



UNIVERSITE D'ABOMEY – CALAVI

(UAC)



FACULTE DES LETTRES, ARTS ET SCIENCES HUMAINES

(FLASH)

DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE ET DES SCIENCES DE L'EDUCATION

(DPSE)

MEMOIRE DE MAITRISE

Filière : Psychologie

Option : Psychologie de la vie sociale et professionnelle

SUJET :

Analyse de l'offre et de l'accès aux services des
Mutuelles de Santé dans la commune de Ségbana

Réalisé et soutenu par :

OROU SICAA. Philippe

Sous la direction de :

Dr. Hubert MIGNANWANDE

Maître-Assistant des Sciences

Psychopédagogiques

Enseignant à l'UAC

MEMBRES DU JURY :

Date de soutenance : 27/04/2013

Président/Rapporteur : M. Rogatien SEGLA

Note obtenue : 13,5/20

Examineur : M. Thierry KOUGBEAGBEDE

Mention : Assez-Bien

Réalisé et soutenu par OROU SICA A. Philippe

Année académique : 2012-2013

Résumé

Le rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)¹, révèle une orientation essentielle des stratégies internationales vis-à-vis de l'Afrique en matière de santé. L'accès aux services de santé se réfère à la possibilité, pour les populations, d'utiliser les services de santé. Ainsi, depuis les années 1990, le Bénin a opté pour des systèmes d'assurance-maladie volontaires développés et gérés au niveau périphérique du système de soins comme alternative pour la majorité des populations rurales vivant du secteur informel.

Mais, comment structurer une communauté de patients, lui permettre de définir des revendications communes, de se faire entendre et lui faire accepter de participer au financement d'un système dans lequel elle ne croit plus guère ? Telle est la préoccupation de cette recherche. Elle repose sur trois hypothèses à savoir : la dépendance entre le développement d'une mutuelle de santé et ses capacités à prendre en charge ses membres ; la détermination de la capacité de gestion d'une mutuelle de santé par son organisation structurelle, et la limitation de l'émergence des mutuelles de santé par des obstacles. Elle vise à analyser les facteurs de développement des mutuelles de santé ainsi que les handicaps de leur pérennisation à partir du cas de Ségbana. La démarche méthodologique suivie comporte deux volets que sont : l'étude documentaire et la collecte des données empiriques sur le terrain sur un échantillon de 120 personnes rencontrées de façon accidentelle.

A l'issue de cette étude, il ressort que l'installation et la mise en œuvre des mutuelles dans la commune de Ségbana en particulier s'est faite de manière participative sur la base des expériences d'autres pays comme le Mali sans au préalable s'assurer de possibilités locales de l'atteinte de leurs objectifs infirmant ainsi la première hypothèse. Aussi, L'implication démocratique de la communauté dans tout le processus facilite-t-elle l'adhésion des mutualistes. En permettant de confirmer la deuxième hypothèse. Enfin, les mutuelles de santé ne couvrent qu'à peine entre 1 et 5% de la population à cause des difficultés à la fois culturelles, de disponibilité financière, de fonctionnement et de compréhension entre les mutuelles et les services de santé ; ce qui permet d'approuver la troisième hypothèse

¹O.M.S. Macroeconomics and health : investing in health for economic development, macroeconomics and health commission's report, Genève, 2001.

Au total, les mutuelles de santé constituent un outil efficace pour prévenir la chute des individus dans le cercle vicieux de la pauvreté.

Mots clés : Mutuelle de santé, Solidarité, participation, auto financement, prise en charge.

Introduction

Au cours des trois dernières décennies, les crises économiques répétées ont eu un impact négatif sur les dépenses sociales dans la plupart des pays de l'Afrique sub-sahariens. Le secteur de la santé a été particulièrement affecté par cette situation à partir des années 70, avec pour conséquences la dégradation du service public et l'augmentation du coût des soins de qualité.

L'implantation des mutuelles de santé en Afrique est légitimée par le succès de ces organismes en Europe. Elles représentent un des espoirs les plus importants d'établissement d'un système de protection sociale pérenne à moyen terme pour les populations du secteur informel. Nées de la fenêtre d'opportunité de mobilisation sociale qu'a entraînée la mise en place des politiques de recouvrement ou de partage des coûts, elles constituent aujourd'hui, un des programmes phares pour les Organisations Non Gouvernementales (ONG) et les bailleurs de fonds dans le secteur de la santé.

« Faire accéder d'ici à l'an 2000 tous les habitants du monde à un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive. »²

Le rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) publié en 2001 sous le titre *Macroéconomie et santé : Investir dans la santé en faveur du développement économique*³, révèle une orientation essentielle des stratégies internationales vis-à-vis de l'Afrique.

²Résolution conférence Alma Ata, 1977, in M-E. GRUENAI, R. POURTIER, « la santé pour tous en Afrique, un leurre ? », Revue Afrique contemporaine, Paris, la documentation. Française, n°195, juil-sept 2000 P.3

³O.M.S. Macroeconomics and health : investing in health for economic development, macroeconomics and health commission's report, Genève, 2001.

Elles font une orientation entre le mauvais état de santé des populations et les limites de la croissance économique des pays africains. Ce sont d'abord les plus pauvres qui sont concernés et c'est une spirale perverse où la pauvreté s'exacerbe. Incapables d'assurer leurs dépenses de santé, quand ils sont touchés par la maladie, ils ne peuvent obtenir les soins qui leur permettraient de reprendre des activités rémunératrices ou génératrices de revenus durables. C'est ce que soulignent ici P. Braveman, S. Gruskin :

« Globalement, un mauvais état de santé peut amener, voire même exacerber et perpétuer *la pauvreté*. »⁴

Le mauvais état général de santé des populations y est défini comme une des barrières essentielles au développement et une des causes premières des limites que la plupart de nos pays africains subissent en termes de croissance économique.

C'est ainsi, depuis les années 90, il y a, au Bénin un intérêt croissant pour des systèmes d'assurance-maladie volontaires développés et gérés au niveau périphérique du système de soins comme alternative pour la majorité des populations rurales vivant du secteur informel.

Il existe aujourd'hui une grande diversité d'initiatives désignée par le terme générique de micro-assurance santé. Cette diversité tient notamment à la variété des acteurs, aux choix organisationnels et aux mécanismes opérationnels.

Parmi la diversité de ces initiatives, les mutuelles de santé sont l'une des formes les plus abouties et les plus développées en Afrique sub-saharienne. Elles se révèlent comme de nouvelles pistes pour l'amélioration de l'offre et l'accès aux services de santé de la majorité des populations.

³P. BRAVEMAN, S. GRUSKIN, "poverty, equity, human rights and health", in Bulletin of the world health organization, n°81, Genève, 2001, P 539.

Comment faire mieux avec moins de ressources, tel est le ressort de ces initiatives d'assurance santé communautaire ; optimiser les moyens, en garantissant une gouvernance irréprochable, une gestion stricte et construire un contre-pouvoir en matière de santé capable d'influencer positivement sur la qualité des soins.

Les fondements de la mise en place de mutuelle de santé ou de réseau de mutuelles de santé reposent sur le concept d'autopromotion des communautés.

Cette démarche est donc censée entraîner un mouvement de ces dernières vers un statut de plus grande liberté dans le choix et dans l'action.

Notre étude s'articule autour deux parties. La première partie est consacrée à l'étude théorique : la problématique et la démarche méthodologique ; la seconde partie expose et analyse les résultats de l'étude.

PREMIERE PARTIE :
CONTEXTE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE

CHAPITRE I : CONTEXTE THEORIQUE

1- Problématique

La loi N°90-32 du 11 décembre 1990 portant constitution de la République du Bénin légitime l'accès à un niveau adéquat de protection sociale pour tous comme un droit fondamental et fait obligation à l'Etat d'assurer à ses citoyens un accès égal à la santé, à l'éducation, à la culture, à l'information, à la formation professionnelle et l'emploi (cf. article 8).

L'accès aux soins de santé au Bénin est très difficile pour la majorité de la population en raisons du mécanisme du paiement direct du coût des soins par les usagers eux-mêmes, de la faiblesse et de l'instabilité des revenus des ménages surtout ruraux.

C'est ainsi que depuis longtemps avec la montée grandissante des coûts des soins de santé, une grande partie de nos populations n'arrivent pas à se soigner à tout moment, faute généralement de manque de ressources financières. Ce qui constitue alors une forte exclusion des populations à cause des exigences.

Il se pose donc le problème de financement des dépenses de soins de santé pour les populations et surtout les populations des zones rurales.

De ce fait, les individus et les familles adoptent plusieurs attitudes face aux dépenses de santé. Mais très souvent deux attitudes sont plus fréquentes.

Ils attendent, soit que la maladie survienne avant de chercher les ressources nécessaires pour faire face aux dépenses, soit ils prennent des dispositions pour se préparer à faire face à ce type de dépenses avant qu'une maladie ne survienne.

Dans ce dernier cas qui n'est pas fréquent, l'anticipation des conséquences financières de la maladie permet de surmonter celle-ci avec plus de facilité.

C'est ainsi qu'il y a aujourd'hui un consensus autour du modèle des mutuelles de santé qui constitue une option pour la majorité des populations rurales.

Comment structurer une communauté de patients, lui permettre de définir des revendications communes, de se faire entendre et lui faire accepter de participer au financement d'un système dans lequel elle ne croit plus guère ?

La preuve la plus cinglante de cette crise de confiance est le recours croissant aux formes traditionnelles de médecine, l'automédication avec la prolifération des médicaments de la rue, mais également de sorcellerie, au détriment des services de santé « moderne »

Les mutuelles de santé dans le contexte rural béninois, présentent-elles des caractéristiques en terme de viabilité, d'opportunité de croissance et de satisfaction pour faire face aux nécessités de protection sociale des populations démunies ?

Les promoteurs sont-ils arrivés à mettre en place des outils efficaces et équitables de financement des systèmes de santé afin, non seulement d'assurer une mobilisation de ressources suffisamment stables à moyen et long terme pour garantir aux pauvres un accès à des soins de qualité mais également pour orienter les actions des prestataires de service de santé?

Cet ensemble de questions sera analysé à la lumière de l'expérience menée actuellement par le Projet Intégré de Santé Familiale (PISAF)⁵ et du Centre International de Développement et de Recherche (CIDR)⁶ au Nord Bénin fortement rural, dans le département de l'Alibori et précisément dans la commune de Ségbana où nous avons eu l'opportunité de participer à une

⁵ PISAF : Projet Intégré de Santé Familiale au Bénin. Objectif : Améliorer la qualité des services et produits de santé, accroître leur utilisation par les populations vulnérables. Durée : 2006-2011. Zone d'action : Zou, Collines, Borgou, Alibori, Ouémé et Plateau.

⁶ CIDR : Centre International de Développement et de Recherche ; une ONG française au Bénin dans les régions fortement rurales des Collines et du Borgou intervenant pour la promotion de système de santé et de prévoyance sociale depuis 1994.

étude de faisabilité et d'implantation de mutuelles de santé. C'est justement pourquoi j'ai choisi de travailler sur le thème : Analyse de l'offre et de l'accès aux services des mutuelles de santé dans la commune de Ségbana.

Cette recherche vise à mieux comprendre les facteurs de développement ainsi que les problèmes rencontrés par les mutuelles de santé telles qu'elles se multiplient depuis une quinzaine d'année au Bénin en général et en particulier dans le département de l'Alibori.

2- Justification du choix du sujet

Plusieurs raisons motivent le choix de l'objet de cette étude dont le thème est « Analyse de l'offre et de l'accès aux services des mutuelles de santé dans la commune de Ségbana ».

Au cours de notre stage effectué à la Direction Générale de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) ex OBSS à Cotonou (2004-2005), en vue de l'obtention du C2, nous avons fait plusieurs constats surtout dans le domaine de la protection sociale.

En réalité, très peu de personnes sont couvertes par les mécanismes nationaux de protection sociale. Ce sont surtout les privilégiés : fonctionnaires, militaires, employés du secteur privé... soit environ 15% de la population béninoise qui sont assurés et non les plus pauvres. Et encore leur couverture maladie reste-t-elle en général rudimentaire quand elle n'est pas devenue purement virtuelle (droits non appliqués).

