



Mémoire
Présenté par
Par Dr
Gbètoho
Fortuné

Université Senghor

**CONTRIBUTION DES MUTUELLES DE
SANTÉ DANS L'ACCÈS AUX SOINS AU
BENIN : MYTHE OU REALITE**

Année académique :

Année 2013



Université Senghor

Université internationale de langue française
au service du développement africain

Opérateur direct de la Francophonie

**CONTRIBUTION DES MUTUELLES DE
SANTÉ DANS L'ACCÈS AUX SOINS AU
BENIN : MYTHE OU REALITE**

Par Dr Gbètoho Fortuné GANKPE

Pour l'obtention du Master en Développement

Spécialité Santé Internationale

Directeur

Pr Matthieu SIBE, ISPED Bordeaux

Co-directeur

*Pr Jean Daniel RAINHORN, Maison des
sciences de l'homme, Paris*

Président du jury

*Dr Christian MESENGE, Université
Senghor*

Membres du jury

Pr Anne-Marie MOULIN, CNRS

*Pr Hanane EIZEINY, Université
d'Alexandrie*

Année 2013

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

REMERCIEMENT

Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance aux personnes qui ont contribué à la réalisation de ce travail :

Professeur Matthieu SIBE, vous avez accepté diriger ce travail à un moment où vos occupations pouvaient vous en empêcher. Et vous m'avez généreusement fait partager vos connaissances de la socio-économie de la santé. Veuillez trouver ici le témoignage de ma gratitude et de mon admiration sincère.

Professeur Jean-Daniel RAINHORN, vous m'aviez fait confiance dès le début en acceptant me conduire dans la démarche de la rédaction scientifique. Votre tutorat a été pour moi des plus enrichissants. Qu'il soit l'occasion de vous témoigner l'expression de ma gratitude espérant que ce travail apparaîtra comme le reflet de votre enseignement oh combien fascinant.

Professeur Christian MESENGE, vous avez été l'initiateur de mon stage. Tout au long de mon parcours, j'ai pu bénéficier de votre indéfectible présence. Plus qu'un encadreur, vous êtes un ami. Sans vous, la réalisation de ce projet aurait été moins passionnante. Veuillez trouver ici le témoignage de ma gratitude et de ma profonde estime.

A tous mes tuteurs du programme de master, pour la qualité de vos enseignements et votre soutien permanent. Hommages respectueux.

A tout le personnel de l'Université Senghor et particulièrement Alice Mounir, Jeanne Azer et Ahmed El-Yassaky, je vous remercie pour votre accueil, votre disponibilité et la diligence de vos réponses à mes demandes itératives.

Conseil pour le développement de la recherche en sciences sociales en Afrique (CODESRIA) pour le soutien financier à cette recherche.

DEDICACE

*A mes parents **Véronique et Noël**, votre présence pour tout et toujours, votre amour et votre intarissable soutien contribuent à mon bonheur jour après jour.*

*A **Christine et mes sœurs Evelyne, Betsy, Emeraude et Béryl**, vos prières m'accompagnent tous les jours et ce travail est le témoin de l'exaucement de celles-ci.*

*A ma sœur **Améthyste**, seul ton courage te permettra de repartir en force. Rien n'est jamais gagné d'avance, et se remettre en cause chaque fois est important pour se construire.*

*A ma très chère **Janice**, sans qui je ne serais pas tout à fait moi. Trouve ici l'aboutissement de l'un de nos projets communs.*

*A **Coffè, Laurenda**, pour votre contribution à la réalisation de ce travail.*

*A **Françoise, Euripide, Karl, Ulvick, Natricia, Hayath, Géraud, Arsène** pour vos apports amicaux.*

*A tous mes compatriotes « **Senghoriens** », et particulièrement **Ulvick et Nadège** pour la famille formée à Alexandrie.*

*A mes collègues de promotion et particulièrement **Nènè, Kadidia, Agnès, Dedamani, Ousmane, Aubin, Franck, Thimoty, Fanga, Francis, Myriam, Afeignindou, Alex, Maxime, Richemont, Aïssa, Zalika** pour votre collaboration.*

Et le Seigneur Dieu, pour sa bénédiction.

Résumé

Plus de 80% de la population béninoise ne bénéficient d'aucune protection sociale. Des systèmes de mutualisation ont été mis en place pour faciliter l'accès aux services de soins d'un point de vue financier. Cependant il est difficile de mesurer leur contribution effective dans l'accès équitable aux soins des populations défavorisées. Dans une étude transversale descriptive menée à Parakou au Nord-Bénin, nous avons exploré les facteurs d'exclusion des populations de ces mutuelles de santé à travers le profil des individus, la dynamique sociale et les insuffisances organisationnelles des mutuelles. Cinquante patients de trois centres de santé parmi les dix du réseau de soins coordonnés tirés au hasard ont été sélectionnés pour des entretiens individuels et deux focus group, d'une part avec des adhérents (n=9) et des non-adhérents (n=12) d'autre part.

Cette étude montre que le profil des membres des mutuelles correspond à la classe moyenne inférieure ou pauvre supérieure. Les adultes jeunes de moins de 35 ans, particulièrement les femmes et les célibataires, les ménages de grande taille, à revenu faible, constituent une sous-population exclue des mutuelles de santé. La dynamique de groupe basée sur les initiatives d'entraide locale, le sentiment d'appartenance au groupe et la confiance aux comités de gestion des mutuelles, est nécessaire pour encourager la participation de la majorité aux systèmes de mutualisation. Les actions de sensibilisation des mutuelles sont inadaptées aux cibles ne tenant pas compte du contexte socio-économique de ces dernières.

Le taux de pénétration des mutuelles reste faible. Cette situation menace la viabilité même des mutuelles dont l'impact dans l'accès équitable aux soins de santé reste marginal. Les mutuelles de santé semblent reproduire les inégalités sociales en matière de santé. Rendre obligatoire l'adhésion peut permettre de faire participer un plus grand nombre et des stratégies innovantes doivent être mises en place pour enrôler les plus démunis.

Mots clés : mutuelles de santé, accès aux soins de santé, exclusion, Bénin

Abstract

More than 80% of Benin population does not have any social protection. Mutual health organizations (MHOs) have been created to increase financial access to healthcare. However their contributions toward underprivileged populations for equity access healthcare seem to be very poor. In a descriptive and transversal study in Parakou in northern Benin, we studied the determinants of exclusion of marginalized populations through the profile of membership, the social dynamics and mutual organizational shortcomings.

From three facilities chosen by randomization among the ten in the “Réseau des Soins Coordonnés”, 50 patients were selected. Individual interviews and focus group were conducted with registered members (n=9) and non-registered members (n=12). This study showed that the member’s profile of MHOs registered members’ profile matches with the “lower middle class”. People under 35 years old, particularly women and single, large households, with low income, are excluded sub-populations from MHOs. Group dynamic based on local mutual assistance initiatives, the membership feeling and the trust in the scheme management committee is necessary to encourage more people for joining MHOs. The sensitization actions of MHOs did not cover the targeted groups, because of the non-consideration of their socioeconomic context.

The MHOs adhesion rate remains low and this threatens its viability. The MHOs implementation impact remains poor and it seems to create social inequalities in healthcare delivery. Making MHOs adhesion compulsory can be an alternative for membership of more people. And innovative strategies are necessary to enroll poor people.

Keywords: mutual health organization, access to healthcare, exclusion, Benin

Liste des abréviations et acronymes

BIT : bureau international du travail

CIDR : centre international pour le développement et la recherche

INSAE : institut national de statistiques et de l'analyse économique du Bénin

MHO : mutual health organisation

OMS : organisation mondiale de la santé

OIT : organisation internationale du travail

PISAF : projet intégré de santé familiale

PROMUSAF : programme d'appui aux mutuelles de santé en Afrique

RSC : réseau des soins coordonnés

RAS : réseau alliance santé

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENT.....	i
DEDICACE	ii
Résumé	iii
Abstract	iv
Liste des abréviations et acronymes.....	v
TABLE DES MATIÈRES.....	vi
1. INTRODUCTION.....	2
2. APPROCHE THEORIQUE ET CONCEPTUELLE	4
2.1. Définition des concepts	4
<i>Protection ou sécurité sociale</i>	4
<i>Mutuelle de santé</i>	4
<i>Accès et accessibilité aux soins de santé</i>	5
2.2. Les mutuelles, une activité sociale historique.....	6
2.3. Fonctionnement des mutuelles de santé au Bénin : un système tripartite.....	8
2.4. Mutuelles de santé au Bénin : un mouvement en pleine croissance	11
2.5. Mutuelles de santé au Bénin : un mouvement à impact marginal.....	13
2.6. Cadre conceptuel : de la non-adhésion à l'exclusion.....	14
2.7. Question de recherche	15
2.8. Objectif général	15
2.9. Objectifs spécifiques.....	15
2.10. Hypothèses de recherche	15
3. MATERIELS ET METHODES.....	16
3.1. Cadre d'étude	16
3.2. Méthodes d'étude	17
Type et période d'étude	17
Population d'étude	17
Echantillonnage et collecte des données	18
3.3. Définition des variables	18
3.4. Analyse des données	18
3.5. Considération éthique.....	19

4. RESULTATS	20
4.1. Profil des membres et non-membres des mutuelles de santé	20
4.2. Le réseau de solidarité sociale	23
4.3. Perception de la qualité de soins	24
4.4. Nécessité de diffusion de l'information dans la population au sujet des mutuelles de santé.	25
5. DISCUSSION.....	27
5.1. Limites de l'étude.....	27
5.2. Faible adhésion aux mutuelles de santé	27
5.3. Sélection contraire des adhérents aux mutuelles de santé	28
5.4. Mutuelles de santé et dynamique de solidarité sociale.....	30
5.5. Relations contractuelles entre les mutuelles et les formations sanitaires : la nécessaire implication des adhérents	32
5.6. Stratégie de communication des mutuelles de santé inadaptée au contexte socioculturel des populations	32
5.7. Elaboration de l'intention d'adhérer à la mutuelle de santé	33
6. CONCLUSION	36
7. RÉFÉRENCES.....	37
LISTE DES FIGURES	41
LISTE DES TABLEAUX.....	41

« C'est un paradoxe que services de santé et couverture maladie, des biens de première nécessité, obéissent à la loi des biens de luxe : plus on est riche, plus on en consomme ! » **Claude Le Pen**

1. INTRODUCTION

L'initiative de Bamako adoptée et mise en œuvre dans la plupart des pays africains en 1987 (Chabot, 1988) n'a pas produit les effets escomptés pour les systèmes de santé africains. Alors qu'elle se voulait une politique de relance de la stratégie des soins de santé primaires telle que décrite dans la Déclaration d'Alma Ata¹, tout en renforçant l'équité d'accès aux soins (Develtere, *et al.*, 2004, Ridde et Girard, 2004). Cette initiative ne s'est pas traduite en un meilleur accès aux services de santé parmi les plus démunis et n'a fait que marginaliser davantage certains sous-groupes déjà très vulnérables au profit d'une plus grande viabilité financière des structures (Ridde et Girard, 2004).

