilience face aux barrières d'accès aux services sociaux de base, ces innovations n'ont pas encore fait l'objet d'une expertise scientifique pour leur mise à l'échelle dans les autres collectivités du pays.

Les enseignements tirés de la mise en place du fonds d'équité sont capitalisables pour une meilleure gouvernance du fonds de solidarité nationale et des bourses de sécurité familiale que le gouvernement du Sénégal a lancés en 2013 comme mécanismes de financement de la couverture du risque maladie des Sénégalais exclus des systèmes classiques de protection sociale. Toutefois, il faut se rendre compte que la prise en charge des populations est une fonction dévolue à la fois aux acteurs centraux (gouvernement, ministères), aux entités décentralisées (collectivités locales) et aux structures communautaires. Par voie de conséquence, le financement de la santé est un impératif de souveraineté. Il ne peut être sous-traité. Ce qui est pourtant le cas dans la plupart des pays en développement.

## Références

- Beaudry, J. & B. Gauthier, 1992, « L'évaluation de programme », dans B. Gauthier (Éd.), *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données* (2<sup>e</sup> édition), Québec, PUQ, p. 425-452.
- Berghmans, L., 2009, « Inégalités sociales de santé, une histoire ancienne d'actualité », *Éducation Santé*, 245, p. 3-4, <http://www.educationsante.be/es/article.php?id=1110>.
- Bicaba, A., J. Ouedraogo, S. Ki & B. Zida, 2003, *Accès aux urgences chirurgicales et équité*, Ouagadougou, ABSP, CRDI, Udm.
- De Koninck, M., R. Pampalon, G. Paquet, M. Clément, A.-M. Hamelin & M.-J. Disant, 2008, *Santé : pourquoi ne sommes-nous pas égaux ? Comment les inégalités sociales de santé se créent et se perpétuent*, Québec, Institut national de santé publique du Québec.
- Diallo, I., A. Fall & O. Sarr, 1997, « L'initiative de Bamako au Sénégal », dans *Innover dans les systèmes de santé, expérience d'Afrique de l'Ouest*, J. Brunnet-Jailly (Éd.), Paris, Karthala, p. 209-18.
- CAFSP, 2011, *Étude de faisabilité de la couverture du risque maladie des indigents à partir des mutuelles de santé*, Dakar, CAFSP.
- Haddad, S., A. Nougara, A., & V. Ridde, 2004, « Les inégalités d'accès aux services de santé et leurs déterminants au Burkina Faso », *Santé, Société et Solidarité*, vol. 3, p. 199-210.
- Hygea, 2011, *Déterminants de l'adhésion et de la non adhésion aux mutuelles de santé au Sénégal*, Dakar.
- Jaffré, Y. & J.-P. Olivier De Sardan, 2000, *Une médecine inhospitalière. Les relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala.
- Ministère de l'Économie et des Finances du Sénégal, 2007, *Enquête de suivi de la pauvreté au Sénégal*, Dakar.
- Meunier, A., 1999, *Le système de soins au Burkina Faso. Le paradoxe sanitaire*, Paris, Karthala.
- Ndiaye, S., 2012, *Analyse des performances des districts sanitaires de Nongr-Massom (Burkina Faso) et de Touba (Sénégal) face à l'endémie du paludisme*, thèse de doctorat de sociologie, Université Gaston Berger.
- Ridde, V., 2003, « Fees-for-services, cost recovery, and equity in a district of Burkina Faso operating the Bamako Initiative », *Bulletin of World Health Organization*, 81 (7), p. 532-538.
- OMS, 2000, *Rapport sur la santé dans le monde. Pour un système de santé plus performant*, Genève.
- PAMAS, 2008-2012, *Document technique et financier du Programme d'appui au développement de la micro-assurance santé au Sénégal*, République du Sénégal/Royaume de Belgique.
- Potvin, L., M.-J. Moquet & C. Jones (Éds.), *Réduire les inégalités sociales en santé*, Saint-Denis, INPES, Santé en action, 2010.
- Salomez, J.-L., 2010, « Inégalités sociales de santé : une longue histoire », *Contact santé* n° 231.
- Sy, F., 1999, « La consommation de médicaments et les circuits thérapeutiques à Dakar », dans J. Brunnet-Jailly (Éd.), *Santé en capitales. La dynamique des systèmes de santé des capitales ouest-africaines*, Abidjan, CEDA, p. 183-200.