Par ailleurs, ayant été l'un des acteurs témoin de la mise en place des mutuelles de santé dans le département de l'Alibori et précisément dans la commune de Ségbana, nous avons jugé intéressant d'en faire un sujet d'étude.

A cela, il faut ajouter que les mutuelles de santé constituent aujourd'hui une approche innovante pour les populations rurales et celles opérant dans l'informel pour la résolution de leurs problèmes de financement des dépenses de santé. Ainsi, l'objectif de ce travail dans ce contexte de mise en relation de préfinancement et de la cotisation solidaire des frais de soins médicaux pour l'accès à temps aux services de santé de qualité.

3- Objectifs

Ils sont de deux types : l'objectif général et les objectifs spécifiques.

3.1- Objectif général

Analyser les différents facteurs de développement des mutuelles de santé ainsi que les problèmes qui handicapent leur pérennisation à partir du cas de la commune de Ségbana.

3.2- Objectifs spécifiques

Il s'agit de façon spécifique de :

- Etudier les caractéristiques des mutuelles de santé installées dans la commune de Ségbana ;
- Explorer l'organisation et le fonctionnement des mutuelles de santé de Ségbana ;
- Relever les différents obstacles à la viabilité et à l'émergence des mutuelles de santé dans la commune de Ségbana.

Pour atteindre ces objectifs, nous avons émis des hypothèses de recherche.

4- Hypothèses

Il y également, pour l'étude, deux ordres d'hypothèse : l'hypothèse générale et celles spécifiques.

4.1- Hypothèse générale

L'installation des mutuelles de santé dans la commune de Ségbana facilite l'accès et l'offre aux services de santé des populations.

4.2- Hypothèses spécifiques

- Le développement d'une mutuelle de santé dépend de ses caractéristiques en termes de viabilité, d'opportunité de croissance et de satisfaction pour faire face aux nécessités de prise en charge sanitaire de ses membres.
- L'organisation structurelle d'une mutuelle de santé détermine sa capacité de gestion basée sur les principes de démocratie et de bonne gouvernance.
- Les mutuelles de santé rencontrent d'énormes obstacles qui limitent leur émergence.

Mais pour mieux se faire comprendre des concepts ci-dessus dans les objectifs et les hypothèses ont été expliqués dans le contexte de cette étude.

5- Clarification conceptuelle

La clarification des concepts est une nécessité dans un travail de recherche dont nous n'avons pas voulu nous dispenser afin de rendre

La définition des mutuelles de santé est complexe et intègre un nombre important de principes de fonctionnement, de valeurs qu'il faut souligner pour spécifier ce type d'assurance à base communautaire :

«Groupements volontaires de personnes s'organisant au moyen des seules cotisations de leurs membres, une protection maladie au profit de ceux-ci... »⁷

⁷ Les éléments de définition utilisés dans ce paragraphe, sauf précision, sont extraits de LETOURMY Alain., « les mutuelles de santé en Afrique : conditions d'un développement », op ; cit., P 230

La libre adhésion est l'un des fondements essentiels de la mutuelle de santé. C'est d'ailleurs une de ses marques de différenciation dans l'univers de la micro-assurance. Ces structures se veulent ouvertes à tous, sans distinction et l'adhésion n'est donc liée à aucun impératif moral, aucune appartenance ethnique, géographique...

L'autonomie est également un de leurs enjeux majeurs, d'où une structure de financement qui est majoritairement basée sur les cotisations des membres. Par soucis d'indépendance, elles se font le choix de ne pas dépendre d'un appui extérieur. Cela n'exclut pas cette possibilité, mais il se limite alors à une assistance technique ou à une aide financière au démarrage. En aucun cas, le support financier ne peut constituer l'essentiel du budget de fonctionnement d'une mutuelle de santé.

Le caractère privé de l'initiative est également une des composantes essentielles du projet, car il permet d'assurer son indépendance et de mettre en œuvre ses propres décisions.

« (...) il faut surtout retenir que ce sont des entreprises à caractère privé, à but non lucratif, qui agissent comme promoteurs et comme gestionnaires de régime d'assurance-maladie ou de formation de santé, en fonctionnant sur une base de participation des cotisants aux décisions. »⁸

L'objectif premier de ce modèle d'organisation est de mettre en place un système de protection sociale pour les populations qui le composent. Ces dernières font le choix des mutuelles de santé afin de bénéficier d'un service d'assurance maladie à un moindre coût qui repose sur les notions de « solidarité, prévoyance et entraide ». La participation des membres est donc essentielle à ce

⁸ SOLIDARITE MONDIALE, Mutuelles de santé en Afrique, guide pratique à l'usage des promoteurs, administrateurs et gérant, Dakar, Programme ACOPAM-BIT, 1996, P11

que nous pourrions appeler la vie institutionnelle d'une mutuelle mais aussi pour assumer collectivement et sur une base volontaire les tâches de fonctionnement, cette caractéristique étant indispensable pour garantir le caractère non lucratif de l'association.

Ces solutions sont inspirées principalement des pratiques traditionnelles de solidarité, d'entraide mutuelle en Afrique et des mouvements sociaux mutualistes européens.

Il est important de remarquer que les tontines qui constituent une forme d'entraide financière entre membres ont été des approches « précurseurs » aux mutuelles de santé en Afrique.

La notion d'auto-organisation traduit cette forme de démocratie qui s'exprime traditionnellement par le principe « un homme, une voix » et qui est censée s'appliquer à des activités en termes techniques (Assurance-maladie, montage de structures de soins... »

Il s'agit, d'une association de personnes, à adhésion facultative, à but non lucratif, dont la base de fonctionnement est la solidarité entre tous les membres. Au moyen des cotisations des membres et sur la base de leurs décisions, elle mène des actions de prévoyance, d'entraide et de solidarité dans le domaine de la prise en charge des cas de maladie.

Ce sont donc des organisations sociales, à caractère démocratique, gérées avec la participation des membres, dont le fonctionnement combine les principes d'assurance et de solidarité.

Il y a assurance, puisque moyennant le versement des cotisations, le membre perçoit de l'ensemble du groupe une intervention financière lorsque se réalise un événement (maladie, naissance, décès, etc.).

Il y a solidarité, car si tous les membres cotisent, seuls ceux qui sont affectés par un événement déterminé bénéficient d'un soutien financier. De ce fait, la solidarité s'organise entre les malades et les bien-portants, entre les jeunes et les vieux, entre les riches et les pauvres.

En quoi ces mutuelles de santé diffèrent-elles des autres formes d'assurance maladie, en particulier d'une assurance privée ?

Les différences sont fondamentales et s'expriment par l'aspect nonlucratif, le principe de solidarité et le mode d'organisation interne.

6- Revue de la littérature

Dans le domaine de la recherche scientifique, il est rare qu'un sujet abordé n'ait jamais été précédemment un objet de recherche d'une manière ou d'une autre de la part d'un investigateur. C'est la raison d'être de la revue de la littérature qui permet au cours de ce travail de faire le point des connaissances scientifiques antérieures, des rapports théoriques et pratiques déjà effectués par rapport au sujet afin d'identifier de nouvelles pistes pour l'étude en cours. Dans ce cas, nous convenons que : « *Tout travail scientifique s'inscrit dans un continuum et peut être situé dans ou par rapport à des courants de pensée qui le précèdent et l'influencent* »⁹.

Les recherches faites sur la dynamique des groupes sont nombreuses et les solutions testées dans le passé pour surmonter les problèmes psychosociologiques concernant les groupes ne sont pas moins considérables. Les travaux scientifiques en psychologie auxquels se sont livrés les chercheurs révèlent qu'ils se sont intéressés chez l'homme, aux groupes de travailleurs dans les entreprises, dans les organisations à caractère productif et économique, les syndicats, la famille, les groupes sociaux etc.

⁹ QUIVY Raymond et CAMPENHOUDT Luc Van. (1995) Manuel de recherches en sciences sociales, Paris. Dunod, 1^{ère} édition, psycho sup : 228P.

Selon les résultats d'une enquête de l'Association Française pour l'Accroissement de la Productivité (AFAP) en 1961, « *le groupe est un lieu investi d'espoir car, les sondés reconnaissent que pour une question d'efficacité, il vaut mieux être en groupe que seul* »¹⁰. Il en ressort que l'appartenance à un groupe a des influences sur l'individu. Il crée un esprit d'espérance psychologique en motivant les actions ou des comportements des membres d'un groupe.

Le comportement d'un individu ou d'un groupe est toujours déterminé par les éléments constituant son environnement psychologique et social. Le groupe est donc une totalité dynamique qui détermine le comportement de ceux qui en font partie. Autrement dit, c'est le groupe, la situation de groupe qui détermine les individus et non pas les individus qui déterminent le groupe. L'individu en groupe est différent de l'individu isolé car la situation de groupe est soumise à un système de forces et de tensions spécifiques. Ces tensions proviennent certes en partie des individus eux-mêmes mais aussi du type de bases communes à l'ensemble des membres, connus et acceptés par eux.

Dans un livre, Charles Debbasch et Jacques Bourdonsoutiennent que, depuis quelques années, « *l'outil associatif est devenu, pour des milliers de personnes, un moyen ordinaire et pratique pour vivre leurs passions, exercer des activités dans des domaines les plus divers, défendre des causes et des idées, ou réaliser des projets collectivement, lieux irremplaçables d'échanges, de dialogue, de solidarité et de convivialité, les associations jouent désormais un rôle essentiel dans le paysage social* »¹¹. La richesse de la vie associative fait partie de l'évolution récente du tissu social.

⁹Anzieu D. et Martin J. Y. (1976) la dynamique des groupes restreints, PUF, 5^{ème} édition : 299P.

¹¹DEBBASCH Charles et BOURDON Jacques, *Les associations*, 9^e éd., Paris, P.U.F. « Que sais-je ? », 2006, 128 pages.

Les associations permettent, en effet, à beaucoup de nos concitoyens de partager une passion commune, de pratiquer des activités culturelles ou commerciales, de s'investir dans des causes de développement local, de s'engager dans des activités sociales et éducatives. Les associations apparaissent alors comme des réponses aux besoins d'une société de plus en plus multiforme et diverse. Elles s'intéressent à tout, au sport, à la culture, au tourisme et aux loisirs, à la santé et à l'action sociale, à la vie sociale, à la défense des intérêts des consommateurs ou des victimes, à l'habitat et à la protection de l'environnement, à l'éducation et à la formation, comme à la promotion féminine. Elles touchent tous les milieux sociaux et regroupent des hommes et des femmes de tous âges qui se rencontrent sur l'ensemble du territoire national par rapports aux préoccupations particulières qui sont la raison d'être de leurs groupes. A la recherche d'un creuset, d'espoir, les hommes mettent en groupe ou en association pour être stimulés mentalement ou même dans l'action.

Les associations apparaissent aujourd'hui, comme la forme d'action collective la plus commode et la plus facile à mettre en œuvre. Les associations constituent un espace de liberté. Par la volonté des fondateurs, grâce à la force de ses adhérents, les rencontres et les réunions s'accroissent et se développent pour promouvoir des objectifs communs poursuivis par les membres à l'intérieur des communautés. Ainsi, en atteignant les objectifs communs, chaque membre est supposé tirer satisfaction des résultats du groupe. L'analyse de Charles Debbasch et Jacques Bourdon, montre la dynamique voire la motivation qui met les hommes en groupe ou en association.

En effet, aujourd'hui, les associations sont une illustration de la volonté des citoyens de ne pas laisser au pouvoir public le monopole de la représentation des intérêts. Le développement des associations s'est accéléré depuis une vingtaine d'années. Assurant les préoccupations les plus actuelles des ruraux comme l'éducation, la formation, la santé et la lutte contre la pauvreté, elles manifestent

une vitalité accrue. Les associations ou groupes sont ainsi des instances de défenses des intérêts communs de leurs membres en même temps qu'ils sont des acteurs relais ou des répondants des actions ou politiques des différents pouvoirs en présence.

