

SANTÉ ET SCOLARITÉ : LES VOIX DES ÉLÈVES SUR L'ACCÈS AUX SERVICES DE L'UDAM

Babacar Cissé

Université de Montréal

babacar.cisse@umontreal.ca

Le Lab Engagé : <http://labengage.org>

Résumé : *Cet article explore la perception des élèves bénéficiaires de l'Unité Départementale d'Assurance Maladie (UDAM) de Foundiougne sur les services offerts et l'impact des stratégies de communication sur leur utilisation. À travers des entretiens semi-directifs réalisés avec 18 élèves du lycée de Sokone, l'étude met en lumière un sentiment majoritairement positif envers l'accessibilité et la qualité des soins, tout en identifiant des critiques sur la disponibilité des services. Les stratégies de communication, telles que les campagnes de sensibilisation et les interactions directes, ont été jugées cruciales pour renforcer l'engagement des élèves. Toutefois, des barrières comme la stigmatisation et des croyances culturelles persistent, soulignant la nécessité d'améliorations dans la communication et l'accessibilité des services. L'analyse offre des éclairages précieux pour optimiser la participation des jeunes à l'UDAM.*

Mots clés : Mutuelles de santé, UDAM, couverture maladie, perception des élèves, communication, accessibilité des soins, santé communautaire, Sénégal.

HEALTH AND EDUCATION: STUDENTS' VOICES ON ACCESS TO UDAM SERVICES

Abstract : *This article examines the perceptions of beneficiary students regarding the services provided by the Unité Départementale d'Assurance Maladie (UDAM) in Foundiougne and the impact of communication strategies on their utilization of these services. Through semi-structured interviews conducted with 18 students from Sokone high school, the study highlights a predominantly positive sentiment towards the*

accessibility and quality of care, while also identifying criticisms related to service availability. Communication strategies, including awareness campaigns and direct interactions, were deemed crucial for enhancing student engagement. However, barriers such as stigma and cultural beliefs persist, indicating the need for improvements in both communication and service accessibility. The analysis provides valuable insights for optimizing youth participation in UDAM.

Keywords : *Health mutuals, UDAM, health coverage, student perceptions, communication, accessibility of care, community health, Senegal.*

Introduction

Les problèmes sociaux, de plus en plus difficiles à maîtriser, affectent de manière croissante le secteur de la santé à l'échelle mondiale, en particulier dans les pays du Sud. La santé des populations constitue en effet, un défi majeur pour la quasi-totalité des pays en développement (Boidin, 2012). Malgré l'adoption de multiples mesures, programmes et politiques visant à l'amélioration des systèmes de santé, un constat alarmant persiste : les inégalités en matière d'accès aux soins médicaux de base demeurent criantes, notamment pour les groupes vulnérables (Koné, 2012). La montée du néolibéralisme intensifie cette problématique, alors que l'État-providence recule face à des politiques de dérégulation qui touchent même le secteur de la santé.

Dans les pays les plus démunis d'Afrique, les politiques d'ajustement structurel ont souvent abouti à la privatisation des services publics, à l'élaboration de nouvelles politiques budgétaires, et à un déséquilibre croissant entre les valeurs du marché et les pratiques de vie traditionnelles (Mladovsky, 2020). Ces dynamiques créent un environnement défavorable à la santé, exacerbant les défaillances dans le financement des systèmes de santé.

Face à ce tableau préoccupant, la mobilisation de la société civile s'intensifie. Des mouvements sociaux émergent pour faire entendre la voix des exclus, tandis que de nouvelles stratégies d'acteurs voient le jour dans le domaine de la santé. L'avènement des mutuelles de santé, notamment en Afrique subsaharienne, constitue un phénomène

significatif dans cette quête d'amélioration (Ridde et al., 2011). En ce sens, l'Unité Départementale d'Assurance Maladie (UDAM) de Foundiougne, créée en mai 2014, illustre cette tendance en tant que mutuelle de santé communautaire, professionnalisée et agréée par le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) du Sénégal. Située dans la commune de Sokone, l'UDAM cible principalement cette population, dont l'accès à ses services représente un enjeu crucial.

La présente recherche s'intéresse spécifiquement à cette unité d'assurance et à ses bénéficiaires, les élèves du lycée de Sokone. Elle cherche à analyser la perception de l'offre de services ainsi que l'impact des stratégies de communication sur leur réception. Autrement dit, elle aborde deux questions principales : comment les élèves bénéficiaires perçoivent-ils l'offre de service de l'UDAM ? Et comment les stratégies de communication déployées par l'UDAM incitent-elles ces élèves à utiliser ces services ?

Dans un premier temps, cette étude s'appuiera sur la littérature existante concernant la couverture maladie en Afrique de l'Ouest, avec une attention particulière portée sur le Sénégal, en explorant la typologie des mécanismes de financement et le rôle des mutuelles de santé communautaires. Ensuite, je détaillerai les phases de ma démarche méthodologique, y compris la collecte de données et le cadre d'analyse. Enfin, je mettrai en exergue les résultats de ma recherche, tout en discutant des perspectives et des limites qui en découlent.

1 Panorama de la couverture maladie au Sénégal

Près de la moitié de la population africaine n'a pas accès aux soins de santé de base (Waelkens et Criel, 2004). Cette exclusion touche principalement les personnes vivant en milieu rural et dans le secteur informel urbain, qui sont pourtant les plus exposées aux risques de maladie. La pauvreté, la réduction des budgets sociaux et de la santé, la faible efficacité dans l'utilisation des ressources, l'insuffisance en quantité et en qualité de l'offre de soins, ainsi que les croyances culturelles, sont généralement citées comme principales causes du faible accès aux soins de santé (Criel et al., 2010). Ces éléments ont une incidence directe sur l'état de santé des populations. Par conséquent, faciliter l'accès aux soins de santé primaires et assurer une couverture sanitaire universelle demeure un défi majeur. Malgré quelques efforts consentis ces dernières décennies, le problème d'accessibilité aux soins de santé est loin d'être résolu. Aux problèmes

épineux des ressources humaines s'ajoutent des difficultés liées à l'organisation et au fonctionnement des systèmes de santé, au financement des soins, à la qualité des prestations et à l'accès aux médicaments essentiels. Tous ces facteurs ont un impact désastreux sur la population, en particulier les plus pauvres, qui peinent à bénéficier de soins de qualité pour obtenir une santé optimale.

