UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI
(UAC)

FACULTE DES LETTRES, ARTS ET SCIENCES HUMAINES
(FLASH)

INSTIUT DE PSYCHOLOGIE ET DES SCIENCES DE L'EDUCATION
(IPSE)

MEMOIRE DE MAITRISE

OPTION : PSYCHOLOGIE DE LA VIE SOCIALE ET PROFESSIONNELLE

THEME

ADHESION DES MENAGES AUX MUTUELLES DE SANTE DANS LA COMMUNE DE GRAND-POPO : DETERMINANTS PSYCHOSOCIOLOGIQUES

Réalisé et soutenu par :

ATIGNON Merry Grâce

Sous la direction de :

Dr Ferdinand BOTON

Année Académique : 2015 - 2016

DEDICACE

Nous dédions ce travail à :

L'éternel maître de toutes choses ;

A mon père Adolphe A. ATIGNON ; que Dieu lui accorde une très longue vie ;

A ma mère Angèle A. AMEGAN ; toi qui m'a donné la vie, a guidé mes premiers pas et pour tous tes dévouements, prières et bénédictions quotidiennes ;

REMERCIEMENTS

Je voudrais à travers cette page exprimer mes sentiments de reconnaissance à tous ceux qui, de manière directe ou indirecte, m'ont soutenu et ont contribué à la réalisation de ce travail.

Aussi voudrais-je adresser mes sincères remerciements :

- **Aux autorités locales de la commune de Grand-Popo**

Je ne saurai jamais vous remercier assez pour tout votre soutien lors de mes recherches.

- **Au personnel de santé de la commune de Grand-Popo**

Merci pour cette fraternelle collaboration.

- **A notre maître de mémoire Dr Ferdinand S. BOTON**

Cher maître, vous avez été un guide pour moi, me conduisant patiemment sur le chemin de la recherche, trouvant solution à toutes mes difficultés et disposé à m'écouter à tout instant. Votre combativité, votre disponibilité malgré vos multiples préoccupations, votre rigueur au travail, et votre souci permanent du travail bien fait, m'ont profondément marqué. Que le Seigneur vous comble au-delà de vos mérites.

- **A Mr Euloge SEGLA**, chargé d'appui conseil à PARZS/FACILITE

Merci pour votre documentation mise à notre disposition, votre soutien et vos conseils.

- **A Mr Cyriaque LALEYE**, Directeur exécutif de l'ONG Afric'Mutualité

Profondes gratitudes pour votre soutien.

- **A Félicien DJINANHIN**

Merci pour ton soutien et tes conseils.

- **A Mr Paul AYETCHA**

Merci pour votre soutien et vos orientations dans la recherche documentaire.

- A tous les enseignants qui ont contribué à notre formation

Sincères remerciements.

- A tous nos camarades de promotion

- A mes frères et sœurs **Espérat**, **Lucrèce**, **Lucette** et **Boris ATIGNON**

Merci pour votre soutien fraternel.

- A nos amis en particulier : **Arnaud DOUNMANHOUN**, **Augustin DEGBOE**, **Sandrine HEKPAZO**, **Mohamed MONLIGUI**, **Elom NOUMON KPESSOU et Nicanor ISAIE**.

Merci pour votre sollicitude et vos conseils. Recevez ici notre profonde gratitude.

- **A tous les chefs de ménages enquêtés**

Votre disponibilité et votre aptitude à répondre à toutes mes sollicitations m'ont permis de mener à bien cette recherche. Merci à vous.

- Enfin mes remerciements aux parents, amis et connaissances qui m'ont soutenu dans ce travail.

SIGLES ET ABREVIATIONS

ACOPAM : Appui associatif et Coopératif aux initiatives de développement à la base

AGR : Activités Génératrice de Revenus

BIT : Bureau International du Travail

BM : Banque Mondiale

CIDR : Centre International de Développement et de la Recherche

CNSS : Caisse Nationale de Sécurité Sociale

CONSAMAS : Concertation Nationale des Structures d'Appui aux Systèmes de Micro Assurance Santé

CPH : Community Partners for Health

DNPS : Direction Nationale de Protection Sanitaire

$: Dollars

FAARF : Fonds d'Appui aux Activités Rémunératrices des Femmes

FCS : Financement Communautaire de la Santé

FLASH : Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines

GRAIM : Groupe de Recherche et d'Appui aux Initiatives Mutualistes

GROPERE : Groupement pour l'Exploitation des Ressources de l'Environnement

IB : Initiative de Bamako

INSAE : Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique

IRSP : Institut Régional de Santé Public

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economique

OMS : Organisation Mondial de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

PARZS : Projet d'Appui au Renforcement des Zones Sanitaires

PROMUSAF : Programme de Mutuelle de Santé en Afrique

PRIMA : Projet de Recherche sur le Partage des Risques Maladie

Rad : Recherche action pour le développement

RGPH2 : Deuxième Recensement Général de la Population et de l'Habitat

SDAC : Schéma Directeur d'Aménagement communal

SMAS : Système de Micro Assurance Santé

SPP : Système de Pré-Paiement

STEP : Stratégie et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté

UAC : Université d'Abomey-Calavi

UEMOA : Union Economique et Monétaire Ouest Africaine

UTM : Union Technique des Mutuelles au Mali

LISTE DES TABLEAUX

Pages

Tableau I : 27
Tableau II : 31
Tableau III : 35
Tableau IV : 36
Tableau V : 37
Tableau VI : 38
Tableau VII : 39
Tableau VIII : 39
Tableau IX : 40
Tableau X : 43
Tableau XI : 44
Tableau XII : 44
Tableau XIII : 45
Tableau XIV : 46
Tableau XV : 47
Tableau XVI : 48
Tableau XVII : 49
Tableau XVIII : 50
Tableau XIX : 50
Tableau XX :.....51
Tableau XXI :.....52

LISTE DES FIGURES

Pages

Figure n°1: 09

Figure n°2 : 41

Figure n°3 : 41

Figure n°4 : 42

Figure n°5 : 45

Figure n°6 : 48

SOMMAIRE

DEDICACE ..... **i**

REMERCIEMENT ..... **ii**

SIGLES ET ABREVIATIONS ..... **iv**

LISTE DES TABLEAUX ..... **vi**

LISTE DES FIGURES ..... **vii**

SOMMAIRE ..... **viii**

RESUME ..... **ix**

INTRODUCTION **1**

PREMIERE PARTIE : CADRE GENERAL DE L'ETUDE **3**

CHAPITRE I: CADRE THEORIQUE **4**

I- Clarification conceptuelle et Etat de la question **4**

1. Clarification conceptuelle **4**

2. Etat de la question **11**

II-Problématique, Objectifs et Hypothèses ***22***

1.Problématique **22**

2.Hypothèses **25**

3.Objectifs **26**

CHAPITRE II : CADRE PHYSIQUE ET METHODOLOGIE DE RECHERCHE **27**

I-Cadre physique de l'étude **27**

1. Contexte démographique **27**
2. Contexte religieux **28**
3. Contexte politico administratif **28**
4. Contexte climatique **28**
5. Contexte socioéconomique **28**
6. Situation sanitaire **29**

II-Méthodologie de recherche. **30**

1. Population cible et échantillonnage **30**
2. Techniques et outils de collecte des données **32**

2.1 Techniques de collecte **32**

2.2. Outils de collecte de données**.** **32**

3. Traitement des données **33**
4. Difficultés rencontrées **33**

DEUXIEME PARTIE : RESULTATS DE L'ETUDE **34**

Chapitre I: PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS **35**

I- Présentation et analyse des résultats des enquêtés **35**

1. Caractéristiques personnelles et professionnelles des enquêtés **35**

2.La scolarisation et l'adhésion à la mutuelle de santé **39**

3. Situation matrimoniale et mutualité **40**

4. Appartenance religieuse et mutualité **42**

5. Sources de revenus et mutualité **43**

6. Etat de santé et mutualité **43**

7. Communication et mutualité **45**

8. Accessibilité géographique et mutualité **49**

9.Qualité des prestations et mutualité 49

10. Proposition d'amélioration des prestations par les enquêtés **51**

II- Résultats obtenus par rapport au guide d'entretien **53**

Chapitre II: DISCUSSIONS ET RECOMMANDATIONS **54**

I-Discussions **54**

II-Recommandations. **59**

CONCLUSION **60**

BIBLIOGRAPHIE. **62**

TABLE DES MATIERES **67**

ANNEXES **71**

RESUME

Cette œuvre intitulée « Adhésion des ménages aux mutuelles de santé dans la commune de Grand-Popo : Déterminants Psychosociologiques »est le fruit d'une recherche ayant porté sur l'identification des déterminants qui sont à la base de l'adhésion ou non des ménages aux mutuelles de santé. Elle vise essentiellement à contribuer à l'adhésion des ménages aux mutuelles de santé au Bénin. Pour atteindre cet objectif, nous avons utilisé la méthodologie de recherche action pour le développement basée sur l'approche participative. Ainsi nous avons pu recenser 150 ménages répartis dans tous les arrondissements de la commune de Grand-Popo auxquels un questionnaire a été administré. Ensuite nous avons interviewé les acteurs qui gravitent autour de la problématique à savoir les responsables des formations sanitaires (09) et les autorités locales (05).

L'analyse des résultats obtenus a démontré que la faible adhésion des populations aux mutuelles de santé de la commune de Grand-Popo, a pour principales causes : les moyens financiers, les raisons psychosociales et culturelles, l'insuffisance d'information et de communication au sein des mutuelles et à travers la commune de Grand-Popo, la faible pertinence des

services couverts par les mutuelles, et enfin le faible dynamisme des organes de gestion et des associations affiliées.

Il faut noter que des recommandations ont été formulées pour l'amélioration du taux d'adhésion et aussi pour le bon fonctionnement de ces mutuelles de santé.

INTRODUCTION

L'accès aux services de santé renvoie de façon générale à la compatibilité entre le coût et la qualité des prestations sanitaires, d'une part, et le pouvoir d'achat des populations, d'autre part. Dans la majorité des pays africains au sud du Sahara, cet accès demeure restrictif notamment pour les populations démunies exerçant des activités économiques faiblement rentables.

Dans le souci de pallier à ce problème, les Etats africains ont engagé des réformes dans le secteur des systèmes de soins de santé. Ainsi naissait l'application de l'initiative de Bamako (IB) dans les années 80 comme réponse au problème de financement des services de santé dans les Etats africains. Et il est devenu nécessaire que les populations y participent en payant leur prise en charge en vue de pérenniser les services de soins de santé primaire.

L'évaluation des pays comme la Guinée et le Bénin, qui ont été les premiers à appliquer les réformes de l'IB, a révélé des progrès significatifs en matière d'accès aux soins de santé et d'utilisation des services de santé (Knippenberg, 1997). Malgré tous les efforts déployés dans la mise en application de l'IB, il s'est avéré que dans la majorité des pays africains, au moins 5% de la population n'a jamais eu suffisamment d'argent pour avoir accès aux soins de santé primaire (exclusion permanente), et 25 à 35% de la population à revenu instable ont de sérieux problèmes pour rassembler la somme nécessaire dans certaines périodes de l'année (exclusion temporaire)les soins hospitaliers étant encore moins accessibles(Rocque, 1995). Dans un tel contexte, la majorité de la population (plus de 90%) des pays à bas revenus ne bénéficie d'aucune forme de sécurité sociale notamment de l'assurance santé.

Face à cette situation et compte tenu des différentes crises socio-économiques qui ont affecté les pays africains, les communautés ont été amenées à mieux s'organiser afin de prendre en charge leurs soins de santé. Depuis plus d'une décennie, les initiatives mutualistes ont mis l'accent sur les mutuelles de

santé qui sont de nos jours en plein essor en République du Bénin et partout ailleurs en Afrique au sud du Sahara.

Bien que les mutuelles de santé constituent une alternative crédible au développement de la protection contre le risque maladie, il importe de faire remarquer que leur émergence est confrontée à une problématique principale : le faible taux d'adhésion de la population.

Dans la commune de Grand-Popo, ce taux reste faible et est de 4.43% en 2013. C'est dans ce sens que nous voudrions apporter notre modeste contribution à travers ce travail de recherche dont le thème est : « Adhésion des ménages aux mutuelles de santé dans la commune de Grand-Popo : Déterminants psychosociologiques ». Le premier chapitre, présente le Cadre théorique de l'étude, le deuxième traite du Cadre physique et la méthodologie de recherche. Ensuite, le troisième chapitre fait la synthèse des résultats et enfin le quatrième chapitre présente la discussion et les recommandations en vue d'une amélioration des taux d'adhésion.

1ère PARTIE :

CADRE GENERAL DE L'ETUDE SUR L'ADHESION DES MENAGES AUX MUTUELLES DE SANTE

CHAPITREI : CADRE THEORIQUE

Ce chapitre est consacré à la Clarification conceptuelle et à l'Etat de la question d'une part ; à la problématique et aux hypothèses formulées soutenues par les objectifs de recherche d'autre part.

I. Clarification conceptuelle et Etat de la question

1. Clarification conceptuelle

La clarification conceptuelle se fera autour de deux (02) grands points : mutuelle de santé et les déterminants liés à l'adhésion aux mutuelles de santé**.**

1.1 Définition des concepts

Dans le souci donc d'harmoniser la compréhension du sujet, il parait nécessaire de définir un certain nombre de concepts clés à savoir : Concepts en rapport avec les mutuelles de santé et concepts en rapport avec la santé.

1.1.1 Concepts en rapport avec les mutuelles de santé

Une mutuelle de santé est une association facultative des personnes, à but non lucratif, dont la base de fonctionnement est la solidarité entre tous les membres. Au moyen de la cotisation de ses membres principalement et sur la base de leurs décisions, elle mène en leur faveur et en faveur de leur famille, une action de prévoyance, d'entraide et de solidarité, dans les domaines des risques sociaux.

Pour le BIT/STEP (2003), **le terme cotisation** est généralement employé dans le cadre des mutuelles de santé. On parle de prime pour une assurance commerciale. Ces deux termes désignent la somme d'argent versée par chaque adhérent pour pouvoir bénéficier des services de l'assurance. Les mutuelles de santé jouent le rôle d'assurance santé des adhérents en prenant en charge leur risque maladie.

La solidarité est un concept dynamique. Sa concrétisation, les moyens et les mécanismes pour la réaliser doivent évoluer avec la société dans laquelle la mutualité se développe. L'objectif est de l'adapter au contexte socio-économique

en face afin qu'elle permette à la mutuelle de santé de jouer ses traditionnelles fonctions :

- ✓ la mobilisation des membres : elle se fait à travers des actions d'informations, de communication et de sensibilisation ;
- ✓ le recouvrement des cotisations pour faire face aux coûts des prestations ; et
- ✓ la gestion des prestations (suivi et remboursement des soins).

La mutualisation du risque-maladie est le principe selon lequel les risques individuels sont regroupés pour être redistribués entre les adhérents de la mutuelle. Les principes d'assurance-maladie reposent sur ce mécanisme de mutualisation du risque.

