

La Participation Sociale dans le Développement des Mutuelles de Santé au Sénégal

Novembre 2004

Préparé par :

Lynne Miller Franco, PhD
University Research Co., LLC

Cheikh Mbengue, MA
Abt Associates Inc.

Chris Atim, PhD
Consultant,
Abt Associates Inc.



Partenaires pour les Réformes du Secteur de la Santé



Abt Associates Inc. ■ 4800 Montgomery Lane, Suite 600
Bethesda, Maryland 20814 ■ Tel : 301/913-0500 ■ Fax : 301/652-3916

En collaboration avec:

Development Associates, Inc. ■ Emory University Rollins School of Public Health ■ Philoxenia International Travel, Inc. ■ Program for Appropriate Technology in Health ■ Social Sectors Development Strategies, Inc. ■ Training Resource Group ■ Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine ■ University Research Co., LLC.



Financé par:
L'Agence Américaine pour le Développement International

Ordre No. TE 056F



Mission

Partners for Health Reformplus est le projet pilote de l'USAID visant le renforcement des politiques et des systèmes sanitaires dans les pays en développement et ceux en transition. Ce projet de cinq ans (2000-2005) s'appuie sur son prédécesseur le Projet de Partenariat pour la Réforme Sanitaire, et poursuit les objectifs de PHR axés sur les politiques sanitaires, le financement et l'organisation des programmes de santé, avec une nouvelle orientation sur la participation communautaire, la surveillance des maladies infectieuses et les systèmes d'information qui soutiennent la gestion et la distribution de services de santé appropriés. PHRplus concentrera ses efforts sur les résultats suivants:

- ▲ *Mise en oeuvre de réformes appropriées du système sanitaire.*
- ▲ *Génération de nouveaux fonds pour les soins médicaux, aussi bien qu'une utilisation plus efficace de fonds existants. .*
- ▲ *La conception et la mise en oeuvre de systèmes d'informations sanitaires pour la surveillance des maladies.*
- ▲ *La prestation de services de qualité par les agents de la santé.*
- ▲ *La disponibilité et l'usage approprié des produits et des installations sanitaires.*

Ce document a été produit par PHRplus sur financement de l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID) dans le cadre du Projet No. 9368-5974 . 13 , Contrat No. HRN-00-95-00024 ; il appartient au domaine public . Les idées et les opinions contenues dans ce document émanent des auteurs et ne représentent pas nécessairement celles de l'USAID ou celles de ses employés. Les personnes intéressées peuvent utiliser ce rapport en partie ou en intégralité pourvu qu'elles respectent l'intégrité du rapport et n'en déforment pas les résultats ou ne le présentent pas comme leur propre travail. On peut avoir accès ou télécharger ce document ainsi que d'autres documents de HFS , PHR, et PHRplus au site Web www.PHRplus.org.

Novembre 2004

Pour avoir des copies supplémentaires de ce rapport, prenez contact avec le Centre des Ressources de PHRplus à PHR-InfoCentre@abtassoc.com ou visitez notre site Web à www.PHRplus.org.

Contrat/Projet No. : HRN-C-00-00-00019-00
Soumis à: USAID/Sénégal
et: Karen Cavanaugh, CTO
Division des Systèmes Sanitaires
Bureau de la Santé, des Maladies Infectieuses et de la Nutrition
Le Centre pour la Population, la Santé et la Nutrition
Bureau pour les Programmes , l'Appui sur le Terrain et la Recherche
Agence Américaine pour le Développement International

Sommaire Analytique

Les mutuelles de santé (MS) sont utilisées actuellement comme un moyen d'étendre l'accès financier aux soins de santé pour les secteurs non formels et pour les populations démunies des pays en développement. La participation sociale a été un élément essentiel dans le développement du mouvement des MS, cependant, il y a eu peu de recherche sur le sujet. Cette étude qualitative exploratoire examine les processus utilisés pour amener les communautés à s'y engager et le rôle que joue actuellement la participation sociale dans la création et le fonctionnement des mutuelles de santé (MS). L'étude présente un cadre conceptuel pour les intrants, processus, et résultats intermédiaires de la participation sociale, propose une série de dimensions et de critères pour analyser le niveau de participation, et examine ensuite les données qualitatives recueillies dans les discussions de focus-groups de huit MS au Sénégal. Les conclusions indiquent que bien que les structures mises en place et les stratégies utilisées pendant la phase de création des MS (encouragées par divers promoteurs de MS) engendrent un engagement actif de la part des acteurs internes, la participation a tendance à décroître avec le temps, et les nouveaux membres ne montrent vraisemblablement pas le même niveau d'engagement que les anciens membres. Des dirigeants qui inspirent confiance et la décentralisation des structures de gestion semblent être des éléments-clés pour maintenir la participation. La participation sociale pendant toute la durée de la MS est indispensable pour sa viabilité à long terme et sa capacité de fournir l'accès adéquat aux soins médicaux pour ses membres et bénéficiaires. Les MS elles-mêmes ont besoin d'explorer des stratégies explicites pour encourager la participation de leurs membres, et les promoteurs ont besoin d'examiner de voies et moyens pour soutenir et renforcer ces efforts. Cependant, l'importance de l'appui politique, moral, et logistique d'acteurs externes (tels que collectivités, districts sanitaires, et ministères de la santé) ne devrait pas être sous-estimée – ceux-ci jouent un rôle clé pour assurer la viabilité de la MS, nécessaire pour sa continuité.

Table des Matières

Acronymes.....	vii
Remerciements	ix
Sommaire Exécutif	xi
1. Introduction	1
1.1 Le Développement des MS au Sénégal	1
1.2 Organisation de ce Rapport	2
2. La Participation Sociale dans les MS	3
2.1 Modèles pour Déterminer le Niveau de Participation Sociale.....	3
2.2 La Définition de la Participation Sociale dans le Cadre des MS.....	3
2.3 Un Cadre Conceptuel pour la Participation Sociale dans les MS.....	4
3. Les Questions, la Conception et la Méthodologie de la Recherche.....	7
3.1 Les Questions de la Recherche.....	7
3.2 Site, Échantillon de l'Étude, et Choix de l'Échantillon.....	7
3.3 Les Procédures de Collecte des Données	8
3.4 Les Procédures d'Analyse	8
4. La Description des Huit MS et les Approches Utilisées par les Promoteurs dans leur Création..	11
5. Le Niveau de la Participation Sociale dans les MS	13
5.1 Les Acteurs Internes	13
5.2 Les Acteurs Externes.....	16
5.2.1 L'État (Ministère de la Santé et Collectivités Locales)	17
5.2.2 Les Prestataires de Services de Santé	18
6. Les Facteurs qui Affectent les Niveaux de la Participation Sociale	21
6.1 Les Approches des Promoteurs	21
6.2 Les Facteurs Structurels de la Gestion et de la Gouvernance des MS qui Influent sur la Participation Sociale	22
6.2.1 Comité de Conception ou Comité d'Initiative.....	22
6.2.2 Le Bureau et le Conseil d'administration de la MS.....	23
6.2.3 L'Assemblée Générale	25
6.2.4 La Décentralisation et les Délégués.....	26
6.3 Les Facteurs Communautaires qui Influent sur la Participation Sociale	27
6.3.1 La Capacité de Leadership.....	28
6.3.2 La Capacité Organisationnelle et l'Expérience des Communautés	28

7.	Résultats de la Participation Sociale.....	31
7.1	Les Connaissances des Membres	31
7.2	La Confiance dans la MS	31
7.3	La Pertinence de la MS par Rapport aux Besoins de la MS	32
7.4	Le Sentiment d’Appropriation de la MS	33
7.5	La Solidarité	34
8.	Les Déterminants, la Participation et les Résultats Intermédiaires.....	37
9.	Les Discussions	39
10.	Les Orientations Futures	43
10.1	Implications pour les MS.....	43
10.2	Implications pour les Promoteurs et l’État	44
	Annexe A : Les Guides Utilises pour les Discussions des Focus-groups.....	45
	Annexe B : Les Caracteristiques des Huit MS de l’étude	47
	Annexe C : Les Dimensions de la Participation Sociale dans les MS.....	51
	Annexe D : Bibliographie.....	53

Tableaux

Tableau 1 :	Echantillon de l’Etude.....	8
Tableau 2 :	Dimensions de la Participation Sociale des Acteurs Internes (gérants, conseils d’administration, membres).....	13
Tableau 3 :	Niveau de la Participation Sociale dans les Principales Activités de la MS*	15
Tableau 4 :	Formes de Participation des Divers Acteurs dans les MS*	16
Tableau 5 :	Composition des Comités d’initiative des huit MS de l’échantillon.....	22
Tableau 6 :	Renouvellement dans les Structures de gestion des huit MS de l’échantillon	24
Tableau 7 :	Associations Possibles entre les Déterminants, les Dimensions, et les Résultats Intermédiaires de la Participation Sociale	37

Schémas

Schéma 1 :	Participation Sociale dans le fonctionnement de la MS	4
Schéma 2 :	Comparaison du Nombre de Membres dans le Temps.....	11

Acronymes

BIT-STEP	Bureau International du Travail
CAMICS	Cellule d'appui aux Mutuelles de Santé, aux Institut de Prévoyance Médicale, aux Comités de Santé
DFG	Discussion de Focus-groups
AG	Assemblée Générale
MS	Mutuelle de Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PHRplus	<i>Partners for Health Reformplus</i> (Partenaires pour les Réformes du Secteur de la Santé)
Promusaf	Programme d'appui aux Mutuelles de Santé en Afrique
USAID	<i>United States Agency for International Development</i> (Agence des Etats Unis pour le Développement International)
OMS	Organisation Mondiale de la Santé

Remerciements

Plusieurs personnes ont contribué à la réalisation de cette étude. Derrick Brinkerhoff a considérablement participé à la conceptualisation originale du plan de l'étude. Le personnel du bureau de PHR*plus* au Sénégal a largement contribué à la collecte des données et a facilité les contacts avec les huit MS couvertes par l'étude. Nous tenons à adresser nos vifs remerciements aux dirigeants des MS, à leurs membres et aux prestataires de services pour avoir consacré leur temps et leur énergie à nous fournir les renseignements dont nous avons besoin pour analyser ce sujet si important. Les présidents des huit MS, les personnels de PHR*plus*/Senegal, BIT - STEP, ASADEP, CAMICS, l'USAID PROMUSAF et autres promoteurs qui ont aussi consacré leur temps à un examen passionné des résultats préliminaires et à leurs implications ultérieures dans le projet. Enfin, nous voudrions remercier Charlotte Leighton et Sara Bennett pour la relecture technique du document, hautement appréciée.

Sommaire Exécutif

Les mutuelles de santé (MS) sont encouragées actuellement comme un moyen d'étendre l'accès financier aux soins de santé pour les secteurs non formels et pour les populations démunies des pays en développement. La participation sociale a été un élément essentiel dans le développement du mouvement des MS, cependant, il y a eu peu de recherche sur le sujet. Cette étude qualitative exploratoire examine les processus utilisés pour amener les communautés à s'y engager et le rôle que joue actuellement la participation sociale dans la création et le fonctionnement des mutuelles de santé.

La participation sociale peut être définie comme la mesure dans laquelle les différents acteurs jouent leurs rôles respectifs dans la conception, la mise en oeuvre, la promotion, et le développement continu des MS. Les acteurs internes incluent les organes de gestion des MS, mais aussi l'ensemble des membres. Les acteurs internes comprennent : les prestataires de services, le ministère de la santé, et les collectivités locales. Cette étude présente une structure conceptuelle pour la participation sociale dans le fonctionnement des MS, comprenant :

- ▲ les intrants : les approches des promoteurs, les structures de gestion et de gouvernance des MS, les facteurs communautaires préexistants, les facteurs relatifs aux prestataires de services, et l'environnement institutionnel et réglementaire
- ▲ les processus : qui participe et dans quelles activités ;
- ▲ les résultats intermédiaires : les connaissances des membres, la confiance aux dirigeants, la prise en compte des aspirations des membres, le sentiment d'appropriation, et la solidarité sociale.

Bien que la participation sociale soit souvent mentionnée dans les discussions relatives aux MS, Il n'existe pas de mécanisme clair pour la mesurer. Cette étude esquisse une série de dimensions de participation en rapport avec la base sociale des MS, leur mise en oeuvre et leur gouvernance, et préconise des critères pour déterminer le niveau de participation dans une MS donnée.

L'étude a cherché à répondre aux questions suivantes :

1. Quelles sont les formes et l'intensité de la participation sociale des divers acteurs dans les MS étudiées ?
2. Comment est-ce que les structures de gestion de la MS et de gouvernance sont en rapport avec la participation sociale ?
3. Comment est-ce que les facteurs communautaire pré-existant facilitent-ils ou inhibent-ils la participation sociale ?
4. Quels sont les résultats de la participation sociale dans les MS ?

Les données qualitatives ont été recueillies auprès de huit MS du Sénégal, en utilisant des focus-groups comprenant des dirigeants, des membres fondateurs, et de nouveaux membres de MS, et des

entrevues individuelles avec des prestataires de services et des promoteurs. Le cadre conceptuel prévoit une grille pour l'analyse des résultats.

Les huit MS ayant fait l'objet de l'étude avaient des niveaux de participation assez élevés, mais les schémas de participation étaient variés. Les résultats de l'étude indiquent que les structures mises en place et les stratégies employées pendant la phase de création des MS (encouragées par divers promoteurs de MS) ont effectivement engendré un engagement actif des acteurs internes. Cependant, les MS qui ne bénéficiaient pas de l'assistance de promoteur officiel pendant la phase de mise en place (et par conséquent présentaient un faible niveau de participation pendant les premières phases), mais qui ont des liens communautaires très étroits, avaient pu obtenir une forte participation dans les autres dimensions. Dans tous les cas, la participation a tendance à décliner avec le temps, et il est peu probable que les nouveaux membres fassent preuve du même niveau d'engagement que les anciens membres. Toutes les MS ont démarré avec des structures de gestion et de gouvernance semblables, mais l'existence de dirigeants qui inspirent confiance et la décentralisation des structures de gestion semblent avoir été des éléments clés pour maintenir la participation.

La participation des acteurs externes a été généralement limitée, et les dirigeants de MS ont regretté le manque d'appui moral, financier et logistique des organes techniques et politiques du gouvernement. Des ressentiments engendrés par de mauvais rapports avec quelques prestataires de services ou les comportements défavorables de ceux-ci ont découragé certains membres, et certains prestataires de services n'ont pas vu d'avantage à leur engagement avec la MS.

En ce qui concerne les résultats intermédiaires, la méthodologie de recherche utilisée dans cette étude ne permettait pas d'évaluer les changements survenus dans le temps, et beaucoup de ces résultats intermédiaires n'étaient pas explicitement ciblés dans la conception du guide de discussions avec les focus groups. Cependant, de nombreuses observations spontanées faites lors des discussions des focus groups de beaucoup de MS indiquent que ces " effets " ou résultats sont liés à la participation sociale. La connaissance des avantages et des procédures de la MS était plus faible chez les nouveaux membres que chez les membres fondateurs. La confiance en la MS et en se bureau a paru être plus fortement liée à la personnalité de ceux qui occupent les postes de leadership qu'à des mécanismes spécifiques de transparence mis en place, et les huit MS couvertes avaient généralement maintenu leurs dirigeants depuis le début de la MS. Le concept de solidarité sociale a paru généralement plus fort chez les membres fondateurs que chez les nouveaux membres, mais dans plusieurs MS, les acteurs eux-mêmes avaient développé des mécanismes non formels d'entraide au sein de la MS.

Le besoin de maintenir la participation sociale pendant toute la durée de la MS est essentiel pour sa viabilité à long terme et sa capacité d'assurer des soins médicaux à ses membres et à ses bénéficiaires. Les MS elles-mêmes ont besoin d'explorer des stratégies pertinentes pour encourager la participation de leurs membres. La décentralisation des structures de gestion et les assemblées générales constituent un mécanisme qui paraît efficace pour accroître le nombre de ceux qui participent. Les promoteurs doivent explorer des voies et moyens pour soutenir et renforcer ces efforts, y compris un examen de la façon dont leur assistance technique peut être utilisée pour assurer une participation continue et contribuer à clarifier les rôles des acteurs externes et promouvoir le dialogue avec ceux-ci. L'importance de l'appui politique, moral, et logistique des acteurs externes (tels que collectivités locales, les districts sanitaires, et le Ministère de la santé) ne devrait pas être sous-estimée ; ils jouent un rôle clé dans la viabilité des MS, qui est nécessaire pour leur continuité et pour renforcer le désir des gens à se joindre et contribuer à l'avenir de leurs MS.

1. Introduction

L'assurance-maladie à base communautaire, ou mutuelle de santé (MS), a été récemment préconisée comme une stratégie pour étendre la protection contre les manques financiers aux soins médicaux des populations relativement pauvres des pays en développement. La Commission chargée de la Macro-économie et de la Santé a rapporté que de tels systèmes semblent être une stratégie pertinente de financement interne dans les pays à faibles revenus (Sachs, 2001). Plusieurs pays en Afrique ont tenté des projets de financement à base communautaire sous une forme ou une autre, et d'autres sont au niveau de la promotion officielle de ces projets. Cependant, ces projets ont évolué en tant qu'initiatives de la communauté, surtout en Afrique de l'ouest, et on ne sait pas avec certitude ce qui va se passer s'ils sont commandités par les gouvernements, et multipliés rapidement à travers le pays sans le même degré de concertation et de participation communautaire. Ce rapport décrit les résultats d'une recherche qualitative conduite au Sénégal sur la participation sociale dans les MS. La recherche est exploratoire et cherche à mieux comprendre les processus utilisés pour favoriser l'engagement des communautés et le rôle que la participation sociale joue actuellement dans la création et le fonctionnement des MS.

1.1 Le Développement des MS au Sénégal

Une mutuelle de santé peut être définie comme une «organisation autonome, à but non lucratif, basée sur la solidarité entre ses membres et qui est démocratiquement responsable devant eux. Son objectif est d'améliorer l'accès aux soins de santé de qualité pour ses membres à travers le partage de risques basé sur leurs propres cotisations financières. Elle vise aussi... à encourager la prise de décisions de façon démocratique» (Atim, 1998). Les MS fonctionnent comme une structure d'assurance. Les membres paient une petite contribution ou cotisation sur une base régulière qui assure aux adhérents (et aux autres bénéficiaires tels que les membres de leurs familles) un accès hautement subventionné ou même gratuit à des soins de santé en cas de maladie. Les cotisations versées par les membres sont utilisées pour couvrir les frais médicaux pour tous les bénéficiaires, ainsi que les coûts administratifs. L'adhésion est volontaire et les membres assurés sont impliqués dans la gestion de la mutuelle.

