



UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI (UAC)



ECOLE DOCTORALE PLURIDISCIPLINAIRE (EDP)

« Espace, Culture et Développement »

AD MAJOREM SCIENTIAE GLORIAM

FORMATION : SOCIOLOGIE – ANTHROPOLOGIE

OPTION : SOCIOLOGIE DU DEVELOPPEMENT

MEMOIRE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETUDES APPROFONDIES (DEA)

Sujet

**Enjeux liés à l'accès des mutualistes aux services d'assurance
maladie de la Caisse Mutuelle de Prévoyance Sociale à
Cotonou**

Présenté et soutenu par :

CHABLIS Edwige Clémence A.

Sous la direction de :

AHODEKON S. C. Cyriaque
Professeur titulaire des Universités/CAMES

Année académique : 2018-2019

SOMMAIRE

Dédicace	3
Remerciements	4
Sigles et Acronymes.....	5
Résumé.....	7
Abstract	8
Introduction	10
PREMIERE PARTIE : Cadre théorique, conceptuel et méthodologique de la recherche.....	14
Chapitre I : Cadre théorique de la recherche	15
Chapitre II : Démarche méthodologique	36
DEUXIEME PARTIE : Dysfonctionnements liés à l’offre des services de protection sociale aux mutualistes.....	49
Chapitre III : Organisation de l’offre des services de micro-assurance maladie par la CMPS.....	50
Chapitre IV : Enjeux liés à la collaboration institutionnelle et perception de la qualité des soins.....	58
Conclusion.....	73
Références bibliographiques.....	76
Annexes	81
Table des matières	91

DEDICACE

A mes feux père et mère, Cathérin CHABLIS et Lucie Thérèse ZEKPA.

REMERCIEMENTS

La volonté de faire les études du troisième cycle a toujours été de véritable ambition que je nourrissais depuis fort longtemps. Elle n'aurait jamais été effective sans le soutien de nombre de personnes chères dont les diverses actions consacrent l'aboutissement de la soutenance du diplôme d'études approfondies. Je voudrais saisir la présente occasion pour exprimer ma profonde reconnaissance :

- au Professeur Cyriaque C. S. AHODEKON pour l'encadrement scientifique de ce mémoire ;
- au Professeur Albert TINGBE-AZALOU pour ses conseils ;
- à tous les enseignants de la filière Sociologie de Développement de l'Ecole Doctorale Pluridisciplinaire de la Flash ;
- aux amis Ambroise LALY et André AÏNA pour leurs soutiens ;
- à toi mon compagnon de vie Thomas Sourou AYENON KETOU pour ta solidarité et tes conseils ;
- à mon fils Maurice Déo-Gratias Olakiton AYENON KETOU, ses frères et sœurs, que ce travail soit pour vous, un signe de courage et de persévérance ;
- à mes frères et sœurs, mes nièces et mes neveux pour leurs contributions;
- au personnel de la Section Atlantique-Littoral de la CMPS, à tous les interlocuteurs qui m'ont permis d'avoir des informations et à tous ceux qui de près ou de loin sont intervenus pour la rédaction de ce travail.

SIGLES ET ACRONYMES

ARCH	: Assurance pour le Renforcement du Capital Humain
BIT	: Bureau international du Travail
CEDEAO	: Communauté Economique des Etats de l’Afrique de l’Ouest
CHD	: Centre Hospitalier Départemental
CMPS	: Caisse Mutuelle de Prévoyance Sociale
CNHU	: Centre National Hospitalier Universitaire
CNSS	: Caisse Nationale de Sécurité Sociale
CS	: Centre de Santé
CSU	: Couverture Santé Universelle
EDP	: Ecole Doctorale Pluridisciplinaire
FLASH	: Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines
FNRB	: Fonds National de Retraite du Bénin
GIE	: Groupements d’Intérêt Economique
IB	: Initiative de Bamako
MSS-B	: Mutuelle de Sécurité Sociale du Bénin
MTFP	: Ministère de Travail et de la Fonction Publique
MTFPAS	: Ministère du Travail de la Fonction Publique et des Affaires Sociales
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
OOAS	: Organisation Ouest Africaine de la Santé
PME	: Petites et Moyennes Entreprises
PMI	: Petites et Moyennes Industries
RAMU	: Régime Assurance Maladie Universelle

SD-AT-LI : Section Départementale Atlantique-Littoral

STEP : Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté»

UAC : Université d'Abomey-Calavi

RESUME

La Caisse Mutuelle de Prévoyance Sociale (CMPS) est une structure de protection sociale créée en 1999 par l'Etat du Bénin pour la protection sociale des acteurs du secteur informel. Pour l'assurance maladie, les bénéficiaires sont confrontés à l'accès des soins. Cette recherche a pour objectif d'analyser les déterminants liés à l'accès des mutualistes aux services de la Caisse Mutuelle de Prévoyance Sociale (CMPS) dans les centres de santé.

Elle a été menée à partir d'une démarche socio-anthropologique avec comme techniques de collecte la revue documentaire, l'entretien individuel et le questionnaire. Ainsi, les informateurs sont constitués de responsables et le personnel des formations sanitaires, les responsables de la CMPS et les mutualistes. Au total cent deux (102) informateurs ont été enrôlés. La méthode d'analyse descriptive et explicative a permis l'analyse des résultats.

D'après notre recherche, à la CMPS, l'accès aux soins des mutualistes est confronté à de nombreuses difficultés. Sur les plans relationnel, organisationnel et systémique ; le non paiement ou le retard de paiement des factures des prestataires de soins et le non-respect de la convention de partenariat qui lie les institutions engendrent une complexité des rapports de collaboration institutionnelle. Sur la perception des soins, les mutualistes dénoncent l'indisponibilité et la discontinuité de l'offre des soins.

Abstract

The Mutual Fund for Social Welfare (CMPS) is a social protection structure created in 1999 by the State of Benin for the social protection of actors in the informal sector. For health insurance, beneficiaries are faced with access to care. This research aims to analyze the determinants related to the mutualists' access to the services of the Mutual Fund for Social Welfare (CMPS) in health centers.

It was conducted on the basis of a socio-anthropological approach with collection techniques such as the documentary review, the individual interview and the questionnaire. Thus, the informants are made up of managers and staff of health facilities, CMPS officials and mutuals. In total one hundred and two (102) informants were enrolled. The descriptive and explanatory analysis method allowed the analysis of the results.

According to our research, at CMPS, access to care for mutuals faces many challenges. Relational, organizational and systemic; the non-payment or late payment of health care providers' invoices and the non-respect of the partnership agreement between the institutions create a complexity of institutional collaboration relationships. On the perception of care, the mutualists denounce the unavailability and discontinuity of the offer of care.

INTRODUCTION

La santé fait partie des besoins fondamentaux de l'homme. Elle est considérée comme un « droit social », donc liée à l'amélioration des conditions de vie des classes les plus défavorisées, mais aussi comme un « droit à l'accès aux soins et à l'assurance maladie » (Hours, 2001). Ainsi, chaque société, chaque culture, chaque pays organise les réponses appropriées pour garantir l'accès aux soins de santé aux populations. Notamment, les quatre valeurs essentielles du système de santé sont la qualité, l'équité, la pertinence et l'efficacité dans l'offre de soins (OMS, 2005). Il paraît évident que la question de l'accessibilité financière des populations, une composante irréfutable de la valeur « qualité », reste une préoccupation essentielle non seulement pour le développement du système de santé, mais aussi pour la protection sociale des personnes.

Depuis les années soixante-dix à nos jours, plusieurs initiatives au plan international et régional (cf. Conférence d'Alma Ata, 1978 ; Initiative de Bamako, 1987 ; Conférence de Jakarta, 1997, atelier régional sur la couverture universelle du risque maladie, 2012 ; forum international sur la couverture santé universelle tenue au Bénin en 2017) ont tenté d'apporter des réponses subséquentes à cette préoccupation. Ainsi, à la Conférence d'Alma-Ata, a émergé le projet « santé pour tous d'ici à l'an 2000 » qui prône un niveau minimum acceptable de financement des soins médicaux accessibles à toute la population. Suite aux échecs de ce projet, l'Initiative de Bamako revient en charge et prône le recouvrement des coûts. Au cours des années 2000 une série de mesure de gratuité a été développée dans la plupart des pays africains sans grands succès.

En sciences sociales certains auteurs ont fait prendre conscience « des effets pervers de l'Initiative de Bamako en termes d'inaccessibilité des soins, voire de « medical poverty trap » (« piège de la pauvreté induite par la médecine »), désignant l'appauvrissement des familles dû au coût des interventions

biomédicales » (Desclaux, 2007). Une réflexion portée sur cette politique montre qu'elle demeure relativement "*muette*" concernant le financement des services de santé (Ridde, 2004). Et pour preuve, environ 1,3 milliard de personnes dans le monde n'ont toujours pas accès aux soins de santé de base (Oxfam, 2008).

En effet, la gestion du risque relative à la santé constitue un enjeu d'intérêt public et général qui mobilise d'importants moyens humains et financiers. En Afrique, des systèmes officiels de sécurité sociale fondée sur une certaine idée du développement économique que devaient connaître les pays ont été créés au moment des indépendances (Fonteneau, 2007). Au Bénin, il existe un dispositif orienté vers les populations du secteur formel public et privé qui intègre le régime général de sécurité sociale géré par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) et le régime spécial destiné aux fonctionnaires civils et militaires assuré par le Fonds National de Retraite du Bénin (FNRB). Ces mesures ont pour but de garantir un système performant de soins et résoudre les difficultés liées à l'accès financier aux soins. Notamment, elles visent à limiter les risques qui maintiennent les populations les plus vulnérables dans le cycle de l'indigence pour répondre à l'impératif « la santé un droit pour tous » (Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires. Elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage et vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté (ONU, 1948)). Mais la crise économique des années quatre-vingt et les dysfonctionnements observés quant à l'efficacité et la durabilité du financement des soins n'ont pas permis d'obtenir des réponses satisfaisantes. De récentes études illustrées dans la revue des études et évaluations 2009-2012, ont montré qu'à ce jour, moins de 10% de la

population bénéficie des deux systèmes de sécurité (Oxford Public Management, 2010).

Pour pallier ces dysfonctionnements, des mutuelles (Il faut entendre par mutuelle un dispositif d'organisations démocratiques à but non lucratif fondées sur l'entraide, la solidarité, la gestion participative et la mutualisation des risques avec des droits et devoirs de ses membres pour la prise en charge des dépenses de santé (BIT/STEP, 2002)) de santé ont été développées depuis les années quatre-vingt-dix parallèlement aux systèmes informels de partage de risques sociaux que sont entre autres, les réseaux de solidarité et d'entraide, des regroupements ou des organisations portant différentes appellations, tontines, associations, réunions, mutuelles (Raillon, 2000 ; Pairault, 1990). Ces mutuelles ont eu plus ou moins de succès selon les contextes. En témoigne le nombre de mutuelle mise en place dans la période de 1997 et 2003 qui est de 11 à 43 au Bénin, 06 à 36 au Burkina Faso, 07 à 56 au Mali et 19 à 87 au Sénégal pendant la même période (Ndiaye, 2006). Un atelier régional de consensus sur la généralisation de la couverture universelle du risque maladie dans l'espace CEDEAO tenu à Accra du 6 au 9 février 2012 sous l'égide de l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS), a élaboré un plan d'action régional autour de la vision suivante : « *chaque citoyen de l'espace CEDEAO devrait à l'horizon 2020, accéder à des soins de santé de qualité sans barrières financières* ». Dans la même veine, un forum international sur la Couverture Santé Universelle CSU tenu du 28 au 30 mars 2017 au Bénin s'est penché sur entre autres le financement et la qualité des soins.

En effet, l'État béninois à travers le Ministère en charge du Travail a mis en place depuis 1999, au profit des acteurs du secteur de l'économie informelle, un dispositif public de protection sociale. Il s'agit de la Mutuelle de Sécurité Sociale du Bénin (MSSB) devenue Caisse Mutuelle de Prévoyance Sociale (CMPS) depuis 2013 et qui a pour mission, la gestion des risques sociaux tels

que maladie et vieillesse des travailleurs non-salariés. Un état des lieux réalisé en 2010 sur la protection sociale et publié en 2012 dans la revue des études et évaluations 2009-2012, a montré que seulement 12000 bénéficiaires ont pu avoir accès aux services de cette institution (Oxford Public Management, 2010). Ce n'est qu'en 2003 qu'il a été élaboré un document de politique et de stratégies de développement des mutuelles par le Ministère de la santé. Alors, pour faciliter l'accès financier des mutualistes aux soins, des partenariats sont établis entre la Caisse Mutuelle de Prévoyance Sociale et certains centres de santé. Cette collaboration avec les centres de santé conventionnés rencontre des dysfonctionnements qui entravent la prise en charge efficace des mutualistes. C'est bien ces préoccupations que cette recherche tente d'élucider à travers le sujet intitulé : « *Enjeux liés à l'accès des mutualistes aux services d'assurance maladie de la Caisse Mutuelle de Prévoyance Sociale à Cotonou* ».

Le présent mémoire est structuré en deux parties. Chaque partie comprend deux chapitres. La première partie pose les bases théoriques et méthodologiques de la recherche. La seconde partie analyse l'organisation et la structuration de l'offre de service de protection sociale aux mutualistes, ainsi que les dysfonctionnements liés à l'accès à la prise en charge efficace des mutualistes dans les centres de santé conventionnés.

PREMIERE PARTIE

CADRE THEORIQUE, CONCEPTUEL ET METHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE

CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE DE LA RECHERCHE

Ce premier chapitre présente différentes articulations de la construction de l'objet de recherche à savoir : la problématique, les hypothèses, les objectifs, la clarification conceptuelle et la revue de littérature.

1.1. PROBLEMATIQUE

Depuis environ trois décennies, sociologues, anthropologues et politistes s'investissent dans l'étude des dimensions sociale, culturelle, politique et institutionnelle de la santé. Nombre d'auteurs tels que : Massé, 2010 ; Hours, 2001 ; Hours, 1999 ; Massé, 1995, ont contribué aux débats en mettant en relief les pratiques et représentations sociales autour des systèmes de santé et des politiques de santé. L'orientation donnée à ces travaux se justifie par le changement de paradigme quant à l'organisation des soins. Depuis les années 1990, des mutations au niveau de l'organisation des soins ont favorisé la migration progressive du "*système de soins*" essentiellement orienté vers la prise en charge clinique des pathologies vers un "*système de santé*" soutenu par des politiques de prévention et de promotion de la santé, et surtout, par l'instauration des systèmes de couverture sociale : assurances obligatoires, sécurité sociale, gratuité des soins, etc. (Perrin, 1993/1994 : 151).

Les enjeux politiques de la santé renvoient donc à une nouvelle gouvernance en ce qui concerne l'organisation et la gestion du système de santé. De plus en plus, les débats se renforcent et les contenus des concepts d'inégalités sociales en matière de soins, d'équité en santé, d'accessibilité financière, de partage des risques ou de partage des coûts dans le cadre du financement des soins ont été revisités. C'est dans cette perspective que l'objet santé « *doit être appréhendé [...], non seulement au sens des politiques de santé [health policies] mais au sens plus vaste de politiques de la santé [politics of health], domaine qui inclut l'incorporation des inégalités et la protection sociale des malades [...]* » (Fassin, 2001 : 36). A l'instar de la transformation par la santé publique de

l'objet santé en « *corps socialisé et corps social normalisé* » (Hours, 2001), l'on assiste à une « *protection socialisée de la santé* » [faisant] *partie des politiques sociales contemporaines [...]* » (Monné, 1997 : 2). Il existe aussi bien au Nord qu'au Sud, différents systèmes de financement de la santé mais il en ressort que

« la couverture de ces soins est hétérogène et inéquitable [ce qui favorise] un débat public dominé par la polarisation des opinions. Les uns, à gauche, comprennent que la santé est la responsabilité de toute une société, les autres, à droite, qu'un financement public des systèmes de santé est une politique rationnelle qui contribue au bon fonctionnement de l'économie » (Béland et Couillard, 2012).

Nombre d'études ont montré les limites du financement des soins par les usagers eux-mêmes en termes d'inaccessibilité financière des soins et en termes d'inéquité en santé. Dans les pays d'Afrique, cela s'est traduit par des difficultés à atteindre l'objectif " *santé pour tous en l'an 2000*" qui avait été fixé à Alma Ata en 1978. Au nombre des facteurs de ce retard, il y a l'obstacle économique caractérisé par

« la dégradation de l'accessibilité économique aux services de santé, du fait de l'instauration, à partir de 1990, et de l'extension progressive de mécanismes de recouvrement des coûts dans les structures publiques de soins. [En conséquence], les contradictions entre les logiques "offre de soins" et "protection sociale" ont renforcé la fracture interne entre les espaces urbains et ruraux » (Foulon et Some, 2005).

Ce débat s'éloigne légèrement de celui relatif à l'efficacité des systèmes de protection en cours dans les pays du Nord. Dans ces pays, les débats ont souvent dégénéré sur des « *polémiques idéologiques et conceptuelles* » surtout, lorsqu'il s'agit de savoir « si un système national de santé fondé sur l'impôt était préférable à un système universel fondé sur l'assurance maladie obligatoire » (McIntyre, 2007).

En Afrique, le contexte politique global dans lequel s'insèrent les pays ne favorise pas la mise en place des mesures relatives à la protection sociale. Les utilisateurs des services de santé sont invités à s'organiser en association ou en mutuelles pour prendre en charge des systèmes de soins hérités des subventions coloniales puis néocoloniales. Ainsi, des mouvements mutualistes ont émergé au début des années 1980. Il s'agit notamment, des mutuelles de santé développées

en Afrique occidentale et l'assurance maladie communautaire, micro assurance santé mise en place en Afrique orientale. Plus de trente ans après, le constat indique que ces initiatives peinent à se développer. En l'occurrence, l'insuffisance ou l'inaccessibilité des marchés assurantiels privés empêchent certaine couche de la population notamment, celle du secteur informel, de bénéficier d'une couverture contre le risque maladie. Privées de protection sociale, ces individus se voient dès lors dans l'incapacité financière d'accéder à des soins de santé de qualité. Or, l'accessibilité financière est un facteur non négligeable dans la recherche des soins de santé.