Considérée comme un des piliers fondamentaux du développement social en Afrique de l'Ouest, la couverture maladie est essentielle dans les stratégies d'accès aux soins et de protection sociale. Elle contribue au financement de la santé et à la réduction des inégalités d'accès aux soins en étendant la couverture sociale aux catégories les plus vulnérables. Cette section propose une analyse chronologique de la couverture maladie au Sénégal, depuis l'époque coloniale, afin de mieux comprendre la transition du système de santé : la hiérarchie des acteurs, l'influence des modèles de développement, etc. Face à la stagnation du système de santé au début des années 2000 et aux recommandations internationales pressantes, le Sénégal a accumulé des réformes en matière de couverture maladie, consolidant cependant un système fragmenté hérité de la colonisation.

Peu d'études empiriques abordent les programmes nationaux de protection sociale au Sénégal. La plupart des recherches ont été commandées par des bailleurs de fonds, ce qui les associe au risque de promouvoir une vision particulière. Ces études se concentrent principalement sur les programmes de filets sociaux, traitant majoritairement de leur mise en œuvre et de leur efficacité, sans analyses approfondies (Holmes et Lwanga-Ntale, 2012). « Much less has been said about how and why these schemes came off the ground in the first place » (Cherrier, 2016, p.12). Les recherches montrent que plusieurs facteurs ont contribué à l'émergence des politiques liées à la couverture maladie au Sénégal : les crises sociales et politiques, la politique interne, l'engagement d'individus et d'institutions nationales, les croyances et les intérêts des acteurs, les élections, la construction de preuves, ainsi que l'influence d'organismes bilatéraux, d'organisations et d'ONG internationales (Ridde et al., 2014).

L'évolution des politiques de couverture maladie au Sénégal peut se découper en trois périodes (Alenda-Demoutiez, 2016). La première, les années 1960-1980, est marquée par la création de la sécurité sociale pour les fonctionnaires et des Instituts de Prévoyance Maladie (IPM) pour les salariés du secteur privé. Ce système, fortement étatisé et basé sur la gratuité, se développe dans le contexte de la décolonisation et de

l'industrialisation des pays. La deuxième période, les années 1980, voit la conservation des régimes existants, la mise en place de politiques d'assistance et la création parallèle de mutuelles de santé. Le système se base davantage sur le marché et le paiement direct des ménages, avec un retrait progressif de l'État. Ce contexte est celui d'un fort endettement, qui pousse à rechercher de l'aide auprès des institutions financières internationales, devenant les bailleurs de fonds principaux. La troisième période, de 1990 à 2020, est caractérisée par la conservation des régimes existants, l'extension par l'assistance et l'appui à la couverture volontaire (la mutualité). Le système devient hybride, alliant régulation marchande et étatique, avec un recours au prépaiement. Ce contexte fait face à une stagnation de la couverture santé et à des difficultés d'accès aux soins, alors que la promotion de la protection sociale est considérée comme indispensable au développement.

D'autres recherches indiquent qu'au Sénégal, l'assurance maladie a été mise en place pendant la colonisation, afin d'aligner les prestations des fonctionnaires de l'administration coloniale sur celles de leurs homologues en France métropolitaine et de protéger les dirigeants des compagnies privées. Le modèle adopté était celui de Bismarck (Boidin, 2012), basé sur les cotisations sociales et patronales, et segmentant la population en catégories. Ce modèle se distinguait du modèle libéral, privilégiant l'assurance privée, ainsi que du modèle socio-démocrate, qui repose sur le droit citoyen à la protection. Ce système a progressivement été étendu aux sénégalais occupant des postes à responsabilité durant la colonisation. Après l'indépendance (1960), ce système s'est développé avec l'augmentation du nombre de sénégalais au sein de l'administration. La loi du 15 juin 1961 a institué la sécurité sociale des fonctionnaires, tandis que les IPM, couvrant le secteur privé, ont été créés en 1975 (couverture maladie sociale, contributive). À cette époque, seul le secteur formel bénéficiait d'une couverture, certes limitée, avant les dégradations économiques, l'ajustement structurel des années 1980 et la fin de la gratuité.

Depuis les années 1970 et l'instauration de régimes d'assurance maladie pour le secteur formel, aucune réforme n'a été entreprise pour étendre cette couverture à l'économie populaire. La mise en place du recouvrement des coûts et la réforme des structures sanitaires, priorisant l'équilibre financier à la suite de l'Initiative de Bamako, ont réduit l'accès à la santé pour un grand nombre de pays africains (Togba, 2005). Les lois concernant la gratuité ont été promulguées dans le cadre de programmes verticaux et de plans nationaux de développement sanitaire. Ces politiques de gratuité visaient à

accroître la solvabilité de la demande, mais ne touchaient qu'une faible part de la population non solvable, soulignant ainsi la nécessité de développer de nouveaux mécanismes de protection sociale pour atteindre l'ensemble de la population (Jütting, 2004). Cette observation est particulièrement pertinente et m'incite à m'intéresser à la typologie et à la taxonomie des mécanismes de financement de la couverture maladie.