Le Sénégal est l'un des premiers pays à initier des MS en Afrique de l'ouest. Les premières tentatives d'établir des MS sur le lieu de travail (en 1973) ont été arrêtées par législation qui prévoit une assurance obligatoire pour les travailleurs. En 1989, la première MS rurale, Fandene, a été créée dans la Région de Thiès, avec l'aide du Diocèse catholique et de l'hôpital St Jean de Dieu (CAS/PNDS, 2004). Le succès apparent de cette MS, gérée et dirigée par les villageois, a servi de modèle et a fourni les outils simples de gestion et d'administration pour presque toutes les MS qui ont été créées plus tard au Sénégal.

D'autres communautés de Thiès et d'autres régions se sont inspirées de l'expérience de Fandene et ont commencé à installer leurs propres MS, à partir de 1994. Dans la région de Dakar, plusieurs types d'associations (des organisations d'enseignants, des associations communautaires, des groupements de femmes, et des caisses de crédit) ont commencé à établir leurs propres MS, en utilisant les principes de base des mutuelles initiées à Thiès. Beaucoup de ces mutuelles ont fait

l'objet de cas d'études (Massiot, 1997, Atim, 1998) et ont éveillé l'intérêt tant d'agences d'assistance technique externes que du Ministère de la Santé (MS). En 1999, beaucoup de partenaires ouest africains se sont retrouvés pour créer un forum de concertation basé à Dakar et qui regroupe des promoteurs et des partenaires pour le développement des MS. Entre temps, le gouvernement sénégalais a établi une agence au niveau national, la CAMICS, pour coordonner et appuyer la promotion et le développement des MS dans tout le pays, avec l'appui financier de la Banque Mondiale. Après 1989, un nombre considérable de MS du Sénégal, en dehors de la région de Thiès, ont bénéficié de l'appui de la CAMICS ou d'un ou plusieurs des partenaires au développement. En 1997, il y avait 19 MS fonctionnelles au Sénégal. En 2003, ce nombre avait atteint 136, selon les enquêtes menées par la Concertation.

1.2 Organisation de ce Rapport

La Section 2 de ce rapport présente un cadre pour conceptualiser et apprécier la participation sociale dans le contexte des MS. La Section 3 présente les questions de recherche et décrit l'étude elle-même, tandis que la Section 4 présente les huit MS qui ont fait l'objet de l'étude. Les résultats sont présentés dans les Sections 5 à 7, en utilisant le modèle pour la participation sociale présenté dans le Schéma 2. La Section 5 examine la participation d'une gamme d'acteurs internes et externes, ainsi que le degré de participation dans les MS elles-mêmes. La Section 6 analyse les divers facteurs qui peuvent influencer sur la participation. La Section 7 examine les résultats de la participation sociale. La Section 8 présente un résumé succinct des données par rapport au cadre conceptuel. La Section 9 expose ces résultats et analyse leurs rapports avec la littérature générale sur la participation et le développement. La Section 10 tire des conclusions.

2. La Participation Sociale dans les MS

2.1 Modèles pour Déterminer le Niveau de Participation Sociale

Il existe déjà plusieurs cadres qui permettent de comprendre les aspects clés de la participation sociale, et la plupart de ceux-ci ont été développés pour favoriser l'engagement et la participation des communautés dans des actions initiées par les gouvernements et les bailleurs de fonds. Un des modèles les plus répandus est celui qui a été développé par Rifken et al. (1988) qui examine la participation de la communauté sous une forme organique, avec les multiples aspects : le leadership (représentativité et pertinence), l'organisation (participation d'organisations existantes dans les nouvelles structures), la mobilisation des ressources (génération des ressources et prise de décisions sur leur utilisation); la gestion (engagement des nouvelles structures dans la prise de décisions opérationnelles et la supervision), et la participation dans l'étude des besoins (pour refléter les intérêts et les priorités de la communauté). D'autres (par exemple, Eyre et Gauld, 2003) ont suggéré d'examiner des aspects supplémentaires : la pérennité de la participation (en particulier par rapport à la mobilisation des ressources), l'équité de la participation, et la nature dynamique (changeante) du contexte sociopolitique. D'autres approches de modélisation considèrent la participation sous forme d'une hiérarchie de niveaux de participation, en commençant par les échanges d'informations et la sensibilisation, en passant par les concertations et les discussions, la collaboration et l'influence, pour arriver au contrôle et la responsabilisation (Tikare et al., 2001).

Quel que soit le modèle de participation utilisé, la question demeure de savoir la participation de quels acteurs est attendue ? Dans quelles activités ou actions ces acteurs participent. Les distinctions entre acteurs internes et externes clarifient les différents genres de participation qui pourraient être examinés ou qui seraient désirables (Arhin-Tenkorang, 2001). Dans le contexte des MS en Afrique de l'ouest, et en particulier au Sénégal, les acteurs internes qui sont directement responsables de la prise de décisions cruciales concernant la conception, la fonction, et l'avenir des MS sont : les organes de gestion et de gouvernance, et les membres des MS. Les acteurs externes incluent les structures sanitaires qui fournissent des services aux MS, les comités de santé avec lesquels les MS signent des accords, et les acteurs gouvernementaux tels que le Ministère de la Santé. Ces acteurs externes aussi jouent un rôle important : fournir des services aux bénéficiaires et promouvoir les MS, et créer un cadre et un environnement favorables pour le développement des MS.

2.2 La Définition de la Participation Sociale dans le Cadre des MS

Dans le cadre de cette étude, la participation sociale dans les MS se définit comme : *la mesure dans laquelle les acteurs internes (les organes de gestion des MS et leurs membres) jouent leurs rôles respectifs dans la conception, la création, la promotion, et le développement continu des MS. En particulier, la mesure dans laquelle les acteurs internes sont impliqués dans les opérations et influent sur :*

- ▲ *la conception et la mise en oeuvre de la MS*

- ▲ *l'élaboration des principales politiques relatives aux MS (les taux de cotisations et les procédures de collecte, le paquet des bénéfices),*
- ▲ *la gestion de la MS,*
- ▲ *la résolution régulière des problèmes liés à la MS.*

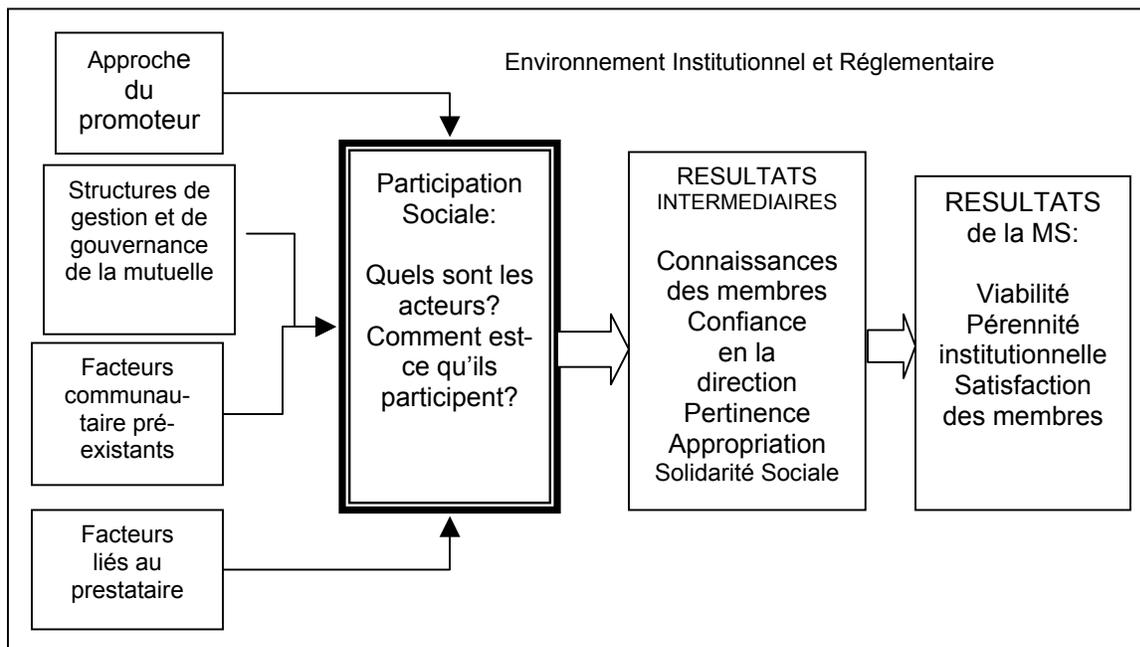
Pour les acteurs externes, la participation dans le contexte des MS est définie comme : *le degré auquel les acteurs externes (prestataires de services, Ministère de la santé et collectivités locales) jouent leurs rôles respectifs dans le cadre de la MS dans :*

- ▲ *la promotion de la MS et la sensibilisation*
- ▲ *la collecte des renseignements pendant la phase de conception*
- ▲ *la négociation des rapports contractuels avec les MS*
- ▲ *la création d'un environnement socio-économique et/ou réglementaire favorable pour la promotion de la MS*

2.3 Un Cadre Conceptuel pour la Participation Sociale dans les MS

Le Schéma 1 illustre le cadre conceptuel qui sous-tend ce document.

Schéma 1 : Participation Sociale dans le fonctionnement de la MS



Les déterminants clés du degré et de l'envergure de la participation sociale dans le fonctionnement de la MS incluent : les approches des promoteurs, la nature des structures de gestion et de gouvernance de la MS, les facteurs communautaires pré - existants, et les facteurs relatifs aux prestataires de services. Ces déterminants opèrent dans un environnement institutionnel et réglementaire qui peut être favorable ou défavorable à la création des MS. L'approche des promoteurs peut influencer sur la participation sociale dans les MS, à travers leurs conseils techniques et leurs appuis financiers. Les structures de gestion mises en place sont aussi partiellement déterminées par les conseils techniques des promoteurs aussi bien que par les communautés elles-mêmes et le fonctionnement de ces structures de gestion et de gouvernance peut affecter les acteurs et leurs modes d'intervention. Parmi les facteurs communautaires pré – existants qui affectent le caractère inclusif de la participation, il y a : la capacité des dirigeants et leurs expériences antérieures vécues dans d'autres associations ou d'autres MS. L'existence de prestataires de services qui offrent des services de qualité et qui sont disposés à coopérer avec la MS influe sur la façon dont la communauté perçoit l'utilité de la MS (Criel et Waelkens, 2003). Toutes ces fonctions auront un impact sur la nature et le degré de la participation sociale.

Il faudrait noter que les acteurs externes jouent un rôle double : ils sont participants eux-mêmes dans des aspects spécifiques de la conception et du fonctionnement de la MS, leurs comportements et attitudes aussi influent sur la participation des acteurs internes.

Le Schéma 1 indique que la participation sociale aura des effets directs sur le fonctionnement (résultats intermédiaires) de la MS et contribuera à relever le niveau de connaissances des membres par rapport à la structure et au fonctionnement de la MS, la confiance aux dirigeants, la pertinence des politiques de la MS par rapport aux besoins des membres et des bénéficiaires, le sens d'appropriation de la MS par les membres ; et le sens de la solidarité sociale.

Les résultats intermédiaires contribuent à leur tour à la viabilité et à la pérennité institutionnelle de la MS, aussi bien qu'à la satisfaction des membres. La viabilité fait référence à la capacité de la MS à fonctionner de façon autonome, indépendamment de ses bailleurs et de l'assistance technique, et dépend de la capacité de la communauté et de sa stabilité financière. La pérennité institutionnelle existe quand la MS est capable, pour une longue durée, de reproduire ses systèmes de connaissances et ses normes établies, de respecter les règles, les structures, et les rapports externes. Bien que la participation sociale puisse contribuer à la pérennité financière, cette dernière est déterminée par plusieurs facteurs, dont le statut des membres, le recouvrement efficace des cotisations, la gestion transparente et judicieuse des fonds et le respect des règles de la mutuelle par les membres. Certaines dimensions d'équité, à savoir par exemple si les dispositions de la mutuelle tiennent compte des besoins des pauvres et encouragent les membres pauvres de la communauté à y adhérer, peuvent être facilitée par une participation sociale plus générale. Les résultats intermédiaires qui viennent d'être mentionnés peuvent contribuer à la pérennité financière, à l'équité en aidant à assurer le paiement continu et intégral des cotisations, à attirer de nouveaux membres, à maintenir des dirigeants efficaces, et à l'engagement à poursuivre les buts sociaux de la MS.

3. Les Questions, la Conception et la Méthodologie de la Recherche

3.1 Les Questions de la Recherche

La recherche décrite dans ce rapport est exploratoire de nature et cherche à comprendre le rôle de la participation sociale dans le développement et la mise en oeuvre des MS au Sénégal. En examinant les processus utilisés pour amener les communautés à s'y engager et en observant les effets que cela a sur le niveau de confiance et d'engagement des membres par rapport à la MS, cette étude cherche à mettre en lumière les facteurs clés qui devraient être créés et maintenus tout au long du processus de création et de mise en oeuvre de la MS, et à comprendre le rôle que la participation sociale joue dans le fonctionnement de la MS.

Les questions de recherche étaient les suivantes :

1. Quelles sont les formes et l'intensité de la participation sociale des différents acteurs impliqués dans les MS étudiées ?
2. Quels sont les liens entre les structures de gestion et de gouvernance de la MS et la participation sociale ?
3. Comment est-ce que les facteurs communautaires préexistants facilitent-ils ou inhibent-ils la participation sociale ?
4. Quels sont les résultats de la participation sociale dans la MS ?

3.2 Site, Échantillon de l'Étude, et Choix de l'Échantillon

Cette étude a été conduite dans huit MS au Sénégal. Les MS ont été sélectionnées de façon à ce que l'échantillon comporte :

- ▲ des MS appuyées par l'un des trois principaux promoteurs de MS au Sénégal (BIT-STEP, PROMUSAF et PHR*plus*)
- ▲ des MS implantées en milieu urbain et des MS implantées en milieu rural
- ▲ des MS intégrées dans les associations existantes ainsi que celles à base communautaire
- ▲ des MS gérées exclusivement par des femmes et d'autres gérées à la fois par des hommes et des femmes
- ▲ des MS opérationnelles depuis longtemps et des MS qui ont été récemment créés

Le Tableau 1 décrit les caractéristiques des huit MS de l'échantillon. Les noms des MS ont été enlevés pour garder l'anonymat.

Tableau 1 : Echantillon de l'Etude

MS	Promoteur	Zone	Affiliation	Genre	Début
A	PHR <i>plus</i>	Rurale	--	Mixte	1996
B	PHR <i>plus</i>	Urbaine	--	Mixte	2002
C	PHR <i>plus</i>	Rurale	--	Mixte	2002
D	BIT-STEP	Urbaine	Association de groupements féminins	Femmes	1998
E	BIT-STEP	Urbaine et rurale	Association de groupements féminins	Femmes	1998
F	BIT-STEP	Peri-urbaine	Association de groupements féminins	Femmes	2001
G	PROMUSAF	Rurale	--	Mixte	1994
H	PROMUSAF	Urbaine	--	Mixte	1999

Les MS sélectionnées étaient toutes fonctionnelles, et, comme on le verra à la Section 5, présentaient déjà un certain niveau de participation. Par conséquent, elles ne représentent pas toute la gamme des expériences de MS au Sénégal.

3.3 Les Procédures de Collecte des Données

Deux méthodes de collecte des données ont été utilisées dans l'étude : les discussions de focus-groups et les interviews individuelles. Toute la collecte des données a eu lieu en décembre 2003.

Pour chaque MS, des discussions de focus-groups (DFG) séparées ont été conduites avec :

- ▲ Des dirigeants de la MS ou le Bureau
- ▲ Des membres fondateurs de la MS
- ▲ Des nouveaux membres de la MS

Les guides utilisés pour les discussions de focus-groups se trouvent à l'Annexe A. Les participants des focus-groups, au nombre de 10 à 12 par focus group étaient choisis de façon aléatoire par le personnel de PHR*plus* à partir des archives des MS et ont été invité à prendre part aux discussions. Les débats des focus-groups qui ont été menés dans la langue locale, ont été facilités par un membre du personnel de PHR*plus* (qui n'avait pas été associé à la mise en oeuvre des MS au Sénégal), et les discussions ont été enregistrées sur des cassettes audio. Le contenu de ces cassettes a été traduit en français, puis transcrit en documents électroniques, qui étaient alors comparés aux notes prises et corrigées par le facilitateur des DFG.

Des interviews individuelles ont été également conduites aussi avec des prestataires de services, des promoteurs et des partenaires locaux impliqués dans la mise en oeuvre. Il n'y a pas eu d'interview avec le prestataire associé à la MS F, et dans le cas des MS A, E et G, de services (qui a été interviewé une seule fois).

3.4 Les Procédures d'Analyse

Des transcriptions de toutes les discussions de focus-groups et des interviews individuelles ont été examinées, et les concepts clés en ont été extraits. Ceux-ci ont été utilisés pour affiner le cadre

conceptuel (Schéma 1) et les critères pour mesurer le niveau de participation (présentés à la Section 5). Les données ont été examinées une deuxième fois pour en extraire les éléments d'appui aux concepts qui ont été ensuite classés dans un cadre de résultats. Les résultats préliminaires ont été présentés à un atelier (en juin 2004) auquel ont pris part des représentants de toutes les huit MS, les trois promoteurs, le Ministère de la Santé, l'USAID et d'autres organisations intéressées au Sénégal. Les résultats de ces discussions ont abouti à des analyses supplémentaires des données.

