

**Contribution actuelle et potentielle des
Mutuelles de santé au financement,
à la fourniture et à l'accès aux soins de santé :
Cas du Bénin**

Note :

Au cours de son voyage-retour du Bénin au Sénégal, l'investigateur a perdu ses bagages, les informations collectées auprès des mutuelles avec. Puisque l'auteur avait commencé la rédaction du rapport avant de quitter le Bénin, plusieurs informations ont pu être introduites dans le rapport. Il sera constaté dans le rapport, cependant, des informations quantitatives limitées sur les mutuelles. L'auteur ne voulait pas donner des informations approximatives sur les résultats des mutuelles par respect pour toutes les personnes qui l'ont assisté dans la réalisation des études de cas. Il poursuit les tentatives de contact avec les organismes d'appui des mutuelles au Bénin pour compléter les informations quantitatives qui enrichiraient le rapport.

Dimitri Biot, directeur du projet du Centre International de Développement et de Recherche qui appuie la mise en place des mutuelles de santé dans le Sud Borgou va envoyer les informations quantitatives à l'auteur cette semaine. Il est attendu que ces documents seront à notre disposition dès la semaine prochaine : elles seront immédiatement intégrées dans l'actuel texte du rapport.

François P. Diop

13 Mai, 1998

Introduction

Les mutuelles de santé sont des organisations créées sur la base de liens communautaires ou professionnels. Elles se sont développées en Afrique de l'Ouest et du Centre au cours de ces dernières années dans un contexte marqué par des réformes importantes du secteur de la santé. L'émergence des mutuelles a suscité l'intérêt des gouvernements, des ONG et des organisations internationales, en particulier de celles intéressées par des réponses novatrices aux difficiles questions du financement de la santé et de l'accès aux soins dans la sous-région.

C'est cet intérêt qui a poussé plusieurs organisations internationales à travailler en partenariat pour étudier la contribution actuelle et potentielle des mutuelles au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre.

Ce partenariat a regroupé le programme Partnerships for Health Reform (PHR) – financé par l'Agence des Etats-Unis pour le Développement international (USAID), le Bureau international du Travail (BIT), à travers ses programmes « Appui associatif et coopératif aux initiatives de développement à la base » (ACOPAM) et « Stratégies et techniques contre l'exclusion sociale et la pauvreté » (STEP), l'ONG Solidarité mondiale (WSM) et l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes de Belgique (ANMC).

L'étude a porté sur neuf pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre. Elle a été composée de :

- un inventaire des mutuelles dans six pays : Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Mali, Sénégal et Togo ;
- 22 études de cas réalisées également dans six pays : Bénin, Côte d'Ivoire, Ghana, Mali, Nigeria et Sénégal ;
- une synthèse publiée sous le titre « Contribution des mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé : Synthèse des travaux de recherche menés dans neuf pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre ».

L'étude a été réalisée sur la base d'un guide méthodologique qui a permis d'en assurer la cohérence.

Le présent rapport a trait aux études de cas réalisées au Bénin. Il examine systématiquement les contributions effectives et potentielles des mutuelles étudiées sur le plan de la mobilisation des ressources, de l'efficacité, de l'équité, de l'amélioration de la qualité et de l'accès aux soins de santé, de la pérennisation et de la gouvernance démocratique du secteur de la santé.

Ce rapport a été réalisé par François Pathé DIOP, en mai 1998.

Table des matières

I. Contexte et objectifs de l'étude	11
1. Présentation générale du Bénin.....	11
2. Population et conditions démographiques	12
3. Conditions socio-économiques	14
4. Situation sanitaire	16
a. Morbidité et Mortalité.....	16
b. Système de santé	17
5. Emergence de la mutualisation du risque maladie.....	19
a. Mutuelles de santé au Bénin	19
b. Organismes d'appui	21
6. Identification et choix des mutuelles à étudier	22
II. Mutuelles du sud Borgou	23
1. Mise en place	23
2. Organisation.....	24
3. Paquets de bénéfices	25
4. Droit d'adhésion et Cotisation.....	26
5. Effets sur le système de santé	28
6. Accessibilité financière et équité	29
7. Gouvernance	29
III. Mutuelle Ilera de Porto-Novo	31
IV. Mutuelle Alafia de Gbaffo	33
V. Implications et Recommandations	35
1. Des enjeux du financement de la santé au Bénin.....	35
2. Des mutuelles et du développement du système de santé.....	36
3. De la nécessité d'un cadre de politique	36
4. De la nécessité du renforcement du cadre institutionnel d'appui.....	38
Conclusion.....	41

Résumé

Les études de cas des mutuelles de santé, dont les résultats sont présentés dans ce rapport, sont une composante de la recherche sur les mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre.

L'appui aux mutuelles de santé a été identifié comme domaine prioritaire d'intervention par les représentants des ministères de la santé des pays de la sous-région ayant participé à des rencontres régionales successives sur le financement et la gestion des services de santé durant les trois dernières années. Bien que les mutuelles de santé soient en phase d'émergence, la promotion de la mutualité est inscrite dans l'agenda des politiques de financement de la santé et du renforcement des partenariats entre les secteurs public, privé-social et communautaire dans beaucoup de pays de la sous-région. L'objectif général de la recherche sur les mutuelles de santé est d'évaluer la contribution actuelle et potentielle des mutuelles au financement, à la fourniture et à l'accès des soins de santé en Afrique, avec une référence particulière aux pays d'Afrique Occidentale et Centrale.

En septembre 1997, 9 mutuelles de santé fonctionnelles étaient dénombrées, 2 mutuelles constituées mais qui faisaient face à des difficultés de fonctionnement, et quelques expériences de mécanismes alternatifs de financement de la santé que les promoteurs utilisent comme stratégie vers la mutualisation du risque maladie. Ces expériences sont entrain de se développer dans des contextes assez diverses du pays : des zones rurales cotonnières du sud Borgou, la zone de transition du Zou central, aux zones péri-urbaines de Porto-Novo et de Cotonou.

Le présent rapport couvre la réalisation des études de cas auprès de quatre (4) de ces mutuelles de santé. Les études de cas ont été réalisées durant le mois d'Octobre 1997. Sur la base du guide méthodologique développé pour appuyer les études de cas dans six pays d'Afrique de l'Ouest, des informations ont été collectées auprès des deux Unions Communales des Groupements Mutualistes de Sirarou et de Sanson dans les zones rurales du sud Borgou au Nord du Bénin, la mutuelle Ilera de Porto-Novo au sud-est du Bénin et la mutuelle Alafia de Gbaffo dans les zones rurales du Zou, dans le département central du Bénin. Les informations ont été collectées auprès des membres des bureaux des mutuelles, des institutions de prestation de soins et les organismes d'appui. Des informations additionnelles ont été compilées sur l'économie, la population et la situation sanitaire du pays pour situer les mutuelles dans leur contexte général.

Les expériences des mutuelles de santé au Bénin sont encore trop récentes et la population couverte trop faible pour que leurs effets sur le système de santé puissent être discernés sans ambiguïté. Les expériences locales suggèrent, cependant, que les mutuelles pourraient contribuer à l'amélioration de la qualité des soins et l'efficacité, l'accessibilité financière et l'équité et la gouvernance dans le système de santé.

Parmi les problèmes majeurs au niveau du recours aux soins, le retard que prennent les malades pour se rendre aux structures de soins contribuent à l'inefficacité des soins : les malades ne visitent les structures de soins que quand leur état est extrêmement grave. Un changement de comportement qu'ont commencé à remarquer les prestataires est que les mutualistes recourent plus tôt aux soins que les non-mutualistes, comportement qui pourrait

contribuer à l'amélioration de l'efficacité des soins. Le recours systématique aux établissements de soins pour les accouchements parmi les femmes mutualistes semble être favorisé par la mise en place des mutuelles. Cependant, notent les prestataires, la part des mutualistes dans la clientèle des structures de soins est toujours faible pour avoir une incidence significative sur la disponibilité des ressources financières des structures et le financement d'améliorations de la qualité des services. En d'autres termes, les mutuelles pourraient contribuer à l'amélioration de l'efficacité dans la consommation des services de santé parmi les populations qui sont couvertes; cependant, la faiblesse de la taille des populations couvertes ne permet pas encore de générer des ressources pouvant avoir une contribution significative dans l'amélioration de la qualité des services des organisations de prestations de soins.

Les potentialités des mutuelles à contribuer à l'accessibilité financière et à l'équité dans le système de santé dépendront de la part de la population qui serait couverte et des niveaux et mécanismes de contribution mis en place par les mutuelles. Les mécanismes de contribution des mutuelles du sud Borgou, en s'adaptant aux niveaux et à la périodicité des revenus monétaires des populations cibles, suggèrent un potentiel à contribuer à l'accessibilité financière des soins dans ce cadre rural. A cet égard, les mutuelles ne couvrent que des prestations qui coûtent chers. A travers les caisses d'entraide pour les adhérents en phase d'expérimentation, les mutuelles pourraient contribuer à améliorer l'accessibilité financière des soins non couverts par le paquet de bénéfices pour les adhérents. Par ailleurs, les caisses de solidarité, financées par les mutuelles villageoises pour la prise en charge des prestations aux bénéficiaires des indigents des villages respectifs, pourraient contribuer à l'amélioration de l'équité au niveau local.

Malgré la jeunesse des mutuelles, certains comportements de leurs leaders suggèrent qu'elles pourraient contribuer à l'amélioration de la gouvernance du système de santé au niveau local. Les mutuelles ont commencé à adresser des plaintes aux autorités sanitaires concernant les paiements parallèles et le traitement des malades par le personnel soignant. Par ailleurs, une des mutuelles du sud Borgou, la mutuelle de Sirarou, a tenu à rencontrer la direction de la structure de référence pour l'amélioration de la qualité des services de la maternité aux bénéficiaires des mutualistes. En d'autres termes, les mutuelles pourraient évoluer vers des organisations de gestion de la consommation des services, une fonction qui pourrait servir de véhicule de la voix des utilisateurs des formations sanitaires concernant des problèmes sur la qualité des services, une fonction qui jusqu'ici n'existe pas dans les systèmes de santé locaux et nationaux de la sous-région.

Le contraste des expériences des mutuelles du sud Borgou, qui jouissent d'un appui technique du Centre International de Développement et de Recherche (CIDR), et des difficultés des mutuelles de Gbaffo et de Porto-Novo dont la mise en place n'a pas été soutenue techniquement, suggère que ces potentialités ne pourraient être réalisées sans un appui conséquent. Bien que les valeurs de solidarité et d'entraide mutuelle soient toujours vivaces parmi de larges secteurs de la population du Bénin, les expériences de Gbaffo et de Porto-Novo suggèrent que les initiatives pour bâtir des organisations de mutuelles viables sur les dites valeurs devraient être supportées par des capacités nationales renforcées en matière de mutualisation du risque maladie. Ainsi pour faciliter le passage de la phase actuelle d'émergence des mutuelles à la phase de stratégie délibérée de mutualisation du risque maladie, il est recommandé de :

- Elaborer un cadre de politique qui refonde le système de santé sur des valeurs et des principes plus proches des populations, supporte la diversité et l'adaptabilité aux spécificités locales, renforce le pouvoir des populations en matière de prise en charge de leur propre santé, et insère la mutualisation du risque maladie dans le cadre général des stratégies de lutte contre la pauvreté.
- Evaluer l'appui apporté par le CIDR dans le Sud Borgou et les stratégies alternatives d'appui de l'Institut de Participation du Bénin dans la perspective d'en tirer des leçons vers l'élaboration d'une approche flexible d'appui technique à la mise en place des mutuelles de santé dans le pays.
- Développer des projets de démonstration de mise en place des mutuelles de santé dans plusieurs régions pour élargir la base d'expériences des mutuelles et soutenir le processus d'élaboration de la stratégie de mutualisation du risque maladie dans le pays.
- Mettre en place un cadre légal flexible permettant de servir de fondation à la personnalité morale et de garantir l'autonomie des mutuelles de santé.
- Renforcer la coordination et la synergie des interventions des organismes d'appui au développement des mutuelles de santé dans le pays.

I. Contexte et objectifs de l'étude

1. Présentation générale du Bénin

Le Bénin est un petit pays par ses dimensions géographique et démographique, mais un pays riche d'histoire qui jusqu'à la période actuelle marque les structures sociales, la culture et les disparités de peuplement du pays.

Le Bénin s'étend sur environ 115.000 km² des côtes du golfe du Bénin au sud, où domine un climat subéquatorial à deux saisons de pluies, au nord sur les franges tropicales peu humides avec une saison des pluies¹. Il est limité au nord par les pays soudano-sahéliens du Burkina Faso et du Niger, à l'est par le Nigeria et à l'ouest par le Togo. Au dernier recensement de la population de 1992, la population du Bénin était estimée à 4.920.000 habitants; soit une densité de 43 habitants au km².

Les structures sociales dominantes au Bénin sont basées sur la famille étendue et patrilinéaire où les relations hiérarchiques sont fondées sur les droits d'aînesse. Bien que les hommes occupent une place privilégiée, les femmes adultes, en raison de leurs fonctions sociales (baptêmes, mariages et autres événements sociaux importants) et religieuses, participent de façon prépondérante dans les grandes décisions de la famille et de la société. Ces fonctions religieuses renforcent le pouvoir des femmes adultes d'autant plus que les Béninois sont profondément religieux.

