



De la mutualisation de la santé communautaire à la gouvernance de santé publique : analyse des déterminants d'adhésion aux mutuelles de santé dans un contexte de dynamique sociale au Centre-Bénin

Roger A. Atchouta*

Résumé

Le système sanitaire béninois tel qu'il se présente aujourd'hui n'offre guère d'heureuses perspectives. La satisfaction des besoins sanitaires constitue un défi majeur et un enjeu politique et social de premier plan. La santé n'a pas de prix, dit-on. Mais l'on oublie qu'elle a un coût, qu'il faut payer pour la garantir. Cet article tente d'analyser les fondements des mutuelles de santé dans un contexte de dynamique sociale au Centre-Bénin. Les mutuelles de santé, en tant que forme d'assurance maladie alternative à but social, requièrent une réponse collective pour gérer les inégalités devant la maladie et faciliter la mutualisation solidaire et communautaire en matière de prévoyance de la santé. Les déclarations de l'Initiative d'Alma-Ata en 1978 et celle de Bamako en 1987 s'inscrivent largement dans cette logique. Dans ce processus de communautarisation des rôles sociaux en matière de financement de la santé, comment la mutuelle de santé, en tant que structure d'entraide sociale, contribue-t-elle à promouvoir la santé communautaire et à induire des réformes que peuvent susciter les questions d'efficacité, d'impact et de gouvernance aussi bien aux niveaux micro, méso que macro du système sanitaire ? À cet effet, une enquête de type socio-anthropologique privilégiant l'approche qualitative a été réalisée dans la commune de Dassa-Zoumé située au Centre-Bénin. Les techniques d'échantillonnage choisies sont celles du choix raisonné et de la boule de neige. Au total, quatre-vingt-dix personnes issues des différents corps sociaux ont été interviewées. La triangulation des informations révèle que plusieurs facteurs concourent à la mutualisation communautaire de la santé et à la protection sociale en milieu rural béninois au Centre-Bénin.

Mots-clés : mutuelles de santé, communautarisation, santé publique, protection sociale, Centre-Bénin

* Université d'Abomey-Calavi, Bénin. E-mail : dirogo1980@yahoo.fr

Abstract

Benin's health system as it stands today does not offer happy prospects. The satisfaction of health needs is a major challenge and a political and social issue to the forefront. Health is priceless. But we forget that it is a cost that must be paid for the guarantee. This article attempts to analyze the foundations of mutual health organizations in a dynamic social context in Benin Centre. Mutual health, as a form of social purpose alternative health insurance, they require a collective response to address inequalities in illness and facilitate solidarity and community sharing on health insurance. Thus, the statements of the Alma-Ata Initiative in 1978 and the Bamako in 1987 was largely in line with this logic. In this process of communitisation of social roles in the financing of health, how health mutual, as social support structure she is involved in promoting community health and induce reforms that can raise issues effectiveness, impact and governance both at micro, meso and macro health system ? To this end, a socio-anthropological survey favoring the qualitative approach was conducted in Dassa-Zoumé municipality located in central Benin. Sampling techniques chosen is the purposive and snowball. A total of ninety people from different social bodies were interviewed. Triangulation of information reveals that several factors which contributes to the community pooling of health and social protection in rural Benin.

Key Words: mutual health, communautarisation, public health, social protection, Benin Centre

Introduction

De la conférence d'Alma-Ata (1978) à l'Initiative de Bamako (1987), la participation des acteurs autres que les professionnels de la santé au développement du secteur sanitaire (OMS 2003) aux soins de santé primaires reste une caractéristique déterminante de l'action en santé communautaire. Dans une telle perspective, le droit et le devoir pour l'individu de prendre part à la mise en œuvre des soins, d'engager la responsabilité des collectivités et des personnes en matière de participation au fonctionnement des systèmes de santé s'avèrent indispensables (Houngnihin *et al.* 2013).

« En percevant la santé comme un *objectif idéal* et non un « bien » marchand, on peut mieux comprendre pourquoi la demande de santé reste proportionnelle à l'intensité et/ou au degré d'exposition des populations aux maladies. » (V. Beresniak & Durucités dans Doumbouya 2008) La santé n'a pas de prix, dit-on couramment. Mais l'on oublie qu'elle a un coût qu'il faut payer pour la garantir. Être en bonne santé est la toute première condition pour envisager de réaliser quelque projet aux fins d'améliorer sa condition de vie. « La santé demeure une problématique en ce sens qu'elle est en quelque

sorte indéfinissable et qu'elle est imbriquée à tous les niveaux du social et de l'intervention humaine. Elle relève du domaine médical, religieux et juridique. Chaque société accorde à l'un de ces niveaux la priorité » (Cloutier 1994).

Il s'agit donc d'aborder une forme de démocratisation à la base qui implique la possibilité pour les membres d'une communauté de se mettre ensemble pour identifier leurs problèmes de santé et de réfléchir sur les solutions appropriées.

Au Bénin, les populations aspirent au développement sans se garantir un minimum de sécurité sociale. D'ailleurs, le système de protection sociale mis en place par l'État (sécurité sociale et assistance sociale) ne concerne que 15 à 20 pour cent de la population béninoise (PNDS 2007-2011). Pourtant, la Déclaration universelle des droits de l'homme stipule en son article 22 que tout être humain a le droit à la sécurité sociale. Les concepts de mutualisation et de participation communautaire aux soins de santé ont fait l'objet de nombreux travaux de recherche et de débats scientifiques (Letourmy 2000). Pour certains, ces concepts « s'inscrivent dans une vision holistique de la santé, et toute atteinte à ce principe est inacceptable » (Fournier & Potvin:40). La participation communautaire « repose sur l'hypothèse que les personnes les plus exposées à la dégradation de l'environnement socioéconomique sont à même d'analyser leurs propres problèmes et de participer à la recherche et à la mise en œuvre de pratiques nouvelles » (Bantuelle *et al.* 2000). Dans le secteur de la santé, la participation s'inscrit dans une dimension utilitariste et s'appuie sur l'efficacité thérapeutique, la sécurité et la satisfaction des besoins de santé des populations (Baxerres 2010).

La problématique générale de cet article a pour axe la compréhension des rôles sociaux dans la participation au financement de la santé familiale. L'étude réalisée en 2012 dans le contexte de la mutualisation communautaire de la santé relève des inégalités sexistes d'accès aux soins et services de santé pour les ménages vulnérables de Dassa-Zoumé. Les représentations des risques de maladies et des affections ne doivent plus être l'affaire de l'individu uniquement. Elles doivent requérir une réponse collective pour gérer les inégalités devant la maladie (BIT-STEP2003).