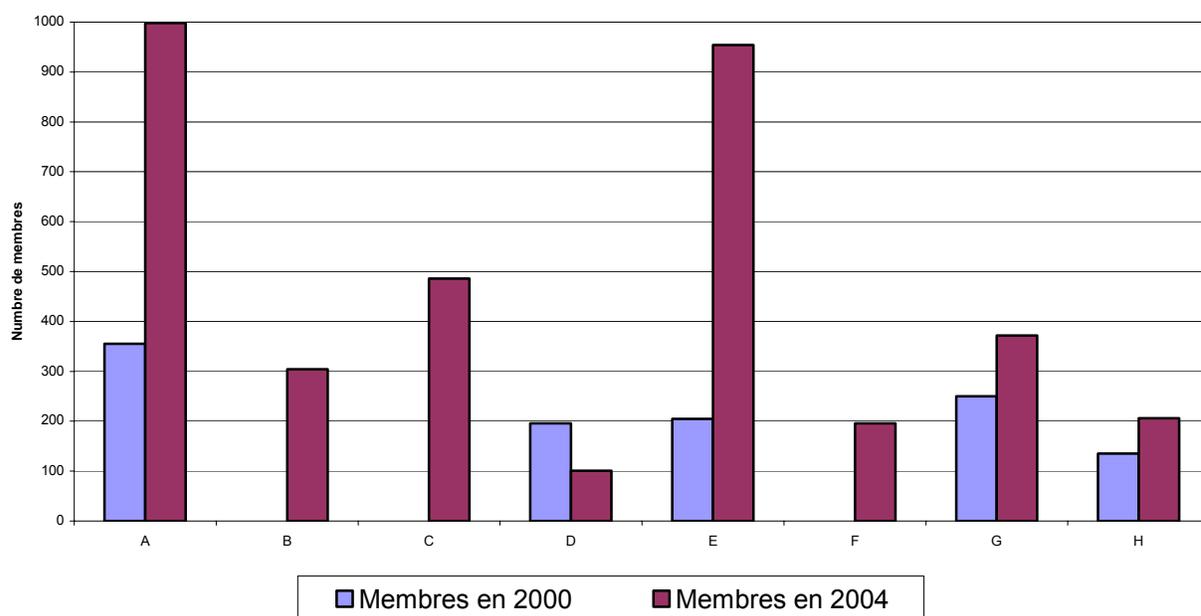
Les renseignements présentés dans ce rapport sont basés sur les déclarations des membres et des dirigeants des MS, mais dans beaucoup de cas, il a été possible de faire la triangulation des informations émanant de plusieurs membres, promoteurs, et prestataires de services.

Il faudrait noter que les guides pour les discussions de focus-groups ne couvraient pas tous les aspects du cadre conceptuel. Le cadre conceptuel et les critères ont été affinés au cours du processus d'analyse, en utilisant souvent des facteurs révélés dans des remarques spontanées de participants aux discussions de focus-groups ou de personnes interviewées, facteurs qui n'étaient pas été inclus dans les guides pour les DFG. Les instruments de la collecte de données ne permettaient pas de faire une analyse approfondie de certains aspects du cadre conceptuel, tels que les approches du promoteur et les facteurs relatifs aux prestataires de services. Cependant, les discussions lors des sessions de focus groups ont permis quelques éclairages, et ceux-ci sont présentés dans les sections suivantes, avec des résultats plus solides.

4. La Description des Huit MS et les Approches Utilisées par les Promoteurs dans leur Création

L'Annexe B présente de façon synthétique les renseignements clés sur les huit MS étudiées, y compris la date de démarrage, le nombre de membres, le paquet des bénéfices offerts et les niveaux actuels des cotisations. Le Schéma 2 fait des comparaisons sur le nombre de membres et l'évolution de ce chiffre et montre que l'échantillon comporte à la fois les grandes et les petites MS. Il faut noter que, bien que le nombre de membres est relativement bas, le nombre de bénéficiaires est assez élevé allant de 300 à 6 300 personnes par MS (voir l'Annexe B).

Schéma 2 : Comparaison du Nombre de Membres dans le Temps



NB : MS B, C et F ont commencé après 2000.

En plus des différences spécifiquement visées dans l'échantillonnage (voir Tableau 1), les huit MS diffèrent à plusieurs autres égards. Par exemple, pendant que certaines offrent un paquet de bénéfices qui inclue les soins secondaires tels que les services hospitaliers (par exemple, les MS A, E), d'autres se concentrent beaucoup plus sur la couverture des coûts des services de soins primaires (par exemple, MS C, H). Les MS varient aussi quant au pourcentage de membres qui sont à jour de leurs cotisations : pendant que les MS E et G ont 70 pour cent ou plus de leurs membres qui sont à jour la MS n'a que 11 pour cent des membres qui sont à jour.

5. Le Niveau de la Participation Sociale dans les MS

Cette section examine le processus de la participation sociale (l'encadré au centre dans le Schéma 1) et essaie de décrire la gamme, les formes et l'intensité de la participation des acteurs internes et externes dans les activités des huit MS couvertes par l'étude.

5.1 Les Acteurs Internes

Le Tableau 2 décrit les différentes dimensions de la participation sociale des acteurs internes de la MS. Elle s'inspire du modèle multidimensionnel de Rifkin (1988) pour la participation communautaire, de la littérature sur les MS, et des données collectées. Le Tableau 2 identifie trois catégories générales de participation sociale dans les MS :

- ▲ La base sociale de la MS c'est à dire la mesure dans laquelle les bases de la MS sont implantées dans la communauté locale
- ▲ La conception et la mise en oeuvre de la MS, de telle sorte que les membres de la communauté soient directement impliqués dans la conception et le développement de la MS.
- ▲ La Gouvernance, de telle sorte que les membres soient complètement informés et engagés dans le choix de leurs représentants et participent à la prise de décisions politiques relatives à la MS.

Dans chaque catégorie générale, des dimensions spécifiques en rapport avec la participation sociale sont identifiées et des critères sont établis pour déterminer si la participation est plus ou moins intense. Des descriptions plus détaillées de ces dimensions de la participation sociale sont fournies à l'Annexe C.

Tableau 2 : Dimensions de la Participation Sociale des Acteurs Internes (gérants, conseils d'administration, membres)

Activités	Participation Faible	Participation Moyenne	Participation Elevée
BASE SOCIALE DE LA MS			
Origines de la MS – mesure dans laquelle elle est intégrée dans la communauté cible	L'idée de création de la MS est initiée par des personnes ou des organes externes puis soumise à la communauté	L'idée de la création de la MS est initiée par des personnes influentes dans la communauté	La création de la MS est une réponse aux besoins librement exprimés par les organisations communautaires ou des entités sociales au sein de la communauté ou des groupes sociaux qui en sont exclus
Caractère inclusif du système d'adhésion actuel	Adhésion ouverte exclusivement à des groupes ethniques ou religieux spécifiques	Adhésion ouverte exclusivement aux membres d'une association ou d'un village.	Adhésion ouverte à tout le monde dans une zone géographique ou administrative au-delà d'un seul village

Activités	Participation Faible	Participation Moyenne	Participation Elevée
CONCEPTION ET MISE EN PLACE DE LA MS			
Évaluation des besoins/Étude de faisabilité	Pas d'étude de faisabilité formelle ou informelle, ou étude conduite exclusivement par le promoteur	Étude réalisée par un petit comité composé d'individus sélectionnés travaillant sous le bureau du promoteur ou agissant informellement	Grand comité avec ou sans les directives du promoteur
Définition initiale des scénarios (conception)	Option unique calquée sur une autre expérience	Données collectées auprès des prestataires, choix entre plusieurs options	Grand comité travaillant sur plusieurs scénarii possibles, données collectées auprès des prestataires
Décisions politiques Initiales	Option unique proposée par le comité d'initiative à l'assemblée générale (AG) ou discussion sur les cotisations seulement l'AG	L'AG examine au moins deux options (cotisations, prestataires, paquets des bénéfiques)	AG largement suivie choix entre plusieurs options
Sensibilisation	Seul le bureau de la MS fait des efforts pour recruter de nouveaux membres	Le bureau de la MS ainsi que les autres associations cherchent à recruter de nouveaux membres	Les membres de la MS sont actifs dans le recrutement de nouveaux membres et considèrent cela comme leur rôle
GOVERNANCE DE LA MS			
Autonomie de la MS	Décisions/ paramètres de la MS soumis au contrôle d'autorités externes – gouvernement, collectivités locales prestataire(s), bailleurs de fonds	MS intégrée à l'association mère, et les décisions relatives à la MS prises par l'association mère, ou par le président de la MS qui est aussi le président de l'association	La MS jouit de l'indépendance dans la prise de décisions vis-à-vis des structures externes
Prise de décisions Opérationnelles/ gestionnelles	Les dirigeants de la MS (le gérant ou le président) prennent les décisions	Le bureau se réunit régulièrement pour examiner les problèmes	Le Conseil d'administration ou le bureau élargi se réunit régulièrement pour examiner les questions de fonctionnement
Fréquence des élections (MS > 2 ans)	Une fois ou moins depuis le début	Élections tenues plus d'une fois, mais pas régulièrement depuis le début	Élections régulièrement tenues depuis le début de la MS
Fréquence des assemblées générales	S'est réunie une seule fois ou moins depuis l'AG initiale (MS > 2 ans)	S'est réunie plus d'une fois, mais pas chaque année depuis l'AG initiale	Rencontres tous les ans depuis l'AG initiale
Fréquence des présentations de rapports d'activités aux membres	Présentés une fois ou moins depuis l'AG initiale (MS > 2 ans)	Présentés plus d'une fois, mais pas régulièrement depuis l'AG initiale	Présentés régulièrement sans faille depuis l'AG initiale
Comment les rapports sont présentés	Pas de rapports présentés ou seulement des rapports écrits en langue non locale ou en langage technique	Présentés verbalement dans une langue non locale	Rapports écrits appuyés par une présentation verbale dans un langage simple en langue locale
Résolution des problèmes des membres	Pas de mécanisme pour que les membres communiquent leurs problèmes; pas de mesures prises par le bureau pour les résoudre	Le bureau de la MS identifie les problèmes et tente de les résoudre	Problèmes identifiés et communiqués au bureau; les idées des membres sont débattues lors de l'AG (ou à la réunion du conseil d'administration)
Politiques actuelles	Les nouvelles décisions politiques sont prises par le bureau	Les nouvelles décisions politiques sont prises par le conseil d'administration ou le bureau élargi	Les nouvelles décisions politiques sont prises pendant les AG régulières ou les AG de zones

* Bureau, plus délégués, animateurs communautaires, ou agents de recouvrement

Le Tableau 3 présente l'intensité de la participation des acteurs internes (membres, gérants, conseil d'administration) dans les huit MS, en utilisant la catégorisation et les critères présentés ci-dessus. Certains critères décrits dans le Tableau 2 ne sont pas inclus ; les données sur la fréquence des rapports d'activités et la présentation des rapports n'étaient pas disponibles lors des discussions de focus-groups de cette étude.

Tableau 3 : Niveau de la Participation Sociale dans les Principales Activités de la MS*

Dimension/ /MS	A	B	C	D	E	F	G	H
Base Sociale								
Origine	XXX	XX	XX	XX	XX	XX	XXX	XX
Inclusion	XXX	XXX	XX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
Démarrage/- Conception								
Étude de Faisabilité	X	X	XXX	XXX	XXX	XXX	X	XXX
Élaboration des Scenarii	X	XX	XX	XX	XXX	XXX	X	XXX
Politiques Initiales	X	X	XXX	XXX	XXX	XXX	X	XX
Sensibilisation	XXX	XX	XX	XX	XX	XX	XXX	XXX
Gouvernance								
Gestion courante	XXX	XX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
Autonomie	XXX	XXX	XXX	XX	XXX	XX	XXX	XXX
Freq. élections	XXX	--	--	X	XXX	XX	XXX	XXX
Fréquence AG	XXX	--	--	X	XX	XX	XXX	XX
Résolution de Problèmes	XXX	XXX	X	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
changements de politiques	XXX	--	--	XX	XX	XXX	XXX	XXX

* X = participation faible;; XX = participation moyenne; XXX = participation élevée

La participation sociale dans ces huit MS était assez élevée à travers les différentes dimensions, mais le Tableau 3 aussi révèle certains schémas de participation. Deux des MS de l'étude (A, G) avaient été créées pendant les premières phases du développement des MS sénégalaises et se sont inspirées des expériences d'une MS voisine (Fandene). Elles n'ont pas appliqué les mécanismes acceptés à l'heure actuelle sur la participation sociale dans les premières étapes, (la mise en place de Comité d'initiative formalisé, l'étude de faisabilité, le développement de scénarios alternatifs). Cependant, grâce aux réseaux existants, à l'expérience des initiateurs, et l'utilisation de groupes informels, ces deux MS ont pu exploiter efficacement leurs membres pour la sensibilisation et la prise de décisions; et leurs membres (anciens et nouveaux) semblent engagés. Par contre, les nouvelles MS (B, C, H) ont assis leur légitimité sur des comités d'initiative formels représentant plusieurs groupements au sein de la communauté, la participation dans les études de faisabilité et autres activités. Les MS intégrées dans une association existante (D, E, F) avaient de hauts niveaux de participation pendant la phase de conception et de mise en oeuvre, en exploitant leurs structures associatives déjà existantes, ce qui a facilité la délégation, l'engagement, et le processus démocratique. De plus, le modèle d'étude de faisabilité BIT-STEP était très participatif. Cependant, plusieurs MS ont eu des difficultés à tenir des assemblées générales (un mécanisme clé pour la participation sociale) et les MS, plus grandes (en terme de nombre de membres ou d'étendue géographique de leur zone de rayonnement) qui n'ont pas créé des structures décentralisées spécifiques semblent avoir plus de difficultés à maintenir la participation.

Il y avait un sentiment très fort qui ressortait des discussions des focus-groups et qui indiquait que ni les membres, ni les dirigeants des MS n'avaient vraiment réfléchi au rôle que l'ensemble des

« Toutes ces personnes que vous voyez sont des membres simples et ils jouent un rôle dans la sensibilisation...il y a des secteurs, des groupements de femmes, des places publiques pour les jeunes, les vieux, les femmes et on les utilise pour faire passer l'information. » Membre fondateur, MS H

« Pour le moment nous ne faisons rien pour la MS, c'est plutôt elle qui nous aide, en dehors des 500 FCFA que nous cotisons, » Nouveau membre MS H

membres pourrait ou devrait jouer dans la sensibilisation et le recrutement de nouveaux membres. La plupart des membres pensaient qu'ils pouvaient jouer un rôle constructif à cet égard, et la plupart des dirigeants soutiennent cette idée. Beaucoup de membres simples ont cependant reconnu qu'ils n'avaient jamais saisi l'opportunité de faire de la sensibilisation ou de recruter

de nouveaux membres. Dans une MS, c'est lors des discussions de groupes que le président a paru réaliser les rôles potentiels que les membres pourraient jouer pour aider la MS à réussir (voir l'encadré).

Pour les MS avec une plus grande participation sociale dans la gouvernance, les membres ont paru savoir comment assurer que leurs voix soient entendues (A, G). Comme un membre fondateur de la MS A a dit : « J'ai beaucoup d'occasions de discuter et de donner mon opinion : pendant l'Assemblée Générale, toutes les fois que je rencontre des membres du comité exécutif, et quand je vais payer ma cotisation ».

« Ils peuvent sensibiliser leurs amis et parents. Nous pouvons les inviter dans la sensibilisation, pour qu'ils puissent nous aider, faire adhérer d'autres personnes et puis ils pourront connaître le travail et pourquoi pas intégrer le Bureau plus tard.»
Président et Secrétaire Général MS B.

5.2 Les Acteurs Externes

Le Tableau 4 examine les types d'activités de la MS dans lesquelles les acteurs externes et les Promoteurs ont participé, et indique que les prestataires de services et les acteurs gouvernementaux étaient peu impliqués dans les activités des mutuelles. Le Tableau 4 indique aussi le degré de participation des promoteurs dans les activités initiales et celles en cours. Il faudrait noter que les acteurs externes ont un rôle à jouer eux-mêmes, et leur participation (l'intensité et la nature) est un déterminant dans le niveau de participation des acteurs internes (les dirigeants de MS et les membres).

Tableau 4 : Formes de Participation des Divers Acteurs dans les MS*

Forme/ /MS	PHRplus			BIT-STEP			PROMUSAF	
	A	B	C	D	E	F	G	H
Prestataires								
Etude des besoins/faisabilité		X						X
Détermination des cotisations, des paquets de bénéfiques, et des prestataires	X	X	X					
Décisions politiques initiales par rapport aux cotisations, aux paquets de bénéfiques et aux prestataires								X
Gestion quotidienne des fonds et services offerts aux membres								

Prise de décisions (relatives aux changements de taux de cotisations, aux paquets des bénéfiques et aux prestataires, à l'expansion)								
Sensibilisation (mobilisation, recrutement de nouveaux membres)	X	X						X
Ministère de la Santé et Collectivités Locales								
Etude des besoins/faisabilité		X	X					X
Détermination des cotisations, des paquets de bénéfiques, et des prestataires								
Décisions politiques initiales par rapport aux cotisations, aux paquets de bénéfiques et aux prestataires								
Gestion quotidienne des fonds et services offerts aux membres								
Prise de décisions (relatives aux changements de taux de cotisations, aux paquets des bénéfiques et aux prestataires, à l'expansion)								
Sensibilisation (mobilisation, recrutement de nouveaux membres)								
Promoteurs								
Etude des besoins/faisabilité		X	X	X	X	X		X
Détermination des cotisations, des paquets de bénéfiques et des prestataires		X	X	X	X	X		X
Décisions politiques initiales par rapport aux cotisations, aux paquets de bénéfiques et aux prestataires		X	X	X	X	X		X
Gestion quotidienne des fonds et services offerts aux membres	X	X	X	X	X	X	X	X
Prises de décisions (relatives aux changements de taux de cotisations, aux paquets des bénéfiques et aux prestataires, à l'expansion)						X		X
Sensibilisation (mobilisation, recrutement de nouveaux membres)	X	X	X	X	X	X		X

* Les données des DFG ont servi de base pour ce tableau, et reflètent les perceptions des participants.

5.2.1 L'État (Ministère de la Santé et Collectivités Locales)

Le Ministère de la Santé et les collectivités locales sont importants dans la création d'un environnement institutionnel et réglementaire propice à la promotion des MS et dans la fourniture de ressources politiques et financières qui

« La seule chose que je déplore, c'est l'absence de l'Etat. Le premier interlocuteur de la MS c'est le dispensaire qui a pour personnel des fonctionnaires. il tire des bénéfiques de cette MS ; En retour l'Etat devrait donc être mieux présent par des séminaires, une certaine forme d'assistance mais on nous ignore complètement, ce n'est pas bon. » Président MS H

« Aucune directive ou recommandation n'est venue du Ministère. On ne voit que les dirigeants de la MS qui viennent régulièrement ici. » Prestataire MS H

facilitent la viabilité des MS. L'absence de l'État dans l'appui continu aux MS a souvent été déplorée par les dirigeants de la MS, des membres, et les prestataires de services. Les dirigeants de MS entrevoient les façons multiples dont l'État pourrait les aider. Le Ministère de la Santé, en tant qu'organe central, a fait des efforts considérables pour assurer un environnement réglementaire nécessaire à

la création et le fonctionnement des MS. D'ailleurs une loi a été votée pour réglementer la création et le fonctionnement des MS dans le pays.