Malgré l'influence des religions chrétiennes et islamiques, les religions traditionnelles, basées sur un polythéisme de fait, gardent une forte survivance dans le pays et maintiennent la cohésion dans le cadre de la famille élargie. Les religions importées, comme les religions traditionnelles, consacrent la solidarité comme valeur sociale.

Le Bénin a connu d'importants changements politiques durant la dernière décennie. Dirigé par un régime militaire marxiste-léniniste durant les années 70 et les années 80, le pays s'est engagé dans une ère démocratique depuis 1990 avec l'avènement de la conférence nationale. Depuis cette conférence, le pluralisme démocratique se manifeste dans l'explosion de la presse libre et de la liberté d'opinion, la liberté d'association et la multiplicité des partis politiques, l'organisation d'élections libres qui ont consacré de fait l'alternance au pouvoir aux niveaux les plus élevés des fonctions de l'état, dont la présidence.

C'est dans cet environnement, où la solidarité sociale est encore une valeur vivace et le processus de démocratisation stimule la vie associative, que le phénomène mutualiste est entrain d'émerger au Bénin.

1 République du Bénin et Macro International Inc. (1997). Bénin : Enquête Démographique et de Santé. Ministère du Plan, de la Restructuration Economique et de la Promotion de l'Emploi, Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique, Bureau Central du Recensement. (Avril)

2. Population et conditions démographiques

La population du Bénin était estimée à 4,92 millions habitants au dernier Recensement Général de la Population et de l'Habitation en 1992. Comparée au premier recensement de 1979, la population s'est accrue de 2,8 % par an sur la période intercensitaire. Sur la base de la dynamique de la population prévalante dans le pays, il est projeté que la taille de la population attendrait 6,84 millions en l'an 2002, 8,15 millions en 2007 et 9,76 millions en 2012. La croissance de la population est soutenue par une tendance à la baisse de la mortalité et le niveau toujours élevé de la natalité. Un déphasage de la baisse de la mortalité et de celle de la fécondité, couplée avec la structure par âge de la population, pourrait maintenir une pression positive sur la croissance démographique dans le pays dans les décennies à venir.

En effet, une des caractéristiques principales de la population béninoise est sa jeunesse reflétant la phase prétransitionnelle de haute natalité et de haute mortalité dans lequel se trouvent les régimes démographiques du pays : en 1992, 48 % de la population a moins de 15 ans âge. En conséquence de la dynamique interne de la population, il n'est pas attendu de changements sensibles dans la structure par âge de la population durant les vingt prochaines années : à l'horizon 2012, les jeunes de moins de 15 ans représenteraient 47 % de la population du pays. Ce poids persistant de la jeunesse de la population continuera à peser lourd sur le système éducatif dont la couverture était toujours faible au début des années 90.

Malgré les efforts pour promouvoir l'enseignement de base et l'alphabétisation en langues nationales, une large proportion de la population est toujours analphabète : 61 % des hommes et 81 % des femmes sur l'ensemble du pays². En milieu urbain, le taux d'analphabétisme atteint 53 % comparé à 82 % en milieu rural : 4 sur 5 analphabètes vivent dans les zones rurales du pays.

L'analphabétisme est une conséquence directe de la faible pénétration de l'école moderne dans le pays. En effet, en 1992 rien que 1 sur 4 Béninois âgés de 3 ans et plus a fréquenté l'école moderne. Si en milieu urbain, environ 45 % de la population a déjà fréquenté l'école moderne, cette proportion est aussi faible que 17 % en milieu rural. Cette disparité selon le type de résidence est reflétée sur la variation du niveau d'instruction entre département : à une extrême, 45 % de la population a déjà fréquenté l'école moderne dans le département de l'Atlantique; à l'autre extrême, 12 % et 15 % respectivement dans les départements de l'Atacora et du Borgou.

Les données les plus récentes de l'EDS 1996 suggèrent, cependant, que la situation scolaire est entrain de s'améliorer : en effet le taux de fréquentation scolaire des enfants de 6-15 ans

² République du Bénin et FNUAP (1994). Deuxième Recensement Général de la Population et de l'Habitation, Février 1992 : Caractères socioculturelles et économiques. Ministère du Plan, de la Restructuration Economique et de la Promotion de l'Emploi, Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique, Bureau Central du Recensement. (Mars).

s'est élevé à 57 % en milieu urbain et 33 % en milieu rural : soit 42 % sur l'ensemble du pays³.

Une autre caractéristique principale de la population béninoise est la variabilité des densités et du peuplement⁴. Premièrement, les trois (3) départements situés au sud sur la côte atlantique s'étendent sur 1/10 du territoire, mais concentrent près de 53 % de la population du pays en 1992 : les plus fortes densités humaines y sont observées.

Le département le plus peuplé de l'Atlantique où le stock ethnique est à dominante *Fon*, abrite la capitale, Cotonou, et concentre le 1/5 de la population du pays avec une densité qui s'établit en moyenne à 322 habitants au km²; il est bordé à l'Est par le département de l'Ouémé à dominante *Goun* où la densité moyenne atteint 193 habitants au km²; à l'Ouest, le département du Mono à dominante *Adja* où la densité moyenne s'élève à 169 habitants au km².

Deuxièmement, le groupe ethnique *Fon* est dominant dans le département de transition du Zou qui concentre 17 % de la population du pays sur 17 % du territoire : la densité moyenne s'y établit à 43 habitants au km².

Enfin les départements faiblement peuplés du nord où 30 % de la population sont distribuées sur 72 % du territoire du pays : l'Atacora montagneux à dominante *Betamaribe* (*Besorobe*) où la densité moyenne descend à 21 habitants au km²; le Borgou à dominante *Bariba* (*Batombou*) est le plus grand département du pays (45% du territoire) aux faibles densités humaines (16 habitants au km²).

L'urbanisation de la population béninoise est typique du phénomène d'urbanisation en Afrique au sud du Sahara non seulement en terme démographique, mais aussi en terme social. Du point de vue démographique, la population s'est urbanisée rapidement entre 1961 et 1979; période durant laquelle, le taux de croissance de la population urbaine s'est élevé à 8 %. Bien que le rythme d'urbanisation de la population ait baissé durant les années 80, la population urbaine a continué à s'accroître de 5 % par an. En conséquence, 36 % de la population béninoise vivait dans les zones urbaines en 1992.

L'armature urbaine du pays s'est nettement modifiée durant les trois dernières décennies en conséquence de la forte croissance de villes de tailles moyennes et des petites villes. Cependant, la hiérarchie urbaine est toujours dominée par Cotonou, la capitale, et les deux villes secondaires de Porto-Novo et de Parakou : en 1992, les trois (3) villes concentrent 47 % de la population urbaine.

³ République du Bénin et Macro International Inc. (1997). Bénin : Enquête Démographique et de Santé. Ministère du Plan, de la Restructuration Economique et de la Promotion de l'Emploi, Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique, Bureau Central du Recensement. (Avril)

⁴ République du Bénin et FNUAP (1994). Deuxième Recensement Général de la Population et de l'Habitation, Février 1992 : Synthèse des Résultats d'Analyse. Ministère du Plan, de la Restructuration Economique et de la Promotion de l'Emploi, Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique, Bureau Central du Recensement. (Mars).

Du point de vue social, la constitution de grands établissements humains, composante de l'urbanisation, favorise un environnement où l'homogénéité ethnique, typique des terroirs ruraux, est entrain de se réduire et où les schémas de solidarité et d'entraide sociale auxquels les individus et les ménages ont accès sont entrain de se diversifier.

Par ailleurs, une proportion croissante de la population est de plus en plus employée dans les secteurs non-agricoles, changement qui s'accompagne de mutations dans les relations sociales, les sources et cycles de revenus des individus et des ménages.

3. Conditions socio-économiques

Les structures économiques du Bénin sont typiques d'un pays pauvre. En 1991, le PNB par tête du pays est estimé à US \$ 377. L'économie du pays est dominée par une agriculture essentiellement pluviale qui emploie une part importante de la population active. Les cultures vivrières représentent près de 3/4 de la production agricole : les plus importantes sont les féculés (igname et manioc), les céréales (essentiellement maïs et sorgho) et les légumineuses (haricots, tomates et fruits). Les cultures de rente ont connu une croissance robuste durant les dernières années, en particulier le coton, la principale culture industrielle et un des principaux produits d'exportation du pays : le coton représente actuellement 1/10 de la production agricole du pays.

Le Bénin est faiblement industrialisé. La contribution des industries extractives (pétrole et carrières) dans l'économie est relativement faible et diminue depuis 1985 en conséquence de la baisse de la production et de la baisse importante des prix à l'exportation du pétrole. Les industries manufacturières modernes sont dominées par une dizaine de grandes entreprises essentiellement alimentaires et textiles. La place du textile dans l'ossature industrielle s'est renforcée durant les dernières années en faveur du développement de l'activité d'égrenage. L'artisanat est très dynamique dans plusieurs domaines, le domaine alimentaire en particulier.

De par ses structures, l'économie du pays est très vulnérable aux conditions climatiques et aux fluctuations des marchés internationaux. A la veille des années 90, la conjonction de conditions externes défavorables plonge l'économie béninoise dans des difficultés qui, dans le domaine des services, se manifestent par des déséquilibres des finances publics et une crise de liquidité dans le système bancaire qui grève le paiement régulier des impôts et salaires. Pour faire face à ces difficultés, le gouvernement s'est engagé sur le front interne au réaménagement de l'environnement institutionnel de l'économie depuis 1989 afin de rétablir un système bancaire sain, d'instaurer les bases d'une économie de marché et de réorganiser les services publics. Ainsi les dernières années sont marquées par les privatisations et la réorganisation financière des entreprises publiques, les réformes fiscales dont l'entrée en vigueur de la TVA en 1991, la réduction des effectifs de la fonction publique, la liquidation des banques d'état et l'installation de nouvelles banques⁵. Sur le front externe, la dévaluation de 50% du franc CFA en Janvier 1994.

⁵ Installation de la Banque of Africa, de la Banque Internationale du Bénin et de la Financial Bank entre 1989 et 1990 qui sont venues combler le vide dans l'intermédiation bancaire laissée par la liquidation des anciennes banques d'Etat (BCB, CNCA, BBD). Rép. du Bénin, (1993) Comptes Economiques 1988-1991 : Résultats et

Dans l'ensemble, cependant, les dix dernières années ont été marquées par une relance de l'économie béninoise. En effet, en conséquence de la forte croissance de la production agricole, mais aussi de la reprise des activités de réexportation vers les pays limitrophes (réexportation qui représente 40% des exportations totales du pays), la période 1988-1991 a été marquée d'une part par une progression du PIB (à l'exception de l'année 1989 avec un taux de croissance de -2.8%) : en 1990 et 1991, les taux de croissance du PIB à prix constants se sont élevés respectivement à +3.2% et +4.7%. Le taux de croissance du PIB s'est inscrit à la baisse durant les années 1992 et 1993 pour atteindre +3.5% en 1993. Cette tendance du taux de croissance du PIB s'est inversée depuis 1994, après la dévaluation du franc CFA, pour atteindre +4.4% en 1994 et +4.6% en 1995. Il est estimé que le taux de croissance va atteindre +5.1% en 1996 en conséquence de la reprise de la production agricole et des industries alimentaires⁶.

Etant données la prédominance de l'agriculture et la faible industrialisation du pays, la contribution des sociétés au PIB est relativement faible : entre 13-14 %. En effet, les ménages et les entreprises individuelles contribuent pour plus de 70% du PIB : ils capturent une part très importante des valeurs ajoutées de l'agriculture et de la transformation des produits agricoles et des secteurs artisanaux, du commerce et des transports routiers. Des études menées par le BIT suggèrent qu'en 1982, le secteur moderne n'emploie que 4.5 % de la population active; 3.5%, en 1992, baisse de l'emploi dans le secteur moderne due partiellement à la réduction de la fonction publique⁷.

Ainsi l'entreprise agricole familiale reste la principale source d'emplois et de revenus au Bénin, suivie des entreprises individuelles d'un secteur informel en pleine croissance. Dans le secteur agricole, bien que les unités de production soient familiales, le travail agricole s'organise autour de coopératives locales ou d'organisations d'entraide mutuelle selon un calendrier élaboré par ses adhérents. Cette réalité économique et socioculturelle, bien que survivante dans plusieurs parties du pays, est de plus en plus érodée par la modernisation⁸.

Analyses. Ministère du Plan et de la Restructuration Economique, Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique : (Janvier).

⁶ Rép. du Bénin, (1993) Comptes Economiques 1988-1991 : Résultats et Analyses. Ministère du Plan et de la Restructuration Economique, Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique : (Janvier).

Rép. du Bénin, (1994) Comptes Economiques 1992 - Estimations 1993 - Prévisions 1994 : Résultats et Analyses. Ministère du Plan et de la Restructuration Economique, Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique : (Juin).

Rép. du Bénin, (1997) Comptes Economiques 1993-1995 - Estimations 1996 - Prévisions 1997 : Résultats et Analyses. Ministère du Plan et de la Restructuration Economique, Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique : (Juin).