L'Etat et les collectivités territoriales prennent en considération cette montée des associations selon une stratégie qui évolue ; les associations sont aujourd'hui l'objet, tantôt de l'indifférence des pouvoirs public, tantôt de tentatives de captation pour les faire participer à leur action. La seconde attitude est actuellement prépondérante en faisant des associations à la fois des interlocuteurs officiels des pouvoirs publics et des instruments de l'action publique.

Ces apports, peuvent également faciliter l'accès des membres de la famille des acteurs associatifs et des proches aux services essentiels de base comme l'éducation, la formation et la santé...Les groupes ou associations se révèlent être des rassurent en assurant certaines attentes de leurs membres collectivement et individuellement.

Les pratiques des associations, servant de filet de sécurité et compensant, en partie, l'absence de système de protection et d'assurance contribuent fortement à la réduction de la pauvreté, à la réduction de l'impossibilité d'accès aux soins de santé de qualité, à l'éducation et à la formation des populations et au renforcement des capacités des populations à participer au processus de développement local. Les associations apparaissent ainsi comme porteuse d'une forme de solidarité pour faire ensemble face à certains problèmes des groupes ou populations mais qui sont aussi vécus et d'abord ressentis individuellement.

Cependant, la bonne volonté des associations à intervenir dans un domaine de la vie sociale, se traduit par des projets qui répondent aux besoins locaux.

De tout ce qui précède, il ressort que les différents écrits des chercheurs se sont plus appesantis sur les aspects externes des associations. C'est pourquoi, nous nous sommes donné comme travail, la recherche des paramètres psychosociologiques qui influent sur la vie des associations mutualistes.

Ainsi, Rendant compte d'une expérience de solidarité dans le domaine de la santé, Bart Criel et al. exposent d'abord le contexte de naissance des mutuelles de santé en général :

« L'accès aux soins de santé des plus pauvres est au centre des préoccupations de la communauté internationale. Le débat s'est longtemps focalisé autour des politiques de recouvrement des coûts. Leur introduction suite à l'initiative de Bamako, couplée à l'inefficience des mécanismes d'exemption pour les plus pauvres, ont généré une barrière financière frappant particulièrement les plus vulnérables. Quelques mécanismes alternatifs ont été proposés pour promouvoir l'accès aux soins de santé des plus pauvres. Les fonds d'équité, tels qu'expérimentés au Cambodge, sont une des pistes possibles. Le principe de base est simple : un fonds externe paie au prestataire les soins de santé des personnes identifiées comme trop pauvres pour subvenir à leurs besoins de santé. Ils répondent à l'une des principales failles des systèmes d'exemption : l'absence de compensation financière pour les prestataires. »¹².

Il en ressort que les mutuelles de santé sont le fruit d'un long processus de réformes visant l'amélioration et la durabilité de l'accès des soins de santé de qualité pour tous. Le souci de permettre à tous de se soigner sans distinction d'appartenance à une catégorie sociale n'a pas occulté la préoccupation que la santé a un coût, que le système de santé doit se maintenir et s'améliorer.

¹²Bart Criel et al. (2010), *Une expérience de protection sociale en santé pour les plus démunis : Le fonds d'indigence de Dar-Naïm en Mauritanie*, Antwer, ITGPress, P11.

L'expérience mauritanienne que décrivent les auteurs est un ensemble de mesures ou de stratégies qui combine l'envie de faire participer et la volonté de réduire les exclusions sociales ; « Ils répondent à l'une des principales failles des systèmes d'exemption : l'absence de compensation financière pour les prestataires ». C'est pourquoi leur démarche a été d'abord de clarifier un certains concepts en lien avec les mutuelles de santé :

« En Français, les dénominations fonds 12 Studies in HSO&P, 26, 2010 d'indigence et fonds d'équité sont le plus souvent utilisés de façon interchangeable pour désigner ce type de système de financement, alors qu'en Anglais le terme de healthequityfund est systématiquement utilisé. Une nuance s'impose cependant : le terme fonds d'indigence suggère que la population cible se limite aux ménages et individus indigents, c'est-à-dire à des exclus économiques et sociaux. Le terme de fonds d'équité, par contre, est plus inclusif et indique que des ménages pauvres mais non indigents, qui font face à une incapacité (le plus souvent temporaire et partielle) de payer le prix des soins de santé, peuvent aussi bénéficier du système (...) Le fonds d'indigence a amélioré l'accès aux soins de santé. Plus important probablement, le fonds d'indigence a été le révélateur d'un besoin d'assistance sociale étendu pour l'ensemble des partenaires. Les bénéfices en termes de réinsertion sociale resteront difficiles à documenter, mais chaque ménage sortant de la pauvreté offre une justification supplémentaire à l'existence du programme. »¹³

Les résultats d'une telle approche se font apprécier par les écrits de Bart Criel et al. qui note des réussites significatives d'une mutuelle de santé ou d'une

¹³ Op cit., PP 11-12

solidarité contextuelle et nuancée avec un appui extérieur au groupe cible. Une leçon se dégage de ce programme :

« Le programme, bien intégré et accepté dans la communauté, commence à avoir des répercussions en dehors de son champ d'action. Il a notamment déclenché une évolution du discours des responsables de la mutuelle qui sortent progressivement de discours égalitaristes (« la même chose pour tous ») pour embrasser des questions plus complexes d'équité, supposant un traitement préférentiel pour des groupes à risques. »

Toutefois, des réserves sont à relever de ce programme. D'abord, le fonctionnement ou le rôle de certains acteurs surtout dans le mode de sélection laissé au "talent" d'un seul personnage est un point qui n'est pas exempt de critique :

« Au départ, la population cible et les critères de sélection du fonds d'indigence avaient été définis de manière assez stricte. Sur base des premières expériences, le système s'est progressivement assoupli. La sélection des indigents est aujourd'hui confiée à la responsable du fonds d'indigence, une ancienne inspectrice de l'enseignement qui a développé de fortes compétences en assistance sociale). Elle agit souvent sur base de suggestions de la population, et fait valider ses décisions par un comité formé par du personnel du PSDN. Elle procède à des visites aux domiciles des ménages, où elle évalue leur degré de vulnérabilité et d'exclusion sociale. La sélection dépend plus du jugement professionnel de la responsable que de critères préétablis. »¹⁴

¹⁴ Op cit.

Aussi, le programme, malgré ses réussites comporte des germes d'une auto destruction à long terme. L'intervention extérieure, la durabilité des subventions sont des variables qui mettent en cause non seulement la pérennité du programme mais aussi le principe de la participation. Le problème de faire contribuer à chacun pour la santé de tous fait des mutuelles de santé un creuset de solidarité novateur qui mérite d'être bien compris pour un meilleur mise en œuvre durable.

En effet, c'est pour assurer la disponibilité des services de santé à tous, à un coût souhaité réduit et de façon durable grâce à la participation de chacun que l'Initiative de Bamako a été lancée :

« Face à cette situation, les ministères de la santé des pays africains se sont réunis au Mali en 1987, lors d'une conférence organisée sous l'égide de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF). Cette conférence a été marquée par le lancement de l'Initiative de Bamako dont le but est d'assurer à l'ensemble de la population l'accès aux services de soins primaires et de restaurer la confiance des usagers dans les services de santé publique. Pour atteindre ce but, de nouvelles orientations ont été définies, visant une augmentation de l'efficacité des services de santé, une limitation de leurs coûts et leur disponibilité permanente. L'Initiative de Bamako repose sur une participation des communautés tant dans la gestion que dans le financement des centres de santé »¹⁵.

¹⁵SOLIDARITE MONDIALE, (1996) Mutuelles de santé en Afrique, guide pratique à l'usage des promoteurs, administrateurs et gérant, Dakar, Programme ACOPAM-BIT,P ii

L'opportunité de l'Initiative de Bamako pour l'amélioration de l'accès aux services de santé publique et moderne devrait être saisie avec succès surtout en Afrique. La raison en est que les formes d'entraide ou de solidarité qu'impliquent les associations mutualistes de santé existaient déjà en Afrique, dans divers domaines de la vie sociale et sous différentes variantes. Les auteurs présentent le terrain africain de façon positive ainsi qu'il suit :

« L'entraide et la solidarité ne sont pas des notions nouvelles en Afrique. Elles interviennent dans de nombreux domaines parmi lesquels on peut citer : les travaux au niveau des champs, la construction d'habitations, le transport des malades ou encore l'entraide financière en cas d'événements familiaux comme les naissances, les mariages ou les funérailles. L'influence des expériences européennes s'est également traduite par d'autres formes de solidarité, notamment par l'apparition des mutuelles de santé qui ont vu le jour sur le continent pendant la colonisation »¹⁶.

Mais si l'Afrique présente un tel avantage pour le succès des mutuelles de santé, comment ces dernières sont-elles mises en œuvre, comment se développent-elles et quels sont les problèmes psychosociologiques de leur pérennisation ? Tel est l'axe fondamental de ce travail.

¹⁶ Op cit.

CHAPITRE II : DEMARCHE METHODOLOGIQUE

1- Population cible

La population concernée par cette étude est constituée de l'ensemble des différents acteurs et usagers des hôpitaux et centres de santé des cinq (05) arrondissements de la commune de Ségbana et les différents acteurs partenaires dans le département de l'Alibori.

Elle s'est intéressée à quatre (04) groupes cibles que sont : les adhérents, les non adhérents, les promoteurs des mutuelles de santé, et les prestataires des services de soins de santé.

2- Echantillonnage

En tenant compte de la population, des moyens logistiques et financiers disponibles, des choix indifférents ont été faits sur cent-vingt (120) personnes interviewées dont 60 femmes 40 hommes 20 jeunes rencontrés de façon accidentelle et constituant ainsi l'échantillon de notre étude. La tranche d'âge des enquêtés est comprise entre 18 et 70ans.

3- Techniques et instruments de collecte des données

La recherche des informations dans cette étude comporte deux volets que sont : l'étude documentaire dans les bibliothèques et centres de documentation et, la collecte des données empiriques sur le terrain, dans la commune de Ségbana. A chaque phase, des techniques et outils spécifiques de collecte des données ont été utilisés sur des groupes cibles.

Pour la recherche documentaire la technique de lecture a été nécessaire. Elle s'est faite grâce à la grille de lecture dont l'orientation était essentiellement fondée sur la recherche des données statistiques.

Concernant les recherches de terrain, pour conduire les entretiens, nous avons élaboré trois questionnaires correspondant à chaque groupe cible afin de

comprendre les facteurs de création des mutuelles et ceux de l'adhésion des membres, les avantages qu'ils y tirent et les raisons qui pourraient être la source de leur démission éventuelle.

A l'aide d'une grille d'observation, nous avons également observé grâce à notre position de formateur et de facilitateur les membres pendant les séances de réunion pour identifier et comprendre leurs attitudes et comportements par rapport à des situations précises pendant l'installation et la mise en œuvre du projet de mutuelles de santé à Ségbana.

Les différentes techniques et outils ainsi apprêtés ont permis de conduire la collecte des données de terrain.

4- Organisation de la collecte des données

La collecte des données s'est effectuée par nous-même avec le concours de deux (02) personnes qui ont une bonne connaissance du milieu de l'étude et surtout de la langue locale. Elle a été menée du 04 mars au 28 avril 2008, période correspondant à la saison sèche pendant laquelle les ménages ruraux disposent de plus de temps.

Au niveau Arrondissement, des entretiens individuels directs ont été réalisés auprès des personnes suivantes :

- ✓ infirmier ;
- ✓ Sage-femme responsable de maternité ;
- ✓ chef d'arrondissement ;
- ✓ responsable de Groupement de Femme (GF) ;
- ✓ responsable de l'Association de Développement (AD) ;
- ✓ responsables des Organisations Paysannes (OP) ;
- ✓ responsable de l'Association de Jeunes (AJ) ;

Il a été aussi réalisé deux focus groupes par arrondissement dont l'un avec les femmes et l'autre avec les hommes.

Au niveau de chaque commune, les personnes interrogées sont :

- ✓ le Maire ;
- ✓ les Elus Locaux ;
- ✓ le Médecin Chef ;
- ✓ le Président de l'Association de Développement ;
- ✓ le Président de l'Union Communale des Producteurs de Coton (UCPC) ;
- ✓ un chargé des micro-finances ou des crédits.

