Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 5 (1)
ISSN :1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 2 December 2022
Accepted, 6 January 2023
Published, 14 January 2023
http://www.revue-rasp.org

Type d'article: Recherche

La couverture maladie universelle au Sénégal : quand les facteurs socio-économiques expliquent l'adhésion et le recours aux mutuelles de santé à Ziguinchor (Sénégal)

Mamadou Aguibou DIALLO
Département de sociologie, Université Assane Seck de Ziguinchor, Sénégal
Email : madiallo@univ-zig.sn

RÉSUMÉ
Cet article s'intéresse aux rôles des perceptions socio-économiques dans l'adhésion et le recours à la Couverture Maladie Universelle (CMU) à Ziguinchor. En effet, la CMU est un programme national d'assurance santé lancé en 2013 par le gouvernement du Sénégal. Ce programme s'appuie sur les mutuelles communautaires de santé pour s'étendre et se développer. La CMU offre aux populations exclues du système de protection sociale un accès financier aux soins et structures de santé par le moyen d'une assurance santé subventionnée par l'Etat. S'appuyant sur une enquête par questionnaire auprès de 150 chefs de ménage, l'étude montre que les facteurs socio démographiques n'ont pas d'effet sur l'adhésion à la Couverture maladie Universelle à Ziguinchor. Au contraire, cette recherche montre d'une part qu'il y a un lien entre l'existence de besoins de soins dans le ménage et l'adhésion et d'autre part, les dimensions socio-économiques sont très importantes pour l'adhésion et le recours aux services de la Couverture Maladie Universelle.
Mots clés : adhésion, couverture maladie universelle, mutuelles de santé, perceptions, recours, Ziguinchor

Universal health coverage in Senegal: when socio-economic factors explain membership and use of mutual health insurance in Ziguinchor (Sénégal)

ABSTRACT
This article focuses on the roles of socio-economic perceptions in adherence to and use of Universal Health Coverage (UHC) in Ziguinchor. Indeed, the UHC is a national health insurance program launched in 2013 by the government of Senegal. This program relies on community health mutuals to expand and develop. It offers populations excluded from the social protection system financial access to health care and structures through subsidized health insurance. Based on a questionnaire survey of 150 heads of household, the study shows that socio-demographic factors have no effect on adherence to Universal Health Coverage in Ziguinchor. On the contrary, this research shows on the one hand that there is a link between the existence of care needs in the household and adherence and on the other hand, the socio-economic dimensions are very important for adherence. and the use of Universal Health Coverage services.
***Keywords**: membership, universal health coverage, health mutuals, perceptions, recourse, Ziguinchor*

1. INTRODUCTION

Pour l'Organisation Mondiale de la Santé la couverture sanitaire universelle consiste à veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès aux services préventifs, curatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont elle a besoin et à ce que ces services soient de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières pour les usagers (Nauleau, Destremau, et Lautier, 2013). La Couverture Santé Universelle est reconnue par les Nations-Unies comme étant un volet très important pour toute société ou Etat qui aspire à un développement socio-économique durable. Car, la santé a un coût et une population exposée aux maladies est vulnérable. Aussi, les problèmes de santé arrivent bien souvent sans que l'on s'y attende et il est difficile de les prédire, du moins avec certitude. Il est également difficile de prévoir les sommes qu'il faudra débourser pour se soigner (Lefèbvre et Pestieau, 2017). C'est pourquoi les Nations-Unies dans le cadre des Objectifs du Développement Durable considèrent que permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge sont des conditions essentielles au développement durable. En outre, la Banque Mondiale estime que l'instauration de la couverture universelle et de l'équité en matière de santé est l'élément indispensable à la réalisation des objectifs mondiaux visant à éliminer l'extrême pauvreté d'ici à 2030 et à stimuler une prospérité partagée. Aussi, l'Organisation Mondiale de la Santé reconnaît la santé comme une priorité du développement et la couverture universelle en matière de santé constitue le concept le plus efficace que la santé publique puisse offrir.

Sur le plan théorique, les études socio-anthropologiques sur la couverture santé (ou maladie) universelle s'inscrivent dans une analyse globale de la vulnérabilité socio-sanitaire, de la justice sociale, de la protection sociale et de l'Etat-providence.