⁷ Maldonado, C, et als (1996). Analyse des Résultats de l'Enquête des Unités Economiques du Secteur Informel Urbain du Bénin. Programme d'Etudes et d'Enquêtes sur le Secteur Informel. BIT, PNUD et INSAE

⁸ République du Bénin et FNUAP (1994). Deuxième Recensement Général de la Population et de l'Habitation, Février 1992 : Volume II Synthèse des Résultats d'Analyse - Tome 4, Ménages et Conditions d'Habitation, Habitat au Bénin. Ministère du Plan, de la Restructuration Economique et de la Promotion de l'Emploi, Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique, Bureau Central du Recensement. (Mars).

En dehors de l'agriculture, l'emploi dans le secteur informel est dominé par le commerce qui occupe près des 3/4 des employés du secteur, suivi par la production et les services. Enfin, la réduction des emplois dans les entreprises publiques et la réduction du pouvoir d'achat des fonctionnaires ont contribué à la croissance du secteur informel.

Par ailleurs, les liens avec le secteur moderne d'intermédiation bancaire étant faibles, le dynamisme du secteur est soutenu par des schémas de solidarité dont les groupements de femmes (surtout dans la transformation alimentaire artisanale) et les tontines qui drainent l'épargne et distribuent les crédits. Les micro-entreprises du secteur informel urbain sont à forte majorité des entreprises individuelles ou familiales (87 % des unités) et rarement des entreprises où la propriété est de type soit associatif ou coopératif (2 % des unités), soit d'autres formes de propriétés (11 %). Ainsi, l'emploi dans le secteur informel urbain est-il dominé par l'emploi non-salarial dont une prédominance des apprentis et des aides familiaux (47 %), et des patrons (45 %)⁹.

4. Situation sanitaire

a. Morbidité et Mortalité

L'espérance de vie à la naissance est estimée à 47 en 1993 au Bénin, dont 46.1 ans chez les hommes et 49.5 ans parmi les femmes¹⁰. Ce niveau relativement bas de l'état sanitaire dans le pays est le résultat de conditions épidémiologiques pré transitionnelles qui se traduisent par des niveaux encore élevés de la mortalité infanto-juvénile et de la mortalité maternelle.

Sur la base des données des formations sanitaires, les motifs de consultation les plus fréquents sont le paludisme (34 %), les infections respiratoires aiguës (16%), les diarrhées (7%), les traumatismes (6%) et les anémies (4%) : ces cinq principales affections contribuent pour 67% des motifs de consultation dans la population générale¹¹. Parmi les moins de cinq ans, les mêmes affections représentent 3/4 des motifs de consultations. Au niveau des hospitalisations, les mêmes affections représentent 58% des motifs d'hospitalisation dans la population générale; 82 % , parmi les moins de cinq ans.

Sur la base de l'incidence respective du paludisme et des maladies diarrhéiques, un gradient sud-nord est apparent dans la variation régionale des conditions épidémiologiques. Premièrement, en conséquence du gradient climatique sud-nord, l'incidence du paludisme est plus élevée dans les départements du sud où l'humidité est plus importante au cours de l'année comparés aux départements du Nord où le paludisme ne sévit que durant la courte saison des pluies. Deuxièmement, l'incidence des maladies diarrhéiques est plus faible dans les

⁹ voir note 7.

¹⁰ République du Bénin (1997). Politiques et Stratégies Nationales de Développement du Secteur Santé 1997-2001. Ministère de la Santé, de la Protection Sociale et de la Condition Féminine. (Mars)

¹¹ Ministère de la Santé (1996). Statistiques Sanitaires : Année 1995. Services des Statistiques. de la Documentation et de la Recherche Opérationnelle. (Juillet).

départements du sud (Atlantique, Mono et Ouémé), où elle est estimée à 20 pour 1000 d'une part, elle élevée à 45 pour 1000 dans le département du Borgou d'autre part; les départements du Zou et de l'Atacora ayant des niveaux intermédiaires plus proches de l'incidence dans les départements du sud. Enfin, le gradient sud-nord est accentué par la variabilité régionale de l'incidence des maladies comme la rougeole : alors qu'ils représentent 30 % de la population du pays, les deux départements du nord déclarent 78 % des cas de rougeole en 1995.

Les niveaux de la mortalité infanto-juvénile et de la mortalité maternelle décrivent assez bien les conditions générales de mortalité dans le pays. Premièrement, la mortalité des moins de cinq ans a connu une baisse importante durant les deux dernières décennies. Entre la première moitié des années 70 et la première moitié des années 90, la mortalité entre 0 et 5 ans est passée de 260 pour 1000 à 167 pour 1000, soit une baisse de 36 %¹². La baisse est plus importante au niveau de la mortalité juvénile comparée à la mortalité infantile : la mortalité juvénile a baissé de 144 pour 1000 à 80 pour 1000, soit une baisse de 44 % durant la période; la mortalité infantile, de 136 pour 1000 à 94 pour 1000, soit une baisse de 31 %. Deuxièmement, 498 femmes pour 100.000 naissances sont décédées de causes liées à la maternité durant la période de 1990 et 1995.

Durant la période de 10 ans précédant l'Enquête Démographique et de Santé de 1996, la mortalité des enfants au Bénin est plus élevée dans les zones rurales comparées aux zones urbaines : la mortalité infantile s'élève à 112 pour 1000 dans les zones rurales comparées à 84 pour 1000 dans les zones urbaines; de même, la mortalité juvénile est respectivement de 98 pour 1000 et de 72 pour 1000. Entre les départements, la mortalité infantile est plus faible dans les départements du sud (Atlantique, 81 pour 1000; Ouémé, 88 pour 1000; Mono, 104 pour 1000; Zou, 102 pour 1000) comparés aux départements du nord (Borgou, 117 pour 1000; Atacora, 122 pour 1000). Entre 1 et 5 ans d'âge, le gradient sud-nord est surtout marqué par une surmortalité dans les départements du sud comparés aux départements du nord. En effet, la mortalité juvénile atteint 99 pour 1000 dans l'Atlantique, 87 pour 1000 dans l'Ouémé, 95 pour 1000 dans le Mono, 111 pour 1000 dans le Zou comparée à 63 pour 1000 dans le Borgou et 92 pour 1000 dans l'Atacora.

En résumé, la situation géographique, la dynamique et la répartition de la population et les conditions socio-économiques décrites plus haut sont cohérentes avec les conditions épidémiologiques qui prévalent dans le pays. Celles-ci restent toujours dominées par les maladies infectieuses et parasitaires. Par ailleurs, bien que la mortalité ait baissé dans le pays durant les dernières décennies, elle reste toujours élevée relativement aux niveaux de mortalité prévalant dans le continent africain. La variation spatiale de la morbidité et de la mortalité reflète non seulement les conditions géographiques et socio-économiques, mais aussi la couverture des services de santé modernes.

b. Système de santé

¹² République du Bénin et Macro International Inc. (1997). Bénin : Enquête Démographique et de Santé. Ministère du Plan, de la Restructuration Economique et de la Promotion de l'Emploi, Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique, Bureau Central du Recensement. (Avril)

Le système de santé moderne du Bénin partage les mêmes structures que les systèmes de santé des pays francophones d'Afrique de l'Ouest. Le système de prestation des soins est largement dominé par les institutions publiques; cependant, le secteur privé est entrain de se développer sous l'impulsion non seulement des œuvres caritatives confessionnelles, mais aussi des initiatives privées locales.

Le système public de prestation des soins est structuré hiérarchiquement avec le centre national hospitalier universitaire (CNHU) qui sert d'institution de dernière référence, les centres hospitaliers départementaux (CHD) dans les capitales départementales qui servent de référence aux centres de santé de sous-préfecture (CSSP), et à la base les complexes communaux de santé (CCS) qui constituent les points d'entrée dans le système public de prestation des soins¹³. A l'instar des systèmes publics de prestation de soins des pays les plus pauvres de la sous-région, le système public de prestation des soins du Bénin souffrent de carence en médecins généralistes dans les services périphériques et d'insuffisance de personnels non-médicaux. La répartition du personnel est inéquitable entre les zones urbaines et les zones rurales, et entre les départements du sud et du nord. Enfin, la collaboration avec le secteur privé de prestation de soins de santé est faible.

Le secteur privé est pourtant relativement développé au Bénin comparé à d'autres pays francophones de la sous-région. Dans ce cadre, les institutions privées à caractère social sont assez développés avec plusieurs établissements hospitaliers à travers le pays et des réseaux de postes de santé qui, dans certaines communes, servent de complexe communal de santé. En faveur des politiques d'austérité de la fonction publique, les initiatives privées dans le système de prestation de soins sont entrain de se multiplier impliquant plusieurs diplômés des écoles de formation médicale et para-médicale qui établissent des pratiques privées (cliniques ou salles de soins infirmiers) surtout dans les capitales départementales.

Le financement de la santé a connu d'importants changements durant la dernière décennie. Jusqu'à la fin des années 80, la principale source de financement public était les recettes générales de l'Etat. Entre 1985 et 1988, l'Etat béninois affectait plus de 6 % du budget national à la santé : durant cette période, le budget de la santé par habitant a fluctué entre 600 FCFA et 700 FCFA selon les années¹⁴. A partir de 1989, cependant, la crise fiscale que connaît le pays, dont une baisse des recettes fiscales en francs courants de l'Etat de 26.4 % en 1989, s'est traduite par un baisse en termes absolues du budget de la santé et une baisse de la part de la santé dans le budget de l'Etat qui s'est maintenue jusqu'en 1993. La part de la santé dans le budget de l'Etat est passée de 6% en 1988 à 5% en 1989, moins de 4% en 1990 et a atteint son niveau le plus faible en 1992, 3,2 %. L'Etat s'est engagé, cependant, à augmenter la part de la santé dans le budget national pour atteindre 8% aux termes du troisième programme d'ajustement structurel.

Ainsi aux lendemains du lancement de l'Initiative de Bamako en 1987, le Gouvernement du Bénin initie la mise en œuvre d'une politique de financement communautaire dans un

¹³ Ministère de la Santé (1996). Statistiques Sanitaires : Année 1995. Services des Statistiques. de la Documentation et de la Recherche Opérationnelle. (Juillet).

¹⁴ République du Bénin (1997). Politiques et Stratégies Nationales de Développement du Secteur Santé 1997-2001. Ministère de la Santé, de la Protection Sociale et de la Condition Féminine. (Mars)

environnement fiscal très sévère. Les premières implications seront une substitution du financement public interne d'une part importante du fonctionnement des formations sanitaires publiques par le financement communautaire, la prise en charge des médicaments en particulier. En d'autres termes, par rapport au milieu des années 80, l'instauration du recouvrement des coûts dans les formations sanitaires publiques ne s'est pas accompagnée d'une augmentation des ressources financières internes disponibles dans le système de santé publique contraignant ainsi l'amélioration de la qualité des services.

L'aide extérieure publique, qui a augmenté depuis la démarrage de la démocratisation du pays en 1990, a contribué à maintenir la qualité aux niveaux des soins de santé primaires. Le faible taux d'absorption de l'aide, cependant, lié aux rigidités des conditionnalités, à la lourdeur de la gestion et à la faible maîtrise des procédures des bailleurs de fonds, a limité son impact sur le système de santé. Depuis 1993, le niveau de l'aide extérieure s'est inscrit à la baisse.

En conséquence des contraintes et insuffisances du financement public de la santé dans le pays, la prise en charge de la santé par des sources privées internes, les ménages en particulier, a augmenté. C'est ainsi que pour faire face aux problématiques de la mobilisation des ressources internes et de l'accessibilité financière dans le système de santé, parmi d'autres raisons, le Ministère de la Santé s'est orienté vers un renforcement du partenariat entre le secteur public et le secteur privé social (confessionnel et communautaire). C'est dans ce cadre que s'inscrit la stratégie de renforcement de la mutualisation du risque financier lié à la maladie au Bénin.

5. Emergence de la mutualisation du risque maladie

Bien qu'inscrite comme stratégie délibérée dans les orientations stratégiques du Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, le développement des mutuelles de santé est dans une phase émergente au Bénin. Seules quelques mutuelles sont fonctionnelles dans le pays et le cadre institutionnel d'appui au développement des mutuelles est en phase de mise en place.

a. Mutuelles de santé au Bénin

En septembre 1997, il était dénombré 9 mutuelles de santé en exercice au Bénin, 2 mutuelles constituées mais qui faisaient face à des difficultés de fonctionnement, et quelques expériences de mécanismes alternatifs de financement de la santé que les promoteurs utilisent comme stratégie vers la mutualisation du risque maladie. Ces expériences sont entrain de se développer dans des contextes assez diverses du pays : des zones rurales cotonnières du sud Borgou, la zone de transition du Zou central, aux zones péri-urbaines de Porto-Novo et de Cotonou.