Au niveau de la Zone Sanitaire, il y a eu des entretiens directs avec les responsables de la Zone Sanitaire.

Des données empiriques ont été récoltées par « observation ». Notre position de formateur et de facilitateur et les responsabilités qui en découlent, nous ont permis de participer activement au projet de mise en place des mutuelles de santé. Même s'il peut être sujet à des risques de subjectivité, ce positionnement d'observateur participant apporte à cette analyse un ensemble de remarques, de données « de l'intérieur » qui, associées aux autres sources, peuvent être éclairantes.

En dépit des différentes dispositions méthodologiques prise, la réalisation de ce travail ne s'est pas faite sans difficultés.

5- Difficultés rencontrées

Nous avons connu deux types de difficultés à savoir :

- L'opérationnalisation du concept de ménage nous a posé de difficulté à Ségbana étant donné que la commune est rurale.
- Les tournures de la langue locale nous a amené à recourir régulièrement aux services d'un interprètes.

6- Mode de traitement des données

L'évaluation de l'activité des mutuelles de santé a nécessité une analyse en deux temps :

- d'une part, le succès éventuel de l'expérience reposerait sur sa capacité à mobiliser la demande de façon efficiente en matière de soins ;
- d'autre part, il est important de replacer cette expérience dans un contexte plus large et d'évaluer non seulement ses apports en termes de qualité et d'équité, enjeux cruciaux dans le système de santé mais sa capacité à s'adapter à un secteur et à un contexte en perpétuelle évolution.

Il serait donc important d'aborder la présentation, l'analyse et l'interprétation des résultats.

DEUXIEME PARTIE :

**CADRE PRATIQUE DE L'ETUDE, PRESENTATION,
INTERPRETATION ET ANALYSE DES RESULTATS**

CHAPITRE III : CADRE PRATIQUE DE L'ETUDE

1- Présentation du cadre de l'étude

1.1 Organisation territoriale de la commune de Ségbana

La présente étude a été réalisée dans le département de l'Alibori au Nord du Bénin et précisément dans la commune de Ségbana.

La commune de Ségbana est située à l'Est de la commune de Kandi et de celle de Gogounou. Elle est limitée au sud par la commune de Kalalé et au Nord-ouest par la commune de Malanville. Toute la partie Est de Ségbana fait frontière avec le Nigéria. Elle a une superficie de 4.700 Km².

La commune de Ségbana compte 52.639 habitants (RGPH3 2002) dont 50,05% de femmes et 49,95% d'hommes.

Elle a une densité de 11 habitants au km². Le taux d'accroissement en 2006 était de 5,01% selon les statistiques sanitaires.

La commune compte cinq (5) Arrondissements disposant chacun d'un centre de santé d'Arrondissement.

La première chose qui frappe quand l'on arrive dans la commune de Ségbana, c'est la dispersion des localités. Des villages sont situés à plus de (40) quarante kilomètres du chef-lieu de l'arrondissement et à plus de (70) soixante-dix kilomètres du centre urbain de la commune.

1.2 Réalités ethno-sociologiques et économiques de la commune.

Dans la commune de Ségbana l'ethnie prédominante est le Boo.

Cette ethnie représente 75% de la population, suivie des peuhls 17% et le reste constitué des minorités.

Les populations de Ségbana sont toujours en mouvement vers le Nigéria. Ce sont des mouvements de courte durée relatifs au commerce. Le plus souvent, les grossistes voyagent très tôt le matin pour revenir tard le soir.

L'économie locale est une économie de subsistance basée sur l'agriculture, l'élevage plus ou moins domestique et le petit commerce. Les revenus sont annuels et tirés principalement des recettes des cultures telles que le coton, le maïs, l'arachide, les noix de cajou, le soja, les noix de karité et des graines de néré. Le revenu agricole annuel moyen d'un ménage est chiffré à 1.049 en millier de francs CFA. Le revenu annuel moyen pour les autres activités non agricoles à 469 en milliers de francs.

En effet, la prépondérance de l'agriculture dans le revenu des ménages explique également que le revenu de la quasi-totalité de la population de la commune de Ségbana, en plus d'être faible, est inégalement reparti au cours de l'année. La majeure partie de la population est donc pauvre et éprouve des difficultés à couvrir les dépenses de santé et surtout celles relatives aux grosses interventions médicales.

L'informel à travers le commerce est très développé dans la commune. La monnaie nigériane (le Naira) circule facilement dans les transactions dans les marchés à côté du franc CFA qui est la monnaie nationale.

Habituellement les recettes issues des récoltes sont communes par ménage et sont gérées sous la responsabilité du chef de ménage pour les besoins du ménage. Mais les ressources du ménage sont très souvent disponibles en nature (produits agricoles en stock) qu'en espèce (argent).

CHAPITRE IV : PRESENTATION, INTERPRETATION ET ANALYSE DES RESULTATS

1- Caractéristiques des mutuelles de santé installées dans la Commune de Ségbana.

Les mutuelles de santé installées dans la commune de Ségbana sont des mutuelles à l'échelle d'arrondissement couvrant un certain nombre de villages.

Il s'agit d'une association de personnes, à adhésion facultative, à but non lucratif, dont la base de fonctionnement est la solidarité entre tous les membres.

Au moyen des cotisations des membres et sur la base de leurs décisions, elle mène des actions de prévoyance, d'entraide et de solidarité dans le domaine de la prise en charge des cas de maladie.

Ce sont donc des organisations sociales, à caractère démocratique, gérées avec la participation des membres, dont le fonctionnement combine les principes d'assurance et de solidarité.

Il y a assurance, puisque moyennant le versement des cotisations, le membre perçoit de l'ensemble du groupe une intervention financière lorsque se réalise un événement (maladie, naissance, décès, etc.).

Il y a solidarité, car si tous les membres cotisent, seuls ceux qui sont affectés par un événement déterminé bénéficient d'un soutien financier. De ce fait, la solidarité s'organise entre les malades et les bien-portants, entre les jeunes et les vieux, entre les riches et les pauvres...

En quoi ces mutuelles de santé diffèrent-elles des autres formes d'assurance maladie, en particulier d'une assurance privée ?

Les différences sont fondamentales et s'expriment par l'aspect nonlucratif, le principe de solidarité et le mode d'organisation interne.

Dans la commune de Ségbana, cinq (05) mutuelles sont mises en placedans les différents arrondissements et regroupent plus de 3.600 bénéficiairescomme l'indique le tableau ci-dessous. Ce sont des mutuelles naissantes de petite taille.

Tableau I : Liste des mutuelles de santé de Ségbana installées grâce à l'appui technique du projet PISAF/USAID

N° Ordre	Mutuelles de Ségbana	Membres	Années	
			2009	2010
01	Liboussou "aafiasasao"	Adhérents	191	271
		Bénéficiaires	711	783
02	Lougou "wa do waaafiawa"	Adhérents	178	192
		Bénéficiaires	670	740
03	Sokotindji "Taafaaba"	Adhérents	174	183
		Bénéficiaires	508	742
04	Piami "wasooukèaafia è"	Adhérents	89	90
		Bénéficiaires	139	152
05	Ségbana "aafia nan"	Adhérents	55	60
		Bénéficiaires	345	391
TOTAL GENERAL			3060	3604

Sources : Mairie de Ségbana

Le tableau I présente les mutuelles de santé installées dans la commune de Ségbana et leur répartition par arrondissement. Il permet aussi de lire le nombre des adhérents et bénéficiaires sur les deux premières années d'exercice (2009 et 2010).

L'installation de ces mutuelles a nécessité un certain nombre de précautions. En effet, nous avons pu constater que :

- les procédures et modalités de gestion des mutuelles sont mises en place et validées ;

- le fonctionnement en réseau des différentes structures des mutuelles de santé est accepté et mis en place ;
- un Comité d'initiative est mis en place au niveau local, dans chaque arrondissement, regroupant différents acteurs du secteur de la santé et du développement ;
- Le partenariat de ces mutuelles avec le centre de santé communale de Ségbana et l'Hôpital de Zone de Kandi est scellé par contrat.

Les différentes précautions permettent le suivi et le respect de quelques principes de base des mutuelles.

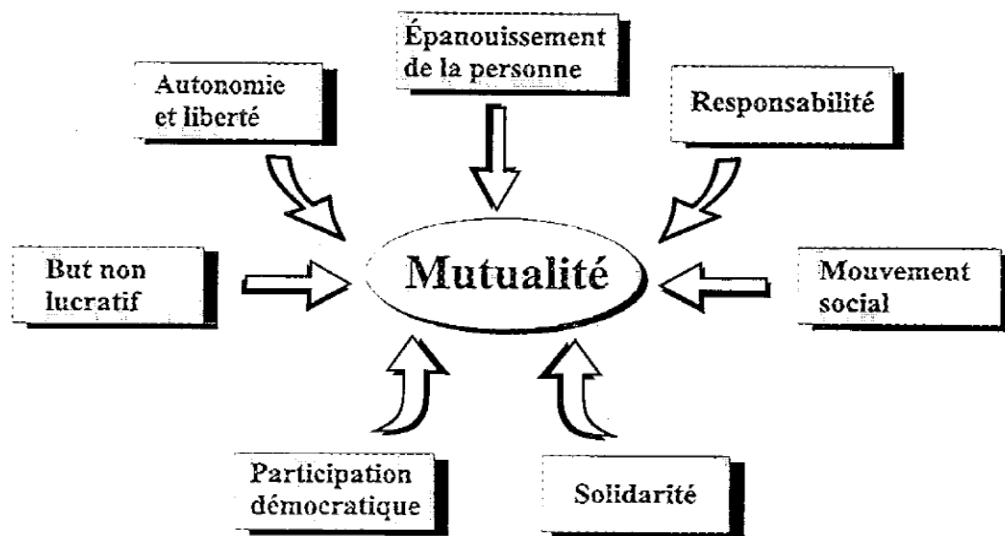
2- Les principes de base des mutuelles de santé de Ségbana

Les principes de base d'une mutuelle de santé peuvent être regroupés en sept points à savoir :

- Solidarité ;
- Autonomie et liberté ;
- Participation démocratique ;
- Epanouissement de la personne ;
- But non lucratif ;
- Responsabilité dans la gestion et le comportement des membres ;
- Dynamique d'un mouvement social.

Schéma n°1

Principes de base de la mutualité



Source : Solidarité Mondiale, 1996

Le contenu de chaque principe permet d'apprécier son importance pour non seulement la qualité de l'offre mais aussi et surtout la survie des mutuelles.

❖ *Solidarité*

La solidarité constitue le socle d'une mutuelle de santé, car en effet, le membre adhérent paie sa cotisation indépendamment de son risque personnel de tomber malade. La cotisation est la même pour toutes les personnes, quelque soit l'âge, le sexe et l'état de santé de la personne. D'autre part, chaque adhérent bénéficie des mêmes services, en cas de maladie.

La mutuelle de santé crée ainsi un mécanisme de solidarité entre les malades et les personnes saines, entre jeunes et vieux, ainsi qu'entre les personnes de différentes catégories sociales et professionnelles.

La solidarité se manifeste aussi à travers l'engagement bénévole des membres en faveur des groupes vulnérables, à l'instar des personnes âgées, des handicapés et des malades. Ainsi quand le chef de ménage reste longtemps alité, il est de tradition que les autres villageois s'occupent des enfants et entretiennent parfois son champ ou son troupeau d'élevage.

❖ *Autonomie et liberté*

Une mutuelle de santé est une structure communautaire où les décisions relatives à l'organisation (statut et règlements d'ordre intérieur) et au fonctionnement (contrats avec les prestataires des soins) sont toujours prises de façon souveraine par les membres, sans immiscions des autorités politiques, religieuses et patronales.

Cette autonomie est importante, car elle permet de mieux défendre les intérêts particuliers de la mutuelle qui peuvent diverger avec ceux des autorités et autres personnalités ci-haut mentionnées. C'est pourquoi la mutuelle de santé devrait, dans la mesure du possible, éviter les subventions et plutôt œuvrer à s'autofinancer à travers un équilibre constant entre les cotisations et les dépenses.