Pour pallier ces difficultés, les communautés à la base, par la mise en place des mutuelles de santé développent une sorte de « solidarité spontanée » (En réalité, aucune base scientifique ne semblait orienter le choix des prestations et les cotisations n'étaient généralement pas fixées avec une périodicité et un montant institutionnalisés. Ces formes d'organisation n'avaient d'ailleurs pas une activité principale de prise en charge de soins de santé. En cas de maladie, les membres pouvaient bénéficier des services au cas par cas, sur un forfait déterminé de manière consensuelle et ne couvrant pas forcément le besoin.) appliquée dans un contexte et un cercle restreint de personnes ayant les mêmes affinités notamment sociales. Ce dispositif a favorisé l'introduction d'une assurance santé communautaire appuyée par des organismes d'aide au développement dans les communautés déjà habituées au partage de risque (de Allegri et *al.*, 2006). Toutefois, il est important de souligner que la qualité des soins n'est pas toujours à la hauteur des attentes des communautés. Bien d'études empiriques ont prouvé que les populations sont généralement insatisfaites de la qualité des soins de santé, en particulier dans les structures sanitaires publiques (Schneider, 2005 ; Waelkens et Criel, 2004 ; Fonteneau, 2003 ; Criel, 2002, 1998). Or, l'adhésion à une mutuelle ou une assurance maladie en dépend (Waelkens et Criel, 2004).

Le Bénin, à l'instar des autres pays africains a connu une expansion du mouvement mutualiste avec pour cible principale les acteurs du secteur informel. En l'absence d'un système national d'assurance maladie, l'Etat béninois a mis en place une Mutuelle de Sécurité Sociale. Près de vingt (20) ans après, la proportion de personnes couvertes est très faible. Le Régime Assurance Maladie Universelle (RAMU) étant une décision politique introduite en 2011 dans le cadre de la couverture universelle n'a pas connu un grand essor. Depuis 2017, Les réformes actuelles dans ce cadre s'investissent à donner priorité au capital humain et envisageant un nouveau système d'assurance à travers le programme Assurance pour le Renforcement du Capital Humain (ARCH).

De nos jours, les réflexions articulent financement durable de la santé, couverture universelle et systèmes de sécurité sociale. Ces idéaux ont été largement débattus à la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2005. Ainsi, pour avoir un *accès équitable* aux soins et une *protection contre le risque* financier, le financement de la santé devrait passer progressivement à un système de prépaiement. En résumé,

« pour assurer la couverture universelle dans les pays qui n'y sont pas encore parvenus, il faudra développer le prépaiement tout en reposant moins sur les paiements directs et la participation financière des usagers. Cela peut être fait par un système de financement par l'impôt plus étendu et plus équitable, un régime d'assurance maladie obligatoire, ou les deux à la fois » (Carrin, James et Evans, 2005 : 1).

Plus de dix ans après, le paiement direct reste le premier mécanisme de financement des soins. Une large part des populations est en marge des micro-assurances santé existantes. Le processus devant favoriser la mise en place progressive de la couverture universelle est en difficulté. Les initiatives développées par la Caisse Mutuelle de Prévoyance Sociale du Bénin pour couvrir les acteurs du secteur informel sont confrontées à des problèmes comme : insuffisance de moyens adéquats de communication pour informer la population afin de susciter leur adhésion massive, de gouvernance comme par exemple l'utilisation de la subvention pour payer les prestations à d'autres

dépenses selon la priorité des responsables, la gestion des prestations de soins au niveau des centres de santé conventionnés. Le défi actuel reste la "*viabilité financière*" (Belli, 2001) de la caisse au regard de la réduction ou de la rupture des offres de soins et qui influent sur l'accès des mutualistes aux services auxquels ils ont droit. Alors, « *quels sont les facteurs explicatifs des difficultés liées à l'accès des mutualistes aux soins et aux services de protection sanitaire offerts par la Caisse Mutuelle de Prévoyance Sociale ?* A cette question, une réponse provisoire a été formulée sous forme d'hypothèse.

1.2 HYPOTHESE

Les difficultés d'accès aux soins et aux services de micro-assurance santé des mutualistes se trouvent liées à la collaboration entre la CMPS et les formations sanitaires (notamment sur les plans relationnel, organisationnel et systémique), mais également à la perception de la qualité des soins dans les centres de santé.

Dans le cadre de l'opérationnalisation de cette hypothèse, deux types d'objectifs ont été fixés à savoir, un objectif général et trois objectifs spécifiques.

1.3 OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

1.3.1 OBJECTIF GENERAL

Analyser les facteurs explicatifs des difficultés liées à l'accès des mutualistes aux soins et aux services de protection sanitaire offerts par la Caisse Mutuelle de Prévoyance Sociale.

1.3.2 OBJECTIFS SPECIFIQUES

O1 : identifier les déterminants de la collaboration entre la CMPS et les formations sanitaires ;

O2 : expliquer les dysfonctionnements liés à la gouvernance de la CMPS ;

O3 : examiner les perceptions relatives à la qualité des soins dans les centres de santé.

Afin de donner une consistance opérationnelle à ces objectifs, un certain nombre de concepts clés méritent d'être clarifiés.

1.3 CLARIFICATION DES CONCEPTS

Pour mieux se faire comprendre, il est important de définir certains mots utilisés tout au long de ce travail.

La **protection sociale** désigne l'ensemble des institutions et des mécanismes, fondés sur l'idée d'une solidarité nationale (entre toutes les personnes qui constituent la nation), qui garantissent des ressources aux individus placés dans des circonstances particulières -maladie, accident, chômage, maternité, famille, vieillesse- (Bailly, 2009). Elle répond à un besoin fondamental qu'est la « sécurité », elle a pour but de « protéger toute la population d'un pays » et, enfin, elle vise un idéal qui consiste à donner les mêmes chances à tout le monde, en réduisant les **inégalités** et les **discriminations** par « un système pour tous » qui assure la même protection à chacun. Dans un sens large, les concepts de protection sociale et de sécurité sociale sont employés comme des synonymes et impliquent « *toutes les mesures, financières ou en nature, qui participent à assurer au citoyen "une sécurité du revenu" et "un accès aux soins de santé" »* (Association internationale de la sécurité sociale, 2013 : 3). Par ailleurs,

[...]*« La protection sociale recouvre tous les mécanismes institutionnels, public ou privés, prenant la forme d'un système de prévoyance collective et/ou mettant en œuvre un principe de solidarité sociale, qui couvrent les charges résultant pour les individus ou les ménages de l'existence de risques sociaux identifiés (santé, vieillesse, chômage, pauvreté) »* (Organisation internationale de travail, cité par Elbaum, 2013).

La protection sociale désigne donc tous les *mécanismes de prévoyance collective, permettant aux individus de faire face aux conséquences financières des "risques sociaux"*. Elle repose sur plusieurs types de mécanismes : (1) des prestations sociales versées directement aux ménages qui peuvent être en espèces (pensions de retraite) ou en nature (remboursements de soins de santé) ; (2) des prestations de services sociaux, qui désignent l'accès à des services,

fournis à prix réduit ou gratuitement (crèches, hôpitaux). Ces prestations sociales peuvent répondre à trois logiques dont une logique d'assurance sociale, dont l'objectif est de prémunir contre un risque de perte de revenus (chômage, maladie, vieillesse, accident du travail). Les prestations sociales sont financées par des cotisations sur les salaires (comme dans une assurance privée) et sont donc réservées à ceux qui cotisent (Blog : qu'est-ce que la protection sociale ? consulté le 29 02 2016)

En effet, le postulat de base de la protection sociale est la reconnaissance de la santé comme un droit. Les inégalités sociales et économiques ne permettent pas à tous les citoyens de se soigner facilement. La protection sociale est donc un mécanisme de mobilisation des ressources financières qui sécurisent **l'accès des citoyens aux soins sanitaires** et réduire les inégalités et l'insatisfaction en matière de prise en charge sanitaire.

Dans le cadre de notre recherche, la **protection sociale** est l'ensemble des mécanismes de prévoyance collective qui permettent aux individus ou aux ménages de faire face financièrement aux conséquences des risques sociaux, c'est-à-dire aux situations pouvant provoquer une baisse des ressources ou une hausse des dépenses. C'est aussi l'ensemble des dispositifs de prévoyance collective et de protection qu'une **société** accorde à ses membres pour les assurer et les aider à faire face aux **principaux risques** de l'existence, notamment sur le plan financier. Le modèle de protection sociale mis en oeuvre dans le cadre de ce travail de recherche est celui de l'assurance maladie dont bénéficient les adhérents du secteur informel auprès de la Caisse Mutuelle de Prévoyance Sociale de l'Etat.

En effet, le renforcement de ce système passe par l'amélioration de l'accessibilité sur toutes ses dimensions et de l'équité en santé. Le concept de **l'accessibilité aux soins** est un terme transversal aux autres et est inspiré par la

notion d'équité. L'étymologie du mot *accessibilité* (ac-cedere parvenir) suggère la notion *géographique* mais aussi *économique* (Bonnet, 2002 : 7). La définition raisonnée en géographie de la santé du concept de *l'accessibilité aux soins* selon Picheral et repris par Bonnet (2002 :7) s'articule en ces termes :

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

Cette définition met en exergue les deux dimensions (matérielles et sociales) de la capacité pour quiconque de recourir aux soins en cas de besoins. L'accent étant mis ici sur sa valeur desserte donc géographique qui met en jeu les notions de temps et de distance. Or avoir accès aux soins suppose que les barrières différenciées entre les hommes, les localités et autres sont brisées.

De façon concrète, **l'accessibilité** est la capacité de la population ou d'un segment de la population d'obtenir des services de santé disponibles. Cette capacité est déterminée par des facteurs économiques, temporels, de localisation, architecturaux, culturels, organisationnels et informationnels, qui peuvent être des barrières ou des facilitateurs à l'obtention des services. Dans le cas de notre recherche, l'Etat offre les mêmes chances ou les mêmes possibilités de bénéficier des services de soin de qualité avec à l'appui un traitement efficace. Par ailleurs, l'OMS (2007) aborde la problématique de **l'accessibilité aux soins** à travers les notions de « *couverture médicale* » et de « *droit à la santé* ». C'est pour signifier qu'on ne peut atteindre cet idéal sans s'appuyer sur les législations

en cours dans le monde qui orientent les décideurs dans la définition des priorités pour faciliter l'accès aux soins aux populations.

Les mutualistes adhèrent ou s'inscrivent dans des mutuelles qui sont des associations à but non lucratif qui offre à ses membres un système d'assurance ou de prévoyance volontaire. Elles fonctionnent sur la base des cotisations versées par les membres dans leurs intérêts et de celui de leur ayant droit. Une mutuelle est donc une action de prévoyance ; de solidarité et d'entraide dans les conditions prévues par les textes. Au Bénin, c'est le décret N°2013-135 du 20 mars 2013 qui organise la création, les attributions, l'organisation et le fonctionnement de la Caisse Mutuelle de Prévoyance Sociale. Cette structure de l'Etat est chargée entre autre de jouer des rôles fondamentaux dans l'intérêt des travailleurs de l'économie informelle afin de les aider à prévenir les risques sociaux liés à leur personne et de leurs conséquences, de prendre en compte une partie des dépenses dans les formations sanitaires en relation contractuelle avec elle , d'assurer l'adhésion du plus grand nombre de travailleurs de l'économie informelle à titre individuel ou par groupe à travers des regroupements d'association professionnelle, des groupements d'intérêt économique etc... La prévoyance sociale est donc la cotisation de l'argent dans le but de faire face à d'éventuelles situations de maladies.

La Caisse se présente donc comme une arène dans laquelle se retrouvent plusieurs acteurs qui s'inscrivent dans une dynamique. Selon le lexique de la sociologie, la dynamique sociale est l'une des deux sciences constitutives de la sociologie. La seconde est la statique sociale. La dynamique sociale a donc pour objet l'étude des lois de l'évolution des sociétés. C'est le changement social par opposition à la statique sociale qui décrit l'état d'une société à un moment donné. Ramenant le concept dans le cadre de la présente recherche, on peut dire que ce sont les différents changements que l'on observe dans les rapports de

travail entre les prestataires des centres de santé conventionnés et la CMPS et d'autre part entre eux, et les usagers mutualistes de ces centres.

Les prestations de la caisse mutuelle de prévoyance sociale s'inscrivent dans la logique d'assurer une équité du point de vue financier et par-delà aller progressivement vers la **couverture santé universelle**. Ainsi, « *la couverture sanitaire universelle existe lorsque tout individu a accès aux services de santé de qualité dont il a besoin sans être exposé à des difficultés financières* » (Evans, Elovainio, Humphreys, 2010). Deux objectifs sont poursuivis dans le cadre de la CSU (Yates et Humphreys, 2013). Le premier renvoie à l'utilisation par la population des services de santé dont elle a besoin. Plus spécifiquement, chacun doit avoir accès à un large éventail de services de santé parmi lesquels la promotion, la prévention, le traitement, la réadaptation et les soins palliatifs et le deuxième aux conséquences économiques de cette utilisation. Le second objectif est de veiller à la protection contre le risque financier associé à l'obtention des soins. L'obligation de payer pour les soins au point d'utilisation (que ce soit du fait de politiques explicites de paiement par l'utilisateur ou par le biais de paiements informels) dissuade les populations d'utiliser les services et peut entraîner des difficultés financières pour ceux qui obtiennent des soins.

La **viabilité** est la capacité de quelque chose qui peut vivre et rester dans la durée. Dans le guide de gestion des mutuelles de santé en Afrique, BIT/STEP, (2003) la **viabilité économique et financière** d'une mutuelle de santé peut être considérée comme sa capacité à couvrir durablement ses charges avec ses produits et à faire face à ses engagements financiers dans les délais requis. L'analyse de la viabilité financière et économique d'une mutuelle est une opération indispensable qui doit être réalisée périodiquement. Elle permet de déterminer les mesures à prendre pour renforcer la solidité de la mutuelle et éviter qu'elle ne fasse « faillite ». Elle est également nécessaire pour le

développement des relations de l'organisation avec les tiers (prestataires de soins, les banques, etc ...)

Vue de point de vue financier, La **viabilité** évoque la capacité de la CMPS à pérenniser dans la cotisation et dans la mobilisation des fonds auprès des mutualistes. En effet la Caisse Mutuelle de Prévoyance Sociale est une institution de prévoyance sociale qui, grâce aux cotisations de ses membres mène en leur faveur des actions de solidarité et d'entraide dans le domaine de la prise en charge des risques financiers liés à la maladie. La mise en œuvre de cette mission nécessite des interactions entre plusieurs acteurs que sont les responsables de la Caisse, les mutualistes et des structures sanitaires conventionnées. La viabilité financière est donc tributaire des pratiques et des comportements des acteurs à différents niveaux.

1.4. JUSTIFICATION DU CHOIX DU SUJET

L'entreprise scientifique est une activité de construction et de déconstruction semblable au travail de la dame Pénélope dans *la mythologie grecque*. C'est ce qui justifie le point de vue de Paugam, (2008) qui pense que l'objet d'étude se déconstruit à travers les prénotions qui constituent des obstacles épistémologiques. La réflexion sur l'objet de la présente recherche est soutenue par sa pertinence scientifique d'une part et sa portée sociale d'autre part.

D'abord, de point de vue scientifique, il s'agit de porter un regard distancié sur le fonctionnement de la collaboration entre la Caisse de Mutuelle de Prévoyance Sociale et les centres de santé conventionnés afin d'identifier la stratégie des uns et des autres et les logiques qui sous-tendent leurs actions. Des travaux réalisés par Turcotte-Tremblay *et al.* (2010) ont révélé que les promoteurs de mutuelles de santé établissent divers partenariats avec les formations sanitaires. Mais les conséquences de ces différentes formes de collaborations sont très peu connues. De ce point de vue, [...]« *il serait utile de produire des données probantes sur*

les effets positifs et négatifs de ces divers partenariats » (Turcotte-Tremblay et al., 2010 : 120).

En effet, le but premier d'un système de santé est d'assurer une meilleure protection de la santé de la population, et de la prémunir contre le coût financier de la maladie, donc de réduire la mortalité prématurée et de préserver la qualité de la vie (Mireux, 2002). La protection sociale, une composante essentielle du système de santé, vise à satisfaire également plusieurs objectifs. Si la prise en charge financière des soins permet de réduire les inégalités d'accès aux différents services, elle contribue largement au financement de l'activité économique du secteur de la santé. Elle permet également aux bénéficiaires de conserver un pouvoir d'achat devant leur assurer au minimum la solvabilité de l'accès aux besoins fondamentaux, et de rester agents de la consommation d'autres biens (Mireux, 2002).

En ce qui concerne le volet social, il faut reconnaître que la protection sociale est un droit dont les populations doivent jouir. Les coûts des soins de santé constituent une contrainte dans l'accès aux soins à des catégories de personnes dont le pouvoir d'achat ne leur permet pas de faire face aux exigences financières, ce qui renforce le phénomène d'exclusion en pleine évolution. Le Bureau International de Travail met un accent particulier sur l'extension de la protection sociale dans la lutte contre la pauvreté. Il s'intéresse à la couverture maladie dans le domaine de l'économie informelle et fait la promotion de la micro assurance de santé. Aborder la préoccupation de la protection sociale dans le contexte de l'accès aux soins de santé qui rime avec la précarité des ressources financières des populations, permet de comprendre le fonctionnement de la CMPS, la consommation des produits de l'assurance santé par les mutualistes. Toute cette démarche nécessite la distanciation du chercheur afin d'appréhender les différentes pratiques des acteurs à divers niveaux. C'est dans

cette optique que la prise en compte des problématiques antérieures abordées par différents auteurs dans la littérature est nécessaire.

1.5. REVUE DE LITTERATURE

Il n'y a pas de recherche *ex nihilo*. Elle se fait en se basant sur l'existant afin de projeter les orientations et les pistes de ce qui a lieu de faire. Des ouvrages et articles sont exploités dans cette optique afin d'appréhender les aspects de la question qui sont déjà abordés. Cette revue s'articule autour des interactions entre les mutuelles et les formations sanitaires. Notamment, les types de collaboration et le contenu du contrat des conventions de partenariat entre la mutuelles et les centres de santé. Il prend également en compte les stratégies développées par les responsables des mutuelles pour informer et former les agents de santé qui sont en partenariat avec la mutuelle.

- Accessibilité aux soins

Fourn et *al* (2001) explique la sous-utilisation des services de santé publics par la distance entre le malade et le centre de santé et surtout par le conflit des valeurs (habitudes sanitaires propres aux communautés, la conception de la maladie par la population). Les malades préfèrent s'adonner à l'automédication ou aux soins de la médecine traditionnelle. Les raisons qui justifient cette situation, sont les longues distances à parcourir avant d'atteindre les centres de santé et la permission du mari avant d'amener les enfants malades aux soins. Même si ce point de vue n'est pas celui de Kpatchavi (2012), ils se rejoignent sur la question de l'accessibilité géographique des centres de santé. L'auteur met davantage l'accent sur l'efficacité des agents de santé. En effet, dans le cadre de ses travaux sur l'accès aux services de santé à la frontière Bénin/Togo l'auteur pense que le personnel disponible est composé d'une infirmière et de deux aides-soignantes. Ces agents éprouvent des difficultés à faire face aux nombreuses demandes exprimées. En l'absence de la responsable, c'est l'aide-

soignant de garde seule qui prend le relais des soins aux usagers. Cette situation est observée de près par les usagers, en particulier les femmes de Hilla-condji en état de grossesse, qui en tiennent compte pour préférer, comme elles en avaient pris l'habitude, faire suivre leurs grossesses en consultation et fait des accouchements et la vaccination de leurs enfants du côté du Togo dans la localité voisine d'Aného.