C'est dans un contexte marqué par le désengagement de l'État et de l'accès différentiel aux soins et services de santé pour les populations en fonction du niveau de protection socio-sanitaire que l'émergence des mutuelles de santé comme mode de financement alternatif au système de soins s'est imposée. (Doubogan, Savi, Atchouta 2017:135)

La mutuelle de santé est une association à but non lucratif basée sur des principes de solidarité et d'entraide entre les personnes physiques qui y adhèrent de façon libre et volontaire. Elle vise à offrir une couverture contre

les risques et à permettre aux personnes disposant de peu de ressources de bénéficier des soins de santé de base. « Les mutuelles de santé, plus précisément les assurances santé communautaires à but non lucratif, sont des organisations communautaires qui visent à améliorer l'accès aux soins de la population par le partage des risques maladie entre les membres » (Waelkens & Criel 2004, cités dans Doubogan, Savi, Atchouta 2017:136).

Dans ce processus de communautarisation des rôles sociaux en matière de mutualisation de la santé, comment la mutuelle de santé, en tant que structure d'entraide sociale participe-t-elle à promouvoir la santé communautaire et à induire des réformes qui peuvent susciter des questions d'efficacité, d'impact et de gouvernance aussi bien aux niveaux micro que méso et macro du système sanitaire ? Les discours normatifs par rapport à l'articulation entre la demande et l'offre en matière de délivrance de services de santé font éclore des questions d'approche santé-développement. Dans cette perspective, la Mutuelle de santé « Ifèdou », située dans la zone sanitaire de Dassa-Glazouéou Centre du Bénin, sert de cadre d'étude pour permettre d'analyser cette logique de mutualisation solidaire et communautaire en matière de prévoyance de la santé familiale à l'aune de l'émergence d'un système de santé plus équitable. Pour y arriver, la démarche méthodologique suivante a été adoptée.

Approche méthodologique

Matériels et méthodes

Cette recherche est centrée sur une démarche méthodologique à dominance qualitative à la fois descriptive et analytique. Le choix de la méthode qualitative s'inscrit dans la logique d'une compréhension de la dynamique fonctionnelle de la mutuelle de santé Ifèdou, ainsi que de la mise en évidence des facteurs concourant à la mutualisation communautaire de la santé dans la commune de Dassa-Zoumé. Quant à la méthode quantitative, elle a permis d'apprécier l'effet de la mutuelle de santé Ifèdou sur la réduction des charges financières liées aux soins de santé et sur les disparités relatives à la fréquentation des centres de santé. Les données collectées proviennent de la revue documentaire puis des investigations en milieu réel sur les adhérents, les non adhérents à la mutuelle de santé, et les principaux acteurs concernés par la mutualité sanitaire dans la commune de Dassa-Zoumé. À cette fin, des outils de collecte (questionnaires, guides d'entretien individuel et de groupe, grille d'observation simple) ont été conçus sur la base des objectifs et des hypothèses de l'étude.

Les méthodes d'échantillonnage choisies sont celle qui opère par choix raisonné et celle qui opère par boule de neige, ce qui a permis d'approcher des adhérents, des non adhérents et certaines personnes-ressources des dix

arrondissements qui constituent la commune de Dassa-Zoumé (Dassa I, Dassa II, Kèrè, Kpingni, Lèma, Soclogbo, Gbaffo, Tré, Akoffodjoulé et Paouignan). Au total, 90 personnes (mutualistes, non mutualistes, ex-mutualistes, personnel de santé, membres du comité de gestion de la mutuelle, membres de la société civile, responsables sectoriels de la santé, élus locaux, responsables d'action sociale, leaders d'opinion, chefs traditionnels) ont été interviewées. L'échantillon s'est constitué en vertu du principe de saturation. L'analyse des données a été faite par combinaison des approches descriptive, structurale et d'analyse du contenu des discours des différents acteurs. Les données collectées ont permis d'établir les liens entre le vécu des mutualistes, non mutualistes, ex-mutualistes et leur capacité décisionnelle en matière de financement de leur santé pour le bien-être des membres de leur ménage en particulier et de la communauté en général. Cette recherche a été focalisée sur une trilogie (mutualisation de la santé, prise de décision et bien-être familial) qui intègre sur une base comparative une nouvelle problématique dans la sociologie et l'économie de la santé, avec à la clé un intérêt qui pourrait s'exprimer en deux points : social et économique. Les facteurs qui interagissent pour expliquer la faible dynamique d'affiliation à une mutuelle seront présentés et discutés suivant la perspective holistique de l'approche *genre, santé et développement*.

Résultats

La participation communautaire au Bénin : origine et fondement

Dès les années 1980, le Bénin a entrepris des recherches sur les problématiques liées à la participation communautaire, notamment celle de la mise en place d'un système de recouvrement des coûts et de financement des soins de santé primaires (CREDESA/SSP1993 cité dans Hounghin 2013). Le projet Développement de la santé de Pahou (PDSP), devenu le Centre de recherche pour le développement et la santé (CREDESA) en 1989, assurait la mise en œuvre de cette initiative.

L'expérience des projets de coopération multilatérale (tel que le Projet bénino-allemand des soins de santé primaires) en matière d'organisation des structures à base communautaire, de recouvrement des coûts et de promotion de la participation active des populations à la gestion des services de santé est à souligner également (CREDESA/SSP 1993, cité dans Hounghin 2013).

En référence aux principes définis par la Conférence internationale d'Alma Ata, toutes les formations sanitaires du Bénin sont autorisées à vendre des médicaments essentiels et à retenir en leur sein les recettes. Cette disposition est consacrée par les décrets n° 88-001 du 7 janvier 1988 et n° 88-068 du 18 novembre 1988 portant modalités des prix publics des médicaments et

produits pharmaceutiques. Les populations sont associées au processus de gestion financière, à travers leurs représentants dûment mandatés. C'est le début de la généralisation du « financement communautaire ».

De ce fait, à partir de 1990, de nouveaux textes (notamment le décret 90-346 du 14 novembre 1990 portant création, attributions et fonctionnement des Comités de cogestion des centres de santé) donnent aux COGES des pouvoirs plus étendus et limitent ceux des responsables des formations sanitaires. Conformément auxdits textes, le COGES a pour attributions de contribuer à la mobilisation des ressources et de participer à la gestion du centre de santé à travers les initiatives suivantes : planification des activités, information et sensibilisation de la population, élaboration et approbation du budget, gestion financière et matérielle, gestion des médicaments essentiels, gestion des conflits entre population et agents de santé, etc. Créé dans chaque aire sanitaire, le COGES est composé de neuf membres, dont le responsable du centre de santé et la responsable de la maternité qui sont des membres à titre consultatif.

Bref aperçu historique du cadre légal, politique, national et régional des mutuelles de santé

Nous empruntons cet aperçu au *Rapport sur les droits économiques, sociaux et culturels n° 1* du World Solidarity (WSM-Action Social Alert, Bruxelles, juin 2009), intitulé « Renforcer la protection sociale par l'institutionnalisation des mutuelles de santé au Bénin ».

Au Bénin, l'histoire des mutuelles de santé est plus ou moins récente. Les premières actions remontent aux années 1992 avec l'initiative du CIDR sur le « Projet mutuelles de santé », aujourd'hui « Appui suisse aux mutuelles de Santé », qui est financé par la coopération suisse, ainsi que la Solidarité mondiale (WSM) et l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes avec l'appui de la coopération belge.