Pour les sociologues Gosta Esping-Andersen (2007) et François-Xavier Merrien (2007), les protections sociales sont du domaine de l'Etat-Providence. Ces dernières dépendent de la place que les individus occupent dans la hiérarchie de la division sociale du travail dans les sociétés contemporaines occidentales. L'offre de protection s'appuie sur le statut et la position de l'individu dans la société. Elle est généreuse pour ceux qui peuvent se l'offrir et répulsive pour les plus démunis ou les plus vulnérables. Il se pose ainsi des questions d'équité et d'égalité (Paul, 2019). Cependant, avec la couverture santé universelle, l'équité est garantie par le fait que tous les assurés reçoivent la même couverture (Grignon, 2002). C'est un principe de justice sociale très souvent assuré par le droit. Seulement, sous couvert d'un objectif considéré comme dé-politisé et technocratique pour atteindre la justice sociale, ce sont des considérations marchandes de la santé qui sont véhiculées (Fillol, Gautier, et Ridde, 2021) dans le cadre de la couverture universelle. Ce qui pourrait expliquer le non recours à la Couverture Maladie Universelle (CMU) observé dans certains pays occidentaux (Math, 1996).

Par ailleurs, des chercheurs comme Jean-Pierre Olivier de Sardan et Valéry Ridde (2012 ; 2014) vont s'intéresser au développement de la couverture santé universelle en Afrique subsaharienne en analysant les politiques de gratuité et en montrant les échecs récurrents, les défis et les contradictions qui empêchent certains pays ouest africains (Burkina Faso, Mali et Niger) de mettre en place un système de couverture sociale performant et pérenne. Ces défis concernent aussi bien la mise en place d'un système de protection sociale adéquat, généreux et performant que son extension à tous les citoyens (Diallo, 2020).

Au Sénégal, la couverture santé universelle est inscrite dans le programme national de couverture maladie universelle mise en place en 2013. Ce programme a pour objectif de faciliter l'accès financier aux soins et structures de santé des personnes ayant souvent de faibles revenus par leur intégration dans un système de mutualité santé pour leur permettre de bénéficier des mêmes soins que les personnes affiliées aux autres régimes de sécurité sociale (Diallo, 2014).

En 2022, le Sénégal compte 650 mutuelles de santé réparties dans 552 communes (Ly, Bassoum, Faye, 2022). Toutefois, les mutuelles de santé connaissent de nombreux dysfonctionnements (gouvernance, faiblesse et inadéquation de l'offre d'assurance, problème

de recouvrement, retard du paiement de la subvention publique, pauvreté et déficit de culture mutualiste) qui ont une influence négative sur les prestations et la prise en charge des bénéficiaires mais aussi sur leur développement (Sagna, Seck, Dia, et al., 2016). Cependant, les pouvoirs publics, les structures sanitaires et les mutuelles de santé essayent de mettre en œuvre des stratégies d'extension de la couverture santé aux catégories les plus vulnérables (Alenda-Demoutiez, 2016 ; Deville, Fecher-Bourgeois, et Poncelet, 2018) en enrôlant les bénéficiaires programme national de bourses de sécurité familiale et ceux détenteurs de *la Carte d'Egalité des Chances* (Sané, 2021). Par contre, les autres populations non couvertes doivent souscrire à la CMU à travers les mutuelles de santé communautaires dont l'adhésion est volontaire mais payante (droit d'inscription et cotisation). Seulement, l'adhésion à une mutuelle de santé n'est pas si évidente. De nombreux facteurs peuvent influencer les individus à souscrire à une assurance santé et à recourir aux prestations et aux services offerts.

La présente étude tente de comprendre les raisons qui poussent les populations de la commune de Ziguinchor à adhérer (ou à ne pas adhérer) au programme national de couverture maladie universelle. Notre question de recherche est la suivante : quels sont les déterminants de l'adhésion aux mutuelles de santé et à la CMU pour les populations de la commune de Ziguinchor ?

S'inspirant d'une démarche hypothético-déductive, nous formulons l'hypothèse suivante : Dans la commune de Ziguinchor, l'adhésion au programme national de Couverture Maladie Universelle est déterminée par les facteurs socio-économiques et les besoins en services et soins de santé des populations.

L'article est structuré autour de trois points. Premièrement, nous proposons une introduction dans laquelle nous faisons une revue de la littérature sur la couverture maladie universelle dans le contexte africain et sénégalais. Deuxièmement, nous présentons les matériaux et les méthodes mobilisés pour cette étude. Troisièmement, nous exposons et discutons les résultats obtenus grâce à une enquête par questionnaire auprès des ménages de la commune de Ziguinchor.

2. MATERIAUX ET METHODES

Cette étude est effectuée dans la ville de Ziguinchor, capitale régionale de la Casamance, à 450 km de Dakar. La ville compte 26 quartiers administratifs mais dans le cadre de ce travail, nous avons mené des enquêtes dans les neufs quartiers suivants : Néma, Kadior, Kénia, Boucotte, Kandialang, Goumel, Tilène, Lyndiane, Castor.