Si tout le monde s'accorde à reconnaître que la mauvaise répartition des soins de santé est l'un des principaux déterminants sociaux de la santé, le débat sur les solutions à apporter est loin de faire l'unanimité. Selon Magaret Chan²,

« Personne ne doit être empêché d'avoir accès aux interventions de sauvetage ou de promotion de la santé pour des raisons injustes, y compris les facteurs économiques et sociaux. [...] Lorsqu'il s'agit de santé, l'équité est vraiment une question de vie ou de mort »(OMS, 2009).

Mais dans les pays en développement, les programmes sociaux sont insuffisants, ou inadéquats. Les stratégies politiques en matière de santé semblent renforcer l'injustice sociale et économique. Tous ces facteurs conjugués expliquent l'inégalité d'accès aux soins et empêchent ceux qui ont besoin de soins d'avoir un bon état de santé alors que celui-ci est biologiquement identique pour tous (OMS, 2009).

Au Bénin, l'accès aux soins de santé des populations demeure un défi urgent et difficile pour le système de santé. Plus de 80% de la population ne bénéficie d'aucune protection sociale et cela touche surtout les individus du secteur informel (BIT, 2005, Houessou, 2004). L'une des mesures mise en œuvre pour répondre à ce problème

¹ Conférence internationale sur les soins de santé primaires réunie à Alma Ata le 12 septembre 1978, soulignant la nécessité d'une action urgente de tous les intervenants des secteurs de la santé et du développement ainsi que de la communauté internationale pour protéger et promouvoir la santé pour tous en l'an 2000

² Magaret Chan est la directrice générale de l'Organisation Mondiale de la Santé.

majeur d'accès aux soins du point de vue financier, a été le développement des systèmes de mutualisation du risque maladie appelés mutuelles de santé (Fonteneau et Galland, 2009). La micro-assurance santé est indispensable pour un meilleur accès aux soins de santé (Labié, *et al.*, 2007). Ces initiatives prises pour la plupart par les organisations de la société civile ont connu une croissance ces deux dernières décennies (Concertation, 2004). Ainsi un grand espoir a été placé en ces organisations dont le but est de permettre l'accès de la majorité de la population aux services de santé. Cependant, malgré l'essor de la mutualisation, les taux de couverture restent très faibles. Plusieurs mutuelles de santé peinent à couvrir 10% de la population cible (Fonteneau, 2003, Waelkens et Criel, 2004). On note une exclusion volontaire ou involontaire des populations défavorisées des mutuelles de santé. De ce fait, elles ne permettent pas de réduire les inégalités sociales en matière de santé. Or la problématique de l'équité en santé est une question de justice sociale. Pourquoi certaines populations seraient-elles exclues des systèmes de micro-assurance dont le but est de réduire les inégalités en santé et favoriser un meilleur accès financier aux soins de santé ?

La présente étude se propose d'offrir, un éclairage sur la contribution effective des mutuelles de santé dans l'accès à la santé au Bénin. Après avoir situé le contexte de l'étude, il s'agira au moyen d'une enquête qualitative, de décrire le profil des membres des mutuelles afin d'en déduire les principaux facteurs d'exclusion. Comment la dynamique sociale influence-t-elle le choix des populations d'adhérer à la mutuelle de santé ? Et quelles stratégies mettre en place pour enrôler un plus grand nombre de personnes, particulièrement les plus démunis ?

2. APPROCHE THEORIQUE ET CONCEPTUELLE

2.1. Définition des concepts

Protection ou sécurité sociale

Les termes de protection sociale et sécurité sociale vont souvent de pair et signifient la même chose. La conférence générale de l'Organisation Internationale du Travail (OIT) tenue à Genève en mai 2012, en sa cent unième session, réaffirme que le droit à la sécurité sociale est un droit de la personne en même temps qu'une nécessité économique et sociale pour le développement et le progrès. Elle définit les socles nationaux de protection sociale qui

« sont des ensembles de garanties élémentaires de sécurité sociale définis à l'échelle nationale qui assurent une protection visant à prévenir ou à réduire la pauvreté, la vulnérabilité et l'exclusion sociale. Ces garanties devraient assurer au minimum à toute personne dans le besoin, tout au long de la vie, l'accès à des soins de santé essentiels et une sécurité élémentaire de revenu qui ensemble garantissent un accès effectif aux biens et services définis comme nécessaires à l'échelle nationale » (ILO, 2012).

Mutuelle de santé

L'assurance santé est une forme de protection sociale dont le domaine des services est la santé. Le terme de micro-assurance santé regroupe une grande diversité de systèmes: les mutuelles de santé, les assurances organisées et gérées par les prestataires de soins -un centre de santé ou un hôpital peut proposer à ses usagers de payer une cotisation donnant droit à une réduction du prix des soins ou à la gratuité de certains services de santé-, les systèmes d'assurance santé mis en place par d'autres acteurs parmi lesquels les organisations non-gouvernementales, les institutions de microfinance, les coopératives, les syndicats. Les systèmes de micro-assurance santé ont en commun d'utiliser un mécanisme, l'assurance, qui repose sur le paiement préalable de cotisations (ou primes), le partage des risques et la notion de garantie. Les cotisations des assurés sont mises en commun et servent à couvrir les dépenses des seules personnes affectées par la survenue d'un certain nombre de risques précisément déterminés. Les assurés, en contrepartie du versement de leurs cotisations, obtiennent

de l'assureur la garantie de cette réparation financière. Ils renoncent à la propriété des cotisations versées et ne peuvent donc plus les réclamer (BIT, 2005). Une mutuelle de santé est « une association à but non lucratif, basée sur les principes de solidarité et d'entraide entre des personnes physiques qui y adhèrent de façon libre et volontaire. Son objectif principal est de mener, au moyen des cotisations des membres et à leur profit, des actions de prévoyance dans le domaine de la santé » (BIT, 2002).

Accès et accessibilité aux soins de santé

Selon Picheral, l'accessibilité aux soins est

« La capacité matérielle d'accéder aux ressources sanitaires et aux services de santé, elle présente au moins deux dimensions matérielle et sociale. L'accessibilité traduit la possibilité de recourir aux prestataires de soins et n'a donc qu'une valeur potentielle. Surtout fonction du couple distance/temps donc de la proximité ou de l'éloignement du cabinet médical, de l'établissement de soins et de la longueur du trajet à effectuer. Indicateur social (inégalités) et indicateur de santé fréquemment utilisés, l'accessibilité est une condition de l'accès aux soins mais ne détermine pas à elle seule le recours aux soins effectif (c'est à dire l'utilisation effective du système). L'accessibilité se dit aussi de la possibilité financière de recourir à des services de santé (couverture, assurance sociale) ou à une innovation médicale (pratique, technique, équipement, diffusion). La plus grande accessibilité est ainsi un des objectifs premiers de tout système de santé dans sa dimension sociale (équité) » (Picheral, 2001).

Se dégage de cette définition la notion d'accessibilité géographique et économique. La nuance faite ici entre l'accessibilité et l'accès est intéressante en ce que l'accès désigne l'utilisation effective des services de santé, corolaire de l'accessibilité. Selon, le Bureau International du Travail (BIT), l'accès aux soins de santé de qualité est la possibilité, pour la population, d'utiliser les services de santé de qualité. Pour que l'ensemble de la population puisse accéder aux services de santé, il faut que soient levés des obstacles économiques, financiers, géographiques, psychologiques, culturels et autres.

2.2. Les mutuelles, une activité sociale historique

Les mutuelles ont des origines très anciennes. Le terme évoque la notion de partage de risque qui est très ancienne, déjà observée dès le quatrième millénaire avant Jésus-Christ chez les Egyptiens sous la forme d'une caisse de solidarité et d'entraide au sein des travailleurs de pierre. Le mouvement va s'étendre à la Grèce antique et sera placé sous la tutelle de l'église dans le cadre d'assistance aux plus pauvres, de compagnonnage. Ce sont en effet les confréries qui organisent l'action sociale en ce moment dans une logique caritative. Elles constituaient la seule organisation sociale pérenne capable d'assurer la cohésion sociale. Puis, le monde des travailleurs caractérisé par une forte hiérarchisation entre les maîtres et les ouvriers, a pris conscience des risques liés au travail, ce qui a abouti à la révolution française. Des corporations se sont alors organisées et ont élaboré des formes de solidarité. Ces initiatives ont été à la base des premières formes d'entraide. Les premières formes modernes sont apparues en Angleterre au XVIII^{ème} siècle et prenaient en compte les funérailles. La première société de secours mutuel en France fut créée en 1780. Mais face au risque maladie, dans un contexte de laïcisation de la société où l'ordre de gouvernance n'est plus religieux, l'individu seul est vulnérable et l'extension à l'assurance du risque maladie fit son apparition au XIX^{ème} siècle. Diverses formes de protection sociale ont vu le jour sous l'influence de deux grandes doctrines bismarckienne et beveridgienne. Le régime de sécurité sociale d'inspiration bismarckienne s'adresse aux travailleurs, le financement y est contributif sur la base des cotisations salariales et patronales. C'est le cas dans les pays comme la France, la Belgique, l'Allemagne, etc. Celui d'inspiration beveridgienne est caractérisé par un financement surtout fiscal, la logique sociale est la solidarité universelle, et s'adresse à tous les citoyens comme c'est le cas en Norvège, Danemark, Pays-Bas, etc. Les mutuelles de santé jouent un rôle alternatif et complémentaire.

En Afrique, il existe traditionnellement des pratiques de solidarité et d'entraide au sein des populations rurales sous la forme des tontines. C'est une forme de prévoyance sociale dans laquelle, les individus confient une part de leurs revenus à un des leurs et à tour de rôle, chacun ramasse la somme totale. Ceci est souvent destiné aux dépenses liées aux obsèques et aux cérémonies. La notion d'épargne pour la santé n'est pas

connue de ces populations. Au Bénin, en dehors des tontines traditionnelles, il existe aussi des groupes endogènes d'entraide et de solidarité sociale dont la mission est d'apporter l'assistance morale et financière (ou secours mutuel) au membre en cas d'événements malheureux ou heureux : décès, accidents, maladie, naissance, rituels d'initiation, mariage, etc. Ces initiatives sont très répandues dans le pays, avec une plus grande diversité dans le Sud et le Centre du Bénin telles que les associations « Vovominanvo », « Nonvitcha », « Nù djè mê dji gbè », etc. (Hodges, *et al.*, 2010)

Au lendemain des indépendances, les gouvernements des pays africains ont adopté des politiques de gratuité complète des soins de santé de base aux populations s'inspirant des modèles « d'Etat providence » dans les pays industrialisés dont ils sont des ex-colonies (Develtere, *et al.*, 2004). Ces politiques vont s'avérer inefficaces à cause du développement insuffisant des structures sanitaires et le budget alloué à la santé s'amenuisant face à l'endettement économique vis-à-vis des institutions de Bretton Woods. Les problèmes de financement de la santé, d'accessibilité aux soins et d'équité étaient devenus récurrents et préoccupants pour les Etats (Audibert, *et al.*, 2004). Les moyens de mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaires de la déclaration d'Alma Ata étaient indisponibles. Elle a connu des succès mitigés par endroit et dans les années 80, les gouvernements ont pris conscience de l'échec de cette stratégie. Ces problèmes ont conduit à la mise en place de l'initiative de Bamako.