L'objectif de la création de ces mutuelles de santé est de faciliter l'accessibilité financière des populations rurales pauvres et défavorisées à des soins et services de santé de qualité.

Aujourd'hui, il existe une multiplicité d'acteurs impliqués dans le développement du mouvement mutualiste : l'État béninois, diverses ONG locales ou étrangères (ADMAB, GROPERE, WSM, Louvain coopération au développement, CIDR) et des mutualités étrangères (Mutualités belges chrétiennes et libres), des acteurs internationaux (BIT-STEP, Union européenne, UNICEF, FNUAP), ainsi que des agences bilatérales de coopération au développement (coopération allemande, américaine, belge, danoise, française et suisse). Ces promoteurs du mouvement mutualiste béninois interviennent au niveau financier (bailleurs

de fonds) et/ou technique. Souvent, ils mettent en place des structures d'appui chargées d'accompagner la création et le fonctionnement des mutuelles.

En l'absence d'un cadre juridique et réglementaire spécifique aux mutuelles, la majorité des structures d'appui et des mutuelles sont régies par la loi du 1er juillet 1901 relative aux associations. Ainsi, la tutelle n'est pas formellement définie, de même que les conditions de reconnaissance de ces mutuelles de santé. Ce qui n'est pas de nature à favoriser le développement du mouvement mutualiste au Bénin (WSM – Action Social Alert 2009:36).

Selon les derniers chiffres disponibles du ministère de la Santé, 257 mutuelles seraient fonctionnelles sur l'ensemble du territoire national, pour un nombre de bénéficiaires évalué à environ 1 110 000 personnes. Mais globalement, les mutuelles de santé ont un faible taux de pénétration. Dans leurs localités d'intervention (dans les arrondissements), elles ne couvrent que 6 pour cent, voire 7 pour cent de la population cible (ministère de la Santé 2012).

Toutefois, la situation s'améliore lentement. En effet, le ministère de la Santé, à travers le service santé communautaire, encadre le développement des mutuelles de santé au Bénin.

Le Document de politique et stratégies de développement des mutuelles de santé au Bénin reste formel et exprime clairement cette volonté politique dans la perspective de « développer et de renforcer la culture d'entraide et de solidarité en cas de maladie à travers l'organisation des populations à la base pour une adhésion volontaire et libre à un système de prise en charge ».

Cette préoccupation concernant le renforcement des mutuelles de santé a été reprise dans le cadre plus général du Document de la stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP 2011-2015). En 2011, un plan stratégique de développement des mutuelles de santé 2007-2011 a été élaboré. Ce plan a donné lieu à la Concertation nationale des structures d'appui aux micro-assurances santé qui réunit les représentants des structures d'appui des mutuelles, des prestataires de soins et des institutions de formation ainsi que des fonctionnaires du ministère de la Santé pour faciliter l'échange d'expérience entre les différents acteurs dans le domaine de la santé et mener le plaidoyer ciblé au niveau national.

On note une avancée intéressante au niveau législatif, sous l'égide du BIT, et l'existence d'un réseau d'acteurs mutualistes dénommé la « Concertation entre les acteurs du développement des mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre ». Étant donné la croissance du mouvement mutualiste dans plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest, le BIT a apporté un appui technique et financier à l'Union économique et monétaire ouest-africaine (UEMOA) depuis 2004 afin d'élaborer un cadre légal pour les mutuelles de santé dans les pays de l'UEMOA.

Depuis 2009, les ministres chargés de la Mutualité sociale des États membres de l'UEMOA ont approuvé le projet de Règlement portant réglementation de la mutualité sociale au sein de l'UEMOA. En second lieu, la Concertation entre les acteurs du développement des mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre est une forme innovante de collaboration et de partenariat entre 150 acteurs du développement des mutuelles dans 11 pays d'Afrique. Ce réseau d'échange et de partage se concrétise par l'organisation de rencontres internationales, la constitution de bases de données, l'échange d'informations par le site internet. (WSM – Action Social Alert 2009:37-39)

La mutuelle de santé « Ifèdoun », de par son organisation et son mode de fonctionnement, s'est inscrite dans la durée avec, à la clé, une couverture juridique.

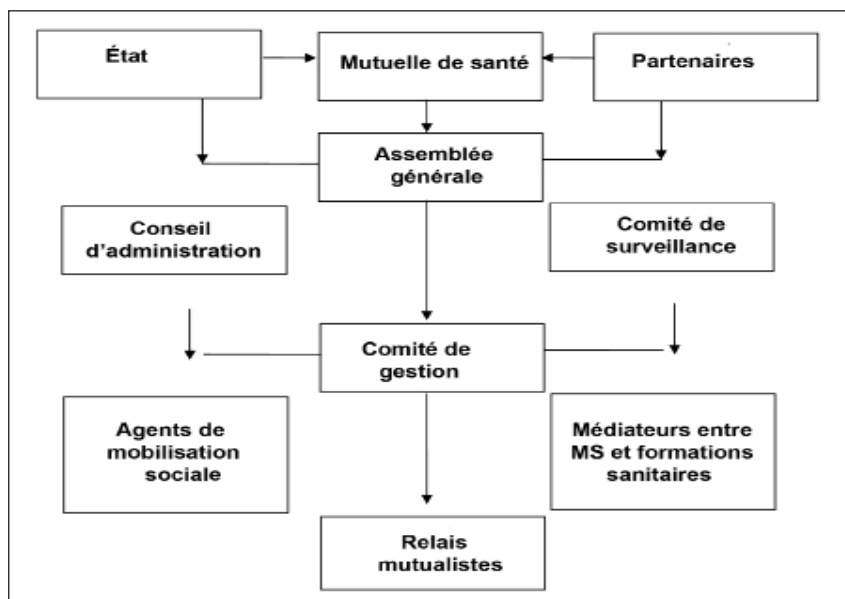
Mutuelle de santé Ifèdoun : historique, organisation et mode de fonctionnement

La commune de Dassa-Zoumé a connu la mutuelle de santé Ifèdoun grâce à l'accompagnement du Programme d'appui aux mutuelles de santé en Afrique (PROMUSAF) avec son partenaire Solidarité mondiale (WSM). Créée en février 2003, elle est présente aujourd'hui dans les dix arrondissements (Dassa I, Dassa II, Kèrè, Kpingni, Lèma, Soclogbo, Gbaffo, Tré, Akoffodjoulé et Paouignan) de la commune avec une structure faîtière à laquelle elle appartient, dénommée l'Union départementale des mutuelles de santé des collines. Cette évolution en termes d'extension cache bien des difficultés.

Organisation et fonctionnement de la MS Ifèdoun

Comme toute organisation sociale, la mutuelle de santé Ifèdoun repose sur la dynamique locale d'entraide et de solidarité ainsi que de développement. On note à cet égard une importante diversité en matière d'organisation et de fonctionnement dans la perspective d'un renforcement de la défense des intérêts des adhérents et l'instauration d'un climat de confiance bilatérale et ce, afin de s'arrimer à la politique de la cogestion sanitaire publique entreprise à la Conférence de Bamako et de s'inscrire dans la définition de la politique sanitaire nationale et locale. L'organigramme de la MS Ifèdoun comprend trois organes : l'assemblée générale (AG), le comité de gestion (CG) et le comité de surveillance (CS).