L'enquête par questionnaire a été réalisée auprès de 150 ménages de la commune de Ziguinchor.

L'échantillonnage choisi est la technique accidentelle ou par commodité. En fait, en l'absence d'une base de sondage, nous avons ciblé des quartiers populaires de Ziguinchor et avons administré les questionnaires aux chefs de ménage (71,3%) ou à un adulte (28,7%) dans le ménage. L'enquête par questionnaire s'est déroulée entre le 24 mai et le 08 juin 2022. Dans ce cadre, un questionnaire a été soumis aux responsables des ménages concernés. L'objectif était d'étudier leurs expériences et vécus et d'en tirer des enseignements pour l'avenir afin de mieux comprendre l'intérêt de la couverture maladie universelle pour les ziguinchorois.

La récolte des données s'est faite par le moyen de la plateforme *Kobotoolbox* et l'application *Kobocollect*. Ces deux outils numériques ont permis de mieux superviser la collecte, de sécuriser les informations et d'obtenir une base de données au format tableur (*CSV, MS-Excel*) exploitable avec les logiciels spécialisés *(SPSS, R, STATA*). Enfin, le traitement et l'analyse statistique des données ont été effectués par le moyen du logiciel SPSS 25. Le traitement a consisté à la vérification du contenu, au nettoyage la base de données, à la recherche des doublons, et à la gestion des données manquantes, des valeurs extrêmes et/ ou incohérentes.

3. RESULTATS ET DISCUSSIONS

Cette partie est consacrée à la présentation, à l'analyse et à la discussion des données empiriques collectées lors de l'enquête par questionnaire. Les informations recueillies portent sur les caractéristiques socio-démographiques et économiques des enquêtés, leur adhésion, leurs perceptions et le recours au programme de la couverture maladie universelle à Ziguinchor.

3.1. L'adhésion à la Couverture Maladie Universelle à Ziguinchor : quel rôle pour les caractéristiques socio-démographiques et économiques ?

L'enquête par questionnaire s'est faite auprès de 150 chefs de ménages (ou adultes) résidant dans la commune de Ziguinchor. Les données recueillies renseignent sur le profil socio-démographique et économique des personnes enquêtées ainsi que leurs perceptions sur la CMU.

Tableau 1: caractéristiques des chefs de ménage enquêtés

Tableau 1-1- SEXE

	Effectif	Pourcentage
Femme	102	**68,0**
Homme	48	32,0
Total	150	100

Tableau 1-2- SITUATION MATRIMONIALE

	Effectif	Pourcentage
Célibataire	14	**9,3**
Divorcé (e)	7	4,7
Marié(e)	111	**74**
Veuf (ve)	18	12
Total	150	100

Tableau 1-3- STATISTIQUES SUR L'AGE

	Valide	150
	Manquant	0
Moyenne		**45,96**
Médiane		**44,5**
Mode		35
Ecart type		14,6305
Variance		214,052
Minimum		20
Maximum		76
Percentiles	25	35
	50	44,5
	75	57

Tableau 1-4- GROUPES D'AGES

	Effectif	Pourcentage
20-29	21	14,0
30-39	35	**23,3**
40-49	35	**23,3**
50-59	28	18,7
60-69	18	12,0
70-80	13	8,7
Total	150	100,0

Tableau 1-5- SITUATION PROFESSIONNELLE

	Effectif	Pourcentage
Agent de santé	2	1,3
Agent du bâtiment	7	4,7
Autre	14	9,3
Commerçant	57	**38,0**
Éleveur	5	3,3
Enseignement	8	5,3
Étudiant	2	1,3
Fonctionnaire	2	1,3
Indépendant	2	1,3
Restauratrice	2	1,3
Retraité	10	6,7
Sans emploi	39	**26,0**
Total	150	100,0

Tableau 1-6- NIVEAU D'ETUDES

	Effectif	Pourcentage
Aucun	35	**23,3**
Élémentaire	47	**31,3**
Moyen	31	20,7
Secondaire	21	14,0
Supérieur	16	10,7
Total	150	100,0

Tableau 1-7- QUARTIER DE RESIDENCE

	Effectif	Pourcentage
Boucotte	21	14,0
Castor	15	10,0
Goumel	11	7,3
Kadior	33	**22,0**
Kandialan	6	4,0
Kénia	7	4,7
Lyndiane	2	1,3
Néma	50	**33,3**
Tilène	5	3,3
Total	150	100,0