Le système de pré-paiement (SPP) est un système d'économie sociale organisé par les structures d'offre de soins (hôpitaux ou centres de santé), de manière à favoriser son financement tout en fidélisant la clientèle. Le paiement est volontaire, généralement annuel et effectué au moment où la communauté dispose de plus de liquidités**.**

La protection sociale est l'ensemble des dispositifs destinés à prémunir une population donnée (ou une partie déterminée de cette population) contre certains risques sociaux pouvant engendrer, soit un surcroît de dépenses et de difficultés, soit un arrêt ou une diminution des revenus d'activités : accident du travail, maladie, dépendance, chômage, vieillesse, naissance d'enfants**.**

L'adhérent ou **membre** ou **titulaire** ou **assuré** est toute personne qui adhère au système d'assurance de risque-maladie, c'est à dire celui qui verse les cotisations, qui s'engage à respecter les clauses du contrat et/ou les textes régissant le fonctionnement du système d'assurance de risque maladie**.**

Le taux d'adhésion (aussi appelé taux de pénétration) est le rapport entre le nombre de bénéficiaires (adhérents et leurs personnes à charge) de la mutuelle appartenant à une entité donnée et l'effectif total de cette dernière. Cette entité peut être une zone géographique, une branche socioprofessionnelle, une

entreprise, un syndicat, etc. C'est un indicateur qui renseigne sur la représentativité de la mutuelle et son impact sur la communauté dans laquelle elle évolue.

Le ticket modérateur est le paiement direct à la charge du patient devant être effectué par une personne assurée au moment de l'utilisation des soins de santé. Il est souvent exprimé en pourcentage. On l'appelle ticket modérateur parce qu'il permet de modérer la consommation de soins de santé**.**

La période d'attente ou période probatoire encore appelée **période d'observation**, correspond au temps pendant lequel un nouvel adhérent paye ses cotisations sans avoir droit aux avantages de soins de la mutuelle. Cette période est nécessaire pour éviter que certaines personnes ne s'affilient uniquement au moment précis où elles en ont besoin et se retirent ensuite.

Le paquet minimum d'activités est défini comme le minimum de soins offerts au niveau des centres de santé : Consultation prénatale, consultation postnatale, vaccination, planification familiale, service nutritionnel, consultations curatives, soins infirmiers, hospitalisation, accouchements simples, médicaments essentiels et génériques, analyses de laboratoire, interventions chirurgicales mineures, information, éducation et communication en matière de santé, transport du malade**.**

Les risques maladie sont des dépenses financières actuelles ou potentielles liées à la maladie, de par son caractère imprévisible et d'universalité**.**

Les petits risques concernent les cas de maladies pris en charge au niveau des centres de santé et qui ne nécessitent pas par ailleurs de grosses dépenses**.**

Les gros risques concernent les cas de maladies graves pris en charge au niveau des hôpitaux. Bien que leurs survenues soient rares, leurs prises en charge se révèlent trop coûteuses**.**

Le ménage est un ensemble de personnes apparentées ou non, reconnaissant l'autorité d'un même individu appelé chef de ménage. Elles peuvent

vivre sous le même toit ou sous des toits séparés mais dans la même concession. Il peut être composé d'une seule personne.

1.1.2 Concepts en rapport avec la santé

L'OMS (1995) définit **:** «**la santé** comme un état complet de bien-être physique, mental, social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou infirmité». Outre cette définition, l'OMS considère la possession d'un meilleur état de santé comme l'un des droits fondamentaux pour tout être humain. De cette assertion, l'on peut retenir que la notion de santé est relative et ambiguë, car liée à l'imagination et à la représentation sociale.

Les déterminants de l'utilisation des services sont des facteurs susceptibles d'influencer positivement ou négativement l'utilisation des services de santé.

L'accessibilité aux soins de santé se définit comme la capacité d'un malade à recourir aisément aux soins de santé nécessaires à son état.

L'accès aux soins suppose aussi la réduction ou suppression des barrières à l'utilisation effective des soins de santé, (géographique, économique, sociale, culturelle organisationnelle et linguistique), c'est une réalité mesurable par la fréquentation (un usage du système de soins).

L'exclusion aux soins de santé est l'incapacité pour un ménage de payer les soins de santé. L'exclusion peut être partielle ou totale. Elle est totale, si elle concerne tous les échelons des soins. Elle est partielle quand elle concerne seulement certains échelons des soins comme le deuxième ou le troisième. Elle peut être aussi temporaire ou permanente. Elle est temporaire si elle est présente pendant une partie de l'année et est permanente lorsqu'elle est observée durant toute l'année *(UNGER JP., 2002)*.

Le rationnement des soins est le fait de priver les soins à un individu pour des motifs financiers.

Les Soins de Santé Primaire sont des soins essentiels, fondés sur des méthodes et des techniques, scientifiquement valables, socialement acceptables,

rendus universellement accessibles à toutes les communautés et à toutes les familles avec leur pleine participation et lesquels soins sont donnés à un coût que la population puisse assumer à tout le stade de leur développement dans un esprit d'auto responsabilité et d'autodétermination *(Manifeste d'Alma Ata, 1978).*

La demande de soins est le désir d'un individu ou d'un groupe de personnes par rapport à une amélioration de sa santé ou à l'utilisation (*Rémy BENREDJEM, 2008).*

L'offre de soins est l'ensemble de soins et de services qui sont mis à la disposition de la population par les systèmes de santé.

L'équité n'est autre chose que la justice sociale qui veut que chacun soit traité selon ses besoins et non selon ses moyens. Les services sont équitables quand ils sont offerts de la même manière à tous ceux qui en ont besoin *(MASHINI N., 2011).*

L'automédication : Il y a beaucoup de définitions sur l'automédication. Celle qui la résume le mieux est sans doute la suivante : « Etymologiquement : L'automédication exprime un comportement individuel qui consiste à se soigner soi-même. L'automédication peut être définie comme la conduite d'un individu face à la perception d'un problème en rapport avec la santé » (Dévi VIDJEACOUMAR, décembre, 2008).

Les déterminants selon le dictionnaire Petit Larousse, signifient qui détermine, décide une action, élément qui agit ou qui influe. Dans un autre sens, il s'entend comme un élément placé devant le nom, marquant le genre et le nombre. Dans ce cadre précis, le concept de déterminants a un sens plus large qui requiert toute son importance psychosociologique et s'assimile aux facteurs et variables (les facteurs politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux et biologiques trouvent donc largement leur place à côté des facteurs comportementaux).

1.3.1 Profil Psychosociologique des acteurs impliqués :

Le profil psychosociologique peut être définit par l'âge, le sexe, la scolarisation, la situation matrimoniale, le nombre de personnes en charge, les croyances religieuses, la culture, la connaissance de la mutuelle de santé. Ces éléments nous paraissent très importants dans la prise de décision par les communautés quant à une décision d'adhésion ou non aux mutuelles de santé.

1.3.2 Accessibilité économique et géographique

L'accessibilité géographique apparaît très importante dans l'adhésion des ménages aux mutuelles de santé dans la mesure où la population avait avant tout, l'accès au service de santé avant d'adhérer ou non à une organisation facilitant ses soins. Cet élément est nécessaire à prendre en compte dans le cas de notre étude à cause du caractère rural de la commune.

Comme facteurs économiques nous avons le niveau socio-économique (le type de maison, les moyens de transport pour la famille etc.), l'existence des associations ou groupement de personnes dans la communauté. La situation économique peut favoriser la création et la validité d'un certain type de mécanisme de partage des risques. Un niveau économique moins meilleur permettrait à la population de ne pas adhérer à ce système d'assurance maladie.

1.3.3 Qualité des soins

Elle est la pièce maîtresse de l'adhésion ou non aux mutuelles de santé. Lorsqu'elle est bonne, elle attire les clients qui peuvent adhérer aux mutuelles ; dans le cas contraire elle n'attire pas ou attire peu et cela rend difficile l'adhésion. La qualité des prestations de soins est un déterminant du niveau (taux) d'adhésion aux mutuelles de santé. Elle pourrait aussi à postériori permettre de déterminer le comportement thérapeutique des populations.

1.3.4 Comportements thérapeutiques des acteurs

Ce déterminant doit être considéré afin de bien expliquer le taux d'adhésion étant donné que nous étudions une société communautaire. Le comportement

thérapeutique nous permettra d'identifier les différents recours que la population a : c'est-à-dire un recours moderne ou un recours traditionnel de traitement ou carrément une automédication. De plus il nous permettra de décrire la trajectoire thérapeutique afin de mieux comprendre le niveau (taux) d'adhésion des ménages aux mutuelles de santé.

1.3.5 Système de communication

On entend par système de communication tous les mécanismes de communication ou de sensibilisation mis en place pour la promotion des mutuelles. Par manque de communication autour du système, la population méconnaîtra les avantages liés à ce dernier. Du coup cela entraînera une faible adhésion à celles-ci tout simplement parce qu'elle n'a pas connaissance de son existence. La considération de ce déterminant nous permettra de mieux appréhender le problème lié à l'adhésion aux mutuelles de santé.

1.3.6 Gestion des mutuelles

C'est un facteur important à considérer dans l'explication du taux d'adhésion aux mutuelles dans la mesure où la mauvaise gestion des fonds des mutuelles ainsi que les plaintes des mutualistes par les gestionnaires peut favoriser une réticence de la population face à ces mutuelles.

2. Etat de la question

Il s'agit ici de faire un compte rendu de tout ce qui a été écrit sur le sujet de recherche : les déterminants psychosociologiques de l'adhésion des ménages aux mutuelles de santé.

Dans le contexte de dépenses publiques inadéquates, et dans le secteur de la santé, de nombreux pays ont mis en place des systèmes de recouvrement des coûts, tels que le payement par les usagers, comme approche de financement supplémentaire pour les prestations de soins de santé. Cette pratique a suscité certaines inquiétudes en rapport avec l'équité et l'accès aux soins pour les populations défavorisées, et la recherche de solutions complémentaires pour le

financement continu. Une des réponses a été la mise en place d'un nouveau mécanisme : le financement communautaire de la santé (FCS).

Le FCS n'est pas un nouveau phénomène. De tels systèmes existent depuis longtemps et, dans certains cas, ils sont le résultat de l'évolution de mécanismes traditionnels de constitution de pool de risque (tels que les tontines en Afrique de l'ouest).

Une analyse effectuée en 1987 avait identifié 81 mutuelles de santé documentées dans le monde entier, la majorité étant en Afrique au sud du Sahara et en Asie (Bennette et Al, 1988). Aujourd'hui la situation a évolué et on pourrait compter plusieurs centaines, et peut être des milliers. On a constaté un intérêt très vif pour les FCS ; par exemple la commission de Macroéconomie et de santé a recommandé que les paiements par les usagers soient de plus en plus canalisés à travers des mutuelles de santé (Organisation Mondiale de la Santé, 2000). Les communautés et les gouvernements semblent également être de plus en plus intéressés par les FCS. C'est le cas par exemple au Ghana et en Tanzanie.

Face à un tel engouement généralisé, on est amené à se poser beaucoup de questions fondamentales : que l'on soit décideur, fournisseur d'assistance technique, ou communauté à la base.

Quelle peut être la contribution de ces organisations de type mutualiste à l'amélioration de la santé des populations dans les pays à faible revenu ?

Quelle peut être réellement la contribution des Mutuelles de santé à l'amélioration de l'accès financier aux soins de santé des communautés ?

Quelle peut être la pertinence des services de soins offerts par les mutuelles par rapport aux besoins multiples des populations en matière de santé ?

Comment ces systèmes mutualistes dans le secteur de la santé peuvent-ils contribuer à améliorer la qualité des soins de santé dans les systèmes de santé des pays à faible revenu ?

En d'autres termes les mutuelles de santé en Afrique ont-elles atteint un niveau de professionnalisme et de viabilité qui puissent leur permettre de jouer pleinement leur rôle dans les systèmes de santé ?
Quels sont les textes qui régissent leur fonctionnement ?

Nos recherches documentaires nous permettront de faire un bref aperçu sur les questions abordées et qui du reste ont une relation avec notre étude qu'est « la problématique de la faible adhésion des ménages aux mutuelles de santé ».

2.1 Les mutuelles de santé comme solution au problème d'accès aux soins de santé.

Fonteneau (2001) fait ressortir comment les mutuelles peuvent améliorer l'accès aux soins de santé. Pour elle, le degré d'accessibilité aux soins de santé peut s'apprécier selon plusieurs dimensions :

Une première dimension qui constitue l'angle d'attaque des organisations : il s'agit de l'accès financier. Si la dimension financière ne constitue pas l'unique cause, l'introduction de la tarification des soins a entraîné la diminution de l'accès des populations aux soins de santé. La mise en œuvre de systèmes de prévoyance et de partage des risques contribuent donc certainement à atténuer cette barrière financière.

Il se pose également le problème de l'accès géographique, physique qui est l'une des dimensions sur laquelle la mutuelle ne peut agir que très faiblement. Enfin la barrière psychologique à l'accès aux soins de santé n'est pas à négliger. En cas de maladie en milieu à population à faible revenu, le premier recours reste la combinaison entre l'automédication et les tradipraticiens. Aller au dispensaire se fait en dernier recours quand l'automédication et la médecine traditionnelle n'ont pas donné de résultats. Pour les populations, la médecine moderne et ses structures restent souvent intimidantes : l'approche du malade sera essentiellement technique.

Les mutuelles contribuent à lever ces barrières citées par Fonteneau au sein des populations organisées. Dans le cas de la mutuelle Dakwena au Burkina Faso, le public cible est urbain mais dispose d'un revenu faible et aléatoire. L'adhésion étant familiale, l'impact sur l'accès aux soins de santé est évident car cette forme élargit automatiquement le nombre de bénéficiaires (Atim, 1998).

Par ailleurs, l'exemple du Fonds d'Appui aux Activités Rémunératrices des Femmes (FAARF) au Burkina Faso couplé à la mutuelle des femmes montre l'effet positif sur l'accessibilité psychologique des centres de santé. En effet, les femmes de cette organisation ne bénéficient des prestations que pour leurs enfants. De nombreuses femmes membres de ces mutuelles ont affirmé lors d'une étude que leur appartenance à la mutuelle avait coïncidé avec leur première visite au dispensaire. Le fait d'être membre d'une mutuelle est donc un premier pas vers le centre de santé moderne avec lequel la mutuelle a passé la convention. Les femmes se sentent plus confiantes pour y aller, puisqu'elles peuvent y faire valoir certains droits.

Dans une analyse plus approfondie, Atim (2000) à travers son étude estime qu'un autre aspect de l'accessibilité aux soins de santé réside dans la relation entre le niveau de contribution que la mutuelle demande à ses membres et le niveau de revenu moyen de la population cible. A titre d'exemple ; des estimations montrent que le revenu moyen des paysans qui sont membres de la mutuelle de Lalane Diassap au Sénégal s'élève à 15000 FCFA par mois. Les cotisations demandées par la mutuelle sont de 750 FCFA mensuel pour une famille de cinq membres, soit 5% du revenu mensuel. Pour la mutuelle du Gonja Ouest au Ghana qui fonctionne dans une communauté rurale, la prime annuelle de 4000 Cédis (1,78 US$) pour le nouveau membre est jugé équivalent à 2,4 jours de travail de revenu pour une personne qui gagne le salaire minimum.

Il fait ressortir aussi l'importance des informations sur le profil de revenus des membres et sur les dépenses moyennes de santé d'un groupe cible qui seraient nécessaires pour tirer des conclusions fiables sur l'accessibilité financière des

mutuelles de santé. En l'absence de ces informations, on peut toutefois estimer que le montant des cotisations demandées par les mutuelles n'est pas, dans l'ensemble, excessif par rapport aux revenus des membres.