L'organigramme de la MS Ifèdoun



Source : Manuel de procédure de la mutuelle de santé Ifèdoun 2012

Les conditions d'adhésion

L'adhésion d'une personne à la MS Ifèdoun se déroule généralement en cinq étapes qui sont :

- une demande d'adhésion ;
- le paiement du droit d'adhésion et de la cotisation ;
- l'inscription dans le registre des adhérents ;
- l'information sur les statuts et le règlement intérieur, et
- la période d'observation.

Les principes de base

Les principes de base de la MS Ifèdoun se résument en trois grands points : la solidarité entre les membres, le fonctionnement démocratique et participatif, puis l'autonomie ou la liberté.

- la solidarité entre les membres : le principe de solidarité est véritablement le fondement de la mutualité, laquelle refuse les discriminations de tout ordre. Par ailleurs, la solidarité étant un concept dynamique, sa mise en œuvre nécessite les moyens et les mécanismes propres à la société dans laquelle elle se développe ;

- le fonctionnement démocratique et participatif : la MS Ifèdoun, comme la plupart des organisations sociales, est le fruit de la liberté d'association et d'adhésion sans discrimination raciale, ethnique, sexuelle, religieuse, sociale ou politique. Tous les adhérents ont les mêmes droits et obligations. Ils ont, entre autres, le droit de participer, directement ou indirectement, aux différentes instances de décision. Cette démocratie participative s'exprime à travers la participation des adhérents aux prises de décision et la possibilité de contrôler le fonctionnement de la MS Ifèdoun ;
- l'autonomie et la liberté : la MS Ifèdoun s'entend comme une organisation libre et autonome, et doit pouvoir en conséquence prendre des décisions sans demander l'aval des autorités locales. Cette souplesse dans l'action permet d'adapter les services offerts aux besoins des adhérents. C'est ce droit à l'initiative qui permet la créativité dans la définition des objectifs et l'efficacité dans les utilisations des moyens.

Modalités d'adhésion et populations couvertes par la mutuelle de santé

Nom de mutuelles de santé	Date de création	Taux d'adhésion et de cotisation/période d'observation	Nombre d'adhésions et de bénéficiaires	Trésorerie générale
Ifèdoun	Février 2003	Adhésion : 1 000 F Cotisation : 200 F/pers/mois Période d'observation : 6 mois	Adhérents : 575 Bénéficiaires : 5 643	3 030 750 F CFA

Source : Données de terrain 2012-2015

Ce tableau montre une certaine disparité entre le nombre d'adhésions et de bénéficiaires. Mais ce qu'on peut retenir, c'est la petite taille de la MS Ifèdoun. L'étroitesse de la base d'adhésion révèle la lente évolution vers la possibilité de toucher toutes les cibles potentielles et d'atteindre le plus grand nombre de personnes. Toutefois, il y a lieu de noter que plus de la moitié des bénéficiaires de la MS Ifèdoun est constituée de femmes (15-49 ans) et d'enfants (0-5 ans). La période d'observation de 6 mois n'est rien d'autre que la durée pendant laquelle l'adhérent cotise, sans toutefois bénéficier des prestations.

Prestations couvertes et taux de prise en charge

Une liste de soins et services de santé offerts par la mutuelle de santé Ifèdoun :

- les soins de santé primaires sont les soins courants, dispensés le plus souvent dans les centres de santé au premier contact avec les systèmes de santé ;

- les soins préventifs et promotionnels (les consultations prénatales et postnatales, les vaccinations, la planification familiale, l'éducation à la santé, l'assainissement) ;
- les soins curatifs (les consultations, les soins infirmiers, les médicaments, les accouchements simples).

En outre, le ticket modérateur est de 25 pour cent tandis que le taux de prise en charge s'élève à 75 pour cent pour les différentes prestations couvertes par la MS Ifédoun.

La mutuelle de santé Ifédoun : une question de principes et de solidarité

La mutuelle de santé Ifédoun vise l'accès financier aux soins et la protection sociale des ménages vulnérables de la commune de Dassa-Zoumè. En associant ses principes d'entraide et de solidarité au mécanisme de l'assurance, elle présente un potentiel en matière d'amélioration de l'accès aux soins et de diminution du risque financier lié à la maladie. Elle est redevable des principes décrits ci-après :

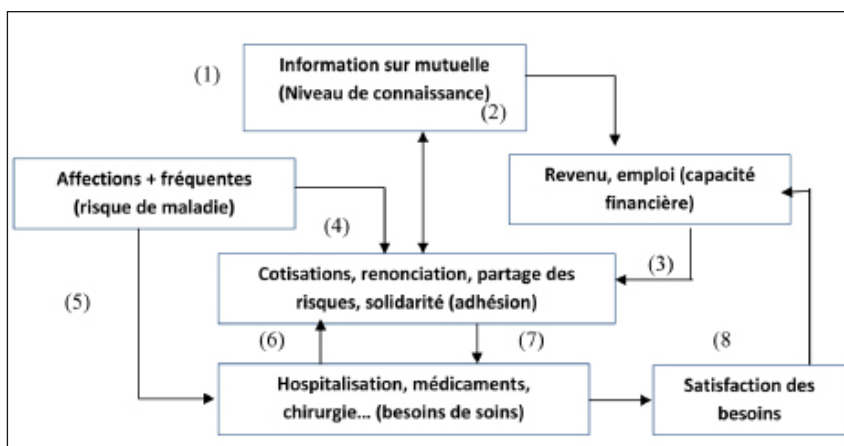


Figure 1 : Cadre schématique défini par Pierre Fournier adapté par l'auteur

À la lecture de cette figure, on note que la bonne connaissance de la mutuelle de santé Ifédoun, à travers ses principes et les prestations qu'elle offre, présente une certaine corrélation avec les variables qui peuvent inciter les personnes à souscrire ou non au système de prépaiement de leurs soins de santé (1) et ce, en fonction de leur capacité financière (2,3) qui dépend des sources de revenus et de l'activité génératrice de revenus, des capacités à épargner des personnes. Une fois la prise de conscience réelle et l'adhésion effective, la mutuelle assure ce risque éventuel (4). La maladie, une fois manifestée, engendre des besoins de soins (5) qui, lorsqu'ils sont pris en compte parmi

les prestations de la mutuelle, seront couverts (6,7). Après la satisfaction des besoins de soins, les populations peuvent accroître leur capacité productive et donc améliorer leur capacité financière (8). Toutefois, ces relations ne sont pas nécessairement exhaustives dans la mesure où elles peuvent se traduire par d'autres facteurs implicites : mauvais accueil, barrières socioculturelles, stratégies du promoteur de la MS, etc.