En dépit de ces efforts, il n'est pas certain que ces décrets et règlements aient été entendus et compris par les MS ou d'autres acteurs à la base. Dans la plupart des MS, le Ministère ou ses services déconcentrés (districts ou région de santé) n'ont pas été impliqués dans la création ou le fonctionnement des MS, à l'exception d'une région où les autorités régionales et communales ont participé directement à la création de la MS et ont cherché à assurer la continuité de l'assistance technique. Aussi, dans le cas de la MS H, le district de santé a pris part au développement de la MS.

Les MS elles-mêmes ont cherché de l'assistance auprès des collectivités locales, qui, de leur point de vue, pourraient fournir une variété d'appuis : aider dans l'octroi d'espace pour bureaux, la sensibilisation, et l'appui sous forme de cotisations subventionnées pour les familles les plus pauvres de la communauté qui ont des difficultés à adhérer aux MS parce que les cotisations ou les frais d'adhésion sont trop élevés pour elles. Cependant, beaucoup de MS déclarent que bien que les collectivités locales aient promis de l'appui, aucune n'avait posé un acte concret par rapport l'appui financier et politique au fonctionnement des MS.

Cas exceptionnel, la MS A a développé avec la collectivité locale des rapports fructueux de collaboration grâce auxquels plusieurs des conseillers ruraux sont membres de la MS et appuient le fonctionnement de la MS en permettant aux dirigeants de la MS de faire des présentations lors de leurs réunions, en sensibilisant les populations et en les invitant à adhérer aux MS lors de leurs visites aux communautés.

5.2.2 Les Prestataires de Services de Santé

Peu de MS ont associé les acteurs locaux du système sanitaire à leur étude de faisabilité ou à leur conception initiale. Les MS B et C font exception ; dans ces cas, l'initiative de lancer la MS est venue des autorités régionales, et a prévu la collaboration avec les services régionaux et communaux de la santé. Les prestataires de services ont pris part au calcul des coûts moyens/patient pour les soins primaires, ce qui est devenu la méthode de détermination le ticket modérateur, les cotisations, et le remboursement des prestataires par la MS pour les services fournis aux membres.

« En terme de fréquentation le poste y gagne, tous les membres viennent d'abord au poste ce qui est bien parce qu'à une certaine époque la population avait déserté le poste, maintenant elle y trouve les soins de base et c'est intéressant pour la structure...C'est au cours du travail que l'on explique aux gens ce qui se passe, l'intérêt de la MS parce qu'avec la MS on se repose ». Prestataire MS B

Etre impliqué simplement dans le processus de création de la MS ne mène pas nécessairement à la conviction que la MS est utile pour le poste de santé. Dans la MS B, le prestataire croit que la MS a joué un rôle important dans le fonctionnement de son poste de santé, et, de même, pour la MS A, le responsable d'un poste de santé a cherché à amener les populations de la zone de rayonnement à adhérer à la MS, dans l'espoir que cela faciliterait l'utilisation de son poste. Cependant, dans la MS

« Nous aimerions que le médecin soit beaucoup plus attentionné à notre regard, car si cela continue ainsi nous ne verrons pas l'utilité de faire partie d'une MS. On aimerait bien que l'on nous facilite les choses de telle sorte que les gens voudront adhérer, mais pour le moment on soigne les non mutualistes avant de se pencher sur notre cas, ce qui n'est pas normal. » Membre MS C

C, le responsable du poste de santé et la *matrone*¹ n'étaient pas sûrs que les arrangements pour les remboursements par la MS fussent salutaires pour eux. Les matrones reçoivent généralement une

¹ La matrone est à une accoucheuse traditionnelle qui a reçu une formation. Ce n'est pas une sage-femme titulaire.

« motivation directe » versée par le centre ou par le client, mais le système de calcul des remboursements des MS ne la prévoyait pas. En outre, le responsable du poste de santé semblait sceptique; il se demandait si le système de remboursement sur la base des coûts moyens couvrirait effectivement les coûts des soins fournis par sa structure.

Dans le cas de la MS C, le comportement du prestataire a découragé les membres de la MS : les membres ont senti qu'ils payaient pour des services, mais recevaient un traitement. Il faudrait noter que si la matrone a affirmé clairement qu'elle était «désavantagée» par la MS, il y avait aussi des aspects non dits des désavantages que les prestataires pouvaient éprouver par rapport aux paiements – dessous le tableau. Des allusions à ceci ont été faites lors de plusieurs discussions de focus-groups et lors des sessions de restitution.

Les contrats signés avec les grandes structures de santé ayant de fréquents mouvements de

«Leur participation est très très faible, il nous arrive de recouvrer 70 000 FCFA/trimestre ou semestre et c'est insignifiant par rapport aux 10 000 FCFA de recettes que nous faisons tous les mois. Parfois je leur demande de ne pas recouvrer la somme parce qu'il nous arrive de prendre des cas sociaux qui coûte beaucoup plus chers que les mutualistes. »
Prestataire MS D

personnel ont souvent abouti au fait que certains membres du personnel du centre n'avaient connaissance ni du contrat signé avec la MS, ni des avantages auxquels les membres avaient droit. De plus, dans les cas où les contributions de la MS aux recettes de la structure sont minimales, les prestataires voient peu d'avantages dans leur contrat avec la MS (voir l'encadré). Cependant, le grand hôpital confessionnel de Thiès qui dessert plusieurs MS (A,

E, G) soutient le mouvement des MS en accordant une remise aux malades membres de ces MS.

Les rapports avec les Comités² de Santé varient d'une structure de santé à l'autre et certaines MS ont déploré le fait qu'avec les changements de membres dans les comités, les choses ne marchaient plus convenablement. Les MS ont utilisé plusieurs stratégies pour faciliter la coopération. Dans la MS G où l'on était en train de créer un nouveau centre de santé, cette opportunité a été saisie pour avoir un représentant de la MS au sein du comité de santé. Dans d'autres MS (B et H), les gérants de MS étaient aussi impliqués dans le comité de santé du centre de santé. Intégrer les comités de santé n'est pas toujours facile : les responsables de la MS D ont mentionné que certains comités n'avaient pas été renouvelés depuis 10 ans, donc il n'y avait aucune possibilité d'en devenir membre.

Dans la MS C, certains agents du centre de santé font partie du bureau de la MS. Bien que ce cumul de rôles facilite les conseils et les orientations des membres de la MS au niveau du centre de santé, il faudrait noter que cela n'a pas nécessairement facilité les rapports avec le prestataire. Dans ce cas, le rôle de subordination des membres du bureau de la MS au sein du centre de santé rend difficile une confrontation avec le responsable du Centre de Santé quand il y a des problèmes.

L'un des aspects les plus importants des rapports entre la MS et la structure sanitaire (le prestataire de services ou le Comité) est que la MS peut effectivement négocier avec les prestataires pour apporter un changement qualitatif dans les services fournis aux clients de la MS. Bien qu'il n'y ait pas de questions portant spécifiquement sur ce point dans les guides d'entretien, les MS ont spontanément exprimé leur détermination à faire face au problème de la disponibilité des médicaments :

² Les Comités de Santé sont des organes élus qui co-gèrent les structures de santé avec le personnel de santé. Les contrats avec les MS sont généralement signés par le Comité de Santé en présence des prestataires.

«Les médicaments faisaient défaut, nos membres allaient au poste de santé sans recevoir de médicaments. J'ai fait ma petite enquête et j'en suis arrivé à la conclusion que le problème se situe dans la commande des médicaments, lorsque le poste fait une commande cela tarde et j'assistais souvent à une dispute entre un mutualiste et le médecin... J'ai vu le médecin pour avoir des explications, j'ai aussi informé son supérieur, il m'ont fait savoir que cela ne se reproduirait plus.» Vice président, MS C

6. Les Facteurs qui Affectent les Niveaux de la Participation Sociale

Cette section présente les données relatives aux déterminants de la participation sociale indiqués dans la partie gauche du cadre conceptuel (Schéma 2) : approches des promoteurs, structures de gestion et de gouvernance des MS et des facteurs communautaires préexistants.

6.1 Les Approches des Promoteurs

Avec le temps, les trois promoteurs représentés dans l'étude ont explicitement intégré beaucoup d'éléments de la participation dans le processus de création des MS auxquelles ils apportent assistance : il s'agit notamment des éléments suivants :

- ▲ Faciliter la création d'un Comité d'initiative local largement représentatif pour mener le processus de création de la MS, y compris l'exécution d'une étude de faisabilité,
- ▲ Soutenir un processus participatif de conception de la MS, centré habituellement autour d'une étude de la faisabilité formelle ou non formelle, comportant la collecte de données sur les ménages (disponibilité à payer, données socio-économiques), enquête sur les associations locales, et la collecte de données sur les coûts auprès des prestataires de services³
- ▲ Aider à définir des scénarii possibles pour les cotisations et les paquets des bénéfices
- ▲ Appuyer l'organisation d'une assemblée générale associant les nouveaux membres et les membres potentiels, engageant la communauté dans la prise de décisions sur les cotisations, les prestataires, et les paquets des bénéfices, et dans le choix des membres des différents organes de gestion (bureau/ comité exécutif, conseil d'administration, etc.).
- ▲ Faciliter les négociations avec les prestataires pour convenir des termes d'un contrat pour les relations futures entre la MS et (les) prestataire(s).

La plupart des MS participant à l'étude (B, C, D, E, F, H) ont reçu de l'assistance de la part des agences promotrices dans l'exécution de ces phases initiales, aussi bien que dans l'impression de carnets de membre, la formation et la production d'outils de gestion pour le fonctionnement de la MS, et l'assistance financière pour les activités de sensibilisation. Les deux autres (les MS A et G) ont reçu une assistance plus tard au cours de leur développement, pendant la phase d'expansion.

Les promoteurs varient en ce qui concerne le type de MS qu'ils appuient des MS : BIT-STEP se concentre sur les MS qui sont intégrées dans des associations existantes, pendant que les deux autres promoteurs se concentrent sur l'appui ou le développement de MS à base communautaire. Cependant,

³ Ou dans le cas d'études formelles, effectuer une visite d'étude dans une MS voisine pour trouver des données fiables sur son fonctionnement, dans le même contexte, et en particulier avec des communautés démunies, le comité d'initiative peut aussi entreprendre une consultation pour déterminer le montant maximum de cotisation que les populations de la zone sont en mesure de payer, et en fonction de cela, déterminer le paquet approprié de bénéfices.

même s'il existe des différences dans les stratégies des promoteurs ou avec le temps, il y a un accent assez constant sur la création de structures qui représentent des communautés locales /membres d'une association et l'élaboration de procédures participatives pour le développement et la gouvernance des MS. Cependant, l'appui des promoteurs après les étapes initiales semble se concentrer davantage sur les outils techniques plutôt que sur des stratégies de promotion la participation.

6.2 Les Facteurs Structurels de la Gestion et de la Gouvernance des MS qui Influencent sur la Participation Sociale

Les structures de la MS servent de véhicule à travers lesquels les membres et les dirigeants participent à la conception et au fonctionnement de la MS. Ces structures sont généralement mises en place pendant le processus de conception /mise en place, et sont influencées par les actes des promoteurs (ou d'autres MS utilisées comme modèles) et les pratiques existantes au niveau des diverses associations impliquées dans les MS. Chaque MS dispose d'une série d'organes pour la gestion et l'administration de la MS. La plupart des MS ont commencé par la mise en place d'un comité ad hoc de conception ou comité d'initiative. Cette étape est suivie par la création d'un ensemble d'organes permanents pour le fonctionnement quotidien : un conseil d'administration, un bureau ou comité exécutif et habituellement, un comité de contrôle. Toutes les MS ne disposent pas de tous ces organes, et même quand ils existent, ils ne sont pas tous opérationnels.

6.2.1 Comité de Conception ou Comité d'Initiative

La plupart des MS, suivant en cela les conseils des promoteurs, ont formé un Comité d'initiative sous une forme ou une autre, qui a participé aux phases de conception /mise en place de la MS. Les comités d'initiative rassemblent des renseignements, sensibilisent les populations et développent des options pour la tenue de l'Assemblée Générale. Dans tous les cas où un Comité d'initiative formel a été mis en place, la représentation des principales associations, des quartiers ou de groupements féminins a été réalisée. Dans la plupart des MS, les membres du comité d'initiative sont devenus membres des différents organes permanents de gestion. Les MS A et G, qui ont été mises en place sans l'assistance de promoteurs et qui se sont inspirées du modèle d'une MS existante, ont constitué un groupe de gens représentatifs des différentes zones géographiques pour former leur "Comité d'initiative". La constitution spécifique de ces comités d'initiative se trouve au Tableau 5.

Tableau 5 : Composition des Comités d'initiative des huit MS de l'échantillon

MS	Type d'Assistance des Promoteurs
A	Comité d'initiative informel, formé à l'origine par l'ex-président et le trésorier d'une MS existante, mais graduellement élargi aux délégués des quartiers participants
B	Représentants des différentes associations et des groupements féminins de la zone
C	Représentants des différents quartiers
D	Représentants des différents groupements féminins qui constituent l'association-mère
E	Représentants des différents groupements féminins qui constituent l'association-mère
F	Représentants des divers groupements féminins qui constituaient le réseau des groupements féminins
G	Comité d'initiative informel comprenant des membres de l'association des jeunes et d'autres personnes intéressées
H	Représentants des différentes associations et groupements féminins du quartier; le président ne faisait pas partie du Comité d'initiative

6.2.2 Le Bureau et le Conseil d'administration de la MS

En général, le bureau d'une MS comprend 5-7 membres, alors que le conseil d'administration varie de 7 à 23 membres. Les postes de ces structures sont souvent tenus par des gens qui avaient fait partie du comité d'initiative. Cette pratique a souvent été encouragée par les promoteurs qui pensent que ces individus sont les plus compétents pour poursuivre l'oeuvre, compte tenu de l'investissement en formation et de l'expérience qu'ils ont acquises. Tous les membres des comités de gestion et des conseils d'administration travaillent bénévolement, quoique la MS A dispose d'un petit fonds pour le paiement d'une "motivation" à ses délégués de zone. Deux MS (D, E) ont un gérant salarié (qui ne fait pas partie du bureau), mais le financement de ce poste vient de la caisse de l'association mère.

Le conseil d'administration a pour rôle de superviser l'administration et la gestion assurées par le comité de la gestion de la MS. Les conseils d'administration ont souvent été structurés de façon à y inclure des groupes importants, des associations, des quartiers et, pour les huit MS couvertes par l'étude, ces associations ou groupes étaient souvent représentés par des membres simples (pas leurs présidents).

«Chaque groupement a envoyé un représentant [qui peut être un membre simple de groupement] qu'on a coopté dans le Conseil d'Administration de telle sorte que c'est lui qui fait de la sensibilisation lorsque son groupement se réunit aidé en cela par les autres qui viennent participer à la mission.» Management MS D

«Beaucoup de candidats se sont présentés, malheureusement leur nombre était supérieur à celui des postes à occuper. Une autre date a été fixée pour organiser entre les différents protagonistes un vote et les membres qui remplissaient les critères déjà définis ont été choisis.» Membre fondateur MS F

Le processus du choix des membres des différents organes varie. Dans le cas de la MS C, le bureau a été choisi par le Conseil d'administration, et non par l'Assemblée Générale. Dans le cas de la MS H, le bureau entier a démissionné et des élections ont été organisées. En ce qui concerne la MS F, les postes vacants ont d'abord été remplis, puis le reste a été soumis à un vote de confirmation, et on a l'impression qu'on a voulu éviter des élections contestées. Cependant, il faudrait noter que personne parmi les membres du focus group n'a mentionné que la sélection des membres

du bureau a été imposée. En fait, beaucoup de gens ont dit explicitement qu'aucun membre de l'organe de gestion n'a été imposé.

De l'expérience de ces huit MS, on voit une tendance chez les communautés à maintenir les gens qu'elles avaient choisis au début, avec relativement peu de changement. Le Tableau 6 présente les changements de membres dans les huit MS couvertes par l'étude.

«Les échos que j'ai eu surtout de la MS B me font croire que le choix [des membres du bureau] était pratiquement démocratique, il y avait la confiance, celle qu'on a choisie est dynamique et cela marche.» Prestataire MS B

Tableau 6 : Renouvellement dans les Structures de gestion des huit MS de l'échantillon

MS	Date Démarr*	Changements de Président ou de gérant	Changements de Bureau	Changements de Conseil d'administration
A	1998	Non	Oui?	Oui
B	2002	Non	Non	Non
C	2002	Non	Non	Non
D	1998	Non	Pas officiellement	Pas officiellement
E	1998	Oui	Oui	Oui
F	2001	Non	Oui	Oui
G	1996	Non	Non	Oui
H	1999	Non	Oui (peu)	Oui

* Il s'agit de la première élection des organes de gestion.

Il faudrait remarquer que sur les huit MS, sept avaient toujours leur premier président. La seule exception était la MS D dont le président avait sollicité un des postes rémunérés de la MS et a dû démissionner. Fréquemment, les changements au sein du conseil

d'administration semblent être du au fait que le membre quitte la zone n'est pas capable de continuer, plutôt que par suite d'un vrai renouvellement de postes.

Cependant, il y a aussi des cas où les membres ont été remplacés simplement parce qu'ils ne faisaient pas leur travail. Par exemple, la MS D a coopté des gens pour remplacer les membres du bureau et du conseil d'administration qui n'étaient plus actifs. Cependant, parce qu'aucune assemblée générale n'avait eu lieu depuis l'assemblée générale initiale, ces changements ne sont pas officiels.

« Il y a eu un renouvellement partiel, les postes clé sont toujours occupés par les mêmes personnes, ce sont les membres qui reconduisent les mêmes personnes parce que le travail qu'elles abattent leur convient. Malgré cette confiance on ne veut pas tomber dans ce jeu, tout le bureau démissionne, quelqu'un d'autre mène les débats et puis on passe au vote. Il faut dire que les membres du bureau sont maintenant prisonniers de la MS, ils ne peuvent plus se désister, vous pouvez vous absenter lors de l'AG pour une raison valable mais on vous reconduit en votre absence, ils sont obligés de continuer parce que la population a confiance en eux. » Secrétaire Général, MS H

Bien que la stabilité constatée dans le Tableau 6 démontre la confiance aux dirigeants, en gardant ceux "auxquels vous savez que vous pouvez avoir confiance", ce système comporte aussi des dangers, puisqu'il ne permet pas l'éclosion de nouvelles compétences. Comme le dit un prestataire qui a servi dans plusieurs MS dans la région de Thiès :

« Il devrait y avoir des limites au mandat des membres. Il est vrai qu'il est difficile dans un village de demander une telle chose parce que soit les gens ne le veulent pas, ou ne peuvent pas le demander ou n'ont pas l'expérience ou la compréhension de son importance. Dans ces structures, "Ces gens ne préparent pas l'avenir : quand ils partent, il n'y a rien. »

Parmi les promoteurs, il y avait l'inquiétude que ce manque de renouvellement des membres du bureau affecterait la participation sociale à long terme, étant donné que le nombre de gens qui participent activement à la MS resterait petit ou même diminuerait, et la pérennité institutionnelle serait mise en danger. Les inquiétudes des promoteurs ne se reflètent pas dans les résultats des discussions de focus-groups au cours desquelles les participants de plusieurs MS ont mentionné que si ceux qui les dirigent ne se montraient pas honnêtes et compétents, ils seraient remplacés, et qu'il y avait d'autres personnes compétentes et dynamiques qui pourraient les remplacer. Cependant, ce sont souvent les membres eux-mêmes qui insistent pour maintenir les mêmes gens (compétents) dans les organes de direction.