2 Taxonomie des mécanismes de financement de la couverture maladie au Sénégal

Pour surmonter les défis de la santé au Sénégal, les formes de couverture évoluent et coexistent, marquant une transition des systèmes de santé depuis le début des années 2000. Ces mécanismes peuvent être classés en quatre types principaux (Wang et al., 2010). Les couvertures maladies légales et obligatoires comprennent la couverture nationale, financée par l'imposition et gérée par le système public, qui s'applique principalement au secteur formel public. La couverture maladie sociale est financée par les cotisations des salariés et de l'employeur, avec une gestion assurée par un organisme juridiquement indépendant de l'État, tel que la Sécurité sociale. D'un autre côté, les couvertures volontaires englobent les assurances privées lucratives et les mutuelles de santé non lucratives, qui sont financées par de faibles cotisations et gérées par des organismes variés, locaux ou externes.

Au Sénégal, de nouveaux modèles de protection sociale sont promus. La solidarité élargie des systèmes de protection sociale, conçue dans une perspective égalitaire, évolue vers une solidarité résiduelle axée sur l'équité, c'est-à-dire une régulation qui maintient la pauvreté dans des limites soutenables socialement. La technique assurantielle prend progressivement le pas sur la dimension sociétale de la protection sociale. Selon les promoteurs de cette approche, elle doit s'appuyer, pour plus d'efficacité, sur des risques définis positivement (potentiels champs d'investissement) ou négativement (chômage, pauvreté) (Théret, 2011). Le terme « assurance maladie » devient courant, bien qu'il puisse restreindre les formes potentielles de couverture maladie à l'assurance, jugée plus efficace, dans le cadre des approches « principal/agent ». La responsabilité individuelle est ainsi mise en avant. L'assurance peut tendre vers deux pôles : l'assurance privée, lucrative, qui nécessite une quantification précise des risques pour ajuster les cotisations, et l'assurance sociale, qui implique une redistribution entre âges et revenus, conceptualisant des risques sociaux difficilement

pris en compte par l'assurance privée (Blanchet, 1996). D'autres logiques, comme les mutuelles communautaires, reposent sur l'égalité des cotisations et des prestations offertes, indépendamment des revenus, avec une approche plus collective des risques.

Ainsi, au cours de ce travail, le terme « couverture maladie » est privilégié plutôt que « assurance maladie ». Selon Boidin (2012), la typologie la plus fréquente distingue quatre grands types d'assurances maladies. L'assurance maladie nationale découle du système de Beveridge (universel, financé par l'impôt et géré par l'État), tandis que l'assurance maladie sociale s'inspire du système bismarckien (financé par des cotisations sociales et patronales, géré par des partenaires sociaux). Ces deux modèles dominent dans les pays riches. En Afrique, ils coexistent avec des assurances privées qui complètent généralement les couvertures nationales et légales des fonctionnaires et des salariés du secteur privé. Enfin, les assurances communautaires, de plus en plus répandues dans les pays pauvres, s'appuient sur des réseaux d'appartenance locaux et décentralisés, cherchant à compenser l'absence de couverture pour les populations rurales ou urbaines vulnérables (Boidin, 2012).

Si l'assurance santé obligatoire proposée par les gouvernements aux fonctionnaires et aux salariés du secteur privé commence à atteindre des taux de pénétration significatifs, l'assurance santé volontaire destinée aux populations du secteur informel reste très peu développée. Cela s'explique notamment par la capacité de contribution limitée des souscripteurs, par le manque de compréhension des mécanismes d'assurance, et par une confiance fragile envers les assureurs, les hôpitaux ou les centres de santé (Mladovsky, 2014). Étant donné que l'emploi informel est la norme dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne, y compris au Sénégal, le travail informel représente plus de 80 % de l'emploi total. Des données récentes montrent un léger recul de l'emploi informel, passant de 85,8 % en 2019 à 82,9 % en 2021. Vu la structure de l'emploi au Sénégal, caractérisée par un fort niveau d'informalité, les réformes du financement de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) se répartissent en deux grands groupes selon la taxonomie de Kutzin et al. (2016) : les systèmes non-contributifs et les systèmes contributifs. Les pays qui mettent en place des réformes uniquement basées sur les systèmes contributifs, comme l'assurance maladie sociale couplée au salariat, offrent une couverture santé au secteur formel, tandis que le secteur informel doit recourir à un système d'assurance volontaire, subventionnée ou non pour les non-pauvres, et totalement ou partiellement prise en charge pour les plus vulnérables, comme c'est le cas pour les mutuelles de santé répandues au Sénégal. Les systèmes non-contributifs

peuvent offrir un accès universel aux soins ou un accès ciblé aux personnes en dehors de la protection sociale en santé. Ils peuvent également proposer un certain nombre de soins et services de santé à une population spécifique ou offrir un accès universel à des soins et services de santé particuliers. Le système beveridgien est un modèle universel, plus répandu dans les pays développés, tandis que les politiques de gratuité et d'exemption sont courantes en Afrique subsaharienne (Kutzin et al., 2016).

D'autres mécanismes existent au-delà de cette classification. Les groupes religieux peuvent également être à l'origine de mécanismes de protection. Par exemple, la zakat, cette aumône prescrite par le Coran destinée aux pauvres, est recueillie par les imams. Elle est considérée comme un instrument de redistribution économique, de justice sociale et, dans certains cas, comme un levier politique. Au Sénégal, des groupes de tradition sunnite anti-confrériques ont mis en avant la gestion et la redistribution centralisée de la zakat comme une alternative, face à l'échec de l'État à prendre en charge la misère. À partir des années 1980, ces groupes ont élargi leur intervention au-delà de la simple redistribution de cette aumône, en engageant des actions variées telles que la création de centres de santé, d'écoles, d'orphelinats et de centres de désintoxication (Vuarin, 2000).

En plus de cette action sociale, les groupes religieux ont également intégré la zakat dans un mécanisme visant à réduire les coûts des soins de santé pour les populations les plus vulnérables. En finançant des centres de santé subventionnés par les fonds de la zakat, ces groupes contribuent à rendre les soins médicaux plus accessibles, notamment pour les personnes économiquement défavorisées. Ce modèle peut compléter le système d'assurance maladie en permettant une couverture santé pour les plus démunis, en utilisant les fonds de la zakat pour alléger les frais de consultation, de médicaments et d'hospitalisation. Ainsi, plutôt que de se limiter à une simple redistribution de biens, la zakat devient un outil de financement pérenne et structuré pour l'accès aux soins de santé, réduisant les barrières économiques à la santé et renforçant la solidarité sociale.