Ainsi, après la période « d'Etat providence », le Bénin à l'instar de la plupart des pays africains a adopté en 1988 l'initiative de Bamako qui devait relancer la stratégie des soins de santé primaires, où les communautés à la base participent directement au financement de la santé (Chabot, 1988, Develtere, *et al.*, 2004, Ridde et Girard, 2004). L'obligation du paiement direct des soins de santé pour les populations n'a fait que renforcer les inégalités sociales et contribuer à l'exclusion des pauvres. C'est dans ce contexte que des initiatives en matière de micro-assurances santé sous forme associative, sont apparues pour offrir une protection financière et un accès aux soins de santé aux populations. L'utilité d'une participation des populations au financement de la santé n'est pas remise en cause pour autant, mais les formules de prépaiement ont remplacé le paiement direct (Audibert, *et al.*, 2004). Mais qu'est-ce qu'il convient

d'attendre de ces schémas et quelles en sont les modalités de mise en œuvre ? Quel est le type de fonctionnement appliqué au Bénin ?

2.3. Fonctionnement des mutuelles de santé au Bénin : un système tripartite

Il existe plusieurs termes pour définir les structures de protection sociale mises en place par les organisations non gouvernementales et parfois l'Etat. Dans de nombreux pays, le terme de système d'assurance maladie est largement utilisé. Au Bénin, les populations sont plus familiarisées avec le terme de mutuelles de santé³, parce que la notion d'assurance évoque les grandes sociétés d'assurance qui sont essentiellement des organisations marchandes, alors que les mutuelles sont par définition à but non lucratif. On voit là déjà la place des pesanteurs sociologiques dans la compréhension même des termes utilisés.

Le Bureau International du Travail (BIT) a proposé d'utiliser le terme « micro assurance santé » ou « mutuelle sociale » qui recouvre l'ensemble des différents modèles d'initiatives pour désigner les structures de protection sociale dont le but principal commun est de répondre à la problématique d'accès aux soins des populations défavorisées. "Micro-" fait référence à la contribution financière relativement réduite des membres de la mutuelle et "assurance" parce qu'il s'agit de prévoir le risque "maladie". Il s'agit donc d'un regroupement qui, essentiellement au moyen des cotisations de ses membres, se propose de mener, dans l'intérêt de ceux-ci une action de prévoyance, d'entraide et de solidarité visant la prévention des risques sociaux liés à la personne humaine et la réparation de leurs conséquences (BIT, 2002).

Toutes ces initiatives ont adopté presque le même mode de fonctionnement au Bénin, celui du *tiers payant avec ticket modérateur*. C'est un système tripartite composé de l'adhérent⁴, de la structure de gestion de la mutuelle et l'établissement de soins selon la figure ci-dessous. L'individu qui adhère à la mutuelle paie sa cotisation le plus souvent de façon mensuelle, trimestrielle ou annuelle. En cas de maladie ou de besoin de santé, il va dans l'établissement de soins avec lequel la mutuelle a signé des contrats

³ Le terme "mutuelles de santé" sera celui utilisé dans ce document.

⁴ Adhérent, c'est la personne qui souscrit à la mutuelle de santé et qui bénéficie avec ses ayant-droit des prestations de la mutuelle. Ce terme sera utilisé dans ce document au même titre "membre"

de prestation de soins. Là, l'adhérent présente sa carte de membre et est pris en charge par le service de santé. Néanmoins, il contribue au paiement des frais de soins, et sa part directe correspond généralement au tiers du coût total d'où la notion de ticket modérateur. Cette stratégie a été mise en place pour limiter les surconsommations. A la fin du mois, l'établissement de soins adresse les attestations de soins et les factures à la mutuelle qui se charge de le rembourser, d'où la notion de tiers-payant. La solidarité intervient à partir du moment où les uns cotisent pour payer les frais de santé des autres et vice-versa. Cependant, les adhérents ne sont pas supposés se connaître du moins pour la plupart des mutuelles du Bénin en dehors des initiatives des groupements de femmes ou de certaines organisations professionnelles. On peut aisément comprendre que c'est fait à dessein afin de réduire les effets d'éventuelles rivalités ethniques, historiques, religieuses qui existent au sein des communautés au Bénin et peuvent entraver la bonne marche d'un système de mutualisation du risque santé.

Il serait en effet difficile à un individu « A » qui a des rivalités avec « Y » d'accepter de cotiser sachant que sa cotisation va contribuer à l'amélioration de la santé de ce dernier. Ce phénomène a été déjà observé par certains auteurs (Atim, 1999, Criel et Waelkens, 2003).

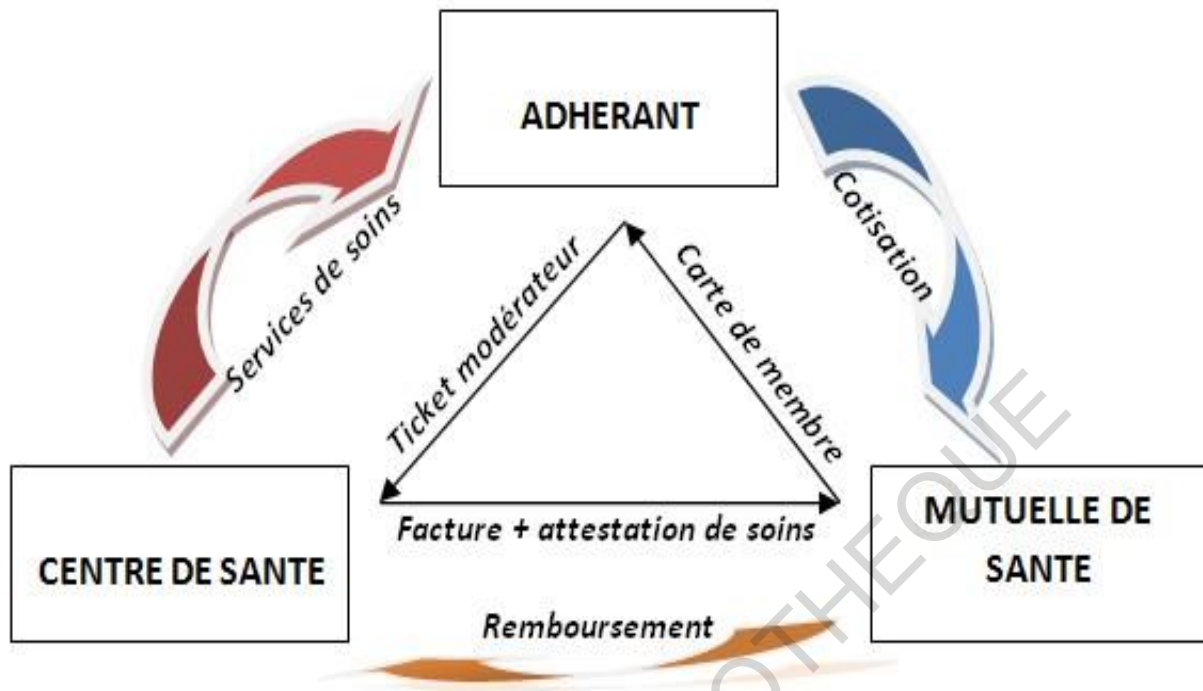


Figure 1: Schéma de fonctionnement des mutuelles de santé au Bénin (source : l'auteur)

Partager et prendre en charge les risques grâce aux cotisations

La mutuelle de santé offre une protection sociale vis-à-vis de la maladie. Elle regroupe les contributions financières relativement faibles des adhérents. C'est ce qu'on appelle dans le jargon mutualiste le produit d'assurance-maladie. Plusieurs risques de maladie sont concernés et les mutuelles ne couvrent pas tous les cas de maladies. Il s'agit le plus souvent des maladies couramment rencontrées dans la communauté. Lorsqu'un individu tombe malade et que le type de maladie ne correspond pas à une maladie prise en charge par l'assurance, ce dernier paie directement tous les frais liés aux soins, c'est souvent le cas pour les maladies nécessitant une intervention chirurgicale. Toutefois certains de ces cas de maladies sont de plus en plus pris en compte par les mutuelles (exemple : l'appendicite aiguë, la césarienne, les fractures osseuses par accident de la route, etc.).

Les mutuelles manipulent alors des fonds qui proviennent essentiellement des cotisations des membres. Elles sont parfois aidées par les partenaires techniques et financiers, les organismes internationaux et les pouvoirs publics. Les cotisations sont fixées essentiellement sur la base du coût des soins et des possibilités des membres (Criel, 1998, Criel et Waelkens, 2003, Fonteneau et Galland, 2009). On comprend aisément que les capacités financières des mutuelles soient fonction du nombre de leurs membres.

2.4. Mutuelles de santé au Bénin : un mouvement en pleine croissance

Le développement de l'assurance maladie au Bénin a suivi plusieurs étapes qui ont conduit à la situation observable aujourd'hui. Les premières mutuelles de santé ont vu le jour au Bénin dans les années 1995. Le Centre International de Développement et de Recherche (CIDR⁵) a été l'un des pionniers dans le domaine par le démarrage de son projet « mutuelle de santé ». Ce projet démarré depuis Octobre 1994 a permis de créer à ce jour dans les départements des « Collines » et du « Borgou » situé au nord du Bénin, une trentaine de mutuelles rurales et urbaines avec environs trente-cinq milles adhérents. D'autres structures d'appui telles que le « programme d'appui aux mutuelles de santé en Afrique (PROMUSAF) » de l'organisation non-gouvernementale belge « Solidarité Mondiale » le « Projet Intégré de Santé Familiale (PISAF) » ont installé des mutuelles dans les différentes localités du Bénin. Comme on peut le constater, ce sont des projets mis en œuvre à l'initiative des organisations non-gouvernementales pour la plupart étrangères, qui travaillent au Bénin. Cela soulève la question de leur pérennité et leur capacité à supporter les coûts de la santé au retrait de leurs appuis extérieurs.

Le gouvernement béninois a initié en 1999, dans le cadre de son programme d'extension de la protection sociale aux travailleurs du secteur agricole et aux artisans du secteur informel, la « Mutuelle de Sécurité Sociale du Bénin » qui compte à ce jour quatre sections à Cotonou, Parakou, Porto-Novo et Natitingou. Ces mutuelles mises en place dans les différents départements administratifs du pays n'ont pas encore acquis

⁵ *Le Centre International pour le Développement et la Recherche est une organisation non gouvernementale française qui œuvre dans le secteur des mutuelles de santé au nord du Bénin avec le financement du gouvernement suisse.*

leur autonomie de gestion. Elles sont assez marginales en terme de couverture (12000 bénéficiaires en 2009 sur l'ensemble du territoire).

Tableau I: Taille du réseau "Alliance santé⁶" dans les départements du Borgou et Collines en 2006 (d'après CIDR, 2007)

Les effectifs en brut	Juin 2006
Population cible	333207
Nombre de villages mutualistes	141
Nombre de mutuelles en activité	29
Nombre total d'adhérents	3070
Nombre de bénéficiaires assurés	21024
Nombre total de bénéficiaires inscrits depuis le démarrage du programme	43797

Les mutuelles de santé ont connu une forte expansion ces deux dernières décennies et leur nombre est passé d'une dizaine en 1998 à plus de cents en 2012⁷. Il y a même de plus en plus des formes de mutuelles à l'initiative des institutions de micro-finance où le crédit à octroyer est assujéti au statut d'adhérent de la mutuelle de santé.

