

Université de Lausanne

ECOLE DES HEC

FACULTE DE MEDECINE

MEMOIRE DU DIPLOME POSTGRADE EN ECONOMIE ET  
ADMINISTRATION DE LA SANTE  
(Master in Health Economics and Management)

Thème:

**L'ASSURANCE MALADIE UNIVERSELLE DANS  
LES PAYS EN DEVELOPPEMENT A FAIBLE  
REVENU:**

**REFLEXION SUR LA FAISABILITE ET LES DIFFICULTES POTENTIELLES DE MISE  
EN OEUVRE EN REPUBLIQUE DU BENIN**

Présenté et soutenu par: **Hugues B. M. TCHIBOZO**  
Maître es Sciences Juridiques de l'université Nationale du Bénin

Directeur de Mémoire: Mr **Pierre HUARD**, Professeur à l'Université de la  
Méditerranée, Aix-Marseille; Professeur invité à l'Université  
de Lausanne

Expert: Dr **Guy CARRIN**, Senior Health Economist à  
l'O.M.S (Genève)

Institut d'Economie et Management de la Santé (Lausanne, mars 2003)

## **DEDICACE**

*A la mémoire de mes feus parents **Jérônime et Antoine TCHIBOZO** qui, dans leur vie, ont toujours eu pour souci premier l'instruction et la réussite de leurs enfants, Je dédie la présente et modeste œuvre.*

**Hugues TCHIBOZO**

## **REMERCIEMENTS**

*Je tiens à remercier toutes les personnes qui, d'une manière ou d'une autre, ont contribué à la réalisation du présent mémoire.*

*Je voudrais exprimer tout particulièrement ma profonde gratitude:*

- à monsieur **Pierre HUARD**, Professeur invité à l'Université de Lausanne, pour avoir bien voulu diriger le présent travail;
- au docteur **Guy CARRIN**, Senior Health Economist à l'OMS, pour avoir bien voulu se prêter au rôle d'expert.

*Leur grande disponibilité, leur esprit de rigueur et de méthode, leurs conseils avisés et leurs remarques pertinentes m'ont été d'une utilité incommensurable.*

*Je remercie également:*

- le professeur **Alberto HOLLY**, Directeur de l'Institut d'Economie et Management de la Santé, Directeur du MHEM ainsi que sa collaboratrice madame **Hélène KALLAY**, pour l'attention qu'ils ont toujours accordée à mes préoccupations depuis mes premières démarches pour l'inscription au MHEM jusqu'à la réalisation du présent travail;
- tous les professeurs et experts qui sont intervenus dans le cadre de cette formation, pour leurs enseignements qui ont été déterminants dans la production du présent mémoire;
- le docteur **Léon KESSOU**, Economiste de la Santé-Consultant à Cotonou au Bénin et monsieur **Cyprien TCHIBOZO**, juriste, pour avoir bien voulu relire le projet de texte et me permettre ainsi de l'améliorer.

*J'ai une amicale pensée pour mes collègues de volée, pour l'ambiance de franche camaraderie et d'amitié qui a prévalu au sein de la volée pendant les deux années passées ensemble.*

*Je pense enfin à:*

- mon épouse **Apolline**, à mes enfants **Nasline** et **Freetzel** ainsi qu'à mes frères et sœurs, pour leur amour et leur soutien irremplaçables sans lesquels je n'aurais pas pu boucler cette formation dans de bonnes conditions;
- tous mes parents et amis, pour leur soutien constant.

*A toutes et à tous, j'exprime mes vifs et sincères remerciements.*

**Hugues TCHIBOZO**

## LISTE DES ABREVIATIONS

ANAM	Agence Nationale pour l'Assurance Maladie
APE	Agent Permanent de l'Etat
ARGG	Assurances et Réassurances du Golf de Guinée
CAETS	Coopérative Agricole Expérimentale de Type Socialiste
CCS	Complexe Communal de santé
CHD	Centre Hospitalier Départemental
CIMA	Conférence Internationale des marchés d'assurance
CNHU	Centre National Hospitalier et Universitaire
CO	Consorts
CREP	Caisse Rurale d'Epargne et de Prêt
CSSP	Centre de Santé de sous-préfecture
DDSP	Direction Départementale de la Santé Publique
éd	Edition
GAB	La Générale des Assurances du Bénin
GRVC	Groupeement Révolutionnaire à Vocation Coopérative
HEC	Ecole des Hautes Etudes Commerciales
IDH	Indicateur du Développement Humain
IEC	Information, Education et Communication
IEMS	Institut d'Economie et Management de la Santé
INFRE	Institut National pour la Formation et la Recherche en Education
INSAE	Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique
MECCAG/PDPE	Ministère d'Etat Chargé de la Coordination de l'Action Gouvernementale, du Plan, du Développement et de la Promotion de l'Emploi
MHEM	Master in Health Economics and Management
MPREPE	Ministère du Plan, de la Restructuration Economique et de la Promotion de l'Emploi
MSA	Mutualité Sociale Agricole

MSP	Ministère de la Santé Publique
NSAB	Nouvelle Société d'Assurance du Bénin
OBSS	Office Béninois de Sécurité Sociale
OIT	Organisation Internationale du Travail
ONG	Organisation Non - Gouvernementale
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PIB	Produit Intérieur Brut
PNB	Produit National Brut
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
RB	République du Bénin
SNIGS	Système National d'Information et Gestion Sanitaire
SONAR	Société Nationale d'Assurance et de Réassurance
UACOGEC	Unité d'Appui aux Comités de Gestion
UBA-Vie	Union Béninoise d'Assurance-vie
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	United States Agency for International Development
UVS	Unité Villageoise de Santé

## SOMMAIRE

1. Introduction.....	7
2. Problématique et Méthodologie.....	8
2.1 La problématique.....	8
2.2 La méthodologie.....	9
3. Présentation du système de santé béninois.....	10
3.1 Typologie du système.....	11
3.2 Forces et faiblesses du système.....	16
3.3 Comment améliorer le système ?.....	21
4. Quel(s) modèle(s) d'assurance maladie pour les pays à faible revenu ? une première analyse au regard de la situation au Bénin .....	24
4.1 Bref aperçu de quelques formes de couvertures existantes.....	24
4.2 L'organisation de la couverture.....	29
4.3 Le rôle des pouvoirs publics.....	32
5. Difficultés, enjeux et perspectives.....	38
5.1 Contraintes et difficultés potentielles de mise en œuvre.....	38
5.2 Les enjeux en présence.....	44
5.3 Les perspectives.....	45
6. Conclusion.....	49
Table des matières.....	51
Références bibliographiques.....	53

# 1. INTRODUCTION

"La santé n'est pas tout, mais tout est rien sans la santé", dit-on. La santé est la pierre angulaire de tout processus de développement dans la mesure où elle contribue au bien-être individuel et collectif et assure ainsi à tout système de développement la plus précieuse des ressources à savoir le capital humain. De ce fait, la santé joue un rôle économique et social indéniable. C'est pourquoi la production, la distribution, le financement et la gestion des services de santé ont toujours été une préoccupation des pouvoirs publics dans les pays du monde entier. Et pourtant, cela ne s'est pas toujours passé sans difficultés. De nos jours, de nombreux défis interpellent, à des degrés divers, les systèmes de santé du monde entier, obligeant les pouvoirs publics et autres décideurs à rechercher en permanence les mécanismes pouvant permettre de les relever. Ces problèmes se posent généralement en terme de solidarité et d'efficacité, même si leur manifestation prend des formes variées suivant les régions du globe, selon les pays et en fonction des systèmes de santé.

Dans les pays développés, le principal problème qui se pose est celui de l'explosion des coûts, la préoccupation majeure étant de trouver les voies et moyens susceptibles de favoriser la maîtrise des coûts et de faire progresser l'efficacité.

En revanche, dans les pays en développement et principalement dans ceux à faible revenu<sup>1</sup>, la crise du système de santé prend des dimensions multiples. Cette crise est due non seulement à l'insuffisance et à la mauvaise gestion des ressources disponibles, mais également à la faible croissance économique ainsi qu'à une faiblesse des capacités institutionnelles. Tout cela a pour conséquence des systèmes de santé peu performants, mal structurés et par conséquent incapables de relever les défis majeurs de solidarité et d'efficacité auxquels ils sont confrontés.

Dans la plupart des pays africains, l'Etat a été pendant longtemps le principal producteur des services sanitaires ainsi que la principale source de financement du système de santé. Ce « double monopole » de l'Etat s'explique par le fait que la santé a toujours été considérée comme un droit individuel garanti à titre gratuit par l'Etat. Mais de nos jours, ce principe de gratuité des services de santé est de plus en plus remis en cause : d'abord, pour des raisons liées à la récession économique et donc aux restrictions budgétaires auxquelles ces états font face, ensuite à cause du coût de plus en plus élevé des prestations sanitaires efficaces, et enfin du fait de la démographie galopante qui entraîne dans ces pays un accroissement des besoins en santé de la population. D'où l'impérieuse nécessité de rechercher de nouveaux modes de financement du système de santé. C'est dans ce contexte que s'inscrit la modeste réflexion que nous entendons mener dans le cadre du présent mémoire.

---

<sup>1</sup> Les pays en développement à faible revenu sont définis comme ceux ayant un produit national brut par tête d'habitant inférieur ou égal à 760 dollars us.

## 2. PROBLEMATIQUE ET METHODOLOGIE

### 2.1 LA PROBLEMATIQUE

Face aux nouvelles contraintes, divers modes de financement des services de santé sont envisagés à savoir : le paiement direct, le financement par les contributions publiques(l'impôt), le recours aux aides extérieures(bilatérales et multilatérales)et la mise en oeuvre de plans d'assurance maladie. Précisons qu'il s'agit presque toujours de financements mixtes, les systèmes de santé ayant recours à la fois à l'une et l'autre des formes de financement.

Les trois premiers modes de financement, expérimentés jusque-là, ont montré leurs limites. En effet, le paiement direct peut exclure des prestations sanitaires de qualité les pauvres et les personnes les plus vulnérables qui représentent la grande majorité des populations des pays en développement à faible revenu. Quant au financement par l'impôt, il se révèle inefficace en raison de l'exiguïté de la base d'imposition ainsi que de la faible capacité institutionnelle des pouvoirs publics à asséoir convenablement l'impôt et à le recouvrer au moyen de la contrainte étatique. En ce qui concerne le recours aux aides extérieures, il ne peut assurer la pérennité financière des systèmes de santé dans la mesure où les aides extérieures sont généralement accordées pour des projets précis et sur une période déterminée<sup>1</sup>. De vifs débats et de sérieuses réflexions sont alors engagés sur le point de savoir si la solution ne résidait pas dans la conception et la mise en oeuvre d'un plan d'assurance maladie qui couvrirait l'ensemble ou, tout au moins, la majorité de la population.

Cette réflexion, assez avancée dans certains pays à revenu intermédiaire<sup>2</sup>, intéresse à plus d'un titre la République du Bénin classée parmi les pays les moins avancés<sup>3</sup> et dont le système de santé, en dépit des louables progrès de ces dernières années<sup>4</sup>, est toujours à la recherche d'un mécanisme efficace de prise en charge sociale qui couvrirait la majorité de la population. En effet, la sécurité sociale en général est très peu développée au Bénin où son champ d'application reste limité aux fonctionnaires de l'Etat, aux autres travailleurs du secteur formel et aux membres de leurs familles. Cette population couverte par la sécurité sociale ne représentant qu'à peine 15 à 20 % de la population totale, la majorité écrasante, c'est-à-dire les 80 à 85 % restants, ne bénéficie d'aucune forme de couverture sociale institutionnalisée. Elle se contente d'autres formes d'organisation sociale qui, autrefois opportunes, sont de nos jours d'une efficacité très relative.

Quant à l'assurance maladie à proprement parler, elle est encore à l'étape embryonnaire, voire inexistante.

Cet état de chose appelle une série d'interrogations dont les principales sont les suivantes:

L'assurance maladie universelle est-elle envisageable au Bénin ? Si oui sous quelles conditions et suivant quelles modalités ? L'organisation actuelle du système de santé peut-elle garantir les prestations

---

<sup>1</sup> La pertinence de ces projets est d'ailleurs parfois très discutable.

<sup>2</sup> Comme le Maroc et la Tunisie.

<sup>3</sup> Selon le rapport mondial du PNUD sur le Développement humain, 2002. L'indicateur du développement humain (IDH) mesure le niveau atteint par un pays en termes d'espérance de vie, d'instruction et de revenu réel. Le rapport 2002 a classé le Bénin au 158ème rang sur 173 pays évalués.

<sup>4</sup> L'espérance de vie a progressé de 46.7 ans en 1996 à 52,1 ans en 2001 (voir rapport de l'OMS sur la santé dans le monde 2002. table annexe1).

nécessaires et répondre aux exigences requises dans le cadre d'une assurance maladie universelle ? Quels sont les obstacles potentiels à un tel projet ? Y a-t-il des mesures pour contourner ces difficultés ? Et quel rôle peuvent jouer les pouvoirs publics dans la mise en oeuvre d'une telle initiative ?

## 2.2 LA METHODOLOGIE

Pour tenter de répondre aux questions soulevées ci-dessus, nous nous sommes inspirés :

- des informations, statistiques et rapports du Ministère de la Santé Publique du Bénin ;
- des informations, statistiques et rapports d'autres institutions étatiques telles que le Ministère d'Etat chargé de la Coordination de l'Action Gouvernementale ;
- de l'expérience béninoise en matière de couverture sociale (traditionnelle ou moderne) ;
- des rapports et statistiques de l'OMS, du PNUD et de l'USAID.
- de la littérature spécialisée sur la typologie, le financement et la réforme des systèmes de santé en général et sur ceux des pays en développement en particulier. A ce niveau, nous nous sommes intéressés particulièrement à la typologie des systèmes de santé décrite par LONDONO et FRENK pour caractériser les systèmes de santé des pays d'Amérique latine, lesquels systèmes sont à maints égards semblables à ceux d'Afrique subsaharienne dont fait partie le Bénin.

Les expériences d'autres pays nous ont été également utiles. Ainsi, nous nous sommes référés à la réflexion menée sur d'autres pays par certains auteurs<sup>1</sup>.

Enfin, nous avons complété ce potentiel d'informations et de données par des contacts avec certaines "personnes ressources", tandis qu'une expérience pratique de près de cinq ans au Ministère de la Santé Publique du Bénin nous permet d'apporter un point de vue personnel à la réflexion.

Cette démarche nous amènera à organiser le travail en deux grandes parties.

D'abord, nous commencerons par caractériser le système de santé béninois en le décrivant à partir de sa structuration et de ses fonctions essentielles, en vue d'en dégager la typologie. Ainsi, nous mettrons en relief les forces et faiblesses du système de même que les mesures susceptibles d'en améliorer la performance.

Ensuite, nous nous intéresserons aux modalités d'instauration d'un régime d'assurance maladie, dont nous analyserons principalement les conditions de faisabilité, les difficultés potentielles de mise en oeuvre, les mesures pour contourner ces difficultés, ainsi que le rôle des pouvoirs publics.

Nous concluons le travail après avoir fait ressortir les enjeux en présence et les perspectives qu'ouvre une telle initiative.

---

<sup>1</sup> Parmi lesquels CARRIN. G, DESMET. M, BASAZA.R, GRIGNON. M, CHONE. P et bien d'autres.

### 3. PRESENTATION DU SYSTEME DE SANTE BENINOIS

Cette présentation se fera sur la base de la typologie des systèmes de santé décrite par LONDONO et FRENK<sup>1</sup>. Les auteurs assignent quatre fonctions essentielles aux systèmes de santé à savoir: la fonction de financement, la fonction de production (fourniture des soins), la fonction de modulation et la fonction d'articulation. Pour eux, les deux premières fonctions sont classiques tandis que les deux autres (modulation et articulation) sont souvent soit négligées, soit exécutées de manière implicite. La fonction de modulation regroupe quatre sous-fonctions: le développement du système, la coordination, le mode de financement, la régulation et la protection du consommateur. A chacune de ces sous-fonctions est assignée une série de tâches. La fonction d'articulation, quant-à elle, recouvre deux aspects: une première articulation entre producteurs de soins et consommateurs et une deuxième articulation entre producteurs de soins et organismes de financement.

Quant à l'Organisation Mondiale de la Santé<sup>2</sup>, elle identifie quatre fonctions de base pour les systèmes de santé à savoir: mettre à disposition les services de santé; créer des ressources; gérer, administrer et superviser et enfin organiser le financement. Ces quatre fonctions se retrouvent dans celles identifiées par LONDONO et FRENK, comme l'indique le tableau suivant.

Selon l'OMS	Selon LONDONO et FRENK
Mettre à disposition les services de santé	Fonction de production
Organiser le financement	Fonction de financement
Créer des ressources, gérer, administrer et superviser	Fonctions de modulation et d'articulation

**Tableau n°1: présentation schématique des fonctions essentielles du système de santé**

LONDONO ET FRENK classent les systèmes de santé en quatre grandes catégories représentées par quatre modèles distincts à savoir: le modèle public unifié, le modèle public contractuel, le modèle segmenté et le modèle privé atomisé. Pour eux, la performance d'un système de santé dépend d'une part de la façon dont il est structuré et d'autre part de la manière dont ses quatre fonctions essentielles sont explicitées et exécutées, et enfin du degré d'intégration existant entre les divers groupes sociaux qui composent la population.

En ce qui nous concerne, il convient de nous demander: à quel modèle correspond le système de santé béninois? Est-il structuré de manière adéquate? Les fonctions de base sont-elles explicitées et convenablement exécutées? Existe-t-il une bonne intégration entre les divers groupes sociaux? Bref, le système fonctionne-t-il de manière à pouvoir répondre aux objectifs de solidarité et d'efficience?

Nous répondrons à ces différentes interrogations en faisant ressortir la typologie du système pour en évaluer les forces et faiblesses avant de proposer des mesures pour l'améliorer.

<sup>1</sup>LONDONO JL and FRENK. J "Structured Pluralism: toward an innovative model for health system reform in Latin America "Health Policy; 1997;41;1-36.

<sup>2</sup> Voir "Rapport sur la Santé dans le monde 2000: pour un système de santé plus performant"OMS, Genève.

## 3.1 TYPOLOGIE DU SYSTEME DE SANTE BENINOIS

En République du Bénin, l'organisation, la fourniture, le financement et la gestion des services de santé, tel qu'ils sont assurés, divisent le système de santé en trois segments destinés, chacun, à servir un groupe social donné. Au niveau de chaque segment, les quatre fonctions de base sont assurées, de façon plus ou moins explicite, mais seulement pour un groupe spécifique.

Ainsi, trois groupes sociaux (ou segments de population) se dégagent à savoir:

- les travailleurs du secteur formel composés des fonctionnaires de l'Etat communément appelés "Agents Permanents de l'Etat", et des autres travailleurs du secteur structuré ainsi que des membres de leurs familles ;

- les couches sociales moyennes et élevées<sup>1</sup> ;

- les couches sociales à faibles revenus communément appelées les démunis ou encore les pauvres : elles regroupent les travailleurs du secteur informel à faible revenu, les paysans, les petits revendeurs, les sans emplois et autres indigents. La première catégorie sociale regroupe environ 15 à 20% de la population, tandis que les deux autres groupes sociaux représentent la majorité écrasante, soit 80 à 85% de la population totale<sup>2</sup>.

Chacun de ces trois segments de la population bénéficie d'une organisation sanitaire spécifique.

### 3.1.1 Le régime des travailleurs du secteur formel

Rappelons que ce segment comprend les fonctionnaires de l'Etat, les autres travailleurs du secteur structuré et les membres de leurs familles.

Les fonctionnaires de l'Etat accèdent au système de soins sur la base de "bulletins de prise en charge" à eux délivrés par les services compétents de l'administration publique, notamment les services chargés des ressources humaines et de la gestion du personnel. Sur présentation de cette prise en charge, ils peuvent recevoir les soins dont ils ont besoin dans toutes les formations sanitaires publiques et dans celles spécialement agréées à cet effet par le Ministère de la Santé Publique. Nous parlerons plus amplement de l'organisation de ces services lorsque nous aborderons le régime des couches sociales les moins nanties.