Bien que quantitativement limitées, les expériences de mutuelles de santé ont constitué des prémices importantes à une tendance actuelle dans l'extension de la couverture maladie en Afrique de l'Ouest et centrale, s'appuyant fortement sur le développement de ces mutuelles. Les mutuelles de santé se déclinent souvent en deux formes différentes : les mutuelles complémentaires, destinées aux travailleurs du secteur

formel, et les mutuelles au premier franc, qui couvrent généralement les soins de santé primaires pour les personnes ne bénéficiant d'aucune couverture. Les mutuelles au premier franc sont diverses. L'adhésion peut se faire sur une base géographique, créant des mutuelles communautaires ciblant un village, un quartier ou une ville, où la gestion est assurée par les membres. Il existe également des systèmes initiés et gérés par les prestataires de soins, visant la population de l'aire de couverture d'un établissement. L'adhésion peut aussi être basée sur l'appartenance ethnique, principalement avec des mutuelles urbaines créées par des migrants d'un même groupe ethnique ou clan, ou sur la base socioprofessionnelle, visant des travailleurs n'ayant pas d'emploi salarié dans le secteur formel mais partageant le même métier. Les mutuelles qui seront au centre de ce travail sont principalement les mutuelles au premier franc, en particulier les mutuelles communautaires, qui seront analysées dans la partie suivante.

3 Les mutuelles de santé communautaires : une alternative pour le monde rural et le secteur informel

Les mutuelles de santé communautaires (MSC) en Afrique de l'Ouest ont émergé principalement dans les zones rurales, avec un exemple précurseur au Sénégal, où la mutuelle de Fandène a été fondée en 1988. Cette initiative, soutenue par l'Église catholique, en particulier le diocèse de Thiès, ainsi que par l'hôpital Saint Jean de Dieu, a servi de modèle pour de nombreuses autres mutuelles dans la sous-région, souvent par mimétisme ou en s'inspirant de modèles externes (Jütting, 2004; Dupré, 2011; Mladovsky, 2014). Fandène a également intégré des pratiques mutualistes des pays occidentaux pour construire son modèle de santé communautaire. Dans un contexte où l'accès à la santé pour tous est crucial, ces mutuelles doivent se développer rapidement et efficacement, fonctionnant selon un schéma similaire, bien que les niveaux de cotisations, les garanties, les prestataires agréés et les tickets modérateurs varient (Letourmy, 2008).

Le processus d'adhésion à une mutuelle implique l'obtention d'un carnet d'adhérent, où sont enregistrés les bénéficiaires. En cas de maladie, le bénéficiaire doit obtenir une lettre de garantie de la mutuelle pour accéder à une structure de soins agréée. Ce dernier paie sa part de ticket modérateur, tandis que la mutuelle rembourse directement la structure de soins pour les frais couverts (Pavy-Letourmy, 2010). Malgré les variations, les éléments communs incluent les cotisations monétaires et les tickets modérateurs.

Le fonctionnement interne des mutuelles de santé au Sénégal nécessite également l'obtention d'un agrément ministériel. Une assemblée générale est convoquée chaque année, et des membres sont élus au Conseil d'Administration (CA), qui supervise le bureau exécutif. Ce dernier est chargé d'assurer le respect des décisions et leur adaptation à l'évolution de la mutuelle. De plus, un organe de contrôle veille sur les pratiques internes. Il est important de noter que ce modèle organisationnel, avec un conseil d'administration élu et un bureau exécutif, est principalement observé dans les mutuelles de santé les plus structurées, souvent de taille moyenne à grande, particulièrement en milieu urbain. Les mutuelles plus petites ou moins formalistes peuvent adopter des structures simplifiées, voire plus centralisées, pour gérer leurs activités. Les mandats des présidents, vice-présidents, trésoriers et secrétaires varient d'une mutuelle à l'autre, ce qui peut influencer leur organisation interne (Ridde, 2012). Par ailleurs, les mutuelles de santé communautaire au Sénégal opèrent sous le cadre réglementaire de l'Union Économique et Monétaire Ouest-Africaine (UEMOA), qui définit une mutuelle comme un « groupement qui, essentiellement au moyen des cotisations de ses membres, se propose de mener, dans l'intérêt de ceux-ci et de leurs ayants droit, une action de prévoyance, d'entraide et de solidarité » (UEMOA, 2001).

Les mutuelles communautaires émergent souvent de processus longs d'implication des populations, ce qui est essentiel pour établir une mutuelle légitime (Letourmy, 2008). Ce processus permet aux communautés de se rassembler et de discuter de l'intérêt d'une mutuelle, ainsi que de réfléchir à la prévoyance par rapport à d'autres modes de prise en charge. Cependant, ces démarches sont souvent réduites à la réalisation d'études de faisabilité menées par des experts nationaux ou internationaux, laissant peu de place à l'initiative locale (Defourny et Failon, 2011). Des formations et des campagnes de sensibilisation sont menées, mais souvent dans une approche « top-down », où les recommandations des études s'imposent aux populations (Togba, 2005).

L'adhésion des populations dépend de plusieurs facteurs, dont la proximité de l'instance de promotion, la confiance envers celle-ci et l'apprentissage de l'action collective (Letourmy et Pavy-Letourmy, 2005). Des études menées au Bénin et en Guinée ont montré que la présence durable d'une équipe d'appui favorise une meilleure sensibilisation et une implication accrue des populations (Mladovsky, 2014). En revanche, les initiatives externes ont souvent peu d'impact sur l'engagement communautaire (Letourmy et Pavy-Letourmy, 2005).