Recours thérapeutiques et interprétation socioculturelle en cas de maladie des enquêtés

Concernant les résultats obtenus face à la maladie, les enquêtés ont déclaré qu'ils ont recours à divers modes de traitement qui varient en fonction d'un certain nombre de facteurs propres à l'individu. Par ailleurs, les recours thérapeutiques fréquemment adoptés en cas de maladie sont soit les soins modernes, soit les soins traditionnels, soit l'automédication. Face aux principales affections évoquées par les mutualistes, leur avis sur chaque mode adopté montre que 44 pour cent des personnes interrogées ont recours aux soins traditionnels ; 40 pour cent utilisent les soins modernes, 14 pour cent l'automédication et 2 pour cent pour d'autres modes adoptés. Cette situation peut s'expliquer par plusieurs raisons : les communautés n'ont pas une entière confiance envers les agents de santé, donc elles doutent de l'efficacité des méthodes utilisées par ces agents et de la qualité des soins qu'ils prodiguent.

L'interprétation culturelle de la mutualisation des risques maladie et difficulté de prévoyance solidaire

L'influence des croyances culturelles sur l'adhésion à une mutuelle de santé reste vivace dans cette aire culturelle du Centre-Bénin. Toutes les personnes interviewées, adhérentes et non adhérentes, ont estimé que la mutualisation face au risque de maladie est une bonne chose et ne va aucunement à l'encontre de la tradition, même si elle n'est pas pratiquée dans leur culture, d'où les difficultés de la solidarité traditionnelle avec la prévoyance. Le système traditionnel ne permet pas de cotiser pour des événements hypothétiques négatifs tels que les décès, la maladie, les accidents. Toutefois, il existe des pratiques traditionnelles de prévention des maladies. Cette prévention traditionnelle est assimilée à une forme de prévoyance passive individuelle ou familiale et est assurée par des pratiques religieuses et culturelles que sont les consultations de l'oracle par exemple, les offrandes, les scarifications, les libations et les rituels de protection sanitaire communautaire. Elle est souvent de la responsabilité du chef de ménage, donc des hommes. Selon

certaines enquêtés, ces pratiques traditionnelles de prévention diffuse ne fournissent aucun moyen de défense en cas de survenance de difficultés. Ce verbatim corrobore une situation de conflit concernant la prévoyance :

C'est un problème pour moi, lorsque je prends la carte d'adhésion une année. Cette année-là, j'ai beaucoup de cas de maladies dans mon ménage. Cette année, je me suis abstenu pour voir ce qui va se passer. Lorsqu'on prend la carte, c'est une façon d'attirer le malheur et la maladie sur son ménage. Pour moi, c'est étendre la natte et attendre la maladie (Homme traditionnel, analphabète, Ayédéro).

Issues de cette dynamique culturelle relative à la mutualisation des risques maladie, certaines perceptions et appréciations différenciées sont à relever par rapport aux actions de la MS Ifédoun.

Perception et appréciation des acteurs de la MS Ifédoun

Point de vue des adhérents, personnel de santé et promoteurs de MS

Selon les résultats obtenus, on note que la plupart des enquêtés (76 %) affirment que les taux d'adhésion et de cotisation sont relativement à leur portée. De même, ils déclarent que ces taux ne sont pas onéreux, mais que ce sont les charges familiales, le faible pouvoir d'achat, et le non pouvoir de décision qui ne leur permet pas d'honorer convenablement leur engagement. Ainsi, plus de la moitié (65 %) n'est pas à jour de ses cotisations. Cette situation engendre chez les membres des suspensions dans l'accès aux prestations de soins de santé offertes par la MS. Ainsi naissent des difficultés qui fragilisent les engagements financiers vis-à-vis de la structure sanitaire conventionnée.

Globalement, les MS de type communautaire sont considérées comme difficiles à gérer, surtout en ce qui concerne le recouvrement des cotisations, la collecte étant effectuée par le comité de gestion qui a l'impression de courir à chaque fois derrière les membres, voire de les importuner pour récupérer la cotisation mensuelle.

Point de vue des non mutualistes, promoteurs de MS et personnel de santé

Les entretiens menés auprès des non mutualistes révèlent qu'ils ont généralement une bonne perception de la MS Ifédoun ; ils croient qu'elle œuvre pour la promotion de la santé des populations et plus particulièrement des femmes et des enfants. Certains d'entre eux affirment que le « *fait d'être en dehors de la MS ne leur est pas profitable. C'est une situation qui porte beaucoup de préjugés compte tenu des nombreuses contraintes financières liées à l'accès aux soins de santé pour les ménages et les opportunités offertes par les mutuelles de santé* ». Les non adhérents considèrent les adhérents et

bénéficiaires comme des privilégiés du « *fait qu'avec leur carte de membre, ils peuvent accéder aux structures sanitaires, être mieux traités et payer à moindre coût le prix de leur traitement* ».

Une explication donnée est le manque de revenus conséquents pour honorer régulièrement les cotisations. Cependant, suivant l'avis des promoteurs de MS et personnel de santé, le manque d'information, le manque de confiance et l'indigence sont les principales raisons de la non adhésion, de l'abandon, voire de l'exclusion.

La mutuelle de santé Ifèdoun : un instrument d'entraide sociale ?

La mutuelle de santé Ifèdoun constitue un gage de sécurité sociale pour les populations vulnérables de la commune de Dassa-Zoumé. Elle leur confère un sentiment de protection et de sérénité par rapport aux craintes liées à la maladie. En effet, l'adhésion permet aux mutualistes de bénéficier d'une réduction de 75 pour cent sur les charges liées aux soins de santé. De ce fait, le sentiment d'inquiétude que suscite la maladie du fait de l'incapacité des populations à mobiliser les ressources financières nécessaires à la couverture des charges médicales se trouve dissipé. Ce point de vue est confirmé par le témoignage par une personne-ressource :

Pour les soins de santé, le ménage mutualiste se sent protégé, sécurisé et possédant de garanties, même en l'absence du chef de ménage. En période de gestation où l'automédication est déconseillée chez la femme, on n'a pas de soucis à se faire. À ma connaissance, il n'y a rien de meilleur que la mutuelle de santé.

L'adhésion à la mutuelle procure donc à ces communautés un sentiment de sécurité, comme l'attestent les propos d'une mutualiste :

Depuis que mon mari a adhéré à la mutuelle de santé, je suis beaucoup plus tranquille. Quand mes enfants sont malades, je n'hésite plus à les conduire au centre de santé, parce que les frais que nous payons sont désormais très réduits. Avant, ce n'était pas du tout facile parce que mon mari se plaignait souvent de ne pas avoir d'argent pour couvrir les charges médicales. Du coup, nous pratiquions l'automédication. Mais aujourd'hui la mutuelle de santé nous permet de régler tous ces problèmes et d'être moins stressés, du moins par rapport aux moyens à mobiliser, quand un membre de la famille est malade.