Les autres travailleurs du secteur structuré bénéficient d'une couverture à trois variantes:

- il peut s'agir d'infirmier ou de dispensaire d'entreprise où le travailleur reçoit les soins de premier recours. Dans ce cas, la référence à un producteur de soins plus spécialisé relève, sauf urgence ou nécessité absolue, de l'appréciation du médecin d'entreprise,

- il peut s'agir de producteurs de soins indépendants de l'entreprise, publics ou privés (cabinets médicaux, cliniques ou hôpitaux), avec lesquels l'employeur a passé contrat pour la prise en charge de

---

<sup>1</sup> Autres que les salariés du segment précédent : ce sont les travailleurs indépendants, les commerçants et artisans à revenu moyen ou élevé.

<sup>2</sup> Voir à ce sujet MECCAG-PDPE "Rapport social 86-87".

ses salariés. Dans cette hypothèse, l'employeur délivre au salarié un "bulletin de prise en charge" dont la présentation au producteur de soins agréé lui donne droit aux prestations nécessitées par son état pathologique.

- Il peut s'agir enfin d'institutions de sécurité sociale et principalement de compagnies d'assurances auprès desquelles l'employeur a affilié ses salariés<sup>1</sup>. Dans ce cas, l'entrée du travailleur dans le système de santé et sa trajectoire sont organisées par l'assureur.

Qu'il s'agisse des fonctionnaires ou des autres travailleurs du secteur structuré, la facture relative aux prestations sanitaires fournies au salarié est adressée à l'employeur (ou à son organisme de sécurité social, selon le cas), qui en supporte les coûts dans une proportion de 60 à 80%, les 20 à 40% restants étant à la charge du travailleur<sup>2</sup>. Cette part des frais restant à la charge du travailleur s'apparente à sa quote-part ou à sa participation en comparaison à un régime d'assurance maladie classique. Toutefois, cette quote part reste bien théorique. S'il est vrai qu'elle est en principe requise, c'est encore à l'Etat qu'est adressée, bien souvent, la facture y relative. Dans le même ordre d'idée les 80 à 85% supportés par l'employeur représentent la part qui, dans un régime d'assurance maladie, aurait dû être payée par la caisse maladie (système de tiers payant) ou remboursée par elle (système de tiers garant).

Divers prélèvements opérés à la source sur le traitement salarié des agents, et complétés par les subventions publiques aux producteurs de soins (pour ce qui concerne les agents de l'Etat) ou par les cotisations des employeurs (en ce qui concerne les travailleurs du secteur privé), remplacent la prime d'assurance qui aurait dû être exigée des assurés dans un régime d'assurance maladie.

Il peut arriver que la "prise en charge" ne couvre pas tous les services sanitaires, certaines prestations n'étant offertes que contre un paiement direct. Tel est le cas de certains examens de laboratoire et de radiologie ainsi que la plupart des prestations pharmaceutiques (fourniture de médicaments et divers services du pharmacien). L'ensemble des services couverts s'apparente au catalogue des prestations de base encore appelé panier de biens minimal; tandis que les prestations non couvertes ressemblent à des exclusions de risque qui, dans le cas d'un régime d'assurance maladie, peuvent faire l'objet d'une assurance complémentaire.

Ce premier segment de la population est le seul à bénéficier, en cas de maladie, d'une organisation semblable à un régime structuré de sécurité sociale<sup>3</sup>; les autres couches de la société devant se contenter d'autres formes d'organisation.

### **3.1.2 Le régime des couches sociales moyennes et élevées**

Nous excluons délibérément de ce segment les "Agents Permanents de l'Etat" et les autres travailleurs du secteur structuré de l'économie, bien que ces derniers appartiennent à la couche moyenne de la société; car ils font déjà partie du premier segment, c'est-à-dire, celui des travailleurs du secteur formel. En conséquence, ce deuxième segment regroupe les travailleurs du secteur informel à

---

<sup>1</sup> Il n'existe pas au Bénin de caisses-maladie à proprement parler. Certains produits de la branche maladie sont proposés depuis quelques années par les compagnies d'assurance classiques qui sont des sociétés anonymes (donc commerciales) et certaines sociétés mutuelles qui sont des sociétés non commerciales, selon l'article 330 du code CIMA.

<sup>2</sup> MECCAG-PDPE, op.cit p170

<sup>3</sup> Même si pour les agents permanents de l'Etat, cette organisation est directement assurée par les services de l'Administration Publique.

revenu substantiel, les travailleurs indépendants et les commerçants et revendeurs à revenu intermédiaire ou élevé.<sup>1</sup>

Les membres de ce groupe social ne bénéficient ni de la couverture publique offerte aux fonctionnaires de l'Etat, ni de celle aménagée au profit des autres travailleurs du secteur structuré de l'économie. De ce fait, ils ont recours au producteur de soins de leur choix contre un paiement direct ou en souscrivant une assurance privée<sup>2</sup>.

Le recours à l'assurance privée est un luxe que ne peut s'offrir les membres de la dernière catégorie, celle des couches sociales démunies.

### 3.1.3 Le régime des couches sociales démunies

Ce troisième segment regroupe les « sans-emploi », les artisans et revendeurs à bas revenu, les paysans et autres indigents. Ces couches sociales sont localisées un peu partout: tant dans les zones rurales que périurbaines et même au cœur des grandes agglomérations. Ce dernier groupe social se trouve exclu de toute couverture sociale institutionnalisée car ne possédant ni emploi stable, ni les moyens de souscrire une assurance privée. Par conséquent, le Ministère de la Santé Publique se charge de fournir aux membres de ce segment social les prestations sanitaires de base auprès des producteurs de soins publics en même temps qu'il s'efforce de développer en leur faveur une série de programmes publics qui profitent également à l'ensemble de la population. C'est le cas par exemple des activités de vaccination qui ciblent le couple "mère-enfant" dans le but de réduire la morbidité et la mortalité infantile liées à certaines maladies évitables telles que la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite, la tuberculose, la rougeole, la fièvre jaune, et l'hépatite B en ce qui concerne les enfants de 0 à 11 mois ainsi que le tétanos pour les mères<sup>3</sup>.

Les services de santé publics dont bénéficient les pauvres et les autres membres de la communauté sont organisés à travers une pyramide sanitaire à trois niveaux à savoir:

- le niveau périphérique comprenant:
  - les unités villageoises de santé (UVS), premier niveau de soins dans certains villages ;
  - les complexes communaux de santé (CCS)<sup>4</sup> où sont dispensés les soins de santé primaires ;
  - les centres de santé de sous-préfecture (CSSP)<sup>1</sup> ;

---

<sup>1</sup> Selon une enquête officielle réalisée entre oct 95 et sept 96, le revenu annuel moyen d'un citoyen béninois non pauvre est de 284578 fca par équivalent adulte soit environ 437 dollars us (voir à ce sujet: PNUD- INSAE, ELAM 5 bis et 6, 1996).

<sup>2</sup> parmi les compagnies d'assurance qui offrent quelques produits dans ce sens figurent : l'Union Béninoise d'Assurance-Vie (UBA-Vie); les Assurances et Réassurance du Golf de Guinée(ARGG); GROUPAMA-Vie, l'Africaine des Assurances; la Nouvelle Société d'Assurance du Bénin (NSAB); et la Générale des Assurances du Bénin (GAB). Ces compagnies opèrent en parfaite concurrence sur le marché économique, mais ne peuvent jouer qu'un rôle infime sur le marché sanitaire en raison du très faible potentiel disponible du côté de la clientèle (Revenu des ménages très bas pour souscrire une assurance privée).

<sup>3</sup> Ces programmes de vaccination sont largement subventionnés par les pouvoirs publics et les donateurs internationaux à travers l'approvisionnement des formations sanitaires en vaccins, la fourniture du matériel d'injection, la fourniture et la maintenance de la chaîne de froid, etc...

<sup>4</sup> Ils deviendront les complexes de santé d'arrondissement dans le cadre de la décentralisation.

- les hôpitaux de zone, structure de référence au niveau périphérique de la pyramide sanitaire.
- le niveau intermédiaire ou départemental représenté par :
  - le centre hospitalier départemental (CHD), structure où sont développées essentiellement les services de médecine interne, de pédiatrie, de chirurgie ainsi que d'autres spécialités courantes ;
  - la direction départementale de la santé publique (DDSP) ;
- le niveau central ou national représenté par:
  - le centre national hospitalier et universitaire (CNHU), structure de référence nationale où sont développées toutes les spécialités courantes ainsi que les activités de formation et de recherche ;
  - le Ministère de la Santé Publique qui, avec ses directions centrales et techniques, oriente la politique de l'Etat en la matière ;

Aux deux premiers niveaux de la pyramide sanitaire, on retrouve des producteurs de soins de tous ordres: publics, privés à but lucratif, privé à but non lucratif (associations, ONG, mutuelles de santé, confessions religieuses ...) ainsi que des "tradithérapeutes"<sup>2</sup>. C'est dire que le secteur public et le secteur privé des soins se côtoient sur le marché sanitaire<sup>3</sup>. Toutefois, seuls les prestataires publics et privés à but non lucratif sont véritablement accessibles financièrement aux pauvres.

En revanche, les deux autres segments de populations (travailleurs du secteur formel et couches sociales moyennes et élevées) ont accès, suivant les circonstances et selon leur disponibilité à payer, à l'une ou l'autre des catégories de producteurs de soins.

Pour chaque segment de la population, les fonctions de production et de fourniture des soins sont exécutées de manière explicite tandis que les deux autres, à savoir la modulation et l'articulation ne le sont pas toujours, ou ne le sont que de manière implicite. Ainsi par exemple, pour les travailleurs du secteur formel, les fonctions de production et de financement sont assurées par l'Etat (à travers le Ministère de la santé Publique et le Ministère des Finances) pour ce qui concerne les fonctionnaires publics; et par les employeurs et les institutions mandatées par eux (pour ce qui est des autres salariés). Mais, si les acteurs des fonctions de financement et de production sont toujours clairement identifiés et leur mode d'exécution connu, il n'en est pas souvent ainsi des fonctions de modulation et d'articulation. Ainsi par exemple, les tâches relatives à la coordination, à la définition du mode de rémunération des producteurs de soins, à la protection des consommateurs ne sont ni explicitées, ni exécutées sur la base de règles claires. De même, la nécessaire articulation, entre producteurs et consommateurs d'une part et entre producteurs et organismes de financement de l'autre, n'est

---

<sup>1</sup> ils deviendront les centres communaux de santé, les sous-préfectures étant érigées en communes.

<sup>2</sup> Ils sont surtout présents au niveau primaire de la pyramide sanitaire. Il existe depuis quelques années au Ministère de la Santé Publique un programme national de promotion de la pharmacopée et de la médecine traditionnelle. 7500 tradithérapeutes ont été enregistrés en 2001. Il est même envisagé la création à terme d'un institut national de recherche sur la pharmacopée et la médecine traditionnelle (voir à ce sujet "carte blanche du MSP 1996-2001", p9)

<sup>3</sup> En 1997, on dénombrait 493 formations sanitaires dans le secteur public contre 580 dans le privé ; 2880 lits dans le public contre 1093 dans le privé ; 357 médecins dans le public contre 192 dans le privé, 200 pharmaciens dont 26 dans le public ; 1331 infirmiers dans le public contre 248 dans le privé ; 502 sage-femmes dans le public contre 74 dans le privé.

pratiquement pas visible dans le système. En effet, il n'existe pas de réseaux de fournisseurs de soins, l'information du consommateur n'est pas systématiquement organisée, il n'y a pas d'incitations claires pour les producteurs de soins, les modalités d'allocation des ressources ne sont pas connues du consommateur et la gestion de la qualité n'est pas une préoccupation de tous les instants.

La figure n°1 ci-dessous présente le modèle représenté par le système tel qu'il vient d'être décrit:

### Divers groupes sociaux

<b>Différentes fonctions du système</b>	Segment n°1 (APE+ autres travailleurs du secteur formel)	Segment n°2 (Couches sociales moyennes et élevées)	Segment n°3 (couches sociales économiquement faibles)
<p><b>Modulation</b> (développement du système, coordination, mode de financement, régulation et protection du consommateur)</p> <p><b>Financement</b></p> <p><b>Articulation</b> (articulation entre producteurs et consommateurs; articulation entre producteurs et organismes de financement)</p> <p><b>Production</b></p>	↓	↓	↓

Figure N°1 : représentation simplifiée du modèle segmenté béninois

Il convient d'apporter quelques précisions au modèle béninois tel qu'il vient d'être schématisé:

- du fait du "privilège économique et/ou social" dont ils jouissent, les groupes sociaux représentés par les segments de population 1 et 2 ont, entre autres, accès aux prestations du Ministère de la Santé Publique, tandis que les pauvres, quant à eux, ne peuvent bénéficier des prestations offertes aux autres segments. Ainsi par exemple, non seulement les travailleurs du secteur formel se font soigner auprès des producteurs de soins relevant du Ministère de la Santé Publique, mais aussi et surtout ils ne peuvent être exclus de certains services organisés à titre gratuit par les pouvoirs publics (comme les services de vaccination) et qui intéressent particulièrement les pauvres.

- en dehors des services offerts par le Ministère de la Santé Publique, les couches sociales les plus démunies bénéficient des services de certains producteurs de soins à but non lucratif, comme les associations, les ONGs les confessions religieuses. Toutefois, il est utile de préciser que ces fournisseurs de soins, bien que ne recherchant pas systématiquement du profit, sont souvent obligés de pratiquer le recouvrement des coûts afin d'assurer la pérennité financière des établissements de soins.

Depuis l'initiative de Bamako lancée en 1987<sup>1</sup>, le recouvrement des coûts est aussi pratiqué dans les formations sanitaires publiques, le principe de la gratuité des soins étant de plus en plus remis en cause. Dès lors, la situation des plus démunis ne peut que s'en trouver aggravée en l'absence d'une couverture sociale appropriée.

Comme nous venons de le voir, le système de santé béninois tel qu'il vient d'être modélisé, prend à tous points de vue, la forme d'un modèle segmenté suivant la typologie de LONDONO et FRENK. L'organisation et le fonctionnement du système répondent-ils aux objectifs de solidarité et d'efficience?

C'est ce que nous essayerons de voir en faisant ressortir les forces et faiblesses du système avant de proposer des mesures susceptibles de l'améliorer.

## **3.2 FORCES ET FAIBLESSES DU SYSTEME**

### **3.2.1 Les forces du système**

Le premier atout majeur du système est qu'il mobilise des sources de financement divers et variées. Cette mobilisation des capacités de financement se traduit par un mode de financement absolument hybride qui ne répond à aucun modèle classique décrit par la littérature spécialisée. On y distingue ainsi:

- le financement public provenant pour l'essentiel des recettes fiscales,
- l'aide extérieure (bilatérale et multilatérale),
- les contributions des ONGs,
- les contributions des confessions religieuses,
- les contributions des privés, les paiements des individus et des ménages,
- le financement communautaire<sup>2</sup>.

Cette mobilisation des capacités (facilitée par la segmentation) est remarquable même si elle n'est pas toujours optimisée, faute d'un mécanisme efficace d'allocation et de coordination des ressources.

La deuxième force du système réside dans le fait que chaque segment est à la recherche permanente de son propre développement, ce qui se remarque surtout au niveau de la production des soins. Ainsi, le Ministère de la Santé Publique, principal recours des couches les plus pauvres, se voit obligé de multiplier les centres de santé publics à travers tout le territoire national pour rendre l'offre de soins

---

<sup>1</sup> L'initiative de Bamako fait suite à la Conférence d'Alma Ata (au Kazakhstan) sur les soins de santé primaires qui s'est terminée le 12 septembre 1978. Organisée par l'OMS et l'UNICEF, cette conférence a rassemblé environ 700 participants venus de quelques 140 pays, une douzaine d'organisations des Nations Unies et plus de 50 ONG. Pour plus d'information, lire à ce sujet : Jean MARTIN "Les soins de santé primaires - notes rapportées de la conférence d'Alma Ata" dans "Pour la Santé Publique" réalités sociales, 1987, p89.

<sup>2</sup> introduit depuis 1987, il permet d'assurer la pérennité financière des formations sanitaires périphériques ; il se développe assez bien en dépit de quelques difficultés, grâce au soutien des pouvoirs publics et de la coopération suisse à travers l'UACOGEC (l'Unité d'Appui aux Comités de Gestion).

disponible en tout temps et en tout lieu<sup>1</sup>. Les efforts accomplis dans ce sens concernent non seulement la construction et l'équipement des formations sanitaires, mais également leur dotation en médicaments et en personnel soignant.

### 3.2.2 Les faiblesses du système

Une première série de lacunes est liée à la ségrégation horizontale (corollaire de la parfaite intégration verticale) qui existe entre les divers groupes sociaux. De cela découlent certains inconvénients majeurs:

- Premièrement, dans un contexte de ressources très limitées, le système peut favoriser le double emploi et le gaspillage des ressources, surtout en ce qui concerne la technologie spécialisée ou de pointe. Cela peut se manifester par exemple à travers l'acquisition et l'exploitation, par des producteurs de soins servant des groupes sociaux différents, des mêmes équipements de pointe tels qu'un scanner, sans qu'il soit vraiment nécessaire pour chacun d'eux d'en disposer.

- Deuxièmement, il fait ressortir des différences de qualité dans les soins reçus par les divers groupes sociaux. En particulier, les services réservés aux pauvres souffrent d'une insuffisance de ressources. Etant entendu que ces services sont subventionnés par l'Etat et que les ressources publiques mobilisées à cet effet sont très limitées, les pauvres se contentent souvent du strict minimum. Parfois, ce minimum est difficilement acquis du fait de la politique de recouvrement des coûts qui, malgré son aspect salutaire pour le système (puisque'il en assure partiellement la pérennité financière), constitue un lourd fardeau pour les budgets des ménages démunis.

- Troisièmement, le modèle segmenté cumule les imperfections des deux modèles extrêmes décrits par LONDONO et FRENK à savoir le modèle public unifié et le modèle privé atomisé sans en engranger les avantages. Ainsi par exemple, pendant que le secteur privé se préoccupe en priorité de rentabiliser ses produits (recherche de bénéfice), le Ministère de la Santé Publique intègre les insuffisances du modèle public unifié (absence d'incitation pour le personnel, problème de qualité, défaut de tarification adéquate et d'appréciation des coûts...) sans en intégrer l'atout majeur qu'est la couverture universelle.

La plupart de ces déficiences sont dues non pas à l'existence des segments eux-mêmes, mais plutôt à l'absence d'intégration horizontale entre eux. Cette absence d'intégration horizontale incite de nombreux fournisseurs de soins à rechercher un emploi dans le secteur public de la santé afin de cumuler le travail salarié dans une institution publique avec une pratique professionnelle privée. Cette pratique est très répandue au Bénin où elle concerne de nombreux fournisseurs de soins, toutes catégories confondues (médecins, infirmiers, sages-femmes, techniciens de laboratoires, y compris les aides-soignants...). Mais une telle situation comporte un double danger. D'un côté, elle crée des conflits d'intérêt (par exemple en cas de référence des malades du secteur public vers le secteur privé) et amène des différences de qualité appliquées par le même soignant, ce qui pose un véritable problème du point de vue de l'éthique professionnelle et de la justice sociale. D'autre part, elle contribue parfois à l'augmentation des coûts de la santé dans la mesure où certaines prestations qui auraient pu être fournies à un certain coût dans le secteur public le sont à un coût plus élevé dans le privé lucratif, du simple fait de l'intérêt que suscite un tel choix pour le soignant. Le choix du médecin est en effet facilité par l'asymétrie d'information qui caractérise le marché de la santé et qui place le patient dans une relation d'agence vis-à-vis de son médecin.

---

<sup>1</sup> Selon les normes nationales, le taux de couverture en infrastructures sanitaires est passé, en volume, de 45,7% en 1995 à 91,2% en 2000, alors que l'objectif global fixé pour 2001 était de 80% (Bénin : les atouts économiques 2001, p102)

Une deuxième série de lacunes est liée à l'inadéquation du système avec les réalités sociales.