❖ *Participation démocratique*

Une mutuelle de santé est une association facultative. L'adhésion des membres est donc volontaire, libre et ne souffre d'aucune discrimination raciale, ethnique, politique, religieuse ou sociale. Tous les membres ont les mêmes droits. C'est ainsi qu'ils ont la possibilité de participer activement dans les instances de prise de décision en devenant membre d'une de ces instances dirigeantes.

Le mode d'organisation interne des mutualités est la gestion participative. Ce principe implique que les membres sont directement concernés par la prise de décisions, à travers le principe coopératif « un homme – une voix ». Lieu d'apprentissage de la démocratie directe, la mutualité peut participer à l'émergence d'une société civile active et responsable, qui par une action collective coordonnée peut contribuer à une amélioration de la gestion des services de santé.

❖ *Epanouissement de la personne*

L'adhésion à une mutuelle de santé témoigne d'un besoin de s'associer à d'autres pour réaliser ensemble ce qu'on n'a pas pu faire individuellement, et partant, assurer l'épanouissement de tout un chacun des membres.

De plus, les mutuelles de santé, en promouvant l'équité dans l'accès aux soins, permettent à une catégorie de la population la plus démunie d'avoir la possibilité de jouir d'un des droits les plus fondamentaux de la personne : le droit à la santé.

Les sessions de formation et les programmes d'éducation à la santé sont autant de voies qu'utilisent les mutuelles de santé pour épanouir davantage les membres.

De même, tous les autres principes de base régissant la mutuelle de santé concourent sans nul doute à l'épanouissement global du membre. Le but non lucratif des mutuelles de santé est un atout.

❖ *But non lucratif*

Une mutuelle de santé, par définition, est à vocation sociale et ne pourrait par conséquent viser à réaliser des profits. Cela ne voudrait pas pour autant dire que les mutuelles de santé ne devraient pas respecter les principes de gestion comptable et financière saine. Loin de là, car une mutuelle de santé viable est

celle qui équilibre ses dépenses et recettes. Si au cours de l'exercice, un surplus est dégagé, il n'est jamais redistribué entre les membres qui ont accepté d'abandonner leur droit de propriété sur la somme d'argent contribué. Ce dernier pourrait servir soit à constituer un fonds de réserve pouvant aider en cas d'épidémie, soit à améliorer les services existants ou à augmenter le paquet de soins offerts aux membres, soit à réaliser toute autre chose s'inscrivant dans la mission générale de la mutuelle. La bonne gestion est le fruit du comportement responsable des membres.

❖ *Responsabilité dans la gestion et le comportement des membres*

Dans le contexte d'une mutuelle de santé, la quête du bien être sanitaire se réalise à travers une mise en commun des ressources financières. Cette mise en commun en appelle à une grande responsabilisation du membre quant à sa propre santé et à celle des autres.

Ni les objectifs, ni les principes ci-haut mentionnés de la mutuelle ne sauraient être réalisés si, par exemple, la gestion financière et administrative de la mutuelle n'est pas rigoureuse et si les membres n'adoptent pas des attitudes responsables dans la consommation des soins. Ainsi donc, la mutualisation du risque maladie requiert une plus grande responsabilisation, autant de la part des membres que des gestionnaires de la mutuelle. Les mutuelles de santé constituent un modèle de dynamique de mouvement social.

❖ *Dynamique d'un mouvement social*

Les mutuelles de santé qui sont créées par les membres pour réaliser un idéal commun d'épanouissement et du développement de l'être humain, font partie d'un vaste mouvement social œuvrant aussi pour la même cause dans d'autres domaines.

Des mécanismes de collaboration et de synergie devraient être mis en place pour sauvegarder les intérêts des membres adhérents de tous ces différents mouvements sociaux. C'est ainsi que par exemple les mutuelles de santé peuvent et devraient nouer des actions de collaboration avec les coopératives de crédit et d'épargne œuvrant dans la même juridiction ou vice versa pour une meilleure réalisation des objectifs de deux mouvements sociaux respectifs.

Car en effet, si la coopérative d'épargne et de crédit peut renforcer la capacité financière des ménages membres de la mutuelle, cette dernière grâce au mécanisme de solidarité et de mutualisation du risque maladie, permet aux ménages de payer moins d'argent dans la prise en charge des soins, et partant, de protéger les revenus des membres. Ces derniers sont ainsi mis en épargne ou utilisés, étant donné qu'il y a encore une multiplicité de besoins non satisfaits dans le monde rural.

En tant que mouvement associatif, les mutuelles peuvent insuffler de nouvelles dynamiques dans le champ social par l'entraide entre les membres et l'autopromotion, notamment à travers les actions d'éducation à la santé. Dans ce sens, elles peuvent donc contribuer à la prise de conscience des problèmes de santé et des solutions envisageables dans chaque famille et être partenaire des services de santé en matière de prévention des maladies. Mais pour leur fonctionnement, les mutuelles ont besoin d'une organisation conséquente.

3- Organisation et fonctionnement des mutuelles de santé dans la commune de Ségbana

3.1 Les organes d'une mutuelle de santé d'arrondissement

L'organisation interne d'une mutuelle de santé doit faire l'objet d'une attention particulière car elle conditionne, entre autres, l'efficacité du fonctionnement et le respect des principes mutualistes.

La structuration et les organes d'une mutuelle de santé doivent favoriser la démocratie, l'entraide, la solidarité, la responsabilité et la participation active de tous les adhérents.

Il existe un schéma « classique » d'organisation d'une mutuelle de santé auquel obéit chacune des mutuelles de santé d'arrondissement de santé objet de cette étude. Toutefois, celle-ci dispose d'une grande liberté d'organisation et doit chercher à adapter sa structure et ses organes au contexte et à la mission qu'elle s'est fixés. L'organisation « classique » d'une mutuelle repose sur trois grandes catégories d'organe :

- ✓ les organes de décision ;
- ✓ les organes d'exécution ;
- ✓ les organes de contrôle.

Les statuts et règlement intérieur de ces mutuelles de santé déterminent les attributions de chaque organe.

3.1.1 Organe de décision

Appelés également organes de gouvernance, les organes de décision ont la responsabilité de définir les missions, l'organisation et les statuts de la mutuelle. Leur composition est déterminée par les principes de base de la mutualité ; ces organes doivent en particulier permettre à tous les adhérents d'exercer leurs droits, de participer aux décisions, à la gestion et au fonctionnement de la mutuelle.

Les organes de décision sont :

- **L'Assemblée Générale (AG)**

L'Assemblée Générale est la réunion de tous les adhérents de la mutuelle. Elle est l'organe de décision le plus important de la mutuelle car elle en détermine la politique générale. Ses décisions engagent tous les adhérents et tous les organes.

En ce qui concerne les modifications des cotisations, l'Assemblée Générale peut déléguer ses compétences au Conseil d'Administration, pour une période définie, souvent un an renouvelable après approbation des décisions prises l'année précédente. Cette possibilité est surtout prévue pour pouvoir prendre rapidement des décisions si la situation financière le requiert (allocation budgétaire, placements etc.).

- **Le Conseil d'Administration**

Le Conseil d'Administration se compose de membres élus par l'Assemblée Générale et a pour mandat de mettre en application la politique générale de la mutuelle.

Le Conseil d'Administration est l'organe chargé de la gestion de la mutuelle. Il exerce toutes les responsabilités qui ne sont pas confiées explicitement par la loi ou les statuts à l'Assemblée Générale ou au Comité Exécutif.

Le Conseil d'Administration propose à l'Assemblée Générale les décisions d'admission et d'exclusion des adhérents. Dans l'attente de la décision de l'Assemblée Générale sur ces propositions, l'adhérent peut être provisoirement admis ou suspendu. Cette disposition peut être difficile à appliquer dans les mutuelles de grande taille, et il est possible de déléguer au Conseil d'Administration ou au Comité Exécutif la responsabilité d'admettre ou d'exclure un adhérent. Dans ce cas, un recours devant un autre organe, le comité de surveillance par exemple, doit être possible.

De manière concrète, le Conseil d'Administration doit suivre en permanence la gestion de la mutuelle et faire face aux problèmes qu'elle rencontre. Il peut déléguer une partie de ses attributions au Président ou à un ou plusieurs administrateurs. Les membres du Conseil d'Administration sont tous des bénévoles qui acceptent de mettre leurs compétences et une partie de leur temps au service des autres.

Pour le fonctionnement quotidien et l'exécution des décisions prises par l'Assemblée Générale, le Conseil d'Administration peut déléguer ses responsabilités au Comité Exécutif.

3.1.2 Organe d'Exécution

Conformément aux textes constitutifs des mutuelles de santé de Ségbana, l'organe d'exécution s'occupe de la gestion quotidienne de la mutuelle.

- Le Bureau Exécutif (BE)

Le Bureau Exécutif est constitué de membres élus au sein du Conseil d'Administration. Il s'agit de l'organe le plus actif de la mutuelle car c'est sur lui que repose la gestion quotidienne des activités. Le Bureau Exécutif, mis en place par le Conseil d'Administration, est responsable de l'exécution des décisions de l'Assemblée Générale et du Conseil d'Administration.

Selon la taille et l'organisation de la mutuelle, deux situations peuvent se présenter :

- Le Bureau Exécutif peut être désigné au sein du Conseil d'Administration. Il s'agit alors d'un Conseil d'Administration restreint, permettant un fonctionnement souple et la prise des décisions rapides. Il sera composé au moins du président, du secrétaire général et du trésorier ;
- Le Comité Exécutif peut être composé de personnel salarié auquel le Conseil d'Administration confie la gestion quotidienne de la mutuelle. Un

de ses membres, le directeur ou le gérant, participera aux réunions du Conseil d'Administration pour y rendre compte de la gestion, mais le plus souvent, il siègera à titre consultatif et ne participera pas aux votes.

En ce qui concerne les mutuelles de santé de la commune Ségbana, le premier cas de figure est adopté par toutes les mutuelles d'Arrondissement dans le but d'une harmonisation de leur système d'organisation et de fonctionnement.

3.1.3 Organe de contrôle

L'organe de contrôle s'assure de la conformité des actes de la mutuelle avec ses statuts et son règlement intérieur. Il vérifie que les procédures de gestion sont correctement suivies. Il veille également à la bonne tenue de la comptabilité et à la transparence des opérations financières.

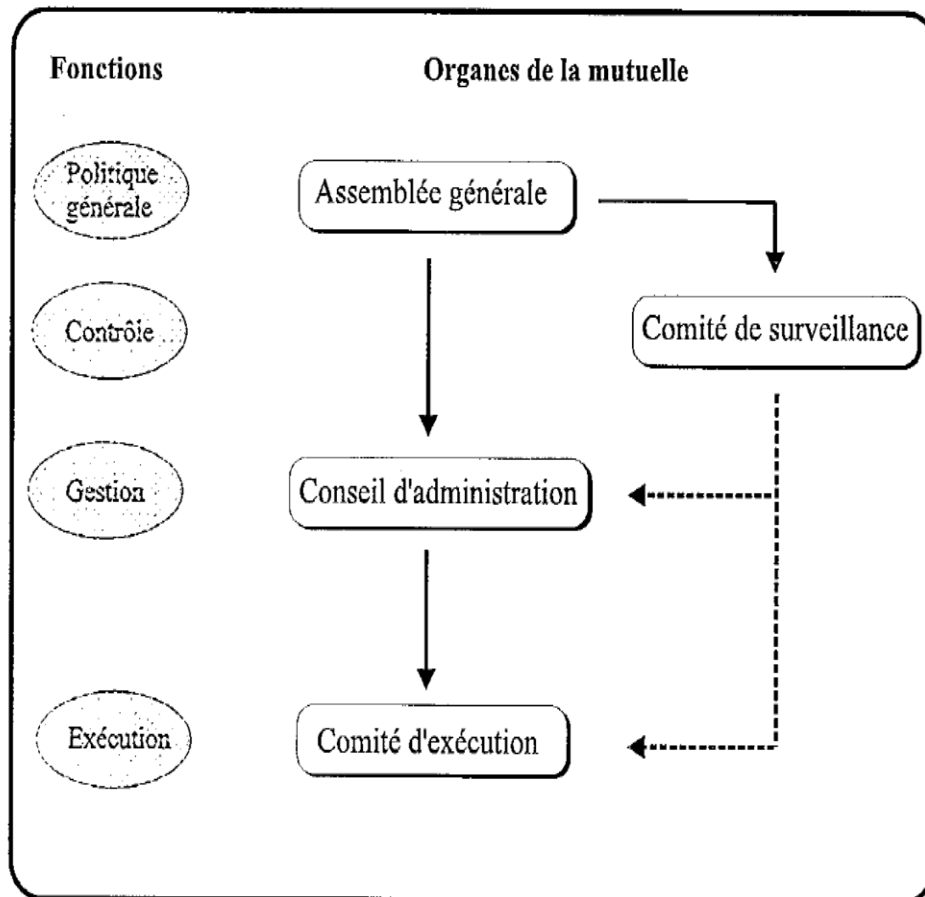
Au niveau interne, les mutuelles ont mis en place un comité de surveillance, composé de membres élus, ou désigner un ou plusieurs commissaires aux comptes. Ceux-ci ont pour mission de contrôler la gestion et le respect des procédures et de rendre compte aux autres organes.