De fait, il apparaît que la mutuelle permet, au niveau familial, de se faire soigner à un coût réduit, sans s'endetter. Elle contribue ainsi à limiter les risques d'aggravation de la maladie et à une certaine tranquillité sociale, au regard de son influence sensible sur le bien-être des populations. Les propos de cette mutualiste confirment cette analyse :

Avec l'avènement de la mutuelle de santé Ifèdoun, les femmes peuvent désormais se soigner ou faire des consultations, ce qui n'était pas le cas auparavant. En effet, de par le passé, les femmes hésitaient le plus souvent à se rendre dans une structure sanitaire, car elles étaient angoissées par les coûts exorbitants des soins et des ordonnances. La MS Ifèdoun a mis fin à ces appréhensions et désormais, elles se rendent spontanément aux soins ou en consultation, tout en sachant qu'au bout du compte, quel que soit le coût, la prise en charge sera possible. (Femme, membre du comité de gestion, MS Ifèdoun).

Par ailleurs, l'adhésion contribue à réduire sensiblement les dépenses liées aux pratiques parallèles (surfacturation, faux frais, vente de médicaments personnels, détournements de malades). Les pratiques dites parallèles font partie du quotidien des hôpitaux et consistent en une privatisation des soins dans l'espace public hospitalier. Elles sont au cœur des interactions mutualistes-agents de santé permises par la méconnaissance des circuits officiels d'accès aux services de soins par les usagers ainsi que sur leur situation de détresse. Si les pratiques parallèles enrichissent les agents de santé et facilitent la tâche de quelques avertis qui y voient un raccourci d'accès rapide aux soins et à des privilèges, elles plombent néanmoins la qualité des soins et appauvrissent les formations sanitaires. Elles engendrent également l'exclusion d'un grand nombre d'usagers des services de santé. Cette situation explique d'ailleurs, selon les entretiens individuels réalisés, l'impopularité des mutualistes auprès de certains agents de santé.

L'adhésion à la mutuelle de santé Ifèdoun offre aux communautés de la commune de Dassa-Zoumé une certaine protection et une sécurité financière, car elle réduit les paiements directs des ménages dans les formations sanitaires pour les soins primaires, hospitaliers et de maternité.

Bon nombre de facteurs internes ou externes avec des effets directs sur les bénéficiaires et sur l'organisation et le fonctionnement de la mutuelle s'observent.

Facteurs internes et externes liés à l'adhésion à la MS Ifèdoun

De la triangulation des données, il ressort que les facteurs explicatifs de la difficile relation entre agents de santé et mutualistes sont l'interventionnisme politique, la mauvaise gestion des ressources issues des cotisations des membres, et la lourdeur de la charge familiale conduisant à l'amenuisement des ressources familiales. Il en est de même pour les conflits interpersonnels au sein du comité de gestion, qui constituent des goulots d'étranglement pour les aspirants à la mutualité.

Le difficile rapport entre personnel de santé et mutualistes : facteur de démotivation et source de conflit avec les populations

Au sein du personnel de santé, deux tendances se dégagent clairement lorsqu'on se réfère à leurs pratiques vis-à-vis des mutualistes. Il y a une tendance pro-mutualiste (très peu nombreuse mais significative) qui souhaite la mutuelle et qui œuvre pour sa promotion :

Mon souhait est que tout le monde puisse adhérer à la mutuelle parce que ça renfloue la caisse de notre centre, les gens n'hésitent plus à se faire soigner. Mais il faut que les sensibilisations continuent pour lever les quelques points d'ombre (propos d'un agent de santé mutualiste).

De même, on relève, à côté des pro-mutualistes, des anti-mutualistes. Les agents de santé qui sont dans cette logique usent de toutes les stratégies pour décourager les mutualistes. Cette situation a été fustigée par la plupart de nos interlocuteurs (surtout les mutualistes) comme étant récurrente, ce qui en fait l'une des principales causes des démissions et des non adhésions à la mutuelle de santé. Cela se traduit dans les faits par des relations très tendues entre agents de santé et mutualistes. Pour certains, c'est le manque de marge de manœuvre pour le rançonnement qui justifie l'attitude hostile de la plupart des agents de santé vis-à-vis des mutualistes.

Certains prestataires de soins, pour contourner le fait, développent des stratégies de captation de rente. Les propos de cette personne-ressource confirment cette réalité :

Les agents de santé ne veulent pas de la mutuelle. Ce sont eux qui tuent la mutuelle parce que l'argent ne rentre plus directement dans leurs mains. Pour amener les gens à quitter la mutuelle, les agents de santé font payer aux mutualistes les forfaits les plus élevés. Voyez vous-même si un mutualiste vient pour une maladie négligée, il paie une somme exorbitante, au mépris des dispositions contractuelles qui le lient avec la formation sanitaire conventionnée (propos d'un membre du comité de gestion, Dassa-ville).

Une fois ces analyses corrélées avec les données obtenues des différents acteurs, les positions semblent mitigées et divergentes.

Points de vue des mutualistes sur la question

La première limite notée par les membres et bénéficiaires concerne le niveau et la gamme des prestations. Pour eux, la MS ne couvre pas les soins hospitaliers (gros risques) et la gamme de soins est trop réduite, voire étroite. Les cotisations ne sont pas du tout chères, mais les charges financières familiales font que les adhérents sont le plus souvent confrontés à la pauvreté et à l'indigence, ce

qui renvoie au problème de la gestion des fonds de garantie aux membres, surtout durant les urgences, et au fonctionnement des organes et du comité de gestion, qui fait que les renouvellements ne se font pas comme prévu par les textes et statuts. À cet égard, on relève aussi le manque de campagne de sensibilisation des masses et de promotion de la MS Ifédoun en vue de fidéliser les adhérents et de recruter d'autres membres.

Points de vue du comité de gestion

Selon les résultats issus des échanges avec le comité de gestion de la mutuelle, le bénévolat est le principal handicap du développement de la MS Ifédoun. En effet, les salaires du comité de gestion et des relais communautaires ne sont pas à la hauteur de la tâche qu'ils exécutent. Leur manque de motivation a des conséquences négatives sur le mode de gestion et la bonne marche de cette MS.

À cet égard, un certain nombre de difficultés ou contraintes s'opposent à l'ambition de ce type d'organisation à assurer l'accès aux soins de santé :

- les problèmes de recouvrement des cotisations où ils ont l'impression de courir derrière les mutualistes, voire de les importuner pour qu'ils puissent s'acquitter de leurs cotisations ;
- le taux de recouvrement très faible et le taux d'endettement des membres trop élevé, empêchant parfois la MS d'honorer ses engagements vis-à-vis du centre de santé de la commune ;
- le manque de moyens et d'outils de gestion, notamment le problème récurrent du siège de la MS Ifédoun. En effet, le fait que la MS ne dispose pas de siège pose un problème de visibilité ;
- le manque de soutien des institutions étatiques et des collectivités locales. Par ailleurs, l'on constate que les pouvoirs publics ne jouent pas encore le rôle qui leur est dévolu en matière de santé communautaire.