Les préoccupations de la présente recherche vont dans le même sens que cet auteur car il évoque le problème de l'accueil et du manque de personnel. Les préoccupations faisant l'objet des réflexions de ce travail sont abordées par ailleurs par Fassin (1989). En effet l'auteur dit que l'introduction du paiement direct des services de santé pour les populations a entraîné l'exclusion des plus démunis de la société dont le revenu ne permet pas de payer les frais de consultation jusqu'à payer celui des ordonnances. L'initiative de Bamako en répondant aux soins de santé primaires qui a entraîné le paiement direct des services de santé va conduire à un faible recours au service de santé par les plus démunis de la population. Or, les plus pauvres de la société n'ont pas les revenus nécessaires pour répondre aux besoins fondamentaux de la vie. Yaffré (2004) pense de son côté que le recouvrement des coûts constitue un fardeau financier pour les populations les plus vulnérables (handicapés, femmes, enfants et indigents) de la société car ces derniers manquent de moyen pour pouvoir répondre aux besoins de l'alimentation jusqu'à répondre à celui de la santé. Olivier de Sardan (2004) aborde la même préoccupation et montre dans l'une de ces études au Niger que le problème de la sous-utilisation des services de santé n'est pas culturel mais plutôt économique car le paiement direct imposé par les bailleurs de fonds suite à l'initiative de Bamako empêche les plus pauvres de faire recours au service de santé publique. Vissoh (1995) fait la même analyse quand il montre dans un travail dans la commune de Savalou que 25% de la population n'a pas accès aux soins curatifs dans une formation sanitaire faute de

disponibilité financière. Le paiement direct du coût des soins, constitue une barrière donc pour les usagers notamment les indigents qui deviennent des exclus, tant au Bénin que dans d'autres pays. C'est dans cette optique que Waelkens (1999) dit que « *les gens incapables de payer les soins sont exclus du système de soins modernes, ils se tournent alors vers l'automédication ou ne se soignent pas du tout* ». Une situation qui a entraîné un faible niveau d'accès des personnes vulnérables (indigents, handicapés etc.) aux services de santé publics.

- Collabotation /Partenariat entre Mutuelles de santé et Centres de santé

Dans l'article « Mutuelle de santé : stratégies pour améliorer l'adhésion et la fidélisation au Bénin », recherche réalisée en 2010 et publié en 2012 dans la *Revue des études et évaluations 2009-2012* au Bénin, qui est l'œuvre de Anne-Marie Turcotte-Tremblay, Slim Haddad, Ismailou Yacoubou et Pierre Fournier. Il s'agit d'une recherche réalisée dans le cadre de la phase III du projet de Politiques publiques et lutte contre l'exclusion. L'objectif était de comprendre la problématique du faible niveau d'adhésion et de fidélisation et d'identifier les stratégies mises en place pour surmonter les obstacles. Cette recherche repose sur une démarche empirique de collecte de données qualitatives par entretien semi-structurés et non structurés auprès des différents acteurs intervenant dans les six principaux réseaux de mutuelles de santé au Bénin. Les données empiriques ont été appuyées de la revue documentaire.

Les résultats de ces travaux indiquent que divers partenariats sont établis entre les mutuelles de santé et les formations sanitaires. Ainsi, de la simple collaboration à travers un processus de contractualisation, le partenariat peut évoluer vers une implication active des agents de santé dans les sensibilisations, voire le co-développement des mutuelles de santé et des formations sanitaires à travers le renforcement du plateau technique de celles-ci. Toutefois, l'adhésion

des mutualistes est soumise à de nombreuses contraintes à savoir : l'absence de culture de prévoyance envers la maladie, le manque d'information et le manque de confiance. A ces contraintes s'ajoutent celles communes à l'adhésion et à la fidélisation des membres. Il s'agit entre autres de : le manque de volonté politique, la mauvaise relation avec les prestataires de soins, les ruptures de médicaments, le faible pouvoir d'achat, l'insatisfaction quant aux produits d'assurance et l'insuffisance de motivation des élus mutualistes.

- **Protection sociale des adhérents de mutuelles**

La problématique abordée par ces auteurs est très pertinente. Ces travaux relancent le débat sur les problèmes liés à la protection sociale notamment, l'assurance sociale (assurance maladie et autres) des personnes exerçant dans le secteur informel mais aussi sur la performance des stratégies mises en place pour aller vers la couverture sanitaire universelle. Les données exploitées relèvent de l'empirisme et ne concernent que les mutuelles de santé relevant du secteur privé. Les difficultés liées à l'adhésion et à la fidélisation des mutualistes dans le secteur privé s'observent également dans le secteur public. Alors, une extension de la recherche au secteur public est nécessaire pour confronter les résultats et participer à l'harmonisation des approches quant à la couverture sanitaire des mutualistes au Bénin.

Dans l'article intitulé « Les populations à faible revenu et la protection sanitaire au Burkina Faso : les conditions d'une adhésion des populations aux principes mutualistes » publié dans la revue *SociologieS* par Marcel Toussida Kagambega en 2014, l'auteur a fait le constat que les mutuelles de santé ont un impact réel sur l'accès des populations vulnérables aux soins de santé, mais paradoxalement, ces dernières sont réticentes et manifestent une faible adhésion aux mécanismes assuranciers. Il a abordé sa problématique à travers trois questions que sont : quelles sont les contraintes liées au développement des mutuelles de santé au

Burkina Faso ? Dans quelles conditions, les mutuelles de santé peuvent-elles être le prolongement des mécanismes traditionnels de prise en charge des risques liés à la maladie ? Les croyances des populations sont-elles en réalité un obstacle à l'introduction de systèmes innovateurs en matière de santé ?

A partir d'une démarche anthropologique, l'auteur a mené des études de cas dans trois espaces sociaux (formel, informel et rural). Les données empiriques ont été recueillies à partir de la technique d'entretien semi directif. Ces études de cas ont permis de mettre en relief les itinéraires thérapeutiques des individus en cas de survenance de la maladie, la typologie des contraintes liées à l'accès aux soins de santé, les conditions dans lesquelles les mutuelles de santé peuvent être une réponse aux problématiques identifiées.

Les résultats montrent que le besoin d'un système de mutualisation des risques sanitaires est réel, voire nécessaire, dans un contexte de précarité sanitaire. Cependant, « la faible communication sur les principes qui gouvernent les mutuelles de santé, les insuffisances de l'étude de faisabilité (inadéquation entre les cotisations et la capacité financière réelle des acteurs concernés), les modalités de paiement, sont autant d'éléments qui éloignent les travailleurs du secteur informel de leur propre mutuelle de santé ». Par ailleurs, l'auteur rapporte que l'implantation des mutuelles a produit un effet contraire à celui recherché au départ, à savoir la couverture sanitaire des travailleurs de l'« informel », les plus vulnérables et les plus exposés aux risques. Les adhérents les plus solvables et les plus réguliers dans le paiement des cotisations sont, au stade actuel, les fonctionnaires et les travailleurs du privé moderne. Il s'en est suivi, la désaffiliation des personnes les plus exposées aux risques, les membres de l'association des soudeurs (une quarantaine de personnes), pourtant plus exposés aux risques d'accident de travail, en raison de la non prise en compte de leur spécificité. L'auteur note une complexité de la mise en place d'un système assurantiel dans un secteur informel diversifié et sensible à plusieurs

problématiques dont la qualité des prestations, les modes de paiement des cotisations, le coût de l'assurance. Selon l'auteur, l'étude de la mutuelle de santé présente l'avantage de confirmer l'importance du rôle des structures sanitaires dans l'enracinement des systèmes de mutualisation des risques sanitaires en milieu rural. Cependant, le non-respect des conventions conclues entre des mutuelles de santé et les établissements sanitaires peut par exemple compromettre une dynamique mutualiste bien amorcée.

Pour mener à bien ce travail scientifique, il a été inscrit dans un schéma théorique d'analyse. Qu'en est-il donc de ce modèle théorique d'analyse ?

1.6. MODELE D'ANALYSE

Deux modèles théoriques sont mobilisés pour l'analyse des données. Il s'agit des théories de la justice (Rawls John, 1993) et du jeu des acteurs de Michel Crozier et Erhard Friedberg (1977). Elles sont pertinentes pour plusieurs points de vue. La démonstration qui est faite dans cette section prend en compte l'application de ces théories dans l'analyse des données.

1.6.1 DE L'APPLICATION DE LA THEORIE DE LA JUSTICE

Les problèmes énumérés ci-dessus produisent des conséquences énormes aussi bien pour les mutualistes, les formations sanitaires et la Caisse Mutuelle de Prévoyance Sociale. Ces dernières s'illustrent en termes de renforcement des inégalités d'accès aux soins, de faible équité et de reproduction de la marginalité sociale, un ensemble de maux qui devraient être corrigés par l'extension de la protection sanitaire aux personnes exerçant dans le secteur informel à en croire Jordi Estivill (2003). Selon l'auteur,

[...]« Les micro-assurances de santé (mutuelles) ont été conçues pour parer à d'éventuelles difficultés financières en payant les services de santé par le biais d'un système de mise en commun des risques. On a constaté que dans certains cas, les membres de ces mutuelles pouvaient se prévaloir de certains droits dans les centres de santé et ainsi surmonter les craintes et les difficultés que ceux-ci engendrent. Par conséquent, les micro-assurances ne servent pas seulement à financer tel ou tel type de

soins, elles permettent aussi de franchir les barrières des centres de santé en posant d'autres conditions de participation » (Estivill, 2005 : 17).

Dans les faits tels n'est pas le cas. Au regard de ces différentes considérations, la théorie de la justice (John Rawls, 1993) est mobilisée pour servir de cadre à l'analyse des données. Selon cette théorie qui repose sur le principe du « maximin » (maximum du minimum), les ressources de la société doivent être utilisées pour améliorer la situation des plus pauvres et accroître leur possession de première nécessité. En d'autres termes, ces ressources qui doivent être redistribuées participent de la réduction de l'exclusion des groupes défavorisés et des inégalités d'accès aux soins. Somme toute, « ce principe correspond à l'équité verticale et l'application d'une discrimination positive en faveur des plus pauvres ». L'équité étant comprise sous l'angle de l'utilisation des services ou sous celui du mode de financement (Mc Pake et Kutzin, 1997). Pour Ridde (2011), l'équité d'accès aux soins est un corollaire de l'équité du financement des services. L'usage qui est fait de cette théorie permet de comprendre les effets positifs et négatifs des partenariats entre les centres de santé et la CMPS et les stratégies mobilisées par les différents acteurs en interaction pour faire face aux problèmes et accorder plus d'attention aux personnes vulnérables. Dans l'application, il est question de montrer comment les ressources mobilisées (cotisations et subventions) pour assurer les mutualistes, sont orientées vers les centres de santé ou sont détournées par les responsables de mutuelles à des fins inavouées.

1.6.2 DE L'APPLICATION DE LA THEORIE DU JEU DES ACTEURS

Crozier et Friedberg (1977), partant du concept de la « *rationalité limitée* » (Le concept de la rationalité limitée met en avant le fait que si tous les hommes sont dotés d'une même "raison calculatrice", leur raisonnement, tout logique qu'il soit, est affecté, orienté, modelé par la position dans laquelle il se trouve pour appréhender une situation donnée.) proposent un type de modèle d'analyse sociologique qu'ils appellent : analyse stratégique. L'acteur (les mutualistes) ne

choisit pas au hasard. Ses choix dépendent de ses valeurs mais aussi du contexte de production, du marché et des moyens dont il dispose pour tirer parti de la situation et augmenter sa *zone d'incertitude* (Zone d'incertitude : zone au sein de laquelle l'acteur rend son comportement incertain, imprévisible pour les autres acteurs, ce qui lui donne du pouvoir et lui permet d'augmenter sa force et sa capacité de négociations au sein de l'organisation (Crozier et Friedberg, 1977)). Chaque acteur a sa *stratégie* (Stratégie : ensemble cohérent de comportements qu'un acteur adopte en vue de préserver ses intérêts (Malek 2011). Elle est orientée par les enjeux et les zones d'incertitudes.), joue son propre *jeu* (Jeu : mécanisme concret grâce auquel les hommes structurent leurs relations de pouvoir et les régularisent tout en se laissant leur liberté (Crozier et Friedberg, 1977)) dans le cadre du système d'action dont il fait partie. Il cherche à augmenter son pouvoir, ainsi qu'à développer l'étendue de la zone placée sous son contrôle ou sa responsabilité. L'organisation en perpétuel changement se définit un système d'action concret (Système d'action concret : il est un construit contingent et non naturel (Crozier et Friedberg, 1977). Il est la manière dont les acteurs régulent leurs relations. C'est l'ensemble des règles formelles ou informelles que les acteurs se donnent pour faire fonctionner l'organisation et les alliances qu'ils nouent entre eux (Malek, 2011)) à partir de ses objectifs et des règles de fonctionnement actualisées en fonction du contexte. Dans le cadre des règles que développe chaque système d'action, les joueurs essaient de mettre en œuvre une stratégie, dont la finalité est d'accroître leur influence ou l'atteinte de leurs intérêts personnels. Tout système social comme une organisation peut être compris à partir de l'action des différents acteurs qui le composent. L'acteur obéit à des mobiles, à des motifs, poursuit une fin qu'il s'est préalablement fixés, compte tenu des objectifs organisationnels et des visées propres. A considérer que la CMPS et les formations sanitaires forment un petit système, et que de multiples acteurs mènent une gamme variée d'activités et d'interventions, la théorie du jeu des acteurs est pertinente pour plusieurs

raisons. Elle permet d'identifier les acteurs impliqués dans l'offre de soins et des services de micro-assurance santé aux populations. Elle permet d'apprécier à travers leurs interactions, la nature des relations que les acteurs entretiennent entre eux, d'analyser les convergences ou les divergences de points de vue sur la coordination des actions. Elle permet de mettre en évidence les situations de conflits qui naissent entre les institutions en collaboration. Comme le démontre Schmidt (1999), « l'analyse du jeu des acteurs constitue une tâche essentielle et particulièrement délicate », certes, mais elle sert à analyser les enjeux relationnel, organisationnel et systémique liés à la nature de la collaboration entre les différents acteurs et institutions. L'objet de la recherche, c'est la difficulté d'accès des mutualistes aux soins et services couverts par la CMPS. Plusieurs variables l'expliquent. Le lien entre le problème et les variables explicatives est présenté suivant le schéma ci-dessous :

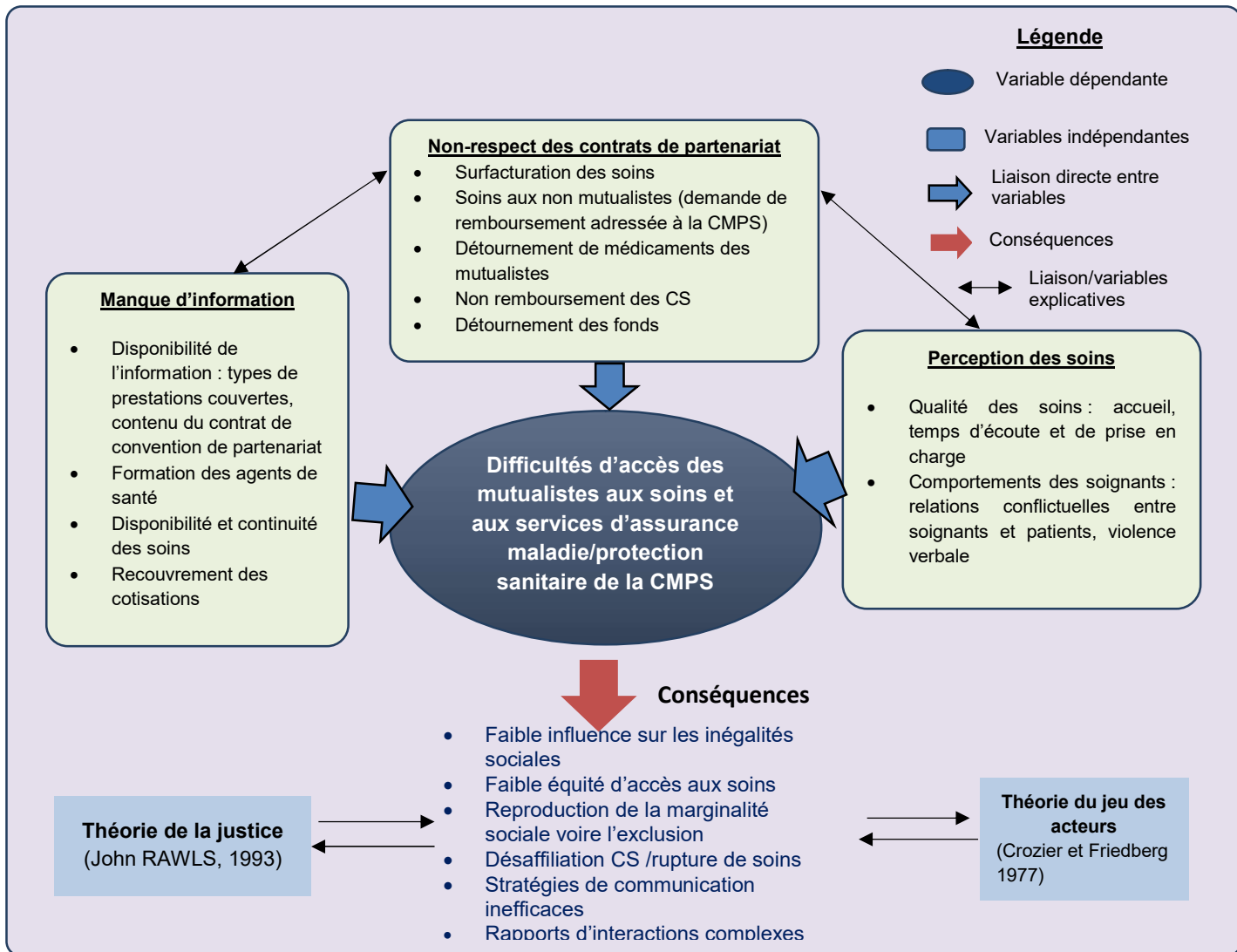


Figure 1 : Schéma du modèle d'analyse

Source : CHABLIS, 2018.