- Le Comité de Surveillance (CS)

Le Comité de Surveillance, élu par l'Assemblée Générale, a pour mission de contrôler l'exécution des décisions prises par celles-ci et de garantir un fonctionnement efficace des divers organes de la mutuelle autres que l'Assemblée Générale.

Même dans les mutuelles d'une taille relativement faible ou de création récente, il est indispensable de désigner au moins une personne qui, après une formation appropriée, examinera de près les pièces justificatives et les enregistrements comptables.

Organigramme type d'une mutuelle



Source : Solidarité Mondiale, 1996

Cette figure met en relation les différents organes d'une mutuelle de santé ainsi que leurs fonctions.

L'évolution de l'accroissement du nombre d'adhésion et de l'effectif des bénéficiaires au cours d'une année permet de déterminer la valeur d'un indicateur très important qui est le taux de pénétration.

Tableau II : Le taux de pénétration des mutuelles de santé de la commune de Ségbana.

Détermination du taux de pénétration des mutuelles de santé de la commune			
Mutuelle de santé	Populations cibles	Bénéficiaires	Bénéficiaires
		2009	2010
Liboussou "aafiasasao"	5050	711	783
Lougou "wa do waaafiawa"	5497	670	740
Sokotindji "Taafaaba"	5387	508	742
Piami "wasooukèaafia è"	-	139	152
Ségbana "aafia nan"	10219	345	391
Taux de pénétration		9%	11%

Sources: RGPH 3 INSAE 2002 (Population)

Le tableau II rend compte du taux de pénétration des mutuelles de santé à Ségbana. Il est obtenu en faisant le rapport entre le nombre de bénéficiaires enregistrés au cours d'une période (ici année) sur l'effectif total de la population concernée par l'offre de service qu'apporte la mutuelle aux adhérents et aux personnes à charge.

4- Les services et avantages des mutuelles de santé de Ségbana

4.1- Les services et avantages offerts par une mutuelle de santé d'arrondissement

Les services des mutuelles sont répartis par catégorie ou niveau. Une mutuelle de santé d'arrondissement peut offrir à ses membres essentiellement des soins primaires dits de premier niveau.

Au niveau du Centre de Santé d'Arrondissement (CSA) ou Communal (CSC), les mutualistes peuvent bénéficier des services suivants : Consultations curatives, examen de laboratoire si possible, soins primaires, mise en observation, évacuation, vaccination, Information.

Au niveau de l'hôpital ou l'hôpital de zone, nous avons, en plus des services des autres niveaux: les examens complémentaires spécialisés, Soins de spécialités ou Soins spéciaux.

Mais l'accès aux différents services d'une mutuelle de santé est subordonné au respect des critères définis par les textes régissant le fonctionnement de l'association.

Pour bénéficier des services, un membre doit satisfaire aux trois (03) critères suivants:

- être affilié à la mutuelle,
- avoir terminé sa période d'observation,
- être à jour dans le paiement de ses cotisations.

Une mutuelle de santé constitue en effet un moyen pour améliorer l'accessibilité des populations aux soins de santé de qualité par l'anticipation sur les frais des prestations diverses.

Les avantages d'une mutuelle de santé peuvent être regroupés en trois points :

- pour l'individu, les mutuelles de santé lui donnent la garantie financière pour aller aux soins au centre de santé très tôt en cas de maladie sans attendre que la maladie se complique ; ce qui rehausse la dignité du mutualiste ;
- pour la communauté à laquelle appartient le membre, au nom de la solidarité sur laquelle se fondent les mutuelles de santé, les autres membres mutualistes, les parents de la même collectivité seront en bonne santé ;
- Pour le système de santé, l'accessibilité financière des populations aux soins de santé améliore les recettes pour le financement communautaire du centre de santé.

Mais l'accès aux différents services d'une mutuelle de santé est subordonné au respect des critères définis par les textes régissant le fonctionnement de l'association.

Pour bénéficier des services, un membre doit satisfaire aux critères suivants:

- être affilié à la mutuelle,
- avoir terminé sa période d'observation,
- être à jour dans le paiement de ses cotisations.

Conclusion

Les mutuelles de santé sont une approche récente dans le paysage sanitaire béninois. Elles s'inscrivent dans une dynamique qui est appelée à se développer davantage dans les années à venir. L'expérience accumulée dans plusieurs pays voisins révèle des leçons importantes pour augmenter leurs chances de succès.

L'expérience de certains pays comme le Mali montre que les mutuelles de santé ont surtout un rôle à jouer au niveau institutionnel pour influencer les politiques de santé nationales, leur poids politique prenant dès lors le pas sur leur importance économique.

Au Bénin, la solidarité communautaire et le partenariat sont perçus comme les instruments d'une meilleure prise en charge des problèmes de santé des populations. Les mutuelles de santé couvrant à peine entre 1 et 5% de la population béninoise, le chemin vers la couverture universelle est encore long.

Cependant, il est difficile, à l'heure actuelle, d'imaginer des mécanismes d'assurance maladie qui soient plus adaptés aux groupes du secteur de l'économie informelle et du milieu rural.

Le développement des mutuelles demande du temps aussi, il s'agit d'un processus lent comme le prouve l'étude des mutuelles de santé de la commune de Ségbana qui en deux ans enregistre un taux de pénétration d'environ 11%.

La meilleure façon d'organiser la solidarité nationale est de créer un régime d'assurance maladie obligatoire. Mais les obstacles à leur mise en place sont difficilement surmontables actuellement.

L'importance de l'économie informelle (agriculteurs, petits commerçants...) soit environ 90 % de la population du Bénin limite le nombre d'adhérents et les

possibilités de prélever les contributions à la source (sur les salaires). La stabilité politique et les capacités de gestion sont souvent insuffisantes pour prélever les cotisations et les taxes affectées à la protection sociale.

En revanche, il est clair que les mutuelles ne permettent pas aux plus pauvres d'avoir accès aux soins. Les montants des cotisations sont rarement calculés en fonction des revenus des adhérents et ne sont donc pas progressifs.

Les mutuelles de santé s'adressent à des personnes qui sont capables de payer les cotisations. Les adhérents ne sont ni les plus riches ni les plus pauvres, mais la «classe moyenne». Peu de mutuelles, à ce stade de leur développement, se préoccupent de la prise en charge des indigents (en situation d'exclusion permanente)

Références bibliographiques

ANZIEU D. et MARTIN J. Y. (1976) *la dynamique des groupes restreints*, PUF, 5^{ème} édition : 299 p.

CRIELB. et al. (2010), *Une expérience de protection sociale en santé pour les plus démunis : Le fonds d'indigence de Dar-Naïm en Mauritanie*, Antwer, ITGPress, 91P.

DEBBASCH C. et BOURDON J., (2006) *Les associations*, 9^e éd., Paris, P.U.F. « Que sais-je ? », 128 p.

DOZON, J.-P. ; FASSIN, D., (2001) *Critique de la santé publique : une approche anthropologique*, Balland, 362 p.

FASSIN, D.; JAFFRE, Y., (1990), *Sociétés, développement et santé*, Ellipses, 287 p.

GOBATTO, I., (2003), *Les pratiques de santé dans un monde globalisé*, Karthala, 234 p.

GRUENAIIS M. E. & R. POURTIER (2000), « *la santé pour tous en Afrique, un leurre ?* », *Revue Afrique contemporaine*, Paris, la documentation Française, pp. 3-12.

HCCI, (2002), *La coopération dans le secteur de la santé avec les pays en développement*, Haut commissariat à la coopération internationale (HCCI), 64 p.

Letourmy A. (2000), « les mutuelles de santé en Afrique : conditions d'un développement » *Revue Afrique contemporaine*, Paris, la documentation Française, pp. 230-240.

LETOURMY A. (2003) « État et assurance maladie dans les pays africains » in *XXVI^{ème} Journées des Économistes français de la santé*, CERDI, Clermont-Ferrand, 9-10 janvier 2003, (CERMES, CNRS) 16p.

OMS (2001) rapport *macroéconomie et santé : Investir dans la santé en faveur du développement économique*, Genève OMS 2001. pp. 2-16.

OMS (2000). *Rapport sur la Santé dans le Monde 2000 : Pour un système de santé plus performant*, Genève, suisse 2000. pp. 1-10.

QUIVY R. et CAMPENHOUDT L. (1995) *Manuel de recherches en sciences sociales*, Paris. Dunod, 1^{ère} édition, psycho sup : 228P.

SOLIDARITE MONDIALE, (1996) *Mutuelles de santé en Afrique, guide pratique à l'usage des promoteurs, administrateurs et gérant*, Dakar, Programme ACOPAM-BIT, 325 P

ANNEXE

Rubriques Membres	Principales cultures			Revenus annuels		
	Produit 1	Produit 2	Produit 3	Revenu 1	Revenu 2	Revenu 3
CM						

Q.a.3 Quels sont les services ou activités commerciales que vous exercez ?

Rubriques Membres	Services ou Commerce	Revenus annuels

Q.a.4 Qui assure habituellement la gestion de l'argent gagné par le ménage ?

Catégories Membres	Nourriture	Habillements	Santé	Transport	Education
CM					
Epouse(s)					
Enfant(s)					
CM + Epouse(s)					
Autres parents					

Q.a.5 Où gardez-vous généralement l'argent que vous gagné dans votre ménage ?

Q.a.6 Le ménage possède-t-il les équipements /biens suivants :

- | | |
|---------------|-------------------------|
| 1- Moulin | 7- Machine à coudre |
| 2- Charrue | 8- Radio |
| 3- Charrette | 9- Tracteur |
| 4- Vélo | 10- Véhicule |
| 5- Moto | 11- Autres (à préciser) |
| 6- Télévision | |

Q.a.7 le ménage possède-t-il des animaux suivants :

- 1- Bovins
- 2- Ovins
- 3- Caprins
- 4- Volailles
- 5- Autres (à préciser)

PARTIE B : COMPORTEMENT DE RECOURS AUX SOINS

Q.b.1 Avez-vous connu au cours des 12 derniers mois des problèmes de santé ?