Autrement dit, pour que les mutuelles favorisent véritablement un accès aux soins de santé, il faut que les cotisations qu'elles demandent ne soient pas trop élevées par rapport aux revenus des groupes cibles, et que la forme de paiement de la cotisation (en espèces ou en nature) soit adaptée aux besoins et aux capacités de ces derniers.

Dans ce même ordre d'idée qu'il fait remarquer que certaines formes de mise en place d'un fond de départ, via une période longue de collecte des cotisations sans fourniture de prestations en contre partie, peuvent non seulement décourager les membres potentiels, mais aussi conduire à l'introduction ultérieure de barrières financières à l'adhésion. Ce sont là des mesures (période probatoire ou période d'observation) que les mutuelles instituent pour non seulement se prémunir contre l'attitude de certains individus malins et des effets de la sélection adverse, mais aussi de constituer un fond de départ.

Compte tenu des dispositions de prudence des mutuelles (période probatoire ou période d'observation), la question du taux d'adhésion au sein d'une population pose problème. Comment alors concilier l'aspiration des populations à faible revenu avec les principes techniques d'une mutuelle tout en aspirant à un niveau d'adhésion très élevé ? Cela semble difficile. Comme l'a fait remarquer Atim dans son étude, seules les mutuelles qui ont rendu obligatoire l'adhésion de l'ensemble du groupe cible ou les mutuelles pour lesquelles ce groupe était restreint et soudé ont réussi à atteindre un taux d'adhésion compris entre 50 et 100 pour cent. Dans le cas contraire on assiste à de faible taux d'adhésion. Là se pose la question de la pertinence des services à offrir par la mutuelle et la qualité de l'offre des services de soins de qualité.

2.2 Facteurs favorables à la promotion des mutuelles de santé

2.2.1 La pertinence des services à couvrir par la mutuelle

Dans l'ouvrage intitulé « Guide pratique à l'usage des promoteurs, administrateurs et gérant : Mutuelle de santé en Afrique » édité par l'ACOPAM/BIT il est fait mention de l'importance des services à offrir par une mutuelle de santé dès son démarrage. Les services offerts par la mutuelle à ses membres sont sa raison d'être ; ils traduisent dans la vie quotidienne, les principes de solidarité. C'est de l'intérêt et de la qualité de ces services que dépendra, outre la gestion, la réussite ou l'échec de la mutuelle.

A cet égard, l'enregistrement de nouvelles adhésions ou au contraire la défection de certains membres, sera un indicateur significatif du bon fonctionnement de la mutuelle.

Ainsi, les services offerts par la mutuelle doivent correspondre à des besoins ressentis et exprimés par la population cible. Cette exigence est indispensable, non seulement au moment de la création de la mutuelle mais aussi tout au long de son existence.

Pour ce faire, les services offerts par la mutuelle doivent être régulièrement évalués afin de s'assurer qu'ils correspondent toujours aux besoins des membres. Malheureusement comme le souligne Atim (2000) très peu de mutuelles arrivent à faire des études d'évaluation des services offerts aux membres après les études de faisabilité au départ.

2.2.2 L'offre des services de santé de qualité à garantir

Il est important que les services offerts par la mutuelle de santé soient pertinents par rapport aux préoccupations de la population cible, mais encore faut-il que les services de soins qui y sont fournis par les prestataires soient d'une qualité attrayante.

Dans son ouvrage Atim (2000) est revenu sur l'importance de la qualité de l'offre de soins dans la mise en place des mutuelles de santé et fait le constat suivant :

Les systèmes de santé publique en Afrique ont la réputation de proposer des services de faible qualité : le manque de médicaments ainsi que d'autres matériels et équipements, le temps d'attente trop long, le mauvais accueil du personnel envers les patients, l'insuffisance de personnel qualifié etc. Ces problèmes se traduisent souvent par un découragement du personnel et de la demande de soins de nombreux individus qui préfèrent pratiquer l'automédication, consulter des tradipraticiens.

L'une des contributions les plus importantes que les mutuelles peuvent apporter dans ce genre de situation est d'aider à restaurer la confiance dans les systèmes publiques de santé, soit en procurant des ressources permettant d'améliorer la qualité, soit en intervenant directement dans le système de soins. Les mutuelles peuvent également permettre à leurs membres d'accéder à des structures de soins privés de bonne qualité, à travers les mécanismes de partage des risques.

Par ailleurs Atim (2000) fait remarquer, que le problème clé dans la grande partie de l'Afrique est souvent, non pas de savoir comment étendre l'accès aux structures de soins existantes, probablement d'une qualité médiocre, mais comment permettre l'accès à une meilleure qualité de soins.

Si les services disponibles satisfont les attentes en matière de qualité, le problème d'accès se réduit à surmonter les barrières financières et peut-être géographiques, qui limitent l'utilisation de ces structures de santé. A ce sujet, il existe souvent une relation étroite entre qualité et accès aux soins. Dès lors il apparaît important que le succès de la création d'une mutuelle de santé et de sa pérennité dépende habituellement de l'existence d'offre de service de santé d'une qualité convenable.

Dans le même conteste Letourmy (1998) insiste sur l'importance de la disponibilité de l'offre de service de soins de qualité dans le processus de mise en place d'une mutuelle de santé.

Pour lui, la qualité des soins représente une condition de mutualisation et inversement, les mutuelles sont censées contribuer à l'amélioration de la qualité. Il appuie son hypothèse en avançant le postulat selon lequel, la disponibilité à cotiser des populations est d'autant plus forte que les prestations de soins qui sont prises en charge par la mutuelle sont de meilleure qualité. Ce postulat apparaît évidemment comme un point de vue de bon sens qui découle de nombreuses observations sur la fréquentation des structures de soins et en particulier du constat que les populations ne vont pas là où la qualité des services est mauvaise.

En somme, lorsqu'une offre de services de santé de qualité n'est pas disponible, le processus de création de mutuelles et de leur développement est, dans certains cas plus long à démarrer. Par exemple en Guinée la faible qualité des services délivrés dans les Hôpitaux universitaires de Conakry apparaît comme un frein au montage des mutuelles de santé. C'est la raison pour laquelle au Mali, l'Union Technique des Mutuelles au Mali (UTM) n'envisage de passer des conventions qu'avec certains services des hôpitaux de Bamako ou certains établissements de première référence de la capitale.

De même les mutuelles visant la prise en charge de soins hospitaliers se sont créées là où existait une offre de services de santé de qualité: surtout l'offre du secteur privé à but non lucratif (hôpitaux de Boko et de Nikki dans le Sud Borgou au Bénin, hôpital Saint-Jean -de-Dieu pour Fandène et la mutuelle de Thiès au Sénégal) mais aussi l'offre du secteur publique exceptionnellement performante (Hôpital de Ouèssè au Bénin), ou bénéficiant d'une coopération technique importante comme la mutuelle de Bobo au Burkina Faso.

La prise en compte de la qualité des soins dans la décision de création des mutuelles est effective. Aussi les mutuelles devraient-elles contribuer à améliorer la qualité des services offerts par les prestataires. Mais ce critère de qualité dans le contexte des pays à faible revenu renvoie surtout à des critères de profane que sont surtout la disponibilité, la proximité, les délais d'attente, le comportement des professionnels (accueil, surfacturation). Les aspects tels que les moyens

techniques mobilisables, la nature des procédures, les résultats, et les indicateurs de performance ne sont souvent pas pris en compte lors des négociations des conventions.

On pourrait se poser la question suivante : est-ce que les dirigeants des mutuelles ont la capacité et le savoir-faire en matière de négociation avec les prestataires pour une meilleure qualité des soins de santé ?

Atim (2000) fait apparaître que les mutuelles peuvent améliorer la qualité des services de santé, en engageant des négociations avec les prestataires (par exemple réduire le temps d'attente et améliorer le comportement du personnel à l'égard des patients) en vérifiant les prescriptions et la qualité des soins avant de verser les prestations, et en aidant à la création d'un fond de roulement de médicaments.

Il y a des mutuelles qui abordent les questions de qualité quand elles engagent des négociations avec les prestataires, c'est le cas par exemple des UGCM de Sirarou et Sanson au Bénin et des CPH du Nigéria (Community Partners for Health). Ces UGCM ont soulevé les questions relatives au temps d'attente et au comportement du personnel envers les patients, alors que les CPH ont utilisé leur contact direct avec les prestataires privés pour les persuader (et les aider quand cela est possible) à améliorer certains aspects de la qualité portant sur l'approvisionnement en médicament ou sur l'attitude du personnel.

Cependant, on note que certaines mutuelles dont les services se traduisent par une forme de paiement de soins, conduisent des négociations avec les prestataires portant principalement sur les tarifs, l'étendue de la couverture, et le mode de paiement des soins fournis à leurs membres.

La garantie de la qualité des services de soins est un réel facteur de mutualisation. Cependant, force est de constater que souvent, par manque de compétences médicales et pharmaceutiques, les mutuelles n'arrivent pas à contrôler les prescriptions des prestataires et la qualité des soins prodigués à leurs membres. En tout état de cause, il s'agit d'une lacune importante, car dans cette

situation, les mutuelles ne peuvent pas être certaines que les factures qu'elles doivent payer soient pleinement justifiées. Pour cela Bennet (1997) propose des évaluations continues indépendantes de la qualité ou des audits de qualité et la vérification des prestations des prestataires et du traitement offert. Ainsi la vérification des registres médicaux pourra permettre d'identifier les abus, ainsi que les pratiques médicales inutiles. Dans le contexte actuel du niveau de développement des mutuelles, il est presque impossible pour une mutuelle de santé dans les pays à faible revenu comme le Bénin de prendre en charge les services d'un spécialiste pour le contrôle de la qualité des services offerts par les prestataires. Cela pourrait se faire tout au plus dans le cadre d'une fédération de plusieurs mutuelles de santé qui voudraient bien unir leurs forces.

2.2.3 Les promoteurs et/ou les organes dirigeants doivent être dignes de confiance

Les populations souvent dans leur logique pensent que les mutuelles peuvent résoudre tous leurs problèmes (Ndiaye, 2001). Dans un tel contexte il revient aux promoteurs et aux élus des organes dirigeants des mutuelles de répondre à un certain nombre de critères de qualité et d'inspirer une certaine confiance de la population cible.

Dans une étude intitulée : *Mutuelle de santé-5 années d'expérience en Afrique de l'Ouest-Débats, Contreverses et Solutions proposées,* les auteurs Götz et Jûrgen Hohmann et Kirsten Reinhard montrent l'importance que requiert la confiance dont doivent faire preuve les promoteurs et les organes dirigeants. En effet, pour eux la transparence est l'un des principes fondamentaux de la gestion d'une organisation de type associatif surtout quand il s'agit des mutuelles de santé. Ainsi la sauvegarde de la confiance des adhérents de la structure micro assurancielle est la pierre angulaire de la promotion de cette dernière dans une perspective de durabilité. Chaque adhérent ne renouvelle sa cotisation et se fidélise à la mutuelle que lorsqu'il a, la pleine assurance qu'en cas de la survenue

d'un risque maladie, lui et ses personnes à charge seront pris en charge par la mutuelle sans problème.

Ouattara (2006) appuie l'importance de l'élément confiance qui doit être authentifié par une reconnaissance officielle de la mutuelle émanant des autorités de tutelle.

Une fois que le climat de confiance est acquis au sein de la structure, il faut certainement des acteurs directs compétents de la mutuelle pour le management de la structure.

2.2.4 La compétence des acteurs directs en matière de Système de Micro Assurance Santé (SMAS)

Gueye du Groupe de Recherche et d'Appui aux Initiatives Mutualistes du Sénégal (GRAIM) fait remarquer que la plupart des mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest surtout utilisent les services des gérants élus qui travaillent souvent bénévolement et qui ne sont ni suffisamment qualifiés ni préparés pour le travail. Autrement dit les compétences manquent au sein de ces organisations naissantes pour assurer une gestion de qualité qui puisse garantir une viabilité.

Face à ce constat, Brouillet (2001) de l'Agence Française pour le Développement déclare qu'il est nécessaire d'avoir une dimension plus professionnelle pour que les mutualistes dans le secteur de la santé soient mieux préparés à faire face aux exigences techniques de l'administration.

Quant au Centre International de Développement et de la Recherche (CIDR, 1998), il exprime le besoin d'une professionnalisation de certaines activités administratives. Dans le même ordre d'idées, Sylla (1999), suite à l'expérience vécue du Projet de Recherche sur le Partage des Risques Maladie en Guinée (PRIMA), conclut qu'il faut nécessairement employer du personnel professionnel (infirmier et comptable) pour certaines tâches administratives.

C'est dans cette dynamique que certains partenaires techniques et financiers des mutuelles au Bénin, emploient les services des gérants et de médecin conseil recrutés à cette cause pour la gestion technique et comptable ainsi

que le contrôle technique des prestations de soins faites aux mutualistes. C'est le cas par exemple des mutuelles communales de Houéyogbé et de Bopa ainsi que celle de Grand-Popo dans le département du Mono appuyées respectivement par LOUVAIN Coopération et PARZS-FACILITE.

La professionnalisation des mutuelles de santé est certainement un chemin qui devra aboutir à la promotion de ces structures naissantes. Cependant, elle n'est pas à généraliser ; mais nous pensons qu'elle devra être un processus qui s'adapte à l'environnement et à la taille de chaque organisation mutualiste et qu'il faille également tenir compte des coûts induit de cette professionnalisation sur le fonctionnement des mutuelles de santé.

II- Problématique, Objectifs et Hypothèses

1. Problématique

L'accès à la sécurité sociale et aux soins de santé sont deux droits fondamentaux à l'être humain. Les Etats ont par conséquent l'obligation de prendre toutes les mesures nécessaires (d'ordre législatif, administratif, budgétaire, etc.) à la réalisation de ces droits. Il peut s'agir par exemple d'encourager la mise en place de système équitable de protection sociale en santé, offrant une couverture de base pour tous, sans exclusion ni discrimination (Diop 2001). A l'échelle de la planète, l'ampleur de l'exclusion de la protection sociale en matière de santé est considérable. Elle touche près de 80% de la population dans la plupart des pays d'Afrique sub-saharienne (Diop 2001).

Face à cette vulnérabilité, les politiques sanitaires se sont proposées de promouvoir le système de partage du risque de maladie à travers les mutuelles de santé et autres mécanismes d'assistance. La Banque Mondiale dans sa revue : santé, nutrition et population « *l'assurance –maladie en Afrique Francophone : améliorer l'accès aux soins et lutte contre la pauvreté* », fait remarquer qu'en Afrique on observe les dépenses de santé les plus faibles. En 2002 les dépenses totales par personne en Afrique étaient de moins de 10$ dans 10 pays, entre 10 et

20$ dans 20 pays et plus de 20$ dans 16 autres pays, pour lesquels les données étaient disponibles tandis que la dépense de santé moyenne était en 2004 de 32$ en Afrique, 63$ en Asie, 218$ en Amérique Latine, et 3088$ dans les pays de l'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Economique). C'est aussi là que les contributions des ménages, par le payement direct sont les plus élevées. C'est-à-dire que la question du financement de la santé se pose à la fois en terme de volume de ressources disponibles et d'origine de ces ressources (Banque Mondiale, 2006).