• **Explication du schéma**

Trois facteurs influencent l'accès des mutualistes aux soins et aux services de micro-assurance offerts par la Caisse Mutuelle de Prévoyance Sociale. Il s'agit du manque d'information, du non-respect des contrats de partenariat et des perceptions des soins. Parmi les déterminants de la satisfaction des usagers des services de santé et des services de micro assurance santé figurent en bonne place le coût des prestations de soins, les relations entre les agents de santé et les patients, les idées reçues, c'est-à-dire la perception de la qualité des soins pour ne citer que ceux-là qu'il convient d'analyser en profondeur et établir le lien

avec les difficultés que rencontrent les usagers de la CMPS et les formations sanitaires conventionnées.

La présente recherche a été réalisée dans un cadre donné et une démarche méthodologique a été adoptée.

CHAPITRE II : CADRE DE RECHERCHE ET DEMARCHE METHODOLOGIQUE

Ce chapitre expose les différentes phases de la démarche méthodologique. Cette démarche comprend le cadre de la recherche, la nature de la recherche, le groupe cible concerné par l'enquête, les techniques et outils de collecte de données, les différentes phases de l'enquête et les difficultés liées au déroulement de l'enquête sont décrits et argumentés.

2.1. BREF APERÇU DE LA CMPS

2.1.1 DU CONTEXTE DE LA CREATION DE LA CMPS

La recherche a été menée dans la Section Départementale Atlantique-Littoral de la Caisse Mutuelle de Prévoyance Sociale (SD-AT-LI/CMPS) autrefois dénommée Mutuelle de Sécurité Sociale de Cotonou (MSSC). La Mutuelle de Sécurité Sociale (MSS) pour les acteurs de l'économie informelle a vu le jour le 30 décembre 1999 à l'initiative du Ministère de la Fonction Publique du Travail et de la Réforme Administrative. Elle est la traduction de la volonté concrète de l'Etat de promouvoir un mécanisme d'extension de la protection sociale à l'endroit des populations exclues des régimes formels de sécurité sociale existants, et qui ne bénéficient d'aucun avantage social assuré par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS).

La MSS était administrée par les Associations Socioprofessionnelles qui la composent avec l'appui d'une Cellule de Gestion Technique. Le schéma de fonctionnement initial prévoyait que l'adhésion au système se fasse à travers l'association dont le membre relève. Le montant de la cotisation était de 2000F CFA/mois et par famille pour un ménage de 2 à 4 personnes ou plus, moyennant une augmentation proportionnelle de 500F CFA/bénéficiaire supplémentaire et par mois. Cette formule était plus avantageuse pour les ménages de grande taille (04 personnes ou plus).

En effet, l'histoire de la MSSC remonte à l'année 1999, où le gouvernement béninois à travers le Ministère du Travail et de la Fonction Publique a décidé de mettre en place la Mutuelle de Sécurité Sociale dans certains départements du Bénin à savoir l'Atlantique et le Borgou. Ainsi, depuis le 30 décembre 1999, le Ministère du Travail et de la Fonction Publique a initié une mutuelle pour les acteurs du secteur informel à savoir la Mutuelle de Sécurité Sociale du Bénin (MSSB) actuellement appelée Caisse Mutuelle de Prévoyance Sociale (CMPS). Il faut aussi souligner que la promotion de la mutualité dans le secteur de la santé a bénéficié du soutien politique au Bénin, par la mise en place par le Ministère de la Santé Publique d'une Direction de Santé Communautaire d'appui aux mutuelles de santé.

Dans les années 2004-2005, c'est-à-dire cinq ans après la mise en place de la MSSC, elle a connu une évaluation de sa branche santé. Juste après cette évaluation, il a été élaboré un schéma de redynamisation de cette branche par le Bureau International du Travail à travers le programme Stratégies et Techniques contre l'Exclusion Sociale et la Pauvreté (BIT/STEP) suite à une sollicitation du Ministère de travail et de la fonction publique (MTFP). Les axes de renforcement identifiés pour une redynamisation de la MSS sont : le renforcement des différents organes, - le renforcement du rôle des organisations socioprofessionnelles, - la révision du produit d'assurance santé (redéfinition du couple cotisation/prestations), - la révision des mécanismes de gestion administrative, financière et comptable de la MSS et l'intensification de l'information et de la communication en direction des adhérents et de la population en général.

En 2006, les reformes issues de la redynamisation de la MSSC ont été mises en œuvre, les autorités administratives du MTFP ont décidé d'étendre la mutuelle sur toute l'étendue du territoire Béninois. Et pour permettre une bonne visibilité des attributions de ces mutuelles départementales, une structure faîtière

dénommée la Mutuelle de Sécurité Sociale du Bénin (MSSB) a été installée. Pour des raisons d'autonomie et d'efficacité, elle a connu une mutation de nom notamment, par décret N° 2013-135 du 20 Mars 2013. Elle est dénommée actuellement Caisse Mutuelle de Prévoyance Sociale (CMPS). C'est un établissement public à caractère social régi par les dispositions de la loi n° 94-009 du 28 juillet 1994 portant création, organisation et fonctionnement des offices à caractères social, culturel et scientifique au Bénin. Elle est placée sous la tutelle du Ministère du Travail de la Fonction Publique (MTFP). La Caisse Mutuelle de Prévoyance Sociale est dotée d'une personnalité morale et d'une autonomie financière et entend relever le défi de la protection sociale du secteur informel qui représente 85% de la population active dans notre pays (Rapport du bilan des activités du BIT/STEP au Bénin 2001-2010, Novembre 2013).

2.1.2. LES MISSIONS DE LA CMPS

La CMPS remplit plusieurs missions pour le compte des travailleurs du secteur informel et de leurs ayant droits qui ne disposent d'aucun moyen de protection sociale. Il s'agit pour elle de :

- mener des actions de prévoyance, d'entraide et de solidarité visant la prévention des risques sociaux liés à la personne et à la réparation de leurs conséquences ;
- prendre en charge, dans les conditions fixées par le règlement intérieur, une partie des dépenses de santé de ses bénéficiaires dans les formations sanitaires en relation contractuelle avec elle ;
- verser aux adhérents ou à leurs ayant droits, dans les conditions fixées par le règlement intérieur, un montant au titre des prestations de vieillesse, d'invalidité ou de décès ;
- assurer l'adhésion du plus grand nombre de travailleurs de l'économie informelle à titre individuel ou par groupe à travers les regroupements d'association professionnelle, des Groupements d'Intérêt Economique

(GIE), des groupes d'entraide ou de tontine, des associations de développement, des ONGs, des PME et PMI, des institutions de microfinance ou des groupements de producteurs etc. ;

- mettre en œuvre une stratégie de communication, d'information et de sensibilisation pour une adhésion massive des travailleurs de l'économie informelle ;
- émettre son avis sur les projets de textes législatifs et réglementaires relatifs à la protection sociale des travailleurs relevant de l'économie informelle ainsi que sur toute autre question relative au même objet dont elle est saisie par les pouvoirs publics.

Les raisons qui motivent le choix de la Section de l'Atlantique-Littoral sont déclinées dans la section ci-dessous.

2.2. JUSTIFICATION DU CHOIX DU CADRE DE LA RECHERCHE

L'offre des services de micro-assurance maladie aux acteurs du secteur de l'informel au Bénin est assurée par la Caisse Mutuelle de Prévoyance Sociale et ce, par le biais des centres de santé conventionnés. Le besoin d'une recherche est inspiré des constats liés aux manifestations des phénomènes sociaux dans un contexte donné. Pour bien la conduire la recherche, il est important de « *circonscrire le champ d'analyse empiriques dans l'espace géographique et social et le temps* » (Quivy et Campenhoudt, 1995 : 158). La Caisse Mutuelle de Prévoyance Sociale est une structure sous tutelle du Ministère du Travail et de la Fonction Publique. Elle est organisée en plusieurs sections dont celle couvrant les départements de l'Atlantique et du Littoral. La présente recherche a été menée dans l'espace géographique de la Section Départementale Atlantique-Littoral plus précisément à Cotonou. Les centres de santé conventionnés à Cotonou sont : le centre médical Saint Jean de Cotonou, l'hôpital de zone de Suru-Léré, le centre Médico-Social Santé Pour tous d'Aïdjèdo, l'hôpital de

Mênontin, l'hôpital Bethesda de Cotonou, le centre d'Urgence et de Diagnostic Padré Pio de Cotonou, le centre de santé Anasthasis d'Agla.

Le choix porté sur la ville de Cotonou se justifie pour plusieurs raisons. Premièrement, c'est à Cotonou que la première section a été créée en 1999. C'est également à Cotonou que le contrat conventionnel avec les centres de santé est plus important. Cette section compte beaucoup d'adhérents et de centres de santé conventionnés à la fois publics, privés et confessionnels. Deuxièmement, c'est au sein de cette section que les plaintes relatives aux différentes prestations des centres de santé sont plus importantes. Avec cette pluralité de centres de santé conventionnés, les adhérents à la caisse rapportent au jour le jour les pratiques du personnel de ces centres qui aliènent la visibilité et la viabilité financière de la caisse et arrivent même à faire des comparaisons entre les centres publics conventionnés et les autres centres. Sommes toutes, la collaboration dans le cadre de la protection sociale qui unit la CMPS, les centres de santé conventionnés et les mutualistes est donc une arène dans laquelle les intérêts des acteurs ne sont pas les mêmes. Cela montre la nécessité et l'utilité de cette recherche dans ce cadre.

La deuxième section de ce chapitre est relative à la nature de la recherche.

2.3. NATURE DE LA RECHERCHE

La présente recherche analyse les dysfonctionnements liés à l'offre des services de micro-assurance maladie dans les formations sanitaires conventionnées. Il ne s'agit pas d'une expérimentation. La démarche de production des données ou preuves empiriques s'appuie sur deux grandes approches à savoir le qualitatif et le quantitatif (Pires, 1997). Mais le recours à l'approche qualitative est particulièrement approprié lorsque les facteurs observés sont difficiles à mesurer objectivement (Aubin-Auge *et al*, 2008). C'est bien cette approche qui a été privilégiée dans le cadre de cette recherche.

Son application est d'autant plus concrète dans la mesure où elle apporte un éclairage sur les dysfonctionnements relatifs à la qualité de l'offre des services de protection sociale aux adhérents de la mutuelle au niveau des formations sanitaires. Les aspects relatifs aux normes et à leurs pratiques ainsi que les perceptions des acteurs de l'offre et des usagers, leurs comportements sont abordés. Les écarts entre les types de services prévus aux adhérents et ceux qui leurs sont offerts dans la pratique sont assez illustratifs. L'explication qui en découle permet de comprendre les mécanismes du partenariat entre la Caisse Mutuelle de Prévoyance Sociale et les centres de santé ainsi que leur fonctionnement réel. Elle permet également de mettre en évidence les perceptions des services par les usagers à travers les plaintes de ces derniers vis-à-vis des formations sanitaires et à l'endroit de la caisse. Enfin, elle apporte la lumière sur l'influence de certaines pratiques (augmentation des coûts de prestation, remplacement d'un adhérent par un non adhérent, prescription d'actes non couverts par la caisse, etc.) sur la viabilité financière de la structure.

L'univers de l'enquête et le mode de sélection de l'échantillon sont présentés dans la section suivante.

2.4. UNIVERS D'ENQUETE ET MODES DE SELECTION DE L'ECHANTILLON

Salès-Wuillemin (2006) rapporte que l'univers de l'enquête fait référence à la population visée en regard des objectifs de l'étude et c'est dans cet univers que l'échantillon est choisi. Dans le cadre de cette recherche, la population d'enquête est formée d'agents de santé des formations sanitaires conventionnées (médecins, sages-femmes, infirmiers) et du personnel d'appui (directeurs des centres, comptable, caissiers/caissières, agent de pharmacie), des mutualistes et des responsables de la Caisse Mutuelle de Prévoyance Sociale. Le choix de ces acteurs se justifie par quelques critères indiqués ci-dessous :

- pour les agents de santé (médecins, sages-femmes, infirmiers), avoir été impliqué dans la validation des fiches (attestation de soins) du mutualiste ;
- pour le personnel d'appui (directeurs des centres, comptables, caissiers, pharmaciens), avoir été impliqué dans le contrôle de l'effectivité de l'identité du bénéficiaire en tant que membre de la mutuelle et de son statut (être à jour dans ses cotisations ou non) au moment de son recours aux soins, avoir connaissance de la convention de partenariat;
- pour les bénéficiaires, avoir été mutualiste, être à jour vis-à-vis de la Caisse pour ce qui est des cotisations, avoir bénéficié des soins couverts par la Caisse, etc. ;
- pour les responsables de la CMPS, avoir été impliqué dans le processus d'identification de contractualisation des formations sanitaires, avoir pris part au contrôle des fiches de mutualistes et au remboursement des formations sanitaires, etc.

En effet, pour constituer l'échantillon, « (...) on procède généralement à un sondage à deux degrés. On désigne un échantillon de localités ; dans les localités-échantillon, un échantillon de personnes, de ménages, (...) » (Désabie, 1963 : 10). Deux critères ont prévalu dans le choix des centres de santé. Le premier est relatif au niveau de fréquentation des centres de santé et le second renvoie à la disponibilité des soins.

Après l'observation des factures et les attestations de soins, l'enquête a pris en compte les centres de santé qui sont les mieux fréquentés par les mutualistes. Aussi, compte tenu du fait que depuis 2014, les remboursements des centres de santé connaissent des difficultés, certains centres se sont désaffiliés (suspension) et d'autres ont continué à prendre en charge les mutualistes. L'enquête n'a considéré que ceux qui continuent à offrir les soins aux mutualistes malgré les arriérés de factures non remboursées par la Caisse Mutuelle de Prévoyance Sociale. Au total, quatre (04) centres de santé à savoir : l'hôpital de zone de

Suru-Lere, le Centre de Santé d'Anastasis d'Agla, le Centre Médico-Social Santé Pour Tous d'Aïdjèdo et le Centre Médical Saint Jean de Cotonou, ont été retenus sur la base des critères énumérés ci-dessus.

Ces critères qui ont prévalu dans le choix et l'identification des centres de santé et des informateurs ont également servi pour la constitution de l'échantillon. Etant donné la nature qualitative et qualitative de la recherche, l'échantillon a été constitué à partir des techniques non probabilistes de choix raisonné, de boule de neige. Pour chaque catégorie d'acteurs, un quota est attribué.

Les catégories d'acteurs/informateurs identifiés et la taille de l'échantillon sont consignées dans le tableau ci-dessous

Tableau I : Échantillonnage des cibles de la recherche

N°	Différentes catégories d'informateurs	effectif		
		H	F	Total
1	Personnels de santé : médecins, sages-femmes, infirmiers	10	14	24
2	Personnels d'appui au niveau des formations sanitaires	13	11	24
3	Mutualistes	30	20	50
4	Responsables de la Section Atlantique-Littoral de la CMPS	02	02	04
Total		55	47	102

Source : Données de terrain 2018

Au total, 102 acteurs ont été interviewés soit 55 hommes et 47 femmes. En ce qui concerne le niveau d'instruction des mutualistes, il est présenté dans le tableau ci-après.

Tableau II : Répartition des mutualistes par niveau d'instruction

Niveau d'instruction				
Aucun	Primaire	Secondaire	Supérieur	Alphabétisé
1	10	27	11	1
2%	20%	54%	22%	2%

Source : Données de terrain 2018

54% des mutualistes interviewés ont fait au moins une classe du secondaire, 22% ont atteint le niveau supérieur, 20% ont fait le primaire, 2% sont alphabétisés et de même 2% des mutualistes n'ont aucun niveau.

2.5. TECHNIQUES ET OUTILS DE COLLECTE DE DONNEES

Plusieurs techniques de collecte de données ont été utilisées lors de la mobilisation des données théoriques et empiriques. Il s'agit de : revue documentaire, entretien semi directif.

2.5.1. REVUE DOCUMENTAIRE

Toute recherche s'inscrit dans le continuum des travaux antérieurs. Selon Cellard (1997 : 251), « *le document permet d'ajouter la dimension temps à la compréhension du social* » pour ce qui concerne les phénomènes observés. Ainsi, l'analyse documentaire constitue d'après Cellard, une

« méthode de collecte de données qui élimine, du moins en partie, l'éventualité d'une influence quelconque, qu'exercerait la présence ou l'intervention du chercheur, de l'ensemble des interactions, événements ou comportements à l'étude, en annulant la possibilité de réaction du sujet à l'opération de mesure » (Cellard, 1997 : 251).

La revue documentaire a permis de cerner les aspects théoriques de la recherche. Elle a permis d'identifier les concepts et les théories qui ont servi de base à l'élaboration de l'objet de recherche. Elle a été réalisée à partir d'une grille de lecture. Mémoires, articles, livres, documents de politiques, de normes, documents de statistiques, rapports d'études, et autres constituent la base

documentaire de cette recherche. La recherche sur internet a été constamment effectuée au cours de cette recherche donc, ne s'est achevée qu'après la production de la version provisoire à soumettre à la communauté scientifique pour appréciation. Les questions de recherche, les hypothèses et objectifs de ces différents travaux ont été passés en revue. Cela a permis de réorienter l'objet de recherche et de mieux peaufiner la section consacrée à la revue de littérature. Les données collectées à partir des documents ont été complétées par des entretiens auprès de différents acteurs.

2.5.2. ENTRETIEN SEMI DIRECTIF

L'entretien est utilisé pour le compte de ce travail pour décrire les profils des différentes catégories d'acteurs impliqués dans la mise en œuvre des activités de la Caisse Mutuelle de Prévoyance Sociale et comprendre les mécanismes du partenariat entre la Caisse Mutuelle de Prévoyance Sociale et les centres de santé. Ce qui va permettre d'appréhender les pratiques des uns et des autres et les logiques qui sous-tendent le partenariat entre les structures sanitaires conventionnées et la CMPS. Il est administré aux agents de santé et les responsables des centres de santé conventionnés. Le guide d'entretien est l'outil correspondant qui est utilisé pour la collecte des données. La technique de prise de notes a appuyé les outils et les enregistrements.

2.6 ORGANISATION DE LA COLLECTE DE DONNEES

La collecte des matériaux empiriques a été réalisée en trois temps : exploration, pré-enquête et enquête proprement dite.

2.6.1 EXPLORATION

Cette phase a consisté à faire un état des lieux. Elle a été consacrée à la revue documentaire et à la visite des centres de santé conventionnés. Les registres de soins, les factures, la liste des mutualistes et celle des mutualistes à jour de leur cotisation ont été consultés. La littérature sociologique et anthropologique sur

les problématiques relatives à la protection sociale, aux mutuelles de santé, à la couverture sanitaire universelle, à l'accessibilité aux soins, au financement et à l'équité d'accès aux soins a été mobilisée. Elle a permis de circonscrire le champ de la recherche, de définir les variables, les hypothèses et à élaborer le protocole de recherche qui a été soumis à l'appréciation du directeur de mémoire. Cette phase a été suivie de celle de la pré-enquête.