Elles ont un rôle important à jouer dans l'extension de la protection sociale dans la mesure où le régime d'assurance professionnelle ne couvre qu'une infirme partie de la population. Leur impact dans l'amélioration de la santé est encore très peu mesuré au Bénin. Haddad et collaborateurs ont montré dans leur étude (figure 2) menée au nord du Bénin que les mutuelles de santé de cette zone géographique présentent un certain avantage financier pour l'accès à la santé des adhérents, même si le bénéfice pour les populations pauvres n'est pas clairement déterminé (Haddad, *et al.*, 2012). Et c'est là toute la problématique. Quel est l'apport réel des mutuelles dans l'accès aux soins de santé des populations pauvres ?

⁶ Le réseau Alliance Santé est une fédération des mutuelles de santé opérant dans le nord-Bénin mis en place à l'initiative du CIDR.

⁷ Il n'y a pas de données officielles sur le nombre exact des mutuelles au Bénin.

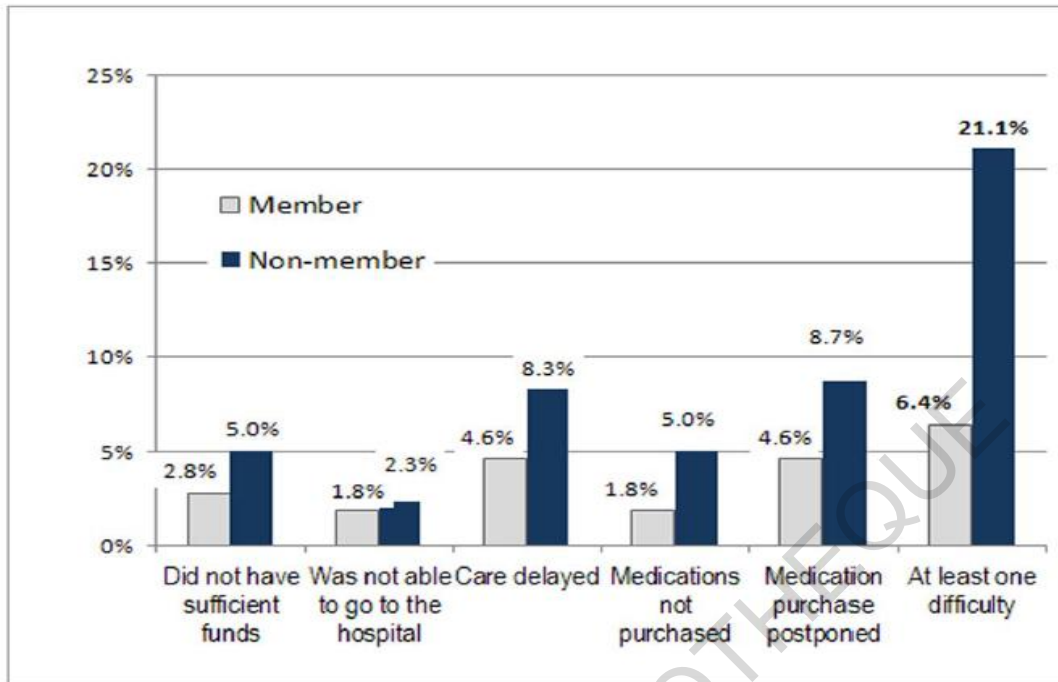


Figure 2: Difficultés rencontrées par les patients hospitalisés selon leur statut (D'après Haddad et al, 2012)

2.5. Mutuelles de santé au Bénin : un mouvement à impact marginal

L'impact des mutuelles de santé est encore très restreint au Bénin. Le taux de pénétration est estimé à 1,8% de la population (Hodges, *et al.*, 2010). Les populations cibles, notamment celles des zones rurales et défavorisées ne bénéficient pas de cet instrument de justice sociale. Le profil des adhérents aux mutuelles ne correspond pas toujours à la classe des défavorisées (Franco, *et al.*, 2008). On note ainsi, une exclusion volontaire ou involontaire des populations défavorisées des systèmes de micro-assurance santé. L'enthousiasme suscité par les mutuelles de santé au début de leurs installations a été très tôt mis en cause par les résultats obtenus sur le terrain. Le bilan de celles-ci est alors controversé par rapport aux objectifs de départ et des actions sont mises en œuvre pour augmenter par exemple le taux de pénétration (Turcotte-Tremblay, *et al.*, 2012).

2.6. Cadre conceptuel : de la non-adhésion à l'exclusion

Nous avons vu plus haut que le nombre d'adhérents des mutuelles de santé au Bénin et en Afrique francophone est faible. Plusieurs études ont été menées pour comprendre les déterminants de l'adhésion et de fidélisation aux mutuelles de santé en Afrique subsaharienne (Defourny et Faillon, 2011). En revanche, il n'y a pas eu d'études consacrées spécifiquement aux facteurs d'exclusion des systèmes de mutuelles de santé. Nous emprunterons donc au schéma d'études des déterminants afin d'en déduire les facteurs d'exclusion. Et la classification de Defourny et Faillon (2011) distinguant trois groupes de déterminants paraît adaptée à notre étude. Il s'agit des facteurs liés soit aux ménages, soit aux prestataires de soins ou à la mutuelle même.

Les déterminants liés au ménage font référence aux caractéristiques individuelles des membres. L'âge et le sexe ne semblent pas avoir une influence sur l'adhésion aux mutuelles de santé dans la plupart des études (De-Allegri, *et al.*, 2006a, Defourny et Faillon, 2011, Musango, *et al.*, 2004). Cependant, les personnes plus âgées semblent souvent exclues du système (Criel, 1998). Les individus ayant bénéficié d'une instruction formelle accorderaient une plus grande attention aux risques sanitaires, seraient plus ouverts à l'innovation et auraient de plus grandes facultés à comprendre l'intérêt du système mutualiste (Dubois, 2002).

L'un des principaux déterminants liés à l'offre de soins est la qualité des soins offerts dans les centres de santé (Criel, 1998, Fonteneau, 2003, Schneider, 2005, Waelkens et Criel, 2004). « Une médiocre qualité de l'offre sanitaire apparaît bien comme un facteur prépondérant de non adhésion et un motif important de désaffiliation d'une mutuelle de santé » (Defourny et Faillon, 2011).

Parmi les facteurs liés à la mutuelle même, le montant de l'adhésion et des cotisations, leur périodicité, les prestations offertes et la capacité technique et managériale, de sensibilisation et de mobilisation des mutuelles de santé ont été cités comme étant des facteurs d'exclusion (Defourny et Faillon, 2011).

Une analyse du mode de fonctionnement de ces mutuelles qui empruntent les directives de l'économie libérale en l'occurrence les fondements des institutions de

micro-finance permet de formuler des réserves quant à la contribution effective des mutuelles de santé à l'accès équitable aux soins.

2.7. Question de recherche

Les mutuelles de santé reproduisent-elles les inégalités en santé au Bénin ?

2.8. Objectif général

Déterminer les facteurs d'exclusion des populations des mutuelles de santé.

2.9. Objectifs spécifiques

Identifier le profil des non-adhérents aux mutuelles de santé

Déterminer l'influence de la dynamique sociale sur l'adhésion à la mutuelle de santé

Identifier les facteurs liés aux mutuelles déterminant la non-adhésion des populations.

2.10. Hypothèses de recherche

Les mutuelles de santé semblent reproduire les inégalités sociales en matière de santé : il y a une sélection contraire des membres des mutuelles de santé. Ce sont les populations de la classe moyenne "inférieure" qui sont intéressées par les mutuelles de santé. La dynamique sociale est déterminante dans le choix d'adhérer à la mutuelle de santé.

3. MATERIELS ET METHODES

3.1. Cadre d'étude

L'étude a été menée dans la commune de Parakou, chef-lieu du département du Borgou. Elle est située au centre-est de la République du Bénin à 416 km de Cotonou (figure 3 ci-contre). C'est une ville cosmopolite avec beaucoup de zones péri-urbaines où se concentrent de nombreuses populations rurales. Elle couvre une superficie totale de 441 km² pour une population actuelle d'environ 192322 habitants en 2008 selon les estimations du service de statistique de la zone sanitaire Parakou-N'Dali. L'économie est basée sur l'agriculture. Le christianisme et l'islam sont les religions les plus importantes (INSAE, 2003).



Figure 3: Carte du Bénin indiquant la situation de Parakou (source: Ministère des Affaires étrangères, 2004)

Le système sanitaire de la région de Parakou est calqué sur celui du pays. C'est un système à structure pyramidale à trois niveaux : un niveau périphérique regroupant les centres de santé d'arrondissement ou de commune organisé en zones sanitaires, un niveau intermédiaire représenté par le Centre Hospitalier Départemental et un niveau supérieur représenté par le ministère de la santé avec les directions générales et le Centre Hospitalier National Universitaire Hubert-Koutoucou-Maga. La zone sanitaire de Parakou-N'Dali se situe donc au niveau périphérique avec les références vers le Centre Hospitalier Départemental et Universitaire de Parakou.

Le nombre de mutuelles de santé opérant dans cette zone sanitaire est de l'ordre de vingt-neuf comprenant environ 27000 membres en 2007 avec un taux de pénétration à 4,5% (Ridde, *et al.*, 2010). Avec l'appui du CIDR, ces mutuelles se sont organisées en « Réseau Alliance Santé » (RAS) dont l'objectif est de coordonner les négociations, les démarches de signature de contrats avec les centres de santé. Ces derniers se sont aussi organisés en « Réseau de Soins Coordonnés » (RSC) comprenant dix centres de santé dont cinq du secteur privé à but non lucratif, délivrant des soins de santé primaires. Le rôle du RSC est d'être un interlocuteur pour toutes les questions touchant la prise en charge des mutualistes. Le RSC définit également et uniformise les protocoles de prise en charge de telle sorte que le patient, quelque soit le centre de santé qu'il fréquente, a droit à un même type de traitement pour la même pathologie et au même coût. Les patients membres des mutuelles paient souvent les 30% des frais de prise en charge directement au centre de santé. Cette participation représente la part directe du patient et la mutuelle rembourse au centre de santé le reste de la facture.

3.2. Méthodes d'étude

Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale de type descriptif et analytique menée pendant le mois de septembre 2012. Elle a intéressé les centres de santé du Réseau de Soins Coordonnés aussi bien du secteur public que du secteur privé.

Population d'étude

L'étude s'est intéressée aux patients adhérents ou non des mutuelles de santé, rencontrés directement dans les centres de santé *exit polls*. Considérant les ressources limitées et les difficultés d'accessibilité aux ménages concernés par les mutuelles, à leur domicile ou lieu de travail, nous avons opté pour le choix d'enquêter directement auprès des patients dans les centres de santé. Aussi, les études empiriques réalisées s'étaient-elles souvent heurtées au manque de données disponibles au sein des organisations de mutualisation du risque maladie (Atim, 1999, Dubois, 2002, Fonteneau, 2003). Etaient incluses dans l'étude, les personnes d'âge supérieur ou égal à 18 ans, ayant accepté de répondre aux questions en toute liberté. Les patients ayant une pathologie grave

nécessitant une hospitalisation en soins intensifs ont été exclus de l'étude en prévision de leur indisponibilité ou incapacité à répondre au questionnaire.

