

Revue Ivoirienne de Géographie des Savanes



RIGES

ISSN: 2521-2125

**NUMERO
SPECIAL
JANVIER 2019**



Publiée par le Département de Géographie de l'Université Alassane OUATTARA de Bouaké

ADMINISTRATION DE LA REVUE

Direction

Arsène DJAKO, Professeur Titulaire à l'Université Alassane OUATTARA (UAO)

Secrétariat de rédaction

- Joseph P. ASSI-KAUDJHIS, Professeur Titulaire à l'UAO
- Konan KOUASSI, Maître-Assistant à l'UAO
- Dhédé Paul Eric KOUAME, Maître-Assistant à l'UAO
- Yao Jean-Aimé ASSUE, Maître-Assistant à l'UAO
- Zamblé Armand TRA BI, Maître-Assistant à l'UAO
- Kouakou Hermann Michel KANGA, Assistant à l'UAO

Comité scientifique

- HAUHOUOT Asseypo Antoine, Professeur Titulaire, Université Félix Houphouët Boigny (Côte d'Ivoire)
- ALOKO N'Guessan Jérôme, Directeur de Recherches, Université Félix Houphouët Boigny (Côte d'Ivoire)
- AKIBODÉ Koffi Ayéchoro, Professeur Titulaire, Université de Lomé (Togo)
- BOKO Michel, Professeur Titulaire, Université Abomey-Calavi (Benin)
- ANOH Kouassi Paul, Professeur Titulaire, Université Félix Houphouët Boigny (Côte d'Ivoire)
- MOTCHO Kokou Henri, Professeur Titulaire, Université de Zinder (Niger)
- DIOP Amadou, Professeur Titulaire, Université Cheick Anta Diop (Sénégal)
- SOW Amadou Abdoul, Professeur Titulaire, Université Cheick Anta Diop (Sénégal)
- DIOP Oumar, Professeur Titulaire, Université Gaston Berger Saint-Louis (Sénégal)
- WAKPONOU Anselme, Professeur HDR, Université de N'Gaoundéré (Cameroun)
- KOBY Assa Théophile, Maître de Conférences, UFHB (Côte d'Ivoire)
- SOKEMAWU Koudzo, Maître de Conférences, UL (Togo)

EDITORIAL

Un regard critique sur l'évolution du monde, depuis l'époque contemporaine, laisse transparaître une pluralité de crises de différents caractères, dans pratiquement tous les Etats en général, et dans ceux de l'Afrique subsaharienne en particulier.

D'abord dans les campagnes subsahariennes, l'agriculture est à un carrefour. Alors que les impacts du changement climatique sur la production alimentaire sont de loin négatifs, selon les scientifiques et les observateurs avisés, la demande agricole ne fait qu'augmentée avec la population. Ne pas la satisfaire, à la mesure de sa demande, renforcerait l'insécurité alimentaire, tandis que poursuivre sur le même rythme d'une agriculture itinérante sur brûlis associant l'utilisation mal contrôlée de pesticides accélérerait le réchauffement du climat. Les populations courent le risque de se retrouver dans une spirale de pauvreté – faim – dégradation de l'environnement – conflits, etc. Dès lors, la question de la sécurisation de l'agriculture subsaharienne se révèle être d'actualité.

Ailleurs, les villes subsahariennes occupent une place de premier plan dans le débat relatif aux enjeux environnementaux. Au fur et à mesure qu'elles se complexifient, en raison des activités relatives au développement socioéconomique qui se multiplient, elles sont susceptibles d'avoir des effets négatifs sur l'environnement. Face à leur étalement, conjuguée à la concentration démographique et à la production industrielle, les niveaux de pollution ne font que s'élever et la biodiversité court le risque de s'effriter. Parvenir à une absence de menaces contre l'environnement urbain, essentiel au bien-être des populations et au maintien de son intégrité fonctionnelle, s'avère nécessaire.

Il ne faut pas omettre l'actualité sanitaire de l'Afrique subsaharienne. La résurgence répétée de l'épidémie d'Ebola dans plusieurs pays, révèle par exemple que la sécurité sanitaire est menacée. Selon l'OMS (2017), 80% de la charge de morbidité due au paludisme pèse sur cette partie du globe. Pourtant, tous ces Etats, après leur indépendance, ont réussi à mettre en place, pour leurs populations, des systèmes de santé. Cependant, leur fonctionnement reste encore problématique. Se préserver des problèmes de santé passe par un renforcement de la capacité des pays à prévenir les menaces sanitaires actuelles et futures, à les détecter et à y répondre efficacement. Alors, comment parvenir à une sécurité sanitaire en Afrique subsaharienne ?

Ce tableau non exhaustif de la situation sanitaire, sécuritaire et socio-environnemental en l'Afrique subsaharienne révèle combien de fois il est plus qu'opportun de mener des réflexions actualisées sur les questions de sécurité

dans le contexte actuel des ODD. C'est dans ce cadre que s'inscrit ce numéro spécial de RIGES. Pour ce numéro spécial de janvier 2019, la Revue Ivoirienne de Géographie des Savanes (RIGES) a lancé un appel à contribution sur le thème : « Les questions de sécurité en Afrique subsaharienne » regroupé autour de ces axes suivants :

- Axe 1 : Développement agricole et sécurité alimentaire ;
- Axe 2 : Gouvernance foncière et sécurisation de la cohésion sociale ;
- Axe 3 : Milieu urbain et assainissement ;
- Axe 4 : Territoire, sécurité et enjeux de pouvoir ;
- Axe 5 : Société, environnement et sécurité sanitaires.

KANGA Kouakou Hermann M.