2.6.2 PRE-ENQUETE

Cette phase a été consacrée à l'élaboration des outils de collecte de données et à les tester sur le terrain. En effet, le directeur de mémoire a lu le protocole de recherche et a fait ses observations, ce qui nous a permis de nous remettre au travail et de documenter davantage l'objet de la recherche. Ce travail a permis de revoir les hypothèses de recherche et de mieux circonscrire la problématique. Cinq entretiens ont été menés dans deux centres de santé non pris en compte par la recherche. Les difficultés liées à l'administration des outils notamment, le guide d'entretien ont été relevées. Ces outils ont été corrigés. Ils ont servi à la mobilisation des données empiriques lors de la phase intensive de la recherche.

2.6.3 ENQUETE PROPREMENT DITE

La phase intensive de collecte de données s'est déroulée sur six semaines du 19 novembre 2018 au 31 décembre 2018. Les données ont été complétées par quelques enquêtes d'approfondissement en mars 2019. Un plan de travail a été élaboré en collaboration avec les informateurs en fonction de leur disponibilité. Des rendez-vous ont été pris avec les informateurs et les entretiens ont eu lieu. Au total vingt (20) entretiens ont été menés dont dix (10) de groupe et vingt (10) individuels auprès des informateurs ciblés. La plupart des entretiens ont duré en moyenne une heure.

Le traitement des données collectées a été manuel. L'analyse s'appuie sur les techniques classiques utilisées en recherche qualitative et quantitative présentées dans la section ci-dessous.

2.7. TECHNIQUES DE TRAITEMENT ET D'ANALYSE DES DONNEES

Cette phase a été consacrée au dépouillement et de traitement des données. « L'univers du discours » (Moreau, 2010), c'est-à-dire les matériaux d'enquête (entretiens, notes de terrain, observation) ont été transcrits et saisis à l'aide du logiciel Word 2013, police Times New Romans, taille 14, interligne simple. Par un travail manuel, les données ont été regroupées par thématique suivant les différentes articulations du guide d'entretien. L'analyse est fondée sur un double modèle, descriptif et analytique (explicatif). Elle porte sur le niveau d'information que les différents acteurs ont sur les services couverts par la CMPS, les éléments explicatifs du non-respect des conventions de partenariat et les perceptions que les usagers des centres de santé ont de la qualité des soins. Ainsi, par triangulation et par recoupement des informations, les données issues des différentes sources ont été soumises à la confrontation. Des verbatims en ont été extraits pour illustrer les faits décrits et analysés. Au final ces données ont été exploitées pour la rédaction des différentes parties de ce mémoire.

Pour conduire avec efficacité la recherche, quelques dispositions éthiques ont été prises.

2.8 DISPOSITIONS ETHIQUES DE LA RECHERCHE

Il n'y a pas de dispositions particulières liées à la démarche de la recherche. Lors de la phase de terrain, les objectifs de la recherche sont expliqués aux informateurs préalablement identifiés et avec qui des rendez-vous ont été pris. Il leur a été notifié que la recherche n'aura aucune incidence sur eux ; les données collectées seront rendues anonymes pour en faciliter l'exploitation, leur identité sera tenue confidentielle. Les désagréments, ce que les enquêtés auront à perdre

c'est le temps qu'ils auront consacré aux enquêteurs. Les entretiens ont lieu après le consentement verbal de l'informateur. Les avantages pour les informateurs, c'est : être informé de la problématique, participé à l'enquête en fournissant des informations sur les difficultés des mutualistes à bénéficier des services de la mutuelle et avoir accès aux soins à moindre coût.

Quelques difficultés ont été identifiées lors de la réalisation de cette recherche.

2.9. DIFFICULTES RENCONTREES

La première difficulté est celle relative à la réticence des responsables de la CMPS au début des entretiens surtout pour informer sur les documents relatifs au budget destiné au remboursement des formations sanitaires, le taux de remboursement et la programmation de paiement de celles qui continuent de prendre en charge les mutualistes.

La deuxième est liée à la collaboration des agents de santé. Ces derniers ne voulaient pas trop qu'on les identifie.

La présentation et l'analyse des résultats sont faites dans la deuxième partie de cette recherche.

DEUXIEME PARTIE

ORGANISATION DE L'OFFRE DES SERVICES DE MICRO- ASSURANCE MALADIE, ACCES AUX SOINS ET DYSFONCTIONNEMENTS

CHAPITRE III : ORGANISATION DE L'OFFRE DES SERVICES DE L'ASSURANCE SANTE DE LA CMPS

Ce chapitre décrit le dispositif mis en place par la CMPS et qui permet d'offrir des services de micro-assurance maladie aux mutualistes, les conditions d'adhésion à la CMPS et les prestations couvertes. Quelques éléments clés de la convention de partenariat avec les centres de santé sont aussi présentés.

3.1. ORGANISATION DES CENTRES DE SANTE CONVENTIONNES SUIVANT LE SYSTEME DE SANTE

Le système de santé du Bénin comprends trois niveaux : central, intermédiaire et le périphérique. Le niveau central organise la politique nationale en matière de soins de santé. Il est composé du ministère de la santé et ses différents démembrements au niveau institutionnel et le Centre National Hospitalier Universitaire (CNHU). Le niveau intermédiaire comprend les Directions Départementale de la Santé et les Centres Hospitaliers Départementaux. Le niveau périphérique représente l'entité la plus décentralisée du système de santé. Il comprend les hôpitaux de zone, les centres de santé publics de Commune et d'Arrondissement, les centres de santé confessionnels et les cliniques privées. L'offre des services de micro-assurance de la CMPS ne couvre que le niveau périphérique. La Section Départementale Atlantique-Littoral de la CMPS a signé de partenariat avec plusieurs centres de santé. A savoir :

- le Centre Médical Saint Jean de Cotonou et de Maria-Gléta ;
- l'Hôpital de zone de SURU-LERE (Cotonou) ;
- le Centre de Santé TOUSSAINT LOUVERTURE (Allada) ;
- le Centre de Santé Adolph Kolping d'Agbanto (Kpomassè) ;
- le Centre Médico-Social Santé Pour tous d'Aïdjedo ;
- la Clinique Coopérative d'Abomey-Calavi ;
- la Clinique Sainte Marie d'Abomey-Calavi ;
- le Centre Médical Mère CLELIA MERLONI d'Abomey-Calavi ;

- la Clinique Péniel de Cocotomey ;
- la Clinique Saint Benjamin de Godomey Gbègnigan ;
- l'Hôpital de Mênontin ;
- le Centre de santé ANASTASIS d'Agla à Cotonou
- l'hôpital Bethesda de Cotonou.

Il s'agit des centres de santé qui ont le statut d'un hôpital de zone où l'on bénéficie des services de spécialités diverses : accouchement, pédiatrie, gynécologie, vaccination, chirurgie, pour ne citer que ceux-là. L'objectif est de satisfaire les adhérents de la mutuelle. Mais quels sont les critères de choix de ces différentes formations sanitaires ?

3.2. CHOIX DES CENTRES DE SANTE CONVENTIONNES : CRITERES, ROLE DES MUTUALISTES

3.2.1. CRITERES DE CHOIX DES CENTRES DE SANTE

Pour satisfaire les mutualistes, la CMPS a noué un partenariat avec des centres de santé ou hôpitaux publics, privés et confessionnels. Ce partenariat s'est construit sur la base de deux critères importants à savoir : (1) l'accessibilité géographique des formations sanitaires concernées et (2) la capacité technique à répondre aux besoins des mutualistes. L'accessibilité géographique suggère que le centre de santé soit proche des mutualistes, notamment dans une zone où ces derniers constituent un effectif important. Mais ces formations sanitaires doivent disposer d'un plateau technique adéquat et du personnel qualifié pour recevoir les malades.

Le partenariat a pris en compte les centres de santé qui disposent des médecins spécialistes en chirurgie, en gynécologie, en pédiatrie, en stomatologie, des services de réanimation, des infirmiers spécialistes diplômés d'état et un personnel administratif. Cette capacité technique permet aux formations sanitaires de répondre adéquatement aux besoins en santé des mutualistes et de leur offrir les services essentiels en matière de soins de santé. Ce qui garantit à

priori la qualité des soins qui y sont administrés. Mais il arrive souvent que les mutualistes délaissent le centre de santé conventionné le plus proche au profit d'un autre plus loin. Cette situation peut trouver une justification dans les pratiques inhospitalières au niveau de ces centres (Olivier de Sardan, 2003), la méfiance envers les agents de santé lorsque le centre n'a pas une audience sociale importante, ou bien pour éviter le regard des proches sur la maladie.

Le processus de choix de ces formations sanitaires souffre de quelques insuffisances, notamment celles liées à l'implication des mutualistes.

3.2.2. PARTICIPATION DES MUTUALISTES AU CHOIX DES FORMATIONS SANITAIRES

La mise en place d'une mutuelle de prévoyance sociale participe au projet de promotion de la santé. Son but est de réduire les inégalités d'accès aux soins en termes d'accessibilité géographique, financière et relationnelle des services de santé. La proportion des mutualistes ayant participé au choix des formations sanitaires est présentée ci-dessous.



Figure 2 : Mutualistes ayant participé au choix des formations sanitaires

Source : données de terrain, 2018

La plupart des mutualistes soit 76% ont affirmé n'avoir pas été impliqués dans le choix des centres de santé et 24% ont participé à ce choix. Les mutualistes qui

ont participé au choix des formations sanitaires sont membres du conseil d'Administration ou du comité de gestion de la Section Départementale. Cette non implication des mutualistes dans le choix des centres de santé influe énormément sur la gestion des mutualistes dans les centres de santé conventionnés. Car une fois sélectionnés et fonctionnels, le suivi des institutions en accord de partenariat pour satisfaire effectivement les mutualistes devient quelque peu difficile. La non implication des mutualistes dans le processus de choix de ces formations sanitaires constitue une limite importante pour l'efficacité des interventions. Ceci induit des dysfonctionnements de collaboration entre les institutions.

3.3. ACCES AUX SERVICES DE LA CMPS ET PRESTATIONS PRISES EN CHARGE

3.3.1. CONDITIONS D'ACCES AUX SERVICES DE LA CMPS

Toutes les associations, organisations ou groupements professionnels d'hommes et de femmes ou de profession libérale et PMI/PME qui acceptent de verser régulièrement une cotisation pour bénéficier des avantages sociaux assurés par la CMPS peuvent être membres. Pour bénéficier de la prise en charge de la CMPS en cas de maladie, il faut remplir les conditions suivantes : être à jour dans le paiement des cotisations, avoir terminé la période d'observation fixée à trois mois, se rendre dans une formation sanitaire conventionnée muni de son livret de membre conforme (identité et photos), prévoir l'argent nécessaire pour le Co paiement ou ticket modérateur représentant 30% du coût des soins reçus.

3.3.2. PRESTATIONS COUVERTES PAR LA CMPS

Selon les informations reçues sur le terrain, chaque mutualiste a droit à un paquet minimum de service au niveau des formations sanitaires conventionnées. Les prestations couvertes par la CMPS sont inscrites dans la catégorie des soins primaires et des soins de spécialité.

Tableau III : Prestations couvertes et non couvertes par la CMPS

Prestations couvertes	Taux de prise en charge	Prestations non couvertes
<ul style="list-style-type: none"> • Consultations médecine générale adultes et enfants ; • Consultations spécialisées ; • Consultations pré et post natale ; • Accouchement simple et compliqués, césarienne (frais complémentaire sur la gratuité de la césarienne) ; • Mise en observation ; • Frais de séjour (en cas d'hospitalisation) ; • Interventions chirurgicales ; • Consommables médicaux ; • Médicaments génériques et autres cédés par la formation sanitaire ; • Examens de laboratoire ; • Radiographie ; • Echographie. 	70%	<ul style="list-style-type: none"> • Prothèses dentaires ; • Frais de monture de verres médicaux ; • Traitement de la stérilité ; • Médicaments vendus dans les pharmacies privées ; • Maladies bénéficiant de programmes spécifiques de prises en charge (VIH/sida, tuberculose, lèpre, ulcère de burili ... etc) ; • Bilan de santé ; • Vaccination.

Source : Données de terrain, 2018

Les prestations couvertes par la CMPS, aussi élargie en consultation générale qu'en consultation de spécialité, sont conditionnées par une cotisation à moindre coût pour un taux de prise en charge de 70%. Il s'agit des soins essentiels. Selon les propos d'un enquêté, il affirme :

« aucune possibilité n'est donnée aux personnes qui désirent avoir des soins spécifiques, surtout pour les analyses et les médicaments de payer plus et bénéficier de la prise en charge. » (Agent CMPS, cotonou Août 2018)

Les conditions de collaboration entre la CMPS et les formations sanitaires sont présentées et discutées dans la section ci-dessous.

3.4. CONDITIONS DE COLLABORATION ENTRE LA CMPS ET LES FORMATIONS SANITAIRES

Les centres de santé conventionnés et la CMPS sont une forme sociale qui fonctionne en tenant compte des dispositions du décret N° 2013-135 du 20 Mars 2013 de création de la CMPS et la convention liant la CMPS à chacun d'eux.

Selon la convention, les engagements sont aussi bien du côté des prestataires de soins qu'au niveau de la CMPS.

- **Les engagements pour le prestataire de soin**

S'agissant des engagements pour le prestataire de soin, on peut citer : l'accueil, les prestations de soins, le co-paiement ou ticket modérateur des mutualistes, l'utilisation et la délivrance de l'attestation de soins, la facturation.

- **Accueil :**

Seuls les bénéficiaires munis de leur livret de membre de la Caisse Mutuelle de Prévoyance Sociale et à jour dans le paiement de leur cotisation sont couverts par la mutuelle ; une liste informatisée des membres à jour de leur cotisation et pouvant bénéficier des prestations est établie et réactualisée au début de chaque mois. Toutefois, le centre conventionné continue de donner les soins pour tout mutualiste dont l'hospitalisation aborde le mois suivant si la liste n'est pas encore actualisée.

Les bénéficiaires doivent se présenter à l'accueil du centre et le personnel est invité à vérifier si l'adhérent figure réellement sur la liste fournie par la Section Départementale. Les bénéficiaires déposent au service d'accueil ou auprès de l'assistant (e) social (e) leur livret de membre et reçoivent un bon ou un jeton leur permettant de bénéficier de toutes les prestations.

- **Prestations de soins**

Les prestations de soins offertes par le centre conventionné effectuées conformément aux tarifs négociés et consentis par lui à la CMPS, et contenues dans la grille tarifaire.

Seuls les services mentionnés dans la convention sont couverts par la CMPS, de même seuls les médicaments vendus par la pharmacie interne de la formation

sanitaire sont cédés aux bénéficiaires de la Mutuelle. Les produits de spécialités vendus en officine privées sont à la charge du bénéficiaire.

Pour les cas nécessitant une référence vers une formation sanitaire d'échelon supérieur non conventionnée, les bénéficiaires ne sont plus à la charge de la CMPS.

- Réception du co paiement ou ticket modérateur des bénéficiaires

Le ticket modérateur dû par le bénéficiaire est de 30% du montant total pour toutes les prestations. Il devra, pour une consultation, être payé à la caisse de la formation sanitaire pour chaque prestation sollicitée. Dans le cas d'une hospitalisation, le patient paie chaque jour et pendant la durée de son hospitalisation le ticket modérateur qui représente 30% du montant des prestations dont il a bénéficié et reçoit en contrepartie un reçu de paiement.

- Utilisation et délivrance de l'attestation de soins :

Le bénéficiaire se présente au centre de santé, muni d'une attestation de soins. Cette attestation doit être dûment remplie par un agent des formations sanitaires à chaque étape de sa prise en charge, conformément aux prescriptions définies au verso de l'attestation de soins.

- Facturation

La facture des prestations fournies au cours d'un mois devra être établie et envoyée à la Caisse Mutuelle de Prévoyance Sociale (CMPS) au plus tard le 05 du mois suivant avec les feuillets des attestations de soins de chaque bénéficiaire pour permettre le suivi et le contrôle des prestations de soins avant le paiement.

- **Les engagements pour la Section Départementale Atlantique Littoral de la CMPS**

Pour ce qui concerne les engagements de la Section Départementale Atlantique Littoral de la CMPS, il s'agit de la mise à disponibilité de la liste mensuelle des bénéficiaires à jour, et du paiement des prestations de soins.

- **Mise à disponibilité de la liste mensuelle des bénéficiaires**

Une liste informatisée des bénéficiaires à jour des cotisations au cours de chaque mois est rendue disponible et envoyée au niveau de tous les centres de santé conventionnés, par les responsables de la Section Départementale. Selon les propos d'un responsable de la CMPS, il déclare :

« Cette liste mensuelle des bénéficiaires à jour, nous la sauvegardons sur des supports informatiques et nous faisons le tour de tous les centres de santé conventionnés pour l'enregistrement car la plupart de ces centres de santé n'ont pas l'internet . » (Agent CMPS, cotonou Août 2018).

- **Paiement des prestations de soins**

Le règlement de la facture est effectué par chèque au nom du centre de santé conventionné et payé au plus tard 30 jours après la réception de la facture.

Les déterminants de l'accès des mutualistes aux services d'assurance maladie de la CMPS sont présentés dans le chapitre suivant.

CHAPITRE IV : COLLABORATION INSTITUTIONNELLE ET PERCEPTION DE LA QUALITE DES SOINS CHEZ LES MUTUALISTES

Ce chapitre rend compte, d'une part, des déterminants liés à la collaboration entre la CMPS et les formations sanitaires. Ils sont d'ordre relationnel, organisationnel et systémique. Les interprétations subjectives liées à l'information et la communication sur la CMPS, à la qualité des soins, à la disponibilité, à la continuité des services et à l'accès aux médicaments au niveau des centres de santé sont d'autre part exposés. Elles se rapportent à la relation entre les agents de santé et les usagers mutualistes.