Echantillonnage et collecte des données

Il s'agissait d'un échantillonnage en grappe. Il a d'abord porté sur trois centres de santé sélectionnés de façon aléatoire parmi les dix centres constituant le Réseau de Soins Coordinés. Les patients ont été ensuite sélectionnés dans les centres de santé selon l'ordre d'arrivée impair pendant la durée d'un mois.

Les données ont été collectées à partir d'un guide d'entretien individuel (n=50) et deux focus group constitués d'une part des adhérents (n=9) et des non-adhérents (n=12) d'autre part (tableau II). Le guide a été développé en tenant compte des trois groupes de déterminants de l'adhésion selon Defourny et Faillon (2011). Les questions étaient posées dans la langue comprise par le participant.

3.3. Définition des variables

La variable dépendante était le statut d'adhésion catégorisé en deux groupes : les adhérents et les non-adhérents. Sont considérés dans le groupe des adhérents, les personnes ayant souscrit à une mutuelle de santé depuis au moins six mois, qui payent régulièrement les cotisations mensuelles ou annuelles. Les non-adhérents sont ceux qui n'ont jamais souscrit à une mutuelle de santé, ou qui le sont depuis moins de trois mois mais ne bénéficient pas encore des prestations ; ou encore ceux qui l'ont été et qui ont abandonné depuis au moins trois mois. En effet, après l'adhésion à la mutuelle, le nouveau membre observe un temps moyen d'environ 3mois avant d'être éligible aux garanties de services de soins offerts par la mutuelle. Ceci est fait dans le but de limiter le « hasard de moralité ». Les variables indépendantes représentant les déterminants de l'exclusion à étudier ont été pour la plupart choisies à partir des données de la littérature (Defourny et Faillon, 2011).

3.4. Analyse des données

Les données ont été saisies, et analysées grâce aux logiciels statistiques Epi Info version 3.5.1. Le test de khi-deux a servi pour comparer les distributions des différentes variables selon le statut de membre ou non des patients. Le seuil de signification des

résultats était à 5%. Les enregistrements des focus group ont été analysés par la méthode d'analyse du contenu du discours.

Tableau II: Nombre de personnes enquêtées lors des entretiens individuels

	Adhérents	Non-adhérents	Total
Centre de santé A	9*	15	24
Centre de santé B	3	8	11
Centre de santé C	1	13**	14
Total	13	37	50

*Focus group: *adherent, ** non-adhérent*

3.5.Considération éthique

Ce travail a été réalisé en conformité avec les normes éthiques en vigueur. Pour accéder aux patients, nous avons obtenu les autorisations du président du Réseau de Soins Coordonnés et des responsables des formations sanitaires. Le consentement libre et éclairé des patients a été obtenu. L'anonymat des patients concernés par l'étude a été garanti et respecté.

4. RESULTATS

Cinquante personnes ont été incluses dans l'étude. Parmi elles, 37 soit 74%, étaient des non-adhérents contre treize soit 26% d'adhérents. Les femmes représentaient à peu près la moitié 52% des personnes interrogées. L'analyse des trois groupes de déterminants, à savoir les facteurs liés aux individus, ceux liés aux services de soins et ceux liés aux mutuelles de santé ont permis d'établir d'une part le profil des membres et non-membres des mutuelles de santé et les caractéristiques des mutuelles et des services de santé tributaires de l'adhésion d'autre part.

4.1. Profil des membres et non-membres des mutuelles de santé

L'âge, le sexe, et l'ethnie influencent le statut d'adhésion aux mutuelles de santé.

L'analyse des données relatives aux facteurs sociodémographiques (tableau III) indique que huit adhérents sur treize sont âgés de plus de 35 ans, et les moins de 24 ans représentent 54% des non-adhérents.

La proportion des hommes parmi les adhérents était de 77%, tandis que parmi les non-adhérents, ils représentaient 37% ($p = 0,01$).

Il y a une prédominance de l'ethnie fon sur tous les autres groupes ethniques parmi les adhérents ($p=0,01$).

On en déduit que l'âge, le sexe et l'ethnie influencent le statut d'adhésion aux mutuelles de santé.

Il n'y a pas de lien entre la religion et l'adhésion

En ce qui concerne la religion, les catholiques sont les plus représentés parmi les adhérents dans une proportion des deux tiers environs (61,5%). Les non-adhérents (56,8%) sont en majorité des musulmans dans une proportion d'un peu plus de la moitié ($p=0,06$).

Le niveau de vie est un facteur déterminant

Les travailleurs du secteur privé sont les plus représentés dans les deux groupes : 84,6% des adhérents et 54,3% des non-adhérents ($p=0,13$). Parmi les adhérents aux mutuelles de santé, huit sur douze ont un revenu mensuel supérieur à 50000 CFA⁸ alors que 64,9% des non-adhérents sont ceux qui ont un revenu de moins de 30000 CFA

⁸ CFA est la monnaie utilisée au Bénin et 1€ = 655,957 CFA.

($p < 0,001$). Les ménages de moins de dix personnes sont les plus représentés parmi les adhérents ($p = 0,007$).

Selon le statut matrimonial, les mariés représentent 100% des individus dans le groupe des adhérents et à peu près les deux tiers dans le groupe des non-adhérents ($p = 0,02$). Les familles monogames constituent la majorité dans les deux groupes ($p = 0,3$).

On en déduit que le revenu mensuel, la taille du ménage et le statut matrimonial sont des facteurs qui influencent l'adhésion à une mutuelle de santé.

Le tableau IV montre que les trois quart à peu près des adhérents ont été à l'école jusqu'à un niveau secondaire ($p = 0,66$).

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

Tableau III: Comparaison des adhérents et les non-adhérents des mutuelles de santé selon les facteurs sociodémographiques.

	Adhérents (n=13)	Non adhérents (n=37)	Valeur de p
Age (ans)			
≤24	1	20	
25 – 34	4	15	< 0,0001*
> 35	8	2	
Sexe			
Féminin	3	23	0,01*
Masculin	10	14	
Ethnie			
Bariba	2	12	
Dendi	0	2	
Fon	6	2	0,01*
Peulh	0	2	
Yoruba	1	1	
Autre	4	15	
Religion			
Catholique	8	10	
Évangélique	2	5	0,06
Musulman	2	21	
Autre	1	1	
Revenu mensuel			
≤ 30000	0	24	
30000 – 50000	4	5	< 0,001*
50000 – 100000	7	8	
> 100000	1	0	
Secteur de travail			
Informel	0	3	0,13
Privé	11	19	
Public	2	13	
Taille du ménage			
≤ 3	1	18	
3 – 5	5	11	0,007*
5 – 10	7	5	
> 10	0	3	
Statut matrimonial			
Célibataire	0	11	0,02*
Marié	13	26	
Type de famille			
Monogamie	11	26	0,3
Polygamie	2	10	

*valeur de $p < 0,05$

4.2. Le réseau de solidarité sociale

A la question de savoir ce que les individus pensent de la cotisation pour l'assurance-maladie, huit sur douze adhérents ont répondu que c'est la possibilité de se soigner en cas de maladie. Seize personnes sur 46 dont deux adhérents pensent qu'il s'agit d'une forme de protection contre la maladie ne faisant pas la nuance entre une protection contre la maladie et la possibilité de traitement à coût réduit en cas de maladie ($p=0,25$). Ce constat a été également fait lors des focus group. Dans le groupe des adhérents, la notion de prévoyance du risque maladie était bien comprise. Certains adhérents ont fait observer que leur adhésion avait principalement pour but de protéger leur famille face au risque maladie, estimant qu'eux-mêmes ne tombaient pas souvent malades. Lors du focus group avec les non-adhérents, la cotisation pour la mutuelle de santé était perçue comme un gaspillage en absence de maladie. Mais après l'épisode de maladie qu'ils ont connu au cours duquel ils ont été questionnés, ils démontraient une motivation pour adhérer aux mutuelles de santé.

La quasi-totalité des adhérents ont répondu « oui » aux questions de confiance aux responsables mutualistes, aux pairs mutualistes, à la présence d'un leader au sein du groupe et le sentiment d'appartenance ($p=0,01$). Il en était de même lors du focus group avec les adhérents. Pendant le focus group, certains membres avaient fait observer une indifférence par rapport à cette question ; l'essentiel pour eux était de pouvoir bénéficier des prestations de soins en cas de maladie. En revanche, dans le groupe des non-adhérents, beaucoup avaient exprimé leur méfiance par rapport aux responsables mutualistes. L'argument évoqué faisait référence à la situation de fraudes organisée par une structure de micro-finance qui avait spolié ses membres.

Tableau IV : Comparaison entre les adhérents et les non-adhérents des mutuelles de santé selon les facteurs socioculturels.

	Adhérents (n=13)	Non adhérents (n=37)	Valeur de p
Niveau d'instruction			
Non scolarisé	2	4	0,66
Primaire	1	6	
Secondaire	5	18	
Supérieur	5	9	
Croyances sur l'assurance santé			
Protection pour soi	2	14	0,25
Protection pour autrui	3	4	
Possibilité de traitement	8	19	
Vie de communauté			
Confiance aux pairs mutualistes	10	0	0,01*
Confiance aux responsables	10	0	0,01*
Présence de leaders au sein du groupe	10	0	0,01*
Sentiment d'appartenance	12	0	0,01*

*valeur de $p < 0,05$

4.3. Perception de la qualité de soins

Le tableau V montre la répartition des individus selon les déterminants liés aux structures de santé. Les individus des deux groupes avaient une bonne appréciation de la qualité de soins prodigués dans les trois centres de santé où l'enquête a été menée. Il en était de même lors des focus group. Certains non-adhérents ont estimé qu'ils étaient moins bien accueillis par rapport aux adhérents.

La qualité de soins était aussi mesurée par la disponibilité des médicaments prescrits et la compétence des personnels des centres de santé. Dans le groupe des adhérents, la réponse sur la disponibilité des médicaments était partagée : six membres sur onze estimaient que les médicaments étaient disponibles. Selon l'opinion des non-adhérents, les médicaments prescrits par les prestataires de soins étaient en général disponibles ($p=0,01$).

Certaines personnes lors des focus group, avaient évoqué le fait que certaines maladies telles que les affections dermatologiques, y compris les cas de brûlures n'étaient pas prises en charge par les mutuelles. Elles ne bénéficiaient pas non plus des prestations de soins dans certains cas de maladies pour lesquels les compétences spécialisées manquent généralement dans les centres de santé auxquels leur mutuelle est affiliée, telles que l'ophtalmologie et la chirurgie. Il y a un lien étroit entre le choix du centre de santé conventionné par les mutuelles de santé et le statut d'adhésion ($p=0,002$). Les centres de santé sont souvent choisis par les mutuelles après une évaluation du plateau technique, mais sans consultation des adhérents. Cet aspect a été évoqué dans le groupe des adhérents lors du focus group.

Tableau V: Comparaison entre les adhérents et les non-adhérents des mutuelles de santé selon les facteurs liés au système de soins.

	Adhérents (n=13)	Non adhérents (n=37)	Valeur de p
Qualité de soins			
Très mauvais	1	0	0,32
Mauvais	0	1	
Bon	10	33	
Excellent	1	3	
Compétence des prestataires	10	37	0,01*
Demande d'analyses			
Oui	12	21	<0,005*
Non	0	16	
Accessibilité géographique^a			
≤ 5	1	6	0,84
5 – 15	6	16	
15 – 30	4	10	
> 30	1	5	
Choix du centre	13	6	0,002*

*valeur de $p < 0,05$; ^a durée de temps en minutes mis pour atteindre le centre de santé.