La segmentation artificielle qu'impose le système n'est pas respectée par les utilisateurs, en raison du chevauchement considérable de la demande sur les divers segments. Mais il s'agit d'un chevauchement unilatéral, asymétrique, c'est-à-dire à sens unique, qui n'opère qu'en faveur des couches sociales 1 et 2 décrites précédemment. Ces deux groupes sociaux peuvent en effet utiliser les services produits par le secteur privé ou le Ministère de la Santé Publique. En revanche, les familles pauvres ne peuvent bénéficier des services de la sécurité sociale offerts aux travailleurs du secteur formel. De même, pour recourir aux services du secteur privé lucratif, ces ménages sont obligés de déboursier d'énormes sommes d'argent, voire de se ruiner financièrement, du fait des tarifs relativement élevés pratiqués par ces fournisseurs de soins. Ce chevauchement asymétrique est source d'injustice et de frustration au sein des couches sociales qui en sont victimes. Contrairement à ce qu'on pourrait penser, le secteur privé des soins représente dans les pays en développement une source importante de services sanitaires pour l'ensemble de la population, y compris les pauvres. La difficulté pour ces dernières réside dans le fait que ces services leur sont rarement accessibles financièrement. En conséquence, pour y recourir, ils doivent dépenser une part importante de leurs maigres revenus (la plus grande portion allant aux médicaments). Ainsi, une étude réalisée en Afrique en 1990 sous l'égide de l'USAID<sup>1</sup> a montré que la plupart des ménages dépensent autant que le gouvernement, par habitant, pour les soins de santé, parfois plus. Selon la même étude, " sur 23 pays en 1990, les habitants de huit pays africains à faible revenu (225 dollars us par habitant et par an) dépensaient pour leur santé 4 dollars par personne, tandis que les pouvoirs publics et les donateurs internationaux décaissaient chacun 2 dollars par an et par personne. Les auteurs de l'étude estiment qu'en général, les dépenses privées représentent, selon les pays, entre 28 et 50 % des dépenses de soins de santé dans les pays d'Afrique subsaharienne. Cette tendance observée depuis les années 90 a été confirmée en 2002 par les statistiques publiées par l'O.M.S en annexe au rapport sur la santé dans le monde, édition 2002 et qui présentent les indicateurs des comptes nationaux de la santé pour l'ensemble du monde de 1995 à 2000. Pour ce qui est du cas spécifique du Bénin, selon les estimations établies en 1996 lors de la "Revue des dépenses publiques de l'année 1993", 47% des financements du secteur provenait des privés contre 53% pour le secteur public. Le rapport de l'O.M.S indique une part encore plus importante des dépenses privées de santé en pourcentage des dépenses totales de santé depuis 1995. En effet, ces proportions sont respectivement de 48.9% en 1995, 50.4% en 1996, 51.5% en 1997, 50.6% en 1998, 50.3% en 1999 et 50% en 2000.

Une troisième série de lacunes est due à la non explicitation des fonctions de modulation<sup>2</sup> et d'articulation<sup>3</sup>.

Quel que soit l'angle sous lequel on se place pour apprécier le système (en considérant les divers segments ou en considérant le système dans son ensemble), on constate que les fonctions de fourniture des soins et de financement sont toujours explicites et les acteurs qui les animent, clairement identifiés. Ainsi par exemple, en prenant le segment n°3 (celui des pauvres), on réalise que le Ministère de la Santé Publique est principalement en amont et en aval du processus sanitaire. Il y joue un rôle de producteur à travers les formations sanitaires relevant de son autorité et dont il assure la construction, l'équipement et la dotation en personnel et en médicaments. Il y joue également un rôle d'agence de

---

<sup>1</sup> USAID\_HFS "22 policy questions about health care financing in Africa ", HHRAA, 1995.

<sup>2</sup> La fonction de modulation regroupe quatre sous-fonctions : le développement du système, la coordination, le mode de financement, la régulation et la protection du consommateur. A chacune de ces sous-fonctions est assignée une série de tâches.

<sup>3</sup> La fonction d'articulation recouvre deux aspects : une première articulation entre producteurs et consommateurs et une deuxième entre producteurs et organismes de financement.

financement à travers les subventions qu'il alloue à ces formations sanitaires et la contribution à leurs charges diverses (dépenses de personnel, dépenses de matériel...).

La même visibilité existe au niveau des deux autres segments où le producteur des soins est soit public soit privé et où l'agence de financement est soit l'Etat, soit un organisme indépendant de sécurité sociale, soit un employeur. Dans tous les cas, par rapport aux fonctions de distribution et de financement, on sait toujours "qui est qui et qui fait quoi".

En revanche il est très fréquent de constater un certain flou autour des fonctions de modulation et d'articulation.

Certes, certaines tâches traditionnelles dévolues aux pouvoirs publics sont clairement exécutées et leurs acteurs identifiés. C'est le cas de tout ce qui touche à l'élaboration de la politique nationale ou encore de la régulation sanitaire de biens et services. Par contre, d'autres aspects comme le développement des normes et standards, l'information et la protection du consommateur, la détermination des mécanismes adéquats de rémunération des producteurs ou encore l'articulation entre producteurs et consommateurs d'une part et entre producteurs et agences de financement d'autre part sont rarement explicités et conduits de manière convenable. A ce sujet, les actions concertées pour parvenir aux objectifs d'efficacité et à l'élaboration de règles transparentes font souvent défaut. Une des illustrations frappantes en est donnée par le système de tarification des soins. Dans le document de " politique nationale de tarification des prestations de soins et des médicaments essentiels sous nom générique 1999-2001", le MSP du Bénin admet que l'inexistence d'un cadre légal clair et transparent en matière de tarification fait que " la tarification actuelle n'est guère adaptée aux conditions socioéconomiques des familles. Elle n'est en réalité basée sur aucune base de calcul rationnelle des coûts de production". Le même document fait ressortir d'importantes distorsions entre les tarifs pratiqués par les formations sanitaires publiques d'un même département dans la mesure où la tarification est laissée à la discrétion des comités de gestion.

Dans le même ordre d'idées, l'inexistence d'un mode de rémunération incitatif est un lourd handicap pour la promotion de l'efficacité. En effet, même si le système de santé béninois cumule la plupart des modes de paiement contemporains, les modes de rémunération des fournisseurs de soins les plus utilisés sont le paiement à l'acte pour les soins ambulatoires et le forfait journalier pour les soins hospitaliers. Le recours à ces modes de paiement (surtout au CNHU et dans les CHD) est favorisé par la législation en vigueur qui laisse le choix du mode de rémunération à la discrétion du conseil d'administration de la structure de soins concernée<sup>1</sup>. Or le caractère contre-incitatif de ces modes de rémunération, pratiqués tant dans le secteur public que dans le secteur privé des soins au Bénin, n'est plus à démontrer. Tous les esprits compétents s'accordent pour reconnaître que le paiement à l'acte et le forfait journalier peuvent entraîner une induction de la demande par l'offre, source d'accroissement des coûts de la santé. En effet, le paiement à l'acte entraîne une multiplication des actes médicaux dans la mesure où le niveau de revenu du fournisseur de soins est tributaire du nombre d'acte pratiqué. Pour les mêmes raisons, le forfait journalier peut être à la base d'une prolongation exagérée du séjour hospitalier. Il va sans dire que les modes de paiement les plus utilisés aujourd'hui ne sont pas de nature à faciliter l'atteinte des objectifs de solidarité et d'efficacité.

Nous pouvons résumer les faiblesses du système, ainsi répertoriées, dans le tableau suivant:

---

<sup>1</sup> Décret n° 89-354 du 18 septembre 1989 portant sur les modalités des prix de vente des médicaments, les prix des consultations, des actes médicaux et des journées d'hospitalisation dans les formations sanitaires publiques.

Source des insuffisances	Types d'insuffisance
Ségrégation horizontale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- double emploi et gaspillage des ressources</li> <li>- différences de qualité dans les services offerts aux divers groupes sociaux</li> <li>- conflits d'intérêts</li> <li>- absence de motivation des fournisseurs de soins (surtout du secteur public)</li> <li>- absence de compétition réelle, donc d'incitation à la qualité</li> <li>- exclusion de la majorité de la population des services de la sécurité sociale</li> <li>- cumul des emplois privés et publics d'où problèmes d'éthique professionnelle et de justice sociale</li> <li>- augmentation des coûts du fait de l'inadéquation des références (du public vers le privé)</li> </ul>
Inadéquation du système avec les réalités sociales	<ul style="list-style-type: none"> <li>- chevauchement asymétrique de la demande d'où injustice et frustration au sein des couches les plus démunies du fait des paiement directs (surtout pour les médicaments).</li> </ul>
Fonctions de modulation et d'articulation peu explicites et mal exécutées	<ul style="list-style-type: none"> <li>- absence d'actions concertées pour améliorer la solidarité et accroître l'efficacité</li> <li>- absence de règles de jeu claires et transparentes</li> <li>- mode de rémunération des producteurs de soins contre-incitatif</li> <li>- absence d'une politique claire de tarification des prestations</li> <li>- absence d'un système d'information transparente et efficace</li> <li>- absence de normes précises relatives à la protection des consommateurs</li> <li>- absence d'interaction entre producteurs et consommateurs d'une part et entre producteurs et agences de financement de l'autre.</li> </ul>

**tableau n°2: synthèse des insuffisances du modèle béninois.**

Bien évidemment, il ne s'agit pas d'une liste exhaustive des imperfections du système, mais tout simplement quelques unes d'entre elles, mises en relief dans le but de proposer des mesures d'ensemble visant à les corriger et à améliorer la performance du système.

### **3.3 COMMENT AMELIORER LE SYSTEME?**

Une revue de la littérature spécialisée ainsi qu'un regard sur les expériences d'autres pays montrent que trois options sont envisageables pour tenter d'apporter une amélioration substantielle au modèle segmenté tel qu'il est pratiqué au Bénin et dont nous venons de présenter la conceptualisation.

Une première possibilité consiste à casser la segmentation de la population par une nationalisation des services et une unification de toutes les institutions dans un même système public. Cette première option conduit, on le voit bien, vers le modèle public unifié. Elle a déjà été expérimentée au Bénin, du moins en théorie, pendant plus de treize ans (de 1975 à 1988) avec des résultats plus que décevants, puisque les priorités de justice sociale liées aux considérations idéologiques d'alors<sup>1</sup> se sont montrées incompatibles avec les préférences des populations et les besoins d'efficience. Il s'est posé en effet de sérieux problèmes par rapport à la qualité des prestations et à la satisfaction des consommateurs. Mieux, même à cette époque, l'égalité de tous devant les services sanitaires tant décrétée par les pouvoirs publics n'a jamais été une réalité, car il n'a jamais été donné aux non APE de bénéficier des mêmes avantages sanitaires que les APE.

La deuxième option consiste à faire évoluer le système vers ce que LONDONO et FRENK ont appelé le "structured pluralism". Ce modèle paraît idéal dans la mesure où, selon ses concepteurs, il cherche à "minimiser les inconvénients et à optimiser les avantages des autres modèles". Toutefois, en prônant un désengagement complet de l'Etat des fonctions de production et une délégation complète des fonctions de modulation et d'articulation à des organismes indépendants, le "structured pluralism" ne peut se mettre en place qu'avec une période de transition suffisante à l'intériorisation par tous les protagonistes des nombreux changements qu'il exige à tous les niveaux du système de santé.

Une troisième option consiste à confier l'organisation des services sanitaires à des instances différentes du gouvernement central. Il y a deux variantes dans cette stratégie: la première réside dans une stratégie de privatisation régulée qui donne un poids important au secteur privé sur le marché de la santé, tandis que la deuxième variante consiste à opter pour une stratégie de décentralisation avec une dévolution des responsabilités, autrefois centralisées, aux autorités locales. La première variante nous paraît peu envisageable dans la mesure où elle conduirait inéluctablement vers le modèle privé atomisé qui, en dépendant exclusivement de la loi du marché, renforcerait la vulnérabilité des couches les plus démunies<sup>2</sup>. C'est donc à juste titre, à notre avis, que la réforme du système de santé béninois actuellement en cours soit orientée vers la décentralisation du modèle. Dans le contexte actuel du Bénin, un argument de poids milite en faveur de cette option. En effet, la décentralisation du système de santé s'inscrit dans un programme plus vaste de décentralisation de l'administration territoriale dont le processus a été lancé depuis de nombreuses années et qui a amorcé un virage important avec les élections municipales du 15 décembre 2002. Il est prévu dans ce cadre une décentralisation de la pyramide sanitaire et un renforcement de la participation communautaire, comme corollaires incontournables de la décentralisation administrative. Toutefois, il est utile de réfléchir aux mécanismes pouvant permettre d'accroître la performance du système avec ce nouveau concept. A cet effet, nous envisageons une série de mesures:

- la première est inspirée des expériences d'autres pays, notamment du Brésil et de la Bolivie qui sont édifiantes en la matière, ces deux pays ayant été parmi les premiers à passer du modèle segmenté à un modèle décentralisé. L'expérience de ces pays montre que l'insuffisance majeure de ce concept réside dans la faiblesse des efforts de modulation pour asseoir des règles de jeu transparentes pour le transfert des compétences et des responsabilités. En conséquence, nous préconisons qu'une attention soutenue soit accordée à la fonction de modulation, notamment à l'élaboration et au

---

<sup>1</sup> Le Bénin était à l'époque un Etat marxiste-léniniste.

<sup>2</sup> L'expérience du modèle argentin est édifiante à ce sujet.

respect des normes relatives au transfert des compétences. Dans la mesure où l'élaboration des règles générales de transfert de compétences relève des lois sur la décentralisation administrative et des textes qui en découlent, nous insistons ici sur les règles spécifiques au secteur de la santé dont la responsabilité incombe au Ministère de la Santé Publique. Ces règles doivent être conçues et formulées de manière à rendre explicite la fonction de modulation et à préciser les modalités de son exécution: par exemple les acteurs responsables des tâches de modulation, leurs attributions respectives, leurs rapports avec les autres acteurs du système (producteurs de soin, consommateurs, organismes de financement, pouvoirs publics), le contenu des tâches, les moyens à mettre en oeuvre pour les accomplir ...

- deuxièmement, nous partons des insuffisances répertoriées dans le tableau n° 1 pour proposer également une explicitation de la fonction d'articulation qui doit être assurée de manière transparente à deux niveaux: un premier niveau d'interaction entre producteurs et consommateurs et un deuxième niveau d'interaction entre producteurs et agences de financement.
- les deux propositions suivantes concernent les fonctions traditionnelles du système que sont la fourniture des soins et le financement.
  - par rapport à la fonction de production, nous pensons qu'elle doit être réformée de manière à accorder une grande autonomie de production et de gestion aux formations sanitaires publiques, à les responsabiliser davantage tout en suscitant une participation plus accrue des populations aux prises de décisions, à la gestion et au contrôle desdites formations, à travers un renforcement et une amélioration de la participation communautaire. Une telle mesure mettra les producteurs publics dans une réelle compétition avec les autres fournisseurs présents sur le marché des soins et leur fera prendre davantage conscience des questions de qualité en même temps qu'ils feront un peu plus attention aux aspects liés au coût de production des services sanitaires qu'ils fournissent.
  - Quant à la fonction de financement, elle doit faire l'objet d'un recentrage et être envisagée comme une responsabilité majeure des institutions de sécurité sociale en général et d'assurance maladie en particulier, de manière à étendre progressivement la couverture sociale à toute la population.<sup>1</sup>
- d'autre part, il convient de faire attention au fait que tout processus de réforme peut être perçu par certains protagonistes comme un danger, du moment où il bouleverse la culture de l'organisation et de la gestion qui se traduit par une habitude de la centralisation de la prise de décision et de la bureaucratie procédurière, combinée avec la mutation fréquente et fantaisiste du personnel. Seule une volonté politique indéfectible peut permettre de venir à bout des résistances éventuelles dues à cet état de chose. De la même manière, les changements nécessaires doivent être appuyés avec autant de vigueur au niveau central qu'au niveau périphérique.
- Enfin, les efforts visant à agir sur d'autres déterminants de la santé<sup>2</sup> sont tout aussi importants, car bon nombre de problèmes qui se posent dans le secteur de la santé sont communs à d'autres secteurs ou proviennent de ceux-ci.

Si le système décentralisé paraît le mieux indiqué, en l'état actuel des choses, il doit être considéré comme un modèle transitoire devant se renforcer progressivement (décentralisation à tous les niveaux

---

<sup>1</sup> Nous examinerons plus loin les modalités de cette couverture dans la deuxième partie du travail.

<sup>2</sup> Action sur la croissance économique, réduction de la pauvreté, promotion d'un cadre de vie sain, réduction du taux d'analphabétisme et relèvement du niveau d'instruction de la population etc.

de la pyramide sanitaire)<sup>1</sup> et devant évoluer à long terme vers le "structured pluralism", lorsque la "libéralisation" du secteur sanitaire, les changements de mentalité et de pratiques ainsi que l'apprentissage des nouvelles responsabilités auront été suffisants. A ce moment, l'Etat pourra se désengager entièrement de la production directe des soins pour ne conserver que des activités d'enseignement et de recherche et se consacrer plus sérieusement au rôle de législateur, de contrôleur, de régulateur, de promoteur des investissements, de mobilisateur des capacités et de principal arbitre du jeu sanitaire. Bien évidemment, il faudra certainement beaucoup de temps pour en arriver à ce stade. Toutefois, y réfléchir comme objectif ultime permet de ne pas l'exclure comme hypothèse à long terme.

En somme, comme c'est le cas dans la plupart des pays en développement, le modèle segmenté du système de santé béninois présente un certain nombre de lacunes liées les unes à l'absence d'intégration horizontale entre les divers groupes sociaux, les autres à l'inadéquation du système avec les réalités sociales et d'autres encore à la faiblesse des fonctions de modulation et d'articulation. Plusieurs mesures sont envisageables pour améliorer le système. Parmi ces mesures figure la décentralisation sanitaire qui, si elle est conduite avec une grande volonté politique, peut permettre au système, du moins dans sa phase transitoire vers une formule plus efficace, de mieux assurer ses principales fonctions de base de manière à garantir la solidarité et l'efficacité requises dans le cadre d'un plan d'assurance maladie généralisée.

Etant entendu que tous les autres modes de financement ont été jusqu'ici associés et expérimentés avec des résultats peu satisfaisants, le débat est de plus en plus orienté vers la possibilité ou non de recourir à l'assurance maladie. Alors si une telle initiative devait être prise, quelles en seraient les modalités de conception et de mise en œuvre ?

C'est ce que nous examinerons dans le chapitre suivant.

---

<sup>1</sup> Non seulement au niveau de la commune comme le prévoit le projet de réforme de l'administration territoriale

## **4. QUEL(S) MODELE(S) D'ASSURANCE MALADIE POUR LES PAYS A FAIBLE REVENU ? UNE PREMIERE ANALYSE AU REGARD DE LA SITUATION AU BENIN.**

L'assurance maladie "stricto sensu", c'est-à-dire perçue comme une forme de couverture basée sur le partage des risques entre les divers groupes sociaux, est pratiquement inexistante au Bénin comme c'est le cas dans la plupart des pays en développement à faible revenu. En dehors du régime couvrant les travailleurs du secteur formel et que nous avons examiné dans le chapitre précédent, certaines formes d'organisations sociales sont expérimentées par les divers groupes sociaux. Ce sont des régimes proches de la sécurité sociale en général et comportant chacun une "rubrique maladie". Ils sont pour la plupart l'œuvre des populations elles-mêmes pour tenter de pallier l'inexistence de régimes institutionnalisés. Certains existent depuis les temps immémoriaux<sup>1</sup>, tandis que d'autres sont liés à l'époque contemporaine<sup>2</sup>. Afin de mieux apprécier les modalités de conception et de mise en oeuvre d'un régime institutionnalisé d'assurance maladie, il convient de jeter un regard sur ces diverses formes de protection pour en évaluer les forces et faiblesses afin d'en déterminer l'opportunité dans le contexte socioéconomique actuel ainsi que l'utilité éventuelle pour un régime plus organisé et plus généralisé.