Source : enquête personnelle, mai-juin, 2022

A l'exploitation et à l'analyse des informations collectées (voir tableau 1), il ressort que :
Premièrement, nous pouvons observer que les personnes interrogées résident dans des quartiers populaires comme Néma (33,3%), Kadior (22%) et Boucotte (14%). Deuxièmement, notre échantillon est composé de 68% de femmes contre 32% d'hommes. Les enquêtés ont en moyenne 04 d'enfants et près de trois enquêtés sur quatre sont des mariés (74%) ; Les célibataires font 9,3% de l'échantillon alors que les autres (divorcés (es) et veufs-ves) font presque 15%. Troisièmement, 1/3 des chefs de ménages interrogés, a un niveau d'études faible (31,3%) tandis que les non scolarisés représentent 23,3% de l'échantillon. Quatrièmement, les enquêtés ont un âge compris entre 20 et 76 ans. La moyenne d'âge est de 45,96 ans et l'âge médian est de 44,5 ans. Aussi, pour ce qui concerne le nombre d'enfants en charge dans le ménage, les statistiques descriptives renseignent que les personnes enquêtées ont en moyenne 04 enfants. Enfin, sur le plan professionnel, 64,1% des enquêtés ont une activité rémunératrice. Parmi ces travailleurs, 38% sont actifs dans le petit commerce.
Pour ce qui concerne le lien entre les caractéristiques socio-démographiques et l'adhésion à la CMU, les informations recueillies montrent que 60,7% des individus interrogés affirment adhérer à la CMU contre 39,3% de non adhérents. En outre, l'adhésion collective (87,9%) est la plus fréquente comparée aux autres types d'adhésion (5,5% pour l'adhésion individuelle et 6,6% pour l'enrôlement).
De plus, les données empiriques (tableau 2) renseignent que les femmes sont les plus nombreuses (72,5%) à affirmer adhérer à la CMU. Les hommes ne représentent que 27,5% des adhérents.

Tableau 2: répartition de l'échantillon selon le sexe et l'adhésion à la CMU

Sexe	**Adhésion**		
	Non	Oui	Total
Femme	61,0%	**72,5%**	68,0%
Homme	39,0%	**27,5%**	32,0%
Total	100%	100%	100%

Source : enquêtes personnelles, mai-juin, 2022

De même, comme on peut le voir dans le tableau 3 suivant, ce sont les mariés (67%) et les veufs-ves (16,5%) qui sont les plus nombreux parmi les assurés. Les célibataires représentent à peine le dixième des enquêtés adhérents (9,9%).

Tableau 3: répartition de l'échantillon selon la situation matrimoniale et l'adhésion à la CMU

Situation matrimoniale	**Adhésion**		
	Non	Oui	Total
Célibataire	8,5%	**9,9%**	9,3%
Divorcé (e)	1,7%	6,6%	4,7%
Marié(e)	84,7%	**67,0%**	74,0%
Veuf(ve)	5,1%	**16,5%**	12,0%
Total	100%	100%	100%

Source : enquêtes personnelles, mai-juin, 2022

Aussi, le tableau 4 suivant montre que le niveau d'études des adhérents est assez faible car plus de la moitié (53,9%) des enquêtés ont un niveau ne dépassant pas l'élémentaire et 74,8% ont un niveau inférieur ou égal au moyen (collège). Seuls 12,1% des répondants ont fait des études supérieures.

Tableau 4: répartition de l'échantillon selon le niveau d'études et l'adhésion à la CMU

Niveau d'études	**Adhésion**		
	Non	Oui	Total
Aucun	18,6%	26,4%	23,3%
Élémentaire	37,3%	27,5%	31,3%
Moyen	20,3%	20,9%	20,7%
Secondaire	15,3%	13,2%	14,0%
Supérieur	8,5%	12,1%	10,7%
Total	100%	100%	100%

Source : enquêtes personnelles, mai-juin, 2022

Enfin, le tableau 7 suivant renseigne que dans chaque corps de métier, les enquêtés adhérents sont les plus nombreux sauf pour les agents administratifs, les indépendants (42,9%) et les éleveurs (20%). Ce qui montre que le programme national de couverture maladie universelle a réussi à intéresser tous les corps de métier.

Tableau 5 : répartition de l'échantillon selon la profession et l'adhésion à la CMU

Profession	**Adhésion**		
	Non	Oui	Total
Agent de santé	0,0%	100,0%	100%
Ouvrier du bâtiment	0,0%	100,0%	100%
Autre (agents administratifs et indépendants)	57,1%	42,9%	100%
Commerçant	42,1%	57,9%	100%
Éleveur	80,0%	20,0%	100%
Enseignant	37,5%	62,5%	100%
Étudiant/Élève	50,0%	50,0%	100%

Source : enquêtes personnelles, mai-juin, 2022

Malgré ces résultats intéressants, les tests statistiques n'indiquent aucun lien entre l'adhésion et les caractéristiques socio-démographiques des enquêtés (âge, sexe, situation matrimoniale, niveau d'étude, …) prises en compte dans cette étude. En effet, comme on peut le voir dans le tableau 6 suivant, les tests de khi-carré indiquent tous une p value supérieure à 0,05.