Au Bénin, où les revenus par habitant figurent parmi les plus faibles du monde, les mécanismes de financement de la santé sont dominés par le paiement direct des ménages au moment du besoin suite à l'initiative de Bamako (IB) en 1987 qui sonne le glas du recouvrement des coûts dans les formations sanitaires. Le système de recouvrement des coûts a réduit très sensiblement l'utilisation des services de santé par les populations pauvres (Fonteneau, 2003). En d'autres termes, si l'IB a parfois contribué à améliorer la qualité des soins, elle a par contre écarté, à travers son système de tarification, une grande partie de la population de l'accès aux soins de santé (Defourny et Sarambe, 2007).

Ainsi le réflexe d'aller dans un centre de santé pour recevoir les soins pose souvent problème compte tenu de l'inexistence de la garantie des revenus et surtout de revenus relativement faibles des populations. Les ménages éprouvent des difficultés à disposer de revenus stables suffisants à tout moment. La réalité du chômage doublée de la faiblesse des revenus des populations dans le milieu explique en partie le faible taux de fréquentation des formations sanitaires. Cet état de chose est aggravé par des considérations socioculturelles, mais également par la mauvaise qualité des soins de santé offerts (DNPS du Ministère de la Santé, 2005).

La plupart de la population active étant employée dans les petites entreprises du secteur hôtelier et les exploitations familiales du secteur agricole, des mécanismes alternatifs de financement de la santé sont nécessaires pour améliorer

l'accessibilité aux soins de santé et protéger les ménages contre les risques financiers et d'appauvrissement associés au paiement direct pour faire face à la maladie.

Avec l'émergence des systèmes d'assurance maladie basée sur la communauté, les années 80 ont vu se développer une dynamique communautaire d'expérimentation de mécanismes alternatifs de financement social dans le domaine de la santé en faveur de l'éclosion du mouvement associatif en Afrique au Sud du Sahara. Cette dynamique se fonde sur les valeurs d'entraide mutuelle et de solidarité ambiante dans les communautés de base, et les modes d'organisation du mouvement associatif pour transformer ce capital social en mécanismes de promotion de l'accès aux soins de santé et de protection contre les risques financiers associés à la maladie. Après deux décennies d'émergence, la mise en place des mutuelles de santé est actuellement à la croisée des chemins.

L'adhésion à une mutuelle implique bien sûr une volonté de s'assurer contre les risques santé (partage des risques et mise en commun des ressources), mais aussi une volonté de devenir membre d'une "association". Concrètement, pour devenir membre de la mutuelle, la personne doit payer un droit d'adhésion ; elle doit aussi, pour être assurée et avoir droit aux prestations, être à jour de cotisations.

Comme d'autres systèmes de micro-assurance santé, les mutuelles de santé fonctionnent sur la base d'une affiliation volontaire. Or, bien que la formule des mutuelles soit porteuse de grands espoirs, on observe partout que le taux d'adhésion reste relativement faible. La question de l'adhésion est donc une question cruciale. (Fonteneau, 2006).

Parmi les différents défis auxquels les mutuelles de santé doivent faire face, la problématique de l'adhésion apparaît actuellement prépondérante. En effet, bien que le mouvement mutualiste n'ait de cesse de se développer en Afrique subsaharienne, un constat s'impose : les taux d'adhésion des mutuelles de santé demeurent approximativement faibles, remettant parfois en question la viabilité

même de l'organisation. En contraste avec l'enthousiasme que suscitent au départ les mutuelles de santé auprès des populations cibles, nombre de ces organisations connaissent par la suite des taux d'adhésion généralement inférieurs aux prévisions, un taux élevé de non renouvellement des adhésions et des problèmes dans le prélèvement des cotisations (Defourny et Failon, 2008).

De onze(11) mutuelles de santé fonctionnelles dénombrées en 1997, le Bénin compte environ 179 mutuelles de santé fonctionnelles depuis 2010 dont dix-neuf (19) se retrouvent dans le Mono/Couffo[1].

Malgré tout ce foisonnement d'expériences ayant toutes pour objectif de favoriser l'accès financier des populations aux soins de santé de qualité, on constate que la couverture du risque maladie (toute forme de couverture) ne concerne qu'environ 6,5% de la population béninoise ; et ce, malgré les efforts fournis par le gouvernement et les partenaires techniques et financiers au développement intervenant dans le domaine de la santé, pour le financement des soins de santé des populations, les différentes sensibilisations faites par les gestionnaires des mutuelles de santé de la commune de Grand-Popo, sur la pertinence de la structure.

Face à cet état de chose, comment peut s'expliquer alors la faible adhésion des ménages aux mutuelles de santé dans la commune de Grand-Popo en dépit des différents mobilisations et investissements dont ils font objet ? Il est donc intéressant de savoir les déterminants psychosociologiques et économiques qui sont à la base de l'adhésion ou non des ménages aux mutuelles de santé.

2. HYPOTHESES

- **Hypothèse générale** : les facteurs économiques et psychosociologiques déterminent le taux d'adhésion des ménages aux mutuelles de santé dans la commune de Grand-Popo.

[1] Inventaire 2012 des mutuelles de santé par la Concertation Nationale des Structures d'Appui aux systèmes de Micro Assurance Santé(CONSAMAS)

- ***Hypothèse spécifique 1*** : La culture ou le rapport des populations à la question de santé explique la faible adhésion des ménages aux mutuelles de santé.
- ***Hypothèse spécifique 2*** : Le mécanisme d'enrôlement des ménages mis sur place conditionne l'adhésion des ménages aux mutuelles de santé.
- ***Hypothèse spécifique 3*** : La qualité des prestations de soins dans les formations sanitaires influence l'adhésion des ménages aux mutuelles de santé.

3. OBJECTIFS

- **Objectif général** : Contribuer à l'adhésion des ménages aux mutuelles de santé au Bénin.
  - ***Objectif spécifique 1*** : Identifier les principaux déterminants d'adhésion des ménages aux mutuelles de santé dans la commune de Grand-Popo.
  - ***Objectif spécifique 2*** : Analyser le système d'information des ménages pour une adhésion massive aux mutuelles de santé.
  - ***Objectif spécifique 3*** : Proposer des solutions d'amélioration de l'accès des ménages aux mutuelles de santé.

CHAPITRE II : CADRE PHYSIQUE ET METHODOLOGIE DE RECHERCHE

I. Cadre physique de l'étude

1. Contexte démographique

La population de Grand-Popo a été dénombrée en 2002 à 40 335 habitants répartis en 9633 ménages. La taille moyenne d'un ménage est de 4.05 (INSAE, 2002). Les 45 % de cette population sont concentrées dans deux arrondissements littoraux à savoir Grand-Popo et Agoué. Cette concentration démographique s'explique par l'attrait des activités économiques et le relief.

Le taux de croissance moyen annuel de la population locale est de 2 %, ce qui traduit le développement démographique local. Les projections démographiques pour 2013 fixent la population communale à 51 088 habitants (SDAC, 2010). Le tableau I présente la répartition de la population par arrondissement et la projection de la population en 2013 d'une part, et les taux spécifiques à chacun des arrondissements de la commune d'autre part.

Tableau I: Population par sexe et par arrondissement dans la commune de Grand-Popo.

Arrondissement & Commune	Population totale						
	1992			2002			2013
	Masc	Fém	Total	Masc	Fém	Total	Total
Grand Popo (22 %)	3 485	3 778	7 263	4 259	4 614	8 874	11 274
Adjaha (15,5%)	2494	2 664	5 158	3 098	3356	6 454	7 774
Avlo (9%)	1 281	1 592	2 873	1 634	1 997	3 630	4 712
Djanglanmey (12%)	2000	2123	4 123	2 372	2 469	4 840	5 826
Gbéhoué (11%)	1740	1941	3 681	2 085	2 352	4 437	5 637

Sazué (7,5%)	1 271	1 224	2 495	1 646	1 581	3 227	3 823
Agoué (23%)	3 369	4 117	7 486	4 175	5 102	9 277	12 042
Commune = 100%	15 640	17 439	33 079	19 254	21 081	**40 335**	**51 088**

INSAE, RGPH2 & RGPH3

2. Contexte religieux

Le vodoun est la religion dominante des Xwla et des Xwéla. Suivant le RGPH2, la religion traditionnelle mobilisait 62,9 % de la population de Grand Popo en 1992, suivie de la religion catholique (24,6 %), suivie de loin par les religions protestantes (2,1 %), musulmane (2, 0 %) et des autres (8,3 %). On note par ailleurs l'existence de langue de couvent appelée Hungbé servant de communication pour les initiés du culte Vodoun.

3. Contexte politico administratif

La commune de Grand-Popo est administrée par un conseil communal de 13 conseillers élus au suffrage universel avec un organe exécutif dirigé par le Maire. Elle est subdivisée en sept (07) arrondissements à savoir : Grand-Popo, Agoué, Avlo, Gbéhoué, Adjaha, Djanglanmey, Sazué avec à leur tête des Chefs d'Arrondissement et 44 villages.Elle est traversée par la route inter-Etats n°1 Cotonou-Lomé qui est bitumée et en bon état ainsi que par des routes régionales d'une distance totale d'environ 35 Km. La distance entre Grand Popo, le chef-lieu de commune, et Lokossa, le chef-lieu du département est de 57 km ; cette distance est de 85 km entre Grand Popo et Cotonou.

4. Contexte climatique

La commune de Grand-Popo est marquée par un climat subéquatorial de type Guinéen caractérisé par quatre (04) saisons de pluies. La campagne agricole débute avec la grande saison pluvieuse de mi-mars et prend fin à mi-juillet. Ensuite vient la petite saison sèche qui dure environ deux moins de mi-juillet jusqu'à mi-septembre. Elle est suivie de la petite saison de pluie de mi-septembre

à mi-novembre. La grande saison sèche est caractérisée par une période d'inactivité agricole de quatre (04) mois de mi-novembre jusqu'à mi-mars.

5. Contexte socio-économique

Les principales activités économiques de la commune sont : l'agriculture, la pêche, l'élevage, le tourisme, l'artisanat, le commerce et le taxi- moto.

En raison des contraintes dans le secteur, les emplois sont de moins en moins importants et on assiste à une reconversion progressive des pêcheurs dans le maraîchage. Aujourd'hui cette activité emploie le plus grand nombre de travailleurs. Les emplois dans le secteur hôtelier commencent à se développer de plus en plus dans la commune avec le flux touristique qu'elle connaît.

6. Situation sanitaire

La Commune de Grand-Popo dispose, en matière d'infrastructures sanitaires publiques, d'un (01) centre de santé communal sans bloc, de six (06) centres de santé d'arrondissement, de deux (02) maternités isolées et de quatre (04) unités villageoises de santé ou unités de santé de quartier.

A l'analyse de ces données, la couverture sanitaire spatiale de la commune paraît relativement bonne dans la mesure où les sept (07) arrondissements disposent d'une infrastructure de santé avec du personnel qualifié. Ce constat est cependant à nuancer car les conditions de transport et les distances à parcourir constituent un frein au déplacement des usagers, surtout en temps de crue. Cela entraîne des difficultés d'accès aux équipements de santé, et des risques sanitaires élevés en cas d'urgences médicales.

En dehors de ces centres de santé publics, il existe dans la commune, des cabinets privés tels que celui de Todjonoukouin et de Kpovidji.

II. Méthodologie de recherche

La démarche de recherche adoptée est la Recherche action pour le développement (Rad) qui est essentiellement basée sur l'approche participative. En effet, cette méthode permet d'impliquer au mieux la population cible au processus de la démarche depuis le début de l'action de recherche et jusqu'à sa fin. La réalisation de la recherche a commencé par le choix de la zone et de la population de l'étude, la constitution de l'échantillon, et s'est poursuivie par la collecte et le traitement des données.

1. Population cible et échantillonnage

1.1 Population cible

La population cible de notre étude est constituée par :

- Les mutualistes qui sont censés relater les divers problèmes auxquels ils sont confrontés et de l'impact des prestations des mutuelles de la commune de Grand-Popo sur leur condition de vie sanitaires ;
- Les non mutualistes pour recueillir les informations par rapport à la non adhésion des ménages aux mutuelles dans la commune ;
- Le comité de gestion pour s'imprégner de l'organisation et du fonctionnement des mutuelles dans la commune de Grand-Popo, le taux d'adhésion, le degré de prise en charge des bénéficiaires, les contraintes rencontrées dans le recouvrement des coûts ;
- Les agents de santé pour recueillir des informations sur l'accueil réservé aux mutualistes, les besoins de santé, les services offerts, le niveau de prise en charge sanitaire des mutuelles de santé, les déterminants favorisant ou non l'accès aux soins et service de santé des populations ;
- Les autorités locales pour avoir des informations sur leurs connaissances globales liées aux mutuelles de santé de la commune de Grand-Popo.

1.2 Echantillonnage de la population

1.2.1 Techniques d'échantillonnage

L'échantillon est, par définition selon Boko et Ogouwalé (2007), la partie de la population qui est réellement observée ; l'opération de choix de cette fraction de la population cible est l'échantillonnage. Ce choix est fait sur la base d'un critère bien précis. Deux possibilités ou techniques sont offertes au chercheur : l'échantillonnage probabiliste (aléatoire, systématique, à plusieurs degrés, …) et l'échantillonnage non probabiliste encore appelé méthode des quotas. Pour mener cette étude, nous avons choisi la méthode probabiliste à travers l'échantillonnage à plusieurs degrés.

1.2.2 Taille de l'échantillon

Nous avons procédé à un échantillonnage aléatoire raisonné de 150 ménages soit 0,3% de la population répartis dans tous les arrondissements de la commune de Grand-Popo ; de 09 agents de santé des formations sanitaires de la commune et enfin de 05 autorités locales.

Le tableau II présente la taille d'échantillon de la population cible.

Tableau II : Tableau d'échantillonnage de la population cible de l'étude

N°	Groupes cibles	Effectif du groupe	Echantillons			Mode d'échantillonnage
			Prévus	touchés	%	
01	Mutualistes et non mutualistes	51 088	150	150	100	Aléatoire raisonné
02	Responsables centres de santé	18	09	09	100	Raisonné
03	Autorités locales	51	05	05	100	Raisonné

2. Techniques et outils de collecte des données

2.1. Techniques de collecte

Nous avons utilisé dans cette étude, plusieurs techniques notamment la recherche documentaire et l'enquête de terrain pour la collecte des données.

- **Recherche documentaire**

Dans le but de mieux cerner les contours du sujet un inventaire et une lecture des ouvrages généraux et spécifiques qui existent sur la question et la région ont été faits.

Cette étape a permis de faire le point des connaissances relatives au thème et de saisir les différents concepts qui lui sont rapportés.

- **Enquête de terrain**

Pour recueillir les informations requises, des questionnaires (cf. annexes) ont été administrés aux populations cibles par le biais d'un entretien. Ces questionnaires ont été soumis en guise de pré-test à 10 enquêtés vivant dans l'arrondissement de Grand-Popo à la date du vendredi 31 octobre 2014. A l'issu de ce pré-test, quelques modifications ont été apportées et ont permis d'obtenir la version finale des questionnaires. L'enquête proprement dite s'est déroulée du lundi 10 au samedi 29 novembre 2014. Ceci a permis aux enquêtés d'exprimer leurs perceptions en l'occurrence la problématique de l'adhésion des ménages aux mutuelles de santé.

2.2. Outils **de collecte de données**

Le questionnaire et le guide d'entretien (cf. annexes) sont les principaux instruments utilisés.