En 1995, une série de 9 mutuelles de santé ont été mises en place dans les zones cotonnières du sud Borgou avec l'appui du Centre International de Développement et de Recherche (CIDR) sur financement de la Coopération Suisse. Ces 9 mutuelles regroupent au niveau communal des groupements de mutualistes organisés auprès de 28 villages¹⁵. En 1996,

¹⁵ Voir inventaire des mutuelles de santé.

l'ensemble de ces mutuelles couvraient environ 7.400 bénéficiaires composés essentiellement d'agriculteurs et de leurs familles¹⁶. Ces mutuelles sont toujours en phase de mise en place et continuent de jouir de l'appui du CIDR. Le processus de mise en place des mutuelles dans le sud Borgou est toujours en cours et devrait s'étendre dans les années qui viennent aux autres communes de la zone.

Les mutuelles de santé du sud Borgou sont les seules mutuelles qui fonctionnent sans difficultés majeures. Contrairement à l'expérience de ces mutuelles où l'appui technique du CIDR a été instrumental pour leur mise en place, deux autres mutuelles ont été mises en place à l'initiative du personnel technique des hôpitaux publics : la mutuelle Ilera de Porto-Novo et la mutuelle Alafia de Gbaffo. Ces deux dernières mutuelles ont eu non seulement des difficultés pour accroître la pénétration de leur population cible respective en conséquence des faiblesses de conception, mais aussi la mobilité des médecins qui en ont été les initiateurs a été un facteur déterminant dans les difficultés que rencontrent ces mutuelles pour fonctionner et fournir leurs prestations¹⁷.

Il y a d'autres expériences d'organisations de prévoyance maladie qui sont en cours de mise en place dans les zones urbaines : cependant, celles-ci n'ont pas encore épousé les principes et les modes d'organisation de mutuelles de santé, bien que la perspective à long terme de leurs promoteurs est de les transformer en mutuelles. Tel est le cas des schémas de compte d'épargne et de crédit santé mis en place avec l'appui de l'Institut de Participation du Bénin (IPB) sous financement de la Coopération Française. Pour les promoteurs de l'IPM, les schémas actuels d'épargne et de crédit santé ne sont qu'une stratégie pour développer les réflexes et les habitudes de la prévoyance maladie parmi les populations péri-urbaines dans une première phase; ces schémas seraient transformés en mutuelles dans une deuxième phase lorsqu'ils auront une taille critique de bénéficiaires : environ 5000 bénéficiaires d'après les promoteurs. Un tel schéma a été mis en place à Cotonou; d'autres sont en phase de mise en place dans d'autres capitales régionales avec l'appui de l'IPB.

Enfin, la centrale syndicat du Bénin, CGTB, est entrain d'engager des efforts pour organiser les travailleurs du secteur informel. Dans cette perspective, une initiative est en cours pour mettre en place une mutuelle de santé pour les conducteurs de taxi-moto de Porto-Novo : ce groupe socioprofessionnel est déjà assez bien organisé et l'entraide mutuelle est entrain de se structurer pour la prise en charge de risques professionnels et sociaux, base sur laquelle la mutuelle va être mise en place.

En résumé, les mutuelles de santé sont très récentes au Bénin : les premières ne datent que de 1995. Comme il est typique d'un mouvement social naissant, la diversité des approches et des appuis ne vont nécessairement pas résulter toutes en organisations de mutuelles viables. Cette diversité offre, cependant, des opportunités d'apprendre en faisant et des expériences qui pourraient constituer des ressources institutionnelles importantes pour les promoteurs des mutuelles de santé dans l'élaboration de la stratégie de mutualisation du risque maladie dans le pays.

¹⁶ Voir section 5, études de cas de deux de ces 9 unions communales de groupements mutualistes.

¹⁷ Voir section 5, pour une discussion plus détaillée des expériences des mutuelles de Gbaffo et Ilera.

b. Organismes d'appui

Les mécanismes institutionnels pour capitaliser sur les premières expériences sont entrain d'être mis en place au Bénin. Trois rencontres ont été organisées dans ce cadre en 1997 : les deux premières pour faciliter l'information et le partage d'expériences sur les mutuelles déjà en place et les plans de déploiement des mutuelles par les organismes d'appui; la dernière pour tenir une journée nationale sur les mutuelles de santé.

Ces rencontres ont été sanctionnées par la mise en place d'un comité central de pilotage du développement des mutuelles au Bénin. Le comité inclut parmi ces membres :

- la Direction de la Protection Sociale du Ministère de la Santé MSPS\DPS;
- des organisations non-gouvernementales (ONG) locales dont le Centre Africa Obota, le CREDESA, la CGTB, l'Institut de Participation du Bénin, et l'Association des Œuvres Médicales Privées Confessionnelles et Sociales au Bénin (AMCES);
- des organismes de coopération multilatérale et bilatérale et des ONG internationaux dont l'OMS, le BIT, le FED, la Coopération Suisse, la Coopération Française, le CIDR et Solidarité Mondiale.

Ces différentes organisations apportent des appuis diverses au développement des mutuelles dans le pays. La mise en place des mutuelles de santé étant inscrite dans les nouvelles orientations et stratégies du secteur de la santé, le MSPS\DPS a été instruite par le Ministère de la Santé de diligenter les réflexions sur l'élaboration de la stratégie de mutualisation du risque maladie et les mécanismes d'appui de la mise en place des mutuelles de santé. Dans les orientations du secteur de la santé, la mise en place des mutuelles de santé entre dans le cadre du renforcement du partenariat avec le secteur privé en général, le secteur privé social en particulier.

Les ONG locales sont impliquées dans la promotion, la formation et la mise en place des mutuelles de santé ou l'expérimentation de mécanismes alternatifs de financement de la santé dans le pays. Certains de leurs membres associés constituent l'ossature des formateurs nationaux sur la mutualité constituée dans le cadre du programme régional conjoint d'appui aux mutuelles de santé de BIT-ACOPAM et de Solidarité Mondiale. Elles assurent l'organisation des activités de promotion de la mutualité dans le pays et fournissent un appui direct dans la mise en place des mutuelles et des schémas d'épargne et crédit santé dans le pays (voir ci-dessus). Dans ce cadre, certaines parmi elles jouissent de l'appui financier des organismes de coopération multilatérale et bilatérale.

En dehors de la Coopération Suisse et de la Coopération Française, les organismes de coopération sont toujours entrain d'élaborer leurs mécanismes et programmes d'appui au développement des mutuelles de santé. La Coopération Suisse a été un des pionniers de l'appui aux mutuelles dans le pays avec le financement de l'assistance technique de la mise en place des mutuelles de santé dans les zones rurales du sud Borgou à travers le CIDR. La Coopération Française apporte un appui financier à la mise en place des mutuelles dans les zones urbaines du pays à travers l'Institut de Participation du Bénin.

En résumé, l'appui de l'émergence du mouvement mutualiste au Bénin est en phase de consolidation. Cet appui est entrain d'être véhiculé à travers des organisations non-gouvernementales locales ayant une connaissance du terrain et une flexibilité qui pourraient

constituer des ressources critiques pour l'adaptation des stratégies de mise en place des mutuelles dans un contexte social aussi diverse que le contexte Béninois. A cet appui local s'ajoutent l'effort financier d'organismes de coopération multilatérale et bilatérale et l'assistance technique d'organismes étrangers ayant accumulé des expériences sur la mutualité. Ces contributions diverses pourraient bénéficier au gouvernement dans sa phase actuelle d'élaboration des mécanismes d'appui au développement des mutuelles de santé.

6. Identification et choix des mutuelles à étudier

La sélection des mutuelles et l'administration des instruments pour la réalisation des études de cas ont été réalisées selon le guide méthodologique produit à cet effet. Comme il peut être remarqué à la section 4.1, la base de sélection des mutuelles est restreinte en raison de la mise en place récente des mutuelles de santé au Bénin. Par ailleurs, la diversité des expériences est assez limitée : d'un côté, il y a l'expérience des groupements mutualistes du sud Borgou qui, en raison de l'appui uniforme de leur mise en place, partagent à peu près les mêmes caractéristiques; d'un autre côté, les autres expériences qui étaient limitées aux mutuelles d'Ilera de Porto-Novo et d'Alafia de Gbaffo. Afin de maximiser l'information sur les expériences de mutuelles de santé au Bénin, l'investigateur a décidé de réaliser les études de cas auprès de deux mutuelles du sud Borgou, dont les Unions Communales de Groupements Mutualistes de Sirarou et de Sanson, et auprès des deux mutuelles d'Ilera et d'Alafia. Il était attendu que cette approche permettrait non seulement de décrire les expériences en cours, mais aussi d'identifier leurs forces et faiblesses et les besoins d'appui au développement des mutuelles.

Trois principaux informateurs-clés ont été interviewés dans le cadre de la réalisation des études de cas. Premièrement, des entretiens ont été organisés avec les membres des bureaux des mutuelles pour recueillir des informations sur la mise en place, l'organisation, le fonctionnement et les résultats de la mutuelle. Deuxièmement, des entretiens ont été organisés avec les organismes d'appui à la mise en place des mutuelles pour compléter les informations fournies par les mutualistes et recueillir des informations sur les mécanismes d'appui. Enfin, des entretiens ont été organisés avec le personnel de santé afin de recueillir des informations sur les relations entre la mutuelle et le système de santé, les implications de ces relations sur l'offre et les structures de soins et les comportements des mutualistes dans le cadre de l'utilisation des services de santé.

II. Mutuelles du sud Borgou

Parmi les 9 mutuelles de santé du Sud Borgou, deux ont supporté les études de cas dans le cas de la présente investigation : l'Union Communale des Groupements Mutualistes de Sirarou et l'Union Communale des Groupements Mutualistes du Sanson. Les mutuelles du Sud Borgou présentent des caractéristiques similaires : par conséquent, les présenter et discuter leur organisation respective séparément ne fournirait pas des informations additionnelles significatives.

Dans le cadre de la réalisation des études de cas des mutuelles du sud Borgou, des entretiens ont été organisés et des données collectées auprès de la Direction Départementale de la Santé, du Centre International de Développement et de Recherche (CIDR), des membres des bureaux des UCGM de Sirarou et de Sanson, du personnel de santé des complexes communaux de santé de Sirarou et de Sanson et de l'hôpital St Jean de Dieu. Un entretien a été organisé aussi avec le secrétaire exécutif de l'Association des Œuvres Médicales Privées Confessionnelles et Sociales au Bénin (AMCES)

1. *Mise en place*

L'Union Communale des Groupements Mutualistes de Sirarou (UCGM Sirarou) et l'Union Communale des Groupements Mutualistes de Sanson sont parmi les premières mutuelles mises en place en 1995 dans le cadre du projet de promotion des mutuelles de santé du sud Borgou, supporté par le Centre International de Développement et de Recherche (CIDR) sur financement de la Coopération Suisse. La population cible de la mutuelle de Sirarou est composée des villages de la commune de même nom, y inclue le hameau de Bokou où est installé l'hôpital St Jean de Dieu : la population cible de la mutuelle était estimée en 1996 à 13.000 habitants. La mutuelle de Sanson couvre la commune de Sanson; sa population cible était estimée à 7.300 habitants en 1996.

Depuis la mise en place de l'UCGM de Sirarou, l'augmentation du nombre d'adhérents a été maintenue : en 1996, la mutuelle a atteint 3.079 bénéficiaires, soit un taux de pénétration de 24% de sa population cible. L'UCGM de Sanson a connu une croissance plus lente que celle de Sirarou. Durant les deux dernières années, la croissance de la mutuelle de Sanson a plutôt stagné : en 1996, la mutuelle comptait 584 mutualistes, soit un taux de pénétration de 8 %.

La mise en place des deux mutuelles n'est pas indépendante de la présence de l'hôpital St Jean de Dieu. En effet, c'est l'ancien directeur de l'hôpital, actuellement secrétaire exécutif de l'Association des Œuvres Médicales Privées Confessionnelles et Sociales au Bénin (AMCES), qui a formulé la demande d'un appui pour la mise en place des mutuelles de santé dans la

région du sud Borgou¹⁸. L'appui du CIDR a démarré en 1994 avec la réalisation d'études de base pour supporter la phase de démarrage des deux mutuelles. Par la suite, l'appui technique a couvert la mise en place de l'organisation administrative des mutuelles, l'appui dans les activités promotionnelles et de sensibilisation et la compilation des données financières pour asseoir l'organisation comptable des mutuelles. Jusqu'à présent, les mutuelles jouissent de l'appui technique du CIDR.

La population des communes de Sirarou et de Sanson couvertes par les deux mutuelles est une population essentiellement rurale. La majorité de la population tire sa subsistance de la culture de féculés (igname et manioc) et des céréales. Par ailleurs, la culture du coton constitue une des principales sources de revenus monétaires des habitants de la commune. Comme dans la majorité des villages du sud Borgou, les activités économiques et les nouvelles formes d'organisation sociale sont structurées autour de la culture du coton. La périodicité des revenus des ménages est très liée à la campagne agricole du coton. Par ailleurs, des groupements de producteurs autour de la culture du coton se sont développés dans les villages et servent d'agent aux agriculteurs dans leurs transactions liées à l'acquisition du matériel agricole et de semences et la commercialisation. Enfin, l'activité cotonnière a stimulé le développement d'organisations de crédit (CLCAM) qui commencent à renforcer les institutions et l'intermédiation financières dans la zone.