Tableau 6: résultats de tests statistiques (khi-carré de Pearson) entre l'adhésion et quelques caractéristiques sociodémographiques

Variables	**Résultats du test de de khi-carré de Pearson[1]**
Sexe	khi-carré =2,855 ddl=2 p=0,240
Situation matrimoniale	khi-carré =7,561 ddl=6 p=0,272
Statut marital (monogamie ou polygamie	khi-carré =7,442 ddl=4 p=0,114
Profession	khi-carré =157,756 ddl=144 p=0,205
Niveau d'études	khi-carré =4,523 ddl=8 p=0,807
Quartier de résidence	khi-carré =72,848 ddl=56 p=0,065
Statut dans le ménage	khi-carré =0,781 ddl=2 p=0,677

Source : enquête personnelle, mai-juin, 2022

[1] Valeurs de khi-carré de Pearson, du degré de liberté (ddl) et la Signification asymptotique (bilatérale)

Par conséquent, les facteurs influant sur l'adhésion sont à chercher avec d'autres variables. Nous posons l'hypothèse selon laquelle les facteurs économiques et les perceptions des populations sur le programme influencent leur adhésion au programme de la CMU.
Pour ce qui concerne le coût financier annuel, les données du terrain indiquent que les enquêtés couverts par la CMU dépensent en moyenne 8308,89 FCFA par an. Plus de la moitié d'entre eux dépenses plus de 7250 FCFA l'an et 75% des enquêtés paient au moins 12000 FCFA pour leur couverture santé annuelle. Notons à ce niveau que les montants élevés sont payés par les responsables des ménages de grande taille tandis que les enquêtés ayant répondu qu'ils ne paient rien correspondent aux adhérents de la CMU qui sont enrôlés par l'Etat ou pris en charge par de tierces personnes physiques ou morales (acteurs politiques, bénévoles, associations).
Par ailleurs, en étudiant les facteurs d'influence, nous nous sommes intéressés à la situation économique et financière (revenus et dépenses en santé) des adhérents. Les tests statistiques et notamment les tests de khi-carré de Pearson indiquent une absence de liaison entre les deux variables (revenu et adhésion à la CMU) mesurées puisque la p value (signification asymptotique bilatérale) est égale à 0,20, donc supérieur à 0,05. De même, les informations collectées renseignent qu'il n'y a pas de lien entre le nombre d'enfants en charge dans le ménage et les dépenses effectuées pour la santé des membres du ménage. En effet, le test de corrélation de Pearson (R=-0,037 ; p=0,731) indique une p value (0,731) supérieure à 5%.
En somme, les caractéristiques socio-démographiques et économiques ne déterminent pas l'adhésion à la CMU à Ziguinchor. Il faut donc, s'intéresser aux perceptions socio-économiques et aux recours aux services et prestations pour voir comment les populations perçoivent la couverture maladie afin de mieux expliquer l'adhésion à ce type d'assurance santé.

3.2. Perceptions socio-économiques et recours aux prestations et services de la CMU à Ziguinchor

Dans cette étude, nous nous intéressons aux perceptions, au recours et la satisfaction des prestations et services de la CMU pour voir si elles permettent d'expliquer l'adhésion aux structures d'assurance santé comme les mutuelles.
Les données du terrain (figure 1) montrent que les personnes enquêtées prennent en compte les aspects économiques pour recourir aux services des mutuelles de santé.



Figure 1: Perceptions socio-économiques positives sur la CMU

Source : enquête personnelle, mai-juin, 2022

A ce niveau, l'étude du verbatim tiré du questionnaire (figure 1) montre que le programme est associé à la réduction des coûts des soins, à la diminution des prix des médicaments et à la facilitation de l'accès aux soins. En fait, les enquêtés associent la CMU à l'aspect économique avec la possibilité de bénéficier d'une réduction de coûts ou d'une diminution sur les frais de santé.
Par ailleurs, l'enquête a montré que le recours à la couverture maladie dépendait des besoins en soins. En effet, 63,5% de ceux qui affirment qu'ils ont un membre de la famille qui a fréquemment besoin des soins, ont adhéré à la CMU (tableau 7).