YEBOUE Konan Thiéry St Urbain

COMITE DE LECTURE

- KOFFI Brou Emile, Professeur Titulaire, UAO (Côte d'Ivoire)
- ASSI-KAUDJHIS Joseph P., Professeur Titulaire, UAO (Côte d'Ivoire)
- BECHI Grah Félix, Maître de Conférences, UAO (Côte d'Ivoire)
- MOUSSA Diakité, Maître de Conférences, UAO (Côte d'Ivoire)
- VEI Kpan Noël, Maître de Conférences, UAO (Côte d'Ivoire)
- LOUKOU Alain François, Maître de Conférences, UAO (Côte d'Ivoire)
- TOZAN Bi Zah Lazare, Maître de Conférences, UAO (Côte d'Ivoire)
- ASSI-KAUDJHIS Narcisse Bonaventure, Maître de Conférences, UAO (Côte d'Ivoire)
- KOFFI Yao Jean Julius, Maître de Conférences, UAO (Côte d'Ivoire).

Sommaire

AXE 1 : DÉVELOPPEMENT AGRICOLE ET SÉCURITÉ ALIMENTAIRE	8
NASSIHOUNDE C. Blaise, HOUINSOU T. Auguste, GIBIGAYE Moussa, KPATOUKPA K. Bienvenu, DOSSOU GUEDEGBE V. Odile Contribution des marchés vivriers de la dépression d'Issaba au développement local des communes de Pobe, Ouinhi et Adja-Ouere au sud-est du Benin	9
Ayi Yves Césaire AJAVON Importances socio-économiques de la production des hypocotyles du ronier (<i>borassus aethiopum mart.</i>) dans la commune de Savé au centre du Benin (Afrique de l'ouest)	31
Kopeh Jean-Louis ASSI, Tchognenga Charles SORO, N'zué Pauline YAO, Joseph-P. ASSI-KAUDJHIS Approche SIG du potentiel agricole pour la production de l'ananas dans le département de Grand-Bassam	49
YEO Yakatienguelpou, YEO Siriki , ASSI-KAUDJHIS Joseph P. Les conflits liés à l'exploitation agricole et minière dans le département de Katiola (côte d'ivoire)	71
AXE 2 : GOUVERNANCE FONCIERE ET SECURISATION DE LA COHESION SOCIALE	85
Sidia Diaouma BADIANE Femmes et agriculture dans la forêt classée de mbao (Dakar) : contribution à la préservation d'une forêt classée et d'une zone de moyens d'existence	86
Guy Sourou NOUATIN, Omokunmi Floriane Sylfata OREYICHAN Conseil à l'exploitation familiale et autonomisation des femmes dans la commune de N'dali (nord du Benin)	101
SILUE N'wangboho Fousseni, KOFFI Brou Emile Gestion coutumière et accessibilité aux espaces agricoles urbains et périurbains dans la région de Gbêkê	126
AXE 3 : MILIEU URBAIN ET ASSAINISSEMENT	148
Kouacou Fohondi Constantin, Brenoum Kouakou David, Atta Koffi Lazare Impact de l'autoroute du nord sur la ville de Toumodi	149

KOUAME Konan Lopez, ASSIDJO Nogbou Emmanuel Simulation en regime temporel de la sedimentation de particules en suspension dans l'eau à SANIA_cie (Abidjan-Côte d'Ivoire)	174
Félix Grah BECHI Les déterminants du revers de l'harmonie urbaine dans l'espace communal de cocody (Abidjan - Côte d'Ivoire)	187
AXE 4 : TERRITOIRE, SÉCURITÉ ET ENJEUX DE POUVOIR	203
KOFFI Assoumou André Luc, GAHIÉ Gnantin Mathias, KOFFI Brou Émile, LOUKOU Alain François Services mobiles money et leurs retombées socioéconomiques pour les populations de la ville de Dimbokro	204
DJOMO Armel Konan Kouassi, KONÉ Kapiéfolo Julien, ADOU Bosson Camille, KOFFI Brou Émile, LOUKOU Alain François La problématique de l'e-participation citoyenne dans le district de yamoussoukro	218
KOFFI Kouassi Antoine, ASSI-KAUDJHIS Narcisse Bonaventure, ASSI-KAUDJHIS Joseph P. Les mutuelles de développement et l'habitat dans les villages de la commune de Bocanda	232
Alida Gwladys DIEME, Firmain Kouakou N'GUESSAN, Noel Kpan VEI, Émile Brou Koffi Production foncière à travers les lotissements villageois à Bouaké : quel bilan ?	251
KALOU Bi Kalou Didier, ZAH Bi Tozan Les bakor-bakors (mototaxis) : de nouvelles offres de transports collectifs à Vavoua (Côte d'Ivoire)	268
KOUADIO Kouakou Abraham, GOGBE Téré Potentialités et contraintes du développement du tourisme dans le département de Tiassalé (Côte d'Ivoire)	285
AXE 5 : SOCIÉTÉ, ENVIRONNEMENT ET SÉCURITÉ SANITAIRES	305
KOUASSI Konan, SREU Eric, KOUA Asseman Médard Les camps de prière : quelle soupape de sécurité sanitaire dans un désert d'offre de soins psychiatrique dans la région sanitaire de Gbêkê (Centre-Côte d'Ivoire) ?	306
Dr Hervé Bonaventure Métonmassé GBÉNAHOU Mécanismes de mobilisation des ressources financières face aux maladies sévères et faibles adhésions aux structures mutualistes (zou- Benin)	327

Kouamé Sylvestre KOUASSI, Symphorien ONGOLO Politiques de conservation de la biodiversité, migrations et conflictualités en Côte d'Ivoire : l'exemple du parc national de la Marahoué	340
Rachad Kolawolé Foumilayo Mandus ALI Diversité et formes d'utilisations des plantes médicinales vendues dans le marché de Agbokou dans la commune de Porto-Novo au sud-est du Benin, Afrique de l'ouest	358
APPOH Kouassi Menzan Williams, ASSUÉ Yao Jean-Aimé, ASSI KAUDJHIS Joseph P. Difficultés d'accès aux soins modernes par les ruraux du département de Koun-fao	378
TOHOZIN Côovi Aimé Bernadin Contribution du sig pour le diagnostic des vallons et la lagune de Porto-Novo, Benin	393
Djibril Tenena YEO, Nambégué SORO, Marie-Solange TIEBRE Dynamique de l'occupation du sol de la «zone dense» de Korhogo de 2000 à 2015 (nord de la Côte d'Ivoire)	405
Pélagie Mongbo-Gbénahou, Gauthier Biaou Pauvreté et construction du self chez les enfants de 5-14 ans au sud du Benin	424