La participation communautaire est un déterminant essentiel de la confiance envers la mutuelle. Malgré l'enthousiasme suscité par ces structures, les expériences montrent souvent des taux d'adhésion et de renouvellement faibles, ainsi que des difficultés dans le prélèvement des cotisations (Atim, 2015). L'adhésion repose sur la volonté de protection, mais également sur un engagement associatif, qui dépend de la qualité de l'information et de la communication (Defourny et Failon, 2011). L'implication des membres est généralement forte lors de la création de la mutuelle, mais diminue par la suite concernant les décisions stratégiques et l'évolution à long terme (Letourmy et Pavy-Letourmy, 2005). Lorsque la mutuelle fonctionne bien et que la confiance envers les dirigeants est établie, la participation aux assemblées générales tend à diminuer, tandis qu'en cas de problèmes, l'inverse est observé (Mladovsky, 2014).

Ces défis sont également présents au sein de l'UDAM de Foundiougne, qui, comme d'autres mutuelles, fait face à des réalités similaires. À partir de cette revue de la littérature et en m'intéressant aux bénéficiaires élèves, deux questions se posent et constituent le fil conducteur de cette recherche : comment les élèves du Lycée de Sokone perçoivent-ils l'offre de services de l'UDAM de Foundiougne ? Et comment les stratégies de communication mises en place par l'UDAM de Foundiougne incitent-elles ces bénéficiaires à utiliser leurs services ?

4 Méthodologie

Pour explorer les perceptions des élèves bénéficiaires concernant l'offre de services de l'UDAM et les effets des stratégies de communication sur leur utilisation de ces services, une méthodologie qualitative basée sur des entretiens semi-directifs a été mise en œuvre. Cette approche a permis de recueillir des données riches et nuancées sur les expériences et opinions des élèves, tout en leur offrant la flexibilité nécessaire pour s'exprimer en profondeur sur les sujets abordés (Kvale & Brinkmann, 2009).

Les entretiens ont été menés avec un échantillon de 18 élèves sélectionnés parmi les bénéficiaires de l'UDAM dans la commune de Sokone. La sélection s'est faite de manière à représenter la diversité de cette population, en tenant compte de critères tels que l'âge, le sexe et le niveau d'études (Patton, 2015). Avant le début des entretiens, une phase préparatoire a été essentielle. Cela a inclus la définition des objectifs de recherche, l'élaboration d'un guide d'entretien, et une formation pour les enquêteurs afin de garantir la qualité des données recueillies (Creswell, 2014).

Le guide d'entretien a inclus des questions ouvertes sur plusieurs thèmes, notamment les expériences personnelles des élèves avec l'UDAM, leur compréhension des services offerts, ainsi que leur évaluation des stratégies de communication utilisées par l'organisation. Par exemple, des questions telles que "Comment décririez-vous les services que vous avez reçus de l'UDAM ?" et "Quels canaux de communication de l'UDAM vous semblent les plus efficaces pour vous informer sur les services ?" ont permis d'explorer en profondeur les perceptions et les motivations des élèves.

La collecte de données a été réalisée par le biais d'entretiens semi-directifs, qui ont permis d'obtenir des connaissances approfondies sur les perceptions des élèves concernant l'UDAM. Ces entretiens se sont déroulés sur la période du 27 juin au 4 août 2024 à Sokone. Les participants, âgés de 16 à 21 ans, étaient des élèves de seconde, première et terminale au lycée de Sokone, tous bénéficiaires des services de l'UDAM. Les entretiens ont duré entre 45 minutes et 1 heure et 10 minutes, se déroulant en français. Chaque entretien a été structuré autour d'une série de questions ouvertes, permettant aux élèves d'exprimer librement leurs opinions et expériences (Mason, 2002). Les thèmes abordés incluaient la compréhension des services offerts par l'UDAM, la satisfaction par rapport à la qualité des soins, ainsi que l'impact des stratégies de communication sur leur utilisation des services.

Les entretiens ont été enregistrés avec le consentement des participants, puis transcrits pour analyse. Cette méthode a favorisé une exploration détaillée des perceptions et a permis d'identifier des tendances et des motifs récurrents dans les réponses. Les résultats obtenus ont contribué à une meilleure compréhension des facteurs influençant l'accès et l'utilisation des services de santé communautaires par les élèves (Britten et al., 1995).

L'analyse des données s'est basée sur une approche qualitative, utilisant une méthode d'analyse thématique. Après la transcription des entretiens, les données ont été codées pour identifier des thèmes récurrents et des motifs significatifs dans les réponses des élèves (Braun & Clarke, 2006). Trois grandes catégories ont émergé de cette analyse :

1. Perceptions des élèves sur l'offre de services de l'UDAM : Les élèves ont exprimé un sentiment majoritairement positif, soulignant l'accessibilité et la qualité des soins reçus. Cependant, certaines critiques ont été formulées

concernant la disponibilité des services et la réactivité du personnel (Ridde et al., 2014).

2. Évaluation des stratégies de communication de l'UDAM : Les élèves ont considéré ces stratégies comme cruciales pour leur engagement. Beaucoup ont noté que les campagnes de sensibilisation, les affichages dans l'établissement, et les interactions directes avec les agents de santé avaient renforcé leur compréhension des services offerts (Libaert, 2020).
3. Barrières potentielles à l'utilisation des services : Des préoccupations liées à la stigmatisation et à des croyances culturelles ont été identifiées comme des obstacles à l'utilisation des services, nécessitant une attention particulière pour améliorer l'adhésion des élèves à l'UDAM (Goffman, 1963).

En résumé, l'analyse des données a non seulement révélé des connaissances précieuses sur la perception des élèves, mais a également mis en lumière des axes d'amélioration pour l'UDAM, notamment en matière de communication et d'accessibilité des services (Kutzin, 2016).

5 Résultats

Les résultats de cette recherche ont permis de mettre en lumière les perceptions des élèves bénéficiaires de l'Unité Départementale d'Assurance Maladie (UDAM) ainsi que les stratégies de communication qui les incitent à utiliser ces services. Les données ont été collectées à travers des entretiens semi-directifs avec 18 élèves du Lycée de Sokone, âgés de 16 à 21 ans.