4.4. Nécessité de diffusion de l'information dans la population au sujet des mutuelles de santé

Le tableau VI montre que le défaut d'information est fortement corrélé avec l'adhésion aux mutuelles. Il s'agit des informations liées à l'existence même des mutuelles, la

connaissance du fonctionnement des mutuelles, la connaissance des prestations offertes par les mutuelles. Au cours du focus group avec les adhérents, ils avaient annoncé que des séances de sensibilisation étaient faites à leur endroit, et c'est ce qui explique leur compréhension des systèmes de mutuelles de santé. Ces séances n'étaient pas organisées à l'endroit des non-adhérents.

Tableau VI: Comparaison entre les adhérents et les non-adhérents des mutuelles de santé selon les facteurs liés aux mutuelles

	Adhérents	Non-adhérents	Valeur de p
Existence de mutuelle de santé dans la localité	7	2	< 0,0005*
Connaissance du fonctionnement des mutuelles	10	1	< 0,0001*
Connaissance des avantages des mutuelles	12	8	< 0,0001*
Connaissances des prestations des mutuelles	9	0	0,02*

*valeur de $p < 0,05$

5. DISCUSSION

Les chapitres précédents ont décrit le cadre théorique et conceptuel des mutuelles de santé. L'approche méthodologique utilisée pour aborder cette étude a été exposée avec les principaux résultats obtenus. Ce chapitre permettra d'analyser les données obtenues afin d'offrir un éclairage sur la contribution effective des mutuelles de santé dans l'accès aux soins de santé au Bénin. Pour ce faire, il convient de cerner les limites de cette étude afin d'en faire une analyse objective.

5.1. Limites de l'étude

Sur le plan statistique, la taille de la population enquêtée n'est pas assez grande pour permettre des analyses approfondies avec des tests statistiques. Il peut y avoir également un effet grappe lié au type de sondage. Néanmoins, elle autorise une description simpliste du profil des membres et des non-membres des mutuelles de santé. Aussi, l'approche utilisée ici était à visée qualitative, c'est ce qui justifie les focus group organisés pour renforcer les données recueillies à l'entretien individuel.

5.2. Faible adhésion aux mutuelles de santé

Le principal problème des mutuelles de santé qui fait l'unanimité au sein de la communauté scientifique demeure le faible taux d'adhésion remettant en question la viabilité même des structures (Criel et Waelkens, 2003, De-Allegri, *et al.*, 2006a, Musango, *et al.*, 2004, Saksena, *et al.*, 2011, Turcotte-Tremblay, *et al.*, 2012). En effet, le taux de couverture ou de pénétration des mutuelles de santé ne dépasse guère les 10% dans les pays africains (Fonteneau, 2003, Sery et Letourmy, 2006, Waelkens et Criel, 2004).

Sur 50 patients enquêtés au hasard après consultation, 13 seulement sont adhérents aux mutuelles de santé. Autrement dit, le taux d'affluence des centres de santé par les adhérents aux mutuelles de santé est de l'ordre de 26% des consultations. La majorité des individus reçus en consultation (74%) dans les centres de santé au Nord-Bénin sont donc régulièrement confrontés au problème de paiement direct des soins de santé. Cela témoigne du faible taux de pénétration des mutuelles de santé opérant dans cette zone géographique du Bénin. L'étude en prenant en compte les individus rencontrés dans les centres de santé pourrait omettre de ce fait, les adhérents qui n'étaient pas en épisode

de maladies. Or, il faut noter qu'habituellement, les adhérents utilisent beaucoup plus les services de santé que les non-adhérents (Franco, *et al.*, 2008, Haddad, *et al.*, 2012, Musango, *et al.*, 2004). Par ailleurs, l'enquête était menée dans le mois de septembre dans une période dite d'affluence des centres de santé à cause de la recrudescence des maladies telles que le paludisme et les infections respiratoires aiguës enregistrées dans cette saison. On peut donc conclure sans risque de se tromper, qu'effectivement, l'adhésion aux mutuelles de santé reste marginale.

Alors, quelles sont les caractéristiques de ces trois quarts de personnes qui sont d'une manière ou d'une autre, exclues du système des mutuelles de santé?

5.3. Sélection opportuniste des adhérents aux mutuelles de santé

Les caractéristiques sociodémographiques et socio-économiques définissant le profil des adhérents aux mutuelles ont été largement étudiées dans la littérature. Les avis des auteurs semblent concorder à quelques différences près. Pour la plupart des auteurs, l'adhésion aux mutuelles de santé est d'origine multifactorielle. Les facteurs identifiés sont : l'âge, le sexe, l'ethnie, la religion, l'état matrimonial, le niveau d'éducation, le statut professionnel, la capacité financière et la taille des ménages (Defourny et Failon, 2011, Franco, *et al.*, 2008). D'après certaines études, l'âge et le genre n'influencent pas l'adhésion aux mutuelles de santé. Les sujets plus jeunes comme les plus âgés n'étant pas sous ou sur-représentés parmi les adhérents (De-Allegri, *et al.*, 2006a, Defourny et Faillon, 2011, Dubois, 2002, Musango, *et al.*, 2004). En revanche, Franco et collaborateurs (2008) au Mali rapportent des résultats contradictoires selon lesquels les femmes seraient surreprésentées parmi les adhérents. L'exclusion des personnes plus âgées a été notée dans certaines régions de l'Afrique subsaharienne comme la Guinée (Criel, 1998). La présente étude révèle que le profil des exclus des systèmes de mutualisation du risque maladie est caractérisé par le jeune âge inférieur à trente-cinq ans, particulièrement les femmes, les familles de grande taille (supérieur à cinq membres), à revenu faible de moins de cinquante milles Cfa. Le groupe ethnique Bariba pourtant autochtone et majoritaire (INSAE, 2003) constitue également une couche de populations qui n'ont pas accès aux soins de santé par les mutuelles.

Les familles pauvres ou de grande taille seraient particulièrement des couches de la population exclues des mutuelles de santé (De-Allegri, *et al.*, 2006a, De-Allegri, *et al.*, 2006b, Waelkens et Criel, 2004). En ce qui concerne le régime matrimonial, Dong au Burkina Faso a évoqué la disposition à payer plus élevée des hommes mariés par rapport aux non-mariés. Effectivement, les célibataires constituent une catégorie de la population non-incluse dans les mutuelles de santé dans la présente étude. La logique des mariés relevés au cours des focus group selon laquelle, ceux-ci adhèrent dans le but de protéger leur famille pourrait expliquer ce constat. Il faut noter également que les célibataires sont pour la plupart des jeunes sans emploi et les frais liés à l'adhésion aux mutuelles constitueraient un obstacle. L'incapacité financière de ces célibataires, le faible besoin de recourir aux services de soins, sont des éléments qui expliquent le défaut de participation aux organisations de mutualisation du risque maladie. Dans tous les cas, ils ne bénéficient d'aucune protection sociale et ceci les rend davantage vulnérables face au risque maladie. La composante « éducation » des déterminants de l'adhésion aux mutuelles de santé rentre dans un cadre plus général des déterminants de la santé.

Ce que suggère la présente étude, est que les personnes prises en compte par les mutuelles de santé sont celles de la classe "*moyenne inférieure*" et "*pauvre supérieure*" de la population. Créées pour combler le fossé entre les plus riches et les plus pauvres dans l'accès aux soins de santé, les mutuelles de santé semblent sélectionner les individus capables d'assurer leur viabilité au détriment des plus pauvres : c'est la *sélection contraire* en opposition à la *sélection adverse* c'est-à-dire la tendance pour les individus potentiellement malades d'adhérer aux mutuelles (Atim, 1999).

Malgré le développement des mutuelles de santé, dont la capacité à protéger les adhérents contre le risque maladie du point de vue financier semble de plus en plus attestée (Franco, *et al.*, 2008, Haddad, *et al.*, 2012), il y a encore des populations pour lesquelles il y a un besoin urgent d'une couverture sociale face au risque maladie. Peut-être que la dynamique sociale permettra d'enrôler un plus grand nombre.

5.4. Mutuelles de santé et dynamique de solidarité sociale

Les paragraphes précédents ont montré les caractéristiques sociodémographiques des individus qui adhèrent aux mutuelles. Et on s'est rendu compte qu'il y a encore une frange de la population non incluse. En ce qui concerne les adhérents, les raisons avancées par ceux-ci lors des focus group sont multiples. Leur analyse peut permettre d'apprécier la dynamique sociale. Ces personnes avancent entre autres, que le revenu mensuel insuffisant peut être un obstacle à l'adhésion. Néanmoins, elles adhèrent car la maladie peut survenir à un moment où les capacités financières sont amoindries. Beaucoup d'individus avaient évoqué que les dépenses du ménage sont réparties en dépenses liées à la subsistance mais aussi aux cérémonies festives ou funéraires. La notion de prévoyance pour la maladie n'est pas suffisamment ancrée dans les mœurs des populations locales. Il est courant de mettre de l'argent de côté en prévision des cérémonies de décès, de mariage ou de naissance, mais rarement pour une éventuelle maladie.

« Selon nos coutumes, c'est la communauté qui cotise pour aider ceux qui sont malades. On ne prévoit pas la maladie en cotisant car ce faisant c'est une manière de se souhaiter la maladie » : disait un non-mutualiste.

Quelques-unes des personnes enquêtées indiquent que l'assurance-santé assure une absence de maladie et pas forcément une possibilité de traitement en cas de maladie. On peut questionner alors leur attitude lorsque malgré une adhésion aux mutuelles de santé, ils contracteraient des maladies. Ne seront-ils pas déçus au point de se retirer des mutuelles de santé ? En revanche, pour quelques personnes interrogées lors du focus group, la cotisation pour les mutuelles de santé est un « gaspillage » en absence de maladie.

Des facteurs comme la cohésion du groupe, le sentiment d'appartenance au groupe, la confiance aux responsables des mutuelles, sont essentiels pour l'adhésion des populations. Car il s'agit d'organisations communautaires basées sur la solidarité. Dans une communauté, lorsque la solidarité est forte, les membres acceptent plus facilement que leurs cotisations servent à couvrir les soins de santé d'une autre personne (Wiesmann et Jütting, 2001). Les auteurs suggèrent que le degré de solidarité est

probablement plus élevé dans les petites communautés relativement homogènes que dans les communautés étendues et multiculturelles (Atim, 1999, Defourny et Faillon, 2011). Le réseau de solidarité sociale est basé sur les liens familiaux, la parenté, le voisinage et la réciprocité parmi les membres (Atim, 1999). Selon De Allegri *et al.* (2006a), les attitudes et pratiques négatives, relatives au partage des ressources dans une communauté pourraient influencer l'adhésion aux mutuelles de santé.

La fidélisation aux mutuelles de santé est tributaire de la confiance aux pairs mutualistes et aux responsables des organisations. C'est ce qui apparaît dans la présente étude ; dix mutualistes sur treize avaient avoué l'importance de la confiance. Le capital social est déterminant et les leaders semblent jouer un rôle important dans sa constitution dans un espace dominé par la tradition. La volonté de participer à un groupe peut être suscité par le sentiment d'appartenance à ce groupe. Des initiatives d'entraide existent dans les communautés et la mise en place des mutuelles peuvent s'appuyer sur elles pour renforcer la participation d'un plus grand nombre (Ridde, *et al.*, 2010).