MECANISMES DE MOBILISATION DES RESSOURCES FINANCIERES FACE
AUX MALADIES SEVERES ET FAIBLES ADHESIONS AUX STRUCTURES
MUTUALISTES (ZOU_BENIN)

Dr Hervé Bonaventure Mètonmassé GBENAHOU
Sociologue-Anthropologue du développement, Environnementaliste
Laboratoire d'Analyse des Dynamiques de Développement (LADyD)
Département de Sociologie Anthropologie
Faculté des Sciences Humaines et Sociales (FASH)
Université d'Abomey-Calavi (UAC)-République du Bénin
Mail : herve.gbenahou@gmail.com
Tél. : (00229) 97 61 00 41

RESUME :

Plusieurs facteurs ont été évoqués pour justifier les faibles taux de pénétration et de viabilité des structures mutualistes en Afrique. Il s'agit des déterminants individuels, des caractéristiques socio-économiques des ménages, des déterminants liés aux prestataires de soins et aux mutuelles de santé et des déterminants socio-culturels.

Complémentaire aux études antérieures, la présente étude tente d'analyser les stratégies utilisées par les adhérents et les non adhérents pour mobiliser les ressources financières nécessaires à la prise en charge des maladies sévères. Elle a été conduite dans quatre communes du département du Zou (Bénin). L'approche méthodologique utilisée est qualitative et inductive. La triangulation référentielle a permis de faire les interprétations et les analyses. Il ressort des données produites que les mécanismes développés par les adhérents et les non adhérents face aux maladies sévères non prises en compte par les structures mutualistes sont similaires. Ces mécanismes mobilisent les capitaux sociaux ouverts et fermés. Au même titre que les structures mutualistes, les mécanismes documentés et analysés ne garantissent pas la sécurité sanitaire.

Mots clés : Structures sanitaires, Mécanismes de financement des soins, Faible adhésion, Sécurité sanitaire, Zou-Bénin

ABSTRACT:

Several factors were mentioned to justify the low penetration and viability of mutual structures in Africa. These are individual determinants, socio-economic characteristics of households, determinants related to healthcare providers and mutual health organizations, and socio-cultural determinants.

Complementary to previous studies, this article attempts to analyze the strategies used by members and non-members was carried out in four districts in the Zou department (Benin). The methodological approach used is inductive and comprehensive. Referential triangulation allowed for interpretations and analyses. Our study provides evidence that the mechanisms developed by members and non-members in front of severe illnesses not addressed by Mutual Health Organizations (MHOs) are similar. These mechanisms mobilize open and closed social capital. Like Mutual Health Organizations (MHOs), the mechanisms documented and analysed do not guarantee health security.

Keywords: Health structures, Funding mechanisms for healthcare, Low membership, Health security, Zou-Benin

Introduction

Les Programmes d'Ajustement Structurels (PAS) ont contribué à la réduction drastique des dépenses publiques dans certains secteurs sociaux dont le secteur de la santé. Pour solutionner les problèmes qui se posaient à ce secteur, les pays de l'Afrique de l'Ouest, dont le Bénin, se sont réunis à Bamako en 1987, sous l'égide du Fonds des Nations-Unies pour l'Enfance (UNICEF) et de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Dénommée « Initiative de Bamako (IB) », cette rencontre visait à améliorer l'offre de santé en étendant la couverture géographique des services de santé de base et en rationalisant leur fonctionnement. Au nombre des principes majeurs instaurés, à la faveur de cette rencontre, figure le recouvrement des coûts des prestations et des médicaments distribués aux patients (C. Baxerres, 2010, p. 309). Ce principe était prévu « non comme objectif, mais comme un outil d'amélioration de l'accès, de la qualité, de l'efficacité et de l'efficience des services » (Soucat, Bangoura & Knippenberg, 1997, p. 195 cité par C. Baxerres, 2010, p.309). Pourtant, l'adoption de ce principe a fait reposer la plus grosse partie des dépenses des Centres de Santé (CS) : achats de biens et de services, investissements, etc., sur les recettes issues des ménages (C. Baxerres, 2010 ; B. Boidin, 2012). Une récente étude du Ministère béninois de la Santé estime à 52,1% en 2003, 44% en 2008 et 42,22% en 2012, le nombre de béninois qui endossent cette responsabilité (MS, 2015). Bien que très loin de la réalité, ces chiffres officiels indiquent clairement que l'IB a renforcé, plus qu'elle n'a réduit, la vulnérabilité et l'exclusion des populations évoluant dans les secteurs informels et agricoles. Pour soulager ces populations qui ont vu leur accès aux centres de santé davantage limité, certains organismes ont entrepris de promouvoir les structures mutualistes. Ces dernières sont apparues comme une alternative crédible aux systèmes *Beveridge* (système universel financé par les ressources publiques et géré par l'État), *bismarckien* (système professionnel financé par des cotisations sociales et patronales et géré par les partenaires sociaux) et privé (B.

Boidin, 2012, p. 51-52) de financement des soins. Elles se fondent sur les réseaux d'appartenance locaux et décentralisés pour compenser l'absence de couverture au profit des populations rurales et urbaines vulnérables.

Toutefois, si au début elles suscitent un vif intérêt, elles feront objet de nombreuses interrogations, surtout à partir des années 2000. Ces interrogations se cristallisent surtout autour de leur faible pénétration des zones d'intervention, leurs petites tailles, leur dépendance financière vis-à-vis des structures promotrices ou d'appuis, la faible capacité contributive et l'irrégularité de leurs membres dans le paiement des cotisations, la qualité des soins offerts dans les structures sanitaires conventionnées et l'incompréhension, voire la faible appropriation de leurs offres par leurs membres. Ainsi, en dépit de la croissance de leur nombre, on note une morosité dans les espoirs qu'elles portent alors que la sécurisation face aux maladies nécessite la mobilisation de ressources financières.