En ce qui concerne la représentation selon le genre dans les organes de gestion, pour les MS associées aux organisations féminines (D, E, F), tous les postes de direction étaient tenus par des femmes, étant donné qu'être femme était un des critères d'adhésion. Dans les MS B, C, et H, les postes de direction étaient mixtes (il y avait des hommes et des femmes). Cependant, dans les deux MS les plus anciennes (A et G) les dirigeants étaient presque exclusivement des hommes.

Les bureaux et les conseils d'administration ont été établis avec des rôles spécifiques et distincts initialement. Cependant, pour la plupart des huit MS étudiées, ces organes sont devenus une seule entité, avec le temps. Dans la MS F, à cause des difficultés à faire participer les gens aux réunions, le conseil d'administration a été réduit à sept membres (les cinq du bureau et deux autres personnes), ce qui a abouti au fait que le conseil d'administration ne reflétait plus les différentes associations féminines qui constituaient le réseau des groupements féminins. Dans d'autres MS, le bureau et les membres actifs du conseil d'administration se sont regroupés, procédant à une fusion des organes de gestion de la MS, plutôt que d'avoir deux organes séparés.

Le comité de contrôle, bien qu'il soit quelquefois mentionné dans la liste des différents organes, n'a pas été mentionné dans les discussions sur le fonctionnement des structures de gestion de la MS, et il semble que peu d'entre eux soient fonctionnels.

6.2.3 L'Assemblée Générale

L'assemblée générale (AG) est le mécanisme principal pour informer l'ensemble des membres de la MS sur la situation de l'organisation, pour (re)élire leurs dirigeants, et pour participer à la prise des décisions. Ce mécanisme devient particulièrement important pour les nouveaux membres qui n'auraient pas été présents lors des discussions et des débats initiaux. Parce qu'il y a relativement peu d'alternance dans la structure de gestion, l'AG devient quelquefois le seul mécanisme pour la participation de l'ensemble des membres de la MS. Les nouveaux membres des MS qui n'avaient pas tenu d'AG depuis plusieurs années se plaignent qu'ils ne sont pas réellement informés.

«A mon avis tout doit être réglé à l'AG, on doit en profiter pour dire notre avis sur les différentes questions. A part l'AG je ne vois pas où on pourrait dire nos doléances. Les dirigeants font aussi du bon travail, si ce n'était pas le cas, je serai le premier à rouspéter.»
Nouveau membre, MS H

«Lors de l'AG nous avons décidé de la somme à cotiser, de la vente des carnets à 500 FCFA. Quant au taux de prise en charge, on n'en a pas discuté on nous a juste informé et je leur ai fait le reproche parce qu'à mon avis on devait le faire. Le taux de prise en charge a été fixé lorsque les prestations ont commencé.» Gérant actuel MS B

On a invité [a la dernière AG] tout le monde même les chefs de quartier étaient là... beaucoup de personnes étaient présentes.... Les décisions sont d'abord prises par le bureau, elles sont soumises par la suite à l'appréciation de l'assemblée qui donne son avis et puis elles sont définitivement adoptées.» Nouveaux membres MS F

La méthodologie de l'étude n'a pas permis de faire une estimation de la participation réelle lors des assemblées générales, ni en terme de présence, ni en terme de participation aux débats. Cependant, lors des discussions des focus-groups, la question de l'équilibre délicat entre la façon dont les opinions de l'ensemble des membres étaient sollicitées et le rôle des dirigeants à proposer des options a été mis en évidence. Dans certains cas, l'AG sert simplement d'instance d'approbation des

propositions du bureau. Cependant, dans d'autres cas, l'AG sert effectivement de forum pour discuter les questions et les membres se sentent impliqués dans la prise de décisions.

«Rien ne nous échappe, le bureau nous informe individuellement de tout ce qui se fait et elle organise des discussions dans les groupements. Pour chaque décision on peut ou ne pas être d'accord et le bureau tient compte de notre avis on tient tous les mois une réunion de réseaux... Si la présidente ou un membre d'un comité a une nouvelle à diffuser, il prend part aux réunions et discute avec les membres simples des décisions à prendre. Chaque groupement envoie 5 membres aux réunions de réseaux. Il appartient aux 5 membres de faire un compte rendu à leur groupement et de la même manière le membre envoyé par le comité en fait un aux membres de l'organe dirigeant.» Membre fondateur MS D

«A l'assemblée générale, tous les groupements ne viennent pas], seulement les délégués [parce que le nombre de groupement est tellement important qu'il serait difficile de convoquer tout le monde] c'est pourquoi seules les déléguées étaient présentes et on a élu les membres des différents organes.» Membre de la MS E

6.2.4 La Décentralisation et les Délégués

Les structures standards décrites ci-dessus satisfont à certains des besoins des MS. Cependant, étant donné que ceux qui dirigent les MS (à quelques exceptions près) sont des volontaires, la plupart des MS ont développé des stratégies pour résoudre des questions opérationnelles découlant de l'augmentation du nombre de membres et l'accroissement conséquent du volume de travail. Les comités de gestion de la plupart des MS ont identifié ou se sont arrangés pour choisir des délégués ou "des animateurs" chargés de collecter les cotisations, recruter d'autres membres, et gérer d'autres activités. Dans un des cas, ces délégués sont devenus membres du conseil d'administration. Dans un autre cas, ils étaient invités à prendre part aux réunions du conseil d'administration, mais n'étaient pas des membres du conseil (MS D). Dans les autres cas, ils avaient été cooptés pour aider, mais n'étaient ni membres du bureau ni du conseil d'administration (MS B).

«Nous n'avons pas de téléphone ici, nous ne sommes pas véhiculés et nous n'avons pas le temps de nous déplacer, c'est pourquoi ils sont conviés et ces délégués sont le maillon essentiel de la MS, lorsqu'ils ne font pas bien leur travail tout s'écroule, ce sont donc eux qui divulguent l'information à temps aux populations.»
Président MS G

Dans certains cas, les délégués représentaient divers groupes de femmes qui faisaient partie des

«Au début, on n'avait que 12 groupements, nous faisons la tournée après le travail, nous collectons les cotisations et on lisait publiquement les noms des membres qui avaient des arriérés et cela les femmes voulaient à tout prix l'éviter et faisaient tout pour être à jour. Lorsque la MS s'est élargie, ce travail devenait difficile et même la présidente s'est mise à la tâche. De plus, le comité Education et Promotion joue un rôle très important. Avant d'aller dans un groupement on leur demande de venir nous voir pour qu'on leur fasse la situation de celui-ci et on se rend compte que ces descentes revitalisent les groupements ; malheureusement les moyens ne suivent pas.» Gérant MS E

associations soutenant la MS; dans d'autres cas, ils étaient choisis pour représenter un village ou un quartier. Cependant, en dépit du fait qu'ils étaient souvent élus, ils n'ont pas toujours rempli leurs rôles ou n'ont pas semblé être engagés par rapport à la MS; par exemple

dans la MS A, quelques-uns des premiers délégués d'une zone n'ont jamais adhéré à la MS.

Les délégués ou animateurs forment un mécanisme important pour assurer la participation dans le fonctionnement de la MS, à la fois en représentant le village ou une sous-communauté et en étant le porte-parole du

«C'était les représentants des villages, quand on tient une réunion avec un village, les gens élisent quelqu'un après et c'est ce dernier qui les représente et collabore avec la MS. On les convoquait et ils étaient chargés de descendre dans les villages pour être les relais.» Gérant MS A

bureau. Dans beaucoup de cas, ces agents doivent relayer toutes les informations ou décisions prises par les organes de gestion à leurs communautés ou aux groupements féminins. Ils doivent aussi transmettre aux organes dirigeants les inquiétudes, problèmes, et questions émanant des membres.

Cependant, dans le cas de la MS C, il semblerait que ce système décentralisé ait été un obstacle à la résolution des problèmes que les membres éprouvaient avec le prestataire de services. Les membres n'avaient pas compris qu'ils pouvaient recourir directement au président ou au secrétaire de la MS. Ils ont préféré revenir dans leur village et discuter du problème avec leur délégué qui ne pouvait que communiquer le problème à la prochaine réunion mensuelle.

«Nous voulons que les zones soient autonomes, qu'elles tiennent leurs réunions et assemblées qu'elles règlent leurs problèmes, bien sûr nous pouvons y faire des descentes mais cela n'entame en rien leur indépendance. Nous nous sommes organisés de telle manière que ce sont eux qui paient leurs soins primaires, nous ne voulons pas tout centraliser, de plus nous voulons que leurs adhérents voient qu'ils détiennent des responsabilités.» Gérant, MS A

En plus du fait d'ajouter du personnel, certaines MS sont allées au-delà de la notion de « délégués » pour créer une structure vraiment décentralisée représentant des zones ou des secteurs. Plusieurs MS de l'étude envisageaient d'ajouter cet élément, et deux d'entre elles, les MS (A et G) avaient déjà appliqué ces stratégies.

La MS A, avec plus de 900 membres dans 60 villages, a développé un système de huit zones, chacune ayant son propre bureau et étant représentée dans le grand conseil d'administration (avec cinq membres par zone). Les zones doivent payer leurs prestataires de soins primaires directement avec l'argent des cotisations. Le caissier central peut alors compléter ces paiements avec les recettes d'autres zones si l'argent n'était pas suffisant, et il paie aussi les coûts des hospitalisations. Quand il y a des questions de politique qui nécessitent l'accord de toutes les zones, le Bureau central assiste à toutes les AG de zone pour expliquer la situation.

«On a décidé d'organiser des assemblées sectorielles pour leur expliquer que si l'on continuait ainsi la MS allait sombrer. C'était très difficile, le débat était passionné dans certaines localités mais il n'y avait qu'une alternative : augmenter [les cotisations] ou diminuer les bénéfiques, ils ont accepté parce qu'ils savaient qu'on avait pas le choix.» Président MS A

Dans la MS G, après le constat que les AG tenues dans le village n'étaient pas suffisantes, ils ont développé un système d'« AG sectorielles » qui se tiennent tous les ans dans chacun des quatre villages participants. Le bureau assiste à chacune de ces AG pour faire des propositions, discuter, et organiser des élections pour le bureau et les délégués, et prendre des décisions.

«Au début les réunions étaient convoquées au village central, mais on s'est rendu compte qu'à un certain moment peu de membres y assistaient, on a décidé de faire un calendrier pour fixer les dates de réunions dans les localités pour que les membres viennent.» Membre fondateur MS G

6.3 Les Facteurs Communautaires qui Influencent sur la Participation Sociale

Le degré et l'efficacité de la participation sociale dans une MS semblent liés à certains facteurs préexistants dans la communauté. Deux facteurs examinés dans cette étude sont la capacité existante de leadership et l'expérience avec d'autres associations et/ou mécanismes de solidarité.

6.3.1 La Capacité de Leadership

Créer une MS exige des personnes qui peuvent inspirer les autres dans leurs communautés et associations à prendre le risque d'adhérer à la MS. Les huit MS de l'étude ont pu trouver des personnes avec des capacités de leader et qui jouissaient de la confiance de la communauté pour diriger cette entreprise. Dans les MS à base communautaire (A, B, C, G, H), bien que cela n'était pas une question spécifique dans les guides des focus-groups, leur qualité de leader a été souvent mentionnée, y compris l'honnêteté, l'attachement à la cause de la MS, l'engagement envers la communauté, et la tenacité au travail⁴. Beaucoup de gens ont dit que les MS n'auraient pas réussi sans les personnes qui les dirigeaient. Comme un membre fondateur de la MS B

«En ce qui concerne [le gérant] je crois que si tout le monde était comme lui, la MS aurait dépassé ce stade, il ne le fait pas pour lui, mais pour la communauté.» Nouveau membre MS A

«L'essentiel est de s'investir dans le développement de sa localité, de le faire sans en attendre quelque chose, d'être crédible et de ne pas toucher à l'argent qui ne vous appartient pas.... la plupart des adhérents avaient fait savoir qu'ils ne feraient partie de la MS que si je la dirigeais.» Président MS B

«C'est elle [le président] qui a fait adhérer tout le monde et elle s'investit tellement que nous faisons tout pour l'aider.» Secrétaire Général MS B

l'a dit : «Un dirigeant devrait être quelqu'un qui puisse rassembler les gens; il doit être capable d'établir de bons rapports avec tout le monde, en gardant à l'esprit le caractère de chacun. [Notre président] a ces qualités.»

Lors des DFG de deux MS (B, F), les membres de la MS et même des leaders ont dit que quand les femmes dirigent l'activité, les choses marchent mieux. Des exemples ont été donnés, non seulement par rapport aux MS, mais aussi par rapport aux comités de santé et autres activités communautaires. Toutefois, l'étude n'a pas signalé de cas de problèmes spécifiques dans les MS où les hommes étaient présidents, directeurs, ou trésoriers.

« Lorsqu'il (le comité de santé) avait pour dirigeants des hommes, cela ne marchait pas, les femmes se sont mobilisées pour qu'il ne sombre pas et ont choisi une femme pour être trésorière. » Président MS B

« C'est parce que je réside ici, je suis constamment ici, les gens peuvent me voir constamment ou voir mes collaborateurs, je suis à leur écoute. Il faut dire aussi que nous avons un Bureau soudé... je ne les ai jamais vus se quereller, toutes les décisions sont débattues, on discute sereinement, les avis peuvent être contradictoires mais on opte toujours pour la meilleure solution. Encore une fois ce n'est pas le fait que je sois directeur d'école mais c'est parce que je suis d'ici, j'aime mon pays. » Président MS G

6.3.2 La Capacité Organisationnelle et l'Expérience des Communautés

Les MS intégrées au sein des organisations féminines (D, E, F) ont capitalisé leurs structures et compétences déjà en place et ont pu exploiter l'expérience d'avoir travaillé ensemble dans le cadre d'autres activités de l'association. Les autres MS ont profité de l'existence d'associations dans la communauté pour les aider à mettre en place la MS. Dans certaines communautés, ces associations étaient puissantes : «Il y a une dynamique associative extraordinaire qu'on ne trouve nulle part ailleurs dans Saint Louis ... Indépendamment de la création de cette MS, il y a une vie associative extraordinaire : chaque jour que Dieu fait, il y a des réunions». Président de la MS H

⁴ Dans le cas de MS issues d'organisations existantes et intégrées dans celles-ci (les MS D, E, F), le problème de leadership n'a été spontanément évoqué dans aucun des focus groups. Toutefois, dans plusieurs cas, le président de la MS occupait déjà le poste de leader dans l'association.

«Ce n'est pas un projet issu de groupements mais ce sont de bonnes volontés qui se sont regroupées. Ce qui m'intéresse c'est que la MS marche, peut être qu'elle aurait eu des problèmes si elle dépendait des groupements.» Membre du bureau MS B

«On est passé par la fédération de [...] pour créer la MS, mais si on les avait suivis, peut être que la MS ne marcherait pas ils voulaient qu'on les intègre dans le bureau alors que leur organisation est tombée en faillite, on a pensé que s'ils en faisaient partie, c'est la MS qui tomberait en faillite après la fédération parce que les gens n'auraient plus confiance.» Gérant MS A

«Toutes les composantes étaient représentées : les ASC, les groupements, parce que si seule une association avait fait le travail, cela aurait été une affaire associative alors que nous voulions que tout le monde soit impliqué. Un fait existe à [...] chacun a son association, mais si l'intérêt général est en jeu, tout le monde y met du sien même si demain on peut se battre entre nous.» Management MS H

Cependant, plusieurs MS pensent que bien que les associations puissent contribuer, elles ne devraient pas dominer le processus. Elles ont mentionné les dangers que les problèmes internes à ces associations communautaires peuvent avoir des répercussions négatives sur les MS. Les gens choisis pour gérer la MS devraient être choisis selon le mérite, et non à cause de leur affiliation à une association.

La disponibilité à participer à une MS est déterminée aussi par le niveau des connaissances et l'expérience avec d'autres MS ou d'autres entreprises financières participatives. Si ces expériences sont probantes, la communauté peut être prête à s'engager dans une autre entreprise. Si elles sont négatives, il est probable qu'elle soit méfiante et prudente. Les MS A et G ont exploité leurs expériences probantes dans le cadre de la MS pilote au Sénégal – leurs communautés étaient déjà informées des avantages de l'adhésion à la MS.

Plusieurs MS ont capitalisé les efforts antérieurs de leurs organisations avec les fonds collectifs pour l'acquisition de médicaments (D, E, F), et avaient eu peu de difficultés à gagner l'adhésion des communautés dès le début. Cependant, on a entendu des échos sur des expériences négatives antérieures avec les associations et des activités de micro-crédit, en particulier dans le cas des MS à base communautaire, et les gens parlent de méfiance générale à s'engager dans quelque chose sans être sûr d'abord qu'elle est viable.

«Au début il y avait ici des groupements féminins de 20, 25 membres, les femmes cotisaient tous les mois et cet argent a été prêté aux membres qui se sont livrés à diverses activités surtout le petit commerce.» Nouveau membre MS H

«[Quelqu'un a détourné l'argent] Tout ceci explique le manque d'enthousiasme des femmes pour les projets qui sont venus après, elles n'ont plus confiance. Si ce genre de mésaventure ne nous était pas arrivé, cette MS de santé aurait atteint un autre stade. Malgré tout, les mentalités commencent à changer et les gens viennent progressivement.» Président MS B

«Je faisais partie d'une MS créée au sein de l'entreprise où je travaillais, mais nous savons ce qui a causé sa faillite : la gérance laissait à désirer, de plus certains malades avec la complicité des médecins y ajoutaient des choses qui n'en faisaient pas partie. Le fait de faire prendre en charge un ami sous le nom d'un de vos bénéficiaires avec la complicité d'un médecin était un abus qui a mis en difficulté la MS. Nous pensons que cela n'arrivera pas dans celle-ci. Je suis membre et tous les dirigeants sont mes amis nous discutons souvent ensemble.» Membre MS C

7. Résultats de la Participation Sociale

Un certain nombre de «résultats» potentiels de la participation sociale est présenté dans le Cadre Conceptuel (Schéma 1). La méthodologie de recherche utilisée dans cette étude ne permettait pas d'évaluer les changements survenus dans le temps, et beaucoup de ces résultats intermédiaires n'étaient pas explicitement ciblés dans la conception du guide pour les discussions des focus-groups. Cependant, de nombreuses observations spontanées faites lors des discussions de focus-groups de beaucoup de MS indiquent que ces « effets » ou résultats sont liés à la participation sociale.