En résumé, la conjonction de plusieurs facteurs environnementaux a favorisé le développement des mutuelles de Sirarou et de Sanson :

- une organisation tertiaire de soins, l'hôpital St de Dieu, intéressée par le développement de la mutualisation du risque maladie dans son 'catchment area';
- un organisme d'appui aux mutuelles, CIDR, financé par un organisme de coopération bilatérale, la Coopération Suisse;
- une activité génératrice de revenus, la culture du coton, qui en plus des revenus monétaires qu'elle procure aux paysans, a favorisé la mise en place de groupements villageois de producteurs et le développement d'institutions financières, les CLCAM.

2. Organisation

Les mutuelles de Sirarou et de Sanson couvrent les communes de même nom. La participation à la mutuelle est libre : un villageois peut adhérer individuellement à la mutuelle où le

¹⁸ Pour l'historique des premières mutuelles de santé dans les pays francophones de l'Afrique de l'Ouest, il est significatif de rappeler qu'au Sénégal aussi, la mise en place de l'une des premières mutuelles à base communautaire dans les zones rurales, la mutuelle de Fandène, a été supportée par l'hôpital St Jean de Dieu de Thiès. Les hôpitaux catholiques dans les pays francophones ont été pendant longtemps supportés partiellement par les subventions des œuvres caritatives européennes qui permettaient de garantir l'accès des plus pauvres aux prestations de ces institutions. Il serait intéressant d'étudier les relations entre l'émergence des mutuelles de santé dans les zones de desserte des hôpitaux catholiques avec la chute des régimes communistes dans les pays de l'est et la renaissance de l'église catholique dans ces pays. L'hypothèse de recherche serait que les changements politiques dans les pays de l'est se sont traduits par une réorientation des subventions des œuvres caritatives vers ces pays, remettant en cause ainsi la viabilité financière à long terme des institutions de soins qu'elles supportaient dans les pays francophones d'Afrique.

villageois peut adhérer avec sa famille. L'organisation de la mutuelle est pyramidale. Au niveau villageois, l'organisation de la mutuelle repose sur les groupements mutualistes du village (GMV). Chaque GMV dispose d'un bureau, composé d'un président, d'un trésorier et d'un secrétaire qui sont élus par et parmi les membres du GMV. L'union des GMV au niveau communal constitue la mutuelle de Sirarou, d'où son nom 'Union Communale de Groupements Mutualistes de Sirarou'.

Les membres du bureau de l'UCGM, qui a la même structure que les bureaux des GMV, sont élus parmi les membres des bureaux des GMV avec des provisions permettant l'élection de membres provenant de GMV différents au niveau du bureau. Ainsi le président de l'UCGM de Sirarou n'est pas du même village que le trésorier de l'UCGM ou le secrétaire de l'UCGM; un schéma de représentation comparable prévaut au niveau de l'UCGM de Sanson.

Dans sa phase actuelle de développement, les UCGM ne disposent pas d'une assemblée générale statutaire. Plutôt, une participation plus flexible des mutualistes dans la gestion de leur organisation est mise en place. Les réunions de bureaux sont ouvertes à tous les mutualistes que ce soit aux niveaux villageois ou communal. Les bureaux du village et de la commune se réunissent une fois par mois. Entre autres points inscrits à l'ordre du jour de chaque réunion mensuelle, il y a la prise en charge des soins et le remboursement des prestations fournies aux bénéficiaires de la mutuelle (voir ci-dessous)

En résumé, l'organisation des UCGM est fondée sur les liens de solidarité internes aux villages couverts par la mutuelle à travers la stratégie du GMV. Cependant, les villages étant trop petits pour asseoir la mutualisation du risque maladie, la stratégie d'union des GMV au niveau communal partage le risque maladie sur une base de population plus large. Par ailleurs, la composition du bureau des UCGM et l'ouverture des réunions de bureau à l'ensemble des mutualistes favorisent la transparence dans la gestion de la mutuelle et la confiance entre les mutualistes du village d'une part et entre les groupements de mutualistes des villages constituant l'UCGM d'autre part. Les implications de cet aspect de la gouvernance interne des mutuelles de Sirarou et de Sanson sur la transparence et la confiance qu'elle pourrait maintenir dans la gestion de la mutuelle mérite une attention particulière des promoteurs de mutuelles de santé dans la sous-région.

3. Paquets de bénéfices

Les paquets de bénéfices des UCGM de Sirarou et de Sanson sont similaires. Seules les prestations liées à l'hospitalisation, à l'accouchement et aux morsures de serpent sont couvertes par la mutuelle. Les charges liées aux paquets de bénéfices sont remboursées à 100% par la mutuelle.

La principale source de soins ayant un plateau technique permettant de prendre en charge toutes les prestations couvertes par la mutuelle au niveau de la commune de Sirarou est l'hôpital St Jean de Dieu. Sirarou dispose d'un complexe communal de santé où les accouchements et les morsures de serpent peuvent être pris en charge; le complexe, cependant, ne dispose pas d'une capacité d'hospitalisation. Le complexe communal de santé de Sanson, un poste de santé appartenant au l'église catholique, offre un plateau technique similaire au complexe communal de Sirarou.

L'hôpital régional public de Parakou, à une vingtaine de kilomètres au nord de Sirarou et une dizaine de kilomètres au sud de Sanson, pourrait être une source de soins pour les mutualistes : ceci n'est pas encore le cas. L'hôpital St Jean de Dieu, le centre de référence, les complexes communaux de santé de Sirarou et de Sanson n'ont pas de convention d'agrément écrite avec la mutuelle; en réalité, cependant, il y a un agrément effectif entre les trois structures de soins et les mutuelles¹⁹.

Le processus de prise en charge des bénéficiaires éligibles est assez simple au niveau des mutuelles de Sirarou et de Sanson. En cas de besoin, le bénéficiaire au niveau d'un village donné se rend chez le secrétaire du GMV qui lui émet une attestation de prise en charge. Le bénéficiaire présente cette attestation au niveau de la structure de soins pour une prise en charge médicale. Chaque mois, la structure de soins envoie des factures à l'UCGM. Après validation des factures par le bureau sur la base des attestations de prise en charge, l'UCGM rembourse les factures validées à la structure de soins.

En plus du paquet de bénéfices décrit ci-haut qui inclut les prestations couvertes par la mutuelle, celle-ci a nouvellement introduit deux schémas d'entraide fort intéressants : (i) une caisse tenue par le trésorier pour renforcer l'entraide au sein des mutualistes d'une part, (ii) une caisse de solidarité entre les mutualistes et les non-mutualistes d'autre part. La première caisse permet aux mutualistes, en cas de besoin financier pour payer des soins qui ne sont pas couverts par la mutuelle, d'emprunter auprès de la mutuelle avec un remboursement échelonné dans le temps. La deuxième caisse part de la reconnaissance que certains membres du village n'adhèrent pas dans la mutuelle tout simplement parce qu'ils n'ont pas les moyens de le faire, soit à cause de la vieillesse ou d'handicaps physiques; la deuxième caisse est utilisée par la mutuelle pour prendre en charge financièrement les frais des soins de tels membres du village. Pour paraphraser le président de la mutuelle de Sirarou, la deuxième caisse est basée sur le principe que la solidarité entre les adhérents de la mutuelle ne doit pas se substituer à la solidarité dans le village, mais plutôt la renforcer.

4. Droit d'adhésion et Cotisation

Les droits d'adhésion dans les mutuelles sont relativement faibles : ils s'élèvent à 1000 FCFA par adhérent. La structure des cotisations des adhérents est conçue pour permettre l'adhésion familiale et l'adhésion individuelle : toute personne est libre d'adhérer individuellement ou en famille dans la mutuelle. Le tableau suivant résume la structure des cotisations : une troisième colonne est ajoutée pour montrer les implications sur les coûts par personne supportés par les familles de différentes tailles :

¹⁹ Il est intéressant de noter que certains membres du personnel de santé du complexe communal de santé de Sirarou avaient adhéré à la mutuelle durant la première année de démarrage. Le paquet de bénéfices de la mutuelle n'incluant que des prestations dont elles pouvaient bénéficier à l'hôpital de Parakou avec une prise en charge partielle en raison de leur statut professionnel, ils ont été incités à démissionner de la mutuelle. Cette démission, cependant, n'est pas dommageable à la mutuelle car ils continuent de donner leurs conseils techniques à la mutuelle. Le personnel de santé du complexe communal de Sanson, qui ne sont pas fonctionnaires, sont toujours membres de la mutuelle de Sanson.

Catégorie d'adhésion	Cotisation par an (FCFA)	Coût par personne par an (FCFA)	
		Plancher	Plafond
Individu	1.300	1.300	1.300
Famille de 2 à 5 membres	3.700	1.850	740
Famille de 6 à 10 membres	7.500	1.250	750
Famille de 11 à 15 membres	12.400	1.127	827
Famille de 16 membres ou plus	18.000	1.125	<1.125

Les personnes qui adhèrent individuellement cotisent 1.300 FCFA par an, soit 108 FCFA par mois. Lorsqu'une famille dont la taille est comprise entre 2 et 5 membres adhère en groupe dans la mutuelle, leur taux de cotisation est de 3.700 FCFA par an, soit 308 FCFA par mois. Le taux de cotisation annuelle est de 7.500 FCFA par an pour une famille de 6 à 10 membres, soit 625 FCFA par mois; 12.400 FCFA pour une famille de 11 à 15 membres, soit 1033 FCFA par mois; 18.000 FCFA par an pour une famille de 16 membres ou plus, soit 1.500 FCFA par mois.

Dans l'ensemble, les taux de cotisation annuels ne sont pas élevés. La catégorie d'adhésion ayant la situation la plus défavorable relativement au niveau d'effort par personne est l'adhésion d'une famille à 2 personnes qui devrait supporter un taux de cotisation de 1.850 FCFA par personne par an, soit environ 150 FCFA par mois par personne. Pour toutes les autres catégories, le niveau d'effort par personne par mois est inférieur à 150 FCFA et tombe à environ 60 FCFA par mois par personne pour une famille de 5 membres.

La structure des taux de cotisation est conçue pour inciter les individus à adhérer en groupe, le groupe familial étant utilisé dans ce cadre pour opérationnaliser l'adhésion de groupe : ce qui semble être pertinent dans ce contexte rural où l'activité économique est structurée autour du groupe familial. Il peut être constaté qu'une famille de 2 personnes payent plus cher sur une base individuelle qu'un individu qui adhère seul à la mutuelle. De même, une famille de 6 personnes paye individuellement 1.250 FCFA par an, comparée à une famille de 5 personnes qui paye individuellement 740 FCFA par an. Par conséquent, la définition des catégories d'adhésion selon la taille de la famille et l'application d'un taux unique de cotisation à chaque tranche crée des distorsions dans les structures d'incitations à participer en groupe dans la mutuelle²⁰.

²⁰ L'étude de cas n'a pas analysé l'impact de telles distorsions dans les structures d'incitations des taux de cotisation sur la participation des groupes familiaux. Une hypothèse nulle intéressante serait que ces

La collecte des cotisations est une des fonctions des bureaux des GMV. Elle est réalisée durant la période de vente du coton, période durant laquelle, la majorité des adhérents disposent de revenus monétaires assez substantiels. Au cas où l'adhérent ne peut assurer sa cotisation durant cette période, cependant, le GMV peut lui faire des facilités pour échelonner ses cotisations sur plusieurs mois : dans ce cas, le GMV est garant de la cotisation de l'adhérent auprès de l'UCGM.

Résultats en 1996²¹

La structure des charges des deux mutuelles est cependant différente. La mutuelle de Sanson, qui couvre la commune est installée la structure de référence - l'hôpital St Jean de Dieu, a des charges d'hospitalisation plus importantes en termes relatifs comparée à la mutuelle de Sanson où les accouchements constituent une part importante des charges de l'UCGM.

Il est remarquable que les agents de l'UCGM de Sanson, des infirmières, rapportent que tous les accouchements des bénéficiaires de la mutuelle ont lieu maintenant au niveau du complexe communale de santé de Sanson. Ceci ne semble pas être le cas des femmes mutualistes de Sirarou, où le complexe communal de santé dispose d'un personnel du sexe masculin. L'inadéquation des services obstétricaux dans la commune de Sirarou expliquerait la décision de la mutuelle de Sirarou de rencontrer la direction de l'hôpital St Jean de Dieu pour une amélioration des services de la maternité de l'hôpital comme il est discuté ci-dessous.

Durant l'année 1996, la mutuelle de Sirarou a pris en charge environ 1 million de FCFA de prestations aux bénéficiaires des mutualistes, dont près de 800.000 FCFA pour les seules charges d'hospitalisation. La gestion 1996 de la mutuelle a été marquée par un bilan largement positif. Etant donnée sa taille plus réduite, la mutuelle de Sanson a pris en charge des prestations plus faibles en valeur que celle de Sirarou. Au niveau de cette mutuelle aussi, la gestion de 1996 a été marquée par un bilan positif.

5. Effets sur le système de santé

Les expériences des mutuelles de Sirarou et de Sanson sont encore trop récentes pour que leurs effets sur le système de santé puissent être discernés sans ambiguïté. Par ailleurs, la taille des mutuelles sont toujours réduites. Cependant, certains comportements décrits par les mutualistes, les prestataires et les administrateurs de la santé suggèrent que les mutuelles pourraient contribuer à l'amélioration de la qualité des soins et l'efficacité, l'accessibilité financière et l'équité et la gouvernance dans le système de santé local.