En dépit des facteurs antérieurement évoqués pour expliquer cet état de chose (J. Defourny et J. Failon, 2011 ; M. Kagambéga, 2011 ; R. Atchouta, 2017 ; H. B. M. Gbénahou 2018 et ND), la question se pose de savoir si la similarité des mécanismes utilisés par les adhérents et les non adhérents aux structures mutualistes pour financer la prise en charge des maladies sévères n'explique pas aussi la portée limitée de ces structures ? L'objectif visé à travers cet article est de confronter les mécanismes utilisés par les deux catégories d'acteurs précédemment évoquées face aux maladies sévères. Cette comparaison permet de dégager les similitudes et les divergences et de voir si celles-ci peuvent contribuer à expliquer les faibles taux d'adhésion et de fidélisation enregistrés çà et là par les structures mutualistes. Les analyses réalisées dans le cadre de cette recherche s'ancrent dans le « modèle écologique » selon lequel, autant les stratégies axées sur les individus que sur les collectivités pourraient expliquer le taux d'adhésion et de fidélisation aux mutuelles de santé (C. Poulin, G. Forget & A. Benameur, 2009). L'article est subdivisé en deux parties. La première présente les contextes de l'étude et la démarche méthodologique et la seconde expose, analyse et discute les résultats.

1. Contextes d'étude et démarche méthodologique

1.1. Caractérisation du contexte global de l'étude

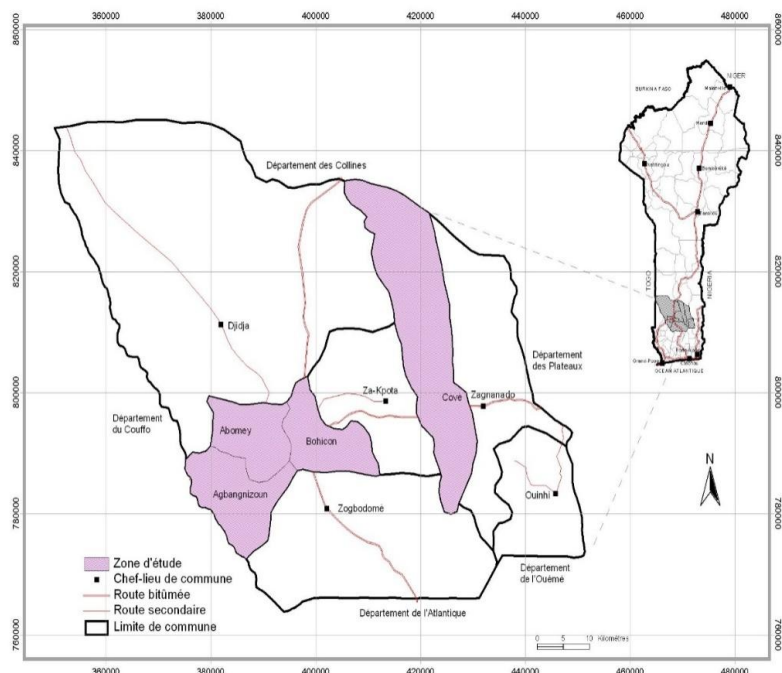
Depuis quelques années, de multiples défis se posent aux gouvernements africains en général et béninois en particulier et les obligent à adapter leurs systèmes de santé au double fardeau de la transition démographique et épidémiologique (Mosley et al., 1990 cité par Ridde 2001). Cette nécessité d'adaptation n'a cependant pas été accompagnée comme il se doit, faute notamment de moyens financiers suffisants. Ce défaut d'accompagnement a renforcé l'iniquité dans l'accès aux soins de santé. Les

structures mutualistes sont apparues au Bénin dans les années 1990 comme des modèles alternatifs de financement des soins de santé pouvant aider à réduire cette iniquité. Quoiqu'au début on notait une répartition et une couverture irrégulières du territoire national par ces structures, elles se sont progressivement répandues dans le pays et complètent utilement les dispositifs existants. En 2009, le pays comptait 99 mutuelles de santé fonctionnelles et 10 en gestation (MS, 2008). Ce nombre serait passé à 147 en 2007 (J. Defourny et I. Sarambé, 2007), à 191 en 2010 (Hodges & al., 2010), à 313 en 2012, puis à 203 en 2014 (ce qui correspond à une diminution de 1/3). Le taux de pénétration se situait entre 6 % et 8 % en 2012, mais cet indicateur est caractérisé par une forte baisse les années suivantes (Mutualités Libres et Louvain Coopération, 2017, p. 14).

1.2. Milieux d'étude

Conduite dans ce contexte global, la présente recherche s'est ancrée dans le département du Zou (Bénin), notamment dans les communes d'Abomey, d'Agbangnizoun et de Bohicon couvertes par les Association de Micro-Assurance pour la Santé Communautaire (AMASCO) initiées parle Centre Béninois de Développement des Initiatives à la Base (CBDIBA-ONG) et la mutuelle de santé « *Azon Djègbé* » (Lit. « le jour de la maladie ») et la commune de Covè non couverte (carte 1).