7.1 Les Connaissances des Membres

Les connaissances des membres par rapport à la MS fait et comment elle fonctionne est importante pour un appui continu aux buts de la MS. Une comparaison des types de réponses données par les membres fondateurs et de celles données par les nouveaux membres montre que les nouveaux membres sont, naturellement, moins bien informés que les membres fondateurs. Dans les MS A et G qui desservent des communautés bien soudées et qui avaient développé des systèmes effectivement décentralisés pour les délégués, les zones, et les assemblées générales, les nouveaux membres étaient généralement mieux informés que dans les autres MS. Le déficit d'information majeur que les nouveaux membres ont manifesté avait trait à des aspects spécifiques des paquets des bénéfiques (quels étaient les services couverts, combien était couvert). Le déficit d'information était particulièrement problématique chez les MS qui n'avaient pas tenu d'assemblée générale récemment (D) ou chez celles où c'étaient les représentants et non l'ensemble des adhérents qui avaient assisté à l'assemblée générale (F).

7.2 La Confiance dans la MS

La viabilité de la MS dépend de la confiance dans l'institution elle-même, ses dirigeants, et les autres membres. Les mécanismes pour la transparence sont la garantie que les ressources mobilisées par la communauté pour couvrir les dépenses de

«Lorsque c'est un projet où l'on demande aux gens de donner leur argent, il faut que vous traitiez avec des personnes qui vous connaissent, qui vous font confiance.» Membre fondateur MS B

«Les dirigeants font du bon travail, ils sont intègres ... ils font toutes les démarches alors qu'ils ne sont pas payés, c'est du bénévolat.» Nouveau membre MS

santé sont utilisées à cet effet et renforcent la confiance en la MS. Les promoteurs ont fourni de la formation et des outils pour développer la transparence et la responsabilité. Bien que la transparence ne fût pas un sujet spécifique dans le guide DFG, plusieurs mécanismes ont été mentionnés spontanément, y compris une charte des MS qui définit les responsabilités de chacun, la

prise de procès-verbaux de réunions qui peuvent être examinés par d'autres, l'existence d'un cachet détenu par le Président pour s'assurer que personne ne permette que ceux qui ne paient pas puissent recevoir des soins, assurer que les cotisations soient perçues seulement par les délégués ou les directeurs, utiliser des lettres de garantie pour recevoir des services, et tenir des assemblées générales pour discuter ouvertement du budget et des recettes. Ces mécanismes ont été mentionnés presque exclusivement par des gérants ou des membres fondateurs. Bien que les membres fondateurs des MS

soient bien conscients de ces mécanismes, la confiance en la direction des MS leur paraissait d'une plus grande importance que l'existence de tels mécanismes.

Beaucoup de gens étaient sceptiques et attendaient de voir si l'institution elle-même était digne de confiance. Cependant, les discussions des focus-groups ont enregistré beaucoup de preuves que les membres avaient confiance en leurs dirigeants et que cette confiance affectait positivement la légitimité des MS. On a beaucoup parlé de

« Je suis membre de la MS, j'ai été informé depuis le début de la création de la MS mais je n'ai pas adhéré parce ce que je croyais cela ne m'irait pas loin'. » Nouveau membre MS H

« Je suis quelqu'un de très méfiant, il y a tellement d'associations au Sénégal que l'on ne s'y retrouve plus, j'ai donc observé pendant un moment et je me suis rendu compte que c'était avantageux et j'ai adhéré. » Nouveau membre, MS B

confiance dans les MS à base communautaire où le poste de dirigeant est volontaire, comme pour refléter le sacrifice ces personnes consentaient. Bien que la plupart des MS couvertes par l'étude faisaient régulièrement des élections, il y avait une tendance chez les communautés à conserver les responsables choisis au début, avec relativement peu de changements (voir la section 6.2.2), ce qui reflète la nature personnalisée de la confiance au sein de la MS. Le problème de trouver des personnes dignes de confiance a semblé jouer un grand rôle dans la façon dont les membres perçoivent le besoin de renouvellement ou d'« alternance » dans une structure de gestion. Le fait de savoir qu'ils ont le droit de remplacer les dirigeants de MS s'ils ne font pas correctement leur travail était, pour beaucoup de gens, suffisant.

« Non, [le bureau n'a pas changé.] IP est resté parce que leur travail est apprécié par les mutualistes....c'est cela nous avons constaté qu'ils n'ont à aucun moment mis en péril la MS et je pense que si le bureau doit être renouvelé nous devons renouveler notre confiance aux dirigeants qui ont abattu un tel travail. » Membre fondateur MS H

« Le Bureau [est là] depuis toujours, à chaque assemblée générale [les membres de bureau] veulent que l'on élise d'autres personnes mais ce sont les membres qui refusent parce qu'ils font du bon travail et ils ont les mains propres. » Membre fondateur MS G

« Non, nous ne laisserons pas tomber si elle devait partir un jour, nous élirons quelqu'un de sûr parce qu'elle n'est pas la seule, par exemple si elle ne mérite plus la confiance des personnes qui l'ont élue elle sera remplacée, par conséquent il n'y a pas de problème... » Nouveau membre MS B

« Ils ont déjà dit que les membres pouvaient les remplacer s'ils pensent que cela ne va pas, mais je pense que cela ne sert à rien de les remplacer rien que pour le plaisir de faire élire quelqu'un qui peut nous créer des problèmes. Etant donné que j'ai fait cinq ans avec celui-ci et que je ne sais pas ce que me réserve celui qui va venir, je préfère rester avec celui que je connais en attendant. » Nouveau membre MS G

7.3 La Pertinence de la MS par Rapport aux Besoins de la MS

La participation sociale des membres dans le fonctionnement de la MS devrait engendrer des politiques et des procédures qui reflètent les besoins et les aspirations des membres eux-mêmes. Le premier signe de pertinence se manifeste lors de la fixation de taux de cotisations à un niveau convenable pour les communautés. Toutes les MS à l'exception d'une seule (la MS B) ont pris cette décision pendant l'assemblée générale initiale et toutes les augmentations ont été discutées dans les assemblées générales ultérieures.

Cependant, dans plusieurs MS, certains membres actuels et des membres potentiels paraissaient insatisfaits du paquet des bénéfiques, en particulier dans les MS des zones urbaines quand l'hospitalisation n'est pas prise en charge. Cela reflète une aspiration non satisfaite, mais pourrait refléter aussi le manque de communication au sujet de raisons pour lesquelles l'hospitalisation n'est pas actuellement incluse dans le paquet des bénéfiques (niveau des cotisations et masse critique d'adhérents).

«Nous ne pouvons pas augmenter les cotisations parce que les populations n'ont pas assez de moyens, nous ne sommes pas dans un quartier nanti. Au début on a longtemps réfléchi sur les sommes à fixer et je peux vous dire que c'est une décision mûrie.» Membre fondateur MS H

«[L'augmentation des cotisations à 150FCFA et à 200 FCFA n'a pas fait sortir des gens de la MS] parce qu'ils savaient que leur intérêt résidait dans cette augmentation pour pouvoir par exemple être hospitalisé. On leur a bien expliqué la situation et le pourquoi de cette augmentation et ils ont compris. On en a discuté lors des assemblées sectorielles et ils ont approuvé l'idée.» Trésorier MS G

7.4 Le Sentiment d'Appropriation de la MS

Il y a un sentiment réel d'appropriation et de responsabilité de la MS, au moins parmi les dirigeants des MS à base communautaire – que ce qu'ils ont créé (et ont réussi) leur appartient, à eux et à leur communauté. Des sentiments analogues n'ont pas été exprimés dans les MS associées aux associations féminines.

«C'est se donner, c'est un geste humanitaire, même si les bailleurs nous donne des milliards, nous avons notre intelligence, notre savoir faire, notre force et notre volonté de bien faire et cela vaut plus que les milliards. Si nous les avons et que la volonté, l'honnêteté, l'engagement ne suivent pas, les termites vont bénéficier de ces milliards. Bien sûr, ce que je viens de dire pour les dirigeants et les délégués est valable pour les autres mutualistes qui parfois sont prêts à faire passer le message. La majeure partie s'est engagée, je ne peux parler de la totalité car ce serait mentir mais la majorité croit en cette MS et s'investit pour que le message passe facilement de bouche à oreille, durant les rencontres. J'aimerais que les mutualistes n'aiment pas leur MS parce qu'elle les prend en charge en cas de besoin mais parce que c'est leur avenir.» Président MS G

«Effectivement, il y a aussi une prise de conscience des mutualistes qui connaissent l'importance de la MS, ils viennent eux mêmes verser leurs cotisations. De plus il est évident que tout est clair dans cette MS, la transparence existe, les chefs d'entité ont tous les comptes, on peut vous dire combien de millions il y a dans la caisse.» Nouveau membre MS G

Dans la MS F, on a vu le cas de quelqu'un qui a vraiment pris à cœur la MS.

J'en fait partie [du bureau] mais je veux vous expliquer que grâce à la couture, j'ai pu faire de la sensibilisation. Dans la bonne humeur je leur demandais d'acheter les carnets moyennant une réduction du prix de la couture ou une couture à crédit. Par ce procédé, j'ai réussi à vendre beaucoup de carnets.

Dans les discussions des focus-groups de la plupart des MS, il y avait aussi un sentiment d'appropriation parmi les membres fondateurs qui ont fait des sacrifices pour édifier une MS fonctionnelle. Généralement, ce sentiment d'appropriation n'était pas perceptible chez les nouveaux membres, il est probable que beaucoup de nouveaux membres perçoivent la MS plus comme un moyen d'avoir accès aux soins que comme un système de solidarité.

7.5 La Solidarité

La solidarité est un principe majeur et de base du mouvement de MS. Il y a eu des témoignages de solidarité dans les DFG de chaque MS et comprenaient des aspects structurels de la solidarité intégrés dans la MS (partage des risques) mais aussi la solidarité en terme d'extension au-delà d'un groupe social limité ou vers des membres plus pauvres ou moins fortunés de la communauté.

Bien que personne dans les focus-groups n'ait utilisé le terme « partage des risques », les termes tels que « solidarité », « entraide » ou « aider les autres à bénéficier du traitement » ont été évoqués dans toutes les MS (voir l'encadré ci-dessus pour des exemples). Cependant, il faudrait noter que ces expressions de solidarité étaient plus fréquentes dans les DFG avec les membres de direction et les membres fondateurs qu'avec les nouveaux membres.

«Par ailleurs toute personne qui adhère à une MS n'aimerait pas tomber malade et bénéficier des prestations de la MS, il faut considérer que c'est une question d'entraide, de solidarité, que vous permettez à une personne qui n'en a pas les moyens de se soigner. On n'adhère pas à une MS pour se soigner mais pour aider les démunis.» Nouveau membre MS B

«La MS est une question d'entraide, un membre peut avoir une ordonnance de 5000 FCFA qu'il n'aurait pas pu acheter, ce sont les cotisations d'autres membres qui vont l'aider et il ne déboursa que 600 FCFA.» Secrétaire Général MS C

«Si vous êtes en bonne santé et que votre famille ne l'est pas vous n'avez pas la quiétude, par ailleurs la MS de santé est une question d'entraide, si par bonheur vous ne tombez pas malade, votre argent servira à soigner quelqu'un d'autre, en tant que musulmanes notre religion nous recommande cette entraide et ceci ne nous amènera que des bienfaits.» Membre MS E

«Je crois qu'il est plus intéressant de soigner quelqu'un afin qu'il revienne parmi nous plutôt que de le laisser à lui-même et de l'enterrer après sa mort, organiser des funérailles. Le but d'une MS est d'organiser l'entraide entre les personnes et je crois que pour le faire comprendre à certains il faut leur donner des preuves, des exemples patents.» Nouveau membre MS A

«...la MS a pris la décision de ne plus admettre les personnes qui ne sont pas membre de groupements...il est difficile de faire cotiser les membres des groupements, ne parlons pas d'une personne qui n'est affilié à aucun groupement. Malgré tout je peux les prendre comme bénéficiaires dans mon carnet et elles me donneront leurs cotisations régulièrement.» Membre MS E

Plusieurs MS (A, G) ont donné des preuves de l'extension réussie de la couverture de la MS à des groupes sociaux qui n'étaient pas couverts auparavant, en particulier à d'autres groupes ethniques et religieux qui en étaient exclus précédemment. Ces extensions ont quelquefois créé des tensions.

Dans la MS G, pour réaliser l'extension aux autres groupes ethniques et religieux, il a fallu surmonter de fortes résistances de la part des anciens membres. De plus, les anciens membres se préoccupaient que les nouveaux membres ne feraient pas les sacrifices que les anciens membres avaient consentis, (endurer une longue période d'attente initiale pendant les premiers membres accumuler le capital nécessaire pour démarrer la MS. Les nouveaux membres n'auraient qu'à

«Il fallait auparavant discuter avec les premiers mutualistes car ils croient que les nouveaux venus vont profiter de leur argent, il fallait expliquer à la base. Qu'une MS élargie est l'intérêt de tous. ... A l'heure actuelle, une MS ne peut plus être l'affaire d'une localité si nous voulons qu'elle soit viable, il faut qu'il y ait assez de membres pour prétendre à un certain nombre de services et répondre aux aspirations de la population.» Président MS G

« Lorsque je suis venu leur demander lors d'une réunion d'élargir la MS (d'abord aux communautés chrétiennes des autres villages), certains ont accepté, d'autres ont refusé, je n'ai pas baissé les bras, j'ai continué à les harceler jusqu'à ce qu'ils acceptent. On avait commencé par quatre personnes, mais on en est maintenant à plus de 80 adhérents et toutes les ethnies et les religions en font partie.» Membre fondateur MS G

sauter dedans pour profiter des avantages offerts. Cette tension a été résolue avec le temps, mais elle a créé quelques difficultés au moment de l'extension.

D'autres aspects de la solidarité avaient trait à l'aide aux gens moins fortunés. Des

« [Nous.] chaque mois, lui versons notre propre argent parce qu'elle nous a clairement dit qu'elle ne peut pas cotiser régulièrement [ni] acheter une ordonnance. Elle ne sait même pas d'où vient cet argent et nous le faisons parce que nous ne voulons pas qu'elle sorte de la MS. » Membre MS C

manifestations de cette forme de solidarité, quoique ne fasse pas nécessairement partie des buts de la MS, ont été constatées dans plusieurs des MS étudiées : souvent ce sont des membres individuels qui aident d'autres qui n'ont pas suffisamment de moyens pour payer leurs cotisations. La plupart des responsables de MS ont reconnu que, bien que le taux de la

cotisation ait été fixé par la communauté, cela ne signifiait pas que tout le monde en avait les moyens. Il y avait des exemples où certains membres ont payé les cotisations pour des parents qui n'en avaient pas les moyens et même pour des gens qui ne sont pas de leur famille. De plus, les MS D et E ont créé un mécanisme pour couvrir les coûts des cotisations pour un certain nombre de *talibés*⁵ qui n'avaient personne pour leur assurer l'accès aux soins de santé. Ce système, qui consiste à jouer le rôle de parrain, a permis à des gens qui en avaient les moyens, de payer les cotisations et les coûts des médicaments pour ces enfants.

« Lorsque nous avons un malade qui a hospitalisé, la gérante ou moi, lui rend visite pour s'enquérir des conditions d'hospitalisation et cela les touche énormément ... Si une femme accouche, nous leur rendons visite : le bébé et elle. Nous avons des relations sociables avec nos bénéficiaires. Si par malheur un des bénéficiaires meurt des suites d'une maladie, il n'y en a pas beaucoup mais cela arrive nous puisons de l'argent de notre caisse de solidarité et nous allons présenter nos condoléances à la famille. » Responsables MS D

Un dernier exemple de solidarité est le rôle que certains dirigeants de MS jouent en fournissant de l'appui moral à leurs membres, dans les cas de maladies et de décès.

Dans plusieurs MS, des membres et des dirigeants ont pensé qu'on devrait faire davantage pour les moins fortunés. Des discussions ont abouti à des suggestions pour un renforcement éventuel des capacités de ceux qui ne peuvent pas payer en partie ou en totalité la cotisation.

« Je voudrais parler de personnes qui aimeraient cotiser mais qui n'ont pas les moyens. Pour repêcher certains, on a du recevoir de l'argent d'un abbé Espagnol pour aider les gens à commencer, à être à jour. Il m'a envoyé au début 100 000 FCFA au nom de la MS et je l'ai partagé entre les personnes qui voulaient adhérer, mais je sais que d'autres veulent adhérer mais qu'ils n'ont pas les moyens et si on pouvait les aider ce serait bien. Je pense qu'on pouvait les aider afin qu'ils ne cotisent que les 50%. » Membre fondateur MS G

« Par ailleurs, je pense que les nantis qui sont dans la région doivent aider les pauvres qui n'ont pas les moyens d'adhérer à la MS : je parle des émigrés, des cadres qui sont ici et à DAKAR. Ils peuvent former des groupes et donner 100 000 FCFA, 200 000 FCFA et nous répartirons cet argent entre des personnes ciblées pour qu'elles puissent se soigner. » Président MS B

« [La dame dont le mari est décédé] est obligée aujourd'hui de tout prendre en charge. Si à une certaine période elle ne peut plus honorer ses engagements, cela posera problème et la caisse de la MS en ressentira les effets, il faut que l'on s'assoit pour discuter de tout cela. » Membre fondateur MS A

⁵ Les talibés sont les élèves de l'école coranique qui mendient pour obtenir de l'argent et de la nourriture:

8. Les Déterminants, la Participation et les Résultats Intermédiaires

La nature qualitative et exploratoire de cette étude ne permet pas l'analyse statistique des relations entre les déterminants, les niveaux de participation et les résultats intermédiaires, comme présenté dans le Schéma 1. Cependant, les données révèlent là où les déterminants semblent correspondre avec de hauts niveaux des différentes dimensions de participation, et des indications de résultats intermédiaires. La présentation des données (Tableau 7) sous ce format n'est pas faite pour confirmer l'association, mais plutôt pour donner des indications initiales de ces liens, qui méritent un examen plus approfondi dans des études ultérieures.