### **4.1 UN APERCU DE QUELQUES FORMES DE COUVERTURES EXISTANTES (d'après les rapports sociaux 96 et 97/98)**

Ce sont : l'entraide et les associations, la tontine et les mutuelles d'épargne et de crédits, les coopératives et enfin les mutuelles de santé en milieu agricole.

#### **4.1.1 L'entraide et les associations**

L'entraide traditionnelle est une forme d'assistance réciproque organisée à l'intérieur d'un groupe social donné où la production est orientée vers la satisfaction des besoins de toute nature du groupe, qu'ils soient moraux ou matériels. En dehors de la solidarité familiale, c'est la plus ancienne des formes de protection sociale existantes dans un pays comme le Bénin. L'entraide se développait dans les limites d'une économie communautaire qui n'était pas ouverte au marché. En effet, le travail était communautaire et les instruments de travail appartenaient à la communauté. Aussi, la répartition des biens de consommation produits se faisait sur la base d'une large égalité de droits et d'obligations, tout en tenant compte de l'âge et des besoins particulier des individus (éducation des enfants à charge, entretien des femmes enceintes, des malades et des handicapés, soins aux malades et aux personnes âgées, aide aux membres en difficulté...). Avec l'entraide traditionnelle, l'orphelin s'ignore, il n'y a pas d'enfant abandonné, encore moins d'hospice pour les vieillards. L'entraide se manifeste dans tous les domaines où des événements sont de nature à affecter l'intégrité ou la sécurité économique et sociale du groupe, qu'il s'agisse de la protection maternelle et infantile, de la protection des personnes âgées ou encore de celle des malades et infirmes.

---

<sup>1</sup> C'est le cas de l'entraide traditionnelle, des associations et de la tontine.

<sup>2</sup> Exemple des mutuelles d'épargne et de crédits.

Pour ce qui est spécifiquement de la protection des malades, un membre du groupe frappé d'un accident ou d'une maladie était immédiatement pris en charge dans les mêmes conditions que les enfants. Le malade est traité par les "tradithérapeutes" en même temps qu'il reçoit des aides et secours de toutes sortes de la part des membres de sa famille, des autres membres du groupe social et surtout de ceux de sa tranche d'âge. Dans ce cadre, ses champs sont labourés, sa maison réparée ou reconstruite au besoin. De la même manière, en cas de longue maladie, des soins, de la nourriture et des vêtements sont fournis au grabataire jusqu'à ce qu'il recouvre totalement la santé. Pour toute "prime" à payer, il fallait appartenir à la communauté et accepter de travailler en fonction de sa force physique tant qu'on n'est ni malade, ni invalide, ni handicapé. Grâce à la vie communautaire, le problème de la sécurité sociale en général et de l'assurance maladie en particulier ne se posait pas.

Mais l'évolution des structures socioéconomiques et culturelles, la mutation de la société avec pour corollaire une tendance au renversement des valeurs traditionnelles ainsi que l'individualisme grandissant ont eu raison de l'entraide. En conséquence, même si l'entraide n'a pas totalement disparu, l'assistance autrefois apportée à titre gratuit aux personnes malades est devenue une denrée rare plutôt cédée à titre onéreux dans des structures à but lucratif. Dès lors, les indigents deviennent nombreux et attendent l'aide des pouvoirs publics, des organisations religieuses ou caritatives.

Toutefois, les diverses formes d'association, tout en reconnaissant qu'il est impossible de nos jours de maintenir l'entraide dans sa forme traditionnelle, tentent de puiser dans ce système de solidarité en voie de disparition le ferment nécessaire pour asseoir de nouvelles bases de protection sociale.

En effet, les associations sont des groupements d'hommes qui s'unissent pour réaliser un objectif qui leur est commun. Cet objectif peut être professionnel, politique, sportif, culturel ou de développement local. Mais la caractéristique principale de toutes ces associations est qu'elles finissent par développer, en plus des objectifs principaux qui les unissent, un objectif d'entraide et de solidarité entre les membres surtout lorsqu'il s'agit d'association professionnelle ou de développement local. Ainsi, elles se commuent en des associations d'entraide et de solidarité qui visent des objectifs de prévoyance sociale par l'organisation au profit de leurs membres d'une forme d'assistance financière lors d'évènements sociaux imprévisibles comme la maladie. Les associations se distinguent tout de même de l'entraide traditionnelle par le fait qu'elles fonctionnent sur la base des cotisations de leurs membres, les plus dynamiques étant celles qui disposent d'un appareil administratif performant et dont le recouvrement des cotisations est facilité par la solvabilité et l'accessibilité aux revenus des membres. Pour autant que le membre s'acquitte régulièrement de ses cotisations et traites, des prêts peuvent lui être accordés en cas de maladie pour faire face au financement des soins et pour compenser un manque à gagner éventuel engendré par une période d'inactivité plus ou moins longue. Il peut en outre être organisé en sa faveur une souscription volontaire ponctuelle entre les membres.

Cette forme de couverture présente ses limites à un double point de vue:

- d'une part, la performance des appareils administratifs et directionnels des associations suppose des gestionnaires confirmés, capables de gérer efficacement les fonds, et avertis des facteurs de blocage psychologiques qui affectent généralement l'élan des individus à opter pour une gestion rigoureuse des prêts qui leur sont consentis et à les rembourser à échéance;

- d'autre part, en l'absence d'une couverture parallèle ou complémentaire, les sommes mises à la disposition du membre par l'association peuvent devenir insuffisantes pour couvrir convenablement les soins surtout en cas de prestation sanitaire particulièrement coûteuse ou d'état de morbidité prolongé de l'adhérent, l'association ne pouvant assister ses membres qu'à concurrence de ses ressources. D'où le recours à d'autres formes d'organisation comme la tontine et les mutuelles d'épargne et de crédits.

#### 4.1.2 La tontine et les mutuelles d'épargne et de crédits.

La tontine consiste en la mise en commun, selon une périodicité déterminée, d'épargnes individuelles fixées sur une base égalitaire et dont la somme est versée entre les mains d'un bénéficiaire désigné par un tirage au sort préalable ou suivant les besoins exprimés. Généralement, les membres d'un groupe de tontine se connaissent, peuvent se passer leurs tours respectifs et peuvent même s'aider à payer leurs cotisations. Les groupes de tontine sont dirigés par des structures d'administration légère. Un seul responsable peut diriger une tontine jusqu'à son terme. Les adhésions sont basées sur une confiance totale placée en lui. Avant l'échéance retenue, l'adhérent peut solliciter, en cas de maladie par exemple, une avance ou un emprunt égal ou supérieur à la somme des parts périodiques qu'il verse. En raison des objectifs qu'ils poursuivent, les individus adhèrent à des tontines en espèce ou en nature, les tontines en espèce étant les mieux indiquées pour secourir les adhérents en cas de maladie. Les limites de la tontine s'apprécient à quatre niveaux :

\_d'abord, la tontine qui n'est rien d'autre qu'une forme d'épargne exige beaucoup de privation et de sacrifice. L'adhérent est obligé de respecter les échéances quel que soit l'état de marche de ses sources de revenu. Cela soulève parfois quelques difficultés quand on sait que cette forme d'organisation est souvent adoptée par les travailleurs du secteur informel (artisans, commerçants et revendeurs...) aux revenus irréguliers et fluctuants.

- Ensuite, étant uniquement fondée sur la confiance réciproque entre le responsable et l'adhérent, la tontine a souvent été l'objet d'abus où des sommes importantes sont emportées par des individus peu scrupuleux.

- Au plan financier, la tontine est sujette à la dépréciation monétaire qu'engendre l'inflation. Ainsi, les gagnants sont souvent les premiers à "ramasser"<sup>1</sup> et les perdants en sont les derniers.

- Enfin, Au plan économique et social, nonobstant tous les intérêts qu'elle présente, la tontine est un luxe que ne peuvent s'octroyer que les individus qui ont un revenu suffisant pour couvrir les besoins fondamentaux ; tout comme c'est le cas en ce qui concerne les mutuelles d'épargne et de crédit.

Les mutuelles d'épargne et de crédits sont des associations à but non lucratif qui ont généralement pour objectif de promouvoir et de valoriser les activités professionnelles, économiques et sociales de leurs membres. Elles sont souvent constituées au sein d'une association corporatiste. Elles regroupent par exemple les artisans d'un même corps de métier et sont financées par les cotisations de leurs membres, les apports d'épargne personnelle des membres et l'affectation des produits du placement des réserves, ainsi que les dons et legs. La mutuelle consent aux adhérents des prêts à des taux d'intérêt inférieurs à ceux pratiqués par les banques. Ces prêts sont destinés principalement à la promotion des activités économiques et sociales des membres et accessoirement à la couverture des risques sociaux telle la maladie.

Comme il a été mentionné plus haut en ce qui concerne la tontine, le versement des cotisations à une mutuelle suppose la renonciation actuelle à une partie des revenus pour son utilisation future, option qui n'est pas ouverte à toutes les couches sociales. Un tel choix suppose aussi que le revenu soit substantiel et constant de même que le "gain", c'est-à-dire l'emprunt contracté, doit être suffisant pour couvrir le risque. De là, d'autres formes de solidarité sont envisagées dont les membres peuvent, eux

---

<sup>1</sup> C'est le terme courant utilisé pour désigner la récupération de la somme convenue à l'échéance.

aussi, bénéficiaire de prêts mais sur une base de regroupement différente de celle des mutuelles et autres associations : ce sont les coopératives.

### 4.1.3 Les coopératives.

Les coopératives sont des regroupements de personnes souvent de même profession (agriculteurs, artisans...) vivant dans un même milieu (village ou quartier de ville) et partageant des objectifs communs de production et de commercialisation des fruits de leur travail. Pour atteindre ces objectifs, les coopérateurs mettent en commun leurs moyens de production et leur savoir faire. La solidarité y était évidente au départ, car il n'était pas tenu compte du rendement de chaque coopérateur pour procéder à la redistribution des revenus. Ainsi, la capacité d'un membre complétait l'incapacité de l'autre, la force de l'un atténuait la faiblesse de l'autre dans sa capacité de production. Mais cette forme de solidarité, quoique salutaire s'est montrée inopérante de sorte que l'option a été vite abandonnée. La mise en commun des moyens de production et la redistribution des revenus sans considération des efforts individuels ne sont plus de mise. C'est ainsi par exemple que dans les coopératives de coton, chaque paysan travaille dans son champ, la conjugaison des efforts ne s'effectuant plus qu'au moment de placer les produits des récoltes sur le marché.

Si l'objectif principal des coopératives est économique, à savoir la mise en commun des moyens de production en vue d'accroître la productivité, elles poursuivent également, et dans la plupart des cas, un objectif de solidarité et de protection sociale. Ainsi par exemple, lorsqu'un coopérateur est frappé par la maladie, une souscription est organisée en sa faveur auprès des autres membres pour lui permettre de faire face aux dépenses sanitaires. En marge de cette souscription, en principe volontaire mais à laquelle les adhérents ont coutume d'adhérer spontanément, certains coopérateurs n'hésitent pas, lorsqu'ils en ont les moyens, à verser une assistance pécuniaire personnelle au malade. Un encadrement psychologique lui est également fourni dans le même cadre.

Si la République du Bénin a eu à faire entre 1975 et 1985 plusieurs expériences en matière de coopératives<sup>1</sup>, le mouvement coopératif n'a pas connu l'essor escompté pour la simple raison que la plupart des coopératives créées dans les années 80 l'ont été sur l'initiative des pouvoirs publics, de sorte que la volonté effective d'adhésion n'était pas évidente chez tous les membres. En conséquence, ont adhéré aux coopératives de nombreuses personnes qui, par nature, sont animées par un esprit d'individualisme ou d'opportunisme. Ainsi, la solidarité que les coopérateurs sont censés développer n'a pas suivi et la plupart des organisations coopératives ont été désertées par leurs membres. Toutefois, certaines coopératives qui ont révélé une volonté commune d'adhésion des membres ont réussi à s'affirmer. C'est le cas de la coopérative du meuble de Cotonou dont les membres souscrivent une assurance volontaire contre les accidents de travail et les maladies professionnelles auprès de l'Office Béninois de Sécurité Social (OBSS). La réussite qu'a connue la coopérative du meuble est remarquable tant au plan économique que sociale<sup>2</sup>. Mais la couverture qu'elle offre à ses membres contre le risque maladie est très insuffisante, car elle reste limitée aux maladies professionnelles et accidents de travail. Elle peut s'améliorer si une couverture plus adaptée était organisée en faveur des coopérateurs ainsi que des membres des associations, des groupes de tontine et des mutuelles d'épargne.

---

<sup>1</sup> Il y a eu à l'époque les coopératives agricoles expérimentales de type socialiste( CAETS), les groupements révolutionnaires à vocation coopérative( GRVC), la coopérative des mutuelles etc. Rappelons qu'à cette époque, la République du Bénin, alors République Populaire du Bénin, était un Etat marxiste-léniniste. La propriété collective était la règle dans tous les secteurs d'activité de l'économie nationale.

<sup>2</sup> " L'union fait la force " est généralement la devise des coopérateurs.

Les mutuelles de santé en milieu rural constituent une étape plus avancée en matière de protection contre le risque maladie.

#### 4.1.4 Le cas des mutuelles de santé en milieu rural

Les mutuelles de santé en milieu agricole sont soutenues par la Mutualité Sociale Agricole française et l'Association pour le Développement de la Mutualité Agricole au Bénin<sup>1</sup>. Elles concernent les paysans de quelques régions pilotes<sup>2</sup>, avec comme supports les caisses rurales d'épargne et de prêts (CREP) de Sassa Kawa Global 2000. L'adhésion est volontaire. L'objectif des initiateurs est d'assurer le minimum de protection sanitaire aux adhérents en se fondant sur le principe d'entraide et de solidarité. L'initiative s'appuie sur la participation communautaire en adoptant les soins de santé primaires comme approche stratégique ; ce qui suppose que la communauté est considérée comme actrice principale du dispositif sanitaire. Les adhérents ont la possibilité de faire des prêts auprès des CREP pour s'acquitter de leurs cotisations. Les fonds recouverts auprès des mutuelles sont placés auprès des CREP qui représentent leurs banques.

En matière de prestations, la mutuelle offre deux options à l'adhérent :

L'option A offre au mutualiste des soins au niveau du centre de santé de la mutuelle. En cas d'aggravation de son état de santé, il est évacué vers l'hôpital de zone ou une autre formation sanitaire plus spécialisée avec laquelle la mutuelle a passé convention. Pour cette option, l'adhérent paie une prime annuelle de 25000 fcfa soit environ 35 dollars us<sup>3</sup> répartie comme suit: 80% au titre de l'épargne privée et 20% au titre de la solidarité. Si l'assuré choisit l'option B, ses soins se limitent au niveau du centre de santé de la mutuelle. Dans ce cas, il bénéficie d'une réduction de prime de 10.000 CFA et ne paie que 15000 fcfa soit environ 21 dollars us répartis de la même façon que dans le cas précédent. Quelle que soit l'option choisie, la protection est assurée au mutualiste ainsi qu'à 10 autres membres de sa famille, dans les mêmes conditions. Un membre supplémentaire de la famille entraîne une cotisation supplémentaire de 2500 fcfa ou de 2000 selon l'option choisie (l'équivalent de 3,5 ou 2,8 dollars). Les 80% d'épargne privée demeurent la propriété du mutualiste qui ne bénéficie d'aucune prestation sanitaire au cours de l'année, les 20% restants allant dans la caisse de la communauté au titre de la solidarité entre adhérents. Ainsi, le mutualiste qui n'a bénéficié d'aucune prestation au cours de l'année n'aura qu'à verser comme prime de l'année suivante la somme représentant les 20% de l'option choisie. Celui qui a épuisé une partie seulement de son épargne n'aura qu'à la compléter en fin d'année. Et l'assuré dont le montant des soins dépasse sa cotisation bénéficie de la solidarité, grâce au 20% de cotisation de tous les autres membres. Si le nombre de mutualistes se trouvant dans cette dernière situation est élevé et que le montant des dépenses de santé effectuées dans le cadre de la solidarité est supérieur au montant de l'avoir de la mutuelle dans son compte de solidarité, la différence est répartie de façon proportionnelle entre les adhérents ayant dépassé le montant de leur épargne. C'est dire que dans tous les cas, l'assuré bénéficie toujours des prestations dont il a besoin, conformément à l'offre de soins disponible et à l'option qu'il a lui-même faite.

Cette forme d'organisation permet aux populations bénéficiaires d'accéder à des soins de santé primaires de qualité à moindre coût, la prescription des médicaments génériques étant la règle et le

---

<sup>1</sup> L'initiative est de Monsieur LOKO, Président de l'Association "France-Bénin" et cadre administratif à la Mutualité Sociale Agricole (MSA) de Vendée (France).

<sup>2</sup> Il s'agit de : ASSROSSA, BIGNIME et GBOWIME. En 1987, le nombre total d'adhérents dans l'ensemble des trois localités pilotes était de 647.

<sup>3</sup> Rappelons qu'au Bénin, le PIB par tête d'habitant est d'environ 397 dollars us.

recours aux produits de spécialité, l'exception<sup>1</sup>. Aussi, améliore-t-elle le système de solidarité en prônant une nouvelle forme d'entraide entre les populations d'un même village, ce qui atténue l'individualisme de plus en plus envahissant.

Toutefois, les mutuelles souffrent de certaines insuffisances non négligeables:

- d'une part, leur fonctionnement harmonieux exige un personnel d'encadrement et de gestion qualifié, notamment pour assurer la gestion comptable des centres de santé, celle des médicaments et la tarification des actes médicaux. Or, force est de constater que, faute d'incitation appropriée, ce personnel n'est pas souvent enclin à aller travailler dans les milieux ruraux où se développent en priorité les mutuelles,

- d'autre part, les prestations offertes par les mutuelles ne dépassent guère le premier niveau de la pyramide sanitaire, ce qui peut s'avérer peu efficace dans un contexte où les populations sont de plus en plus confrontées non seulement aux affections tropicales courantes, comme le paludisme et les maladies respiratoires aiguës, mais également à d'autres pathologies autrefois qualifiées de "maladies de l'occident".<sup>2</sup> Quant on sait que la prise en charge de ces affections dépassent généralement le cadre des soins de premier recours, on est tenté de se demander si la couverture offerte par les mutuelles est optimale.

Comme nous venons de le constater, des formes d'organisation et de couverture contre la maladie ont toujours existé dans les sociétés béninoises. Elles ont pris des dimensions variées et ont connu une certaine évolution au fil des temps. Elles ont concerné, "cahin caha", toutes les couches de la population. Toutefois, aucun de ces modes de couverture n'est parvenu à asseoir un financement adéquat du secteur de la santé, un remboursement optimal des prestations, une large et équitable accessibilité aux services sanitaires de qualité, un réel partage des coûts ou une compensation des risques, bref la solidarité et l'efficacité au sens large du terme. D'où la nécessité de réfléchir à une organisation plus efficace que pourrait incarner l'assurance maladie.

## **4.2. L'ORGANISATION DE LA COUVERTURE**

Le recours à l'assurance maladie étant justifié par l'inefficacité et l'inadéquation des autres modes de financement, comme nous venons de le voir, il convient à présent de s'appesantir sur les modalités de son organisation. C'est un casse-tête pour les pays en développement et surtout pour ceux à faible revenu où la question agite de plus en plus les milieux sanitaires et politiques. Très souvent, les pouvoirs publics se réfugient derrière les difficultés liées à la mise en oeuvre de cette option pour s'abstenir d'engager les systèmes de santé dans de nouvelles expériences. Toutefois, avant d'en arriver aux difficultés, un premier niveau de réflexion peut consister à tenter de répondre aux interrogations suivantes : qui peut être couvert et comment (étendue de la couverture)? Est-on obligé de s'assurer (régime obligatoire ou facultatif)? Auprès de qui doit-on le faire (unicité de caisse ou pluralité de caisses)?