Carte 1 : Zone d'étude



Source : Fond de carte IGN ; Conception : Auteur ; Réalisation : ADI Mama, FSA, UAC, Bénin

1.3. Démarche méthodologique utilisée

Les données utilisées dans cet article proviennent d'une étude conduite entre 2007 et 2016. La démarche méthodologique est essentiellement qualitative et inductive. Elle repose sur deux volets. D'abord, une revue de littérature et ensuite, la production des Récits Approfondis d'Episodes de Maladies (RAEM) à travers des Entretiens Individuels Approfondis (EIA). Le choix des enquêtés a été fait de façon raisonnée en fonction des trois critères suivants : avoir plus de dix-huit ans d'âge, avoir vécu ou être en train de vivre des cas réels de maladies et être disponible à se prêter à l'exercice réflexif. Trente (30) ménages ont été parcourus pour Soixante (60) EIA réalisés. Au nombre de ces EIA, trente-quatre (34) ont été réalisés avec des femmes et six (06) avec des personnes ayant plus ou moins quatre-vingt (80) ans. Les autres enquêtés ont entre vingt-sept (27) et soixante-dix (70) ans. Les personnes enquêtées relèvent de cinq catégories à savoir : les couples d'adhérents (anciens comme nouveaux), les couples de non adhérents, les couples mixtes (conjoint (es) adhérents (es) et conjoint (es) non adhérents (es) et *vice versa* et les adhérents sortants. La démarche adoptée donne plus de place à la profondeur des données produites qu'à la quantité des EIA réalisés. La triangulation référentielle, c'est-à-dire le recours à plusieurs groupes d'individus comme sources de données a guidé la thématisation et l'analyse approfondie des cas et sous-tendu l'exploitation des extraits d'entretiens. Les données restituées et analysées ici sont représentatives des cas documentés.

2. Résultats et Discussions

2.1. Mécanismes de mobilisation des ressources financières face aux maladies sévères

Les maladies qui nécessitent la mobilisation de gros moyens financiers sont celles que les populations appellent les « *Azɔn daho* (lit. grandes maladies) ». Il ressort des données produites, que les parents des malades ne doivent jamais donner l'impression, face à ces gros risques, de « jeter l'éponge » avant d'avoir tout tenté pour sortir les malades de leurs situations. Cependant, certains agents de santé et même les enquêtés ont signalé des cas d'abandon de malades en milieux hospitaliers et de fuite avec les nouveaux nés faute de ressources financières suffisantes pour prendre en charge les coûts de la prestation médicale. Ces cas, qui surviennent, la plupart du temps après l'épuisement, par les familles ou proches des malades, des recours probants, sont symptomatiques de l'échec des stratégies déployées. Celles-ci dépendent des « fourchettes de recours » que possèdent les uns et les autres et ces dernières varient en fonction des individus eux-mêmes et de leurs capitaux sociaux.

« C'est au mois d'avril 2007, précisément le 22, que l'enfant dont il est question est né. A sa naissance, il avait au dos et à la hauteur de la hanche une poche contenant du liquide. Après analyse par la sage-femme qui a accouché ma femme et du médecin chef,

on m'a demandé d'aller au Centre Hospitalier Département (CHD) « Goho ». Ce que je fis. (...) Le septième jour, l'enfant a commencé à souffrir atrocement. Il piquait des crises répétitives. Je suis retourné à l'hôpital, mais ils m'ont dit que je ne peux plus maintenir l'enfant surplace. Ils m'ont alors envoyé au Centre National Hospitalier et Universitaire-Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM) de Cotonou, en pédiatrie. (...) Après sept jours au CHNU-HKM, on a connu un épisode de fièvre aiguë. Toutes les tentatives pour baisser cette dernière se sont avérées vaines. Mon argent était déjà fini. J'avais emporté 123 000 francs CFA. J'avais personnellement en chambre 93 000 francs CFA. J'ai un ami qui m'a amené à une caisse où j'ai emprunté de l'argent moyennant des intérêts. 1000 francs CFA devaient générer 200 francs d'intérêt. J'ai alors pris 30 000 francs CFA à cette caisse avant de me mettre en route. Quand l'argent fut épuisé une semaine après, je suis retourné chez moi au village. J'avais extrait du vin de palme que j'ai dû vendre à bas prix jusqu'à hauteur de 80 000 francs CFA avant de reprendre le chemin du CNHU-HKM. Arrivé là-bas, j'ai reçu d'un ami du village un emprunt de 15 000 francs CFA. Ce fut un prêt sans intérêts. On nous a envoyé du service pédiatrique de la maternité à la pédiatrie de la chirurgie où l'enfant devait être opéré. (...) Quand j'ai épuisé à nouveau ces fonds, je suis retourné au village. Le lendemain, alors que j'avais eu à peine le temps de penser à ce que je devais faire, j'ai reçu une commission me demandant d'envoyer en urgence de l'argent. J'ai dû emprunter à une autre caisse 25 000 francs CFA moyennant toujours 200 francs d'intérêts sur 1000 francs CFA. Je suis retourné précipitamment au CNHU-HKM et on informait que la décision autorisant l'opération de l'enfant était sortie. Les ordonnances préliminaires faisaient 50 000 francs CFA et l'argent des soins était évalué à 200 000 francs CFA. J'ai laissé ce que j'avais emporté et je suis retourné encore au village. J'élevais des holacaudes et des lapins. J'ai vendu une bonne partie des holacaudes à quelqu'un que j'ai fait venir du Nigeria. J'ai eu après cette vente 90 000 francs CFA. Cela a permis de prendre la première ordonnance. On devait opérer l'enfant un 1er Août ce qui n'a pu se faire. On était là avec cette incertitude quand on nous a prescrit à nouveau une ampoule dont il devait faire l'injection chaque trois jours en prélude à l'opération. J'avais évacué encore tout ce que j'avais. Une seconde fois j'ai vendu mes holacaudes pour 35 000 francs CFA, ce que j'ai encore dépensé en un rien de temps. Face aux difficultés, et vu que l'opération tardait à se matérialiser, ma femme avec la permission du surveillant de la chirurgie pédiatrique a bradé les produits que nous avions achetés pour manger. Quand on nous redemanda les produits, la dernière vague d'holacaudes fut vendue pour 70 000 francs CFA. Je venais de finir mon élevage. Avec la permission de mes frères consanguins, j'ai vendu des palmiers à huile jusqu'à hauteur de 60 000 francs CFA. Tous ces fonds se sont envolés. J'ai des frères à Cotonou qui, vu la situation, ont pris en charge l'entretien, la nourriture de ma femme et les petites courses. Ce sont des cousins paternels. Il y a deux parmi eux qui m'ont emprunté de l'argent. L'un m'a remis 40 000 francs CFA et l'autre 20 000 francs CFA que je n'ai même pas encore remboursés. (...) Entre temps, la tête de l'enfant avait grossi. Nous avons été renvoyés à l'Hôpital d'Instruction Militaire, camp Ghézo de Cotonou. Avant de subir l'opération réelle pour