Amélioration de la qualité des soins et efficacité

distorsions n'ont aucun effet sur la propension à adhérer dans la mutuelle selon la taille de la famille. L'hypothèse alternative serait que les familles aux tailles défavorables sont incitées à omettre des membres pour tomber dans des catégories de tailles favorables. Dans ce cadre, il serait intéressant d'identifier les caractéristiques des membres qui sont omis : les enfants ? Les vieilles personnes ? Etc.

²¹ Données non disponibles.

Un des problèmes majeurs au niveau du recours aux soins dans la région, notent les prestataires, est le retard que prennent les malades pour se rendre aux structures de soins : les malades ne visitent les structures de soins, l'hôpital en particulier, que quand leur état est extrêmement grave. Un changement de comportement qu'ont commencé à remarquer les prestataires est que les mutualistes recourent plus tôt aux soins que les non-mutualistes, comportement qui pourrait contribuer à l'amélioration de l'efficacité des soins.

Le recours systématique au complexe communal de santé de Sanson pour les accouchements parmi les femmes mutualistes semble être favorisé par la mise en place de la mutuelle de Sanson. Les agents de la structure de soins sont elles-mêmes des mutualistes, ce qui les rapproche plus des femmes mutualistes. Tel n'est pas le cas dans le cadre de la mutuelle de Sirarou.

Cependant, notent les prestataires, la part des mutualistes dans la clientèle des structures de soins est toujours faible pour avoir une incidence significative sur la disponibilité des ressources financières des structures et le financement d'améliorations de la qualité des services. Il est attendu, cependant, que plus le nombre de mutualistes va grandir, plus les perspectives de contribution de l'ensemble des mutuelles à l'amélioration de la qualité des services seraient plus nettes.

6. Accessibilité financière et équité

Des investigations approfondies n'ont pas été réalisées pour permettre une discussion basée sur des données quantitatives des implications de la mutuelle sur l'accessibilité financière et l'équité. Ainsi, la discussion porte sur la potentialité de la mutuelle à contribuer à ces objectifs du système de santé sur la base des mécanismes actuels de prise en charge et de financement des prestations des soins.

Le mécanisme de contribution de la mutuelle en s'adaptant aux niveaux et à la périodicité des revenus monétaires de la population cible suggère un potentiel à contribuer à l'accessibilité financière des soins dans ce cadre rural. A cet égard, la mutuelle ne couvre que des prestations qui coûtent chers. Par ailleurs, en mettant en place une caisse d'entraide pour les adhérents, la mutuelle pourrait contribuer à améliorer l'accessibilité financière des soins non couverts par le paquet de bénéfices pour les adhérents. Enfin, la caisse de solidarité qui supporte la prise en charge des prestations aux membres du village qui n'ont pas les moyens pour adhérer dans la mutuelle pourrait contribuer à l'amélioration de l'équité.

7. Gouvernance

Malgré la jeunesse de la mutuelle, deux faits marquants suggèrent qu'elle pourrait contribuer à l'amélioration de la gouvernance du système de santé au niveau local. Un de ces faits n'a pas échappé à la plus haute autorité sanitaire de la province du Borgou : il concerne les relations entre les usagers des formations sanitaires et le personnel de santé. Les mutuelles ont commencé à adresser des plaintes aux autorités sanitaires concernant les paiements parallèles et le traitement des malades par le personnel soignant.

Par ailleurs, la mutuelle de Sirarou a tenue une rencontre avec la direction de la structure de référence, l'hôpital St Jean de Dieu, pour l'amélioration de la qualité des services de la maternité aux bénéficiaires des mutualistes : la direction de l'hôpital s'est engagée à apporter les aménagements nécessaires pour améliorer la qualité des services de la maternité. En d'autres termes, les mutuelles ont commencé à s'ériger en porte-voix des utilisateurs des formations sanitaires concernant des problèmes sur la qualité des services et l'accueil des malades, une fonction qui auparavant n'existait pas dans le système de santé local.

III. Mutuelle Ilera de Porto-Novo

Dans le cadre de la réalisation de l'étude de cas sur la mutuelle Ilera de Porto-Novo, des entretiens ont été organisés avec les membres du bureau et des adhérents de la mutuelle et d'anciens membres du personnel soignant de la clinique St Sébastien de Porto-Novo.

La mutuelle Ilera de Porto-Novo est née de l'initiative d'un médecin de l'hôpital provincial de Porto-Novo. Après plusieurs années d'exercice au niveau de l'hôpital, le médecin s'est illustré par non seulement par ses qualités de technicien, mais aussi par un humanisme qui lui a gagné la confiance de larges franges de la population de la ville²². La décision de mettre en place la mutuelle d'Ilera a été prise de concert entre le médecin et un groupe d'enseignants de la ville de Porto-Novo. La mutuelle devait être mise en place avec une structure de soins à caractère social, la clinique St Sébastien²³.

La mutuelle a été mise en place en 1996. Elle s'était fixée comme cible la population de Porto-Novo, une agglomération de près d'une centaine de milliers d'habitants, qui est la deuxième ville du Bénin après Cotonou. Au cours de l'assemblée générale constitutive, une douzaine de personnes ont adhéré à la mutuelle, avec une population de bénéficiaires de 43 individus. La mutuelle s'était dotée d'un statut et d'un règlement intérieur et d'organes de gestion, incluant en plus de l'assemblée générale, un conseil d'administration et un bureau.

Les droits d'adhésion à la mutuelle étaient fixés à 1000 FCFA par l'assemblée générale. Les cotisations étaient fixées à 1000 FCFA par mois par adhérent. Les conjoints et les enfants des adhérents devaient s'acquitter d'une contribution additionnelle de 100 FCFA par mois par personne pour pouvoir jouir des prestations prises en charge par la mutuelle.

Le paquet de bénéfices de la mutuelle inclut les consultations, la pharmacie, les accouchements et les analyses. La prise en charge des prestations du paquet de bénéfices de la mutuelle impliquait, cependant, des taux de partage des coûts variables d'une prestation à une autre entre la mutuelle et les bénéficiaires. La mutuelle ne couvre que 20% des frais de consultation; 50% des frais de pharmacie; 60% des frais liés aux accouchements; et 30% des frais liés aux analyses.

La mutuelle a eu un démarrage difficile et continue à faire face à des difficultés pour s'implanter et étendre sa couverture. Comme le reconnaissent les mutualistes eux-mêmes, ces difficultés sont liées essentiellement au départ du médecin qui a initié la mutuelle et le centre

²² De l'avis des techniciens de la santé qui ont travaillé avec le médecin et des informateurs-clés, son humanisme s'exprimait par la prise en charge financière des soins de certains malades nécessitant qui ne pouvaient faire face aux coûts des prestations au niveau de l'hôpital.

²³ Il est intéressant de noter que la perspective de coupler la mise en place de la mutuelle d'Ilera avec la clinique St Sébastien servait les intérêts autant du groupe d'enseignants pour qui l'ouverture de la clinique allait faciliter l'accès aux services du médecin, que du médecin qui voulait réaliser une œuvre sociale en dehors de l'hôpital.

de santé St Sébastien. En effet, un mois après l'assemblée générale constitutive, le médecin a quitté Porto Novo pour aller poursuivre ses études. Fondée sur la confiance que les populations avaient sur le médecin, la mutuelle a eu des difficultés pour étendre le recrutement de nouveaux adhérents après le départ de ce dernier. Paradoxalement, les mutualistes continuent de croire qu'avec le retour du médecin que la mutuelle prendrait de l'ampleur.

L'expérience de la mutuelle d'Ilera est riche d'enseignements. Créée dans un contexte urbain, autour de la solidarité qui existe au sein d'un groupe d'enseignants et de la confiance qu'ils ont vis à vis d'un médecin, la mutuelle n'a pas pu bénéficier d'une base et de réseaux de solidarité assez larges pour se développer. Par ailleurs, l'importante implication du médecin dans la mise en place de la mutuelle a orienté la stratégie de mise en place de relations entre la mutuelle et les prestataires de soins sur la création d'une nouvelle structure de soins dirigée par le médecin. Cette stratégie a été développée dans un environnement où l'offre de soins était entrain de s'améliorer avec les coopératives médicales qui offraient un plateau technique beaucoup plus attrayant que la nouvelle clinique. Mais préférant la confiance qu'ils avaient envers le médecin à des relations plus stables et plus objectives qu'ils auraient pu développer avec une structure de soins dont la viabilité était établie, les mutualistes ont fondé le développement de mutuelle sur des bases très fluides.

Enfin, les connaissances et l'expérience des initiateurs de la mutualité étaient très faibles voir inexistantes, reconnaissent les membres actuels du bureau de la mutuelle. En dehors de l'appui dont ils ont bénéficié du Centre Africa Obota au cours de l'assemblée générale constitutive et du lancement de la mutuelle, les mutualistes n'ont reçu aucun autre appui depuis l'existence de la mutuelle. Les difficultés de mise en place et de développement de la mutuelle d'Ilera suggère que la mutualisation du risque maladie dans la région en général, dans les zones urbaines en particulier, nécessitera plus que de la bonne volonté. Les mutuelles de santé, pour se mettre en place sur des bases durables, auront besoin d'un appui conséquent. L'expérience de la mutuelle Alafia de Gbaffo décrite ci-dessous supporte cette conclusion.

IV. Mutuelle Alafia de Gbaffo

Les informations sur la mutuelle Alafia de Gbaffo sont basées sur des entretiens avec les membres du bureau de la mutuelle, dont le président, le trésorier et le secrétaire, et le personnel technique du complexe communal de santé de Gbaffo. Gbaffo, un bourg de moins de 2000 habitants, est le centre de la commune de Gbaffo de la province du Zou, la commune compte une demi-douzaine de villages. La commune de Gbaffo est assez typique des communes rurales du centre du Bénin, éloignées de la zone cotonnière du Borgou au Nord et des marchés urbains qui émergent autour des villes du Sud, Cotonou et Porto-Novo. Les principales infrastructures modernes sont composées essentiellement du complexe communal de santé et l'école élémentaire. En dehors du personnel technique qui assure le fonctionnement de ces deux structures, la majorité de la population de la commune est composée d'agriculteurs²⁴. Le coton a moins d'emprise dans l'agriculture de la commune, comparée aux communes rurales du sud Borgou.

Depuis la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako, le personnel de santé a attribué la faible fréquentation du complexe communal de santé par les habitants de la commune à la tarification des soins et au paiement par les usagers. Le personnel du complexe communal de santé a expérimenté avec des schémas de crédits aux usagers pour faciliter l'accessibilité financière des soins sans beaucoup de succès en conséquence de la fréquence des défauts de remboursement.

La mise en place de la mutuelle Alafia de Gbaffo a été identifiée comme une alternative aux schémas de crédits pour les soins par le directeur de l'hôpital provincial et le personnel du complexe communal de santé. Ces derniers ont été les principaux initiateurs de la mutuelle qui a été mise en place en 1995 par une assemblée générale constitutive. Les initiateurs n'avaient au préalable aucune expérience sur la mutualité ou les systèmes d'assurance maladie. Par ailleurs, les techniciens de la santé et les futurs mutualistes n'ont reçu aucun appui technique ou financier. Ces faibles capacités se sont reflétées sur la conception de la mutuelle.

Etant une initiative d'une structure de base, le complexe communal de santé de Gbaffo, et de l'hôpital provincial, le paquet de bénéficiaires de la mutuelle inclut les consultations au niveau de la structure de base d'une part, les interventions chirurgicales et les hospitalisations au niveau de l'hôpital. La mutuelle a été conçue pour ne couvrir que les adultes du village de Gbaffo. Les hommes adhèrent individuellement, les enfants et les personnes âgées étant exclus de la mutuelle. A la question pourquoi ces différentes catégories de personnes ont été exclues de la mutuelle, le président et les membres du bureau présents à l'interview ont répondu avec conviction que de telles catégories de personnes allaient occasionner des charges trop élevées pour la mutuelle, et constituaient ainsi une menace pour la viabilité financière de la mutuelle.

²⁴ Même le maire de la commune est un employé du complexe communale de santé.

De telles restrictions sur l'adhésion à la mutuelle ont bien sûr affecté son développement. Étant donné qu'une frange importante des adultes du village a émigré vers les centres urbains, la majorité des résidents du village sont exclus de la mutuelle. Par ailleurs, les personnes d'un certain âge qui pouvaient adhérer à la mutuelle ont préféré se baser sur les transferts qu'ils reçoivent de leurs enfants émigrés pour prendre en charge les dépenses de santé. Enfin, étant limitée à un village de taille assez modeste, la population cible constituée des adultes du village ne pouvait permettre le développement d'une mutuelle sur des bases viables.

Par ailleurs, à l'instar de la mutuelle Ilera de Porto-Novo, l'implication du personnel de santé dans la mise en place de la mutuelle a été perçue comme absolument nécessaire par les mutualistes. La mutation du directeur de l'hôpital provincial et son remplacement par un autre médecin, qui n'exprimait aucun intérêt à la mutuelle, a semé la confusion au niveau du personnel technique du complexe communal de santé et des mutualistes sur l'utilité de leur action. En effet, le nouveau directeur perçoit la mutuelle comme l'affaire du directeur sortant et n'a pas voulu s'y mêler.