Tableau 7 : répartition de l'échantillon selon l'existence d'un besoin fréquent de soins et l'adhésion à la CMU

Besoin de prise en charge fréquente d'un membre du ménage dans les structures sanitaires		Adhésion à la CMU ?			Total
			Non	Oui	
	Pas de besoins en soins	5,7%	29,5%	64,8%	100%
	Besoins en soins	3,8%	32,7%	63,5%	100%
Total		4,7%	34,2%	61,1%	100%

Source : enquête personnelle, mai-juin, 2022

Ce taux important de recours confirme d'un côté, les résultats précédents qui montraient une influence des facteurs économiques et financiers sur l'adhésion. D'un autre côté, cela peut être expliqué par les perceptions qu'on qualifie de positive sur la CMU. En effet, les quelques extraits de discours (encadré 1) tenus par les adhérents montrent bien qu'ils ont une perception positive car ils affirment bénéficier des prestations et autres avantages en matière de soins et services de santé de la part du programme.

Encadré 1 : Extraits de discours des enquêtés sur les perceptions positives de la CMU

- Il arrive que mon enfant tombe malade et que je n'ai pas d'argent pour le soigner. Alors, j'utilise ma carte de soins donnée par la mutuelle de santé (Enquêté 3).
- Depuis mon adhésion j'ai constaté des changements nouveaux. Pour les médicaments ils m'ont beaucoup aidé car les prix ont diminué. (Enquêté 5).
- L'analyse des radios en le faisant à l'hôpital, je paie plus comme avant ; les prix ont diminué cause pour laquelle j'ai adhéré. C'est bien, ils m'aident vraiment même si je n'ai pas les moyens pour renouveler ma carte, mais ça va. (Enquêté 124).
- Il y a beaucoup d'avantages. Quand tu es malade, ils te prennent en charge et il y a des pharmacies cibles et si c'est à 5000 FCFA l'ordonnance, eux ils payent les 50% (Enquêté 78).
- J'utilise la carte pour soigner ma famille et je paie juste la moitié (Enquêté 70).
- Il y a des avantages parce qu'au poste de santé au lieu de payer le ticket à 250 FCFA, je donne juste 50 FCFA après la consultation (Enquête 123).

Source : enquête personnelle, mai-juin, 2022

Toutefois, la CMU n'est pas toujours positivement appréciée par l'ensemble de nos enquêtés. L'étude du verbatim dans le discours des enquêtés sur la CMU laisse entrevoir des frustrations et des déceptions. Ainsi, certains répondants ont une perception défavorable qu'on peut qualifier de négative de la CMU. L'analyse des discours à ce niveau montre que les enquêtés ne sont pas satisfaits car le programme ne permet pas d'accéder à toute la pyramide sanitaire et à toutes les prestations.

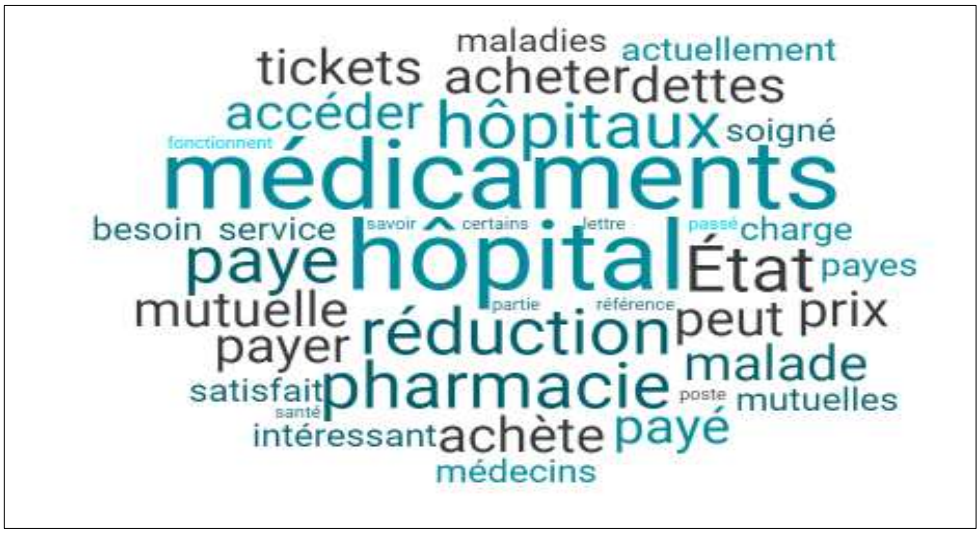

Figure 2 : Perceptions socio-économiques négatives sur la CMU
Source : enquête personnelle, mai-juin, 2022

Le nuage de mots ci-haut (figure 2) fait ressortir des discours sur la non accessibilité à l'hôpital, l'inexistence de médicaments dans les pharmacies au niveau des structures publiques et le taux remboursé dans les officines privées. Aussi, les enquêtés déplorent la dette de l'Etat au niveau des établissements de santé mais aussi des mutuelles de santé.