### **4.2.1 Etendue de la couverture**

---

<sup>1</sup> La plupart des affections les plus courantes peuvent être convenablement prises en charge au niveau primaire de la pyramide sanitaire. Ce sont : le paludisme (34% des consultations), les infections respiratoires aiguës-IRA (16% des consultations), les affections gastro-intestinales (8% des consultations) et les diarrhées (7% des consultations).

<sup>2</sup> Comme les affections cardio-vasculaires, les maladies endocriniennes telles que le diabète, les traumatismes, les affections oculaires...

L'objectif premier d'un plan d'assurance maladie, tel que nous l'envisageons, est d'assurer une couverture généralisée à l'ensemble de la population. En d'autres termes, il s'agit de proposer un ou plusieurs régimes d'assurance qui tiennent compte de toutes les couches de la population. Cela revient à organiser la couverture de manière à permettre à chacun de s'y retrouver, indépendamment de sa zone d'habitation, de son niveau de revenu, de son degré d'instruction, de ses activités professionnelles, ou encore d'autres facteurs qui, aujourd'hui, favorisent ou justifient l'exclusion de la majorité de la population de toute forme d'organisation sociale efficace. Toutefois, nous reconnaissons que cet objectif, pour louable et idéal qu'il puisse paraître, doit rester un objectif à long terme dans la mesure où l'élaboration et la mise en oeuvre d'un plan d'assurance maladie nécessitent un environnement et une organisation économique et sociale ainsi qu'un processus long et complexe. En effet, l'insuffisance des ressources sanitaires, la faible croissance économique, la prédominance du secteur informel, la faible performance du système de santé et des institutions administratives oblige à réfléchir dans le sens d'une mise en route progressive d'une telle initiative.

Concrètement, il sera question tout d'abord d'opérer une réforme des régimes actuellement disponibles notamment celui destiné aux travailleurs du secteur formel pour en faire un véritable régime d'assurance maladie géré par des institutions spécialisées. Ainsi par exemple, l'Etat, après avoir réformé le système de santé et rendu autonomes les producteurs de soins publics (comme nous l'avons souligné plus haut), versera directement les subventions qui leurs sont destinées aux organismes d'assurance maladie. Ces derniers se chargeront de financer les soins des travailleurs suivant des règles claires préétablies. Ainsi, l'évaluation des coûts des prestations sanitaires sera une priorité et la pertinence du mode de rémunération des producteurs de soins pourra être mieux appréciée. Parallèlement, il sera question d'étendre progressivement la couverture par la mise en place de régimes propres aux différentes catégories sociales, en s'inspirant, autant que faire se peut, des formes de couverture déjà expérimentées dont on corrigerait les imperfections pour les rendre plus opérationnelles et plus efficaces. A ce niveau, l'exemple des mutuelles de santé en milieu rural semble édifiant. En effet, bien qu'elle n'offre pas une couverture complète (du fait de la non accessibilité aux services sanitaires secondaires et tertiaires), ce régime garantit un accès aux soins de santé primaires de qualité tout en réveillant la solidarité entre assurés en même temps qu'il respecte les contraintes économiques des adhérents. Le perfectionnement de ce modèle et sa généralisation au sein des communautés présentant les mêmes caractéristiques socioéconomiques (avec le soutien des pouvoirs publics) constituerait déjà un pas décisif vers une élévation graduelle du nombre de personnes couvertes. Dans la mesure où les maladies les plus courantes peuvent être convenablement prises en charge au niveau de ces institutions, la protection qu'elles pourraient offrir à une frange importante de la population serait déjà une sérieuse avancée.

Dans le même ordre d'idées, des modèles similaires peuvent être créés au profit des travailleurs du secteur informel en tenant compte de l'instabilité et de la fluctuation de leurs revenus, le paiement des primes pouvant être échelonné sur l'année.

Une fois les régimes appropriés identifiés de concert avec les groupes sociaux concernés, ces derniers auront-ils l'obligation de s'y affilier ?

#### **4.2.2 Régime obligatoire ou facultatif?**

L'assurance maladie universelle est en principe obligatoire dans la mesure où elle vise à offrir une protection à l'ensemble de la population. Le caractère obligatoire de l'assurance maladie présente le double avantage d'éviter l'exclusion des plus pauvres en même temps qu'il empêche le phénomène de la "sélection adverse".

La sélection adverse s'observe souvent dans les régimes d'assurance facultative où les personnes en bonne santé s'abstiennent de s'assurer, obligeant ainsi l'assurance à ne couvrir que les risques moyennes et élevés, c'est-à-dire les mauvais risques. Les coûts de l'assurance devenant alors très importants du fait de l'ampleur des risques couverts, l'assureur aura tendance à les répercuter sur l'ensemble des cotisations qui deviennent excessives voir dissuasives. L'assurance perd alors son intérêt pour ceux qui peuvent encore y croire.

Le régime obligatoire, en assurant la mise en commun des risques et un large partage des coûts entre tous les groupes sociaux, favorise la solidarité et l'équité au sein de la population, les « biens portant » soutenant les plus malades pendant que les plus riches paient pour les plus démunis<sup>1</sup>. Cependant, dans les pays en développement à faible revenu, instituer dès le départ un régime obligatoire relèverait de l'utopie. En effet, le régime obligatoire suppose que tout citoyen est contraint de s'affilier à une caisse-maladie. Dans un pays comme le Bénin où seul 15 à 20% de la population exercent une activité dans le secteur structuré de l'économie, décréter une obligation d'assurance revient à mettre en commun les risques représentés par deux catégories de population dont on n'a pas les mêmes probabilités de recouvrement des primes. Ainsi, on aura d'un côté une minorité de gens aux revenus quantifiables et saisissables, dont les primes seront facilement recouvrables ; et de l'autre, une grande majorité de citoyens aux revenus instables, difficilement quantifiables et auprès de qui le recouvrement des primes ressemblerait à un véritable "parcours du combattant".

C'est pourquoi, au départ, le régime obligatoire sera institué pour les travailleurs du secteur formel. Il sera progressivement étendu aux autres couches sociales au fur et à mesure que des efforts seront faits pour accroître la taille du secteur structuré par une réorganisation du secteur informel. Parallèlement, un régime facultatif sera institué pour les différents modèles initiés en faveur des autres groupes sociaux. Certes, avec un tel choix, la période de transition risque d'être assez longue. Toutefois, il faut reconnaître que, si ces différents modèles fonctionnent de manière satisfaisante, les assurés potentiels restés en marge seront spontanément incités à y adhérer. En tout cas, pour les travailleurs aux revenus insaisissables, une assurance obligatoire dont ils ne sont pas convaincus s'expose à des manifestations de mauvaise volonté comme des dissimulations de revenus afin d'éviter de faire face aux cotisations. Le grand défi consiste donc à initier les modèles de base, à les faire fonctionner efficacement et à valoriser leurs avantages pour déterminer d'autres à y adhérer.

#### **4.2.3 Unicité de caisse ou pluralité de caisses?**

Comme nous l'avons vu plus haut, une réforme du système de santé est nécessaire dans les pays en développement pour les rendre plus performants et plus aptes à remplir les tâches qui les attendent dans le cadre d'une assurance maladie.

En République du Bénin, la décentralisation du système de santé étant envisagée, il sera octroyé davantage d'autonomie aux communes qui organiseront, au niveau des arrondissements et des villages, l'ensemble de leurs services y compris les services sanitaires. Dans ce cas, une caisse nationale unique, même décentralisée, sera difficilement envisageable surtout en raison des disparités socio-économiques observables entre les différentes régions. A cela s'ajoute la faiblesse des capacités administrative et des moyens de communication, deux outils indispensables à une gestion centralisée de l'assurance maladie. En revanche, des caisses multiples s'adapteront mieux à l'esprit compétitif que nous prônons non seulement entre producteurs de soins mais également entre agences de financement. Par ailleurs, la proximité et l'accessibilité des caisses-maladie mettront les assurés en confiance et faciliteront leur implication dans la gestion des dites structures. Aussi, la taille modeste d'une caisse-maladie constitue-t-

---

<sup>1</sup> A condition que la prime soit fixée en fonction du revenu ou tout au moins de la classe sociale à laquelle appartient l'assuré.

elle un gage de souplesse et d'amointrissement des coûts administratifs. Enfin l'expérience catastrophique de la Société Nationale d'Assurance et de Réassurance ( Sonar)<sup>1</sup> étant encore vivace dans les esprits, un principe de caisse unique aura forcément du mal à passer dans l'opinion publique nationale.

Pour toutes ces raisons, nous estimons qu'une pluralité de caisses collerait plus aux réalités béninoises et offrirait de meilleures garanties d'efficacité. Toutefois, nous reconnaissons qu'il n'existe pas en la matière une solution universelle pour tous les pays concernés, chaque pays devant identifier l'option qui lui convient en fonction du contexte.

Tant dans la phase de définition de l'option qu'à tous les niveaux du processus, les pouvoirs publics ont un rôle capital à jouer.

### **4.3 LE ROLE DES POUVOIRS PUBLICS**

Le rôle des pouvoirs publics s'apprécie aussi bien par rapport aux traditionnelles fonctions de production et de financement qu'au regard des fonctions de modulation et d'articulation.

#### **4.3.1 Par rapport aux fonctions de production et de financement.**

Pour faciliter une compétitivité régulée entre les producteurs de soins, les pouvoirs publics doivent manifester une grande volonté de décentralisation et "d'autonomisation" des producteurs de soins du secteur public. Comme nous l'avons souligné précédemment<sup>2</sup>, c'est à cette condition que les formations sanitaires publiques se sentiront davantage responsabilisées par rapport aux questions de qualité et de coût des services qu'ils fournissent. Une telle proposition ne signifie en rien un désengagement total des pouvoirs publics de la production des soins. Il s'agit plutôt d'un recentrage de leur rôle dans le but de favoriser la compétition entre fournisseurs de soins et un meilleur rapport coût/efficacité des services fournis. Ainsi, ils continueront à soutenir les producteurs de soins publics tout en régulant le marché de la santé de manière à garantir les prestations requises et à prévenir certains écueils à éviter par tout système d'assurance maladie tels que: la surconsommation des soins et l'induction de la demande par l'offre. Ces deux phénomènes, s'ils ne sont pas maîtrisés, peuvent provoquer la faillite du système d'assurance en entraînant une explosion des coûts. Ce double risque, déjà existant dans les pays développés où l'assurance maladie est pratiquement une tradition, est plus élevé dans les pays en développement où la plupart des gens sont habitués au paiement direct des soins de santé. La garantie par l'assurance du paiement ou du remboursement des prestations peut rendre les assurés plus enclins à recourir aux services sanitaires. De la même manière, les fournisseurs de soins, dans la mesure du possible, auront une tendance naturelle à induire la demande dès lors qu'ils sont rassurés que le paiement sera effectué ou garanti par l'assureur.<sup>3</sup>C'est ce qui a amené G. DOMENIGHETTI à affirmer que l'assurance maladie peut provoquer un changement de « vitesse prescriptive » chez le médecin, surtout si le patient est sous informé<sup>4</sup>.Ce double risque peut être amoindri par la définition d'un catalogue des prestations de base<sup>5</sup>, une politique d'accréditation et de

---

<sup>1</sup> La SONAR était la seule compagnie d'assurance et de réassurance jusque dans les années 90. Sa gestion a laissé un très mauvais souvenir à toute la population.

<sup>2</sup> Au point 2-3.

<sup>3</sup> Cet état de chose est facilité par l'asymétrie d'information qui caractérise le marché de la santé et qui se trouve renforcée par la faiblesse du niveau d'instruction des habitants dans les pays en développement.

<sup>4</sup> Voir à ce sujet DOMENIGHETTI G.Introduction à l'Economie de la Santé, cours du MHEM, IEMS-HEC-UNIL, 2001.

<sup>5</sup> On parle également de paquet minimum des prestations ou de panier de biens minimal.

contrôle des producteurs de soins ainsi que l'instauration de franchise, de quote-part ou de ticket modérateur à la charge de l'assuré.

La définition du catalogue de base sera axée sur les pathologies les plus courantes qui menacent la majorité de la population ainsi que sur une priorité aux médicaments génériques par rapport aux produits pharmaceutiques de spécialité. Les exclusions de risque, c'est-à-dire les prestations non remboursables par l'assurance maladie, pourront faire l'objet d'une assurance privée ou complémentaire.

L'accréditation des fournisseurs de soins autorisés à pratiquer à charge de l'assurance maladie permet d'exercer un contrôle sur l'offre de soins dans une perspective de contrôle des coûts ; tandis que les franchise, quote-part et ticket modérateur ont pour but de ralentir "l'élan" du consommateur à recourir démesurément aux services sanitaires, c'est-à-dire de l'amener à n'y recourir que quand il en a vraiment besoin. Dans le même ordre d'idée, les soins prodigués par les fournisseurs du niveau tertiaire étant particulièrement coûteux, leur remboursement sera strictement réglementé de manière à ne pas en priver ceux qui en ont réellement besoin tout en évitant que se retrouvent à ce niveau de la pyramide sanitaire des consommateurs de soins pouvant être convenablement pris en charge aux niveaux primaire et secondaire. On peut y parvenir par exemple en réglementant le système de référence de sorte que, sauf urgence, le consommateur ne soit accepté au niveau tertiaire que s'il y est référé par un producteur de niveau inférieur. Cela suppose une définition précise des conditions de référence des patients des niveaux primaire et secondaire vers le niveau tertiaire.

Les pouvoirs publics doivent également mettre en place un "filet de sécurité" pour les plus démunis en même temps qu'ils imagineront un mécanisme pour la prise en charge des cas lourds ou extrêmes.

Les citoyens les plus démunis sont financièrement incapables d'honorer une prime d'assurance en vue de bénéficier en retour des services sanitaires en cas de maladie. Jusqu'à présent, ces couches de la population sont prises en charge, "cahin caha," dans les formations sanitaires publiques et par les fournisseurs de soins privés à but non lucratif. Mais leur situation s'est quelque peu compliquée depuis que les centres de santé ont opté dans les années 80 pour un recouvrement des coûts. Désormais, il leur est demandé une participation aux frais, en contre partie des soins reçus. Certains y parviennent pour autant que la contribution demandée reste modique, d'autre non. On peut penser à la mise en place, comme ce fut le cas au Maroc, d'un "fonds de solvabilisation des indigents" financé par l'Etat et les collectivités locales<sup>1</sup> et qui sera chargé de subventionner les primes d'assurance des plus pauvres. Encore faudrait-il pouvoir déterminer de manière précise qui est indigent et qui ne l'est pas. Expérimentée dans le passé, la formule de la délivrance de certificat d'indigence a donné lieu à d'énormes abus au point que les personnes capables de payer leurs soins se présentaient dans les formations sanitaires pour s'y faire soigner gratuitement avec les maigres ressources disponibles, privant ainsi de soins les vrais indigents. Le grand dilemme consiste donc à asseoir une procédure efficace qui réduirait les abus et permettrait de cibler les plus pauvres au bénéfice de la gratuité des services de santé. La littérature fournit un certain nombre d'outils pour y parvenir. Ainsi, T. BESLEY et S. COAST indiquaient en 1992 qu'il était possible d'attirer les pauvres vers les programmes publics de lutte contre la pauvreté et d'en dissuader les non pauvres, par exemple à travers les travaux d'intérêt commun qu'on ferait faire aux gens en contre partie des prestations reçues. De même, le PNUD<sup>2</sup> indique certains outils capables de "cibler les dépenses publiques sur les pauvres". La première technique consiste en une stratification de la population, par exemple selon le type de logement. La

---

<sup>1</sup> Mohamed BENKASSMI : " Demande des soins de santé au Maroc..." Thèse de doctorat présenté à l'Ecole des HEC de Lausanne en 2001, p149.

<sup>2</sup> Rapport du PNUD 1993, p123.

deuxième procédure consiste à fournir certains services gratuitement à des sous-groupes facilement identifiables (quartiers défavorisés, régions défavorisées, écoles publiques...). Troisièmement, il s'agit de décréter carrément la gratuité de certains services qu'utilisent surtout les pauvres. A ce niveau, nous pensons que la gratuité est une option qui n'est plus envisageable de nos jours, car il est clair que chaque acte ou prestation a un coût et doit être pris en charge par quelqu'un. Ce serait donc plus approprié de parler de subventionnement desdits actes ou de leur financement par les pouvoirs publics, plutôt que de leur gratuité. Enfin, il est possible de laisser les individus se cibler eux-mêmes en offrant les services à tout le monde mais de manière à en dissuader les riches.

Comme on peut le constater aisément, si toutes ces stratégies paraissent théoriquement envisageables, aucune d'elles ne semble, de manière isolée, en mesure de permettre un ciblage adéquat des groupes les plus vulnérables. La combinaison de plusieurs de ces techniques garantirait donc de meilleurs résultats. La décentralisation du système de santé, avec pour corollaire une plus grande implication des populations dans la gestion des formations sanitaires, devrait favoriser l'utilisation de l'une et l'autre de ces méthodes et la réduction des abus.

Quant à la prise en charge des cas extrêmes ou cas lourds, elle pourra s'effectuer grâce à la constitution, à cet effet, d'un fonds spécial alimenté par différentes sources. Mais là encore, des directives rigoureuses doivent être élaborées et respectées pour éviter les abus éventuels et permettre à toutes les couches sociales d'être des bénéficiaires potentielles de ce fonds. Le recours à une technique de rationnement explicite et à "l'évidence based medicine" permettra de ne retenir, à ce niveau, que les interventions présentant un meilleur rapport coût/efficacité et un bon pronostic clinique. Dans tous les cas, ces mesures doivent être combinées avec une amélioration progressive des plateaux techniques des centres de santé de référence ainsi qu'un renforcement des compétences en ressources humaines.

Au regard de la fonction de financement, trois rôles majeurs incombent aux pouvoirs publics à savoir : l'accréditation et le contrôle des caisses-maladie, la mise en place d'un mécanisme de compensation des risques et/ou l'instauration d'un système de réassurance. La réassurance sera nécessaire par exemple en cas de caisses-maladie par circonscriptions administratives de petite taille telles que les communes ou les arrondissements. En revanche, en optant pour de grandes caisses, par exemple par départements, le besoin de réassurance ne se fera pas sentir.

Pour l'agrément des caisses-maladie, la priorité pourra être accordée aux caisses locales, dans le cadre d'un système de micro-assurance, pour des raisons de proximité, d'efficacité et de contrôle. Le contrôle régulier permettra de garantir les prestations promises et de prévenir les déviances éventuelles.

L'une des inquiétudes que suscite la micro-assurance réside dans la fragilité des caisses et leur potentielle instabilité financière. Mais cette inquiétude peut être apaisée grâce au transfert de risques des groupes de micro-assurance à des systèmes de réassurance. Sur la base de données factuelles concernant l'Ouganda et les Philippines ainsi que des simulations de situation, David DROR est parvenu à la conclusion que dans les pays à faible revenu: "lorsque les résultats financiers des groupes de micro-assurance peuvent être estimés, ils peuvent faire l'objet de traités de réassurance, ce qui permet de les stabiliser dès la première année"<sup>1</sup>.