laquelle nous courions, il devait subir une opération à la tête. Les deux opérations devaient me coûter 900 000 francs CFA. Il ne restait que les terres à vendre. Je n'avais plus de recours. Or, je ne pouvais pas toucher aux terres sans que mes frères n'avalisent. J'ai dépensé entre-temps 85 000 francs CFA avant qu'on ne m'envoie vers une sœur religieuse à Abomey-Calavi qui a supporté les coûts de la première opération. Les voyages du spécialiste, ses congés administratifs, le décès de son père et ses obsèques, n'ont pas permis la réalisation de la seconde opération. On est retourné au village pour attendre la fin des obsèques du père du spécialiste et c'est dans cette foulée que j'ai « perdu » mon enfant (silence et pleurs) » (Valentin, Boueurs de crue, Non Adhérent, Covè, Mai 2008).

« Le cheminement du malade à la recherche d'un diagnostic et d'un traitement apparaît comme la résultante de logiques multiples, de causes structurelles (système de représentation de la maladie, place du sujet dans la société) et de causes conjoncturelles (modification de la situation financière, conseil des voisins), qui rendent vaine toute tentative de formalisation stricte (D. Fassin, 1992, p 118). Cependant, au regard de ce cas, on pourrait soutenir que la gouvernance des épisodes de maladie se passe sur fond de tensions. En effet, elle insère le malade et ses proches dans des rapports de pouvoir/domination tant avec le système de santé qu'avec l'entourage. Les rapports de pouvoir se lisent dans le cas d'espèce au travers des nombreux tiraillements subis par les géniteurs de l'enfant. Ces tiraillements s'incarnent dans des relations soignants/soignés qui apparaissent insatisfaisantes avec des enclaves de relations favorisées, des attentes non couvertes et des vides institutionnelles (absentes du médecin pour raisons personnelles et impossibilité de le remplacer) qui légitiment le mépris des patients « anonymes » comme Valentin, dépourvus de tous signes extérieurs de statut et de richesses. Contrairement à ce qui devrait être, les milieux hospitaliers sont des univers où les patients ne sont pas pris en compte en tant que personnes, et où, qui plus est, ils apparaissent plutôt comme des gêneurs (Y. Jaffré et J.-P. Olivier de Sardan, 2003). Au regard de ce qui précède, on pourrait soutenir, sans risque de se tromper, la thèse selon laquelle ces milieux n'assurent pas, contrairement à leur vocation, la sécurité sanitaire.

« Le jour où elle est descendue du nord avec le mal, j'avais des frais de commerce qui s'élevaient à 250 000 francs CFA. J'avais remis cet argent au petit matin au chauffeur qui devait aller au Nord. C'est après leur départ que la malade me fut amenée. Les cinq premiers mille francs que je devais dépenser je n'avais pas. J'ai dû les emprunter. L'infirmier de garde au CHD Goho ce jour-là était un ami. Il m'a conduit avec la première ordonnance à la pharmacie pour avaliser l'achat à crédit de la première prescription médicale. La nuit, j'ai appelé un ami à qui j'ai expliqué la situation. Ce dernier a pu me trouver 80 000 francs CFA. Quand on a découvert que c'est l'appendicite et qu'elle devait être opérée, j'ai pris 100 000 francs à quelqu'un d'autre. Entre temps, ceux qui sont allés au nord sont revenus. Ce qu'ils m'ont ramené m'a

permis de payer mes dettes et d'avoir de la réserve pour la suite des dépenses. J'étais confiante que je ne manquerai pas de moyen à cause de mes activités et de mon caractère envers mes amis. Vu ma capacité à rembourser, si je demandais 1000 000 francs CFA ils allaient me l'emprunter. Notre AMASCO était déjà fonctionnelle en ce moment. Mais, vu les règles qui la régissent, elle ne pouvait pas faire face à cette situation de maladie. Même si c'était aujourd'hui, elle ne pourra pas y faire face » (Dagninto, commerçante, Adhérente, Abomey, Avril 2016).

Les cas pris ici montrent que la mobilisation des ressources financières nécessaires à la gouvernance des maladies sévères oblige à recourir aux réseaux sociaux et aux normes connexes de réciprocité.

2.2. Fortes sollicitations des capitaux sociaux face aux maladies sévères et convergence des trajectoires des adhérents et des non adhérents

Le capital social exprime ici que la dépense de temps, d'efforts, d'argent et d'autres biens dans les activités relationnelles n'est pas simplement une consommation finale ou une forme particulière de loisir, mais qu'elle est aussi un investissement qui participe à la production et qui peut être source de profits en argent ou sous d'autres formes (O. Godechot & N. Mariot, 2003, p. 5). Sept stratégies ressortent des données produites comme celles qui sont généralement développées pour faire face aux maladies sévères. Il s'agit du (de) :

- recours au « *bonding social capital ou capital social fermé* » (C. Perret & B. Aбрика, 2016, p. 3). Dans plusieurs cas documentés, les enfants de la maison ayant connu une mobilité sociale ascendante ont été fortement sollicités. Ce recours est prioritaire. On pourrait, dans un autre cadre, tenter de voir les interrelations entre cette mobilité sociale et la protection sociale des individus ;
- l'emprunt auprès des amis ou parents et auprès des Caisses Villageoises de Crédit (CVC) : « *é na yi nyan akwè* (lit. on va laver_emprunter_ l'argent) » ;
- l'achat de l'argent dit localement: « *é na yi hɔ-akwɛ* ». Il a lieu auprès de tontiniers ou d'usuriers ;
- la sollicitation d'aide (avec des intérêts réduits) auprès des groupes de tontines ou les groupes d'entraide : « *nu djèmè dji gbè* (lit. association pour la prise en charge des événements imprévus qui tombent sur nous) ». Ces groupes visent, entre autres, à soulager leurs membres face aux événements de la vie. Selon les enquêtés, dans ces cas, on dit aux responsables de groupe (s) « *mi nɔ te kpon mi nu akwɛ le* (lit. attendez-moi pour tel somme) ».