Tableau 7 : Associations Possibles entre les Déterminants, les Dimensions, et les Résultats Intermédiaires de la Participation Sociale

	Dimensions de la Participation Sociale		
	Base Sociale	Mise en place/conception	Gouvernance
Déterminants			
Approches du Promoteur		√	
Structures de la MS: Organes de gestion, décentralisation	√		√
Facteurs Communautaires: Leadership, expériences antérieures	√	√	√
Rapports avec les prestataires	√		√
Résultats Intermédiaires			
Connaissances des membres			
Confiance aux dirigeants			√
Pertinence	√		√
Appropriation	√	√	√
Solidarité sociale	√		√

A partir du Tableau 7, on peut voir que la base sociale semble correspondre avec la plupart des déterminants, à l'exception de l'approche du promoteur, et semble plus liée au leadership et à la décentralisation. Des niveaux de participation dans la mise en oeuvre/conception se constatent dans les MS avec des interventions explicites du promoteur pour structurer cette phase (par exemple, constitution de Comités d'initiative) et dans les MS où la base a de l'expérience à travailler ensemble dans d'autres activités (par exemple, prise de décisions dans les assemblées générales antérieures). Des aspects de gouvernance forts de la participation semblent se produire là où les dirigeants et les structures décentralisées sont forts aussi. L'existence de dirigeants honnêtes et compétents paraît affecter la façon dont les communautés sont disposées à participer, et le temps que cela peut prendre pour que la légitimité sociale nécessaire se développe.

En ce qui concerne les liens entre les types et les niveaux de participation sociale et les différents résultats intermédiaires, il y a des indications que la confiance semble liée à la gouvernance, mais ne semble pas liée à la base sociale ou à la mise en oeuvre/conception. La pertinence, la confiance,

l'appropriation, et la solidarité sociale semblent plus fortes dans les MS avec plus grande participation dans la gouvernance : ces MS avaient développé des mécanismes efficaces pour faire participer un plus grand nombre de gens au fonctionnement de la MS (en décentralisant beaucoup de fonctions) et pour amener un plus grand nombre de membres à assister aux assemblées générales.

Une participation limitée des acteurs externes (qui reflètent l'environnement institutionnel et réglementaire) semble décourager ceux dans les organes de la MS, et les mauvais rapports ou les comportements défavorables de certains prestataires découragent les membres. Ce découragement était évident à un certain niveau dans la plupart des MS de l'étude.

Cette étude qualitative ne permet pas de conclure que les relations indiquées dans le Tableau 7 reflètent des liens de causalité, mais elles indiquent effectivement que le cadre conceptuel méritent des études et des vérifications ultérieures.

9. Les Discussions

Le mouvement des MS a gagné en intensité dans cette décennie. La participation sociale est une composante intégrante de la MS, intégrée dans sa définition même. Son importance a fréquemment été évoquée, mais a rarement fait l'objet d'une étude. Cette recherche qualitative a cherché à élucider les niveaux de la participation sociale dans les MS qui influent sur ces niveaux de participation et les résultats qui ont émergé de ces MS qui ont un niveau considérable de participation sociale

Quelles sont les formes et l'intensité de la participation sociale des acteurs internes? Les critères présentés dans le Tableau 2 représentent une première tentative d'articuler les processus spécifiques de participation sociale escomptés dans une MS fonctionnelle. Les toutes

La participation sociale est l'indicateur de la durabilité de la MS. Elle traduit le partage et l'appropriation de la MS.» ASADEP

La participation sociale est la meilleure garantie du paiement régulier des cotisations et l'acceptation des changements de politique au sein de la MS.» USAID/Sénégal.

Comment une MS se définit-elle elle-même ?

« C'est une question de démocratie, de solidarité, de s'aider les uns les autres. Les MS doivent verser leurs cotisations régulièrement afin que la MS puisse payer les prestataires... La MS n'est pas une *tontine*, elle n'est pas lucrative. C'est une question de démocratie parce qu'on est libre d'y adhérer ou non ; personne n'y est obligé. Un simple membre a les mêmes pouvoirs de décision que le président. Nous nous concertons avant de prendre une décision. » Dirigeant, MS F (p. 39)

Pourquoi créer une MS ?

« La MS permet que la pauvreté n'empêche d'avoir accès aux soins médicaux.» Président MS C

premières MS (A, G) avaient, dans l'ensemble, des niveaux de participation plus élevés tant en ce qui concerne la solidité de leurs liens initiaux avec la communauté que de la gouvernance actuelle. Ce qui est maintenant considéré comme pratique normale en matière de participation sociale pendant les phases de mise en oeuvre et de conception ne semble pas correspondre à un désir général organique local pour développer une MS ou pour une gouvernance participative actuelle d'une MS. Il semble que l'intensité de la participation et la gamme d'individus qui participent à la gouvernance de la MS diminuent avec le temps dans beaucoup de MS.

Quelles sont les formes et l'intensité de la participation sociale des acteurs externes? La participation des acteurs externes dans les domaines où ils sont supposés contribuer, a été assez limitée. Les prestataires ont passivement participé à la promotion de la plupart des MS⁶ et les collectivités y ont joué rarement un rôle. Deux des MS de l'échantillon semblent avoir bénéficié d'une plus grande participation et d'engagement des prestataires dans la promotion de la MS, mais même dans ces cas, il n'est pas certain que les MS aient pu traduire systématiquement ces appuis en collaboration soutenue dans des domaines d'avantages ou d'intérêts mutuels en dehors des négociations de contrats et de prix.

L'Etat et les collectivités locales ont des rôles vitaux à jouer dans la promotion du mouvement des MS et dans la fourniture continue de l'appui technique, politique, et matériel pour encourager le

⁶ Une exception à cet égard est l'aide accordée par l'hôpital St Jean de Dieu et le Diocèse Catholique de Thiès, surtout pendant les moments difficiles du mouvement des MS et certaines structures sanitaires hors de la Zone de la MS A qui ont demandé spécialement que la MS intervienne dans leurs Zones

mouvement des MS. Les collectivités locales ont joué un rôle considérable dans la promotion des MS dans une région principalement, ce qui n'est le cas ailleurs. L'État, à travers le Ministère de Santé, a jusqu'ici joué un rôle vital, principalement pour vulgariser l'expérience des MS au-delà de la région de Thiès, aux autres régions par le canal de la Cellule d'appui aux Mutuelles de Santé, aux IPM et aux Comités de Santé (CAMICS) et son programme d'éducation publique. Le gouvernement central a aussi voté une loi sur les MS, mais peut-être parce que l'instrument réglementaire de sa mise en oeuvre (le décret d'application) n'est pas encore signé, son effet n'est pas encore perceptible ou apprécié au niveau de la base.

Comment est-ce que les structures de gestion et de gouvernance de MS se situent par rapport à la participation sociale? Les structures clés qui sont supposées faciliter la participation sociale dans les MS de l'étude sont le Comité d'initiative dans la phase qui précède la mise en place, ensuite l'assemblée générale, le conseil d'administration, le bureau de la MS, et le comité de surveillance une fois que la MS commence à fonctionner. La plupart des MS de l'étude ont semblé avoir des dirigeants forts et dignes de confiance, et disposaient de la plupart des structures de gestion mentionnées, bien que les comités de surveillance soient fréquemment non - fonctionnels. Cependant, avoir simplement des structures en place ne veut pas dire que cela engendre nécessairement une grande participation. La plupart des MS continuent à être dirigées par le même petit groupe de gens, et ne sont pas souvent capables de mobiliser l'ensemble de leurs membres. Plusieurs MS avaient développé des plans innovateurs pour décentraliser les organes de gestion et de décisions politiques au niveau de la zone et du village. Les dirigeants de MS qui avaient compris la nécessité de faire participer les nouveaux membres au même titre que les membres fondateurs ont fait des efforts délibérés pour combler cette lacune par la sensibilisation bien ciblée afin d'améliorer les connaissances, les compétences, et la confiance des nouveaux membres.

Comment est-ce que les facteurs communautaires pré-existants facilitent ou inhibent-ils la participation sociale? Bien que l'étude n'ait pas décelé d'évidences directes de la façon dont les facteurs pré-existants ont contribué à la participation sociale dans le fonctionnement de la MS, les données disponibles suggèrent que des facteurs tels qu'un leadership fort et l'expérience antérieure dans les organisations sociales semblables ont un lien avec une grande participation sociale. Les MS A, E, et G qui présentent de hauts niveaux de participation sociale, de solidarité et de confiance, avaient aussi de l'expérience antérieure pertinente dans des organisations semblables.

Quels sont les résultats de la participation sociale dans les MS? Les commentaires spontanés de participants de DFG ont permis d'avoir des évidences que les connaissances, la confiance, la sensibilité, l'appropriation, et la solidarité sont plus présentes dans les MS participatives. Les MS ayant une base sociale et une gouvernance fortes semblent avoir une plus grande performance en terme de connaissances des membres, de confiance, de pertinence, d'appropriation, et de solidarité. Les effets de la participation dans la phase de conception et de mise en oeuvre de la MS ne semblaient pas être clairement liés à ces résultats intermédiaires, ce qui implique que bien que les processus participatifs puissent être utilisés pendant les phases préliminaires, il ne s'ensuit pas nécessairement une gouvernance participative.

Parfois, comme dans l'exemple de la MS G, la confiance était limitée aux gens du même groupe ethnique ou religieux. Ce genre d'exclusion pourrait empêcher l'extension de la MS.

Une autre dimension importante de la solidarité sociale a été constatée dans la compassion qui se manifeste entre les membres de la MS en cas de maladie. Ce comportement est basé sur la réciprocité plutôt que sur la charité et indique l'existence d'un sens de solidarité sociale entre les membres de la MS. Ce concept semble être assez bien compris (et accepté) par les membres fondateurs de la MS, mais moins bien compris par les nouveaux membres.

Notes d'avertissement au sujet de la participation sociale : Da Chunha et Pena (1997) font observer que « la participation peut rendre l'assistance pour le développement plus efficace, mais elle fonctionne mieux pour les groupes qui sont déjà participatifs ... les discussions relatives à la participation ne doivent pas ignorer les questions de pouvoir politique, pouvoir local, populisme, et représentation ... Ils ne peuvent pas éviter la pression qu'un groupe dominant peut exercer pour imposer des solutions qui sont moralement inacceptables ». Cette question a été mise en évidence dans les discussions du rôle des structures sociales ou des associations existantes dans la participation sociale dans les MS. Les grandes associations fortes ont beaucoup d'avantages qui peuvent s'avérer particulièrement cruciaux dans le processus de mise en place de la MS : un pool de compétences et de leaders expérimentés, une base fiable pour recruter des membres aussi bien que des canaux pour atteindre ces membres, des ressources pour le travail de mobilisation initiale, des mécanismes solides d'organisation et de partage d'informations, et l'existence de structures de solidarité parallèles telles que des clubs de crédits et d'épargne, etc.⁷. Cependant, beaucoup d'associations qui opèrent au niveau communautaire avaient une réputation quelque peu douteuse et cela a produit une prudence méritée dans la participation aux MS. En outre, bien que qu'il n'en existait pas dans les huit MS couvertes par l'étude, certains dirigeants de l'association mère d'autres MS étaient peu disposés à accepter le fonctionnement d'organes démocratiques au sein de la MS parce qu'ils craignent que ces organes ne soient une menace à leur autorité et à leur contrôle. Cela peut mener à des tensions et dans le pire des cas, à des conflits ouverts qui peuvent s'avérer désastreux pour la MS.

Les divers mécanismes structurels qui ont été constamment préconisés pour la gestion participative des MS – comités de gestion, conseil d'administration, comités de surveillance – semblent difficiles à faire fonctionner au niveau d'une communauté. Beaucoup de MS n'ont pas pu tenir des réunions régulières de leurs organes, et, en fin de compte, beaucoup parmi les MS couvertes par l'étude ont fonctionné avec un bureau élargi, ou un conseil d'administration et un bureau fusionnés en une structure, et souvent, c'était une poignée de personnes dynamiques qui menaient les activités au lieu de l'ensemble des membres du comité. Cela pose la question de savoir si ce qui est préconisé est vraiment convenable pour une gestion communautaire basée sur le volontariat⁸.

⁷ La dispersion de leurs membres peut cependant créer des problèmes pour la gestion de la sensibilisation.

⁸ Ces mêmes pratiques ont été observées dans d'autres types d'organisations communautaires et pas seulement dans les MS.

10. Les Orientations Futures

La participation sociale est cruciale pour le fonctionnement d'une MS - elle facilite l'appropriation et l'engagement nécessaires pour le paiement continu des cotisations et pour la prise de décisions de gestion qui reflètent les besoins et les aspirations des membres. Les résultats de cette étude indiquent des aspects sur lesquels les MS, leurs promoteurs, et d'autres acteurs externes doivent se concentrer si ce mouvement doit de façon continue servir de mécanisme fonctionnel pour assurer l'accès aux soins de santé à une partie de la population qui a actuellement des difficultés à payer les services de santé. Bien que cette étude ne puisse pas répondre de façon définitive à la question de savoir si l'expansion rapide des MS peut permettre la création d'organisations viables et soutenables, elle indique tout de même que l'attention à la participation sociale pendant toute la durée de la MS est cruciale et qu'il n'y a pas eu une réflexion approfondie sur cet aspect.

En examinant les huit MS couvertes par l'étude, on peut voir que les efforts dans le cadre du mouvement des MS au Sénégal, souvent avec l'appui des promoteurs, ont réussi à créer des mécanismes et des stratégies pour engager les membres fondateurs dans le processus de conception et de création des MS. Cependant, il peut y avoir des craintes quant à la viabilité et à la pérennité institutionnelles des MS formées, étant donné que la participation sociale initiale semble décliner généralement avec le temps, et les nouveaux membres n'affichent pas le même niveau d'engagement et de compréhension que les membres fondateurs. Cela soulève la question de savoir comment assurer de hauts niveaux continus de participation sociale dans le fonctionnement des MS. La participation sociale qui découle du processus organique de développement des MS ne peut pas se maintenir sans efforts délibérés. Quelques stratégies pour parvenir à ce but sont esquissées ci-dessous.

10.1 Implications pour les MS

Les MS devraient entreprendre des discussions ouvertes pour identifier les voies et moyennes de maintenir et d'augmenter la participation sociale, tant au niveau des membres fondateurs que des nouveaux membres. L'expérience montre qu'on ne peut présumer que les niveaux initiaux de participation sociale des acteurs internes se maintiendront sans baisse, ou que les nouveaux membres seront aussi engagés que les membres fondateurs.

Les expériences mises en lumière dans cette recherche indiquent qu'il doit y avoir des mécanismes qui peuvent être utilisés (et devraient être encouragés) pour prévenir la baisse dans la participation sociale qui se produit après le processus de création. La décentralisation des activités de gestion de la MS (recouvrement des cotisations, lettres de garantie, paiement des prestataires locaux) semble efficace pour accroître le nombre de personnes compétentes qui opèrent dans la MS et pour rapprocher les renseignements et la communication des membres (GRAIM, 2002). La décentralisation de l'assemblée générale (soit à travers des opérations zonales ou à travers des assemblées sectorielles) semble également être efficace pour accroître la participation. Ces types d'initiatives semblent à la fois favoriser la participation sociale et réaliser de meilleurs résultats dans le recrutement de membres et le taux de recouvrement des cotisations.

10.2 Implications pour les Promoteurs et l'État

L'accroissement de la participation sociale exige aussi l'attention des promoteurs. A la fois par la recherche et par l'assistance technique, les promoteurs des MS peuvent, en collaboration avec l'État, faire une contribution considérable au développement et à la promotion de stratégies et d'outils qui facilitent la participation sociale continue des acteurs internes. La définition claire des rôles et l'existence de cadres de collaboration avec les prestataires, les comités de santé et les autorités locales aideraient à instaurer des rapports productifs qui favorisent le mouvement des MS d'une manière constructive. Ceci est important pour établir des relations de confiance entre les divers acteurs internes et externes (Schneider, 2004). La définition d'une MS est que c'est une organisation autonome; l'autonomie ici fait référence à son auto-gouvernance, pas nécessairement à sa capacité d'être complètement autosuffisante. Pendant que le besoin pour de l'assistance technique est largement accepté pour la création et l'extension des MS, il y a aussi un besoin pour de l'assistance politique et financière (telle que l'espace de bureau, la subvention des cotisations pour les familles démunies) pour assurer leur viabilité et leur capacité à servir leurs communautés entières (et pas seulement ceux qui sont aisés).

Il est clair que le rôle des promoteurs et de l'assistance technique pourrait aller au-delà de la première assemblée générale. Les promoteurs ont besoin d'explorer comment leurs ressources peuvent mieux être utilisées pour encourager la participation sociale continue des acteurs internes et externes en fournissant les formations aux prestataires et aux autorités locales, en aidant les MS à décentraliser efficacement leurs opérations une fois qu'elles atteignent une certaine dimension.

Le mouvement des MS semble servir de mécanisme capable de réduire le risque financier d'accéder aux soins de santé à beaucoup d'habitants des zones urbaines et rurales du Sénégal. Cependant, les résultats de cette étude indiquent que l'extension rapide de ce mouvement risque de ne pas atteindre ses objectifs d'organisations communautaires d'assurance- maladie pérennes les et viables, si tous les acteurs concernés ne reconnaissent pas le rôle crucial de la participation sociale et concentrent leur attention sur la promotion de mécanismes visant à maintenir la participation sociale.

Annexe A : Les Guides Utilisés pour les Discussions des Focus-groups

a) Guide d'entretien destiné aux dirigeants des mutuelles

1. D'où est venue l'idée de création de la mutuelle et comment la mutuelle a-t-elle été créée ?

- ▲ Si la mutuelle a été créée à partir d'autres associations, comment ces associations fonctionnaient-elles ?
- ▲ Approfondir la question du rôle que les initiateurs de la mutuelle ont au sein de la communauté (relations avec les leaders de la communauté et avec les autorités politiques)

2. Quelles ont été les étapes de création de la mutuelle ? (Approfondir cette question jusque dans les détails). A chaque étape quels sont les membres qui ont été impliqués et quel a été leur type d'implication ?

3. Comment la mutuelle est-elle gérée? Comment le bureau et les autres organes sont élus ? combien de fois y a-t-il eu élection des organes ? Comparer la composition des organes d'une élection à l'autre ; S'informer sur les raisons des permanences ou des changements éventuels.