Quant à la compensation des risques, elle permet d'éviter que les caisses-maladie ayant en majorité de gros risques s'écroulent sous le poids des coûts énormes engendrés par la gestion de ces risques. En Afrique subsaharienne en général et au Bénin en particulier, les critères tels que le sexe et l'âge, généralement retenus dans les pays développés pour établir la compensation des risques, peuvent

---

<sup>1</sup> David M. DROR: " L'assurance-maladie des personnes appartenant au secteur informel : intérêt de la réassurance" bulletin de l'organisation mondiale de la santé 2001, 79(7):672-678

s'avérer insuffisants pour permettre une "solidarité financière" efficace entre caisses-maladie. Certes, le sexe reste un critère déterminant par rapport à la santé maternelle et infantile à cause du fort indice de fécondité ( 6 enfants par femme en âge de procréer). En revanche, l'âge (entendu comme âge avancé) ne semble pas être un critère pertinent, avec une espérance de vie qui tourne depuis des années autour de 50 ans ( 52 ans en 2001)<sup>1</sup>. Si l'âge doit être pris en compte, les regards seraient plutôt tournés vers la petite enfance, notamment les enfants de 0 à 5 ans qui sont les plus exposés au paludisme ( surtout au neuropaludisme) et aux maladies infectieuses, principales causes de mortalité et de morbidité. Selon la Direction de la Santé Familiale du Ministère de la Santé Publique du Bénin, le paludisme, la diarrhée et la rougeole restent en tête des causes de décès chez les enfants de 0 à 5 ans, la diarrhée et les gastro-entérites occupant encore le deuxième rang et ce, malgré le programme élargi de vaccination<sup>2</sup>. Cette situation est d'autant plus préoccupante que dans les communautés béninoises, la période de 0 à 5 ans est considérée comme celle de la "sélection naturelle" au delà de laquelle l'enfant est supposé avoir affronté toutes sortes de pathologies infectieuses et avoir développé, s'il s'en tire à bon compte, une certaine immunité. Dans ces conditions, les groupes à risque sont visiblement les enfants et les femmes en âge de procréer<sup>3</sup>. Aussi, il convient de noter que les principales maladies dont nous venons de parler, même si elles n'épargnent aucune couche de la population, sévissent surtout dans les régions à faible taux d'assainissement et d'approvisionnement en eau potable. D'où la nécessité de retenir des critères de compensation des risques, variables suivant les régions, en tenant compte du degré d'exposition des populations aux facteurs de risque. Ces critères pourront être périodiquement évalués et corrigés en fonction de l'amélioration du cadre de vie des populations et par conséquent, de la réduction des facteurs de risque. Une étude approfondie est nécessaire pour déterminer les éléments devant entrer en ligne de compte dans l'appréciation des critères à retenir.

Les pouvoirs publics ont également un autre rôle à jouer : celui d'arbitre, de régulateur, de coordonnateur, de médiateur, de mobilisateur et de catalyseur du système. Ce rôle s'exerce à travers les fonctions de modulation et d'articulation.

#### **4.3.2 Par rapport aux fonctions de modulation et d'articulation**

Autant les pouvoirs publics ont un rôle capital à jouer dans la modulation et l'articulation du système de santé en général, autant leur importance dans la modulation et l'articulation du système d'assurance maladie est grande. En effet, c'est aux pouvoirs publics de fixer le cadre législatif et réglementaire dans lequel devront s'exercer toutes les activités, de veiller au respect des normes établies, d'assurer la fourniture des prestations promises tant par les producteurs de soins que par les assureurs, de favoriser la défense des droits du consommateur, de faciliter la mobilisation des ressources en faveur du système et de faire respecter les règles du jeu, le cas échéant, au moyen de la contrainte étatique. Dès lors, les pouvoirs publics seront présents à toutes les phases du processus sans être toujours amenés à y jouer visiblement les rôles de principaux acteurs. Leurs interventions concerneront par exemple:

- l'élaboration de la politique et la planification des stratégies en matière d'assurance maladie,
- l'identification des mécanismes susceptibles de faciliter la mobilisation des ressources,
- le plaidoyer en faveur de l'inter-sectorialité : par exemple la complémentarité entre les secteurs public et privé des soins dans le but d'atteindre les objectifs visés,

---

<sup>1</sup> OMS " Rapport sur la santé dans le monde 2002, table annexe1

<sup>2</sup> Carte blanche du MSP, p 20.

<sup>3</sup> Evalué sur 4 ans, le taux de mortalité maternelle pour 100.000 accouchements était de 498 en 1996, 221 en 1997, 215 en 1998 et 220 en 1999.

- le développement des normes et standards de qualité et de contrôle des prestations,
- la mise en place et la vulgarisation d'un système d'information sur la performance des fournisseurs de soins et des assureurs,
- l'identification des modes de rémunération, les plus incitatifs, des producteurs de soins,
- la médiation et le règlement des conflits entre les différents protagonistes,
- l'empowerment" du consommateur<sup>1</sup>,
- les règles d'entrée et de sortie du système d'assurance, pour ne citer que ces domaines d'intervention.

Dans le contexte particulier du Bénin, nous identifions un certain nombre de tâches spécifiques à remplir par des pouvoirs publics dans le cadre de la conception et la mise en oeuvre d'un plan d'assurance maladie.

### 4.3.3 Dispositions spécifiques à prendre

Plusieurs mesures sont envisageables pour amorcer le processus devant conduire à terme à l'instauration d'un régime d'assurance maladie au Bénin:

- d'abord, il s'agit de créer une structure technique, nationale et permanente chargée d'approfondir la réflexion sur le sujet, d'engager des concertations avec tous les partenaires économiques et sociaux<sup>2</sup> et de faire des propositions conséquentes aux autorités compétentes. Ces attributions peuvent être confiées, à notre avis, à une Agence Nationale pour l'Assurance Maladie (ANAM), travaillant de manière autonome sous l'autorité du Ministre chargé de la Santé ou du Ministre d'Etat chargé de la Coordination de l'Action Gouvernementale. Les attributions et les modalités de fonctionnement de cette agence doivent être conçues, élaborées et mise en oeuvre de manière à lui permettre de favoriser une bonne implication dans le système d'assurance maladie de tous les acteurs (y compris ceux du secteur privé), tout en évitant de tomber dans le piège récurrent de la sclérose et de la bureaucratie, comme c'est souvent le cas avec de telles initiatives. L'ANAM utilisera des compétences variées, notamment en économie de la santé, en administration sanitaire, en droit, en médecine, en sociologie, en démographie, en planification et en statistique. Placée sous la tutelle du Ministre chargé de la Santé, elle aura l'avantage d'être assez proche des techniciens du secteur et du système de santé en général. En revanche, si elle est placée sous l'autorité du Ministre chargé de la Coordination de l'Action Gouvernementale, elle aura l'avantage de pouvoir s'appuyer plus aisément sur toutes les compétences techniques et administratives dont elle aura besoin, y compris ceux d'autres départements ministériels. Plus que la structure de tutelle, ce sont plutôt la clarté et la précision de ses attributions, son degré d'autonomie, ses ressources ainsi que la volonté politiques des pouvoirs publics qui seront déterminants dans la réussite de sa mission.

- Ensuite, il s'agit d'initier un large dialogue national et une campagne d'information sur le projet. En République du Bénin, plus que dans d'autres pays en développement, le terrain paraît favorable à un tel dialogue en raison du pluralisme démocratique et syndical, de la liberté d'expression et d'opinion

---

<sup>1</sup> Il est en effet nécessaire de fournir au consommateur les informations qui lui permettent d'opérer des choix en fonction des prestations qui lui garantissent la plus grande utilité et le moindre effet indésirable.

<sup>2</sup> Les autorités politico administratives, les partenaires au développement, les syndicats, les producteurs de soins, les associations de développement, les associations de consommateurs...

ainsi que du processus de décentralisation en cours<sup>1</sup>. Dans la mesure où la population a voix au chapitre à travers les syndicats et autres associations, elle pourra se prononcer librement sur les choix à opérer. La possibilité donnée aux groupes sociaux de s'exprimer peut être un facteur d'accroissement des responsabilités communautaires, d'atténuation des frustrations, de facilitation du dialogue et d'accélération du processus. Dans le même ordre d'idées, une bonne campagne d'information permettra de convaincre les populations de la pertinence de l'initiative et d'obtenir leur adhésion. IL s'agit de faire en sorte que les populations soient bien informées, bien avisées et se prononcent en faveur des choix qui correspondent à leurs besoins et qui répondent à leurs attentes.

- En troisième lieu, il est question de préparer et de faire adopter par l'Assemblée Nationale une loi sur l'Assurance maladie, de manière à faire définir par la représentation nationale le cadre légal dans lequel se développeront toutes les activités nécessaires à une bonne conduite du processus.

- Ensuite, les actions prioritaires seront identifiées et un planning d'exécution établi.

Dans la mesure où les actions à développer feront appel à divers secteurs d'activité, elles nécessitent d'être menées dans un esprit multisectoriel, d'où l'intérêt d'une structure à caractère national avec des compétences multiples comme l'ANAM.

Mais toutes ces tâches ne seront bien remplies que si l'on parvient à appréhender les difficultés potentielles afin de les juguler, à saisir les enjeux en présence et à dégager les perspectives d'avenir.

---

<sup>1</sup> Le Bénin a opté, depuis 1990 pour une démocratie pluraliste et un multipartisme intégral. Plusieurs institutions de contre pouvoir y fonctionnent comme une Assemblée Nationale, une Cour Constitutionnelle, un Conseil Economique et Social et une Haute Autorité de l'Audiovisuel et de la Communication. Le Président de la République est élu au suffrage universel direct pour un mandat de cinq ans renouvelable une seule fois. Il y a une pluralité syndicale et une "démonopolisation" de l'espace audiovisuel. C'est l'un des rares pays africains à n'avoir pas été épinglé, depuis plusieurs années, par les rapports annuels d'Amnesty international.

## 5. DIFFICULTES, ENJEUX ET PERSPECTIVES

### 5.1 LES CONTRAINTES ET DIFFICULTES MAJEURES

Nous réfléchissons successivement aux difficultés potentielles liées au financement du système, à la fourniture des soins, à l'administration et à la gestion du système d'assurance maladie et enfin les difficultés d'ordre socioculturel.

#### 5.1.1 Contraintes et difficultés liées au financement du système.

La première contrainte est d'ordre budgétaire dans la mesure où, en raison d'une croissance économique encore modeste, les pouvoirs publics sont tenus de limiter les ressources qu'il est possible d'allouer à chaque secteur d'activité. Cette exigence est accentuée par le fait que de nombreux pays à faible revenu sont sous ajustement structurel et sont liés, de ce fait, par des accords économiques et financiers avec les institutions de Bretton Woods notamment le Fonds Monétaire International et la Banque Mondiale. Cela implique que les grandes orientations budgétaires soient, chaque année, discutées avec ces institutions avant d'être mise en oeuvre par les gouvernements des pays concernés. Certes, on peut être amené à minimiser ces exigences au regard des évolutions notables observées ces dernières années et qui ont permis d'accorder, dans l'affectation des ressources budgétaires, une priorité aux secteurs sociaux dont celui de la santé. Cela a permis d'augmenter de manière constante le budget de la santé dans les pays concernés. Cependant, la préoccupation garde toute son importance quand on sait que les investissements nécessaires à la mise en oeuvre d'un plan d'assurance maladie doivent être consentis de manière durable afin de donner aux régimes institués le temps et les moyens d'acquérir de l'autonomie, de s'autofinancer et de s'autogérer. Il peut donc se poser un problème de mobilisation des ressources financières nécessaires au développement de certaines activités capitales comme la mise en place et le fonctionnement des caisses maladies, le renforcement et la diversification du plateau technique des formations sanitaires, les incitations en faveur des fournisseurs de soins privés, les activités de sensibilisation des communautés et de mobilisation des initiatives à la base, la mise en place des structures financières d'accompagnement telles que les institutions d'épargne et de crédits, pour ne citer que ces activités. Pour contourner cette difficulté, il est nécessaire de diversifier les sources de financement en exploitant toutes les opportunités (pouvoirs publics, partenaires au développement, opérateurs économiques nationaux, ONGs, associations caritatives, particuliers...). Un programme convainquant et transparent devrait pouvoir susciter l'adhésion des uns et des autres.

La deuxième difficulté est due au fort décalage entre la croissance économique et la croissance démographique. En République du Bénin, la croissance économique n'a cessé de s'améliorer depuis 1992 sans que cela ne s'accompagne pour autant d'une augmentation du pouvoir d'achat des populations. Car selon les économistes, dans une perspective de lutte contre la pauvreté, le taux de croissance économique n'a guère de signification s'il n'est confronté à celui de la croissance démographique. Selon le rapport social 1997/1998, "les projections montrent qu'il faudrait une croissance supérieure à 7% par an pour permettre d'ouvrir des perspectives significatives pour la réduction de la pauvreté"<sup>1</sup>. Il est donc nécessaire d'agir sur les croissances économique (à la hausse) et démographique (à la baisse) de manière à les faire coïncider en vue d'améliorer le pouvoir d'achat des populations et par conséquent leur capacité à cotiser dans le cadre d'une assurance maladie. En effet, toutes choses restant égales par ailleurs, l'aptitude à cotisation à l'assurance maladie augmente lorsque le revenu s'améliore. Dans la mesure où il existe une corrélation positive entre la prédisposition à

---

<sup>1</sup> Rapport social 1997/1998, p29.

cotiser d'un individu et son niveau de revenu, le revenu général de la population devient un facteur de facilitation du passage à un régime d'assurance maladie généralisé.

La troisième difficulté potentielle liée au financement du système découle de l'importance des secteurs informel et agricole. Dans la mesure où les travailleurs de ces secteurs d'activité ont un revenu instable, le recouvrement des primes à leur niveau peut s'avérer extrêmement difficile, car ils sont peu enclins à déclarer leur revenu réel et à cotiser. Il est même très probable qu'on assiste, chez ces personnes, à des dissimulations de revenus, ce qui ne ferait qu'accroître le nombre des gens à faire prendre en charge par les programmes spéciaux. Pour y remédier, il paraît tout d'abord capital d'amorcer une réorganisation du secteur informel de manière à en réduire la taille par rapport au secteur structuré. Car, plus le secteur non structuré est étendu, plus grandes seront les difficultés administratives liées à l'évaluation des revenus, au calcul des cotisations et à leur recouvrement. De même, il est nécessaire que les adhérents potentiels aient un revenu permanent et suffisant pouvant leur permettre de faire face aux besoins quotidiens et de cotiser auprès d'une caisse maladie. Pour ce faire, l'Etat peut aider les communautés à accroître leurs revenus à travers l'amélioration de leur production et la recherche de marchés d'écoulement des produits.

Pour faire cotiser les travailleurs des secteurs informel et agricole malgré l'instabilité de leurs revenus, on peut faire coïncider le recouvrement des primes avec des événements spécifiques intéressant particulièrement la vie professionnelle des assurés, dans la mesure où l'aptitude à payer varie suivant les saisons surtout dans les communautés d'agriculteurs. Ainsi par exemple, l'agriculteur pourra verser une partie ou la totalité de sa prime au lendemain de la commercialisation de ses produits<sup>1</sup>. Celui qui pratique plusieurs cultures saisonnières se verra répartir sa prime annuelle sur l'ensemble des saisons, le recouvrement se faisant au lendemain de chaque campagne de commercialisation. Simultanément, il pourra être procédé à une vérification des déclarations de revenus grâce à des procédés souples et peu onéreux. Par exemple, l'avis d'un encadreur rural pourra être requis pour apprécier la déclaration de revenu d'un paysan ou d'un éleveur de sa zone de compétence. Aussi, des incitations fiscales envers les travailleurs du secteur non structuré peuvent permettre d'améliorer les déclarations de revenus et le niveau des primes recouvrables. Ainsi, l'Etat peut décider d'accorder un traitement fiscal favorable à la souscription de l'assurance maladie en permettant par exemple aux contribuables de déduire du revenu imposable le montant des primes d'assurance maladie. Cela reviendrait à leur accorder indirectement une subvention partielle à l'assurance maladie. Du moment où les dissimulations de revenus ne sont pas l'apanage des seuls travailleurs du secteur informel, les incitations fiscales pourront concerner également les employeurs même du secteur structuré. Ainsi, il peut être décidé que l'ensemble des sommes versées par l'employeur au titre des primes d'assurance maladie de ses salariés (ou des membres de leur famille) ne seront pas éligibles au rang des ressources imposables. Une telle mesure réduira certainement le risque de tomber dans des situations comme celle qui s'est produite dans une province du Vietnam où une succursale d'une banque avait déclaré que tous les salariés, du cadre supérieur au gardien, touchaient le même salaire minimum défini à l'échelon national<sup>2</sup>. Cette forme de subvention indirecte aura certainement un effet positif prévisible sur la demande d'assurance maladie.

Quand au montant de la prime, nous pensons qu'il devra être fixé en fonction du revenu. En effet, compte tenu des écarts importants de revenus, un système de prime unique aboutira probablement à l'une des situations suivantes : ou bien le montant de la prime sera trop élevé pour les assurés les plus pauvres, les plaçant ainsi dans l'impossibilité de souscrire; ou alors la prime sera trop faible, ne

---

<sup>1</sup> Ce sont les seules périodes de l'année où les agriculteurs peuvent disposer de ressources financières substantielles.

<sup>2</sup> CARRIN.G " L'assurance-maladie : un chemin parsemé d'embûche pour les pays en développement" nouveaux cahiers de l'IUED, Avril 2001, p 205.

permettant plus à l'assureur de faire face à ses charges et d'honorer ses engagements vis-à-vis des fournisseurs de soins et des assurés. Il est vrai que, comme l'a souligné le docteur Guy CARRIN, 'un système de prime basée sur le revenu peut emporter difficilement la conviction de l'ensemble des contribuables puisqu'il peut aboutir à d'importantes variations dans les cotisations versées par les uns et les autres et pour lesquelles les prestations exigées doivent être semblables pour des besoins identiques en matière de santé<sup>2</sup>. Pourtant, c'est la meilleure façon, à notre avis, d'asseoir une véritable solidarité, les plus riches devant cotiser pour ceux qui le sont moins. D'où la nécessité d'engager un dialogue franc et sincère avec l'ensemble des couches et catégories socioprofessionnelles et confessionnelles de manière à amener les uns et les autres, dans un vaste élan de solidarité nationale, à adhérer à l'initiative.

A tout cela s'ajoute le risque de se retrouver avec des caisses-maladie ne disposant pas d'un nombre d'adhérents suffisant pour organiser un réel partage des risques. Ce risque est plus élevé avec les micro-assurances pourtant plus proches des populations et plus faciles à contrôler par elles. Pour y remédier on pourrait encourager les adhésions familiales ou de groupes. Ainsi, au lieu d'assurer seulement le père de famille, on pourrait assurer avec lui plusieurs autres membres de la famille, Comme c'est le cas dans les mutuelles de santé en milieu agricole au Bénin. Cette formule présente le double avantage d'augmenter le nombre d'assurés et d'accroître le partage des risques. Certes, on peut être amené à penser que la facture, dans ce cas, sera trop " salée " pour la famille. Cependant, on ne doit pas perdre de vue que les familles africaines dépensent déjà d'énormes sommes d'argent pour leurs soins sous forme de paiements directs. C'est du moins ce qu'a prouvé une étude réalisée par l'USAID sur 23 pays en 1990 et selon laquelle "la plupart des ménages dépensent autant que le gouvernement, par habitant, pour les soins de santé, parfois plus"<sup>3</sup>. C'est ce qui a amené le docteur Guy CARRIN à affirmer qu'il suffit de fixer des cotisations familiales attrayantes, de fournir des soins de santé à la hauteur des promesses et d'expliquer aux familles concernées que "les cotisations à l'assurance maladie non seulement remplaceront ce qu'elles doivent aujourd'hui payer de leurs poches, mais leur permettront aussi d'être mieux protégés si leur état de santé nécessite des soins coûteux"<sup>4</sup>.

De même, les mécanismes de compensation des risques et de réassurance peuvent permettre de soutenir les caisses-maladie les plus fragiles et de maintenir l'équilibre du marché.

### **5.1.2 Difficultés potentielles liées à la fourniture des soins**

Des services de santé disponibles, accessibles et efficaces étant la raison d'être d'un système d'assurance maladie, il va falloir que les pays en développement qui optent pour l'assurance maladie garantissent aux assurés des prestations sanitaires adéquates. Cela suppose une couverture sanitaire suffisante en infrastructures, en équipements, en personnel qualifié et en médicaments ainsi qu'une réelle compétitivité entre producteurs de soins afin de garantir un meilleur rapport coût/efficacité des prestations. Or, en République du Bénin, comme dans la plupart des pays à faible revenu, si la couverture sanitaire est en très nette et constante augmentation (91.2% en volume en 2000)<sup>5</sup> les producteurs de soins spécialisés sont généralement peu enclins à aller servir dans les régions périphériques en raison d'une absence totale d'incitation, du bas niveau de développement de ces régions et du faible pouvoir d'achat des habitants. On peut citer également l'insuffisance du plateau technique de certaines formations sanitaires eu égard aux tableaux cliniques auxquels ils doivent souvent faire face. Dans ce cadre, l'organisation des fournisseurs de soins en réseaux pourrait

---

<sup>1</sup> CARRIN.G op.cit p203.