		Les cas de maladies déclarées				
Items	Questions	Cas 1	Cas 2	Cas 3	Cas 4	Cas 5
Comportement adopté	Cas soigné					
	Cas non soigné					
Motif du non traitement	Problème financier					
	Distance					
	Manque de confiance					
	Autres					
Lieu d'administration des soins	Centre de santé					
	Hôpital public					
	Hôpital privé					
	Guérisseur					
	Plante traditionnelles					
	Achat médicaments au marché					
	Pharmacien					
	Domicile agent de santé					
Référencement hôpital	Hôpital					
	Sinon, aviez-vous été envoyé à l'hôpital ?					
	Qui vous avait envoyé					
Soin dans un centre de santé	Quel centre de santé ?					
	Moyen de déplacement					
	Mise en observation au centre					
	Nombre de mise en observation					
	Temps de mise en observation					
	Raison de mise en observation					
	Salutation/accueil de la part personnel					
	Attente					
	Temps d'attente					
	Raison d'attente					

Perception de l'offre des soins de santé	Lieu d'attente					
	Explication de l'attente					
	Qui a donné l'explication					
	Explication de la maladie					
	Explication dans la langue connue					
	Explication dans une autre langue					
Soin dans un hôpital	Quel hôpital ?					
	Moyen de déplacement					
	Hospitalisation					
	Nombre d'hospitalisation					
	Durée d'hospitalisation					
Perception de l'offre et des soins de l'hôpital	Salutation de la part du personnel					
	Attente					
	Temps d'attente					
	Raison d'attente					
	Lieu d'attente					
	Explication de l'attente					
	Qui a donné l'explication					
	Explication de la maladie					
	Explication dans la langue connue					
	Explication dans une autre langue					
Prescription de médicament et lieu d'achat	Prescription de médicaments					
	Achat à la pharmacie du centre					
	Achat à la pharmacie de l'hôpital					
	Directement auprès d'un agent de santé					
	Dans une pharmacie extérieur					
	Au marché					

	Médicament donné par quelqu'un					
Achat de médicaments prescrits	Avez-vous acheté tous les médicaments prescrits ?					
	Sinon pourquoi ?					
Suivi du traitement	Suivi de tout le traitement (Sinon pourquoi)					
	Manque d'argent					
	Personne guérie					
	Personne ne guérissait pas					
	Trop loin pour aide familiale					
	Pour changer d'hôpital					
	Pour aller cher le guérisseur					
	Autre					
Coût de prestations	Soins					
	Transport					
	Cadeaux aux personnels					
	Achat de médicaments					
	Achat de plantes					
	Personne qui aidait le malade					
	Coût Total					

MODE DE FINANCEMENT DES SOINS DE SANTE

		Stratégie	Temps de latence	Stratégie	Temps de latence
		Argent disponible à la maison			
Emprunt à la famille					
Emprunt à des amis					
Emprunt à la banque					
Emprunt à la CLCAM					
Don à la					

SOINS DE SANTE	famille						
	Don d'une association					Prix de vente	Prix vendu
	Vente de bovins						
	Vente de caprins						
	Vente d'ovins						
	Vente anticipée de récolte						
	Vente de produits maraîchers						

PERMANENCE DES SOINS

Présence du personnel au centre	Infirmier	
	Aide-soignant	
	Sage-femme	
	Pharmacien	
	Peut-on se soigner en dehors des heures ouvrables (cas urgent)	
	Où ?	

PERCEPTION DES PRESTATAIRES ET ZONE D'ATTRACTION

	Connus	Utilisés	Bien soigné	Bien reçu	Médicaments disponibles	Agents présents	Pharmacien présent	Cadeaux obligatoires
Centre de santé								
Hôpitaux								

Mis à part les centres/Hôpitaux utilisés, y a-t-il des centres où vous auriez préférés aller ?	Centre de santé	Cité	Raisons	Raison de non utilisation	
	Hôpitaux				

PRIORITES DES SERVICES DU SYSTEME D'ASSURANCE MALADIES (SAM)

Ordre de priorité dans le cadre d'une prise en charge par le SAM	Consultation et achat de médicaments	
	Hospitalisation	
	Transports	
	Guérisseurs traditionnels	
	Accouchement	
	Autres	

ACCOUCHEMENTS

		ACCOUCHEMENT 1	ACCOUCHEMENT 2
Lieu d'accouchement	Au centre de santé		
	A l'hôpital		
	A la maison, seul		
	A la maison avec un agent de santé		
	Avec une accoucheuse traditionnelle		
	Au domicile d'un agent de santé		
CPN	CPN au centre de santé		
	CPN hôpital		
Perception de l'offre des soins/accouchements	Salutation de la part du personnel		
	Attente		
	Temps d'attente		
	Raison d'attente		
	Lieu d'attente		
	Explication de l'attente		
	Qui a donné l'explication		
	Explication de la maladie		
	Explication dans une langue connue		
Explication dans une autre langue			

Coûts	Accouchement		
	Transport		
	Cadeau au personnel		
	Achat de médicament		
	Achat de plante		
	La personne qui aidait		
	Opération		
	Coût Total		

PARTIE C : APPARTENANCE A UNE ORGANISATION OU ASSOCIATION VILLAGEOISE

Q.c.1 Etes-vous membre d'une organisation/association villageoise ?

1. Oui 2. Non

Si Oui (Nom de l'association, et ses objectifs)

Q.c.2 Votre localité compte combien d'association ou organisation du genre ?

PARTIE D : ACCES AU MICRO-CREDITS

Q.d.1 Un membre de votre ménage a-t-il bénéficié d'un prêt auprès d'une institution quelconque ou auprès d'un parent, amis ...au cours des 12 derniers mois ?

Q.d.2 si oui, auprès de qui ?

Pour quel montant ?

A quoi a servi ce prêt principalement ?

QUESTIONNAIRE POUR LE PERSONNEL DES FORMATIONS SANITAIRES ET MEMBRES DES COMITES DE GESTION

Nous menons cette enquête dans le cadre de la rédaction de notre mémoire de maîtrise sur les mutuelles de santé dans la commune de Ségbana.

Département :

Commune :

Arrondissement :

Village/Quartier :

Nom Formation Sanitaire :

Date de l'interview :

Durée de l'interview

Agent enquêté :

Qualification :

Nom et Prénoms de l'Enquêteur :

I- PERSONNEL

Q.1.1 Votre formation compte combien d'agents ?

NOM FORMATION SANITAIRE	AGENTS DISPONIBLES	QUALIFICATION/FORMATION
	1-	
	2-	
	3-	
	4-	
	5-	
	6-	

II- COMPORTEMENT DE RECOURS AUX SOINS DE SANTE

Q.2.1 Quelles appréciations avez-vous sur le comportement de recours aux soins des populations ?

Q.2.2 Pouvez-vous donner quelques données statistiques des 3 derniers mois ?

A12. RESSOURCES	B7. CONSULTATIONS CURATIVES	C9. ACCOUCHEMENTS	C11. CPN
1- Recettes			
2-Dépenses			

NB: Populations Cibles (PC), Anciens Consultants (AC), Nouveaux Consultants (NC), Total Consultations (TC), Accouchements Eutociques (AE), Accouchements Dystociques (AD), Taux de Fréquentation (TF).

Q.2.3 Avez-vous l'impression que quelque chose s'est amélioré depuis que vous êtes affecté ici ?

Q.2.4 Quelles sont vos sources d'approvisionnement en médicaments et autres matériels médicaux ?

Q.2.4 Existe-t-il un comité de gestion du centre ? 1. OUI 2. NON

Si Oui, est-il fonctionnel et quelle est sa composition ?

Q.2.5 Comment travaillez-vous avec les membres du comité de gestion ?

III- PERCEPTION SUR LES MUTUELLES DE SANTE

Q.3.1 Que pensez-vous des mutuelles de santé ?

Q.3.2 Seriez-vous prêt à travailler avec les mutuelles de santé dans un partenariat gagnant – gagnant ?

Q.3.3 Quels sont vos souhaits par rapport aux conditions de collaboration avec les mutuelles ?

Q.3.4 Quels serait votre apport pour soutenir les mutuelles de santé dans votre localité ?

IV- DIFFICULTES RENCONTREES

Q.4.1 Quelles sont les difficultés que vous rencontrées dans votre formation sanitaire ?

-Problème de recouvrement ?

-Rupture de médicaments ?

-Soins à crédit ?

-Impayés ?

-Autres

QUESTIONNAIRE POUR LES AUTORITES ET ELUS LOCAUX

Nous menons cette enquête dans le cadre de la rédaction de notre mémoire de maîtrise sur les mutuelles de santé dans la commune de Ségbana.

Département :

Commune :

Arrondissement :

Village/Quartier :

Nom et Prénom de l'Enquêté :

Date de l'interview :

Durée de l'interview

Nom et Prénoms de l'Enquêteur :

I- COMPORTEMENT DE RECOURS AUX SOINS DE SANTE

Q.1.1 Comment appréciez-vous la santé de votre population ?

Q.1.2 Quelle appréciation avez-vous de l'accès des populations aux soins de santé ?

II- DISPOSITIONS ET MESURES PRISES PAR LES AUTORITES LOCALES EN MATIERE DE SANTE PUBLIQUE

Q.2.1 quelles sont les dispositions ou mesures prises par les autorités locales pour améliorer l'accès des populations aux soins de santé ?

Q.2.2 Dans le budget communal exercice 2008, il y a-t-il un volet appui à l'amélioration de la santé publique ?

III- PERCEPTION SUR LES MUTUELLES DE SANTE

Q.3.1 Avez-vous déjà entendu parler de la mutuelle de santé ? 1. OUI 2. NON

Si oui à quelles occasions ?

Q.3.2 Que pensez-vous des mutuelles de santé pour les populations ?

Q.3.3 Avez-vous mené des démarches en vue de la mise en place d'une mutuelle de santé dans votre localité ? 1. OUI 2. NON

Si oui quelles sont les démarches menées ?

Q.3.4 Que pouvez-vous faire par rapport à la mise en place des mutuelles de santé dans votre commune ?

Que pouvez-vous faire pour faciliter la mise en place et le développement des mutuelles de santé dans votre commune ?	En tant qu' élu local	
	Conseil communal/Mairie	

Q.3.5 Est-il possible que la mairie vote une ligne budgétaire pour soutenir les mutuelles de santé dans la commune ? 1. OUI 2. NON

QUESTIONNAIRE POUR LES MEMBRES DES ORGANISATIONS OU ASSOCIATIONS VILLAGEOISES

Nous menons cette enquête dans le cadre de la rédaction de notre mémoire de maîtrise sur les mutuelles de santé dans la commune de Ségbana.

I- IDENTIFICATION

Département :

Commune :

Arrondissement :

Village/Quartier :

Nom de l'Association :

Date de l'interview :

Durée de l'interview

Membre enquêté :

Qualification :

Nom et Prénoms de l'Enquêteur :

II- CREATION ET FONCTIONNEMENT DE L'ASSOCIATION

Q.2.1 Depuis quand votre association a été créée ?

Q.2.2 Quels sont vos objectifs ?

Q.2.3 Quels sont les moyens d'action de votre association ?

Q.2.4 Votre association compte combien de membres ?

Q.2.5 Quels sont les avantages d'appartenir à votre association ?

Q.2.6 Parlez-moi de la vie de votre association par rapport à la façon dont les décisions sont prises, la façon dont vous mobilisez les ressources et de la manière dont ces ressources sont gérées ?

III- PARTICIPATION AUX ACTIVITES DE DEVELOPPEMENT LOCAL

Q.3.1 Votre association participe-t-elle aux activités de développement de la localité ?

Q.3.2 Existe-t-il d'autres associations de ce genre dans cette localité ? 1. OUI 2. NON

Si oui, combien ? Lesquelles ?

Q.3.3 Quelles relations entretenez-vous avec les autres associations sœurs ?

IV- PERCEPTION SUR LES MUTUELLES DE SANTE

Q.4.1 Que savez-vous des mutuelles de santé ?

Q.4.2 Seriez-vous favorable à la mise en place d'une mutuelle de santé dans votre village ?

Q.4.3 Quels sont selon vous les personnes sur qui nous devrions nous appuyer pour réussir la mise en place de la mutuelle chez vous ?

Q.4.4 Quels sont vos souhaits par rapport aux conditions de collaboration avec les mutuelles ?

Q.4.5 Quels serait votre apport pour soutenir les mutuelles de santé dans votre localité ?

Statuts et règlement intérieur de la mutuelle de santé d'arrondissement « AAFIA NAN » de la commune de Ségbana.

I- Statuts de la mutuelle AAFIA NAN de Ségbana

Titre 1 : Objet de l'Association

Article 1

Il est créé au centre de loisir de la commune de Ségbana une Association dénommée mutuelle de santé "**AAFIA NAN**".

- La durée d'existence de l'Association est illimitée.
- Le siège social de l'Association est basé à Ségbana centre.

Article 2

L'Association a pour but d'offrir à ses membres des soins de santé primaire de qualité à moindre coût dans les centres de santé avec lesquels elle a signé un contrat.

L'Assemblée Générale peut décider l'extension du champ d'intervention de l'Association dans le domaine de la santé.