4.1. DYSFONCTIONNEMENTS LIES A LA RELATION ENTRE LES INSTITUTIONS

Les résultats issus de l'enquête menée au niveau des prestataires de soins révèlent que la relation entre les institutions s'est dégradée depuis quelques années et continue de l'être. Selon les théories de la collaboration (Goldman *et al.*, 2010 ; D'Amour *et al.*, 2008), une bonne relation entre personnes ou entre institutions s'appuie sur un certain nombre de valeurs telles que la confiance, le respect et une communication efficace. Des responsables de formations sanitaires et de la CMPS s'accusent mutuellement en se reprochant le non-respect des clauses du contrat de partenariat. Le reproche des responsables de formations sanitaires à l'endroit de ceux de la CMPS est lié au retard dans le processus de remboursement des factures. Dans les faits, la CMPS éprouve depuis 2014, des difficultés à rembourser les formations sanitaires. Les propos d'un interlocuteur sont illustratifs à cet effet. Il affirme :

« la CMPS ne respecte pas ses engagements. Nous avons besoin de l'argent pour le fonctionnement du centre. Mais, après nos prestations, il faut attendre un bon moment avant de pouvoir obtenir les fonds. Toutes les fois que la CMPS envoie des délégations pour venir échanger avec l'hôpital Saint Jean, nous ne manquons pas de le leur dire. »
(D. D., Cotonou le 08/09/18).

Ces propos traduisent l'indignation des responsables des formations sanitaires à l'égard de la CMPS. Il ressort que le non-respect des engagements financiers

pose des problèmes de survie des formations sanitaires. De récentes études (Turcotte-Tremblay et al., 2010 : 119), ont montré que dans le cadre des mutuelles de santé au Bénin, il existe deux catégories d'obstacles qui freinent l'adhésion et la fidélisation des mutualistes. Notamment, « l'absence de culture de prévoyance envers la maladie, le manque d'information et le manque de confiance ont été identifiés comme obstacles à l'adhésion. Le manque de volonté politique, la mauvaise relation avec les prestataires de soins, les ruptures de médicaments.

Les responsables de la CMPS de leur position reprochent également aux agents de santé certains comportements qui sont de nature à entraver la collaboration.

Un agent de contrôle rapporte :

« Dans les faits, les prestataires de soins facturent certains actes non pris en charge chez l'homme par la mutuelle comme par exemple, le spermogramme et la spermoculture en cas de stérilité. Il y a aussi des surfacturations qui sont faites au niveau des centres de santé et que l'on relève au cours de la vérification de la conformité des coûts de prestation sur la facture et l'attestation de soins. Dans certains cas, l'on constate le remplacement d'un mutualiste par un non mutualiste. A cela s'ajoute le non suivi du plafonnement des actes par les agents de santé, la mutation au poste de certains agents qui entre temps, auraient bénéficié d'une formation dans ce sens et l'augmentation du coût des prestations de soins. Concernant le plafonnement, il y a un certain montant que le mutualiste ne doit pas excéder. Mais certains actes sont facturés au-delà de ce plafond, ce qui pose des problèmes de remboursement des centres de santé » (Agent CMPS, 12 12 2018).

La couverture des soins a des enjeux économiques. En effet, l'Etat envoie des subventions pour faciliter le fonctionnement de la CMPS. Une partie des subventions est destinée au paiement des prestations de soins dont bénéficient les mutualistes au niveau des centres de santé conventionnés. Les recherches renseignent que cette portion de la subvention n'est pas entièrement orientée vers cette action. Et depuis 2014, le remboursement des formations sanitaires est compromis. Certaines d'entre elles refusent donc de prendre en charge les mutualistes. D'autres encore ont même suspendu leur contrat avec la CMPS et

attendent d'être remboursées avant de poursuivre la délivrance des soins aux mutualistes.

Il est à noter qu'au niveau de la CMPS, il y a un problème de mauvaise gouvernance à la Direction Générale. Depuis 2013 avec la création de la CMPS, le paiement des centres de santé conventionnés n'est plus prioritaire. Ces difficultés d'ordre pratique ont des effets négatifs sur l'accès aux services d'assurance maladie par les mutualistes de la CMPS. A ces incongrus s'ajoutent, au niveau des formations sanitaires, les surfacturations, la prise en charge des non mutualistes et la demande de remboursement adressée à la mutuelle, le détournement des médicaments des mutualistes, pour ne citer que ceux-là.

Le non-respect des engagements est caractéristique des institutions en interaction. Cet état de fait a produit chez les acteurs à divers niveaux, une crise de confiance, une démotivation. Ce qui se solde souvent par la suspension de ce partenariat avec la CMPS. Sur le plan organisationnel, le constat est similaire.

4.2. DYSFONCTIONNEMENTS LIEES A L'ORGANISATION DES SERVICES

Sur le plan institutionnel, les rôles et les responsabilités des institutions sont formalisés à travers un contrat de convention de partenariat en bonne et due forme. Selon les termes de cette convention, l'objectif principal est d'accroître l'accessibilité financière des bénéficiaires de la CMPS aux services de santé. Les résultats de l'enquête mettent en évidence une faible coordination des actions. Les rôles et les responsabilités qui caractérisent l'organisation des services sont affaiblis par la quasi absence de suivi au niveau des formations sanitaires. Cette situation se traduit par des accusations mutuelles dans le rang des responsables des structures concernées. Les responsables de la CMPS expliquent cette situation par un dysfonctionnement au niveau des formations sanitaires qui n'arrivent pas à mettre à la disposition de la CMPS dans un délai raisonnable (un

mois), les factures des prestations offertes aux mutualistes. Un responsable rencontré dans un centre de santé reconnaît cette irrégularité et déclare :

« les factures ne sont pas vite envoyées à des moments donnés. Cela s'explique par la disparité des calculs qui ne sont pas les mêmes avec les points de la CMPS. Elle nous demande de revoir les points que nous avons faits. Ce qui retarde le décaissement des fonds » (A. E. Cotonou le 13/09/18).

Il ressort de ces propos qu'en dehors du retard observé dans la transmission des factures, il y a le processus de décaissement qui est relativement long. Ceci s'explique par le fait que la réception des factures est suivie d'un processus de vérification. Les responsables de la CMPS procèdent à un contrôle et vérifient la conformité des actes administrés au niveau des centres avec ceux inscrits dans les conventions de partenariat. Et il a été présenté dans la section précédente, il se trouve que la vérification révèle des irrégularités, ce qui, du fait des réajustements, rallonge le temps de décaissement. Soulignons que la CMPS souffre énormément de l'absence d'un médecin-conseil qui pourra accompagner le traitement des factures et contrôler de façon convenable les centres de santé conventionnés.

En effet, les dysfonctionnements relatifs à l'accès des mutualistes aux services de la mutuelle et aux soins s'apprécient aussi en termes de report du soin ou de rupture de soins.

Par rapport au report des soins cette affirmation des mutualistes s'explique par la figure suivante :

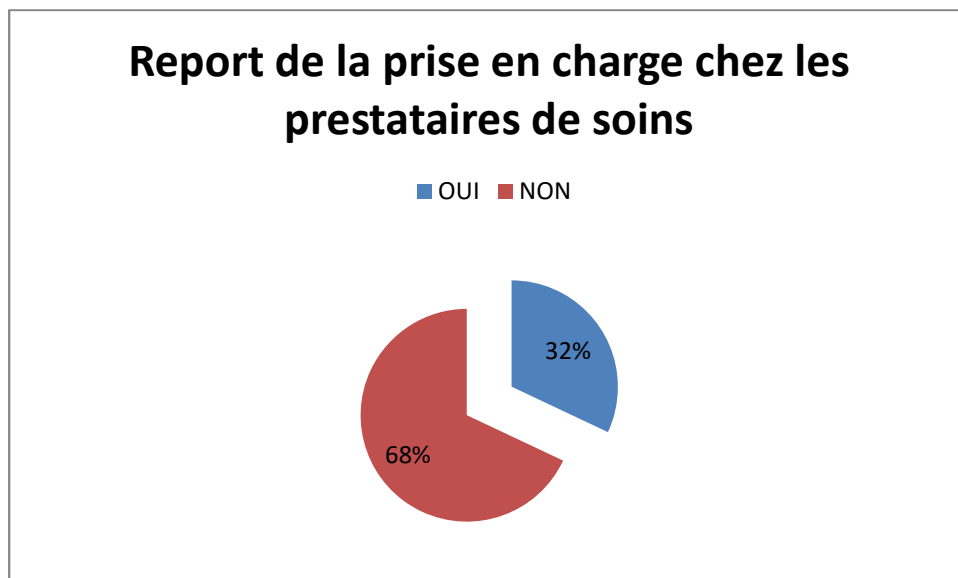


Figure 3 : Report de la prise en charge chez les prestataires de soins

Source : Données de terrain, 2018

En effet, 32% des mutualistes confirment avoir été renvoyés dans les centres de santé conventionnés pour avoir d’abord l’aval des responsables de la Section Départementale Atlantique -Littoral de la CMPS, avant de les prendre en charge car leurs noms ne figurent pas sur la liste des bénéficiaires à jour de la période. Cet état des choses fait que ces mutualistes reportent leurs soins ou paient intégralement.

Certains mutualistes ayant été confrontés à des difficultés d’accès à des services spécifiques s’expriment ainsi qu’il suit :

« Moi j’ai souscrit pour cinq personnes. Un jour mon enfant chauffait et j’ai décidé de l’amener au centre de santé puisque j’ai souscrit à la mutuelle de l’État. À ma grande surprise je vais à l’hôpital de Mènontin et on m’a dit que Mènontin ne reçoit plus. Je suis allé à Padre Pio et là-bas c’est pareil, ce centre ne reçoit plus les mutualistes. J’avais déjà fait une expérience de mauvais accueil à Bethesda ; je ne voulais plus revivre la même expérience et j’ai décidé d’aller à Saint Jean. Arrivée là-bas, on m’a fait savoir qu’il y a des analyses que la mutuelle ne couvre pas. Donc si on peut nous préciser à l’avance les prestations non couvertes par la mutuelle on saura ce qu’il faut faire » (Z. C., 42 ans, 13/09/2018).

Ces propos et le report des soins mettent en exergue les problèmes liés à la performance des systèmes de santé et de l’organisation des services de micro-

assurance santé aux mutualistes. En réalité, la performance du système de santé s'apprécie à travers quatre critères essentiels à savoir : la disponibilité du service, la continuité, la qualité et l'efficacité. Les résultats de cette enquête montrent que les attentes des mutualistes ne sont pas comblées. Alors, « *[l'organisation qui est] un ensemble d'acteurs doté d'une structure d'autorité, de rôles et d'un système de communication permettant la coordination et le contrôle des activités afin de réaliser un ou des buts* » (Bourricaud, 1989), se trouve fragilisée. Au regard des dysfonctionnements observés, il ressort que les mécanismes de coordination, de suivi continu et de communication sont inefficaces. Ils ne permettent pas de garantir la qualité du leadership des institutions et favoriser le développement et le maintien de la collaboration entre ces dernières. Ils ne favorisent pas non plus la disponibilité, la qualité et la continuité des soins. De ce point de vue, l'objectif ultime de la CMPS, c'est-à-dire l'accessibilité financière et la qualité des soins aux acteurs du secteur informel se trouve hypothéquée et déséquilibrée.

4.3. INSUFFISANCE DES STRATEGIES D'INFORMATIONS ET DE COMMUNICATION AUTOUR DES SERVICES OFFERTS PAR LA CMPS

Quelles sont les stratégies d'information et de communication mises en place par la CMPS afin de susciter l'adhésion des populations aux produits de la mutuelle ? Les responsables de la CMPS à qui l'on a adressé cette question ont identifié deux stratégies importantes. La première est celle dite de « porte à porte ». La seconde se rapporte aux émissions radio. En fait, l'utilisation des radios communautaires ou radios commerciales comme canal de diffusion et de sensibilisation des populations visent à atteindre un grand nombre de personnes et accroître le taux de pénétration et faire face convenablement à leur prise en charge. Ces deux approches insistent sur la nécessité pour la population de souscrire à la mutuelle et de bénéficier des services disponibles. Les acteurs ciblés diffèrent selon les approches.

La stratégie de porte à porte se fait par le personnel de la mutuelle. Elle est orientée vers les organisations socio-professionnelles (associations, coopératives d'artisans, groupements de femmes, producteurs) et les petites et moyennes entreprises. Elle est soutenue par quelques initiatives individuelles orientées vers des amis, l'environnement social, les étudiants au niveau des universités, les usagers des marchés et les ONGs. A ces séances d'information et de sensibilisation, des dépliants ou prospectus sont distribués aux personnes rencontrées. Plusieurs mutualistes avec qui des entrevues ont été menées ont affirmé avoir été informés par un personnel de la CMPS ou à la radio.

Pour mieux faire connaître les prestations de la Caisse Mutuelle de Prévoyance Sociale (CMPS) à toute la population, et aussi afin de diffuser, transmettre des messages d'information à travers les radios communautaires qui sont plus proches des communautés, un contrat de partenariat a été signé avec l'association des radios communautaires du Bénin. Dans les départements de l'Atlantique-Littoral, deux radios ont été retenues à savoir : Radio Tokpa (Cotonou) et Radio Tado (Abomey-Calavi). Mais les émissions radio se font de façon occasionnelle. Pour preuve, entre 2006 et 2018, seules trois séries d'émissions radios ont été animées par le chef Section Départementale Atlantique-Littoral de la CMPS. La dernière émission radio en date a été diffusée en 2015. Elle a démarré effectivement le jeudi 11 juin 2015. Les jeudis ont été retenus pour la réalisation des émissions et leur rediffusion de 16h à 17h. Deux émissions en direct sont réalisées par mois, une en français et la seconde en fon, les deux émissions sont rediffusées au cours du mois. Les thèmes développés portent sur : (1) Genèse, objectifs, vision et les produits de la CMPS ; (2) Conditions d'accès aux produits de la CMPS et témoignages des bénéficiaires ; (3) Avantages des prestations de la CMPS et témoignages des bénéficiaires. Au cours des émissions, une plage est laissée aux auditeurs et bon nombre de ces derniers posent des questions ou apportent leurs témoignages.

Avec la radio Tado par exemple, la diffusion en direct des émissions a pris fin selon le contrat le Jeudi 20 Août 2015. A Radio Tokpa, les émissions en direct ont démarré le mercredi 08 juillet 2015. Elles se déroulent tous les mercredis de 16h30mn à 17h 30mn. Ces émissions interactives sont soutenues par des spots publicitaires.

Par rapport aux spots publicitaires, cent (100) spots sont rediffusés par jour à certaines heures et par mois et cela en français et les langues nationales (fon, goun, mina, dendi, yoruba). Concernant les communiqués radio, cinquante (50) communiqués sur les activités de la CMPS et ses démembrements ont été diffusés. Ces communiqués ont été proposés par l'équipe technique de la Section Départementale Atlantique-littoral de la CMPS.

Il est à observer que la Caisse Mutuelle de Prévoyance Sociale (CMPS) est une organisation politiquement structurée qui a son architecture propre et ses règles de fonctionnement. A l'analyse de ces résultats, il ressort que ces émissions sont insuffisantes au regard du nombre, de la durée et de la période. Elles ne s'inscrivent pas dans le long terme, ce qui laisse penser à une insuffisance criarde d'information à propos de la CMPS et des services disponibles. En effet, l'information qui en elle-même est un enjeu dans le monde social (Champagne *et al.*, 1989) devrait être disponible en tout temps.

4.4 PERCEPTIONS DE LA QUALITE DES PRESTATIONS DE LA CMPS ET DES SOINS PAR LES BENEFICIAIRES

Le lien entre la qualité des soins et les mutuelles de santé n'est pas toujours perceptible en raison des différences d'appréciation dont elle fait l'objet de la part aussi bien des prestataires de soins que des usagers. Certains auteurs (Criel, Blaise et Ferette, 2006) l'ont démontré en postulant l'hypothèse que la mutuelle de santé peut constituer un levier pour améliorer la qualité de l'offre. Ils en arrivent à la conclusion que la qualité des soins est un concept socialement construit dans un contexte donné. En l'absence d'une définition plus

consensuelle du concept de qualité des soins, la présente recherche se base sur un certain nombre de variable à savoir : la disponibilité et la continuité voire la discontinuité des services, l'accessibilité géographique des centres de santé conventionnés par la Caisse Mutuelle de Prévoyance Sociale et l'accès des mutualistes aux médicaments. Les résultats de ces analyses sont exposés dans les sections ci-dessous.

4.4.1. DISPONIBILITE, CONTINUITE ET DISCONTINUITE DES SERVICES

Pour améliorer l'accès aux soins des personnes les plus défavorisées exerçant dans le secteur de l'informel et supprimer les freins financiers, la mutuelle d'assurance prend en charge les co-paiements pour les consultations, l'hospitalisation, les analyses, les médicaments. Mais les usagers ne semblent pas être satisfaits des pratiques qui se développent dans les centres de santé. Le niveau de satisfaction des prestations de la CMPS a évolué dans le temps allant d'un niveau plus satisfaisant à un niveau le moins satisfaisant. Un couple rencontré dans le cadre de cette enquête rapporte :

« Moi j'ai adhéré à la mutuelle depuis 2012 ainsi que mon épouse. Au début, nous étions très satisfaits des prestations. Les droits d'adhésion et les cotisations n'étaient pas élevés. Au moment où nous avons adhéré, la cotisation était à 600F CFA et après s'est passé à 850F CFA. Ce montant est même supportable mais il se fait que depuis environ deux ans nous éprouvons de difficultés à bénéficier des soins dans les centres de santé conventionnés. Avant le dernier enfant, notre garçon était malade et nous l'avions amené à Bethesda et les agents de santé ont refusé de nous soigner. Mais il faut dire que c'est l'hôpital de Mènontin qui est le premier à suspendre les prestations de soins aux mutualistes. Le centre de santé de Mènontin a suspendu les prestations avant même la naissance de notre garçon. C'est madame qui est allée là-bas et elle n'a pas été reçue. Ça fait déjà plus de trois ans que le CS de Mènontin refuse de soigner les mutualistes mais c'est bien plus tard que Bethesda a suspendu les soins. Je crois que c'est bien après mon dernier geste » (Couple mutualiste à Zogbohouè, Avril 2018).

Ces faits sont justifiés, du moment où depuis 2014, la mutuelle n'a plus organisé de formations à l'endroit des professionnels de santé. De plus, ceux qui avaient été formés, par suite des mutations ont quitté, laissant ainsi les formations sanitaires sans personnes ressources pouvant informer les bénéficiaires sur les modalités d'accès aux services de la mutuelle. Il ressort que le faible niveau

d'information des usagers et des professionnels des centres de santé ne permet pas de fournir des données quantitatives et qualitatives sur les différents types de services couverts par la mutuelle, le contenu des conventions de partenariat entre la CMPS et les centres de santé, les modalités d'accès des usagers mutualistes aux services d'assurance maladie, le coût maximal (plafond) supporté par la mutuelle, le recouvrement des cotisations, la disponibilité et la continuité des soins.