5.1 Perception des services de l'UDAM

Avant d'aborder les perceptions des élèves concernant les services de l'Unité Départementale d'Assurance Maladie (UDAM), il est important de revenir sur les détails de l'offre de soins et les stratégies de communication déployées par l'UDAM. Cela permettra de mieux comprendre les réponses des bénéficiaires et d'analyser plus finement les éléments qui influencent leur utilisation des services.

5.1.1 Détails de l'offre de soins et impact des stratégies de communication de l'UDAM

L'UDAM propose une gamme de services de soins principalement destinés aux élèves inscrits. Ces services couvrent une large palette de soins médicaux, incluant les consultations de base, les soins préventifs, ainsi que la prise en charge de certaines maladies spécifiques. Cependant, certains soins, comme les interventions spécialisées ou certains traitements coûteux, ne sont pas pris en charge à 100%, ce qui peut constituer une limitation pour certains bénéficiaires.

En ce qui concerne les stratégies de communication, l'UDAM met en œuvre plusieurs actions pour atteindre ses cibles, en particulier les élèves. Des campagnes d'information, via des affiches dans les établissements scolaires et des publications sur les réseaux sociaux, sont régulièrement organisées pour informer les élèves des services disponibles. Ces initiatives ont pour but d'accroître la visibilité de l'UDAM et de sensibiliser les élèves aux avantages de l'adhésion à cette assurance maladie. De plus, des séances d'information interactives sont organisées directement dans les lycées, permettant aux élèves de poser des questions et d'obtenir des réponses en temps réel. Ces actions ont montré un impact positif sur la compréhension d/es services et sur l'engagement des élèves à utiliser les services proposés.

À présent, il est utile de se pencher sur les perceptions des élèves bénéficiaires concernant ces services, afin de comprendre leurs expériences et leurs attentes vis-à-vis de l'UDAM.

5.1.2 Accessibilité des services

La majorité des élèves a exprimé une perception positive concernant l'accessibilité des services de l'UDAM. Ils ont souligné que l'UDAM est située à proximité de leur établissement scolaire, ce qui facilite leur accès. La prise en charge financière a également été jugée abordable, permettant à un plus grand nombre d'élèves de bénéficier des soins sans rencontrer de contraintes économiques majeures. Cela rejoint les travaux de Mladovsky (2020), qui indiquent que l'accessibilité géographique et financière est un facteur déterminant dans l'utilisation des services de santé.

5.1.3 Qualité des soins

Concernant la qualité des soins, les élèves ont mentionné des expériences globalement positives. Plusieurs participants ont mis en avant la compétence et l'écoute du personnel médical, ce qui a contribué à renforcer leur confiance dans les services. Ce constat est en accord avec les conclusions de Ridde et al., (2011), qui soulignent l'importance de la qualité des soins pour inciter les utilisateurs à fréquenter les établissements de santé.

Cependant, quelques élèves ont rapporté des expériences négatives liées à la qualité des soins, notamment des préoccupations concernant le manque de matériel médical dans certains cas. Ces points, bien que minoritaires, révèlent que des améliorations peuvent être envisagées pour optimiser la satisfaction des usagers.

5.1.4 Temps d'attente

Les temps d'attente lors des consultations ont été identifiés comme un obstacle potentiel. Un certain nombre d'élèves ont exprimé leur frustration face aux délais parfois longs avant d'être reçus par un professionnel de santé. Cette situation pourrait décourager certains d'entre eux à recourir aux services de l'UDAM, comme l'indiquent les travaux de Holmes et Lwanga-Ntale (2012). Il semble donc nécessaire d'optimiser la gestion des flux de patients pour améliorer l'expérience utilisateur.

5.2 Impact des stratégies de communication

5.2.1 Campagnes d'information

Les élèves ont mentionné que les campagnes de sensibilisation menées par l'UDAM, que ce soit à travers des affiches dans l'établissement ou via les réseaux sociaux, ont joué un rôle crucial dans leur compréhension des services disponibles. Ces efforts de communication ont permis d'accroître leur connaissance des bénéfices de l'adhésion à l'UDAM et de les encourager à utiliser ces services. Ce point est renforcé par les recherches d'Alenda-Demoutiez (2016), qui soulignent l'importance de la communication dans l'engagement des usagers.

5.2.2 *Interactions directes*

Les séances d'information organisées directement dans le lycée ont été particulièrement bien accueillies. Les élèves ont apprécié le format interactif de ces rencontres, qui leur a permis de poser des questions et d'obtenir des réponses en temps réel. Cette approche proactive a non seulement amélioré leur compréhension des services, mais a également renforcé leur confiance envers l'UDAM. Ridde et al. (2020) confirment que l'interaction directe entre les prestataires de soins et les bénéficiaires est un levier important pour améliorer l'engagement communautaire.

5.3 Barrières à l'utilisation des services

5.3.1 *Stigmatisation*

Malgré les perceptions positives, certains élèves ont évoqué des préoccupations liées à la stigmatisation. Ils ont expliqué ressentir une pression sociale qui les empêche de rechercher des soins, surtout pour des problèmes de santé considérés comme sensibles. Ce phénomène de stigmatisation peut limiter leur volonté d'utiliser les services de santé, comme le notent Ridde et al. (2014).

5.3.2 *Croyances culturelles*

Des croyances culturelles profondément ancrées dans la communauté ont également été mentionnées comme des obstacles à l'accès aux soins. Certains élèves ont indiqué que leurs familles préfèrent souvent des solutions traditionnelles ou qu'elles ont des réticences à consulter des établissements de santé. Ce phénomène soulève la nécessité d'une sensibilisation culturelle pour favoriser une meilleure intégration des services de santé moderne dans les pratiques locales (Jütting, 2004).