Pour les promoteurs des mutuelles de santé

La principale limite de la mutualité réside dans l'étroitesse de la base d'adhésion, étant donné que la mutuelle est fondée sur la loi du grand nombre et étant donné la faiblesse du pouvoir d'achat des ménages par rapport aux taux de cotisation. Ce faisant, la MS constitue un autre facteur d'exclusion pour les couches démunies et les personnes indigentes et entraîne l'incompréhension des fondements de la MS (solidarité, entraide) par les populations qui gardent toujours des attitudes attentistes.

Pour le personnel de santé

L'irrégularité dans le paiement des prestataires est l'une des conséquences de la faiblesse du recouvrement des coûts. L'absence du fonds de garantie pour remédier aux difficultés de gestion financière et le manque de communication et de promotion de la MS ne sont pas occultés.

La qualité des soins

Bien qu'elle soit diversement définie selon la perspective des acteurs, la qualité des soins est un facteur essentiel selon la quasi-totalité des acteurs interrogés. « Une mutuelle ne connaîtra le succès que dans les régions où la qualité des soins est perçue comme satisfaisante et où la population cible a une confiance suffisante dans la dispensation des soins. » (Criel *et al.* 2006).

Ifèdoun n'échappe pas à cette règle d'autant plus qu'elle constitue le leitmotiv de la plupart des non adhérents pour expliquer leur non adhésion. En effet, plus de la moitié des enquêtés (62 %) imputent leur non adhésion à la mauvaise qualité des soins. Les critiques sont autant dirigées sur les compétences du personnel de santé que sur la disponibilité des médicaments.

C'est abominable ! Tous les malades ont presque les mêmes médicaments alors qu'ils souffrent de pathologies différentes (propos d'un mutualiste).

L'accueil, qui est une composante de la qualité de soins, a été un motif de plainte pour les personnes enquêtées, qu'elles soient adhérentes ou non. Le mécontentement des bénéficiaires, lié à la façon dont les agents de santé traitent différemment les patients selon leur statut socioéconomique, a été fréquemment exprimé.

Le contre-pouvoir que pourrait constituer la mutuelle pour améliorer la qualité des soins ne se vérifie pas dans la mesure où les membres du comité de gestion sont quasiment composés des mêmes personnes. Ce contre-pouvoir, évoqué dans plusieurs études, est plus théorique que réel, car il est difficile d'avoir des administrateurs ayant des compétences dans le domaine de la santé pour tenir tête aux prestataires (Letourmy *et al.* 2006).

Discussion

La mutuelle de santé Ifèdoun a contribué à améliorer l'accessibilité des populations de la commune de Dassa-Zoumé aux soins de santé. Jadis, elles n'avaient pas toujours un accès facile aux centres de santé, du fait de leur manque d'autonomie financière. Pour remédier à la situation, cette mutuelle a été créée depuis 2003, avec sans nul doute une influence sur le bien-être

des communautés. En mettant en place un système basé sur la solidarité et l'entraide, les mutuelles de santé ont permis à des personnes vulnérables de bénéficier d'une protection sociale. Au regard de « l'importance de la notion d'entraide et de solidarité, les systèmes de mutualisation des risques maladie sont classés parmi un large éventail de mécanismes d'entraide qui vont de l'entraide familiale à la sécurité sociale organisée par l'État » (Waelkens 2004). Ainsi, les auteurs distinguent quatre niveaux de solidarité : la solidarité familiale restreinte et obligatoire ; la réciprocité équilibrée des associations informelles d'entraide qui assurent des bénéfices égaux pour chaque membre ; la solidarité redistributive entre malades et non malades des systèmes d'assurance et la solidarité verticale entre riches et pauvres qui existe dans les systèmes européens de sécurité sociale. Il apparaît donc que les mutuelles de santé constituent, dans leur globalité, une forme traditionnelle d'organisation d'économie sociale et solidaire.

En effet, la promotion de la protection sociale apparaît pour le Bureau international du travail comme l'expression d'une vision de la société.

La sécurité sociale est un droit fondamental de l'être humain et un instrument essentiel de cohésion sociale, qui par là même concourt à la paix et à l'insertion sociale. Composante indispensable de la politique sociale, elle joue un rôle capital dans la prévention et la lutte contre la pauvreté. En favorisant la solidarité nationale et le partage équitable des charges, la sécurité sociale peut contribuer à la dignité humaine, à l'équité et à la justice sociale. Elle est importante également pour l'intégration, la participation des citoyens et le développement de la démocratie. Si elle est bien gérée, la sécurité sociale favorise la productivité en assurant des soins de santé, une sécurité du revenu et des services sociaux. Associée à une économie en expansion et à des politiques actives du marché du travail, elle est un instrument de développement économique et social durable (BIT 2002).

Pour les personnes interrogées, les rôles et responsabilités de la femme et de l'homme en matière de la santé sont complémentaires. Pour elles, les mutuelles de santé leur permettent de jouir de cette sécurité sociale, car elles peuvent désormais vaquer à leurs occupations sans trop se préoccuper des soins de santé des membres de leurs familles. Pour les femmes et autres personnes, l'adhésion à la mutuelle constitue un moyen de vaincre la discrimination sociale. Cependant, quand il s'agit de la mutualisation des risques de la maladie, on s'aperçoit que les femmes résistent parfois au changement et tiennent des discours conservateurs qui peuvent handicaper la mutualisation communautaire.

Les mutuelles de santé se révèlent ainsi être des éléments de promotion de justice sociale en ce sens qu'elles offrent à toutes les catégories sociales les mêmes chances d'accès à des soins de santé modernes. De plus, elles

permettent aux adhérents d'être mieux informés au sujet des problèmes d'accès aux soins, des soins délivrés par les formations sanitaires et de leurs coûts. Plus sûrs de leur bon droit, ils peuvent se montrer plus exigeants et exprimer leur point de vue avec davantage de force (Criel *et al.* 2006).

Toutefois, même si les mutuelles de santé sont perçues comme un mécanisme exogène d'intervention dans le domaine sanitaire et une initiative salutaire à leurs problèmes de santé, un point accusateur est mis sur certains facteurs qui limitent l'adhésion à grande échelle aux mutuelles, notamment la sous-information, l'analphabétisme, le manque de flexibilité dans la période de cotisation, le sentiment d'injustice, la relation prévoyance-culture, les frais de déplacement insupportables en cas d'évacuation d'un centre de santé vers un autre souvent éloigné, la non prise en charge des maladies dites moins graves et fréquentes, le degré d'ouverture et les expériences antérieures en matière d'intervention extérieure.

De même, la répartition des charges familiales et sociales peut influencer la décision d'adhérer à une mutuelle de santé. Cependant, si les promoteurs de soins « comprennent l'intérêt d'une mutuelle comme un instrument technique de prépaiement des soins, ils ne la perçoivent pas encore comme un instrument de promotion de la qualité des soins, dans l'intérêt de ses adhérents » (Waelkens *et al.* 2004, cité dans Doubogan, Savi & Atchouta 2017:148).