Depuis sa création, la mutuelle n'a pas pu atteindre une centaine d'adhérents. Elle a suspendu ses prestations depuis le départ de l'ancien directeur de l'hôpital provincial en attendant de convaincre l'actuel directeur d'utiliser son institution comme centre de référence.

V. Implications et Recommandations

1. Des enjeux du financement de la santé au Bénin

La crise économique et fiscale de la fin des années 80 au Bénin et sa transmission dans le secteur de la santé à travers la diminution en termes absolues des ressources publiques internes affectées à la santé suggèrent qu'il sera difficile d'assurer une couverture adéquate des besoins sanitaires croissants de la population sur la base du financement public durant les prochaines décennies. Cette contrainte est une conséquence de la dépendance des ressources fiscales du Bénin sur des sources peu diversifiées et très sensibles aux fluctuations climatiques et des marchés extérieurs. D'autres sources et mécanismes de prise en charge de la santé seraient nécessaires pour soutenir la viabilité et améliorer l'accessibilité des services du système de santé dans le pays.

Depuis la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako, le Bénin utilise le paiement par les usagers comme une stratégie délibérée de financement de la santé. Il faut reconnaître, cependant, qu'en l'absence de schémas effectifs d'exemption des plus pauvres, la combinaison du financement public à travers les ressources générales de l'Etat et du financement privé à travers le paiement par les usagers pourrait se traduire par des problèmes d'exclusion et d'équité dans le système de santé. En effet, les ménages et les individus ayant une capacité plus élevée de payer pourraient capturer une part disproportionnée des bénéfices distribués à travers les établissements publics de prestation de soins en général, les établissements hospitaliers où les coûts et les tarifs sont plus élevés en particulier.

Le Bénin pourrait envisager d'autres mécanismes de financement de la santé qui seraient plus adaptées au contexte économique et social béninois. Le financement de la santé fondé sur le principe du financement public, tels que les schémas d'assurance maladie sociale basés sur les entreprises, pourraient être envisagées. Cependant, la mise en place et l'extension de la couverture de telles options pourraient faire face aux contraintes structurelles des principales sources d'emplois fortement dominées par les micro-entreprises du secteur agricole et du secteur informel urbain : en effet, moins de 5% de la population active est employée dans le secteur moderne. D'autres options de prépaiement à base communautaire qui prendraient stock des cycles et niveaux de revenus de larges secteurs de la population pourraient être envisagées : les cartes annuelles de santé, comme le schéma Thaïlandais, les comptes de santé par exemple. Les mutuelles de santé ne sont qu'une parmi tant d'autres options dans le cadre de l'élaboration de stratégies et mécanismes alternatifs de financement de la santé.

Les acteurs de la santé et de la protection sociale ont bien compris ces enjeux du financement de la santé au Bénin en inscrivant la mutualisation du risque financier lié à la maladie comme option dans le cadre du développement du partenariat avec le secteur privé social. Cependant, la mise en place des mutuelles de santé est très récente au Bénin. Les premières ne datent que de 1995. Plusieurs approches de mise en place des mutuelles sont en cours d'expérimentation soit sous l'appui du CIDR, soit sous l'appui de l'IPB. Dans la phase actuelle d'émergence des mutuelles dans le pays, cette diversité offre des opportunités pour les promoteurs des

mutuelles de santé dans l'élaboration de la stratégie de mutualisation du risque maladie dans le pays.

2. Des mutuelles et du développement du système de santé

A priori, il faut noter que les perspectives des différents acteurs de la santé, que ce soient l'administration sanitaire, les prestataires de soins, les associations qui s'organisent en mutuelles et les organismes d'appui, peuvent diverger autant que le développement des mutuelles et leur rôle dans le financement de la santé sont concernés. Les différents acteurs devraient reconnaître, cependant, que sur la base des résultats des études de cas sur les mutuelles, il est invraisemblable que les mutuelles de santé deviennent une source et un mécanisme importants de prise en charge de la santé dans les cinq années à venir. La contribution potentielle des mutuelles devrait être plutôt envisagée dans le cadre du développement à long terme du système de santé.

Dans cette perspective, les acteurs devraient considérer les mutuelles comme des organisations pouvant contribuer (i) au développement d'une culture de la prévoyance maladie, (ii) à une évolution des systèmes locaux de solidarité traditionnelle vers des mécanismes plus effectifs de prise en charge de la santé, et (iii) au développement d'organisations de gestion de la consommation des services de santé. Premièrement, il est invraisemblable que le Bénin puisse développer des schémas de partage du risque maladie à une grande échelle dans un futur proche sans qu'une culture de la prévoyance maladie soit développée dans de larges secteurs de la société. Plus une part significative de la population participerait dans des schémas de prépaiement ou de mutuelles de santé, plus il serait aisé d'élaborer des politiques de partage du risque maladie à grande échelle dont l'acceptabilité pourrait être soutenue par des expériences locales. Deuxièmement, bien que les systèmes de solidarité traditionnelle soient toujours vivaces au cours d'événements comme la naissance, le mariage ou le décès, ils n'ont pas été intégrés au développement du système formel de santé. Les acteurs du système de santé devraient de plus en plus reconnaître la solidarité traditionnelle locale comme une valeur sur laquelle la prise en charge de la santé pourrait être fondée en synergie avec la solidarité nationale et internationale. Troisièmement, les mutuelles de santé pourraient contribuer à l'amélioration de l'efficacité du système de santé en jouant le rôle d'organisations de gestion de la consommation des services de santé articulées au système de référence. Par ailleurs, en contribuant au développement d'un tel rôle, les mutuelles pourraient promouvoir une plus grande représentation des valeurs et besoins des consommateurs dans l'allocation des services de santé et améliorer la gouvernance du secteur de la santé.

3. De la nécessité d'un cadre de politique

Le passage de la phase actuelle d'émergence des mutuelles à la phase de stratégie délibérée de mutualisation du risque maladie devrait être soutenu par un cadre de politique qui refonde le système de santé sur des valeurs et des principes plus proches des populations, supporte la diversité et l'adaptabilité aux spécificités locales, renforce le pouvoir des populations en

matière de prise en charge de leur propre santé, et insère la mutualisation du risque maladie dans le cadre général des stratégies de lutte contre la pauvreté.

Bien que l'expérience des années 80 suggère que les moyens de l'Etat pourraient être insuffisants pour assurer adéquatement la couverture des besoins sanitaires, l'Etat resterait sans nul doute parmi les premières sources de financement de la santé dans les prochaines décennies. D'autres sources et mécanismes de financement de la santé, tels que le paiement par les usagers ou les mutuelles de santé, ne pourraient jouer qu'un rôle complémentaire dans le cadre de l'augmentation des ressources financières internes affectées à la santé. En contraste avec d'autres sources et mécanismes alternatifs de financement de la santé, cependant, les mutuelles de santé se développent sur la base de valeurs de solidarité et d'entraide mutuelle. La formulation du cadre de politique devrait s'inspirer de la sagesse du président de la mutuelle de Sirarou qui argumente que la caisse de solidarité, mise en place au niveau de la mutuelle pour prendre en charge les indigents du village qui ne peuvent pas adhérer, est fondée sur le principe que la solidarité entre les adhérents de la mutuelle ne doit pas se substituer à la solidarité dans le village mais plutôt la renforcer. Ainsi, le cadre de politique devrait promouvoir une synergie entre la solidarité nationale, valeur qui soutient le financement public, et les systèmes locaux de solidarité, sur lesquels vont se développer les mutuelles de santé, pour couvrir la majorité de la population contre les risques financiers liés à la maladie et promouvoir un accès équitable à des soins et services de santé de qualité.

Les systèmes locaux de solidarité peuvent s'organiser sur la base des entreprises ou d'associations civiles de supports divers (syndicat, groupement de producteur, village, commune, etc.). Le cadre de politique devrait aménager un environnement flexible permettant l'adaptation de la mutualisation du risque maladie aux spécificités locales. Comme le suggèrent les études de cas, plusieurs expériences vont être tentées dans divers contextes mais avec des perspectives de viabilité variables. Par conséquent, un environnement flexible du développement des mutuelles permettrait de multiplier les initiatives locales et de fournir une base d'expériences assez large pour permettre l'élaboration d'une stratégie délibérée plus pertinente de mutualisation du risque maladie dans le pays.

L'expérience de la participation communautaire dans le système de santé du Bénin a été jusqu'à présent limitée. Le cadre de politique devrait promouvoir une rupture avec la tutelle telle qu'on l'a connue jusqu'à présent dans le système de santé, avec les comités de gestion dans le cadre de l'Initiative de Bamako notamment : il est invraisemblable que les mutuelles de santé puissent se développer comme un instrument ou un relais des établissements de prestations de soins. Par conséquent, le cadre de politique devrait reconnaître que le financement de la santé étant une autre fonction essentielle du système de santé, les mutuelles de santé devraient être séparées des établissements de soins si elles doivent devenir des instruments pour renforcer le pouvoir des populations sur leur propre santé et contribuer à une meilleure gouvernance du système de santé.

Une mutuelle de santé est avant tout un système de support local contre un risque social qui peut précipiter ou maintenir une famille dans le cercle vicieux de la pauvreté. L'avantage comparatif de la mutuelle de santé sur d'autres systèmes de support en dehors de la famille est sa proximité, sa spécificité, et sa gouvernance : il est plus immédiat pour un pauvre d'invoquer la prise en charge par sa mutuelle en cas de maladie en toute dignité, que de recourir aux services de bienfaisance d'une quelconque autre organisation. Par conséquent, le cadre de

politique devrait adéquatement articuler la mutualisation du risque maladie et les stratégies globales de lutte contre la pauvreté dans le pays.

4. De la nécessité du renforcement du cadre institutionnel d'appui

Les expériences des mutuelles de Gbaffo et de Porto Novo suggèrent que la solidarité, bien qu'étant une condition nécessaire pour la mise en place de mutuelles de santé, n'est pas suffisante pour permettre leur développement sur des bases viables. Les expériences des mutuelles du Sud Borgou, appuyé par le CIDR, permettent de tirer la leçon suivante : pour que les valeurs de solidarité et d'entraide mutuelle d'une communauté servent de fondement d'organisations de couverture contre les risques financiers liés à la maladie, elles doivent bénéficier d'un support technique adéquat. Par conséquent, dans la phase actuelle du développement des mutuelles de santé au Bénin, un cadre institutionnel devrait être mis en place pour fournir une assistance technique aux organisations qui envisagent de mettre en place des mutuelles de santé et aux mutuelles qui sont déjà en place. Les recommandations suivantes sont formulées pour accompagner le passage de la phase d'émergence des mutuelles de santé vers une phase délibérée de mutualisation du risque maladie dans le pays.

1. *Evaluer l'appui apporté par le CIDR dans le Sud Borgou et les stratégies alternatives d'appui de l'IPB dans la perspective d'en tirer des leçons vers l'élaboration d'une approche flexible d'appui technique à la mise en place des mutuelles dans le pays.*

Le processus de mise en place et l'organisation des mutuelles de santé du Sud Borgou semblent être adaptés au contexte rural dans lequel le projet des mutuelles s'est développé. Il n'est pas évident que la même approche puisse être reproduite dans les zones urbaines du pays. C'est dans cette perspective que l'appui du CIDR devrait être évalué conjointement avec l'approche développée dans les zones urbaines par l'IPB afin de tirer des leçons pour une stratégie globale d'appui au développement des mutuelles dans le pays. Cette évaluation devrait être mise à profit pour concevoir et mettre en œuvre des projets de démonstration des mutuelles de santé dans le pays.

2. *Développer des projets de démonstration de mise en place des mutuelles de santé dans plusieurs régions pour élargir la base d'expériences des mutuelles et soutenir le processus d'élaboration de la stratégie de mutualisation du risque maladie dans le pays.*

En plus de l'appui du CIDR, l'implantation des établissements hospitaliers confessionnels, l'importance de la culture du coton et les groupements de producteurs sont vraisemblablement des conditions qui ont favorisé l'implantation des mutuelles dans le Sud Borgou. Il n'est pas évident que de telles conditions puissent être reproduites dans d'autres parties du pays. Ainsi serait-il pertinent de mettre en place des projets de démonstration de mise en place des mutuelles de santé dans d'autres régions du pays, où l'offre de soins et les conditions économiques sont différentes. Etant donnée l'importance du financement public dans le système de santé, il est opportun que les projets de démonstration soient articulés sur des établissements hospitaliers publics afin de fournir une base d'expériences sur l'articulation des mutuelles et le système public de prestations de soins.