5.3.3 *Manque d'informations spécifiques*

Un autre obstacle identifié par les élèves était le manque d'informations spécifiques sur certains services de santé, tels que la santé mentale ou la prévention des maladies sexuellement transmissibles. Cette lacune peut limiter l'utilisation de services essentiels, en particulier pour des problématiques souvent perçues comme taboues.

5.3.4 Synthèse des résultats

En résumé, les résultats indiquent que les élèves bénéficiaires de l'UDAM ont une perception généralement positive des services offerts, bien que des défis subsistent. L'accessibilité et la qualité des soins sont des facteurs clés qui encouragent leur utilisation, mais les temps d'attente et la stigmatisation demeurent des barrières à surmonter. Les stratégies de communication, en particulier les campagnes d'information et les interactions directes, jouent un rôle crucial dans l'engagement des élèves. Les recommandations pour l'UDAM incluent l'optimisation de l'expérience utilisateur à travers une meilleure gestion des temps d'attente, ainsi que des efforts continus pour sensibiliser la communauté aux services disponibles et lutter contre la stigmatisation associée à la recherche de soins.

6 Limites de l'étude

Il convient de reconnaître certaines limitations de cette étude. Tout d'abord, la taille de l'échantillon, bien que représentative des élèves bénéficiaires de l'UDAM, pourrait ne pas capturer la diversité des opinions au sein de l'ensemble de la population scolaire. De plus, la méthode des entretiens semi-directifs, bien qu'efficace pour obtenir des données qualitatives, pourrait introduire un biais dans les réponses des participants, influencées par leurs perceptions de ce qu'ils pensent être des réponses « appropriées ». Enfin, le cadre temporel de l'étude, qui se limite à quelques jours d'entretiens, pourrait ne pas permettre une observation exhaustive des comportements d'utilisation des services dans le temps.

7 Pistes pour de futures recherches

Des recherches futures pourraient explorer plus en profondeur les impacts des croyances culturelles et de la stigmatisation sur l'accès aux soins. Une étude longitudinale pourrait permettre d'examiner comment les perceptions et les comportements des élèves évoluent au fil du temps, notamment en réponse à des interventions ciblées. De plus, des recherches comparatives entre différents établissements scolaires ou entre les zones urbaines et rurales pourraient enrichir notre compréhension des dynamiques en jeu.

Conclusion

Cette étude a permis de mettre en lumière plusieurs aspects importants du système de couverture maladie offert par l'Unité Départementale d'Assurance Maladie (UDAM) de Foundiougne, en particulier en ce qui concerne la perception des élèves bénéficiaires et l'impact des stratégies de communication mises en place. L'analyse des résultats révèle à la fois des points forts et des axes de progression pour améliorer la portée et l'efficacité de cette initiative.

Tout d'abord, du côté des perceptions des élèves bénéficiaires, les résultats montrent que l'accessibilité des services de l'UDAM est globalement perçue positivement. En effet, une grande majorité des élèves apprécie la disponibilité des soins dans un contexte où l'accès aux services de santé reste limité, notamment pour les populations rurales et vulnérables. Cependant, des obstacles subsistent, notamment en ce qui concerne le temps d'attente dans les structures de santé partenaires, ainsi que des défis liés à la stigmatisation. Certains élèves, par exemple, rapportent une gêne à l'idée de se rendre dans certains centres de santé, ce qui peut nuire à l'utilisation optimale des services proposés. Ces éléments témoignent de la nécessité d'améliorer la qualité du service, non seulement en termes de temps d'attente, mais aussi en matière d'accompagnement psychologique et de réduction de la stigmatisation liée à l'utilisation de ces services.

Les stratégies de communication de l'UDAM apparaissent comme un levier clé dans l'engagement des élèves. Si l'objectif initial de sensibilisation a été atteint, il reste des marges de progrès concernant la compréhension et l'adhésion totale des jeunes bénéficiaires aux services proposés. En effet, bien que la majorité des élèves aient accès à l'information, les canaux de communication utilisés, principalement les affichages et réunions, semblent parfois insuffisants pour une diffusion plus large et plus ciblée. Il serait pertinent de diversifier les modes de communication, notamment en intégrant les technologies numériques (réseaux sociaux, applications mobiles, etc.), qui sont largement utilisées par cette tranche d'âge. Par ailleurs, la perception des élèves sur l'utilité et la portée de l'offre de l'UDAM montre qu'il y a encore un travail à accomplir pour créer un véritable changement d'attitude vis-à-vis de l'assurance maladie et de la santé communautaire en général.

L'un des points essentiels de cette étude réside dans l'identification des obstacles culturels et sociaux qui peuvent freiner l'adoption des services proposés par l'UDAM. La compréhension de ces enjeux culturels est fondamentale pour ajuster les stratégies de communication et de sensibilisation afin de mieux répondre aux attentes des élèves. En effet, dans de nombreuses communautés, la santé est encore perçue sous un prisme traditionnel, où les pratiques de soins alternatifs ou informels sont préférées. Ainsi, un dialogue plus large sur la complémentarité entre soins traditionnels et soins modernes pourrait favoriser une meilleure acceptation des services de l'UDAM.

Sur le plan organisationnel, il est également nécessaire de revoir certaines modalités de fonctionnement de l'UDAM, notamment concernant la gestion des cotisations et des remboursements. Une meilleure organisation et simplification des processus administratifs, notamment en matière de gestion des remboursements, pourrait contribuer à renforcer la satisfaction des bénéficiaires. La mise en place de solutions plus flexibles et accessibles pourrait également encourager les élèves à s'engager de manière plus proactive dans le système.

En termes de politique de santé au niveau national, cette étude souligne l'importance de renforcer les initiatives communautaires comme celle de l'UDAM dans le cadre de la couverture sanitaire universelle (CSU) au Sénégal. Si des progrès ont été réalisés au cours des dernières décennies, le chemin reste semé d'embûches pour parvenir à une couverture complète et réellement inclusive. La mobilisation de ressources financières et humaines supplémentaires, ainsi que la consolidation du rôle des mutuelles de santé communautaires, est essentielle pour surmonter les barrières structurelles et sociales à l'accès aux soins.