La démarche d'élaboration du questionnaire est axée sur les variations de pensées : celles de connaissances, de perception et d'opinion. Il s'agit des questions ouvertes dont l'administration nécessite la présence d'un enquêteur.

3. Traitement des données

Le traitement des données a consisté tout d'abord à faire le dépouillement du questionnaire et à analyser les données. Le dépouillement s'est effectué manuellement dans le cadre de l'étude diagnostic où nous avons procédé au

regroupement des données en fonction des centres d'intérêts que sont les variables des hypothèses.

Pour le dépouillement, les matrices ont été utilisées. Nous avons utilisé les logiciels Word, Excel pour le traitement des données.

4. Difficultés rencontrées

Nos problèmes sont d'ordre opérationnel marqués par des difficultés à recruter les sujets de l'étude du fait de la réticence de certains enquêtés à répondre à temps aux questionnaires.

2ème PARTIE :

RESULTATS DE L'ETUDE SUR L'ADHESION DES MENAGES AUX MUTUELLES DE SANTE

CHAPITRE I : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

I. Présentation et analyse des résultats des enquêtés

Ce chapitre qui est le cœur de l'étude, présente les résultats de l'enquête réalisée dans certains ménages de la commune de Grand-Popo. Les principales thématiques étudiées sont : les caractéristiques personnelles et professionnelles, les perceptions des enquêtés sur l'adhésion aux mutuelles de santé, les attitudes et pratiques en liens avec les déterminants psychosociologiques.

1. Caractéristiques personnelles et professionnelles des enquêtés

Le tableau III présente le nombre de ménages adhérents par arrondissement.

Tableau III: Répartition du nombre de ménages adhérents par Arrondissement.

Ménages / Arrondissements	Commune	Adhérents	Fréquence (%)
Adjaha	1469	211	14,36
Agoué	2252	97	4,31
Avlo	886	46	5,19
Djanglanmey	1069	18	1,68
Gbéhoué	1000	190	19,00
Grand-Popo	2205	110	4,99
Sazué	752	132	17,55
Total	**9633**	**804**	**8,35**

Source : **Enquête de terrain, 2014**

Dans la commune de Grand-Popo, seulement 8,35% des ménages ont adhéré aux mutuelles de santé. Il convient de signaler qu'il y a une différence entre le nombre de ménages adhérents et le nombre de bénéficiaires car dans un ménage on peut avoir plusieurs bénéficiaires. Le résultat des bénéficiaires sera présenté dans le tableau suivant.

Le tableau IV présente le nombre de bénéficiaires par Arrondissement.

Tableau IV : Répartition du nombre de bénéficiaires par Arrondissement.

Arrondissements	Population Total	Nombres de bénéficiaires	Fréquence (%)
Adjaha	7 774	703	9,04
Agoué	12 042	221	1,84
Avlo	4 712	70	1,49
Djanglanmey	5 826	39	0,67
Gbéhoué	5 637	423	7,50
Grand-Popo	11 274	191	1,69
Sazué	3 823	300	7,85
Total	**51 088**	**1947**	**3,81**

Source : **Enquête de terrain, 2014**

Il ressort du tableau IV que dans la commune de Grand-Popo, 3,81% de la population ont accepté s'affilier aux mutuelles de santé. Ce résultat montre que le taux de bénéficiaires est inférieur au taux de ménages adhérents. Cela signifie que dans certains ménages tous les membres ne sont pas affiliés.

Par ailleurs, on constate que l'Arrondissement d'Adjaha vient en tête avec 9,04% de bénéficiaires suivi des arrondissements de Sazué (7,85%) et de Gbéhoué (7,50%). Cela est peut être dû à la présence d'au moins un responsable de la mutuelle dans ces localités. Ainsi la présence du responsable dans le milieu peut être un facteur influant l'adhésion des ménages. Puisque cette présence peut constituer une garantie pour les adhérents. Aussi, le dynamisme des acteurs de mutuelle de santé et la présence active de mutuelle dans ces Arrondissements peuvent-ils influencer le taux d'adhésion.

Le tableau V présente la répartition des chefs ménages enquêtés par Arrondissement.

Tableau V : Répartition des enquêtés par Arrondissement

Arrondissements	Adhérents		Non Adhérents		Total Effectifs	%
	Effectifs	%	Effectifs	%		
Adjaha	7	4,67	16	10,66	23	15,33
Agoué	12	8,00	24	16,00	36	24,00
Avlo	4	2,67	10	6,67	14	9,33
Djanglanmey	7	4,66	10	6,67	17	11,33
Gbéhoué	6	4,00	10	6,67	16	10,67
Grand-Popo	14	9,33	19	12,67	33	22,00
Sazué	3	2,00	8	5,33	11	7,33
Total	**53**	**35,33**	**96**	**64,67**	**150**	**100,00**

Source : Enquête de terrain, 2014

D'une manière générale, sur un total de 150 ménages enquêtés 53 soient 35,33% ont adhéré à la mutuelle de santé et 97 non adhérents (64,67%). Par rapprochement de ces données à celles du tableau IV, le nombre d'adhérents enquêtés représente 6,59% du nombre total d'adhérents. Les Arrondissements où les enquêtés adhérents sont plus nombreux sont : Grand-Popo (9,33%), Agoué (8%) et Adjaha (4,67%).

Le tableau VI présente la répartition des enquêtés par arrondissement et par sexe.

Tableau VI : Répartition des enquêtés par arrondissement et par sexe.

Arrondissements	Sexe		Effectif total
	Masculin	Féminin	
Adjaha	15	8	23
Agoué	23	13	36

Avlo	9	5	14
Djanglanmey	11	6	17
Gbéhoué	8	8	16
Grand-Popo	22	11	33
Sazué	6	5	11
Total	**94**	**56**	**150**
Fréquence (%)	62,67	37,33	100,00

Source : Enquête de terrain, 2014

Dans l'ensemble des ménages enquêtés, 62,67% sont composés d'hommes contre 37,33% de femmes. Cette situation montre bien la place qu'occupe les hommes dans le foyer ; ainsi que le rôle non moins négligeable de substitut que joue une grande partie des femmes (37,33%) : le rôle de chef de ménage. Ce rôle peut constituer un élément influant dans toutes décisions au sein de la famille notamment celles relatives à la santé.

Le tableau VII présente la répartition des enquêtés par âge et par taux d'adhésion.

Tableau VII : Répartition des enquêtés par âge et par taux d'adhésion

Age	Effectifs	%	Effectifs des adhérents	%
18-24 ans	31	20,67	13	24,53
25-60 ans	109	72,67	32	60,38

61-85 ans	10	6,67	8	15,09
Total	**150**	**100,00**	**53**	**100,00**

Source : Enquête de terrain, 2014

Les chefs de ménages enquêtés ont un minimum d'âge de 18 ans, un maximum d'âge de 85 ans et une médiane de 32 ans. La tranche d'âge de 25 à 60 ans constitue 72,67%. De cette répartition d'âge, on remarque que la plupart des décisions en famille (ici l'adhésion à la mutuelle) sont prises par des individus ayant un âge se situant dans la tranche de 25-60 ans. Cette population représente la population active. De plus cette tranche semble témoigner la maturité des individus et la place que ces derniers accordent à la santé de leurs familles.

2. La scolarisation et l'adhésion à la mutuelle de santé

Le tableau VIII présente la répartition des enquêtés par niveau d'instruction.

Tableau VIII : Répartition des enquêtés par niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Adhérents		Non Adhérents		Effectifs Total	%
	Effectifs	%	Effectifs	%		
Non scolarisé	32	60,38	73	75,26	105	70,00
Scolarisé	21	39,62	24	24,74	45	30,00
Total	**53**	**100,00**	**97**	**100,00**	**150**	**100,00**

Source : Enquête de terrain, 2014

Les non scolarisés constituent la majorité avec 70,00% de l'échantillon contre 30,00% de scolarisés. On remarque que les non scolarisés sont plus nombreux chez les non adhérents (75,26%) que chez les adhérents (60,38%). Ceci montre relativement que la scolarisation ou la non scolarisation peut jouer un rôle dans la décision d'adhérer ou non à une mutuelle de santé.

3. Situation matrimoniale et mutualité

Le tableau IX présente la répartition des enquêtés selon le statut matrimonial.

Tableau IX : Répartition des enquêtés selon le statut matrimonial

Vie Maritale	Adhérents		Non adhérents	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Oui	47	88,68	82	84,54
Non	6	11,32	15	15,46
Total	**53**	**100,00**	**97**	**100,00**

Source : Enquête de terrain, 2014

Il ressort de ce tableau, que 88,68% des adhérents et 84,54% des non adhérents vivent maritalement. Cela ne nous permet pas de dire que la situation matrimoniale a une influence dans l'adhésion ou non aux mutuelles. Par contre lors de notre enquête nous avons rencontré un jeune qui disait ceci « ma femme attend son premier enfant, et je ferai tout pour assurer leur santé, maintenant je peux adhérer à la mutuelle avant son accouchement». Cela laisse penser que la situation matrimoniale des individus peut constituer un des paramètres qui détermine leur action. En effet, pour les jeunes n'ayant pas encore de charges (en ce qui concerne les enfants), la raison de non adhésion réside dans le fait que leur seule santé ne constitue pas un problème ; puis ils affirment qu'ils pourraient

Figure n°2 : Répartition des adhérents selon le nombre d'enfants en charges.

Source : Enquête de terrain, 2014

La figure n°3 montre la répartition des non adhérents selon le nombre d'enfants en charges.

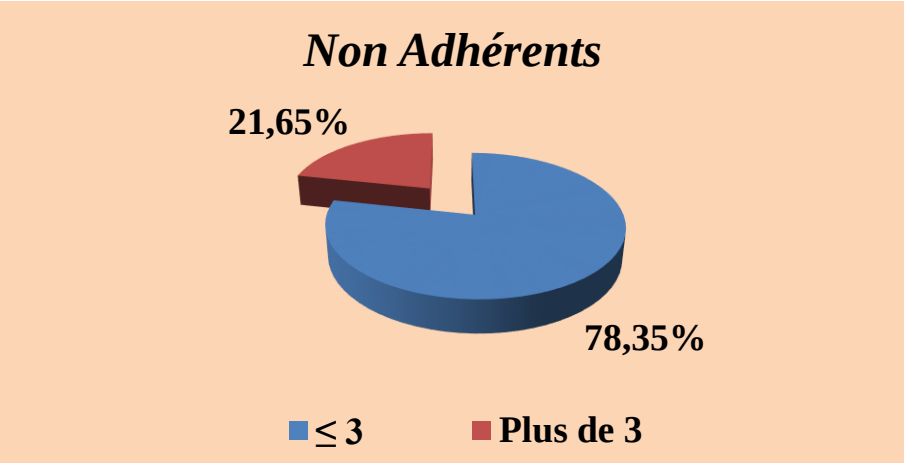


Figure n°3 : Répartition des non adhérents selon le nombre d'enfants en charges.

Source : Enquête de terrain, 2014

Les figures n°2 et 3 montrent que 69,81% des adhérents et 21,65% des non adhérents ont plus de 03 enfants. Par contre 78,35% des non adhérents pour 30,19% d'adhérents ont moins de 03 enfants à leurs charges. De cette analyse

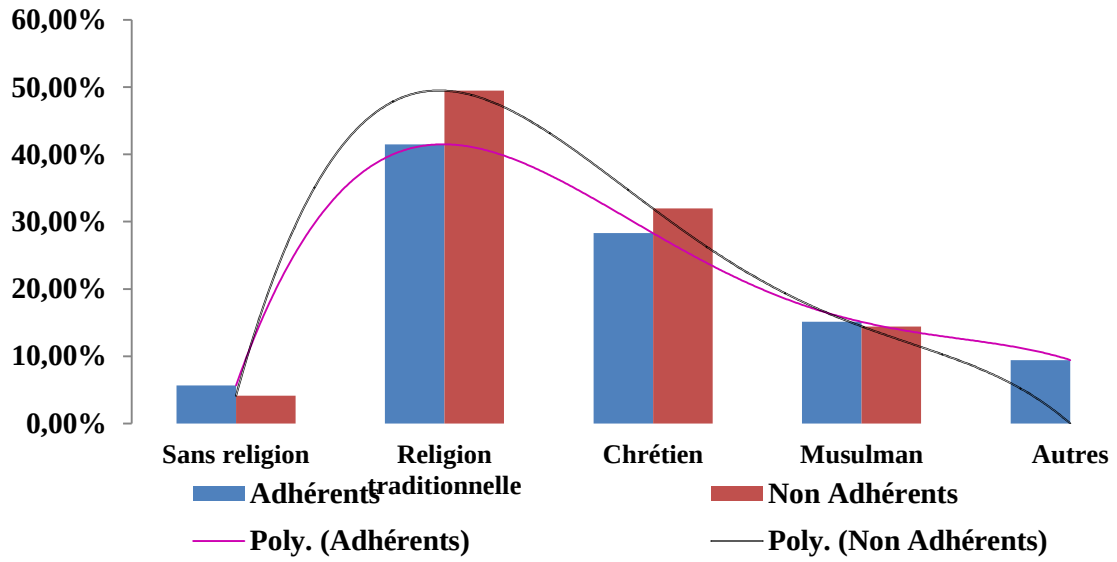


Figure n°4 : Répartition des enquêtés selon leur appartenance religieuse

Source : Enquête de terrain, 2014

La figure n°4 montre que la plupart des chefs ménages enquêtés pratiquent la religion traditionnelle soit 41,51% des adhérents contre 49,49% des non adhérents suivi des chrétiens respectivement 28,30% et 31,96%; les musulmans ne représentent que 15,10% et 14,43%. De tout ce qui précède, il ressort que les différentes religions pratiquées par les populations peuvent avoir des répercutions sur leurs recours thérapeutiques. Pourtant il existe des consignes ou des éthiques propres à chaque religion. C'est par exemple le cas d'un enquêté qui dit « avant que j'aille à l'hôpital, c'est d'abord mon pasteur qui vient me délivrer des mauvais esprits». Un autre dira « seul Dieu peut guérir, alors je me confie à mon Dieu, puis je me soigne au naturel avec les vêtues des feuilles d'arbre». De cette situation on ne peut donc imputer le faible niveau d'adhésion des ménages à la religion.

5. Sources de revenus et mutualité

Le tableau X présente la répartition des enquêtés selon les sources de revenus.

Tableau X : Répartition des enquêtés selon les sources de revenus

Sources de revenus	Adhérents	Non adhérents

	Effectifs	%	Effectifs	%
Salarié	5	9,43	14	14,43
Non Salarié	48	90,57	83	85,57
Total	**53**	**100,00**	**97**	**100,00**

Source : Enquête de terrain, 2014

Dans notre échantillon 09,43% d'adhérents et 14,43% de non adhérents sont des salariés tandis que 90,57% d'adhérents et 85,57% de non adhérents ne sont pas des salariés. Il en ressort que le fait d'être salarié n'apparaît pas comme un facteur influençant l'adhésion à la mutuelle de santé. Ce résultat doit être relativisé car nous sommes en zone rurale où il y a peu de salariés. Ceux qui ne sont pas salariés ont d'autres sources de revenus, ce qui peut leur permettre d'adhérer aux mutuelles.

6. Etat de santé et mutualité

Le tableau XI présente la répartition des enquêtés selon leur fréquence de survenue de maladie.

Tableau XI : Répartition des enquêtés selon leur fréquence de survenue de maladie.