Article 3

Peuvent être membres de l'Association les chefs de ménage ou chefs de famille à condition de n'être pas affilié à une autre Assurance maladie

Tout père, même célibataire d'un ou de plusieurs enfants vivants doit détenir une carte de membre pour être assuré par l'Association.

Titre 2 : Administration et fonctionnement de l'Association

Article 4

Les instances de l'Association sont :

- ✓ les organes de décision ;
- ✓ les organes d'exécution ;
- ✓ les organes de contrôle.

Article 5

Les organes de décision, appelés également organes de gouvernance, ont la responsabilité de définir les missions, l'organisation et les statuts de la mutuelle.

Les organes de décision sont :

- L'Assemblée Générale (AG) et
- Le Conseil d'Administration (CA)

Article 6

L'Assemblée Générale est l'instance suprême de l'Association.

L'Assemblée Générale se réunit une fois l'an, en session ordinaire dans le mois d'Octobre et en session extraordinaire, chaque fois que nécessaire, sur proposition du Bureau exécutif ou des 2/3 des membres.

L'Assemblée Générale définit la philosophie de l'Association.

- ✓ Elle fixe les conditions d'adhésion ;
- ✓ Elle fixe le prix de la carte de membre ; le taux des cotisations et les autres participations financières.
- ✓ Elle approuve par acclamation, les rapports d'activités et les rapports financiers.
- ✓ Elle prononce les sanctions à la majorité des 2/3 des membres.

Article 7

Le Conseil d'Administration est chargé de suivre la bonne marche de l'Association.

Il se réunit tous les 3 mois en session ordinaire, et chaque fois que de nécessaire sur convocation du Président du Bureau Exécutif ou sur l'initiative de la majorité absolue de ses membres.

Le Conseil d'Administration est responsable devant l'Assemblée Générale.

Article 8

L'Organe d'Exécution est, conformément aux textes constitutifs des mutuelles de santé de Ségbana, l'organe qui s'occupe de la gestion quotidienne de la mutuelle. L'organe exécutif de la mutuelle s'appelle le Bureau Exécutif.

Article 9

Le Bureau Exécutif (BE) est constitué de membres élus au sein du Conseil d'Administration.

Il s'agit de l'organe le plus actif de la mutuelle car c'est sur lui que repose la gestion quotidienne des activités. Le Bureau Exécutif, mis en place par le Conseil d'Administratif, est responsable de l'exécution des décisions de l'Assemblée Générale et du Conseil d'Administration.

Le Bureau Exécutif de la mutuelle de santé « AAFIA NAN » est désigné au sein du Conseil d'Administration. Il s'agit alors d'un Conseil d'Administration restreint, permettant un fonctionnement souple et des décisions rapides.

Article 10

Le Bureau exécutif est composé de cinq (05) membres comme suit :

- d'un Président

- d'un Vice-Président
- d'un Secrétaire
- d'un Trésorier
- d'un Trésorier adjoint

Article 11

Le Président convoque et préside les réunions de l'Assemblée Générale, du Conseil d'Administration et du Bureau exécutif. Il assure les relations avec les centres de santé auxquels l'Association est liée par le contrat. Il signe sur mandat de l'Assemblée Générale les contrats que la mutuelle de santé est appelée à passer.

Le Vice-Président assure les fonctions du Président quand ce dernier est empêché.

Article 12

Le Secrétaire, rédige les comptes rendus des différentes rencontres qui se tiennent au sein de l'Association.

Il assure la correspondance ordinaire de l'Association. Il classe et conserve les différents documents relatifs au fonctionnement de la mutuelle.

Article 13

Le Trésorier, en collaboration avec le Trésorier adjoint, recueille les ressources de l'Association et en est responsable. Il recherche et propose les moyens d'accroître les ressources de l'Association. Il rédige et présente les comptes rendus financiers. Il est signataire, avec le Président ou son suppléant, le Vice-Président, des documents financiers de la mutuelle.

Article 14

L'organe de contrôle de la mutuelle est le comité de surveillance.

L'organe de contrôle s'assure de la conformité des actes de la mutuelle avec ses statuts et son règlement intérieur.

Il vérifie que les procédures de gestion sont correctement suivies. Il veille également à la bonne tenue de la comptabilité et à la transparence des opérations financières.

Article 15

Le Comité de Surveillance (CS), élu par l'Assemblée Générale, a pour mission de contrôler l'exécution des décisions prises par celles-ci et de garantir un fonctionnement efficace des divers organes de la mutuelle autres que l'Assemblée Générale.

Article 16

Le Comité de Surveillance (CS) est composé de deux (02) commissaires aux comptes qui sont chargés de contrôler la régularité de la gestion des ressources de la mutuelle de santé.

Titre 3 : Les ressources de la mutuelle et leur utilisation

Article 17

Les ressources de l'Association proviennent :

- du produit de la vente des cartes de membres,
- des cotisations mensuelles des membres,
- des autres participations décidées par l'Assemblée Générale,

- du produit des diverses activités lucratives organisées pour soutenir l'Association,
- des dons et des legs fait à la mutuelle et autorisée par la loi.

Article 18

La mutuelle prend en charge l'ensemble du paquet de soins primaires de ses assurés y compris les accouchements simples.

Article 19

Les contrats à terme signés par la mutuelle et les prestataires des services de santé peuvent être renouvelés ou révisés à la demande de l'un des contractants.

Titre 4 : Dissolution de la mutuelle, approbation et révision des statuts

Article 20

La mutuelle cesse d'exister par déclaration de la loi ou par décision des 2/3 des membres réunis en Assemblée Générale.

Article 21

En cas de dissolution, les biens de l'Association seront attribués à un organisme poursuivant les objectifs similaires que la mutuelle de santé.

Article 22

Les présents statuts ont été approuvés par acclamation par l'Assemblée Générale constituante.

Les présents statuts peuvent être révisés sur proposition de la majorité des adhérents réunis en Assemblée Générale.

II- Règlement intérieur de la mutuelle de santé « AAFIA NAN » de Ségbana

Titre I : Objet de la mutuelle de santé

Article 1

Il est créé au centre de loisir de la commune de Ségbana une Association dénommée mutuelle de santé "**AAFIA NAN**".

- La durée d'existence de l'Association est illimitée.
- Le siège social de l'Association est basé à Ségbana centre.

Article 2

L'Association a pour but d'offrir à ses membres des soins de santé primaire de qualité à moindre coût dans les centres de santé avec lesquels elle a signé un contrat.

L'Assemblée Générale peut décider l'extension du champ d'intervention de l'Association dans le domaine de la santé.

Article 3

Peuvent être membres de l'Association les chefs de ménage ou chefs de famille à condition de n'être pas affilié à une autre Assurance maladie

Tout père, même célibataire d'un ou de plusieurs enfants vivants doit détenir une carte de membre pour être assuré par l'Association.

Article 4

La qualité de membre s'acquiert par l'achat de la carte de membre.

Titre 2 : Administration et fonctionnement

Article 5

Les instances de l'Association sont :

- ✓ les organes de décision ;
- ✓ les organes d'exécution ;
- ✓ les organes de contrôle.

(cf statut articles 4 à 16)

Article 6

Le Bureau Exécutif peut, pour des raisons liées au fonctionnement de la mutuelle, demander à l'Assemblée Générale le remplacement de l'un ou l'autre de ses membres.

Article 7

Le Conseil d'Administration se réunit tous les 3 mois en session ordinaire, et chaque fois que de nécessaire sur convocation du Président du Bureau exécutif ou sur l'initiative de la majorité absolue de ses membres.

Article 8

Le Bureau Exécutif se réunit une fois le mois au siège de la mutuelle de santé.

Titre 3 : Les ressources de la mutuelle et leur utilisation

Article 9 :

Les ressources de l'Association proviennent :

- du produit de la vente des cartes de membres,

- des cotisations mensuelles des membres,
- des autres participations décidées par l'Assemblée Générale,
- du produit des diverses activités lucratives organisées pour soutenir l'Association,
- des dons et des legs fait à la mutuelle et autorisée par la loi.

Article 10

Le membre à jour de ses redevances bénéficie des prestations offertes par la mutuelle.

Après la première adhésion, le membre doit passer trois (3) mois de période d'attente avant de bénéficier des prestations de la mutuelle.

Article 11

Le membre qui est à jour de ses redevances peut bénéficier des facilités consenties aux membres de la mutuelle pour les prestations médicales qui ne sont pas prises en charge par la mutuelle.

Article 12

La mutuelle de santé prend en charge un nombre de jour décidé par l'Assemblée Générale, exclusivement pour l'hospitalisation.

Article 13

La mutuelle prend en charge les hospitalisations décidées par le personnel médical des centres agréés par la mutuelle de santé.

Titre 4 : Les sanctions

Article 14

L'Assemblée Générale peut sur proposition du Conseil d'Administration proposer des sanctions, allant jusqu'à l'exclusion, pour manquement grave commis au détriment de la mutuelle.

Article 15

L'adhérent ou le membre qui quitte la mutuelle, quelles que soient les raisons de son départ, perd tous les droits liés à la mutuelle.

Article 16

Un retard de trois (3) mois sur les cotisations entraîne une augmentation du taux de cotisation fixé par l'Assemblée Générale.

Titre 5 : Approbation et révision du Règlement Intérieur

Article 17

L'Association cesse d'exister par déclaration de la loi ou par décision des 2/3 des membres réunis en Assemblée Générale.

Article 18

En cas de dissolution les biens de l'Association seront attribués à un organisme poursuivant les buts similaires à ceux de la mutuelle de santé.

Article 19

Le présent Règlement Intérieur est approuvé par acclamation par l'Assemblée Générale constitutive.

Article 20

Le présent Règlement Intérieur peut être modifié sur décision de la majorité absolue des membres réunis en Assemblée Générale.

Ségbana le 20 juin 2009

L'Assemblée Générale constitutive de la mutuelle de santé « **AAFIA NAN** »

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE.....	ii
DEDICACE.....	iii
REMERCIEMENTS.....	iv
LISTE DES SIGLES.....	v
LISTE DES TABLEAUX.....	vi
RESUME.....	1
INTRODUCTION.....	3
PREMIERE PARTIE : CONTEXTE THEORIQUES ET METHODOLOGIQUE	5
CHAPITRE I : CONTEXTE THEORIQUE.....	6
1- Problématique.....	6
2- Justification du choix du sujet.....	8
3- Objectifs.....	9
3.1- Objectif général	9
3.2- Objectifs spécifique.....	9
4- Hypothèses.....	9
4.1- Hypothèse générale.....	10
4.1- Hypothèses spécifiques.....	10
5- Clarification conceptuelle.....	10
6- Revue de littérature.....	13
CHAPITRE II : DEMARCHE METHODOLOGIQUE.....	22
1- Population cible.....	22
2- Echantillonnage.....	22
3- Techniques et instruments de collecte de données.....	22
4- Organisation de la collecte des données.....	23
5- Difficultés rencontrées.....	24
6- Mode de traitement des données.....	25
DEUXIEME PARTIE : CADRE PRATIQUE DE L'ETUDE, PRESENTATION, INTERPRETATION ET ANALYSE DES RESULTATS.....	26
CHAPITRE III : CADREPRATIQUE DE L'ETUDE.....	27
1- Présentation du cadre de l'étude.....	27
1.1- Organisation territoriale de la commune de Ségbana.....	27
1.2- Réalités ethno-sociologiques et économiques de la commune... ..	27
CHAPITRE IV : PRESENTATION, INTREPRETATION ET ANALYSE DES RESULTATS.....	29
1- Caractéristiques des mutuelles de santé de la commune de Ségbana	29
2- Les principes de base des mutuelles de santé de Ségbana.....	31
3- Organisation et fonctionnement des mutuelles de santé dans la commune de Ségbana.....	36
3.1- Les organes d'une mutuelle de santé d'arrondissement.....	36
3.1.1- les organes de décision.....	37
3.1.2- Organe d'exécution.....	39
3.1.3- Organe de contrôle.....	40

4- Les services et avantages des mutuelles de santé de Ségbana.....	42
4.1- Les services offerts par une mutuelle de santé d'Arrondissement.....	42
CONCLUSION.....	45
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	47
ANNEXE.....	49
TABLE DES MATIERES.....	75