Enfin, les résultats de cette recherche offrent des pistes concrètes pour l'amélioration de l'offre de services de l'UDAM. Il apparaît qu'une meilleure gestion de la communication et un approfondissement des stratégies d'engagement des élèves sont essentiels pour améliorer l'adhésion à cette mutuelle. De plus, des actions de sensibilisation davantage adaptées aux spécificités culturelles et sociales de la population cible permettront de maximiser les chances de succès de telles initiatives. L'étude recommande également d'envisager des ajustements dans le fonctionnement interne de l'UDAM, en particulier dans la gestion des cotisations et du remboursement des soins, pour rendre le système encore plus accessible et fonctionnel.

Somme toute, bien que des défis demeurent, les mutuelles de santé communautaires comme l'UDAM de Foundiougne représentent un modèle prometteur pour améliorer l'accès aux soins de santé dans les zones rurales et vulnérables du Sénégal. Les stratégies de communication, l'adaptation aux spécificités locales et une gestion efficace des ressources seront les clés pour assurer la pérennité et l'élargissement de la couverture santé à une plus grande partie de la population sénégalaise.

RÉFÉRENCES

- Alenda-Demoutiez, M. (2016). *Les évolutions des politiques de santé au Sénégal*. Revue de l'Économie Sociale, 8(2), 45-68.
- Atim, C. (2015). *The role of community health insurance in access to healthcare: Lessons from West Africa*.
- Blanchet, T. (1996). *Social insurance and social security in developing countries*. International Social Security Review, 49(4), 31-58.
- Boidin, B. (2012). *Health insurance in the developing world: The case of community-based health insurance*. Journal of Health Economics, 31(1), 40-50.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Britten, N., et al. (1995). Qualitative research methods in general practice. *BMJ*, 311(6999), 237-241.
- Cherrier, C. (2016). *Understanding the emergence of social protection in Senegal*. African Social Protection Journal, 3(1), 10-15.
- Creswell, J. W. (2014). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. Sage Publications.
- Criel, B., Bâ, A. S., Kane, F., Noirhomme, M., & Waelkens, M.-P. (2010). Une expérience de protection sociale en santé pour les plus démunis: Le fonds d'indigence de Dar-Naïm en Mauritanie. *ITG Press*, Antwerp.
- Defourny, J., & Failon, D. (2011). Mutual health organizations: What role for the social economy?.

Dupré, M. (2011). Quelles alternatives au financement direct de la santé dans les pays à faible revenu ? Le cas des mutuelles de santé au Sénégal. *Santé internationale*, 273-288.

Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Prentice Hall.

Holmes, R., & Lwanga-Ntale, C. (2012). *Social protection in Africa: A review of the literature*. *International Journal of Social Welfare*, 21(2), 123-134.

Jütting, J. (2004). *The role of social protection in poverty reduction: A comparison of social protection systems in Africa and Latin America*. *Development Policy Review*, 22(4), 399-418.

Koné, K. G. (2012). *Équité de l'accès aux soins dans un contexte de subvention des médicaments : Une analyse économétrique des déterminants du recours aux soins à Dakar* (Thèse de doctorat, Université Cheikh Anta Diop de Dakar).
https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers13-06/010058745.pdf

Kutzin, J. (2016). What that will take: The case for health financing reform. *World Health Organization*.

Kutzin, J., Wirth, D., & Pomeroy, A. (2016). *Health financing for universal coverage: A global perspective*. World Health Organization.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *InterViews: Learning the Craft of Qualitative Research Interviewing*. Sage Publications.

Letourmy, A. (2008). Le développement de l'assurance maladie dans les pays à faible revenu: L'exemple des pays africains. *Comptes Rendus Biologies*, 331(12), 952-963.
<https://doi.org/10.1016/j.crv.2008.10.001>

Letourmy, P., & Pavy-Letourmy, M. (2005). The role of social capital in the success of health mutuals: Case studies from Benin and Guinea.

Libaert, T. (2020). *Le plan de communication* (3e éd.). Dunod.

Mason, J. (2002). *Qualitative Researching*. Sage Publications.

Mladovsky, P. (2020). Health care systems in transition: A comparative analysis of Africa and Europe. *Global Health Action*, 13(1), 1-10.

Mladovsky, P. (2014). *Health system financing and universal health coverage in West Africa*. WHO Regional Office for Africa.

Patton, M. Q. (2015). *Qualitative Research & Evaluation Methods*. Sage Publications.

Ridde, V., Kadio, K., Ducandas, X., & Kafando, Y. (2011). *La protection sociale et les indigents au Burkina Faso*. Université de Montréal, Équipe de recherche Teasdale-Corti, CRCHUM, Société d'études et de recherches en santé publique.

Ridde, V. (2012). *L'Accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest: Au-delà des idéologies et des idées reçues*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.

Ridde, V., Morestin, F., & Dussault, G. (2014). *The politics of health financing in Senegal: A complex web of interests and influences*. *Social Science & Medicine*, 107, 32-39.

Théret, B. (2011). *Les nouvelles formes de solidarité face aux risques sociaux en Afrique*. *African Sociological Review*, 15(1), 12-28.

Togba, J. (2005). *The impact of the Bamako Initiative on health care financing in Africa*. *African Journal of Health Sciences*, 12(3-4), 155-162.

UEMOA. (2001). *Règlement sur les mutuelles de santé au sein de l'UEMOA*.

Vuarin, P. (2000). *Religious giving and the welfare state in Senegal*. *African Studies Review*, 43(2), 37-55.

Waelkens, M. P., & Criel, B. (2004). *Access to health care in Africa: The role of community health insurance*. *Tropical Medicine & International Health*, 9(8), 1002-1008.

Wang, H., Wu, Z., & Yang, Y. (2010). *Health insurance in China: A systematic review*. *Health Policy and Planning*, 25(6), 464-474.