<sup>2</sup> Cette difficulté peut également être considérée comme étant d'ordre social.

<sup>3</sup> USAID: op.cit, p3.

<sup>4</sup> CARRIN.G op. cit, p209.

<sup>5</sup> Bénin : les atouts économiques éd 2001, p102.

permettre un partage des connaissances, des infrastructures et compétences, donc une utilisation plus efficiente des ressources disponibles.<sup>1</sup> A cela s'ajoute les problèmes d'accessibilité géographique des formations sanitaires en raison de la défectuosité des pistes de desserte rurale, ce qui appelle la poursuite et le renforcement des programmes de désenclavement et de bitumage des routes menant aux formations sanitaires, ainsi que l'amélioration des moyens de communication et d'évacuation sanitaire telles que les ambulances.

Par ailleurs, il peut arriver que certains agents de santé continuent à afficher des attitudes professionnelles incompatibles avec l'assurance maladie, surtout lorsqu'ils réalisent que l'instauration de l'assurance maladie n'a aucune incidence financière sur leurs revenus. Cela s'est produit au Vietnam où certains médecins ont continué à espérer des dessous-de-table des malades tandis que ces derniers pensaient ne leur devoir rien du moment où ils avaient payé leur quote-part. Dès lors, certains médecins ne voulaient plus traiter les malades assurés<sup>2</sup>. La nécessité de trouver des solutions adéquates à ces problèmes est d'autant plus grande que, faute d'une offre de soins de qualité, l'assurance maladie perdra la confiance des adhérents et se trouvera confrontée à des manifestations de désobéissance comme le refus de paiement des primes.

Une réelle décentralisation de la pyramide sanitaire, une plus forte autonomie des producteurs de soins publics, une compétition régulée entre producteurs de soins, une amélioration de la participation communautaire, des incitations pour les producteurs acceptant d'exercer en zones déshéritées ainsi qu'une sensibilisation des fournisseurs de soins à tous les niveaux devraient permettre d'amoindrir l'impact de ces facteurs défavorables sur l'offre de soins.

### **5.1.3 Difficultés potentielles liées à l'administration et à la gestion du système**

L'insuffisance des capacités administratives et de gestion, tant au niveau des structures que des compétences en ressources humaines, est l'une des lacunes majeures observées dans les pays en développement. La pénurie des capacités en gestion est beaucoup plus accentuée dans les contrées rurales que dans les centres urbains. Cela peut compromettre les efforts au niveau décentralisé et retarder l'atteinte des résultats escomptés. En République du Bénin, les audits réalisés en 1993 et les éléments de diagnostic des administrations publiques ont mis en relief la faible capacité de gestion du secteur public. Selon le Ministère d'Etat chargé de la Coordination de l'Action Gouvernementale, "la mauvaise gestion des cadres ( les hommes qu'il faut ne sont pas à la place qu'il faut) provoque la fuite des cerveaux et entretient un climat de frustration. C'est pourquoi l'administration ne dispose pas de grandes capacités nécessaires pour une gestion satisfaisante du développement"<sup>3</sup>. Et pourtant la confiance des populations ne peut être obtenue sans une gestion efficace et rassurante des structures (formations sanitaires, caisses-maladie et structures de contrôle) à tous les niveaux. Il convient donc d'opter d'une part, pour une utilisation et un redéploiement plus judicieux des compétences avec des mesures incitatives appropriées et d'autre part, pour une plus grande implication des populations dans la gestion des structures.

---

<sup>1</sup> Le recours aux réseaux de soins suppose que certaines conditions soient remplies, notamment des conditions techniques ( information et communication, compétences et investissements), les conditions sociales( intérêt des acteurs, incitations), les conditions culturelles( identité des acteurs, représentation, valeurs et

Croyances). Pour plus d'informations à ce sujet, voir HUARD P. " les réseaux de soins: nouvelle forme d'organisation de l'activité sanitaire", cours du MHEM, IEMS-HEC, UNIL, 2002.

<sup>2</sup> CARRIN.G op. cit, p204.

<sup>3</sup> Rapport social 1997/1998, p29.

### 5.1.4 Difficultés d'ordre socioculturel

Les profondes mutations qui ont affecté les sociétés béninoises ces dernières décennies, sont elles-mêmes sources de difficultés. Ainsi, le déclin de la solidarité avec pour corollaire une montée de l'individualisme a eu raison des formes d'organisation traditionnelle comme l'entraide et les associations. Dans ce contexte et compte tenu du fossé qui sépare, en terme de revenu, les classes sociales moyennes et élevées des pauvres, il ne peut être aisé d'asseoir une solidarité entre les différentes couches sociales de sorte à offrir à tout le monde des prestations semblables quel que soit le montant de cotisation versée. Une fois encore, une intense campagne d'IEC (information, éducation et communication) ainsi qu'un large dialogue social sont nécessaires pour asseoir cette solidarité.

Par ailleurs, des facteurs d'ordre culturel, tel que le taux d'alphabétisation, peuvent jouer un rôle déterminant dans la conduite du processus. En effet, la majorité de la population étant analphabète dans la plupart des pays à faible revenu, les personnes potentiellement assujetties aux régimes d'assurance maladie restent peu familiarisées avec les formalités administratives et par conséquent très peu disposées à s'informer et à assimiler les droits et obligations que leurs confèreraient ces régimes. Si en République du Bénin, le taux brut de scolarisation a quasiment doublé en moins d'une décennie (80% en 2000 contre seulement 50% en 1990)<sup>1</sup>, il n'en est pas de même dans bien d'autres pays où le relèvement du taux d'alphabétisme continue d'être un véritable casse-tête pour les pouvoirs publics, surtout en ce qui concerne la scolarisation des filles en milieu rural. Les pays encore concernés par cette situation déplorable peuvent s'inspirer de l'expérience béninoise où il a été institué, entre autres mesures, la gratuité de l'école primaire pour les filles dans les établissements d'enseignement public.

Le tableau n°2 ci-après résume les principales difficultés potentielles ainsi que les mesures susceptibles d'en amoindrir les effets pervers.

Domaines	Difficultés potentielles	Mesures palliatives
Par rapport au financement du système	<ul style="list-style-type: none"> <li>- contrainte budgétaire</li> <li>- Fort décalage entre croissance économique et croissance démographique</li> <li>-importance du secteur informel</li> <li>- difficulté de recouvrement des primes chez les personnes des secteurs informel et agricole</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-diversification et coordination des sources de financement</li> <li>-action simultanée sur la croissance économique (à la hausse) et la croissance démographique (à la baisse)</li> <li>- réorganisation du secteur informel pour en réduire la taille par rapport au secteur structuré</li> <li>- échelonnement des primes sur l'année ; faire coïncider le recouvrement avec des événements spécifiques affectant le vie professionnelle des assurés;</li> </ul>

<sup>1</sup> Voir à ce sujet " Bénin: les atouts économiques, édition 2001, p107"

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- risque d'avoir de faibles effectifs d'adhérents au sein des caisses-maladie</li> <li>- faible pouvoir d'achat des assurés potentiels</li> <li>- possibilité de dissimulation de revenu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- promouvoir l'assurance familiale et de groupe; promouvoir les mécanismes de compensation des risques et de réassurance</li> <li>- aider les communautés à accroître leurs revenus à travers l'amélioration de leur production et la recherche de marchés d'écoulement des produits</li> <li>- incitations fiscales favorables à l'assurance maladie ; contrôle des déclarations de revenus par des techniques souples et peu onéreuses</li> </ul>
Par rapport à la fourniture des soins	<ul style="list-style-type: none"> <li>- indisponibilité des fournisseurs de soins spécialisés dans les zones déshéritées</li> <li>- inaccessibilité géographique de certaines formations sanitaires</li> <li>- caprices de certains agents de santé (corruption)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- décentralisation de la pyramide sanitaire; incitation en faveur des producteurs de soins des zones reculées</li> <li>- désenclavement des centres de santé, aménagement des pistes de desserte rurale, amélioration des moyens de communication et d'évacuation sanitaire ambulance, systèmes de radiocommunication...)</li> <li>-formation continue, sensibilisation et motivation du personnel, sanctions positives et négatives</li> </ul>
Par rapport à l'administration et à la gestion du système	insuffisance des capacités d'administration et de gestion	<p>renforcement et décentralisation des capacités en gestion, motivation du personnel qualifié opérant aux niveaux intermédiaire et périphérique, utilisation judicieuse des ressources humaines</p> <p>(l'homme qu'il faut à la place qu'il faut)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- déclin de la solidarité → individualisme envahissant</li> <li>- Fort taux d'analphabétisme →</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- intense campagne d'IEC, large dialogue social</li> <li>- relèvement du niveau</li> </ul>

Par rapport aux mutations socioculturelles	des assurés potentiels peu familiarisés avec les formalités administratives	d'instruction général de la population → mesures incitatives en faveur des enseignements primaire et secondaire : par exemple, gratuité de l'enseignement primaire et forte subvention de l'enseignement secondaire
--	---	---

Tableau n°3 résumé des principales difficultés potentielles et des mesures palliatives

Ces facteurs que nous venons d'énumérer ne sont pas les seuls susceptibles d'entraver la mise en oeuvre d'un plan d'assurance maladie dans les pays à faible revenu. Il s'agit tout simplement d'une série indicative autour de laquelle une réflexion peut être engagée dans le but de prévenir d'éventuels obstacles aux programmes d'assurance maladie dans les pays concernés. Malgré ces difficultés potentielles, les enjeux en présence sont importants et les perspectives ne manquent pas toujours d'intérêt.

## 5.2 LES ENJEUX EN PRESENCE

Les enjeux en présence s'apprécient tant au plan sanitaire qu'au plan socioéconomique.

En effet, Instituer une assurance maladie généralisée vise principalement à faciliter un accès équitable de tous aux services de santé de qualité, à améliorer l'état de santé des populations et à les prémunir contre les conséquences financières liées à la maladie. L'accès équitable de tous aux soins de santé de qualité suppose la mise en place des infrastructures, équipements et personnels adéquats là où ils n'existent pas et leur renforcement dans les localités où ils sont disponibles ; d'où une amélioration quantitative et qualitative de l'offre de soins et de son accessibilité. Le premier et le plus grand des enjeux est donc celui de l'amélioration de l'état de santé des populations et par conséquent des indicateurs sanitaires en général et de l'espérance de vie en particulier.

Au plan socioéconomique, l'amélioration de l'état de santé des populations s'accompagne d'une augmentation de la productivité avec pour conséquence une amélioration de la croissance économique, la réduction de la pauvreté et un renforcement du pouvoir d'achat des consommateurs. Dans un contexte démographique caractérisé par une couche juvénile dominante (50% de la population béninoise) et fortement exposée à de nombreuses pathologies infectieuses, une protection efficace contre la maladie ne peut que contribuer à accroître la productivité. Aussi, la protection du travailleur contre la maladie réduit-elle non seulement les coûts directs engendrés par son état de santé, mais également les coûts indirects (comme par exemple les pertes de productivité correspondant à la valeur du travail qu'un sujet malade ne peut accomplir). De la même manière, une telle couverture épargne les ménages des conséquences financières ruineuses de la maladie et leur permet de consacrer leurs maigres ressources à d'autres priorités.

Par ailleurs, l'installation et le fonctionnement des caisses-maladie s'accompagneraient de l'absorption d'une certaine main d'œuvre et donc de la réduction du taux de chômage au sein de la population active.

En outre, l'assurance maladie, en contribuant au financement et à la performance du système de santé, peut faciliter le développement de nouvelles spécialités jusqu'ici absente de l'offre de soins tels que les services de neurochirurgie, de chirurgie cardiaque, de radiothérapie pour ne citer que celles-là.

Le développement de ces spécialités pourra faire du système de santé béninois une référence dans la sous-région ouest africaine et attirer ainsi des ressources complémentaires grâce à l'utilisation de ces prestations nouvelles par les pays limitrophes. Ce fut d'ailleurs le cas dans les années 80 et 90 pour d'autres pays comme la Côte d'Ivoire et le Togo en ce qui concerne les services de dialyse et de scanographie<sup>1</sup>. La position géographique<sup>2</sup>, la stabilité politique, le pluralisme démocratique, le fonctionnement harmonieux des institutions politiques et les disponibilités en ressources humaines sont des atouts majeurs pouvant permettre au Bénin de jouer un rôle sanitaire stratégique dans la sous-région ouest africaine.

C'est dire que les enjeux sont grands et peuvent ouvrir de très belles perspectives.

### 5.3 LES PERSPECTIVES

Compte tenu des nombreux obstacles potentiels à l'institution d'une assurance maladie universelle dans les pays à faible revenu, on peut être amené, à première vue, à penser qu'une telle option n'est pas envisageable dans ces pays. Cette "impression pessimiste" se renforce quand on pense à la phase de transition, au temps et aux ressources nécessaires à l'institution et au fonctionnement harmonieux d'un régime d'assurance maladie. En effet, même dans les pays développés, cette option n'a pas toujours été facilement concrétisée. C'est ainsi par exemple qu'il a fallu à l'Allemagne près d'un siècle pour développer son système d'assurance maladie et parvenir à la couverture universelle, les taux de couverture de la population ayant été respectivement de 10% en 1883, 35% en 1914 et 88% en 2002. D'ailleurs toutes les prévisions pour les pays en développement sont assez prudentes et indiquent qu'il leur faudrait entre 35 et 50 ans pour parvenir à la couverture universelle.

A notre avis, ces prévisions sont assez réalistes car, comme nous l'avons montré au point 5-1, une couverture universelle ne peut être atteinte sans la réalisation de certaines conditions que nous qualifierons de "sine qua non", telles qu'un « équilibre » entre la croissance économique et la croissance démographique, une réduction substantielle de la taille du secteur informel, un renforcement des capacités institutionnelles, un système de santé performant et une volonté politique manifeste et soutenue. Au vu de tout cela et en partant du contexte politique et de la situation socioéconomique actuelle des pays à faible revenu et en faisant une projection sur l'avenir, on peut admettre, que les prévisions de 35 à 50 ans sont raisonnables. Toutefois, il convient d'éviter tout amalgame entre l'institution d'un régime d'assurance maladie et la couverture universelle. Car, si l'universalité ne peut être atteinte que de manière progressive et au bout d'une période relativement longue, le recours à l'assurance maladie comme mode de financement du système de santé relève avant tout d'un choix pouvant être appliqué, avec une certaine volonté, dans un délai assez court pourvu qu'il soit appréhendé comme un choix pertinent pour le système.

Dans cette optique, nous identifions pour un pays comme le Bénin trois phases pour la réalisation de cet objectif à savoir:

- une phase préparatoire au cours de laquelle seront développées les mesures comme la réforme du système de santé, l'élaboration de la politique générale et la planification de la stratégie en matière d'assurance maladie, l'institution de l'ANAM, la concertation avec les partenaires

---

<sup>1</sup> Pendant ces années et faute de services de dialyse et de scanographie au CNHU, le système de santé béninois était obligé d'évacuer de nombreux patients vers les hôpitaux de ces pays de la sous-région.

<sup>2</sup> Le Bénin partage ses frontières avec 4 autres pays et sert de territoire de transit pour les pays de l'hinterland comme le Niger, le Burkina Faso, le Mali et même le Tchad, de plus en plus. Par exemple, le trafic à destination de ces pays représente environ 20% du volume total du trafic du port autonome de Cotonou.

sociaux, l'adoption et la vulgarisation de la loi sur l'assurance maladie. Cette phase pourra s'échelonner sur environ 5 à 10 ans au maximum,

- une phase d'exécution caractérisée par la mise en place des caisses-maladie, l'identification et la mise en place des organismes de contrôle, l'adoption des actes réglementaires relatifs à la loi sur l'assurance maladie ( décrets et arrêtés d'application...), élaboration des normes et standards en matière de qualité des prestations tant des fournisseurs de soins que des assureurs, application du modèle retenu à la première couche de population, c'est-à-dire les fonctionnaires de l'Etat et les autres travailleurs du secteur structuré. Il s'agira pour eux d'un régime obligatoire tandis qu'un régime facultatif sera simultanément mis en place pour les autres couches sociales. Cette deuxième phase est celle de la concrétisation du programme d'assurance maladie. Sa durée dépendra du niveau d'avancement des actions entreprises et de l'appréciation qui en sera faite sur la base des évaluations périodiques à réaliser. Nous pensons tout de même qu'elle devrait s'amorcer au bout d'une décennie d'application,
- une phase de généralisation ou d'universalisation caractérisée par une extension progressive du programme à toutes les couches sociales. Cette phase marquera le passage, pour les couches sociales n°2 et 3, du régime facultatif au régime obligatoire.

Il doit être élaboré pour chaque phase des objectifs et stratégies claires et précis. Les acteurs et leurs rôles respectifs doivent être clairement identifiés, de même que les ressources (matérielles, financières et humaines), ainsi que les indicateurs d'évaluation.

Le tableau n°4 ci-après résume les différentes phases prévisionnelles du processus ainsi que les principales tâches y afférentes.

Etape	Phase	Principales tâches	Couches sociales concernées	Population couverte	Période	Type de régime	Observations
1	Phase préparatoire	Réforme du système de santé, politique et stratégies en matière d'assurance maladie, institution de l'ANAM, concertation avec les partenaires sociaux, adoption et vulgarisation	Toutes les couches sociales (segments de population n°1, 2 et 3)	100%	5 à 10 ans	-	-

		de la loi sur l'assurance maladie,					
2	Phase d'exécution	Mise en place des caisses-maladie et des organismes de contrôle, adoption des actes réglementaire, élaboration des normes et standards, application du modèle retenu	Segment de population n°1 (APE+ travailleurs du secteur structuré)	15 à 20%	10 ans environ	Régime obligatoire	Régime facultatif pour les segments de population n°2 et 3
3	Phase de généralisation	Extension progressive du régime obligatoire	Toutes les couches sociales (segments de population n°1, 2 et 3)	80 à 100%	30 ans ou plus	obligatoire	Passage du régime facultatif au régime obligatoire pour les couches sociales 2 et 3

C'est dire que de manière indicative et approximative, on pourrait parvenir à la couverture universelle, sous les conditions précitées, au bout d'une période d'une cinquantaine d'années réparties en trois phases respectives de 5 à 10 ans, de 10 ans et de 30 ans. Il convient toutefois de préciser que, même avec ces délais, rien n'est garanti à l'avance puisque le déroulement normal du processus dépendra de la réalisation des conditions de faisabilité et de la capacité du système à faire face aux difficultés potentielles.

Il existe tout de même des facteurs qui, en favorisant la mise en oeuvre des mesures palliatives des difficultés, peuvent se positionner comme des éléments facilitateurs du processus et ouvrir de ce fait de bonnes perspectives.

En République du Bénin, plusieurs éléments permettent de croire que nonobstant les obstacles potentiels, l'institution d'une assurance maladie pourrait être amorcée sous de bons auspices:

D'abord, il existe un "socle" à une telle initiative : dans la mesure où une couverture sociale est déjà disponible pour les travailleurs du secteur formel, sa réorganisation et son amélioration constitueraient une sérieuse avancée car elle offrirait une protection efficace à une bonne frange de la population (15 à 20%). Dans le même ordre d'idée, les régimes mis en place çà et là dans le cadre des mutuelles de santé constituent de sérieux atouts à exploiter pour amorcer une extension progressive de la couverture au sein de la population. Le principal avantage de ces régimes est qu'ils prennent en compte les réalités socio-économiques des adhérents et réveillent la solidarité au sein des

communautés. Ils suscitent assez d'espoir dans la mesure où ils s'orientent vers la prise en charge graduelle de gros risques dans le cadre d'une solidarité plus importante (passant par exemple de l'échelle villageoise à celle communale voire préfectorale).