Encadré 2 : Extraits de discours des enquêtés sur les perceptions négatives sur la CMU

- Il n'y a pas d'avantages je suis obligé d'acheter les médicaments en dehors de l'hôpital. Ils disent tout le temps qu'ils n'ont pas les médicaments ; donc j'achète les médicaments dehors dans les pharmacies privées où il n'y pas de réduction (Enquêté 96).
- Il n'y a pas d'avantages. Je tombe malade mais je n'arrive pas à utiliser la carte parce qu'on te dit tu dois payer. C'est la raison pour laquelle j'ai même arrêté mon adhésion (Enquêté 62).
- Quand tu pars à l'hôpital après on te dit de partir au centre de santé dit l'hôpital silence pour une signature avant d'aller à la pharmacie. Maintenant, ils refusent au centre de santé parce que l'état n'a pas payé, il y a des dettes. Je trouve que pour l'instant les cartes sont inutiles (Enquêté 28).
- Je ne trouve pas la carte intéressante parce que je ne peux pas me soigner avec car si j'ai besoin d'un ophtalmologue je ne peux pas l'avoir (Enquêté 117).
- Il y a peu d'avantages car on n'accepte pas certaines maladies comme le diabète (Enquêté 21)
- Notre souscription n'a pas de sens parce que quand on part à l'hôpital les médecins nous rejettent en nous disant que l'État ne paie pas (Enquêté 65).

Source : enquête personnelle, mai-juin, 2022

Les extraits de discours ci-dessus (encadré 2) montrent que certains enquêtés ne sont pas satisfaits de la CMU. Les raisons avancées sont liées à la restriction de l'accès aux hôpitaux et à la non prise en charge de certaines maladies chroniques, à caractère durable qui nécessitent de consulter un spécialiste. Il faut dire que la restriction se justifie par le fait que la CMU assure les soins de santé primaires au niveau des structures de santé telles les postes de santé et les centres de santé. Aussi, la non satisfaction est liée au fait que les enquêtés ne peuvent bénéficier des prestations et des services de santé à cause de la dette publique (de l'Etat) au niveau des hôpitaux[2].

[2] L'Agence Nationale de la Couverture Maladie Universelle, après certification de toutes les factures transmises avant le 28 mars 2020, estime la dette des Établissements publics de santé à 11.554.730.643 FCFA. Source :

4. CONCLUSION

Une année après la seconde alternance politique (2012), le Sénégal lance le programme de la Couverture Maladie Universelle (CMU) dont l'objectif est de faciliter l'accès et le recours aux soins et aux services de santé au Sénégal. Malgré des actions et stratégies plus ou moins adaptées, les résultats sont encore en deçà des objectifs fixés (75%), mais grâce aux enrôlements effectués par l'Etat et au rôle joué par les mutuelles de santé, près d'un sénégalais sur deux bénéficie d'une assurance maladie dans le cadre de la CMU. Cependant, ce taux national global cache des disparités car, dans plusieurs zones, les populations n'adhèrent pas ou ne sont pas couvertes par la CMU. Plusieurs facteurs peuvent expliquer la non adhésion des populations de Ziguinchor. Parmi ces facteurs, notre étude a montré que les perceptions socio-économiques ainsi que les besoins en soins sont très importants pour l'adhésion (ou la non adhésion) à la Couverture Maladie Universelle à Ziguinchor. Ce qui confirme notre principale hypothèse.
Actuellement, des expériences sont en cours dans certaines structures de santé de Dakar pour mieux informer les populations. En effet, des bureaux d'informations sur la CMU sont ouverts pour renseigner les patients et leurs accompagnants sur l'importance et le rôle de la CMU dans l'accès aux services et soins de santé. En outre, d'autres initiatives portant sur la décentralisation, le regroupement et la professionnalisation des mutuelles de santé sont en cours à l'intérieur du pays. En effet, avec le soutien de partenaires techniques et financiers, des Unités Départementales d'Assurance Maladie ont été mises en place dans deux régions du Sénégal. L'étude du fonctionnement de ces structures permet de voir que la transparence et la bonne gouvernance ont permis de renforcer la confiance des populations, l'accès et la qualité des soins. Enfin, les perceptions sociales ou socio-économiques devraient être prises en compte dans les politiques et programmes de protection sociale en général et la couverture maladie universelle en particulier.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Alenda-Demoutiez, J. (2016). *Les mutuelles de santé dans l'extension de la couverture maladie au Sénégal : Une lecture par les conventions et l'économie sociale et solidaire* (Thèse de doctorat). Université de Lille 1.
Deville, C., Fecher-Bourgeois, F., et Poncelet, M. (2018). Les mutuelles de santé subventionnées comme instruments de la Couverture Maladie Universelle au Sénégal. *Communication Rencontre des Etudes Africaines en France (REAF)*, Marseille.
Diallo, M. A. (2020). La protection sociale en Afrique : sur le chemin de l'universalisation, stratégies et défis. *RASPOS*, (25), 300-311.
Diallo, M. A. (2014). *La protection sociale au Sénégal : l'exemple des ouvriers du bâtiment à Dakar* (Thèse de doctorat). UBO. Repéré le 15 mars 2022 à https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01150209
Esping-Andersen, G. (2007). *Les trois mondes de l'État-providence: Essai sur le capitalisme moderne*. Puf. https://doi.org/10.3917/puf.espin.2007.01
Fillol, A., Gautier, L., et Ridde, V. (2021). L'avènement de la couverture sanitaire universelle dans la gouvernance globale. *Revue internationale des études du développement* (247),139-172.
Grignon, M. (2002). Quel filet de sécurité pour la santé ? Une approche économique et organisationnelle de la couverture maladie universelle. *Revue française des affaires sociales*, (2), 143-176. doi.org/10.3917/rfas.022.0143