La connaissance de la mutuelle de santé, à travers ses principes et les prestations qu'elle offre, peut inciter les personnes à souscrire ou non au système de prépaiement de leurs soins de santé et ce, en fonction de leur capacité financière qui dépend des sources de revenus, et de l'activité génératrice de revenus et des capacités à épargner des personnes. La prise de conscience du risque de maladie reste un facteur déterminant qui peut susciter le désir d'assurer la santé avec le système de prépaiement de la mutualité. Une fois cette prise de conscience réelle et l'adhésion effective, la mutuelle assure ce risque éventuel. La satisfaction des besoins de soins des populations peut accroître leur capacité productive et donc améliorer leur capacité financière. Toutefois, ces relations peuvent être traduites par des facteurs endogènes et exogènes : mauvais accueil, barrières socioculturelles, qualité des soins, stratégies de chaque promoteur de Mutuelle de Santé et qui peuvent cependant influencer sur la faible mutualisation des communautés (Fournier *et al.* 1995, cité dans Doubogan *et al.*, *loc. cit.*).

La mutuelle de santé Ifédoun apparaît comme un potentiel visant à promouvoir l'entraide sociale et la santé communautaire dans la commune de Dassa-Zoumé. Elle est sans nul doute un tremplin pour une dynamique sociale en matière de santé au niveau communautaire. C'est dans cette

perspective que le gouvernement du Bénin, s'inspirant des mutuelles de santé, a lancé le Régime d'assurance maladie universelle (RAMU) en vue de protéger l'ensemble des populations béninoises contre les conséquences financières du risque maladie pour les couches socialement vulnérables, tout en veillant au respect des principes de base que sont la couverture universelle, l'approche contributive, la solidarité nationale, la responsabilité générale de l'État, l'équité, la gestion participative et l'efficacité.

Toutefois, il est à noter qu'il ne suffit pas d'avoir un cadre institutionnel, des politiques et stratégies assorties de leurs plans d'action pour réduire la pauvreté sanitaire des communautés.

Les cadres d'analyse et de planification des structures d'appui doivent intégrer la dimension socioculturelle et humaine afin d'anticiper sur les facteurs limitatifs au moment de l'implantation des mutuelles de santé. Il s'agit alors de trouver la meilleure formule selon chaque contexte et non de prétendre utiliser « un cadre passe-partout ».

Conclusion

Dans cet article, nous avons analysé les déterminants liés à la mutualisation communautaire en matière de santé dans la commune de Dassa-Zoumé. Une description de la participation communautaire au Bénin, de l'historique et du mode de fonctionnement de la mutuelle de santé Ifèdoun, ainsi que de la perception des acteurs a été présentée. Dans cette perspective, il est à noter qu'un meilleur système de mutualité suppose l'établissement de priorités programmatiques qui intègrent les bénéficiaires et les acteurs aux activités de manière démocratique. Par ailleurs, trois éléments clés ont été relevés pour expliquer l'absence d'adhésion à une mutuelle : l'incapacité financière, les risques couverts et la qualité de l'offre de soins. Si l'action sur les capacités financières des ménages reste délicate, l'amélioration de la qualité et de la quantité d'informations transmises aux non mutualistes ainsi que la poursuite des efforts d'interaction avec les agents de santé pour améliorer la qualité de l'offre des services restent un impératif. Même si des réserves sont émises sur l'organisation et le fonctionnement de la mutuelle de santé Ifèdoun, il faut reconnaître que les acteurs sont unanimes sur son importance et les avantages qu'ils en tirent. L'adhésion aux mutuelles de santé permet aux mutualistes d'avoir un sentiment de quiétude par rapport aux risques liés à leur santé et à celle des membres de leurs familles. Toutefois, pour que la mutuelle de santé Ifèdoun serve de tremplin pour l'accès aux soins de santé des populations déshéritées, elle se doit d'être restructurée et redynamisée afin d'assurer le bien-être aux niveaux familial et sociétal.

Références

- Bantuelle, M., J. Morel & D. Dargent, 2000, La participation communautaire en matière de santé, ASBL « Santé, Communauté et Participation », *Santé communautaire et promotion de la santé 4*, P. Trefois, Bruxelles.
- Baxerres, C., 2010, *Du médicament informel au médicament libéralisé : les offres et les usages du médicament pharmaceutique industriel à Cotonou (Bénin)*, thèse de doctorat d'anthropologie sociale, École des hautes études en sciences sociales/ Université d'Abomey-Calavi.
- BIT/STEP, 2002, « Guide d'introduction aux mutuelles de santé en Afrique », Genève.
- Cloutier, L., 1994, *L'ambiguïté des rapports sociaux au cœur de la qualité des soins de santé : le cas des femmes de N'Djamena (Tchad)*, Québec, Université Laval, Centre Sahel, « Mémoires et thèses 9 » 1994/3.
- Criel, B., P. Blaise & D. Ferette, 2006, « Mutuelles de santé en Afrique et qualité des soins dans les services : une interaction dynamique », dans G. Dussault, P. Fournier, A. Letourmy (Éds.), *L'assurance maladie en Afrique francophone : améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté*, Washington DC, The World Bank, p. 353-372.
- Doubogan, Y. O., A. O. B. Savi, R. A. Atchouta, 2017, « De la politique de santé publique aux démarches d'entraide sociale : mutuelles de santé et équité sociale dans le département du Borgou au Bénin », *European Scientific Journal*, January 2017 vol.13, n° 3, p. 134-151.
- Doumbouya, M. L., 2008 « Accessibilité des services de santé en Afrique de l'Ouest : le cas de la Guinée », *Workingpaper 2008-2*, Lyon, LÉFI-ISH.
- Fournier, P. & S. Haddad, 1995, « Les facteurs associés à l'utilisation des services de santé dans les pays en développement », dans H. Gérard & V. Piché (Éds.), *Sociologie des populations*, Montréal, PUM/AUPELF-UREF, p. 289-325.
- Fournier, P. & L. Potvin, 1995, « Participation communautaire et programmes de santé : les fondements du dogme », *Sciences sociales et santé*, vol. 13, n° 2, p. 39-59.
- Houngnihin R. & A. Tingbé-Azalou, 2013, « Participation communautaire et gestion des services de santé : perceptions et stratégies des acteurs dans la zone sanitaire de Comè (Bénin) », *Perspectives & sociétés*, vol. 5, n° 1-2, p. 228-245.
- Letourmy, A., 2000, « Les mutuelles de santé en Afrique : conditions d'un développement », dans Gruénais, M.-E. & R. Pourtier, « La santé en Afrique. Anciens et nouveaux défis », *Afrique contemporaine*, n° 195, juillet-septembre (numéro spécial), p. 230-240.
- Waelkens, M. P. & B. Criel, 2004, « Les mutuelles de santé en Afrique subsaharienne : état des lieux et réflexions sur un agenda de recherche », *WSMHunp discussion Paper*, Bruxelles.
- WSM-Action Social Alert, 2009, « Renforcer la protection sociale par l'institutionnalisation des mutuelles de santé au Bénin », *Rapport sur les droits économiques, sociaux et culturels n° 1*, Bruxelles.