D'un point de vue théorique, l'assurance maladie, traditionnellement considérée comme un instrument de lutte contre les inégalités de santé, permet théoriquement aux pauvres comme aux riches d'accéder à des services médicaux bénéfiques pour leur santé. Dans cette recherche, les bénéficiaires dénoncent « l'indisponibilité » des services dans les centres de santé conventionnés. Or, certains travaux suggèrent l'existence d'obstacles non financiers opposés, au sein du système de santé, aux patients ayant pris la décision de recourir aux soins, donc liés à la demande de soins ou à l'utilisation du système de santé. Ces obstacles trouvent leur source dans la disponibilité effective des services pour le patient et dans les décisions des professionnels de santé (Couffinhal, Dourgnon, Geoffard, *et al.*, 2005). À ces obstacles s'ajoutent la *continuité et la discontinuité organisationnelle* des services (Bergeron et Castel, 2015).

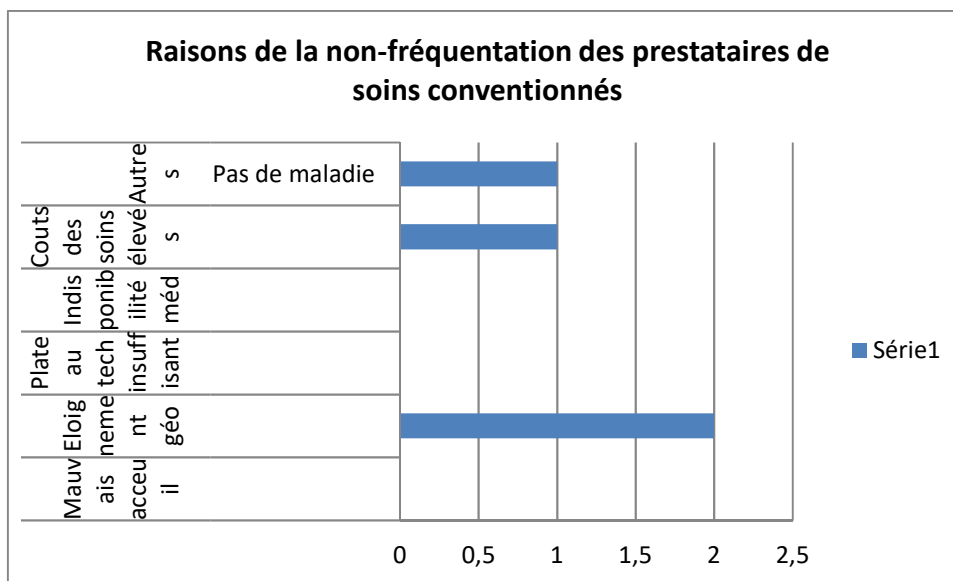
En effet, il ressort de ces résultats que le système lui-même crée des inégalités aussi bien primaires que secondaires. Pour Lombrail (2004), ces inégalités traduisent la marque d'une certaine « *incapacité du système* » de santé à répondre aux attentes des usagers. De ce point de vue, « le système de soins a sa part de responsabilité du fait d'inégalités d'accès aux soins primaires (contact avec le système de soins) et secondaires (reconnaissance et prise en charge des problèmes par le système de soins). Ces inégalités notables d'accès primaires aux soins sont selon Dedourge et Rondeau (2005), le fait des inégalités de protection sociale et se traduisent par l'accès toujours plus difficile à une

protection sociale pour les marginalisés. Ces difficultés sont renforcées par celles liées à l'accessibilité géographique des centres de santé conventionnés.

4.4.2 ACCESSIBILITE GEOGRAPHIQUE DES CENTRES DE SANTE CONVENTIONNES

Les reproches formulés par les bénéficiaires se rapportent à l'insuffisance de centres de santé conventionnés sur toute l'étendue du territoire national et à l'accessibilité des centres de santé surtout quand on s'éloigne des grandes villes comme Cotonou, Parakou, Porto-Novo, Abomey et autres. Un informateur rapporte :

« Pour des prestations de bonne qualité, je pense que les autorités de la CMPS doivent élargir la convention à d'autres centres de santé. Il est vrai la mutuelle a une portée nationale, mais la distance qui sépare les centres retenus n'est pas la même surtout quand on sort de Cotonou. L'autre chose, c'est de pouvoir s'entendre avec le trésor public pour que les hôpitaux aient leur dû à temps et c'est parce qu'ils n'entrent pas en possession des sous qu'ils commencent par refuser » (Enseignant mutualiste, septembre 2018).



Graphique 1 : Raison de non fréquentation des centres de santé conventionnés

Source : Données de terrain 2018.

Avec les propos de cet enquêté et à travers le graphique 1, un grand nombre de mutualistes attribuent l'éloignement des centres conventionnés par la CMPS, comme raison de non fréquentation de ces centres.

De nombreuses études montrent effectivement que la consommation de soins diminue avec la distance ou augmente avec la densité médicale de la zone géographique (Lucas-Gabrielli, Nabet et Tannelier, 2001). Les résultats issus de la présente recherche confirment ce point de vue. Selon les informateurs, la proximité des centres de santé influence beaucoup la demande des soins. Ce qui ne permet pas aux populations de bénéficier des soins à moindre coût, c'est non moins l'adhésion à une mutuelle ; le plus important, c'est la disponibilité du service et son accessibilité géographique. Mais il ne suffit pas que les services soient disponibles, accessibles et continus pour garantir la satisfaction des mutualistes. Il est nécessaire qu'ils bénéficient réellement de toutes les prestations auxquelles ils ont droit, y compris l'accès aux médicaments.

4.4.3. ACCESSIBILITE DES MUTUALISTES AUX MEDICAMENTS

En dehors de la disponibilité effective de l'offre, les usagers dénoncent certaines pratiques relatives à la vente de médicaments. Ils pensent qu'il y a une *différence sociale* de traitement en ce qui concerne la cession des médicaments au niveau des pharmacies des centres de santé conventionnés. Cette différence et qui est liée au statut du mutualiste et à la capacité à payer les médicaments à la pharmacie. Selon les informateurs, les catégories sociales les mieux servies à la pharmacie sont celles qui paient les médicaments directement, celles qui ont du cash. Un couple explique :

« maintenant il y a un autre aspect. Avant, la prise des médicaments prescrits ne posait pas de problème à l'intérieur bien sûr mais on a constaté depuis, deux à trois ans comme ça que..... il y a une politique qui ne dit pas son nom, c'est-à-dire que quand vous allez au centre de santé et on constate que le coût de tel produit là dépasse tel montant, quand bien même c'est dans l'hôpital on vous dit ce n'est pas dans l'hôpital ; c'est à la pharmacie en dehors du centre de santé qu'il faut aller payer. Mais si vous venez avec vos propres sous sans la prise en charge, là on vous dit que c'est dedans. Qu'est-ce qui a causé ça ? Je ne sais pas si c'est le nombre de personnes ayant souscrit à l'assurance qui est insuffisant et qu'ils ont cherché des moyens pour contourner. C'est vraiment décevant, à la limite humiliant » (Couple mutualiste à Zogbohouè, Avril 2018).

Par conséquent certains mutualistes sont affligés par le coût des prestations au niveau des centres de santé conventionnés.

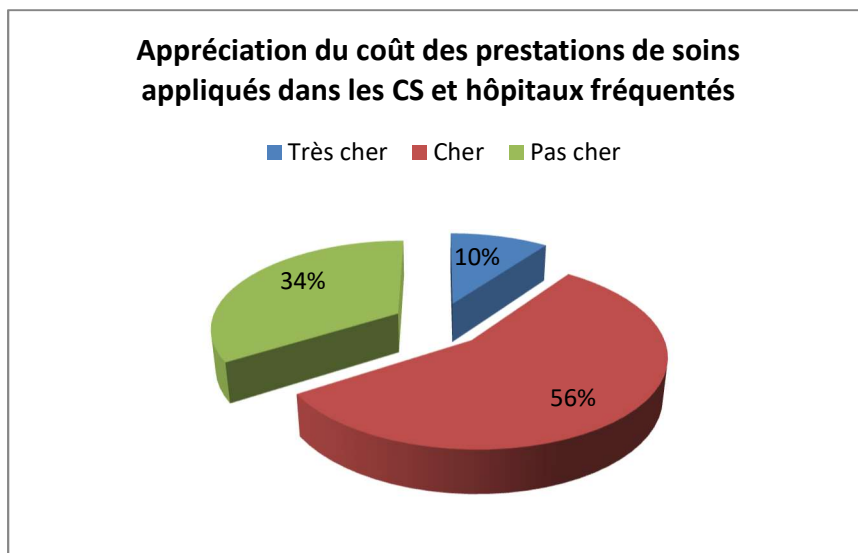


Figure 4 : Appréciation du coût des prestations de soins par les mutualistes

Source : Données de terrain 2018.

Parmi les mutualistes abordés, 56% trouvent les coûts des prestations de soins appliqués par les centres de santé conventionnés chers, 10% affirment que cela sont très chers et 34% estiment pas chers.

Les propos ci-dessus et ces chiffres, traduisent les faiblesses liées au système de protection des pauvres voire des personnes en situation de précarité. De l’avis d’un enquêté : *‘la mutuelle ne garantit pas un total accès aux médicaments’*. Dans une publication récente, Duvoux (2012) qui dresse une analyse pertinente des politiques sociales actuelles en France (mesures d'assistance et d'insertion telles que la couverture maladie universelle), l’auteur fait remarqué d’une part, qu’elles sont trop faibles, trop complexes et parfois humiliantes et d’autre part, qu’elles organisent la précarité plus qu’elles ne la combattent. L’auteur conclut que la réduction de la précarité doit se faire au travers d’une politique de protection plus généreuse et universelle adaptée au contexte de mise en œuvre.

C’est pour répondre à cet impératif que le débat sur la politique sociale du gouvernement actuel à savoir l’Assurance pour le Renforcement du Capital Humain (ARCH) est nécessaire. Ce nouveau dispositif dans son organisation et

dans son fonctionnement doit viser un *accès universel aux soins*, c'est-à-dire un *accès équitable* et une *protection contre le risque financier* (Carrin, James et Evans, 2006) et réduire la discrimination instaurée par les anciennes mesures. C'est dans ce cadre que pourront être dissipées, les inquiétudes des bénéficiaires quant au coût des prestations et les mécanismes de recouvrement des cotisations ; mais également anticiper d'éventuels conflits entre les différents acteurs en interaction.

Carrin, James et Evans (2006), proposent que pour instaurer la couverture universelle, il faut faire des choix à propos de chacun des trois éléments dont se compose le système de financement des services de santé : *collecte de fonds* : les contributions financières au système doivent être collectées de manière équitable et rationnelle ; *mise en commun des ressources* : les contributions sont regroupées afin que les dépenses de santé soient réparties entre tous les cotisants, et non à la charge de chacun d'eux quand il est malade (ce qui suppose un certain degré de solidarité sociale) ; et, *achat* : les cotisations sont utilisées pour acheter ou fournir des prestations adaptées et efficaces.

CONCLUSION

Cette recherche a pour objectif d'analyser les enjeux liés à l'accès des mutualistes aux soins et aux services d'assurance maladie/protection sanitaire qu'offre la Section Départementale Atlantique-Littoral de la Caisse Mutuelle de Prévoyance Sociale (CMPS) aux populations du secteur informel. Elle a permis de clarifier le rôle et les missions de la CMPS. Elle a élucidé aussi les formes de collaboration institutionnelle.

Cette recherche a montré que la collaboration entre la CMPS et les formations sanitaires est établie sur la base de deux critères importants à savoir : l'accessibilité géographique et la capacité technique de ces centres à répondre aux besoins des mutualistes. Les valeurs telles que la confiance, le respect des clauses de contrat et une communication efficace.

Les résultats issus des enquêtes révèlent que la relation entre les institutions s'est dégradée depuis quelques années et continue de l'être du fait du non-respect de la convention de partenariat qui lie les institutions. Ce qui a pour effet la rupture des contrats au niveau de certains centres. L'implication directe de cette situation étant la rupture de soins. Cet état de fait remet en cause l'objectif principal de la collaboration institutionnelle qui est d'accroître l'accessibilité financière des bénéficiaires de la CMPS aux services de santé. Ainsi, il faut noter une faible coordination des actions. L'organisation des services est affaiblie par la quasi absence de suivi au niveau des formations sanitaires. Ce qui conduit à des difficultés dans la mise à jour effective des factures et leur transmission hors délai. A cela, il est à souligner que l'absence de médecin-conseil au sein de la CMPS et la mauvaise gouvernance au niveau de la Direction de la CMPS, rendent complexes le processus de vérification et de remboursement des formations sanitaires.

En effet, pour ce qui relève de la perception des soins, la recherche s'est intéressée à un certain nombre de variables telles que : la disponibilité et la continuité voire la discontinuité des services, l'accessibilité géographique des centres de santé conventionnés par la Caisse Mutuelle de Prévoyance Sociale et l'accès des mutualistes aux médicaments ainsi que le coût des prestations de soins.

Les résultats des enquêtes ont montré que la satisfaction des mutualistes a diminué avec le temps. Les raisons évoquées par ces derniers sont entre autres : « l'indisponibilité » des services dans les centres de santé conventionnés, la continuité et la discontinuité organisationnelle des services. Cela montre que le système lui-même crée et renforce les inégalités d'accès des mutualistes aux soins pour lesquels ils ont souscrit. Ces inégalités, qu'elles soient primaires ou secondaires se traduisent par l'incapacité du système de santé à répondre de façon efficiente aux attentes des usagers.

Les recherches menées dans le cadre de ce mémoire révèlent qu'en plus des dysfonctionnements liés à l'organisation des services, à la disponibilité des soins et à l'incapacité du système de santé à répondre aux attentes des usagers, il y a l'éloignement géographique et l'exclusion de certaines franges de la population à bénéficier des services de la CPMS. En fait, la CMPS est implantée seulement dans les chefs-lieux des six anciens départements. La forte centralité des actions fait que la CMPS ne dispose pas de services dans les recoins les plus éloignés. Ce qui fait que les personnes en situations, les indigents et autres n'arrivent pas à bénéficier des services de la CPMS et par ricochet des soins à moindre coût. De ce point de vue, la monture actuelle de la CMPS pourrait être réformée à l'image de la Caisse Locale de Crédit Agricole Mutuel (CLCAM), à défaut d'avoir des structures dans chaque arrondissement.

La recherche a aussi montré que les usagers expriment une *différence sociale* de traitement en ce qui concerne la cession des médicaments au niveau des pharmacies des centres de santé conventionnés et trouvent donc la cherté des prestations de soins. Ils estiment que les catégories sociales les mieux servies à la pharmacie sont celles qui paient directement les médicaments. Au regard de ces résultats, c'est moins la qualité perçue de la prise en charge qui est remise en cause par les informateurs. Ce qui est indexé, c'est l'architecture du système de santé qui est pointé.

De ces résultats, il importe de repenser l'architecture actuelle de la CMPS et la pertinence de la collaboration telle qu'elle se présente actuellement. Ne faudrait-il pas relire les textes de contrat de partenariat entre les formations sanitaires et la CMPS, initier des formations périodiques à l'endroit des agents des centres de santé conventionnés et instaurer un mécanisme plus efficace de vérification et de remboursement des centres de santé ? L'enjeu est de mettre en place un régime d'assurance ou une mutuelle capable de combler les attentes des populations du secteur informel.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. ADAM Philippe, HERZLICH Claudine, 1994, *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, Nathan, 128 p.
2. ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA SECURITE SOCIALE, 2013, *Forum mondial de la sécurité sociale, les mutuelles, un outil pour le développement de la protection sociale dans le monde en particulier dans le secteur de la santé*, Genève, 55p.
3. AUBIN-AUGER Isabelle, MERCIER Alain, BAUMANN Lamm, LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie, IMBERT Philippe, LETRILLIART Laurent, et le groupe de recherche universitaire qualitative médicale francophone : GROUM-F, (2008). « Introduction à la recherche qualitative ». *In Exercer : la revue française de médecine générale*, Vol. 19, N°84, pp. 142-145.
4. BELAND François. et COUILLARD Philippe, (Août 2012). *Financement des soins de santé : les faits plutôt que les idées reçues*, <https://www.ledevoir.com> » ... »idées, consulté le 23 octobre 2017 à 13h30mn
5. BELLI Paolo, (2001). *How adverse selection affects the health insurance market*, Havard School of Public health, Washington DC, USA, World Bank
6. BERGERON Henri, CASTEL Patrick, 2015. *Sociologie politique de la santé*, coll. « Quadrige Manuels », Paris, Presses universitaires de France, 480 p.
7. BERTHELOT Jean-Michel, (2001). *La construction de la Sociologie*, Paris, PUFF, 127 p.
8. BLUNDO Giorgio, OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, (2001). « La corruption quotidienne en Afrique de l'Ouest ». *in Politique Africaine* 83, pp.8-37
9. BONNET Pascal, *Le concept d'accessibilité et d'accès aux soins*, Montpellier 3, Mémoire DEA : GEOS, Université Paul Valéry, 2002, 25 p.
10. BOUDON Raymond, (1983). *La logique du social, Introduction à l'analyse sociologique*, Paris, Pluriel, Hachette, 333p.