Ensuite, il y a l'offre de soins qui ne cesse de se diversifier et de s'étendre pour couvrir progressivement l'ensemble du territoire national. A ce niveau, la pluralité de producteurs de soins de toutes natures (publics, privés lucratifs, privés non lucratifs...) déjà observable à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, est un facteur potentiel de compétitivité sur le marché sanitaire. A cela s'ajoute la volonté des autorités sanitaires de décentraliser la pyramide sanitaire et de renforcer la participation communautaire.

Enfin, il convient de souligner le contexte politique béninois qui, marqué par une démocratie pluraliste, offre aux consommateurs la possibilité d'avoir voix au chapitre, de se prononcer sur les choix à opérer et d'exprimer leurs préférences, toutes choses qui sont de nature à faciliter la concertation nationale nécessaire à l'instauration de tout système de protection sociale efficace.

## 6. CONCLUSION

Au terme de cette analyse, nous nourrissons le sentiment que le présent travail ouvre la voie à une autre réflexion plus profonde, celle de la concrétisation de toutes les idées émises dans le présent document.

Pour l'instant, cette première analyse nous a permis de constater qu'à l'instar de biens d'autres pays en développement, le système de santé béninois souffre d'un certain nombre d'insuffisances qui affectent son efficacité au regard des objectifs de solidarité et d'efficacité. Etant entendu qu'une assurance maladie serait dénuée de tout fondement sans une offre de soins quantitative, qualitative et accessible ainsi qu'un système de santé efficient, nous avons proposé une réforme du système pour le rendre plus performant.

En garantissant des services de santé de qualité à toutes les couches sociales, le système de santé ouvrira la voie à l'institution d'un régime d'assurance maladie qui, en étant d'abord obligatoire pour les travailleurs du secteur structuré de l'économie, étendra progressivement sa couverture à tous les groupes sociaux en s'appuyant sur des régimes locaux et en s'inspirant des expériences du terrain telles que les mutuelles de santé.

En d'autres termes, une assurance maladie est envisageable, pourvu que certaines conditions soient remplies parmi lesquelles:

- un système de santé restructuré et réorganisé, garantissant des services sanitaires adéquats et financés selon des modalités incitatives ;
- une offre de soins variée et suffisante ainsi qu'une compétition régulée entre producteurs de soins ;
- une action simultanée sur la croissance économique et la croissance démographique en vue d'une amélioration progressive du pouvoir d'achat des consommateurs ;
- une réorganisation progressive du secteur informel pour en réduire la taille par rapport au secteur structuré ;
- un renforcement des capacités institutionnelles à tous les niveaux ;
- une utilisation optimale des ressources (y compris les ressources humaines) ;
- une amélioration de la participation communautaire ;
- un choix judicieux des régimes d'assurance, (les régimes gérés localement paraissant les mieux indiqués), pour ne citer que ces conditions.

Le principe d'une assurance maladie ne pose pas, à priori, de problème majeur pour autant qu'il se fonde sur une réelle volonté politique et concerne d'abord les travailleurs du secteur formel. Quant à la couverture universelle, elle devra s'établir de manière progressive.

A toutes les étapes du processus, le rôle des pouvoirs publics sera capital tant en ce qui concerne la réforme du système de santé que pour ce qui est de la conception et la mise en oeuvre du plan

d'assurance maladie. Le succès de l'entreprise dépendra de la détermination des promoteurs à évaluer les enjeux en présence, à dégager les perspectives d'avenir et surtout à appréhender les obstacles potentiels afin d'identifier les dispositions pratiques à prendre pour les affronter.

Compte tenu du contexte socioéconomique défavorable à une conduite simultanée de toutes les actions envisageables, il est nécessaire d'adopter une approche intersectorielle et de mener les actions dans un esprit progressif avec des évaluations périodiques sur la base d'indicateurs prédéfinis. L'apprentissage sur le tas devra jouer parfois un rôle déterminant. Certains facteurs comme le pluralisme démocratique et la promotion des libertés individuelles et collectives peuvent accélérer le processus en permettant aux populations d'avoir voix au chapitre, d'exprimer leurs préférences et de se prononcer sur les choix à opérer.

Certes, le chemin sera long, difficile et parsemé d'embûches. Une volonté politique inébranlable et sans cesse accrue sera nécessaire, de même que de la patience, de la méthode, de la cohésion, de la rigueur et de la détermination. Des erreurs de parcours sont inévitables. Il faudra les admettre, les assumer, les corriger pour avancer. Surtout, il serait suicidaire de se réfugier derrière les difficultés pour ne pas agir. "L'erreur est humaine, c'est persévérer dans l'erreur qui est diabolique", dit-on. G. CARRIN n'affirmait-il pas : "l'une des manières d'aller vite est d'apprendre en faisant"?

C'est dans la même optique que nous partageons entièrement la sagesse de CONFICUIS selon laquelle "notre plus grande gloire n'est pas de ne tomber jamais, mais de nous relever toujours"<sup>1</sup>.

Nous n'avons nullement la prétention d'avoir abordé tous les aspects du sujet, encore moins d'avoir trouvé des réponses "prêt-à-porter" aux interrogations soulevées dans la problématique. Nous reconnaissons que la concrétisation de toutes les idées émises dans le présent document appelle la mobilisation de capacités et de ressources relativement importantes, le recours à des données plus précises, un certain temps et une réflexion plus approfondie qui dépasserait le cadre d'un simple mémoire. Nous nourrissons tout simplement l'espoir que les fruits de nos travaux pourront constituer de sérieuses références pour toute personne physique ou morale intéressée par le recours éventuel à l'assurance maladie comme mode de financement du système de santé dans les pays en développement à faible revenu.

---

<sup>1</sup>Rapporté par CARRIN. G op.cit, p 213.

# TABLE DES MATIERES

<i>Dédicace</i> .....	2
<i>Remerciements</i> .....	3
Liste des abréviations.....	4
Sommaire.....	5
1. Introduction .....	7
2.Problématique et méthodologie.....	8
2.1 La problématique.....	8
2.2 La méthodologie.....	9
3. Présentation du système de santé béninois.....	10
3.1 Typologie du système.....	11
3.1.1 Le régime des travailleurs du secteur formel.....	11
3.1.2 Le régime des couches sociales moyennes et élevées.....	12
3.1.3 Le régime des couches sociales démunies.....	13
3.2 Forces et faiblesses du système.....	16
3.2.1 Les forces du système.....	17
3.2.2 Les faiblesses du système.....	17
3.3 Comment améliorer le système ?.....	21
4. Quel(s) modèle(s) d'assurance maladie pour les pays à faible revenu ? une première analyse au regard de la situation au Bénin .....	24
4.1 Bref aperçu de quelques formes de couvertures existantes.....	24
4.1.1 L'entraide et les associations.....	24
4.1.2 La tontine et les mutuelles d'épargne et de crédits.....	26
4.1.3 Les coopératives.....	27
4.1.4 Le cas particulier des mutuelles de santé en milieu agricole.....	28
4.2 L'organisation de la couverture.....	29
4.2.1 Etendue de la couverture.....	29
4.2.2 Régime obligatoire ou facultatif ?.....	30
4.2.3 Unicité de caisse ou pluralité de caisses ?.....	31
4.3 Le rôle des pouvoirs publics.....	32
4.3.1 Par rapport aux fonctions de production et de financement.....	32
4.3.2 Par rapport aux fonctions de modulation et d'articulation.....	35
4.3.3 Dispositions spécifiques à prendre.....	36

5. Difficultés, enjeux et perspectives.....	38
5.1 Contraintes et difficultés potentielles de mise en œuvre.....	38
5.1.1 Contraintes et difficultés liées au financement du système.....	38
5.1.2 Difficultés potentielles liées à la fourniture des soins.....	40
5.1.3 Difficultés dues à l'administration et à la gestion du système.....	41
5.1.4 Difficultés d'ordre socioculturel.....	42
5.2 Les enjeux en présence.....	44
5.3 Les perspectives.....	45
6. Conclusion.....	49
Table des matières.....	51
Références bibliographiques.....	53

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

### A. OUVRAGES ET ARTICLES

- ASENSO-OKYERE WR. et Co: Willingness to pay for health insurance in a developing economy. A pilot study of the informal sector of Ghana using contingent valuation, Health policy 42, 3, dec (1997), 223-37
- ATIM C: Social movements and health insurance: a critical evaluation of voluntary, non-profit insurance schemes with case studies from Ghana and Cameroon, Social science and medicine, 48 (1999) 881-896
- BERESNIAK A et DURU G: Economie de la Santé, éd Masson, (1992)
- BLOOM Get SCENGLAN T: Rural health prepayment schemes in China: toward a more active role for government., Social science and medicine, 48, (1999) 951-960
- BORST B: Africa must revolutionize health care, say experts, Journal of the international association of physicians in AIDS care 1( 2) Mar (1995), 34
- CARRIN G and Co: The reform of rural cooperative medical system in the People's Republic of China: interim experience in 14 pilot countries, Social science and medicine, 48, (1999) 961-972
- CARRIN G, de GRAEVE D et DEVILLE L: Introduction to special issue on economics of health insurance in low and middle-income contries, Social science and medicine, 48, (1999)
- CARRIN G, DESMET M et BASAZA R: L'assurance maladie dans les pays en développement à faible revenu: nouveau rôle des pouvoirs publics et des organisations d'assurance maladie sans but lucratif en Afrique et en Asie, dans" Construire la sécurité sociale: la privatisation en question", Sécurité sociale, vol 3, (2001) 158-194
- CARRIN G: L'assurance maladie: un chemin parsemé d'obstacles pour les pays en développement, nouveaux cahiers de l'IUED, collection enjeux, Puf, (Avril 2001) 199-213
- CARRIN G: L'assurance sociale maladie dans les pays en développement: un défi permanent, Revue internationale de Sécurité Sociale, vol 55, (02/2002) 73-89
- CHANDRASEKHAR C.P. et GHOSH J: Santé et technologies de l'information et de la communication dans les pays à faible revenu: potentiel et difficultés, Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé, (2001), 79 (9), 850-855
- CHONE Ph, GRIGNON M et MAHIEU R: Un modèle de régulation du système de santé: la concurrence entre opérateurs de soins, CREDES, INSEE, working paper (2000)
- CRIEL B, VAN DER STUYFT P, VAN LERBERGHE W: The Bwamanda hospital insurance scheme: effective for whom? a study of its impact on hospital utilization patterns, Social science and medicine, 48 (1999) 897-911
- DAVIES Ph et CARRIN G: Risk-pooling-necessary but not sufficient?, Bulletin of the World Health Organisation, Editorial, (2001), 79, 7
- DESMET M, CHOWDHURY A Q, ISLAM Md. K: The potential for social mobilisation in Bangladesh: the organisation and functioning of two health insurance schemes, Social science and medicine, 48 (1999) 925-938
- DOMENIGHETTI G. L'économie de la santé dans " Médecine sociale et préventive, santé publique", 2ème éd Hanns Huber, (1999)

- DROR DM: Reinsurance of Health insurance for the informal sector, Bulletin of the World Health Organisation, 79 (7) (2001), 672-8
- ENSOR T: Developping health insurance in transitional Asia, Social science and medicine, 48 (1999) 871-879
- EVANS R. G. La structure particulière de l'industrie de la santé: une intégration verticale incomplète, Revue de finances publiques (1983),2, 167-199,
- GORERS D: L'équité dans la qualité des soins en Afrique de l'ouest, Actualités et dossiers en santé publique, (Mars 2002), 38,71-77
- GREEN A, ALI B, NAEEM A et ROSS D: Allocation de ressources et mécanismes budgétaires pour des systèmes de santé décentralisés: expérience du Béloutchistan( Pakistan), Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé, (200), 78(8), 1024-1035
- Haut Comité de Santé Publique: Les réformes des systèmes de santé, spécificités et convergences, Actualité et dossier en santé publique, (1997), 18
- HOFFMEYER U and McCARTHY T: Financing health care, Kluwer Academic Publishers, vol 1, (1994) 26-37
- JAJOO UN: Risk sharing in rural health care, World health form, 13 ( 2-3) (1992), 171-
- Journal of health policy, policy and law, special issue Health care in the next century: market, states and communities, (1997), 22, 2-3
- KADDAR M: Introduction au dossier Economie de la santé, Cahier santé, 22-09-99
- LEWIS S, SAULNIER M and RENAUD M: Reconfiguring health policy: simple truths, complex solutions, Handbook of social studies in health and medicine, 3.10, 509-52
- LONDONO J. F. and FRENK J. Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America, Health policy 41, (1997), 1-36
- MACINTHYRE K and HOTCHKISS DR: Reformal revisited: Community financing schemes and emergency transport in rural Africa, Social science and medicine 49(11), dec (1999), 1473-87
- MARTIN J: Les soins de santé primaires, notes rapportées de la conférence d'Alma Ata dans "Pour la Santé Publique", réalités sociales (1987), 89-94
- MOUGEOT M: Régulation du système de santé, La documentation française, Paris (1998)
- NORMAND C: Using social health insurance to meet policy goals, social science and medicine, 48 (1999) 865-869
- PHELPS E. C: Les fondements de l'économie de la santé, éd publi union, (1992)
- PINEAULT R. et DAVELUY C: La planification de la santé, éd nouvelles, (1995)
- PRABHAT J. et co: Improving the health of the global poor, Science reprint, (15 march 2002), vol 295, 2036-2039
- RICHETER H, MERKLE F and GORGEN H: Financing health services in sub-saharan Africa: option for decision makers during adjustment, Social science and medicine 34(1) Janvier (1992) 1-9
- ROEMER MI: Health financing by social security, International Journal of health planning and management 2(2) Apr l- Jun (1987), 109-24
- RON A: NGOs in community health insurance schemes: examples from Guatemala and the Philippines, Social science and medicine, 48, (1999) 939-950

- SEGAL L: The importance of patient empowerment in health system reform, Health policy, 44, 33-44
- SOMMER J. H: Incitations et rationnement dans le domaine de la santé publique, Commission pour les questions conjoncturelles, bulletin n° 377, 7-19
- TANGCHAROENSATHIEN V et Co: The social security scheme in thailand: what lesson can be draw?, Social science and medicine, 48, (1999) 913-923
- WESSEN A F: The comparative study of health care reform, in "POWELL and WESSEN: Health care system in transition", (1999) 3-24
- WESSEN AF: Structured differences and health care reform, in "POWELL and WESSEN: Health care system in transition", (1999) 369-392
- YU Sh and ANDERSON GF: Achieving universal health insurance in Corea: a model for other developping countries?, Health policy 20(3) (1992) 289-99

## **B. RAPPORTS ET COMMUNICATIONS**

- KESSOU L: Le financement et la gestion financière des services de santé décentralisés au Bénin: Revue de littérature: les expériences d'ailleurs, Brainstorming sur la décentralisation, le financement et la gestion financière des services de santé au Bénin, Parakou, du 24 au 25 Août 1998
- MASSOUGBODJI M. et Co: Carte blanche du Ministère de la Santé Publique 1996-2001, Imprimerie nationale, Cotonou 2001
- O.M.S: Rapport sur la santé dans le monde 2000 : pour un système de santé plus performant, OMS Genève.
- O.M.S: Rapport sur la santé dans le monde 2002: Réduire les risques et promouvoir une vie saine, OMS Genève
- R B, MPREPE: Rapport social 96 éd INFRE, (1997)
- R B, MSP: Politique nationale de tarification des soins et des médicaments essentiels sous noms génériques 1999-2001, Imprimerie moderne la solidarité, Cotonou, Juillet 1998
- R B, MSP: Politique pharmaceutique nationale, Janvier 2000
- R B: Rapport social 1997/1998
- SUIED S. et SY S A: Bénin: les atouts économiques ,éd Promotion Afrique Internationale, 2001
- USAID-HRAA-HFS: 22 Policy questions about health care financing in Africa, 1995  
859-864

## **C. NOTES DE COURS, MEMOIRES ET THESES**

- ABBE-DECARROUX F: Outils de microéconomie pour l'économie de la santé, cours du MHEM, IEMS, HEC, UNIL, 2001
- BENKASSMI M: Demande des soins au Maroc. Etude dans la perspective du projet de réforme assurance maladie obligatoire au Maroc, Thèse de doctorat présentée à l'école des HEC de Lausanne en 2001
- DIEZI J et GUEX P: Séminaire interfacultaire d'éthique biomédicale, MHEM, IEMS-HEC-UNIL, 2002.

- DOMENIGHETTI G: Introduction à l'économie de la santé, cours du MHEM, IEMS-HEC, UNIL, 2001
- DUC Jean-Louis: Droit des assurances sociales, cours du MHEM, IEMS-HEC-UNIL, 2001
- GUILLOT O: Droit de la santé: cours du MHEM, IEMS-HEC-UNIL, 2001
- HUARD P: Les réseaux de soins: nouvelle forme d'organisation de l'activité sanitaire, cours d'économie de la santé avancée, MHEM, IEMS-HEC-UNIL, 2002
- HUARD P: Organisation et dynamique des systèmes de santé, cours d'économie de la santé avancée, MHEM, IEMS-HEC-UNIL, 2001
- PACCAUD F: Analyse comparative des systèmes de santé, cours du MHEM, IEMS-HEC-UNIL, 2002
- POUVOURVILLE (de) G: Administration des institutions sanitaires: Introduction, cours du MHEM, IEMS-HEC-UNIL, 2001
- SANTOS-EGGIMANN B: Epidémiologie et santé publique, cours du MHEM, IEMS-HEC-UNIL, 2002
- SCHENKER L.: Management des organisations sanitaires sujets avancés, cours atelier du MHEM, IEMS-HEC-UNIL, 2002
- WASSERFALLEN JB: Introduction à la pratique médicale, cours bloc pour étudiants non médecins, MHEM, IEMS-HEC-UNIL, 2001
- WASSERFALLEN JB: La pratique médicale: caractéristiques et perspectives, cours du MHEM, IEMS-HEC-UNIL, 2001

## **D. CODES ET LOIS**

- Convention 102 de l'O.I.T.
- Décret n° 96-25 du 25 janvier 1996 portant mode de détermination de prix publics des médicaments et spécialités pharmaceutiques en République du Bénin
- Décret n° 2001-036 du 15 février 2001 fixant les principes de déontologie et les conditions de l'exercice de la médecine traditionnelle en République du Bénin
- Décret n° 2000-410 du 17 Août 2000 portant application de la loi n°97-020 du 17 février 1997 portant fixation des conditions de l'exercice en clientèle privée des professions médicales et paramédicales et relatif à l'ouverture de dépôts pharmaceutiques en République du Bénin
- Décret n° 2002-411 du 17 Août 2000 portant application de la loi n° 97-020 du 17 juin 1997 portant fixation des conditions d'exercice en clientèle privée des professions médicales et paramédicales et relatif à l'ouverture et à l'exploitation d'une usine pharmaceutique en République du Bénin.
- Loi n° 90-32 du 11 décembre 1990 portant constitution de la République du Bénin
- Loi n° 97-020 du 17 juin 1997 portant fixation des conditions de l'exercice en clientèle privée des professions médicales et paramédicales en République du Bénin
- Loi n° 97-028 du 15 janvier 1999 portant organisation de l'administration territoriale de la République du Bénin
- Loi n° 98-004 du 27 Janvier 1998 portant code du travail en République du Bénin.

- Ordonnance n°10/PCM du 21 Mars 1959 instituant un régime de réparation et de prévention des accidents de travail et des maladies professionnelles.

- Ordonnance n° 73-3 du 17 Janvier 1973 (instituant un régime de sécurité sociale en faveur des travailleurs autres que les fonctionnaires)

- Ordonnance n° 73-38 du 21 Avril 1973 portant création des ordres nationaux des médecins, des pharmaciens, des chirurgiens dentistes et des sages-femmes modifiée par l'ordonnance n° 73-59 du 24 Avril 1973.