http://www.finances.gouv.sn/lanacmu-la-dette-due-aux-hopitaux-apuree-a-hauteur-de-9426/ (consulté le 30 novembre 2022.

Lefèbvre, M., et Pestieau, P. (2017). Chapitre 8. Santé. Dans L. Mathieu, et P. Pierre, *L'État-providence. Défense et illustration* (pp. 139-164), Paris: Puf.
Ly, M.S., Bassoum, O., Faye A. (2022) A Universal health insurance in Africa: a narrative review of the literature on institutional models. Repéré le 30 novembre 2022 à https://gh.bmj.com/content/bmjgh/7/4/e008219.full.pdf
Merrien, F. (2007). *L'État-providence*. Puf. https://doi.org/10.3917/puf.merri.2007.01
Nauleau, M., Destremau, B., et Lautier B. (2013). En chemin vers la couverture sanitaire universelle : Les enjeux de l'intégration des pauvres aux systèmes de santé. *Revue Tiers Monde* (215), 129-148. doi.org/10.3917/rtm.215.0129
Olivier de Sardan, J-P et Ridde, V. (2014). *Une politique publique de santé et ses contradictions : la gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger*, Paris, Karthala.
Olivier de Sardan, J-P. et Ridde, V. (2012). L'exemption de paiement des soins au Burkina Faso, Mali et Niger: Les contradictions des politiques publiques. *Afrique contemporaine*, 243, 11-32. https://doi.org/10.3917/afco.243.0011.
Paul, E. D. (2019). How is equity approached in universal health coverage? An analysis of global and country policy documents in Benin and Senegal. *Int J Equity Health, 18* (195). https://doi.org/10.1186/s12939-019-1089-9
Ridde, V. et Mbow, S. N. B. (2021), « Vers une couverture sanitaire universelle en 2030 ? : réformes en Afrique subsaharienne », Post-Print hal-03365236, HAL.
Ridde, V. (2004). L'initiative de Bamako 15 ans après : Un agenda inachevé, The International Bank for Reconstruction and Development. Récupéré le 09 août 2022 à : https://www.healthresearchweb.org/files/BamakoInitiativeReview.pdf .
Sagna, O., Seck, I., Dia, A., et al., e. (2016). Étude de la préférence des usagers sur les stratégies de développement de la couverture sanitaire universelle à travers les mutuelles de santé dans la région de Ziguinchor au sud-ouest du Sénégal. *Bull. Soc. Pathol. Exot., 109*, 195-206.
Sané, R. (2021). *Mutuelles de santé communautaires et prise en charge sanitaire des populations de la commune de Ziguinchor (*Mémoire de master), UASZ, Ziguinchor.
Seck, I., Dia, A. T., Sagna, O., et Leye, M. M. (2017). Déterminants de l'adhésion et de la fidélisation aux mutuelles de santé dans la région de Ziguinchor (Sénégal). *Santé Publique, 29*(1), 105-114.

© 2023 DIARRA, License *Bamako Institute for Research and Development Studies Press*. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Créative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0)

Note de l'éditeur

Bamako Institute for Research and Development Studies Press reste neutre en ce qui concerne les revendications juridictionnelles dans les publications des cartes/maps et affiliations institutionnelles.