Des projets de démonstration pourquoi faire ? La mutualisation du risque maladie au Bénin, ou toute autre stratégie de mobilisation des ressources dans le secteur de la santé ou de couverture des risques financiers liés à la maladie, nécessitera un consensus assez large sur les objectifs visés et les stratégies et les moyens de sa mise en œuvre. La qualité des soins devrait être améliorée non seulement au niveau des structures de santé de base (points d'entrée dans le système de prestation de soins), mais aussi des structures de référence. Il sera nécessaire de développer des systèmes d'information et de gestion aux niveaux des établissements sanitaires et des mutuelles, de renforcer les capacités de gestion du personnel de santé et des structures de gestion des mutuelles. Les relations des mutuelles et des établissements de prestation de soins devront être formalisées sur la base d'instruments contractuels. Des nouvelles capacités institutionnelles seront nécessaires au niveau du ministère de la santé, et éventuellement au niveau régional, afin de fournir l'appui stratégique nécessaire à la pérennisation des mutuelles et de mettre en place des mécanismes et procédures de régulation du secteur des mutuelles et des prestataires. Le développement des mutuelles nécessitera un environnement légal flexible permettant d'accommoder les initiatives communautaires qui pourraient être très hétérogènes.

Une étape du processus de développement d'une politique nationale de plus en plus utilisée pour faire face à tous ces besoins institutionnels est de réaliser des projets de démonstration à petite échelle qui seraient combinés avec une recherche appliquée afin non seulement de mieux élaborer la stratégie maîtresse de la politique, mais aussi d'affiner les mesures techniques, administratives et légales qui doivent l'accompagner. Par ailleurs, la démonstration à une petite échelle permet d'identifier les contraintes potentielles à la mise en œuvre de la politique envisagée. Le projet de démonstration peut être conçu afin de générer des informations permettant de documenter les conséquences de la politique relativement aux objectifs du système de santé d'une part, de servir de support au débat et au renforcement du consensus sur la stratégie maîtresse d'autre part. Enfin, le projet de démonstration peut être mis à profit pour renforcer les capacités institutionnelles du ministère de la santé et des organisations non gouvernementales locales qui appuient les mutuelles : des capacités nationales accrues en matière de mutualisation du risque maladie seront critiques pour une mise en œuvre à grande échelle des mutuelles de santé au Bénin.

3. *Mettre en place un cadre légal flexible permettant de servir de fondation à la personnalité morale et de garantir l'autonomie des mutuelles de santé.*

Dans le cadre de la phase actuelle de développement des mutuelles de santé au Bénin, il serait pertinent de mettre en place un cadre légal assez flexible pour les supporter. L'important dans la phase actuelle est de mettre en place des instruments permettant d'affirmer leur personnalité morale et de préserver l'autonomie dont elles jouissent actuellement.

L'administration devrait faire la balance entre des dispositions qui peuvent être modifiées aisément et des instruments trop rigides qui nécessitent l'intervention législative. Il devrait être possible dans le moyen terme d'assimiler les mutuelles de santé aux organisations à but non lucratif et d'envisager dans le long terme un arsenal juridique qui serait spécifique aux mutuelles sur la base des expériences qui vont se développer dans le pays dans les années à venir. Les mutuelles de santé étant des organisations en émergence au Bénin, quelles que soient les options qui vont être envisagées dans le moyen et le long terme, l'élaboration du cadre légal devrait être soutenue par une large consultation avec les acteurs impliqués dans le développement des mutuelles, à commencer par les mutualistes eux-mêmes.

4. *Renforcer la coordination et la synergie des interventions des organismes d'appui au développement des mutuelles dans le pays.*

Les mécanismes institutionnels pour capitaliser sur les premières expériences sont entrain d'être mis en place au Bénin. Trois rencontres ont été organisées dans ce cadre en 1997 : les deux premières pour faciliter l'information et le partage d'expériences sur les mutuelles déjà en place et les plans de déploiement des mutuelles par les organismes d'appui; la dernière pour tenir une journée nationale sur les mutuelles de santé. Ces rencontres ont été sanctionnées par la mise en place d'un comité central de pilotage du développement des mutuelles au Bénin. Le comité inclut parmi ces membres : la Direction de la Protection Sociale du Ministère de la Santé (MSPS\DPS); des organisations non-gouvernementales (ONG) locales dont le Centre Africa Obota, le CREDESA, la CGTB, l'Institut de Participation du Bénin, et l'Association des Œuvres Médicales Privées Confessionnelles et Sociales au Bénin (AMCES); des organismes de coopération multilatérale et bilatérale et des ONG internationaux dont l'OMS, le BIT, le FED, la Coopération Suisse, la Coopération Française, le CIDR et Solidarité Mondiale.

Ces différentes organisations apportent des appuis diverses au développement des mutuelles dans le pays. La mise en place des mutuelles de santé étant inscrite dans les nouvelles orientations et stratégies du secteur de la santé, le MSPS\DPS a été instruite par le Ministère de la Santé de diligenter les réflexions sur l'élaboration de la stratégie de mutualisation du risque maladie et les mécanismes d'appui de la mise en place des mutuelles de santé. Les ONG locales sont impliquées dans la promotion, la formation et la mise en place des mutuelles de santé ou l'expérimentation de mécanismes alternatifs de financement de la santé dans le pays. Dans ce cadre, certaines parmi elles jouissent de l'appui financier des organismes de coopération multilatérale et bilatérale. En dehors de la Coopération Suisse et de la Coopération Française, les organismes de coopération sont toujours entrain d'élaborer leurs mécanismes et programmes d'appui au développement des mutuelles de santé.

Dans la perspective de développement de projets de démonstration de mise en place des mutuelles de santé, le comité de pilotage pourrait évoluer vers un organe d'orientation politique de la mutualisation du risque maladie dans le pays. Il aurait besoin, cependant, de s'appuyer sur un organe exécutif, doté de moyens conséquents, qui serait chargé de mettre en œuvre ses décisions et de coordonner et de gérer les appuis à la mise en place des mutuelles dans le pays.

VI. Conclusion

Les difficultés de l'industrie minière en général, l'extraction pétrolière en particulier, le faible développement industriel et les mesures de réduction de l'administration publique durant les dernières années ont contraint la croissance de l'emploi moderne au Bénin : la part de l'emploi moderne est toujours très modeste dans les zones urbaines et l'ensemble du pays. L'essentiel des emplois au Bénin sont générés dans l'agriculture et dans le secteur informel urbain. Dans ce cadre, les principales unités de production et les principales sources d'emplois restent les micro-entreprises familiales autant en zones rurales qu'en zones urbaines. Ces micro-entreprises et les groupes familiaux qui leur sont associés constituent la base sociale et économique où sont articulés et pris en charge les besoins sociaux en général, les besoins sanitaires en particulier, dont l'augmentation a été soutenue ces dernières décennies par la croissance démographique.

Cette structure de l'économie est contraignante pour la mobilisation des ressources fiscales et la couverture des besoins sanitaires à travers le financement public. Par ailleurs, la faiblesse de la part de l'emploi moderne dans l'économie du pays limite les possibilités que des systèmes d'assurance maladie sociale basés sur les entreprises deviennent une source significative de financement de la santé et/ou une stratégie pour une couverture de larges secteurs de la population contre le risque maladie. Les acteurs de la santé et de la protection sociale ont bien compris ces enjeux et contraintes du financement de la santé au Bénin en inscrivant la mutualisation du risque financier de la maladie comme stratégie dans le cadre du développement du partenariat avec le secteur privé.

Cependant, la mise en place des mutuelles de santé est très récente au Bénin : les premières ne datent que de 1995. Plusieurs approches de mise en place des mutuelles sont en cours d'expérimentation. Dans la phase actuelle d'émergence des mutuelles dans le pays, cette diversité offre des opportunités d'apprendre en faisant et des expériences qui pourraient constituer des ressources institutionnelles importantes pour les promoteurs des mutuelles de santé dans l'élaboration de la stratégie de mutualisation du risque maladie dans le pays.

Dans cette perspective, l'appui du mouvement mutualiste au Bénin est en phase de consolidation. Cet appui est entrain d'être véhiculé à travers des organisations non-gouvernementales locales qui pourraient constituer des ressources critiques pour l'adaptation des stratégies de mise en place des mutuelles dans un contexte social aussi diverse que le contexte Béninois. Cet appui local est renforcé par l'apport d'organismes de coopération multilatérale et bilatérale et l'assistance technique d'organismes étrangers. Ces contributions diverses bénéficieront sans nul doute au gouvernement dans sa phase actuelle d'élaboration des mécanismes d'appui au développement des mutuelles de santé.

Les expériences des mutuelles de santé au Bénin sont encore insuffisantes pour que leurs effets sur le système de santé puissent être discernés sans ambiguïté. Par ailleurs, les mutuelles sont toujours de taille réduite. Cependant, Les expériences locales suggèrent que les mutuelles pourraient contribuer à l'amélioration de la qualité des soins et l'efficacité, l'accessibilité financière et l'équité et la gouvernance dans le système de santé.

Parmi les problèmes majeurs au niveau du recours aux soins dans la région, le retard que prennent les malades pour se rendre aux structures de soins contribuent à l'inefficacité des soins : les malades ne visitent les structures de soins que quand leur état est extrêmement grave. Un changement de comportement qu'ont commencé à remarquer les prestataires est que les mutualistes recourent plus tôt aux soins que les non-mutualistes, comportement qui pourrait contribuer à l'amélioration de l'efficacité des soins. Le recours systématique aux services de santé pour les accouchements parmi les femmes mutualistes semblent être favorisé par la mise en place de la mutuelle dans le cadre de la commune de Sanson.

Cependant, notent les prestataires, la part des mutualistes dans la clientèle des structures de soins est toujours faible pour avoir une incidence significative sur la disponibilité des ressources financières des structures et le financement d'améliorations de la qualité des services. Il est attendu, cependant, que plus le nombre de mutualistes va grandir, plus les perspectives de contribution des mutuelles à l'amélioration de la qualité des services seraient plus nettes.

Les potentialités des mutuelles à contribuer à l'accessibilité financière et à l'équité dans le système de santé dépendront de la part de la population qui serait couverte et des niveaux et mécanismes de contribution mis en place par les mutuelles. Les mécanismes de contribution des mutuelles du sud Borgou, en s'adaptant aux niveaux et à la périodicité des revenus monétaires des populations cibles, suggèrent un potentiel à contribuer à l'accessibilité financière des soins dans ce cadre rural. A cet égard, les mutuelles ne couvrent que des prestations qui coûtent chers. A travers les caisses d'entraide pour les adhérents en phase d'expérimentation, les mutuelles pourraient contribuer à améliorer l'accessibilité financière des soins non couverts par le paquet de bénéfices pour les adhérents. Par ailleurs, les caisses de solidarité, financées par les mutuelles villageoises pour la prise en charge des prestations aux bénéficiaires des villages respectifs, pourraient contribuer à l'amélioration de l'équité au niveau local.

Malgré la jeunesse des mutuelles, certains comportements de leurs leaders suggèrent qu'elles pourraient contribuer à l'amélioration de la gouvernance du système de santé au niveau local. Les mutuelles ont commencé à adresser des plaintes aux autorités sanitaires concernant les paiements parallèles et le traitement des malades par le personnel soignant. Par ailleurs, une des mutuelles du sud Borgou, la mutuelle de Sirarou, a tenu à rencontrer la direction de la structure de référence pour l'amélioration de la qualité des services de la maternité aux bénéficiaires des mutualistes. En d'autres termes, les mutuelles pourraient évoluer vers des organisations de gestion de la consommation des services, une fonction qui pourrait servir de véhicule de la voix des utilisateurs des formations sanitaires concernant des problèmes sur la qualité des services, une fonction qui jusqu'ici n'existe pas dans les systèmes de santé locaux et nationaux de la sous-région.

Le contraste des expériences des mutuelles du sud Borgou et des mutuelles de Gbaffo et de Porto-Novo, cependant, suggère que ces potentialités ne pourraient être réalisées sans un appui conséquent. Bien que les valeurs de solidarité et d'entraide mutuelle soient toujours vivaces parmi de larges secteurs des sociétés ouest-africaines, les expériences de Gbaffo et de Porto-Novo suggèrent que les initiatives pour bâtir des organisations sociales viables sur les dites valeurs devraient être supportées par des expériences sur la mutualisation du risque maladie et des savoir-faire qui sont rares dans les zones rurales et les zones péri-urbaines de la sous-région.

Ainsi pour faciliter le passage de la phase actuelle d'émergence des mutuelles à la phase de stratégie délibérée de mutualisation du risque maladie, il est recommandé de :

1. Elaborer un cadre de politique qui refonde le système de santé sur des valeurs et des principes plus proches des populations, supporte la diversité et l'adaptabilité aux spécificités locales, renforce le pouvoir des populations en matière de prise en charge de leur propre santé, et insère la mutualisation du risque maladie dans le cadre général des stratégies de lutte contre la pauvreté.
2. Evaluer l'appui apporté par le CIDR dans le Sud Borgou et les stratégies alternatives d'appui de l'IPB dans la perspective d'en tirer des leçons vers l'élaboration d'une approche flexible d'appui technique à la mise en place des mutuelles dans le pays.
3. Développer des projets de démonstration de mise en place des mutuelles de santé dans plusieurs régions pour élargir la base d'expériences des mutuelles et soutenir le processus d'élaboration de la stratégie de mutualisation du risque maladie dans le pays.
4. Mettre en place un cadre légal flexible permettant de servir de fondation à la personnalité morale et de garantir l'autonomie des mutuelles de santé.
5. Renforcer la coordination et la synergie des interventions des organismes d'appui au développement des mutuelles dans le pays.