Fréquence de survenue de maladie	Adhérents		Non adhérents	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Jamais	0	0,00	1	1,03
Rarement	19	35,85	23	23,71
Parfois	25	47,17	42	43,30

Souvent	9	16,98	31	31,96
Total	**53**	**100,00**	**97**	**100,00**

Source : Enquête de terrain, 2014

Le tableau XII présente la répartition des conjoints (es) des enquêtés selon leur fréquence de survenue de maladie.

Tableau XII : Répartition des conjoints (es) des enquêtés selon leur fréquence de survenue de maladie

Fréquence de survenue de maladie	Adhérents		Non adhérents	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Jamais	3	5,66	5	5,15
Rarement	17	32,08	30	30,93
Parfois	20	37,74	43	44,33
Souvent	13	24,53	19	19,59
Total	**53**	**100,00**	**97**	**100,00**

Source : Enquête de terrain, 2014

Le tableau XIII présente la répartition des enfants des enquêtés selon leur fréquence de survenue de maladie.

Total	**53**	**100,00**	**97**	**100,00**

Source : Enquête de terrain, 2014

Des tableaux XI, XII et XIII, il ressort qu'on soit de ménage d'adhérents ou de non adhérents, la fréquence de survenue de maladie ne constitue par une cause de non adhésion. Puisque dans la plus part des cas, adhérents et non adhérents ainsi que leur personne en charge tombent parfois malades. Toutefois, ceux qui sont souvent malades sont nombreux chez les non adhérents que chez les adhérents.

7. Communication et mutualité

La figure n°5 montre la répartition des non adhérents selon la connaissance de la mutuelle de santé.

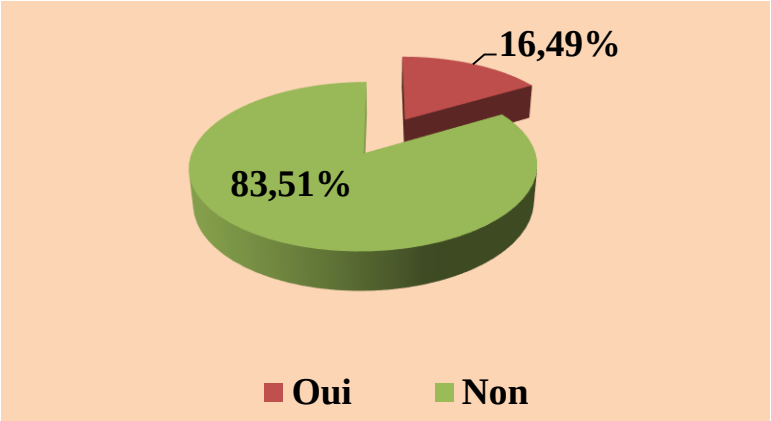


Figure n°5: Répartition des non adhérents selon la connaissance de la mutuelle de santé.

Source : Enquête de terrain, 2014

son existence et une certaine connaissance des principes de fonctionnement de ce groupe.

La figure n°5 montre que 83,51% des non adhérents ne connaissent pas ce qu'est une mutuelle de santé. Cela suppose qu'il y a un déficit d'information liée à la méconnaissance et au fonctionnement de la mutuelle de santé dans la commune de Grand-Popo qui peut être un facteur de non adhésion.

Le Tableau XIV présente la répartition des enquêtés selon l'existence de la mutuelle de santé dans leur localité.

Tableau XIV : Répartition des enquêtés selon l'existence de la mutuelle de santé dans leur localité

Existence de mutuelle de santé	Adhérents		Non Adhérents	
	Effectifs	(%)	Effectifs	(%)
Oui	53	100,00	88	90,72
Non	0	0,00	9	9,28
Total	**53**	**100,00**	**97**	**100,00**

Source : Enquête de terrain, 2014

Dans le tableau XIV, 100,00% des adhérents reconnaissent l'existence de mutuelles de santé dans leur localité tandis que 9,28% des non adhérents déclarent n'avoir connaissance de l'existence de celles-ci. Ces données montrent que parfois les gens n'adhèrent pas parce qu'ils ignorent l'existence de mutuelles dans leur localité.

Il faut signaler que la totalité des adhérents et des non adhérents qui connaissent ce que c'est qu'une mutuelle de santé trouve qu'elle est adaptée à la fois à leur localité et à leur mode de vie. Les autres ne connaissant pas les mutuelles ne peuvent donner un avis valable.

Le tableau XV présente la répartition des non adhérents selon les raisons de non adhésion.

Tableau XV: Répartition des non adhérents selon les raisons de non adhésion

Raison de non adhésion	Effectifs	Fréquence (%)
Je ne crois pas à la mutuelle	12	12,37
Je vais rarement à l'hôpital	21	21,65
A cause de la lenteur du remboursement	8	8,25
Je n'ai pas besoin	2	2,06
Cotiser pour les autres	6	6,19

Ça ne m'intéresse pas	2	2,06
Manque de moyens financiers	44	45,36
Autres	02	2,06
Total	**97**	**100,00**

Source : Enquête de terrain, 2014

Dans le tableau XV, les motifs qui sous-tendent la non adhésion sont à 45,36% liés au manque de moyens financiers. Cette situation devient encore critique pour ceux qui vont rarement à l'hôpital pour recevoir les soins (21,65%). Du reste, certaines personnes continuent de croire qu'adhérer à une mutuelle revient à cotiser pour les autres. Cet état de chose vient confirmer que le faible niveau de connaissance des populations sur les mutuelles est un facteur défavorisant à leur adhésion. Ainsi perçu, les ménages n'envisagent pas anticiper sur les risques de maladies. Car aux dits de certains, cotiser pour la maladie, c'est s'attirer la maladie. Et pour ne pas en arriver là, il faut éviter d'adhérer à la mutuelle.

Le tableau XVI présente la répartition des adhérents selon leurs motifs d'adhésion à la mutuelle.

Tableau XVI : Répartition des adhérents selon leurs motifs d'adhésion à la mutuelle

Motifs d'adhésion des mutualistes	Effectifs	Fréquence (%)
Pour réduire les dépenses liées aux soins	26	49,06
Une assurance pour la santé est utile	19	35,85
Pour bénéficier des avantages	7	13,21
Autres	1	1,89
Total	**53**	**100,00**

Source : Enquête de terrain, 2014

Les motifs d'adhésion à la mutuelle de santé sont à 49,06% réduire les dépenses liées aux soins et 35,85% une assurance pour la santé est utile. Ceci nous amène en effet à penser que les ménages adhèrent à la mutuelle juste pour éviter les contraintes d'accès aux soins.

La figure n°6 présente la répartition des enquêtés selon le niveau de vie et les faits de société pouvant être la cause de la non adhésion aux mutuelles de santé.

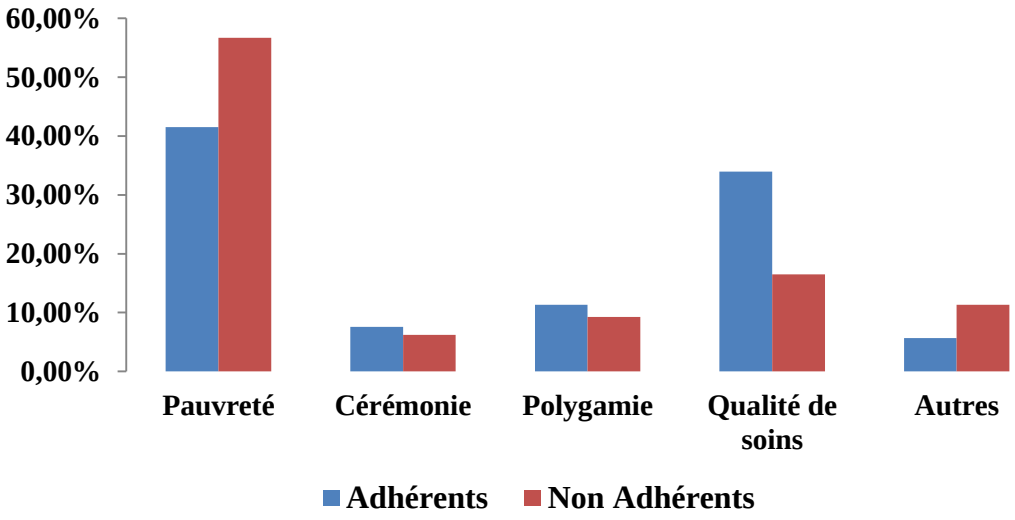


Figure n°6: Répartition des enquêtés selon le niveau de vie et les faits de société pouvant être la cause de la non adhésion aux mutuelles de santé

Source : Enquête de terrain, 2014

Les faits de société constituent un des paramètres de la non adhésion des ménages aux mutuelles de santé. Il ressort de l'analyse de la figure n°6 que 41,51% des adhérents et 56,70% des non adhérents pensent que le faible taux d'adhésion aux mutuelles serait lié à la pauvreté. Par ailleurs 33,96% des adhérents parlent de la qualité de soins. Ce facteur est très important et peut être défavorable à l'adhésion.

8. Accessibilité géographique et mutualité

Le tableau XVII présente la répartition des enquêtés selon la distance entre la maison et la structure de soins.

Tableau XVII : Répartition des enquêtés selon la distance entre la maison et la structure de soins.

Distance	Adhérents		Non adhérents	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Acceptable	39	73,58	65	67,01
Trop éloignée	14	26,42	32	32,99
Total	**53**	**100,00**	**97**	**100,00**

Source : Enquête de terrain, 2014

Le tableau XVII présente les points de vue des enquêtés sur la distance qui sépare leur domicile de la structure de soins. Parmi les enquêtés, 26,42% d'adhérents et 32,99% de non adhérents trouvent que la distance pose problème. Cela peut constituer un handicap à l'adhésion aux mutuelles.

9. Qualité des prestations et mutualité

Le tableau XVIII présente la répartition des enquêtés sur le coût de la consultation dans les structures de soins**.**

Tableau XVIII : Répartition des enquêtés sur le coût de la consultation dans les structures de soins.

Coût de consultation	Adhérents		Non Adhérents	
	Effectif	(%)	Effectif	(%)
Acceptable	47	88,68	34	35,05
Trop élevé	6	11,32	63	64,95
Total	**53**	**100,00**	**97**	**100,00**

Source : Enquête de terrain, 2014

Nous constatons que 64,95% des non adhérents pensent que le coût de consultation est trop élevé alors que 88,68% des adhérents disent que le coût est acceptable. La plupart des non adhérents disent que les soins coûtent trop chers et qu'ils ne sauraient prétendre y aller. Alors le rôle des responsables de mutuelles serait de mieux partager les avantages liés à l'adhésion aux mutuelles de santé dont ils ont la charge.

Le tableau XIX présente la répartition des enquêtés selon le prix des médicaments dans les structures de soins**.**

Tableau XIX: Répartition des enquêtés selon le prix des médicaments dans les structures de soins.

Prix des médicaments	**Adhérents**		**Non adhérents**	
	Effectifs	**%**	**Effectifs**	**%**
Acceptable	35	66,04	18	18,56
Trop élevé	18	33,96	79	81,44
Total	**53**	**100,00**	**97**	**100,00**

Source : Enquête de terrain, 2014

Ce tableau montre que 81,44% des non adhérents et 33,96% des adhérents jugent trop élevé le coût des médicaments. De ce qui précède, le coût des médicaments peut avoir d'influence sur l'adhésion aux mutuelles de santé.

Le tableau XX présente la répartition des enquêtés sur l'accueil dans les structures de soins**.**

Tableau XX: Répartition des enquêtés sur l'accueil dans les structures de soins.

Bon accueil	**Adhérents**	**Non adhérents**

	Effectifs	%	Effectifs	%
Oui	45	84,91	69	71,13
Non	8	15,09	28	28,87
Total	**53**	**100,00**	**97**	**100,00**

Source : Enquête de terrain, 2014

De l'analyse du tableau XX, il ressort que 28,87% des non adhérents et 15,09% des adhérents parlent d'un mauvais accueil dans les structures de soins. Il est de même pour les paramètres tels que le personnel médical qualifié et le temps d'attente avant la consultation. Ainsi viennent s'ajouter d'autres facteurs défavorisant l'adhésion des ménages aux mutuelles de santé.

10. Proposition d'amélioration des prestations par les enquêtés

A ce niveau, nous avons demandé aux enquêtés de choisir un élément sur lequel on doit mettre l'accent prioritairement pour améliorer le taux d'adhésion.

Le tableau XXI présente la répartition des enquêtés selon les facteurs favorisant l'adhésion en grand nombre de ménages aux mutuelles de santé.

Tableau XXI : Répartition des enquêtés selon les facteurs favorisant l'adhésion en grand nombre de ménages aux mutuelles de santé

Recours au soin	Adhérents		Non adhérents	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Amélioration du taux de prise en charge	6	11,32	14	14,43
Revoir le prix des médicaments à la baisse	5	9,43	16	16,49

Réserver un bon accueil aux clients	4	7,55	5	5,15
Améliorer la qualité des soins	6	11,32	8	8,25
Elargir le paquet de soins	12	22,64	13	13,40
Impliquer les élus locaux dans la sensibilisation	11	20,75	12	12,37
Appliquer le même traitement à tous les mutualistes	2	3,77	7	7,22
Publicité sur les masses médias	1	1,89	4	4,12
Faire bénéficier réellement les prestations aux adhérents	2	3,77	6	6,19
Organiser des journées promotionnelles	1	1,89	3	3,09
Eviter la corruption	2	3,77	9	9,28
Autres	1	1,89	0	0,00
Total	**53**	**100,00**	**97**	**100,00**

Source : Enquête de terrain, 2014

Les enquêtés ont eu à proposer des approches de solution qui peuvent améliorer le niveau d'adhésion aux mutuelles de santé. Pour la plupart de ces enquêtés, un accent particulier doit être mis sur l'augmentation du paquet de soins, l'implication des élus locaux dans les sensibilisations, l'amélioration du taux de prise en charge et la revue à la baisse du prix des médicaments. Ainsi 22,64% des adhérents et 13,40% des non adhérents souhaitent qu'on élargisse le paquet de soins ; 20,75% des adhérents et 12,37% des non adhérents proposent l'implication des élus locaux dans les sensibilisations ; 11,32% des adhérents et 14,43% des non adhérents préfèrent l'amélioration du taux de prise en charge ; 9,43% des adhérents et 16,49% des non adhérents ont évoqué la révision du prix des médicaments à la baisse. Ils reconnaissent que quelque chose se fait par les

gestionnaires de la mutuelle, mais qu'ils n'ont pas encore trouvé la meilleure formule.

II. Résultats obtenus par rapport au guide d'entretien

Tous les responsables de centre de santé rencontrés et 60,32% des autorités locales ont connaissance de ce qu'est une mutuelle de santé et de son existence dans leur localité. La quasi-totalité des personnes entretenues estime que la mutuelle est une bonne chose en ce sens qu'elle permet aux plus pauvres d'avoir accès aux soins de qualité et à moindre coût. Ils pensent aussi que la mutuelle de santé est adaptée à leur localité car cette dernière revêt un caractère rural et permet de faire recours très tôt aux structures de soins en cas de maladie. Le faible taux d'adhésion des ménages aux mutuelles de santé est dû selon eux au manque de sensibilisation, la mauvaise volonté de la population et aux moyens financiers. Pour ceux-ci, les plus importants faits de société qui justifient les réticences des ménages à adhérer aux mutuelles de santé se résument à la pauvreté, les cérémonies. Enfin, ils ont pour la plupart fait des suggestions à l'amélioration du taux d'adhésion des ménages aux mutuelles de santé.