Les deuxième, troisième et quatrième stratégies précédemment exposées s'inscrivent dans le « *bridging social capital ou capital social ouvert* » (C. Perret & B. Abrika, 2016, p. 3) parce que selon les enquêtés, « *Fi e kpotoŋ toun ɔn we e nɔ do gudo bo du we* (lit. c'est vers la direction qu'il maîtrise mieux que le bossu se tourne pour danser) ». La notion de réciprocité, c'est-à-dire ce que les enquêtés mettent sous l'expression « *djudjo de a dɔ do me de le u ɔ* (lit. le comportement que tu as envers les autres) » a été évoquée comme un déterminant de la réaction positive ou négative des personnes ou groupes sollicités en pareilles circonstances. En dehors des quatre précédents mécanismes, on note :

- l'utilisation de l'argent thésaurisé pour des projets divers ;
- le bradage des actifs du ménage et/ou de la famille avec, dans ce cas, la requête de l'autorisation préalable de toutes les parties prenantes ;
- le recours à des structures de charité et/ou au fonds des indigents mis en place par l'Etat ou des structures caritatives.

2.3. Les mécanismes de financement des soins induits par les maladies sévères : l'autre talon d'Achille des structures mutualistes

De nombreux travaux ont été consacrés aux faibles taux d'adhésion et de fidélisation enregistrés par les structures mutualistes. Ils établissent utilement des facteurs explicatifs. J. Defourny et J. Failon (2011) font une synthèse de certaines de ces études. Ils dégagent, de leurs analyses, quatre facteurs explicatifs à savoir : les déterminants individuels (âge, éducation, ethnie, religion, statut professionnel du chef ménage, influence des croyances culturelles), les caractéristiques socio-économiques des ménages (capacités financière, notamment la vulnérabilité de certains groupes sociaux, recours thérapeutiques et perception de la santé, etc.), les déterminants liés aux prestataires de soins (l'insuffisance, la mauvaise répartition et la mauvaise qualité des infrastructures socio-sanitaires, la qualité défectueuse des soins de santé, la confiance dans les prestataires de soins, la distance géographique, etc.) et les déterminants liés aux mutuelles de santé elles-mêmes (modalités d'affiliation, prestations offertes aux membres, confiance dans la mutuelle de santé, limites des mutuelles de santé, surtout administratives et financières, etc.). En dehors de ces facteurs, d'autres études soutiennent que la prise en charge de la maladie, contrairement à ce que proposent les structures mutualistes, n'engage pas systématiquement une solidarité de la part des autres membres de la communauté (M. Kagambéga, 2011) et qu'il y a une dissonance, voire une tension entre les conceptions locales de l'épargne préventive et les contenus donnés à celle-ci par les structures mutualistes. En effet, épargner de l'argent pour prévenir un événement malheureux est généralement mal perçu dans les différentes cultures locales (M.

Kagambéga, 2011 ; R. Atchouta, 2017 ; H. B. M. Gbénahou, ND). Les tensions s'observent également en ce qui concerne les types de solidarité vécus localement et les types de solidarité proposés par les structures mutualistes. A ce propos, H. B. M. Gbénahou (ND), montre que la solidarité proposée par les structures mutualistes relève de la solidarité que M. Fafchamps (1992), dénomme "ex ante" parce qu'elle tente d'empêcher qu'une perte ne survienne, alors que les mécanismes de solidarité localement déployés sont généralement de type "ex post" parce qu'ils interviennent après coup. Ces différentes études permettent certes de mieux appréhender la viabilité limitée des structures mutualistes, mais elles ne vident pas les facteurs explicatifs.

En effet, analyser les facteurs explicatifs de la faible adhésion et fidélisation aux structures mutualistes, c'est également questionner les trajectoires des populations face aux maladies. A cet égard, trois orientations majeures ressortent de certaines études antérieures. Face à la grande majorité des cas de maladies (« *Azɔn kpa aa* », lit. maladie ordinaire) que les structures mutualistes prennent en charge, les individus pratiquent d'abord l'automédication moderne ou traditionnelle. D'ailleurs, cette pratique est utilisée de façon curative et préventive (C. Baxerres, 2012 ; H. B. M. Gbénahou, 2018). En cas d'échec, la réorientation du malade est fonction de l'étiologie déclarée de la maladie. Dans ces cas, les recours thérapeutiques se font hors des milieux hospitaliers et donc hors des aires d'intervention des structures mutualistes (H. B. M. Gbénahou, 2018). Hormis les maladies à étiologie spécifique, c'est-à-dire les « *azɔn do nu mé* » (lit. maladie provoquée), les données produites et analysées dans cet article montrent que les maladies sévères ou graves (« *azɔn daho* ») leur échappent également. Or, même si la sécurité sanitaire a d'abord fait penser à la sécurité contre les risques liés au fonctionnement du système de santé, elle est désormais conçue comme la protection de la santé de l'homme contre les risques induits par le fonctionnement de la société, qu'ils soient alimentaires, environnementaux ou sanitaires au sens strict (D. Tabuteau, 1994). A ce titre, elle œuvre pour une absence de menaces sur le plan sanitaire et donc appelle à la mise en place des dispositifs susceptibles de couvrir tous les types de maladies et de réduire l'iniquité face aux soins de santé. Au Bénin, aucun dispositif existant n'offre cette opportunité et ne relève ce défi. Pire les structures mutualistes, qui ont émergé comme une alternative crédible face aux défaillances des dispositifs étatique et capitaliste, n'ont pas pu réellement compenser ces insuffisances.