4. Comment les différents membres participent-ils à la prise de décision et aux activités quotidiennes (dirigeants/membres simples) ? Prendre assez de temps pour les réponses et pour la clarification de cette question avant de continuer. Approfondir la question en évoquant la participation aux réunions, aux sessions de formation, aux activités de sensibilisation et autres. Chaque fois, s'intéresser au pourcentage de membres impliqués.

5. A votre avis, une plus grande participation des membres a-t-elle des incidences sur le fonctionnement de la mutuelle, Lesquelles ? Donnez des exemples.

b) Guide d'entretien destiné aux membres des mutuelles

1. D'où est venue l'idée de création de la mutuelle et comment la mutuelle a-t-elle été créée ? Si la mutuelle a été créée à partir d'autres associations, comment ces associations fonctionnaient-elles ? Approfondir la question du rôle que les initiateurs de la mutuelle ont au sein de la communauté (relations avec les leaders de la communauté et avec les autorités politiques).

2. Quelles ont été les étapes de création de la mutuelle ? A chaque étape quels sont les membres qui ont été impliqués et quel a été leur type d'implication ?

3. Comment la mutuelle est-elle gérée ? Comment le bureau et les autres organes sont élus ? combien de fois y a-t-il eu élection des organes ? Comparer la composition des organes d'une élection à l'autre ; S'informer sur les raisons des permanences ou des changements éventuels.

Approfondir en demandant si on peut en savoir plus sur les dirigeants de la mutuelle (noter que dans un focus group, certains peuvent avoir peur d'apparaître comme des délateurs).

4. Comment les différents membres participent-ils à la prise de décision et aux activités quotidiennes (dirigeants/membres simples) ? Prendre assez de temps pour les réponses et pour la clarification de cette question avant de continuer. Approfondir la question en évoquant la participation aux réunions, aux sessions de formation, aux activités de sensibilisation etc. Chaque fois, s'intéresser au pourcentage de membres impliqués. Voir s'il n'y a pas d'autres formes par lesquelles les membres participent à la vie et au développement de la mutuelle.

5. Comment êtes vous informés sur la marche de la mutuelle (pour voir s'ils sont réellement informés)? A la prise de quelles décisions participez-vous ? Avez vous le moyen d'influer sur les décisions majeures relatives à la mutuelle ? Comment ?

6. A votre avis, une plus grande participation des membres a-t-elle des incidences sur le fonctionnement de la mutuelle, Lesquelles ? Donnez des exemples.

c) Guide d'entretien destiné aux prestataires de service

- ▲ De quand datent vos relations avec la mutuelle ?
- ▲ Quelles sont les relations que vous entretenez avec la mutuelle ?
- ▲ Que savez-vous du processus de conception et de développement de la mutuelle ?
- ▲ Avez-vous été impliqué à certaines étapes de la conception et du développement de la mutuelle ? Comment ?
- ▲ Pour ce que vous en savez, qu'en a-t-il été de la participation sociale aux différentes étapes du développement de la mutuelle ?
 - a. Peut-on dire que les membres sont réellement impliqués dans les activités de la mutuelle ?
 - b. Comment les dirigeants ont-ils été choisis ?
 - c. Comment se prennent les décisions ?
 - d. Quel est le rôle des femmes dans la mutuelle ? Participent-elles à la prise des décisions ? Comment ?
 - e. A votre avis, une plus grande participation des membres a-t-elle des incidences sur le fonctionnement de la mutuelle, Lesquelles ? Donnez des exemples.
- ▲ Quels sont les résultats produits par les activités des mutuelles,
 - a. en termes de réduction de la fraude et des détournements
 - b. en termes d'amélioration de l'offre et de la couverture sanitaire
 - c. en termes d'amélioration de la qualité de service
 - d. en termes d'accroissement de l'utilisation des services
 - e. en termes d'accès des pauvres et des populations mal desservies aux services

Annexe B : Les Caractéristiques des Huit MS de l'étude

MS	A	B
Organisation promotrice	PHR <i>plus</i> : l'assistance est venue bien après le démarrage, en appuyant le processus de décentralisation déjà en cours	PHR <i>plus</i> : assistance dans la conception, l'étude de faisabilité, la formation, l'appui continu
Date de démarrage	Pas d'étude de faisabilité 1997 cotisations collectées (18 mois) 1998 rencontres des membres 9/1998 Assemblée Générale 10/1998 Les services commencent Les AG sont annuelles	AG 1/2002
Composition du Comité d'initiative	Comité d'initiative informel, initialement formé par des ex-membres du bureau d'une MS existante, mais graduellement élargi aux délégués des quartiers participants	Représentants des diverses associations et groupements féminins de la zone
Type de MS	MS à base communautaire rurale (hommes et femmes)	MS communautaire urbaine (hommes et femmes)
Nb. membres	998 membres	304 membres
Nb. bénéficiaires	6300)	913 bénéficiaires
% membres à jour	50%	27%
Adhésion (coût livret d'adhésion)	1650 FCFA + 1500 F pour les photos	200 F/bénéficiaire
Cotisations Régulières par bénéficiaire (mensuelle)	200 FCFA	200 FCFA
Services offerts et partie couverte par la MS.	60% des frais pour les soins primaires 50% coûts hospitaliers.(jusqu'à. 10 jours) y compris Césarienne, chirurgie, curetage La MS prend tout en charge, et le membre rembourse 50%	Au poste de santé, les membres de la MS paient 625 FCFA pour le ticket, la consultation, et les médicaments. Ceci est basé sur un coût fixe de 1250 FCFA (la MS paie les 50%). Au centre de santé et à l'hôpital – 50% couverts par la MS pour l'hospitalisation, les analyses, les médicaments essentiels (sans limite sur la durée du séjour)
Délai d'attente	18 mois	
Source des soins	12-13 centres de santé et un hôpital qui accorde une réduction de 45% du coût d'hospitalisation et 25% des coûts de chirurgie	Poste de santé, centre de santé, et hôpital régional
Population dans la zone de rayonnement	60 villages dans quatre communes rurales	
Bureau / comité exécutif	Huit zones, chacune avec un gérant et un conseil d'administration qui perçoit une petite motivation La plupart des postes de dirigeants sont tenus par des hommes	Volontaire Le président est une femme, tandis que le genre du reste des organes de direction est mixte.

MS	C	D
Organisation promotrice	PHR <i>plus</i> : assistance dans la conception, l'étude de faisabilité, la formation, l'appui continu	BIT-STEP : activités de formation et de sensibilisation, plus une somme pour le démarrage
Date de démarrage	AG en 2002	AG 10/1998
Composition du Comité d'initiative	Représentants des divers quartiers	Représentants des divers groupements féminins qui forment l'association mère
Type de MS	MS communautaire rural (hommes et femmes)	MS urbaines pour les membres des groupements féminins, mais accepte les femmes qui participent dans leur caisse d'épargne
Nb. membres	486 membres	101 femmes membres
Nb. bénéficiaires	1029 bénéficiaires	2275 (hommes, enfants, femmes) – jusqu'à 15 bénéficiaires par membre
% membres à jour*	42%	48%
Adhésion (coût livret d'adhésion)	500 FCFA	1200 FCFA
Cotisations régulières par bénéficiaire (mensuelle)	160 FCFA	200 FCFA
Services offerts et partie couverte par la MS.	600 FCFA pour les soins prénataux, les accouchements, les vaccinations ou les services curatifs en employant les médicaments disponibles au poste de santé. Ceci est basé sur le coût fixe de 2,040 FCFA, dont les 70% sont pris en charge par la MS.	MD consulte L/J au bureau de l'association (à 500F), 100% des soins curatifs de base, des soins pré-/post-natals, radio, sonogramme, analyses, hospitalisation (7-10 jours) au centre de santé, 50% (médicaments non génériques) des coûts des prescriptions, médicaments génériques vendus au bureau de la MS
Délai d'attente	3 mois	
Source des soins	Un poste de santé	4 centres de santé; 1 clinique de santé familiale
Population dans la zone de rayonnement	13 villages	2800 membres d'association au démarrage de la MS
Bureau / comité exécutif	Volontaire Le président est une femme, le genre du reste des organes de direction est mixte.	Gérant de la MS et des animatrices (pour la vente des médicaments) payés par l'association; les animateurs de l'association aident pour la sensibilisation Tous les membres des organes de gestion sont des femmes

* Données sur les membres (nombre de membres et les bénéficiaires, et le taux de recouvrement des cotisations) rassemblées par PHR*plus* indépendamment des DFG en 2004

MS	E	F
Organisation Promotrice	BIT-STEP : activités de formation et de sensibilisation, brochures	BIT-STEP : formation pour l'étude de faisabilité et autres formations
Date de démarrage	1998 Assemblée Générale 1999 AG extraordinaire 2002 Deuxième AG	12/2000 AG 6/2001 services commencent AG chaque année
Composition du Comité d'initiative	Représentants des divers groupements féminins qui forment l'association mère	Représentants des divers groupements féminins qui forment le réseau des groupements féminins
Type de MS	MS urbaine et rurale pour les membres des associations de groupements féminins, mais comprend maintenant les femmes qui participent dans leur caisse d'épargne	MS urbaine pour les groupements féminins
Nb. membres	954 membres	196 femmes membres
Nb. bénéficiaires	3030 (hommes, enfants, femmes) – jusqu'à 15 bénéficiaires par membre	337 (hommes, enfants, femmes) – jusqu'à 18 bénéficiaires par membre
% membres à jour*	70%	11%
Adhésion (coût du livret d'adhésion)	1200 FCFA	1000 FCFA
Contributions régulières par bénéficiaire (mois)	200 FCFA	200 FCFA
Services couverts	100% de l'hospitalisation jusqu'à 12 jours, 50% des coûts des médicaments. (essentiels et de marque) s'ils sont achetés par la MS, 40% des coûts de l'accouchement, 50% sonagrammes, et 100% des soins prénataux	100% pour les consultations, 50% pour les analyses et les médicaments essentiels, 100% pour l'accouchement normal, jusqu'à 50,000F pour les accouchements compliqués.
Délai d'attente	3 mois	3 mois
Source des soins	Hôpital de Mission (qui accorde des réductions sur les services), 3 centres de santé, 3 postes de santé, 2 pharmacies (l'hôpital régional sera ajouté bientôt)	Centre de santé
Population dans la zone d'influence	Approximativement 3000 membres d'association mère au démarrage de la MS	40,000 habitants; 14 quartiers
Bureau / comité exécutif	Le gérant de la MS et des assistants (pour la vente des médicaments) sont payés par l'association; les animateurs de l'association aident dans la sensibilisation (une partie du transport, payé seulement jusqu'en 2004 par l'association) Tous les membres des organes de direction sont des femmes	Tout, volontaire Tous les membres des organes de direction sont des femmes

* Données sur les membres (nombre de membres et les bénéficiaires, et le taux de recouvrement des cotisations) rassemblées par PHRplus indépendamment des DFG en 2004.

MS	G	H
Organisation Promotrice	PROMUSAF : L'aide est venue bien après le démarrage – allocation de fonds pour un bureau	PROMUSAF : formation, sensibilisation, carnets (bénéficiait de l'aide d'une ONG locale auparavant)
Date de démarrage	Pas d'étude de faisabilité 1/1994 2/1996 services commencent Assemblée Générale chaque année	2/1999 GA 7/1999 Deuxième AG 11/1999 – services commencent Autres AG pour la for re-élection du bureau, la sensibilisation, et la relance de la MS
Composition du Comité d'initiative	Comité d'initiative Informel comprenant l'Association des Jeunes et d'autres parties intéressées	Représentants des diverses associations et des groupements féminins du quartier; le président actuel ne faisait pas partie du Comité d'initiative.
Type of MS	MS communautaire rurale (hommes et femmes)	MS communautaire urbaine (hommes et femmes)
Nb. membres	372 membres	206 membres (101 hommes et 104 femmes)
Nb. bénéficiaires	1732 bénéficiaires	1030 bénéficiaires (jusqu'à 5 bénéficiaires)
% membres à jour	71%	27%
Adhésion (coût du livret d'adhésion)	1000 FCFA	1000 FCFA
Contributions régulières par bénéficiaires (mensuellement)	200 FCFA	500 FCFA (pour 5 bénéficiaires, soit 100 FCFA par bénéficiaire)
Services couverts	50% des coûts des soins (45% à l'hôpital jusqu'à 15 jours, chirurgie et analyses 40%) La MS paie et les membres remboursent leur part, mêmes pour les services non couverts par la MS.	Toute les services jusqu'à 2,000 FCFA (y compris les médicaments). En plus de cela, la MS paie et le membre rembourse. Les membres ne paient le ticket.
Délai d'attente	1 an	5 mois
Source des soins	Hôpital Mission (qui accorde une réduction); 3 dispensaires	Poste de Santé et le poste de santé de la garnison militaire
Population dans la zone d'influence	Tout le monde est couvert dans les deux premiers villages – couvre 4 villages	20,000
Bureau / comité exécutif	Volontaire Tous les membres des organes de direction sont des hommes sauf un	Volontaire Les postes des organes de direction sont tenus soit par des femmes ou des hommes.

Annexe C : Les Dimensions de la Participation Sociale dans les MS

a) Critères en rapport avec base sociale de la MS

Base sociale de la MS – origines intégrées dans la communauté cible : que les origines du MS sont intégrées dans la communauté cible, de telle sorte qu'elle ait le sentiment de propriété de l'idée et du processus de démarrage.

Base sociale de la MS : inclusivité des membres actuels : que l'adhésion à la MS soit ouverte à toute personne de la zone de rayonnement du projet qui souhaite y adhérer, que l'adhésion ne soit pas contraignante et que le sentiment de solidarité sociale puisse émerger.

b) Critères en rapport avec la participation dans la conception et le développement de la MS

L'étude de faisabilité : qu'un grand nombre de personnes sont dotées de compétences, de l'expérience, et des connaissances sur les données collectées sur la communauté.

Définition des scénarii : qu'un grand nombre de personnes travaillent avec les données sur la communauté et les prestataires, les interprètent, et réfléchissent à une gamme d'options de manière à comprendre la relation entre les cotisations et le contenu du paquet des bénéfices.

Les décisions politiques initiales : qu'une grande proportion des membres est informée sur les multiples scénarii et qu'ils comprennent aussi les avantages comparatifs.

Sensibilisation : que les membres dans l'ensemble se sentent assez engagés par rapport à la MS et collaborent pour y faire adhérer de nouveaux membres et retenir les anciens membres et, qu'ils considèrent ces activités comme leur responsabilité.

c) les Critères en rapport avec la gouvernance de la MS

Autonomie de la MS : que les membres prennent des décisions sur les dispositions convenues (bénéfices, frais, structure, poste de direction, prestataires, etc.), sans contrôle externe, de telle sorte que ce soient les membres eux-mêmes qui prennent les décisions relatives à la MS et non des personnes ou organes externes (par exemple, ceux d'un organe plus vaste auquel la MS est liée mais dont les participants ne sont pas membres de la MS).

La prise de décisions de gestion opérationnelles : que le nombre de gens qui prennent des décisions opérationnelles est aussi élevé que possible – que les organes de gestion sont complètement opérationnels et que les réunions se tiennent régulièrement pour un partage d'information (comité exécutif et conseil d'administration).

Fréquence d'élections : que les membres ont des opportunités fréquentes/régulières de changer ou confirmer leurs dirigeants et de demander des comptes à ceux qui sont en poste et à ceux qui quittent leur poste.

Fréquence d'assemblées générales : que les membres ordinaires ont l'opportunité de s'exprimer ouvertement sur la façon dont les affaires de la MS sont gérées.

Fréquence des rapports d'activités aux membres : que les membres ont des renseignements sur les activités et la performance de la MS, de telle sorte qu'il y ait responsabilisation et que les membres puissent effectivement participer aux affaires de la MS.

Présentation de rapports aux membres : que les membres peuvent accéder aux renseignements sur les activités et la performance de la MS de telle sorte qu'ils puissent les absorber et les interpréter (que les rapports sont présentés sous une forme que les membres peuvent comprendre).

Résoudre les problèmes et les questions des membres : que les membres communiquent leurs questions aux dirigeants et que leurs inquiétudes et suggestions sont entendues et discutées.

Les décisions politiques en cours : que les décisions politiques en cours (changements dans les cotisations, paquets des bénéficiaires, prestataires, ou extension de l'adhésion au-delà de la communauté cible initiale) sont discutées et complètement décidées avec les membres dans leur ensemble.

Annexe D : Bibliographie

- Arhin-Tenkorang, Dyna. 2001. *Health Insurance for the informal Sector in Africa : Design Features, Risk Protection, and Resource Mobilization*. World Bank, HNP Discussion Paper September 2001.
- Atim, C. 1998. *Contribution of Mutual Health Organizations to Financing, Delivery, and Access to Health Care : Synthesis of Research in Nine West and Central African Countries*. Technical Report. Bethesda, MD : Partners for Health Reform.
- CAS/PNDS/Partenariat, Ministère de la Santé, République du Sénégal. July 2004. *Plan Stratégique de Développement des Mutuelles de Santé au Sénégal*.
- Criel, B. and Waelkens M. 2003. “Declining subscriptions to the Maliando Mutual Health Organization in Guinea-Conakry (West Africa) : What is going wrong?” *Social Science and Medicine* 57 : pp. 1205-1219
- Da Cunha P. V. and Pena M.V.J. 1997. *The limits and merits of participation*. Policy Research Working Paper. Washington, DC : World Bank.
- Eyre R. and Gauld R. 2003. “Community participation in a rural community health trust : the case of Lawrence, New Zealand.” *Health Promotion International* 18(30 Sept 2003) : pp 189-197.
- GRAIM : Coordination Régional des Mutuelles de Santé de la Région de Thiés et de Diourbel. 2002. *Décentralisation et gestion démocratique : Compte Rendu d'atelier*. Sénégal, 26-27 février 2002.
- Massiot, N. 1997. *Contribution actuelle et potentielle des Mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé*. Dakar : Cas du Sénégal.
- Rifkin, S, Muller F, and Bichmann W. 1988. “Primary Health Care : On Measuring Participation.” *Social Science and Medicine* 26(9) : pp 931-940.
- Sachs, Jeffrey D. 2001. *Macroeconomics and Health : Investing in Health for Economic Development*. Report of the Commission on Macroeconomics and Health. Geneva : World Health Organization.
- Schneider, P. 2004. “Trust in Micro Health Insurance : An exploratory study in Rwanda.” Draft submitted for publication.
- Tikare, S, Youssef, P, Donnelly-Roark, and Shah, P. 2001. “Organizing Participatory Processes in the PRSP” In PRSP Sourcebook. Washington DC : World Bank.