CHAPITRE II: DISCUSSIONS ET RECOMMANDATIONS

I. Discussions

La problématique du faible taux d'adhésion des populations aux soins et services de santé a toujours été une préoccupation majeure dans l'organisation du système sanitaire. Etant donné qu'une organisation doit permettre de coordonner les actions afin d'atteindre les objectifs et buts visés ; il en est de même qu'elle doit évoluer dans son «environnement» et montrer les effets caractéristiques que sont : la survie, l'efficience, la croissance et le contrôle.

En effet, la survie signifie qu'il faut assurer la pérennité des mutuelles de santé de la commune de Grand-Popo ; la croissance qui demande d'accroître ou de promouvoir pour enregistrer de nouvelles adhésions au sein des mutuelles de santé ; l'efficience qui exige la diversification de la gamme des prestations offertes afin d'instaurer un système de protection sociale très performant ; enfin le contrôle qui incite une bonne gestion administrative et financière des mutuelles de santé, mais tout ceci dans une certaine équité.

Par ailleurs, selon l'approche structuro fonctionnaliste, la raison d'être d'une institution ou d'un système est dans sa fonction sociale qui est définie par Durkheim (1895) comme étant le rôle correspondant à un besoin. L'on peut aussi considérer chaque mutuelle de santé de la commune de Grand-Popo comme un organisme ou un système où chaque élément ou organe a un rôle spécifique à jouer.

Ceci étant, lorsqu'on prend les mutuelles de santé de la commune de Grand-Popo, les données quantitatives et qualitatives recueillies auprès des enquêtés montrent que les vraies barrières à une forte adhésion tournent autour de trois grands facteurs que sont :

- Les facteurs économiques qui limitent l'accès des communautés aux mutuelles de santé,
- Les facteurs psychosociaux qui influent sur l'utilisation des services de la mutuelle de santé,
- Et les facteurs culturels qui constituent aussi un handicap majeur à l'adhésion des ménages aux mutuelles de santé de la commune de Grand-Popo.

- Les raisons financières relatives aux faibles revenus des enquêtés sont à 87,33%.

Elles sont perçues sous deux aspects : premièrement, les personnes enquêtées nous ont confié que leur revenu mensuel est insuffisant et permet juste de subvenir aux besoins immédiats du foyer, parce qu'ils sont pour la plupart pratiquants de

petits artisanats et de petits commerce soutenus parfois par une agriculture et une pêche tributaire de saison.

En effet, les revenus des ménages au sein de notre aire d'étude servent à peine à la satisfaction de leurs besoins fondamentaux. Par exemple, dès qu'une grossesse survient, les femmes préfèrent rester à la maison faute de moyens pour supporter les dépenses liées aux frais de consultation et à l'achat des médicaments. Deuxièmement, la pauvreté galopante touche le plus cette catégorie de cible, qui est économiquement vulnérable et les empêche d'accéder aux ressources financières nécessaires pour assurer les soins. Mieux, cette situation s'explique dans le changement de politique avec le passage d'économies planifiées à des économies ouvertes où «l'Etat providence» est devenu simplement un «Etat partenaire».

Il ressort de cet argumentaire que notre 2ème hypothèse selon laquelle « le mécanisme d'enrôlement mis sur place conditionne l'adhésion des ménages aux mutuelles de santé » se trouve vérifiée.

- Parmi les facteurs psychosociaux, nous avons noté le faible niveau d'instruction des personnes interrogées. En réalité, la plupart de nos enquêtés sont majoritairement non instruits, soit 70,00% des enquêtés non scolarisés contre 30,00% de personnes instruites avec un total de 150 enquêtés. L'écart différentiel des pourcentages ci-dessus cités nous amène à dire que le problème ne se pose pas seulement en termes du niveau d'instruction mais aussi en termes de sensibilisation et d'information pour pallier à ces disparités et surtout d'encourager l'alphabétisation fonctionnelle.

En outre, il faut nuancer que les populations ont beaucoup foi à la religion traditionnelle (46,67%) et en phytothérapie. Quelque soit la somme à dépenser chez le guérisseur, on s'arrange pour l'obtenir. Une analyse approfondie de la situation repose aussi sur l'automédication et à l'usage des médicaments du marché parallèle.

- Aussi, les représentations sociales liées à la maladie et l'existence de recours thérapeutiques alternatifs constituent-elles des facteurs déterminants de la faible adhésion des ménages aux mutuelles de santé de la commune de Grand-Popo. Le contexte socioculturel et économique détermine dans la plupart des cas le comportement individuel de chaque être. Les attitudes, les décisions en matière de santé restent très dépendantes de l'éducation reçue, du milieu de socialisation et du milieu de résidence. C'est pourquoi, l'analyse de la santé nécessite la prise en compte de l'étape de développement dans laquelle se trouve la société. Aucune tradition n'étant statique, c'est le rythme d'évolution des mentalités qui peut être rapide ou lent. Au Bénin, on a l'impression que les pesanteurs psychosociologiques et culturelles sont encore vivaces malgré le niveau d'instruction de plus en plus élevé. En d'autres termes, les Xwla et Xwéda restent très attachés aux valeurs traditionnelles, ce qui porte un coup à la santé. A cet effet, Margaret Mead et Ruth Benedict (1934), pionniers du culturalisme définissent la culture comme «l'ensemble des habitudes et aptitudes acquises par l'homme en tant que membre d'une société». Cela comprend tout à la fois des connaissances, des croyances, des savoir-faire, des valeurs et des normes.

Considérant que la population de la commune de Grand-Popo est structurée au même titre qu'un langage, nous reprendrons la méthode d'analyse de Ferdinand de Saussure (1922)qui définit, la structure comme une combinaison d'éléments telle qu'«une modification quelconque de l'un d'entre eux entraîne une modification de tous les autres». Donc, on ne saurait comprendre la faible adhésion des ménages aux mutuelles de santé de la commune de Grand-Popo qu'en mettant en relation leurs perceptions et leurs représentations sociales autour de la maladie. Partant de ce fait, notre première hypothèse selon laquelle la culture ou le rapport des populations à la question de santé ne favorise pas l'adhésion des ménages aux mutuelles de santé est vérifiée.

Quant au facteur accueil, 76,00% des enquêtés trouvent que le personnel de santé leur réserve un bon accueil contre 24,00% qui sont d'avis contraires. Par ailleurs, ceux qui estiment que l'accueil est bon, recommandent quand même que le personnel de santé l'améliore chaque jour afin de tendre réellement vers la perfection. Il ne doit pas être un facteur à plonger le patient dans une situation où il perd son identité. Car, outre les qualités humaines d'amabilité, de politesse, d'écoute et de discrétion, il consiste de même à organiser le temps avant la consultation. Un accueil agréable aide beaucoup l'usager et améliore la réputation de la structure de soins. Néanmoins, le manque de courtoisie et l'amour, les agressions verbales, l'inexpérience et l'indisponibilité de certains agents de santé au poste, les ruptures fréquentes des médicaments essentiels dues au système d'approvisionnement ou parfois à cause de la surcharge de travail et du manque de motivation sont détestés par ceux pour qui l'accueil est mauvais. Au regard des appréciations faites par ces deux catégories d'acteurs, il urge de nuancer que notre 3ème hypothèse semble infirmée car l'accueil et la qualité des prestations de soins n'apparaissent pas comme un facteur essentiel qui influence l'adhésion des ménages aux mutuelles de santé malgré les quelques défaillances constatées.

Pour Parson, (1937) les individus sont des acteurs sociaux qui cherchent à optimiser leur satisfaction. Ainsi, ils se donnent des objectifs et déterminent les moyens les plus efficaces pour y parvenir. Alors, en considérant les mutuelles de santé de la commune de Grand-Popo comme un système social, elles font appel à des éléments internes et externes qui ont tous un rôle à jouer dans le bon fonctionnement du système et une quelconque défaillance au niveau d'un maillon du système peut affecter le reste du système. Donc, des mutualistes jusqu'au comité de gestion en passant par le personnel de santé doivent tous contribuer de par leurs actes à l'amélioration et au bon fonctionnement de celles-ci.

En effet, Parson rejoint l'analyse stratégique proposée par Crozier, (1977) et son école pour étudier les organisations et théories qui insistent sur des facteurs psychologiques, technologiques et systémiques. Il rappelle qu'un système est

porté par chacun des acteurs qui le constituent. Pour ce dernier, la stratégie consiste à préserver la liberté d'action.

Ce schéma de fonctionnement de l'organisation préconisé par Crozier peut être appliqué aux mutuelles de santé de la commune de Grand-Popo pour accroître l'adhésion des ménages. Par ailleurs, il faut souligner quelques insuffisances observées par rapport au système de communication et d'information des mutuelles de santé de la commune de Grand-Popo. A cela, s'ajoute l'analphabétisme des acteurs interrogés. Les informations dont disposent les communautés sur la médecine moderne sont insuffisantes par rapport aux croyances populaires, les rituels, les habitudes et pratiques traditionnelles restent toujours forts. Dans ce cas, le recours à un système de santé est considéré comme une innovation qui nécessite un changement de comportement. Ceci sera possible par la mise en place d'un mécanisme d'information et de sensibilisation adapté au contexte de forte mutualisation pour induire de façon progressive ce changement de comportement.

II. RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude sur les déterminants d'adhésion des ménages aux mutuelles de santé dans la commune de Grand-Popo, les recommandations suivantes ont été formulées :

- Mener des campagnes d'information, de sensibilisation, de plaidoyer de façon permanente afin de fidéliser les membres et d'en recruter d'autres ;

- Augmenter le taux de recouvrement des cotisations afin de pouvoir élargir la gamme des prestations de soins ;

- Promouvoir des Activités Génératrices de Revenus (AGR) en couplant la mutuelle de santé au micro crédit ;

- Former les administrateurs et faire un appui conséquent en moyens et outils de gestion aux mutuelles de santé ;

- Promouvoir la qualité des soins et l'amélioration de l'accueil à travers une renégociation du contrat de prestation ;

- Impliquer les pouvoirs publics en vue de l'obtention d'un soutien (subvention, fonds de garantie, siège, moyens de gestion, etc.) ;

- Enfin, mieux impliquer les hommes dans la vie des mutuelles de santé et dans la prise en charge des soins et services de santé.

CONCLUSION

L'étude que nous venons de mener, basée sur l'approche participative, nous a permis d'identifier et d'analyser avec les responsables des mutuelles de santé de la commune de Grand-Popo et avec l'appui des chefs de ménages, les problèmes qui minent la promotion de cette nouvelle initiative. L'identification des causes liées à la faible adhésion des populations aux mutuelles dans la commune de Grand-Popo et la recherche en commun des solutions appropriées permettant d'inverser cette tendance augurent la viabilité de ces nouvelles organisations communautaires de prévoyance des risques liés à la santé des populations.

C'est pourquoi un projet d'action doit être retenu. Il aura pour objectif de renforcer les capacités opérationnelles des mutuelles de santé de la commune de Grand-Popo et apparaît, de ce fait, comme la solution appropriée et susceptible de contribuer à la résolution du problème.

Cependant sa réalisation doit avoir des impacts socio-économiques sur les membres, mais également des retombées sur la population de cette commune.

La participation des bénéficiaires au financement du projet et leur engagement affichés permettront d'espérer l'implication effective à la réalisation des actions du projet, implication dont dépendra en grande partie la réussite du projet.

Mené à bon port, le projet pourra ouvrir de nouvelles perspectives pour les mutuelles de santé dans la commune de Grand-Popo et servir de référence pour les autres mutuelles en milieu urbain et rural des autres communes et pourquoi pas du pays qui voudront certainement s'en inspirer. Pour cela, l'initiative devra être pleinement soutenue par les autorités locales, politiques et par les partenaires au développement quand on sait que pour de telle initiative, il est nécessaire de l'accompagner au cours des premières années avec un système de gestion professionnelle, mais cela dans une perspective d'auto-responsabilisation et d'auto-promotion Bart Criel, (2005).

C'est en fédérant toutes ces idées que l'on sera en droit d'attendre l'émergence d'un mouvement mutualiste fort capable de promouvoir la santé publique.

BIBLIOGRAPHIE

1. **AGBATCHOSSOU, M., E., (2006),** «*Etude des déterminants de l'adhésion des familles parrainées par l'ONG "Borne Fonderne" à la mutuelle de santé de Logozohê dans la commune de Savalou*», IRSP, Ouidah, 60p.
2. **AGBO, F., Elvis Constant (août, 2012), «***Contraintes environnementales et urbanisation dans la commune de Grand-Popo*».
3. **ATIM C., (2000)**, «*Contribution des mutuelles de santé au financement à la fermeture et à l'accès aux soins de santé : Synthèse de travaux de Recherche menée dans neuf pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre*», STEP, 69p.
4. **BANQUE MONDIALE, (2006)** : «*Notes sur la pauvreté au Bénin*». Ed céda, Cotonou, Bénin, 179 p.

5. **BART, C., (2005),** «*Evaluer la possibilité technique et l'opportunité socio-financière d'organiser et mettre en place une mutuelle de santé ou autre mécanisme de partage de risque en milieu rural dans le cadre du projet An Ka Hereso*»(Bobo-Dioulasso-Banfora), Burkina Faso, 51p.
6. **BENNETT, S., CREESE, A., & MONASCH, R.(1998),***Health Insurance Schemes for People Outside Formal Sector Employment. Current Concerns, ARA paper no*. 16 (WHO/ARA/CC/98.1), World Health Organization, Geneva.
7. **BENREDJEM, R., (2008**), «*Offre de soins*›› : Ensemble de soins et de services qui sont mis à la disposition de la population.
8. **BIT/ACOPAM, (1996)**, «*Revue pratique à l'usage des promoteurs, administrateurs et gérants*», Dakar- Sénégal, 161p.
9. **BIT/STEP (2003)**, «*Guide de gestion des mutuelles de santé en Afrique*», 80p.
10. **BOKO, M., et OGOUWALE, E., (2007),** «*Eléments d'approche méthodologique en géographie et en sciences de l'environnement et structure de rédaction des travaux d'étude et de recherche*». Version1, Cotonou, 104 p.
11. **CLOUTIER, (1994), «***L'ambiguïté des rapports sociaux au cœur des soins de santé, le cas des femmes de N'djamena*», Québec, 168p.
12. **CROZIER, M. FRIEBREG, (1977), «***L'acteur et le système*», Encarta 2009.
13. **DEFOURNY, J., Failon J., SARAMBE I. (2008),** «*Les approches de l'économie sociale et solidaire face aux mutuelles de santé en Afrique*»,Working paper, Centre d'Economie Sociale, Université de Liège.
14. **DIOP, A., (2001),** «*Sécurité sociale, un nouveau consensus, conclusions concernant la sécurité sociale*». Disponible sur : URL <http://www.ilo.org/>.
15. **DURKHEIM, E., (1895)**, «*LesRègles de la méthode sociologique*».