La similitude des mécanismes généralement utilisées par les personnes rencontrées dans les communes parcourues le montre aisément et dégage une certaine constance. Une enquêtée l'exprime en disant : « *adhérent ou non, si tu te trouves face à un cas de maladie qui demande un investissement lourd : "a ɔo na hɛn sunhennu bo na ɔiɔa agban tɔwé"* (lit. tu devras faire ton coussinet et prendre ta charge sur la tête) » (Djèto, Femme

d'un adhérent, 38 ans, Agbangnizoun, Juin 2010). Cette similitude relève aussi l'une des limites des structures mutualistes de la zone qui amène les non adhérents à estimer qu'il n'y a pas de différence entre eux et les adhérents. En effet, la cotisation individuelle annuelle dans les AMASCO est de 2400 francs CFA. Il faudra dix ans à un adhérent pour avoir 24 000 francs de cotisation. Même après dix ans, la structure ne pourra lui emprunter que 72 000 francs CFA, soit 3 fois sa mise. Au niveau de la mutuelle « *Azon-Djègbé* », la limite de consommation par les adhérents ne semble pas dépendre de leurs cotisations. Mais en réalité elle l'est, car face à la sélection adverse, des balises ont été mises. Ces dernières insèrent les adhérents de cette structure mutualiste dans les mêmes parcours en termes de mobilisation de ressources que les non adhérents. Les analyses qui précèdent n'évident pas la variabilité des facteurs explicatifs de la faible adhésion et de la faible fidélisation des populations ciblées par les structures mutualistes. Complémentaires aux analyses antérieures, elles révèlent plutôt les types et degrés de marginalisation subie par les adhérents du fait de l'incapacité des structures mutualistes à financer les dépenses exigées par les maladies sévères et donc leur incapacité à sécuriser les adhérents lorsque les cas de maladie subis sortent du registre des maladies ordinaires.

Conclusion

Face aux maladies de moyenne et grande envergure, les ressources financières demandées, même en structures hospitalières en cas d'étiologie nommée, dépassent les capacités de prises en charge des structures mutualistes. Il est établi, dans cet article, sept mécanismes de mobilisation des ressources financières nécessaires à la prise en charge des maladies sévères. Ces mécanismes qui relèvent du « *sauve qui peut* » insèrent les adhérents et les non adhérents dans les mêmes trajectoires qui les conduisent à recourir au « *capital social ouvert* » et/ou au « *capital social fermé* ». La convergence des mécanismes contribue à justifier les faibles taux d'adhésion et de fidélisation aux structures mutualistes. Les données montrent également que la sécurité sanitaire n'est pas totalement assurée aux populations de la zone d'étude face aux maladies sévères. Or, composante essentielle du droit fondamental à la protection de la santé, elle invite à la constitution de dispositifs qui permettent aux populations de se mettre à l'abri des déconvenues issues d'une mauvaise prise en charge sanitaire.

Références bibliographiques

ATCHOUTA Roger A., 2017, « De la mutualisation de la santé communautaire à la gouvernance de santé publique : analyse des déterminants d'adhésion aux mutuelles de santé dans un contexte de dynamique sociale au Centre-Bénin », *Afrique et développement*, Volume XLII, No. 1, p. 33-54.

BAXERRES Carine, 2010, *Du médicament informel au médicament libéralisé Les offres et les usages du médicament pharmaceutique industriel à Cotonou (Bénin)*, Thèse de Doctorat, EHESS, Paris

BOIDIN Bruno, 2012, « Extension de l'assurance maladie et rôle des mutuelles de santé en Afrique : les leçons de l'expérience sénégalaise », *Économie publique/Public economics*, n° 28-29-1/2, p. 47-70

DEFOURNY Jacques & FAILON Julie, 2011, « Les déterminants de l'adhésion aux mutuelles de santé en Afrique subsaharienne : un inventaire des travaux empiriques », *Mondes en développement*, 153, p. 7-26.

DEFOURNY Jacques & SARAMBE Issa, 2007, « Les approches de l'économie sociale et solidaire face aux mutuelles de santé en Afrique », *Centre d'Economie Sociale*, Université de Liège.

FAFCHAMPS Marcel, 1992, *Solidarity network in preindustrial societies: rational peasants with a moral economy*, *Economic development and cultural change*, p.157

FASSIN Didier, 1992, *Pouvoir et maladie en Afrique. Anthropologie sociale de la banlieue de Dakar*, Paris, PUF, Collection les Champs de la Santé.

GBENAHOU Hervé Bonaventure Mètonmassé, 2018, « Itinéraires thérapeutiques et faible adhésion aux systèmes de micro-assurance maladie dans le Département du Zou (Bénin) », *Revue Àh̄h̄h̄*, numéro spécial d'Août, p. 124-137

GBENAHOU Hervé Bonaventure Mètonmassé, ND, « Comprendre les faibles taux d'adhésion et de cotisation aux mutuelles de santé : exploration dans quatre communes du Bénin », *Revue Anthropologie et santé* (accepter à paraître).

GODECHOT Olivier & MARIOT Nicolas, 2003, « Les deux formes de capital social. Structure relationnelle des jurys de thèses et recrutement en science politique », *GRIOT*, Document de travail, n°17, p. 243-282.

HODGES Anthony, MEDEDJI Damien, MONGBO Jean-Jacques & O'BRIEN Clare, 2010, *Etude sur l'état des lieux et les perspectives de protection sociale au Bénin*. Cotonou, UNICEF

JAFFRE Yannick & OLIVIER de SARDAN Jean-Pierre (s.dir), 2003, *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, APAD-KARTHALA.

KAGAMBEGA Marcel, 2011, *L'assurance Maladie au Burkina Faso. De la logique thérapeutique des acteurs sociaux, à l'appropriation des systèmes de mutualisation des risques sanitaires*, Thèse de doctorat de Sociologie, Université de Bordeaux 2.

PERRET Cécile & ABRIKA Belaïd, 2016, « Capital social, confiance et développement territorial. Une étude appliquée en Kabylie », *Développement durable et territoires*, Vol. 7 (2), p. 1-18

TABUTEAU Didier, 1994, *La sécurité sanitaire*, Ed. Berger-Levrault (nouvelle édition 2002), 390 p.