Il n'est pas rare de noter que certains mutualistes deviennent exigeants en regard de la garantie offerte et sont prêts à cotiser davantage pour que les mutuelles augmentent les services de santé garantis. Les organisations des mutuelles dans un souci de rentabilité financière, augmentent les frais de la cotisation, réduisant ainsi la capacité de paiement d'autres mutualistes. Du coup, beaucoup de personnes se retrouvent dans l'incapacité de payer les nouvelles cotisations et sont exclues du système. Cet état de choses a amené certaines mutuelles au Bénin à développer des stratégies pour accroître la capacité des membres à payer leur cotisation. Certaines mutuelles acceptent par exemple des cotisations en nature (Ridde, *et al.*, 2010, Turcotte-Tremblay, *et al.*, 2012). Les cotisations mensuelles contrairement à la cotisation annuelle facilitent, selon d'autres mutuelles le paiement. Mais tout ceci reste marginal et le besoin de repenser le mode de fonctionnement des mutuelles est plus que jamais posé. L'influence de la dynamique sociale dans l'adhésion aux mutuelles de santé reste toujours traditionnelle malgré les impacts sociaux de la modernisation dans la société béninoise. Il convient d'en tirer des enseignements clés à capitaliser dans les initiatives actuelles, en cours ou en perspective en matière d'assurance maladie au Bénin.

5.5. Relations contractuelles entre les mutuelles et les formations sanitaires : la nécessaire implication des adhérents

Il n'y a pas un lien significatif entre la qualité des soins et l'adhésion aux mutuelles dans la présente étude qui a évalué la perception subjective des individus. Il faut reconnaître que la plupart des patients sont insatisfaits de la prestation globalement dans le secteur public (Defourny et Failon, 2011). Il apparaît cependant que le choix des centres de santé affiliés aux mutuelles est déterminant dans l'adhésion. Ce choix se fait habituellement de façon unilatérale par les comités de gestion des mutuelles. Elles effectuent une étude du plateau technique et des offres de service de santé proposés par le centre. Selon que les résultats de cette enquête sont favorables, la convention entre le centre de santé et la mutuelle est signée, complètement à l'insu des membres. Le fait que les populations ne soient pas associées au choix des centres de santé pourrait expliquer leur résistance à l'adhésion aux mutuelles concernées. Cette observation a été faite par certaines personnes interrogées qui déplorent l'insuffisance du plateau technique des centres conventionnés pour la prise en charge des mutualistes. De même, la demande d'examens paracliniques au cours des consultations et la compétence des prestataires semblent influencer l'adhésion. En effet, le constat général qui est fait, est celui de la facilité de prescription d'examens paracliniques pour les adhérents. Il faut dire que ces examens sont très souvent chers et les patients préfèrent passer outre dans leur processus de guérison. Or nombre de ces examens ne sont pas pris en charge par les mutuelles. Il y a là un conflit né de la méconnaissance ou non des prestations offertes par les mutuelles chez les agents de santé. Ainsi, les adhérents sont souvent confrontés au paiement direct de ces examens, ce qui accroît leur doute quant à la garantie des services de santé proposés par les mutuelles. Il se peut que cela entraîne un abandon de certains d'entre eux. C'est pour cela qu'il est nécessaire de repenser les stratégies de communication des mutuelles de santé.

5.6. Stratégie de communication des mutuelles de santé inadaptée au contexte socioculturel des populations

Ce qui apparaît ici est le faible degré de connaissance et de compréhension des mutuelles par les populations. Cette déficience d'information concernerait l'existence même des mutuelles, les principes de fonctionnement, les prestations offertes et les

avantages liés à l'adhésion. Le défaut de connaissance renforcerait la résistance des populations à adhérer aux mutuelles (De-Allegri, *et al.*, 2006a, Defourny et Failon, 2011). Or comment se passent habituellement les sensibilisations au Bénin ? Très souvent, c'est à travers les radios et les journaux que les messages sont transmis. L'information n'atteint pas les cibles concernées car la plupart n'ont pas accès à ces médias. L'analphabétisme de ces populations et leurs préoccupations quotidiennes ne leur permettent pas d'être au contact des médias pour y trouver l'information. Les campagnes de sensibilisation sont alors inadaptées. Cela conduit à une exclusion des potentielles populations concernées. Seuls ceux qui ont l'information mesurent l'opportunité d'avoir une protection sociale. Les mutuelles de santé n'ont pas une politique de marketing efficace capable de toucher les plus démunis : les plans de communication sont souvent absents, et s'ils existent, les moyens utilisés sont ceux auxquels les populations défavorisées n'ont pas accès. L'accès équitable aux soins est subordonné à l'accès à l'information.

5.7. Elaboration de l'intention d'adhérer à la mutuelle de santé

Au regard de tout ce qui précède, l'analyse des déterminants de l'exclusion des mutuelles de santé met en relation le niveau socio-économique, le réseau de solidarité sociale et la capacité organisationnelle des mutuelles. Le niveau socio-économique est nivelé avec la possibilité d'adhérer aux mutuelles. Les initiatives émanant des communautés rencontreraient plus d'enthousiasme auprès des populations rurales au détriment de celles implantées par une tierce personne. Les stratégies de marketing des mutuelles jouent un rôle dans l'adhésion des ménages. Cependant, dans les mêmes conditions socio-économiques, dans la même communauté où s'investissent les mutuelles, il y a des ménages qui y adhèrent et bénéficient de cette facilité d'accès aux soins : c'est la déviance positive. Au-delà des facteurs énumérés ci-dessus, il y a donc un autre élément qui expliquerait que certains adhèrent et d'autres pas : c'est l'élaboration de l'intention d'adhérer à la mutuelle.

Comment se forme l'intention d'adhérer à une mutuelle ? Pour le comprendre, il faut se référer aux théories psychosociales développées dans la littérature. Plusieurs théories en effet, ont été développées dans le secteur de l'entrepreneuriat (Tounés,

2003) et peuvent servir de modèle pour comprendre ce qui se passe avec un individu face à la volonté d'adhérer à une mutuelle de santé. La théorie du comportement planifiée selon Ajzen (1991) semble mieux adaptée aux mutuelles de santé surtout en ce qui concerne les comportements contrôlés par l'individu et les comportements pour lesquels, il existe un court décalage temporel entre l'intention et le passage à l'acte d'adhérer. Trois éléments caractérisent l'intention d'une personne à adopter un comportement: son attitude à l'égard du comportement concerné, sa perception des normes sociales et le contrôle qu'il exerce sur la situation (Boissin, *et al.*, 2009). En empruntant le modèle de cette théorie, on en déduit que l'intention d'adhérer à une mutuelle dépend de trois variables (figure 3). Il y a l'attractivité du comportement c'est-à-dire l'attitude de l'individu face au risque maladie qui peut l'amener à prendre la décision de prévoir ce risque. Intervient ici les déterminants tels que l'âge, le sexe, le statut matrimonial, l'éducation, l'ethnie, la religion. Ensuite, il y a la dynamique sociale du groupe c'est-à-dire la pression exercée par l'environnement humain de l'individu. C'est pour cela que dans une communauté, lorsqu'il y a beaucoup d'individus qui adhèrent aux mutuelles de santé, ceux-ci exercent involontairement une certaine pression sur les autres qui se décident à imiter leurs pairs. C'est la force de la cohésion sociale, de l'effet du sentiment d'appartenance à un groupe. Ceci recommande que les mutuelles s'appuient sur la cohésion sociale, des centres d'intérêt communs au sein d'une communauté tel que le groupe professionnel. La troisième variable, le contrôle comportemental perçu correspond à la capacité de l'individu à adhérer à la mutuelle en termes de facilité ou de difficulté perçue. On pourrait mettre en relief ici, la capacité financière de l'individu, la perception de la qualité des soins, les services offerts par la mutuelle. Certains facteurs peuvent influencer le passage de l'intention à l'action d'adhérer. Il peut s'agir des soupçons de malversation dans la gestion, le caractère non obligatoire de l'adhésion ou un événement extérieur tel que le scandale provoqué par une structure illégale de collecte d'épargne et de placement qui a spolié ses adhérents au Bénin, situation évoquée par certains non-adhérents lors des focus group.

Il sera intéressant d'évaluer cette intention auprès des individus afin d'en apprécier la pertinence. Car les mutuelles telles qu'elles fonctionnent laissent pratiquement inchangé le problème de l'accès aux soins des plus démunis (Audibert, *et al.*, 2004).

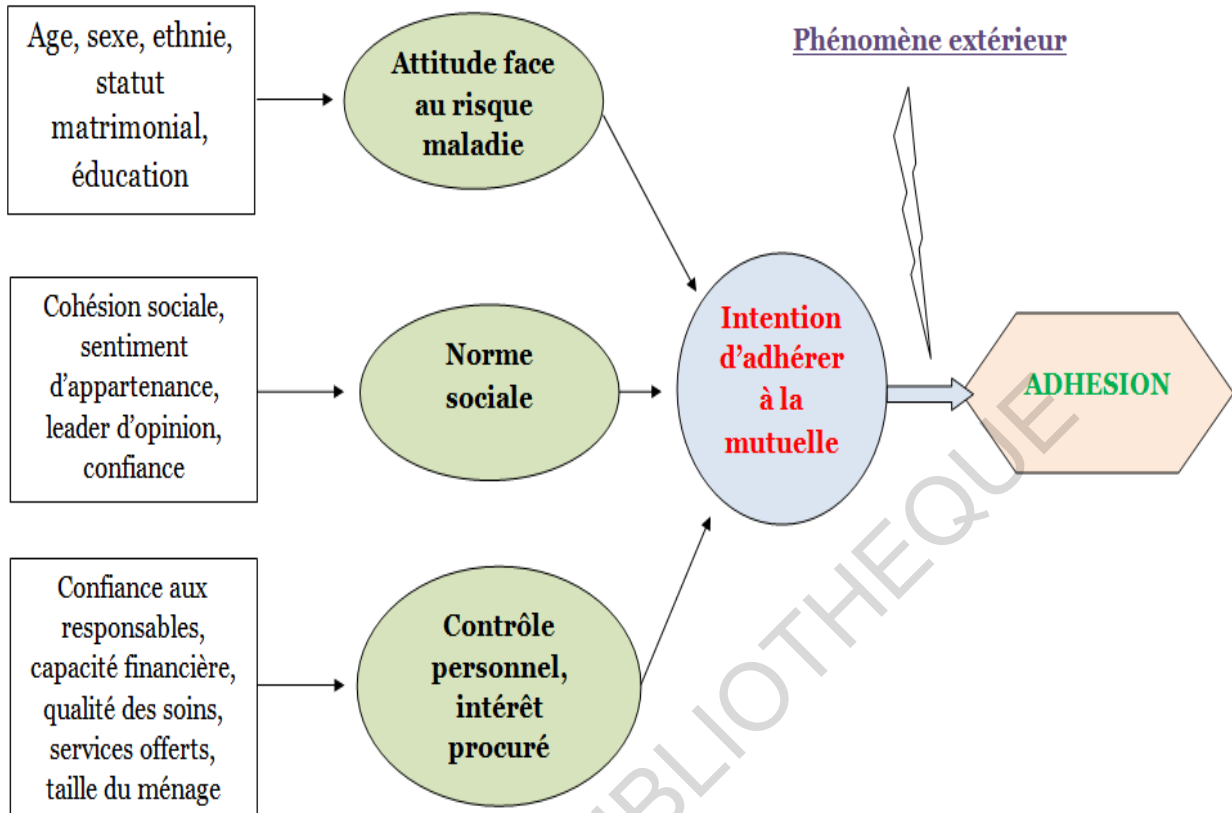


Figure 4: Modèle d'intention d'adhérer aux mutuelles de santé (adapté d'Ajzen, 1991)