11. BUREAU INTERNATIONAL DU TRAVAIL, PROGRAMME STRATEGIES ET TECHNIQUES CONTRE L'EXCLUSION SOCIALE ET LA PAUVRETE (STEP), 2003. Guide de gestion des mutuelles de santé en Afrique, 268p.
12. CARR Deborah, (2004). « Improving the health of the world's poorest people », *in Health Bulletin*, n°1, pp. 1-34.
13. CARRIN Guy, JAMES Chris et EVANS David, (2005). *Atteindre la couverture universelle : le développement du système de Financement*, Résumés techniques pour décideurs, N°1, 11p.
14. CARRIN Guy, JAMES Chris, EVANS David, (2006). « Chapitre 4 : Atteindre la couverture universelle : le développement du système de financement », *in Résumé technique pour décideurs*, nr.1, Genève : World Health Organization, Department of Health Systems Financing, pp. 150-161
15. CELLARD André, (1997). « L'analyse documentaire », *in POUPART Jean et al., La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Gaëtan Morin, Montréal (Québec), pp. 251-271
16. CHAMPAGNE Patrick, LENOIR Rémi, MERLLIE Dominique et PINTO Louis, (1990). *Initiation à la pratique sociologique*. Paris, BORDAS, 358p.
17. COUFFINHAL Agnès, DOURGNON Paul, GEOFFARD Pierre-Yves, *et al.*, (2005). Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen. 50 Première partie : les déterminants des inégalités sociales de santé et le rôle du système de santé. Question d'économie de la santé, N° 92, 6.
18. CRIEL Bart, BLAISE Pierre, FERETTE Daniel, (2006). « Chapitre 12 : Mutuelles de santé en Afrique et qualité des soins dans les services : Une interaction dynamique », *in Résumé technique pour décideurs*, nr.1, Genève : World Health Organization, Department of Health Systems Financing, pp. 353-372

19. CROZIER Michel, FRIEDBERG Erhard, (1977). *L'acteur et le système*. Paris, Seuil, 436 p
20. DESCLAUX Alice, (2007). « Accès aux soins en Afrique : un changement de culture ? », *Bulletin Amades*, N° 70, Consulté le 25 septembre 2013 à 15h30mn ; URL : <http://amades.revues.org/428>
21. DOUMBOUYA Mohamed Lamine, (2008). *Accessibilité des services de santé en Afrique de l'Ouest : le cas de la Guinée*, Working paper n° 2008-2, 20p.
22. DUVOUX Nicolas, (2012). *Le Nouvel Age de la solidarité. Pauvreté, précarité et politiques publiques*, coll. « La république des idées » Paris, Seuil,
23. EVANS David, ELOVAINIO Riku, HUMPHREYS George, (2010). *Organisation mondiale de la Santé. Rapport sur la santé dans le monde. Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle*. Genève, OMS, 2010. <http://www.who.int/whr/2010/fr/>, consulté le 25 octobre 2017.
24. FASSIN Didier, FASSIN Eric, (1989). « Santé publique sans l'état ? participation communautaire et comité de santé au Sénégal », *in revue Tiers Monde*, volume 30, N° 120, pp. 881-891
25. FOURN Léo *et al.*, (2001). « Utilisation des services de santé par les mères des enfants fébriles au sud du Bénin » *in Santé Publique*, volume 13, pp. 161-168
26. HUBER Götz, HOHMANN Jürgen, KRISTEN Reinhard, (2003). *Mutuelle de santé- 5 années d'expérience en Afrique de l'Ouest, débats, controverse et solutions proposées*, Eschborn, Deutsche Gesellschaft Für, 80 p.
27. JAFFRE Yannick, OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, (2003). *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés des cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala

28. KADDAR Miloud *et al.*, (2000). « L'accès des indigents aux soins de santé en Afrique subsaharienne », *in Revue du Tiers Monde*, N° 164, pp. 903-925 ;
29. KAGAMBEGA Marcel Toussiida, (2014). « Les populations à faible revenu et la protection sanitaire au Burkina Faso : les conditions d'une adhésion des populations aux principes mutualistes », *in SociologieS* ;[ligne] consulté le 20 Avril 2018. URL : <http://sociologies.revues.org/4721>
30. LUCAS-GABRIELLI Véronique, NABET Norbert, TONNELIER François, (2001). « Les soins de proximité : une exception française ? » *in Question d'Economie de la Santé*, 39p.
31. MCINTYRE Diane, (2007). *Enseignements tirés de l'Expérience : le financement des soins de santé dans les pays à faibles et moyens revenus*, Genève, 94p.
32. MONNE Raymond, (1997). « L'anthropologie juridique de la santé comme fondement des politiques juridiques de la santé en Afrique » [: 371-380], *in Dominique Darbon et Jean du Bois de Gaudusson (éds), La création du droit en Afrique*, Paris, Karthala, 496 p.
33. MOREAU Marion, (2010). *Corpus, données, modèles : approches qualitatives et quantitatives*. Montpellier : VIIe Colloque jeunes chercheurs Praxiling, 9 et 10 juin 2011.
34. NDIAYE Pascal, (2006). *Développement des mutuelles de santé en Afrique : une analyse comparative des approches et de leurs impacts*, Document de travail, Research Mater, 37p.
35. OMS, *Aide-mémoire*, N°323, 2007
36. OUENDO Edgard-Marius, *et al.*, (2004). « Accès aux soins de santé au Bénin : indigence et réseaux d'aide communautaire », *in Cahier d'Études et de Recherches Francophones*, volume 14, N°4, 217-21, pp. 1-6
37. OXFAM, (2008). *Health insurance in low-income countries*, Oxfam Briefing Paper

38. Oxford Public Management, (2012). « Etat des lieux sur la protection sociale », in *Revue des études et évaluations 2009-2012 : suivi évaluation Bénin-UNICEF*, Vol. 7, Août 2012
39. PAIRAULT Thierry, 1990. « Société de tontine et banque de petite et moyenne entreprise à Taiwan », in M. LELART (ed), *La tontine pratique informelle d'épargne et crédit dans les pays en voie de développement*, Paris Aupelf-Uref, John Libbey Eurotest, pp. 281-308
40. PAUGAM Serge, (2008). *La pratique de la sociologie*, Paris, PUF, 198 p.
41. RIDDE Valéry, et al., (2010). « La politique des subventions des soins de santé maternelle au Burkina-Faso », in *Programme « abolition du paiement »*, note d'information N°2, pp. 1-4
42. RIDDE Valéry, *Entre efficacité et équité : Qu'en est-il de l'initiative de Bamako ? Une revue des expériences ouest-africaine*, Département de médecine sociale et préventive, Pavillon de l'Est, Université Laval, Québec, G1K 7P4, Canada
43. VISSOH Gilbert, (1995). *Enquête sur la perception des services par la population de Savalou au Bénin*. Projet Bénino-Allemand / SSP 22, Cotonou.
44. WAELKENS Maria-Pia, (1999). *Exemptions for cost recovery systems in sub-Saharan Africa: A review of policies and practices. [A Dissertation submitted to the Division of International Health, Master of Community Health (McoomH) degree]* Liverpool School of Tropical Medi chaleur humaine.
45. YATES Robert et HUMPHREYS Gary, (2013). *Plaidoyer pour la couverture sanitaire universelle*, OMS, Genève, Suisse, 44p.

ANNEXES

A.1 Guide d'entretien à l'endroit du personnel soignants des centres de santé et hôpitaux conventionnés (aides-soignants, infirmiers, sages-femmes, médecins)

I - Identification

1-Nom et prénom

2-Age

3- sexe

3- Statut socioprofessionnel

4- Année de recrutement dans le centre de santé ou hôpital conventionné,

II- Description des différentes catégories d'acteurs impliqués dans la mise en œuvre des activités de la Caisse Mutuelle de Prévoyance Sociale (CMPS)

5- Présentation de la structure (catégories de personnel qui travaille et rôle, les services disponibles dans le centre)

6-Rapports du centre dans le cadre du partenariat avec la CMPS

7-Pratiques pour la promotion du partenariat

6-Pratiques ou stratégies d'identification des mutualistes des autres usagers qui ne le sont pas Conformité avec les dispositions du partenariat ?

III- Compréhension des mécanismes du partenariat entre la Caisse Mutuelle de Prévoyance Sociale (CMPS) et centres de santé et hôpitaux.

7-Critère de sélection du centre de santé ou hôpital,

8- Clauses du partenariat avec la CMPS

9- Date de démarrage du partenariat,

9- Plaintes des mutualistes de la CMPS par rapport au partenariat avec le centre de santé ou hôpital,

10- Plaintes des responsables de la CMPS par rapport au partenariat avec le centre de santé ou hôpital,

11- Mesures mises en place par le centre de santé ou hôpital pour remédier à la situation

12- Suivi et évaluation du partenariat par la CMPS et le centre de santé ou hôpital.

13- Perceptions et appréciation des prestations de soins et des services fournis

IV. Étude de l'influence de l'augmentation des coûts des prestations de soins sur la viabilité financière de la CMPS

14- Appréciation du coût des cotisations par rapport aux prestations de soins

15- Appréciation du taux de recours moyen aux soins par mois par les mutualistes

16- Plaintes des mutualistes de la CMPS par rapport au coût des prestations de soin,

17- Mesures prises pour remédier à la situation,

18- Régularité dans le paiement des factures par la CMPS,

19- Mesures mises en place en cas d'impayés de factures par la CMPS,

20- Suggestions pour l'amélioration du partenariat avec la CMPS.

Guide d'entretien à l'endroit du personnel administratif des centres de santé et hôpitaux conventionnés (directeurs, responsables/gestionnaires centres de santé et hôpitaux conventionnés, services d'accueil, comptables, agents chargés de facturation, caissiers)

I - Identification

1-Age

2- sexe

3- Statut socio professionnel

4- Année de recrutement (ou nomination) dans le centre de santé ou hôpital conventionné,

II- Description des différentes catégories d'acteurs impliqués dans la mise en œuvre des activités de la Caisse Mutuelle de Prévoyance Sociale (CMPS)

5- Présentation de la structure (catégories de personnel qui travaille et rôle, les services disponibles dans le centre)

6-Procédures de la reconnaissance des mutualistes de la CMPS quand ils arrivent aux soins,

III- Compréhension des mécanismes du partenariat entre la Caisse Mutuelle de Prévoyance Sociale (CMPS) et centres de santé et hôpitaux.

7- Critère de sélection du centre de santé ou hôpital,

8- Date de démarrage du partenariat,

9- Plaintes des mutualistes de la CMPS par rapport au partenariat avec le centre de santé ou hôpital,

10- Plaintes des responsables de la CMPS par rapport au partenariat avec le centre de santé ou hôpital,

11- Mesures mises en place par le centre de santé ou hôpital pour remédier à la situation,

12- Suivi et évaluation du partenariat par la CMPS et le centre de santé ou hôpital

13- Perceptions et appréciation des prestations de soins et des services fournis

IV Etude de l'influence de l'augmentation des coûts des prestations de soins sur la viabilité financière de la CMPS

14- Appréciation du coût des cotisations par rapport aux prestations de soins,

15- Evolution du coût des prestations de soins au cours des trois (03) dernières années,

16-Appréciation du taux de recours moyen aux soins par mois par les mutualistes ?

17- Plaintes des mutualistes de la CMPS par rapport aux coûts des prestations de soin,

18- Plaintes des responsables de la CMPS par rapport au coût des prestations de soin,

19- Régularité dans le paiement des factures par la CMPS,

20- Mesures mises en place en cas d'impayés de factures par la CMPS,

21- Suggestions pour l'amélioration du partenariat avec la CMPS

Guide d'entretien à l'endroit de l'équipe technique de la Section Départementale Atlantique-Littoral de la CMPS (chef section, comptables, caissière)

I - Informations générales

1-Age

2- sexe

3- Fonction

4- Année de recrutement à la CMPS

II- Description des différentes catégories d'acteurs impliqués dans la mise en œuvre des activités de la Caisse Mutuelle de Prévoyance Sociale (CMPS)

4- Présentation et fonctionnement de la CMPS,

5- Evolution du nombre d'adhérents et bénéficiaires au cours de ces trois(03) dernières années,

6- Evolution de la taille des ménages au cours de ces trois(03) dernières années,

7- Les centres de santé et hôpitaux conventionnés par la CMPS à Cotonou,

8- La nature des centres de santé et hôpitaux conventionnés par la CMPS à Cotonou (public, privé/confessionnel).

III- Compréhension des mécanismes du partenariat entre la Caisse Mutuelle de Prévoyance Sociale (CMPS) et centres de santé et hôpitaux.

9- Procédure de conventionnement des centres de santé et hôpitaux,

10- Plaintes des mutualistes par rapport au conventionnement des centres de santé et hôpitaux,

11- Plaintes des responsables de la CMPS par rapport au conventionnement des centres de santé et hôpitaux,

12- Raisons qui sous-tendent les comportements du personnel et responsables des centres de santé et hôpitaux conventionnés,

13- Mesures mises en place par la CMPS pour remédier à ces pratiques des prestataires de soins,

14- Suivi et évaluation du partenariat avec les centres de santé et hôpitaux conventionnés,

15- Perceptions et appréciation des prestations de soins et des services fournis

IV Etude de l'influence de l'augmentation des coûts des prestations de soins sur la viabilité financière de la CMPS

16- Evolution du montant des cotisations et appréciations

17- Taux de recours aux soins par les mutualistes en moyenne par mois

18- Evolution du coût des prestations de soins au cours des trois (03) dernières années,

19- Plaintes des mutualistes de la CMPS par rapport au coût des prestations de soin,

20- Plaintes des responsables de la CMPS par rapport au coût des prestations de soin,

21- Régularité dans le paiement des factures par la CMPS,

22- Mesures mises en place en cas d'impayés de factures par la CMPS,

23- Suggestions pour l'amélioration du partenariat avec les prestataires de soins.

Questionnaire à l'endroit des mutualistes ciblés pour l'étude

I - Informations générales

1-Age :

2- sexe :

3- Ethnie :

4- Religion :

5-Profession :

6- Quartier de résidence :

7- Situation matrimoniale :

8- Taille du ménage (nombre de personne au niveau du ménage)

II- Description des différentes catégories d'acteurs impliqués dans la mise en œuvre des activités de la Caisse Mutuelle de Prévoyance Sociale (CMPS)

9- Depuis quand avez-vous adhéré à la CMPS?

.....

10- Quels sont les motifs de votre adhésion à la CMPS ?

.....

11- Combien de personne dans votre ménage avez-vous adhéré à la CMPS ?(nombre de personne à charge dans le carnet),

.....

III- Compréhension des mécanismes du partenariat entre la Caisse Mutuelle de Prévoyance Sociale (CMPS) et les centres de santé et hôpitaux.

12- Êtes-vous impliqués dans le choix des centres de santé et hôpitaux conventionnés par la CMPS? oui ou non

13- si oui, le choix des centres de santé et hôpitaux remplit-il certains critères de sélection comme :

a- Accueil

b- Propreté du centre

- c- Proximité du centre
- d- Bonne présentation du plateau technique
- e- Disponibilité des produits pharmaceutiques
- f- Coût étudié de la tarification des soins

14- Avez-vous le livret familial de la CMPS ? oui ou non

15- Avez- vous l'habitude de vous soigner au niveau des centres de santé et hôpitaux conventionnés par la CMPS? oui non

16- Si non pourquoi ?

.....

16- Si oui, quels sont les centres de santé et hôpitaux que vous avez l'habitude de fréquenter ?

.....

17- comment se présente l'accueil au niveau de ces centres de santé et hôpitaux ?

.....

18- Arrive t- il dans ces centres de santé et hôpitaux qu'au lieu de prendre soin de vous, on reporte l'intervention pour des raisons que vous ignorez ou qu'on vous retourne au siège de la CMPS ?

.....

19- Que pensez-vous du temps d'attente avant la prise en charge dans ces centres de santé et hôpitaux ?

.....
.....
.....

20- Comment trouvez-vous les prestations de soins qui sont données dans les centres de santé et hôpitaux fréquentés ?

.....
.....
.....
.....

IV Etude de l'influence de l'augmentation des coûts des prestations de soins sur la viabilité financière de la CMPS

21-Comment trouvez-vous le coût des prestations de soins qui vous sont appliqués dans les centres de santé et hôpitaux fréquentés ?

.....
.....
.....
.....

22- Pensez-vous qu'il vaut mieux ne pas être mutualiste de la CMPS ?

.....
.....
.....

23- Quelles mesures envisagez-vous que les responsables de la CMPS pourront prendre pour vous permettre de mieux bénéficier des prestations de soins au niveau des centres de santé et hôpitaux conventionnés par la CMPS ?

.....
.....
.....
.....
.....

REMERCIEMENTS

Grille d'observation

Objectifs	Éléments d'observation
Objectif 1	<ul style="list-style-type: none">- Siège de la Section Départementale Atlantique-Littoral de la CMPS,- Les centres de santé et hôpitaux conventionnés.
Objectif 2	<ul style="list-style-type: none">- Convention de partenariat de la CMPS avec les centres de santé et hôpitaux,- Livret familial- Plateau technique des centres de santé et hôpitaux,-Logiciel de gestion.
Objectif 3	<ul style="list-style-type: none">- Factures envoyées à la CMPS,- grille de tarification des actes,-Attestation de soin- Logiciel de gestion- Rapport d'activités

TABLE DES MATIERES

Sommaire	2
Dédicace	3
Remerciements	4
Sigles et acronymes	5
Résumé	7
Introduction	9
PREMIERE PARTIE	13
Cadre théorique, conceptuel et méthodologique	13
de la recherche	13
Chapitre I : Cadre théorique de la recherche	14
1.1. problématique	14
1.2 hypothèse	18
1.3 Objectifs de la recherche	18
1.3.1 Objectif général	18
1.3.2 Objectifs spécifiques	18
1.3 Clarification des concepts	19
1.4. Justification du choix du sujet	24
1.5. Revue de littérature	26
1.6. Modèle d'analyse	31
1.6.1 De l'application de la théorie de la justice	31
1.6.2 De l'application de la théorie du jeu des acteurs	32
Chapitre II : Cadre de recherche et Démarche	37
méthodologique	37
2.1. Bref aperçu de la CMPS	37
2.1.1 Du contexte de la création de la CMPS	37
2.1.2. Les missions de la CMPS	39
2.2. Justification du choix du cadre de la recherche	40
2.3. Nature de la recherche	41
2.4. Univers d'enquête et modes de sélection de l'échantillon	42
2.5. Techniques et outils de collecte de données	45
2.5.1. Revue documentaire	45
2.5.2. Entretien semi directif	46
2.6 Organisation de la collecte de données	46

2.6.1 Exploration	46
2.6.2 Pré-enquête	47
2.6.3 Enquête proprement dite	47
2.7. Techniques de traitement et d'analyse des données	48
2.8 Dispositions éthiques de la recherche	48
2.9. Difficultés rencontrées	49
DEUXIEME PARTIE	50
ORGANISATION DE L'OFFRE DES SERVICES DE MICRO-ASSURANCE MALADIE, ACCES AUX SOINS ET DYSFONCTIONNEMENTS	50
Chapitre III : Organisation de l'offre des services de l'assurance santé de la CMPS	51
3.1. Organisation des centres de santé conventionnés suivant le système de santé	51
3.2. Choix des centres de santé conventionnés : critères, rôle des mutualistes	52
3.2.1. Critères de choix des centres de santé	52
3.2.2. Participation des mutualistes au choix des formations sanitaires.....	53
3.3. Accès aux services de la CMPS et prestations prises en charge	54
3.3.1. Conditions d'accès aux services de la CMPS	54
3.3.2. Prestations couvertes par la CMPS	54
3.4. Conditions de collaboration entre la CMPS et les formations sanitaires.....	55
Chapitre IV : Collaboration institutionnelle et perception de la qualité des soins chez les mutualistes	59
4.1. Dysfonctionnements liés à la relation entre les institutions	59
4.2. Dysfonctionnements liées à l'organisation des services.....	61
4.3. insuffisance des stratégies d'informations et de communication autour des services offerts par la CMPS	64
4.4 Perceptions de la qualité des prestations de la CMPS et des soins par les bénéficiaires	66
4.4.1. Disponibilité, continuité et discontinuité des services	67
4.4.2 Accessibilité géographique des centres de santé	69
conventionnés.....	69
4.4.3. Accessibilité des mutualistes aux médicaments	70
Conclusion	73
Références bibliographiques.....	76
Annexes.....	81