16. **FONTENEAU, B., (1999)**, «*L'Emergence des pratiques d'économie sociale en matière de financement de la santé au Burkina-Faso*», Hoger institut voor d'arbied, 100p.
17. **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 d'Arbeid, Leuven.
18. **FONTENEAU, B., (Katholieke Universiteit Leuven, Belgique),** «*Séminaire sur les déterminants d'adhésion aux mutuelles de Santé* », Groupe de Recherche en Appui aux Politiques de coopération Organisations des sociétés civiles a au Sud *: développement, économie sociale et coopération*, 6 octobre 2006, Liège.
19. **FORTUNE, L., (2004), «***Etat des lieux de l'encadrement juridique des mutuelles de santé au Bénin*». Disponible sur : URL<http://www.ilo.org/>.
20. **GOET, Z., H., HOHMANN, J., KIRSTEN, R., (2003)**, «*Mutuelles de santé- 5 années d'expériences en Afrique de l'Ouest*», GTZ, 80p.
21. **GUEYE, M., L., *(*1948**), «*Rapport présenté au sujet des projets et propositions de loi tendant à fixer l'organisation et la compétence des Assemblées de groupe en Afrique équatoriale française et Afrique occidentale française*»,
22. **HOUEZO, J., G., (2006), «***Evaluation de la qualité de la relation contractuelle entre sa mutuelle de santé de Honhoué (commune de Houéyogbé) au Bénin*», IRSP, Ouidah, mémoire N° 397/ IRSP/ 2006. MSP 436, 70p.
23. **INSAE, (2002),** *Atlas monographique des communes du Bénin*, Cotonou, Bénin, 250p.
24. **INSAE, (2003), «***Cahier des villages et quartier de ville*». Département du Mono, 25p.

25. **KNIPPENBERG, (1997),** «*L'identité sociale, l'auto-catégorisation, et le leadership*››: Une étude de terrain de petits groupes interactifs. Dynamique de groupe: théorie, recherche et pratique, 1, 39-51.

26. **J., P., LACHAUD, (1994)**, «*La pauvreté au Bénin*» : éléments d'analyse, séminaire sur les statistiques sociales.

27. «*La Déclaration d'Alma-Ata a été adoptée lors de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, qui s'est tenue en septembre 1978*».

28. **LETOURMY, A., (1998),** «*Etude pour une stratégie d'appui aux mutuelles de santé*»; Rapport final, DCT/ HSA, 109p.

29. **MARGARET M., et RUTH B., «** *Le fondement culturel de la personnalité* » Ralph Linton 1845.

30. **MASHINI N., (2011**), «*Politique de santé*››.

31. **MINISTERE DE LA SANTE, (2003), «***Document de Politiques et Stratégies du développement des Mutuelles de Santé au Bénin*», Cotonou, 62p.

32. **MIREILLE, M., et al, (2003)**, «*Dictionnaire universel*». Hachette / Edicef, 3e édition, ISBN 2684612909065, 1508 p.

33. **NDIAYE, I., (2001), «***La Fondation publique aura sa mutuelle de santé en avril 2002*». Le soleil. 27 Décembre 2001. <http://www.concertation.org/>.

34. **OMS, (1946)**, «*Actes difficiles de l'OMS*», N° 2, 186 p.

35. **OMS (2000)**, «*Rapport sur la Santé dans le Monde 2000*» : Pour un système de santé plus performant, Genève, suisse 2000.

36. **OUATTARA, S., (2006),** «*Problématique de la faible adhésion des populations aux mutuelles de santé en milieu Urbain du District Sanitaire du Secteur 22 de Bobo-Dioulasso*», Mém., Dipl., Attaché de Santé, ENSP-Bobo-Dioulasso, BF., 89p.

37. **PARSON,(1937), «** *The structure of social action* **»** www.marxist/org/Reference

38.**PETIT LAROUSSE, (2010) :** «*Dictionnaire multimédia*».

39. **PROMUSAF, (2011)**, «*La mutuelle de santé, une alternative crédible de couverture du secteur informel* ?» Bamako, 17 et 18 novembre 2011, 10p.

40. **«***Schéma Directeur d'Aménagement Communal de Grand-Popo*», Août 2004.

41. **ROCQUE S., (1995),**«La santé en carte. In E. Morlin : *Penser la terre, stratège et citoyens, le réveil des géographes››*. Éditions Autrement, Paris, 119-137.

42.**De SAUSSURE, F., (1922),**« *Recueil des Publications scientifiques*» de éd. C. Bally et L. Gautier, Lausanne et Genève: Payot.

43. **SYLLA, M., BARRY, A., Y., YOBOUNDO, M., KEITA, A., & CONDE, S., (2002), «***Test du monde de Mutuelle Communautaire d'Asie de Santé (MUCAS) en Guinée Forestière dans la période 1996-2000*».

44. **TRAORE, C., (1999), «***Etude des déterminants à l'adhésion aux mutuelles de santé : expérience de la mutuelle de Sirarou au Bénin*». IRSP, Cotonou, 20p.

45.**UNGER, J., P**., **(2002),** «*La santé reproductive et de la réforme du secteur de la santé dans les pays en développement››*: la création d'un cadre de dialogue.

*46.***VIDJEACOUMAR, D.,** *l'automédication : peut-on parler du succès ?* **décembre 2008**, Paris

47.**WAELKENS, M., et CRIEL, B., (2004),** « *Les Mutuelles de santé en Afrique Sub-saharienne* » : Etat des lieux et réflexions sur un agenda de recherche HNP, 93p.

TABLE DES MATIERES

DEDICACE ..... **i**

REMERCIEMENT ..... **ii**

SIGLES ET ABREVIATIONS ..... **iv**

LISTE DES TABLEAUX vi

LISTE DES FIGURES ..... **vii**

SOMMAIRE ..... **viii**

RESUME ..... **ix**

INTRODUCTION **1**

PREMIERE PARTIE : CADRE GENERAL DE L'ETUDE **3**

CHAPITRE I: CADRE THEORIQUE **4**

I- Clarification conceptuelle et Etat de la question..... 4

1. Clarification conceptuelle **4**

1.1. Définition des concepts **4**

1.1.1. Concepts en rapport avec les mutuelles de santé **4**

1.1.2**.** Concepts en rapport avec la santé **9**

1.2. Schéma conceptuel **12**

1.3. Explication du schéma conceptuel **12**

1.3.1. Profil Psychosociologique des acteurs impliqués **13**

1.3.2. Accessibilité économique et géographique **13**

1.3.3. Qualité des soins **13**

1.3.4. Comportements thérapeutiques des acteurs **14**

1.3.5. Système de communication **14**

1.3.6. Gestion des mutuelles **14**

2. Etat de la question **15**

2.1. Les mutuelles de santé comme solution au problème d'accès aux soins de santé **16**

2.2. Facteurs favorables à la promotion des mutuelles de santé **19**

2.2.1. La pertinence des services à couvrir par la mutuelle **19**

2.2.2. L'offre des services de santé de qualité à garantir **20**

2.2.3. Les promoteurs et/ou les organes dirigeants doivent être digne de confiance**.** **24**

2.2.4. La compétence des acteurs directs en matière de Système de Micro Assurance Santé (SMAS) **25**

2.2.5. L'état des lieux du système de protection sociale au Bénin **26**

II-Problématique, Objectifs et Hypothèses..... *29*

3. Problématique..... **29**

4.Hypothèses **33**

5.Objectifs **33**

CHAPITRE II: CADRE PHYSIQUE ET METHODOLOGIE DE RECHERCHE **34**

I-Cadre physique de l'étude **34**

6. Contexte géographique..... **34**

7. Contexte de l'évolution de la population **35**

8. Contexte démographique..... **36**

7. Contexte religieux **37**

8. Contexte politico administratif **37**

9. Contexte climatique **38**

10.Contexte socioéconomique **38**

11.Situation sanitaire..... **38**

II-Méthodologie de recherche. **39**

1. Population cible et échantillonnage **39**

1.1. Population cible..... **39**

1.2. Echantillonnage de la population..... **40**

1.2.1. Techniques d'échantillonnage..... **40**

1.2.2. Taille de l'échantillon **40**

2. Techniques et outils de collecte des données..... **41**

2.1 Techniques de collecte **41**

2.2. Outils de collecte de données**.**..... **43**

3. Traitement des données **44**

4. Difficultés rencontrés

DEUXIEME PARTIE : RESULTATS DE L'ETUDE **45**

Chapitre I: PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS **46**

I- Présentation et analyse des résultats des enquêtés **46**

1**.** Caractéristiques personnelles et professionnelles des enquêtés **46**

2.La scolarisation et l'adhésion à la mutuelle de santé **50**

3. Situation matrimoniale et mutualité **51**

4. Appartenance religieuse et mutualité **53**

5. Sources de revenus et mutualité **54**

6. Etat de santé et mutualité **55**

7. Communication et mutualité **57**

8. Accessibilité géographique et mutualité **61**

9.Qualité des prestations et mutualité 61

10. Proposition d'amélioration des prestations par les enquêtés **63**

II- Résultats obtenus par rapport au guide d'entretien **65**

Chapitre II: DISCUSSIONS ET RECOMMANDATIONS **66**

I-Discussions **66**

II-Recommandations. **71**

CONCLUSION **72**

BIBLIOGRAPHIE. 74

TABLE DES MATIERES 79

ANNEXES 83

ANNEXES

Annexe I: Questionnaire adressé aux enquêtés

Fiche n° :

Date de l'enquête:……..…… / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ /

I. Identification du répondant

Nom et Prénoms:……(facultatif)
Sexe: Masculin ☐ Féminin ☐
Age (ans)…… ……/__/__/
Niveau d'étude : Aucun ☐ Primaire ☐ Secondaire ☐ Supérieur ☐
Profession……
Nombre de personnes à charge……/__/__/
Commune :…….……Arrondissement.……
Lieu de résidence:…….……

II. Questionnaire

1°) Etes-vous marié ?

Oui ☐ Non ☐

2°) Combien d'enfants aviez-vous ?.....

3°) Quelle est votre religion ?.....

4°) Quelle est votre activité principale?.....

5°) Cette activité vous permet- elle de subvenir à vos besoins ?

Oui ☐ Non ☐

6°) Vous arrive t- il de tomber malade ?

Jamais ☐ rarement ☐ parfois ☐ souvent ☐

7°) Votre conjoint(s) ou conjointe (s) tombe (nt)-il (s) ou elle (s) malades ?

Jamais ☐ rarement ☐ parfois ☐ souvent ☐

8°) Vos enfants tombent-ils malades ?

Jamais ☐ rarement ☐ parfois ☐ souvent ☐

9°) Savez- vous ce qu'est une mutuelle de santé ?

Oui ☐ Non ☐

10°) Existe- il de mutuelles de santé dans cette localité ?

Oui ☐ Non ☐

11°) Avez-vous adhérer à une mutuelle de santé ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui quelles sont les raisons qui ont motivé votre adhésion ?

Si non pour quelles raisons n'avez-vous pas adhéré à la mutuelle de santé ?

12°) Pensez- vous que la mutuelle est une bonne chose ?

Oui ☐ Non ☐

Justifier votre réponse……

13°) Pensez-vous que la mutuelle est adaptée à votre mode de vie ?

Oui ☐ Non ☐

Justifier votre réponse……

14°) Pensez-vous que la mutuelle est adaptée à votre localité ?

Oui ☐ Non ☐

Justifier votre réponse…….

15°) Quels sont les faits de société qui peuvent être à la base de la non adhésion des ménages aux mutuelles de santé ?

Pauvreté ☐ cérémonie ☐ polygamie ☐ qualité de soins ☐

Autres ……..

16°) Que pensez-vous du montant de la cotisation annuelle ?

Pas assez élevé ☐ acceptable ☐ trop élevé ☐

17°) Etes-vous satisfaits des prestations reçues dans votre centre de santé ?

Oui ☐ Non ☐

Pourquoi ?.....

18°) Comment appréciez-vous le temps mis pour se rendre à ce centre ?

Court ☐ acceptable ☐ trop long ☐

19°) Qu'est ce qui selon vous peut rapidement déclencher l'afflux des ménages aux mutuelles de santé ?

Annexe II: Guide d'entretien adressé aux Agents de santé

Fiche n° :

Date de l'enquête:…… / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ /

I. Identification du répondant

Nom et Prénoms:……(Facultatif)

Sexe: Masculin ☐ Féminin ☐

Age:…......./_ / _ /

Qualification :……..

Poste occupé :……..

Commune :……

Arrondissement :……..……

Centre de santé de :……

II. Questionnaires

1) Dans l'ensemble, les mutualistes utilisent-ils plus fréquemment les soins que les non mutualistes ? Oui ☐ Non ☐
2) La mutuelle bénéficie-t-elle de conditions favorables de tarification des soins ? Oui N☐ ☐
3) Si oui, lesquels?.....La mutuelle vous rembourse-t-elle régulièrement les frais de vos prestations en faveur de ses membres ?
4) Oui ☐ Non ☐
5) Etes-vous membre d'une de ces mutuelles ? Oui ☐Non ☐
   Dites pourquoi :.....
6) Pensez-vous que la mutuelle de santé est une bonne chose?
   Oui ☐ Non ☐
   Expliquez :.....
   Pensez-vous que la mutuelle de santé est adaptée à votre localité ?
   Oui ☐ Non
   Expliquez :.....
   Quels sont les faits de société qui justifient les réticences des ménages à adhérer aux mutuelles de santé ?
   Pauvreté ☐ Cérémonie ☐ Polygamie ☐ Le nombre élevé d'enfants ☐
   Qualité de soins ☐ Mauvais accueil ☐Rançonnement ☐
   Autres :……..……
   Comment expliquez-vous la faible adhésion des ménages aux mutuelles de santé dans votre localité ?
   ……
   Quelles actions meniez-vous pour favoriser l'adhésion des ménages aux mutuelles de santé ?
   ……
   Quelles suggestions pouvez-vous faire pour le développement et la pérennité de la mutuelle ?
   ……☐……
   Qu'est ce qui selon vous peut rapidement déclencher l'afflux des ménages aux mutuelles de santé ?

……..……..

Annexe III: Guide d'entretien adressé aux Autorités locales

Fiche n° :

Date de l'enquête:…… … / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ /

I. Identification du répondant

Nom et Prénoms:……(Facultatif)
Sexe: Masculin ☐ Féminin ☐
Age:…......./_ / _ /
Commune :……
Arrondissement :……..
Lieu de résidence :…… …….
Niveau d'instruction: Aucun ☐ Alphabétisé ☐ Primaire ☐ Secondaire ☐ Supérieur ☐
Profession:..……

II. Questionnaires

1) Etes-vous marié ?
   Oui ☐ Non ☐
2) Si oui, êtes-vous monogame ☐ ou polygame ☐ ?
3) Combien d'enfants avez-vous ?...../_ / _ /
4) Quelle est votre religion ? Sans religion ☐ Religion traditionnelle ☐
   Chrétien ☐ Musulman ☐ Autres ☐
5) Votre revenu vous permet-il de subvenir à vos besoins ?
   Oui ☐ Non ☐
6) Savez-vous ce qu'est une mutuelle de santé ?
   Oui ☐ Non ☐
7) Existe-t-il de mutuelles de santé dans votre localité ?
   Oui ☐ Non ☐
8) Etes-vous membre d'une de ces mutuelles ?
   Ou ☐ Non ☐

Dites pourquoi :.....

Pensez-vous que la mutuelle de santé est une bonne chose?
Oui ☐ Non ☐

……..……

Quel rôle la mairie ou l'arrondissement doit jouer pour que les ménages adhèrent davantage aux mutuelles de santé ?

Annexe IV: Logo Mutuelle de Santé de Grand-Popo