6. CONCLUSION

Face à la crise de la protection sociale, les acteurs du secteur de la santé encouragent les initiatives des systèmes de micro-assurance santé afin de diminuer l'apport direct des patients aux soins de santé. En revanche, les objectifs prioritairement choisis par ces instruments de protection sociale ne sont pas atteints et on assiste à une exclusion volontaire ou involontaire des couches défavorisées de la population. Au Nord-Bénin, les familles nombreuses à revenu faible, les femmes, les individus adultes jeunes, de moins de 35 ans, semblent exclus de ces institutions de micro-assurance santé. A travers la logique des mariés, on comprend pourquoi les célibataires ne sont pas intéressés par les mutuelles de santé. Les croyances culturelles sur le vécu de la maladie, suggérant que la cotisation pour prévoir le risque maladie est une manière de souhaiter la maladie semblent influencer la décision d'adhérer à la mutuelle. La cohésion du groupe, le sentiment d'appartenance au groupe concourent à la perception de l'individu du bien fondé de l'adhésion à une mutuelle de santé. Il juge les services offerts par la mutuelle, la qualité des soins délivrés par les prestataires par rapport à sa capacité financière et exerce son contrôle personnel soit vers l'adhésion ou vers la non-adhésion.

L'impact des mutuelles telles qu'elles fonctionnent actuellement, reste marginal et contribue à une reproduction des inégalités en matière de santé. Il s'avère nécessaire de prendre des mesures pour offrir une protection sociale à toutes ces personnes confrontées au paiement direct des soins de santé. La contribution des mutuelles pourrait être meilleure si on rendait l'adhésion obligatoire. L'engagement du Bénin vers un système d'assurance-maladie universelle, prenant appui sur les initiatives existantes de mutuelles de santé est prometteur et ouvre une voie qui mérite attention tant de la part des acteurs que des chercheurs.

7. RÉFÉRENCES

- Ajzen I. (1991). "The theory of planned behavior". Organizational and Human Decision Processes **50**: 179-211.
- Atim C. (1999). "Social movements and health insurance: a critical evaluation of voluntary, non-profit insurance schemes with case studies from Ghana and Cameroon". Social Science & Medicine **48**: 881-96.
- Audibert M., Mathonnat J. et Roodenbeke E. d. (2004). "Financement de la santé dans les pays à faible revenu: questions récurrentes, nouveaux défis". Med trop (64): 552-60.
- BIT (2002). Micro-assurance santé: Guide d'introduction aux mutuelles de santé en Afrique. Genève, Bureau International du Travail Programme Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté (STEP) Mutualité, assurance-maladie, Afrique francophone 74
- BIT (2005). Guide pour l'étude de faisabilité de systèmes de micro-assurance santé Genève, Bureau international du Travail, Programme Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté (STEP)
- Boissin J.-P., Chollet B. et Emin S. (2009). "Les déterminants de l'intention de créer une entreprise chez les étudiants : un test empirique". Management **12** (1): 28-51.
- Chabot J. (1988). "The Bamako Initiative". Lancet (2): 1366-7.
- Concertation L. (2004). Inventaire des mutuelles de santé en Afrique - Synthèse des travaux dans 11 pays La Concertation sur les mutuelles de santé en Afrique. Dakar. 20/11/2011 (<http://www.concertation.org>)
- Criel B. (1998). District-based health insurance in sub-Sahara Africa, Part II: Case-studies Policy H. S. O. Anvers,
- Criel B. et Waelkens M. P. (2003). "Declining subscriptions to the Maliando Mutual Health Organisation in Guinea-Conakry (West Africa): what is going wrong?". Social Science & Medicine **57**: 1205 - 19.
- De-Allegri M., Sanon M., Bridges J. et Sauerborn R. (2006a). "Understanding consumers' preferences and decision to enrol in community-based health insurance in rural West Africa". Health Policy **76**: 58 - 71.

- De-Allegri M., Sanon M. et Sauerborn R. (2006b). "To enrol or not to enrol?: A qualitative investigation of demand for health insurance in rural West Africa". *Social Science & Medicine* **62**: 1520 - 7.
- Defourny J. et Faillon J. (2011). "Les déterminants de l'adhésion aux mutuelles de santé en Afrique Subsaharienne: un inventaire des travaux empiriques ". *Mondes en développement* **1** (153): 7 - 26.
- Develtere P., Doyen G. et Fonteneau B. (2004) "Micro-assurances et soins de santé dans le Tiers-Monde. Au-delà des frontières" Horizons. Leuven, Cera Foundation. 61
- Dong H., Kouyate B., Snow R., Mugisha F. et Sauerborn R. (2003). "Gender's effect on willingness-to-pay for community-based insurance in Burkina Faso". *Health Policy* **64**: 153 - 62.
- Dubois F. (2002). Les déterminants de la participation aux mutuelles de santé : étude appliquée à la mutuelle Leeré Laafi Bolem de Zabré Mémoire Université de Liège
- Fonteneau B. (2003). "Les défis des politiques de micro-assurance santé en Afrique de l'Ouest. Cadre politique, environnement institutionnel, fonctionnement et viabilité". Hoger Instituut voor de arbeid, Leuven
- Fonteneau B. et Galland B. (2009). "Le modèle basé sur la communauté: organismes de mutuelles de santé en Afrique". in Churchill C. (éd), *Protéger les plus démunis Guide de la micro-assurance*. Allemagne, Organisation Internationale du Travail. 378-99. 4-3.
- Franco L. M., Diop F. P., Burgert C. R., Kelley A. G., Makinena M. et Simparae C. H. T. (2008). "Effects of mutual health organizations on use of priority health-care services in urban and rural Mali: a case-control study". *Bulletin of the World Health Organization* **86**: 830 - 8.
- Haddad S., Ridde V., Yacoubou I., Mak G. et Gbetié M. (2012). "An Evaluation of the Outcomes of Mutual Health Organizations in Benin". *Plos One* **7** (10): e47136.
- Hodges A., Mèdédji D., Mongbo J.-J. et O'Brien C. (2010). "Rapport sur l'état des lieux de la protection sociale". in Management O. P. (éd), *Etude sur l'état des lieux et les perspectives de protection sociale au Bénin*, . Cotonou, Unicef.

- Houessou R. K. (2004). L'extension de la sécurité sociale aux populations non couvertes. Rapport du Bénin. Colloque des directeurs d'institutions de sécurité sociale des pays francophones d'Afrique Limbé, Cameroun, Association internationale de la sécurité sociale
- ILO (2012). Text of the recommendation concerning national floors of social protection. Provisional Record - *International Labour Conference* Geneva, ILO
- INSAE (2003). Recensement Général de la Population et de l'Habitat 3 Cotonou
- Labié M., Nyssens M. et Wélé P. (2007). "Microfinance et micro-assurance santé : réflexions sur des articulations possibles à partir de quelques expériences au Bénin et au Burkina Faso". Mondes en Développement **35** (139): 1-15.
- Musango L., Dujardin B., Dramaix M. et Criel B. (2004). "Le profil des membres et des non membres des mutuelles de santé au Rwanda: le cas du district sanitaire de Kabutare". Tropical Medicine and International Health **9** (11): 1222 - 7.
- OMS (2009). Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé Genève, Organisation mondiale de la Santé 237
- Picheral H. (2001) "Dictionnaire raisonné de géographie de la santé " GEOS, Atelier Géographie de la santé. Montpellier, Université Montpellier 3-Paul Valéry. 307p
- Ridde V. et Girard J. E. (2004). "Douze ans après l'initiative de Bamako : constats et implications politiques pour l'équité d'accès aux services de santé des indigents africains". Santé publique **15** (1): 37-51.
- Ridde V., Haddad S., Yacoubou M. et Yacoubou I. (2010). "Exploratory study of the impacts of Mutual Health Organizations on social dynamics in Benin". Social Science & Medicine (71): 467-74.
- Saksena P., Antunes A. F., Xua K., Musango L. et Carrind G. (2011). "Mutual health insurance in Rwanda: Evidence on access to care and financial risk protection". Health Policy **99**: 203 - 9.
- Schneider P. (2005). "Trust in micro-health insurance: an exploratory study in Rwanda". Social Science & Medicine **61**: 1430 - 8.

- Sery J.-P. et Letourmy A. (2006). "Couverture du risque maladie en Afrique francophone : État des lieux, défis et perspectives". in *Dussault G., Fournier P. et Letourmy A. (éd), L'Assurance maladie en Afrique francophone: Améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté*. Washington DC, World Bank. 197-225.
- Tounés A. (2003). "L'Intention Entrepreneuriale: Une recherche comparative entre des étudiants suivant des formations en entrepreneuriat (bac+5) et des étudiants en DESS CAAE". Institut d'Administration des Entreprises. Rouen. Université de Rouen. Thèse, 462. 15/12/2003 Thesis, Type
- Turcotte-Tremblay A.-M., Haddad S., Yacoubou I. et Fournier P. (2012). "Mapping of initiatives to increase membership in mutual health organizations in Benin". *International Journal for Equity in Health* **11** (74): 1-15.
- Waelkens M.-P. et Criel B. (2004) "Les Mutuelles de Santé en Afrique Sub-Saharienne: État des Lieux et Réflexions sur un Agenda de Recherche. " *Health, nutrition and population discussion paper*. Washington DC, World Bank. 94
- Wiesmann D. et Jütting J. P. (2001). "Determinants of viable health insurance schemes in rural sub-Saharan Africa". *Quarterly Journal of International Agriculture* **40** (4): 361-78.

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Schéma de fonctionnement des mutuelles de santé au Bénin (source : l'auteur).....	10
Figure 2: Difficultés rencontrées par les patients hospitalisés selon leur statut (D'après Haddad et al, 2012)	13
Figure 3: Carte du Bénin indiquant la situation de Parakou (source: Ministère des Affaires étrangères, 2004)	16
Figure 4: Modèle d'intention d'adhérer aux mutuelles de santé (adapté d'Ajzen, 1991) .	35

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Taille du réseau "Alliance santé" dans les départements du Borgou et Collines en 2006 (d'après CIDR, 2007)	12
Tableau II: Nombre de personnes enquêtées lors des entretiens individuels	19
Tableau III: Comparaison des adhérents et les non-adhérents des mutuelles de santé selon les facteurs sociodémographiques.....	22
Tableau IV : Comparaison entre les adhérents et les non-adhérents des mutuelles de santé selon les facteurs socioculturels.	24
Tableau V: Comparaison entre les adhérents et les non-adhérents des mutuelles de santé selon les facteurs liés au système de soins.	25
Tableau VI: Comparaison entre les adhérents et les non-adhérents des mutuelles de santé selon les facteurs liés aux mutuelles.....	26

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE