

Nyssens, Marthe ; Vermer, Marie-Catherine. *La régulation des mutuelles de santé au Bénin*. In: Leloup F., Brot J., Gérardin H, *L'Etat, acteur de développement*, Karthala: Paris, 2012, p. 123 -140. 978-2-8111-0617-1.

7

La régulation des mutuelles de santé au Bénin

Marie-Catherine Vermer

UCL, Cerisis/CIRTES, Grap-OSC ; **Marthe Nyssens**
UCL, IRES, Cerisis/CIRTES, Grap-OSC ; marthe.nyssens@uclouvain.be

Pascal Wélé

Université de Abomey, Calavi, Bénin, Grap-OSC ; paswele@yahoo.fr

Après l'engouement autour du microcrédit dans les politiques de développement, la micro-assurance suscite l'intérêt croissant de nombreux bailleurs de fonds du développement. Parmi le large éventail de pratiques que revêt ce concept, les mutuelles de santé sont caractérisées par un partage *solidaire* des risques entre ses membres¹. Les mutuelles de santé sont des initiatives privées et collectives en vue de réduire les barrières financières en matière d'accessibilité aux soins de santé. Elles reposent sur les cinq principes suivants : la recherche d'une protection sociale à travers un partage solidaire du risque lié à la maladie, une dynamique à base communautaire, un système de prise de décision participatif et une auto gestion par les membres, une participation libre et volontaire et enfin un caractère non lucratif (Fonteneau, 2004).

¹ Ainsi alors que pour une microassurance proposée par une assurance lucrative, la prime est fonction du profil de risque, dans une mutuelle de santé, la cotisation n'est généralement pas différenciée suivant les profils de risque. De plus, les bénéficiaires sont les propriétaires de la mutuelle alors que dans une entreprise lucrative, ils en sont les clients.

Le développement des mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest est un phénomène récent qui remonte au début des années 1990, mais en constante progression. Au Bénin, le nombre de ces mutuelles est passé de 11 en 1997 à 90 en 2003 (La Concertation, 2003) et à 142 en 2005 (Lokossou, 2005). Les mutuelles sont perçues comme un moyen d'améliorer l'accessibilité aux soins de santé, voire comme un moyen d'extension de la protection sociale dont la couverture reste largement lacunaire et inéquitable en Afrique de l'Ouest (entre 5 et 10% selon ILO, 2001). Ainsi, on observe un souhait grandissant d'appuyer au mieux ces systèmes mutualistes afin d'étendre et de structurer leur champ d'activités. Se pose alors avec acuité la question de la régulation des mutuelles de santé.

La notion de régulation vise ici à « couvrir l'ensemble des mécanismes et institutions qui encadrent le développement du secteur. Il ne s'agit pas d'une approche qui se limiterait à n'envisager que les aspects purement législatif et réglementaire (même si ceux-ci ont leur importance) mais au contraire de s'intéresser à l'essentiel des éléments relevant tant de l'État que de l'initiative privée susceptible de permettre un développement équilibré du secteur » (Labie, 2006, p 4).

Après un rappel du contexte d'émergence des mutuelles de santé et des principaux défis auxquels elles font face en Afrique de l'Ouest, nous structurons notre analyse en deux parties. Premièrement, en partant du postulat d'un encastrement politique des mutuelles, sont retracés l'historique de leur développement au Bénin et l'analyse des relais apportés par les acteurs publics et privés à l'émergence des modes de régulation actuels. Deuxièmement, nous approfondissons la question du rôle de l'État envers les mutuelles, en identifiant ses différents modes d'intervention, ainsi que leurs enjeux sous-jacents en termes de régulation et de protection sociale.

1. CONTEXTE D'ÉMERGENCE DES MUTUELLES DE SANTÉ EN AFRIQUE DE L'OUEST

La nécessité de trouver des modes alternatifs de financement solidaire de la santé découle, entre autres, des évolutions importantes qu'ont connues les pays d'Afrique de l'Ouest depuis les années 1960 en matière de financement de la santé, caractérisées par le passage d'une gratuité de la santé au mécanisme de recouvrement des coûts (Letourmy, 1999).

Au lendemain des indépendances, dans un souci de "santé pour tous", l'État prend en charge les prestations et assure une gratuité d'accès aux soins. L'idée généreuse de financer entièrement la santé sans aucune

contribution de la part du patient permet d'envisager une couverture maladie universelle et de faire face à la situation épidémiologique de l'époque. Toutefois, l'incapacité des États à dégager les moyens budgétaires suffisants et la mauvaise gestion des dotations par les prestataires mènent progressivement au constat d'un échec de ce système. En 1978, la Conférence d'Alma Ata propose des pistes pour palier à ces dysfonctionnements en se concentrant sur les soins de santé primaires, sans toutefois apporter de réponse à la dimension économique de pérennité financière du système sanitaire. Dans ce contexte, les organismes internationaux tels que l'UNICEF et la Banque mondiale sont à l'origine d'un financement par les usagers de la santé, basé sur l'idée d'un "recouvrement des coûts". Cette réforme, qui consiste à passer d'une gratuité à une tarification modérée, trouve son expression officielle lors de l'Initiative de Bamako en 1987. On assiste alors à un désengagement de l'État du secteur de la santé et à une responsabilisation accrue des ménages dans le financement de la santé ainsi que dans la gestion et le contrôle de ce financement "communautaire". La part de la santé dans le budget de l'État béninois passe de 15,15% en 1997 à 8,41% en 2005 (MSP, 2005). Par contre, le financement communautaire augmente d'environ 50% entre 2000 et 2005 où il représente 9,6% du budget public de la santé (*Ibid.*). Cependant, le financement de la santé continue de poser problème. En 2005, seuls 18% des structures sanitaires sont jugés « viables », contre 35% « déficitaires » et 47% « fragiles » (*Ibid.*). Ces difficultés financières découlent, en particulier, de la vulnérabilité des populations et de leur incapacité à mobiliser des ressources suffisantes pour faire face aux événements extérieurs défavorables comme les dépenses en soins de santé (Zett, 2007).

C'est dans ce contexte, à la fois marqué par une nécessité d'améliorer l'accessibilité financière des populations à la santé et une couverture encore très parcellaire des systèmes de protection sociale, que différents systèmes de financement de la santé ont vu le jour en Afrique, notamment au Bénin. Ces derniers prennent des formes diverses comme les mutuelles de santé, le prépaiement à travers les systèmes d'épargne-santé (constitution d'un fonds d'épargne par un groupe d'adhérents), etc.

2. PRINCIPAUX DÉFIS DES MUTUELLES DE SANTÉ

L'importation d'un modèle occidental d'assurance-santé volontaire en Afrique de l'Ouest nécessite une appropriation du système par la population. Or, s'il est souvent admis que les mutuelles s'intègrent aisément au sein de sociétés africaines, réputées solidaires et porteuses

d'initiatives collectives, cet argument doit être relativisé. Le concept d'assurance au travers du paiement des primes est étranger aux pratiques informelles. En outre, le fait de mettre de l'argent de côté peut être perçu comme un acte attirant la maladie (De Allegri et *al*, 2006). Au montage des mutuelles, les niveaux d'adhésion s'avèrent souvent inférieurs aux prévisions, notamment en raison d'une remise en question du système assurantiel (Fonteneau, 2004). Par contre, l'adhésion à la mutuelle est influencée positivement par la crédibilité de l'organisme initiateur (Dubois, 2002), l'implication des populations locales dans le montage et le fonctionnement de la mutuelle (Criel et Waelkens, 2004).

Malgré un développement important, le secteur mutualiste en Afrique de l'Ouest demeure jeune et le pourcentage de population couverte, encore modeste (moins d'1% au Bénin selon SOFRECO, 2005). Les principaux défis à relever pour assurer un développement durable aux mutuelles sont, d'une part, l'appropriation culturelle du système mutualiste et l'amélioration de la qualité des soins de santé qui conditionnent l'adhésion des populations et, d'autre part, le renforcement de la viabilité financière qui est central pour garantir une pérennité à la mutuelle.

L'échec de certaines mutuelles s'explique non pas par une incompréhension, voire un rejet du système, mais par une déception des membres vis-à-vis de la qualité des soins (Criel et *al*, 2005). En effet, l'affiliation à la mutuelle et le paiement régulier des cotisations nécessitent la certitude d'obtenir, en cas de maladie, des soins de qualité. Or, cette qualité fait défaut dans ces secteurs tant public que privé, au Bénin : manque d'éthique du personnel, corruption, fortes disparités territoriales, ruptures des stocks de médicaments et marché parallèle non contrôlé (SOFRECO, 2005). Néanmoins, la mutuelle reste un moyen d'améliorer la qualité des soins à travers différents leviers (financier, contractuel, mais aussi du militantisme) générateurs d'un cercle vertueux (Criel, Blaise, Ferette, 2006).

En outre, aucune mutuelle au Bénin ne satisfait actuellement aux critères de viabilité financière, au sens de prise en charge de l'ensemble des frais de son fonctionnement (SOFRECO, 2005). Plusieurs coûts restent en effet couverts par les structures d'appui² : frais de

² B. Fonteneau (2004) distingue deux types d'acteurs impliqués dans la mise sur pied et le fonctionnement d'un système de micro-assurance santé : les *structures d'appui* ou les *promoteurs* de systèmes de micro-assurance santé sont des organisations spécialisées (notamment techniquement) dans ce domaine ; les initiateurs sont, quant à eux, définis comme les acteurs qui ont déclenché le processus de mise en place du système d'assurance-santé. Parfois, la structure d'appui se confond avec l'initiateur.

fonctionnement, de promotion, de gestion, de suivi et, éventuellement, de réassurance. Outre des taux de pénétration³ faibles, les mutuelles rencontrent des difficultés dans le recouvrement des cotisations malgré des montants peu élevés et un souci d'adapter les périodicités de prélèvement aux bénéficiaires.

3. LE DÉVELOPPEMENT DES MUTUELLES DE SANTÉ : AU CROISEMENT DE DEUX MODES DE RÉGULATION⁴

Dans ce contexte, s'affirme l'intérêt d'étudier les formes de régulation du secteur des mutuelles. Notre analyse s'appuie sur le postulat d'un encastrement politique (Laville, Lemaître, Nyssens, 2006) des mutuelles selon lequel le processus d'institutionnalisation des mutuelles ne peut être appréhendé en considérant les politiques publiques (nationales et de la coopération internationale) comme un champ autonome et exogène vis-à-vis duquel les mutuelles n'auraient pas d'impact. Cette notion d'encastrement permet d'examiner la nature des différentes interactions entre acteurs publics et privés et leur influence réciproque sur les dynamiques de régulation.

3.1. Caractérisation de deux modèles de régulation

L'analyse historique du développement des mutuelles de santé au Bénin permet de distinguer deux modes de régulation qui coexistent aujourd'hui, mais dont l'émergence coïncide avec deux contextes institutionnels différents.

Deux modes de régulation

À partir de 1996	À partir de 2000
Concertation nationale et internationale des acteurs et implication de l'État	
- Initiatives ponctuelles de concertation au niveau :	- Institutionnalisation de plate-formes de concertation au niveau :
<ul style="list-style-type: none"> • international (Plate-forme d'Abidjan) • national (initiative du CIDR) 	<ul style="list-style-type: none"> • international (La Concertation) • national (CONSAMUS)
	- Souhait des structures d'appui de dialoguer avec

³ Le rapport entre le nombre total de bénéficiaires de la mutuelle et le nombre de personnes constituant le public ciblé.

⁴ Cette analyse s'appuie sur différentes données récoltées lors d'une mission de trois semaines à Cotonou, en janvier 2007, dans le cadre des travaux du GRAP-OSC. (Groupe de recherche interuniversitaire et d'appui au politique) qui, financés par la Coopération universitaire au développement, visent à étudier le rôle des organisations de la société civile (OSC) dans la coopération au développement. Les informations proviennent d'entretiens semi-directifs réalisés auprès d'acteurs publics et privés concernés par le thème de la régulation des mutuelles de santé.

- Souhait des structures d'appui de dialoguer avec le ministère de la santé afin d'améliorer la relation avec les prestataires de soins - Faible implication de l'État	l'ensemble des ministères potentiellement impliqués dans le développement des mutuelles - Projet de mise en place d'un cadre réglementaire au niveau de l'UEMOA sur la mutualité - Implication plus explicite et croissante de l'État
Dynamiques d'impulsion des mutuelles de santé	
- Création de mutuelles conditionnée à l'expression d'une demande locale - Comité d'initiative composé par les futurs mutualistes - Mise en réseau des mutuelles non systématique et conditionnée à une maturation du mouvement	- Développement centralisé et systématique de mutuelles - Comité d'initiative composé d'une diversité d'acteurs relevant à la fois de l'offre de soins (prestataires), de la demande de soins (futurs adhérents) et de l'État (élus locaux) - Mise en réseau systématique (voire simultanée à la création) des mutuelles calquée sur le système sanitaire

Ces deux modes de régulation se différencient à deux niveaux : premièrement, le niveau de concertation entre les acteurs du champ avec notamment, le degré d'implication de l'État et, deuxièmement, la dynamique d'impulsion des mutuelles de santé. Cette dynamique peut se définir selon trois critères : l'origine de l'initiative de créer une mutuelle, la composition du comité d'initiative et la dynamique fédérative. Il est évident que les modalités de ces trois critères ne trouvent pas leur traduction "pure" dans la réalité ; celles-ci doivent être davantage considérées comme des idéaux-types vis-à-vis desquels les différentes mutuelles se positionnent le long d'un *continuum*. La distinction des deux modes de régulation permet de proposer une vision analytique des dynamiques d'institutionnalisation qui façonnent le champ des mutuelles.

3.1.1. Concertation entre acteurs et implication de l'État

L'émergence du premier mode de régulation coïncide avec le développement au Bénin des premières mutuelles de santé, appuyées par des ONG ou organisations internationales entre 1995 et 1999. Cette période se caractérise par le défaut d'intervention étatique et par une quasi-absence de coordination entre les initiatives, le champ étant encore largement méconnu. Deux événements constituent les prémices d'une concertation entre acteurs impliqués: la Plate-forme d'Abidjan en 1998 (rassemblement international en Afrique de l'Ouest) et une tentative de coordination nationale initiée par une ONG étrangère⁵ (rassemblement des structures d'appui, des bailleurs de fonds ainsi que des représentants du Ministère de la santé). À l'époque, les structures d'appui optent pour le choix stratégique de collaborer prioritairement avec le Ministère de la

⁵ CIDR, Centre International de Développement et de Recherche

santé étant donné le rôle clé des prestataires de soins dans le développement des mutuelles.

Ensuite, dans un contexte d'accélération des créations de mutuelles, émerge un second mode de régulation vers la fin des années 1990. Cette période se caractérise d'abord par une structuration importante du secteur ainsi qu'une implication croissante de l'État, notamment par le biais de plate-formes de concertation désormais institutionnalisées aux niveaux international (La Concertation⁶) et national (CONSAMUS⁷). En outre, le Bénin prend part au projet « *d'Appui à la construction d'un cadre régional de développement des mutuelles de santé dans les pays de l'UEMOA* » (2004-2006) qui vise à répondre au vide juridique dans lequel évoluent les mutuelles⁸. En s'inscrivant dans une dynamique régionale supranationale, ce projet a pour objectif la formulation harmonisée d'un cadre réglementaire au sein d'un acte communautaire, à traduire ensuite en loi nationale.

3.1.2. Dynamique d'impulsion de la mutuelle

Ces deux modèles de régulation se distinguent également dans la dynamique d'impulsion.

D'abord, bien que dans les deux modes de régulation, la création des mutuelles de santé s'adosse généralement à des structures externes d'appui technique et financier, l'initiative d'impulsion repose sur des acteurs distincts

D'une part, on observe une logique *ascendante* qui se base sur un lien fort entre la création d'une mutuelle et l'expression par les futurs bénéficiaires d'une demande résultant d'un besoin non satisfait, à savoir l'accès à des soins de santé de qualité. Le soutien à la création d'une mutuelle apporté par la structure d'appui s'inscrit alors dans le sillage d'une demande locale formulée par un acteur extérieur ou non au groupe cible : un prestataire de soins, des groupements villageois ou une ONG locale bénéficiant d'un ancrage communautaire. Selon ce premier mode de régulation, ce sont fondamentalement les futurs bénéficiaires qui,

⁶ La Plate-forme d'Abidjan donne naissance en 1999 à La Concertation, un réseau de partage d'expériences, de compétences et d'informations sur le développement des mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest et centrale, entre une gamme variée d'acteurs.

⁷ Depuis 2003, la plate-forme de concertation nationale, CONSAMUS, réunit l'ensemble des structures d'appui, un représentant des prestataires de soins privés, différents ministères, ainsi que deux institutions de formation. Elle contribue à la promotion des mutuelles au Bénin, favorise un dialogue entre structures d'appui et constitue un interlocuteur vis-à-vis de l'État.

⁸ Voir site internet : <http://learning.itcilo.org/ilo/step/mutuellesdesante>

éventuellement relayés par un acteur tiers, sont au cœur de la dynamique d'impulsion de la mutuelle.

D'autre part, selon le second mode de régulation, une mutuelle émane d'initiatives plus centralisées, de la part d'un acteur soucieux d'améliorer l'accessibilité des populations aux soins de santé. Porté par cette ambition, celui-ci développe alors de manière systématique la mise en place de mutuelles de santé, sans pour autant que le fondement de son action repose sur une concertation préalable approfondie des futurs bénéficiaires et sur une appropriation du système mutualiste par ces derniers. Ainsi, par exemple, l'État intervient à partir de 2000 dans la mise en place et l'appui de mutuelles de santé, à travers la création des « Mutuelles de sécurité sociale » (MSS) par le Ministère du travail. Cette initiative repose sur une optique de lutte contre la pauvreté et d'extension de la protection sociale aux travailleurs du secteur informel. De même, à la demande d'organisations internationales ou du Ministère de la santé, certains projets de mutuelles de santé sont soutenus au niveau de zones sanitaires avec comme priorité l'augmentation de la fréquentation des formations sanitaires.

Les deux modèles de régulation se différencient, ensuite, au niveau des acteurs impliqués et de la participation communautaire au montage de la mutuelle.

Dans le premier mode, on observe un comité d'initiative constitué exclusivement d'une seule catégorie d'acteurs liés à la demande de santé (les futurs mutualistes) et éventuellement un soutien d'acteurs gravitant autour de la mutuelle (prestataires de soins, acteurs publics locaux, etc.) mais qui ne font pas partie du comité d'initiative en tant que tel. Les premières mutuelles de santé associées à cette dynamique de régulation souhaitent en effet afficher une distinction claire entre les acteurs liés à l'offre et à la demande de soins de santé. Par exemple, une originalité des mutuelles soutenues par le CIDR consiste en la création depuis 2001 d'un poste de *médecin-conseil* qui vise à faire l'interface entre les mutuelles et les formations sanitaires traditionnelles. Cette innovation permet de clarifier la distinction entre demandeurs et offreurs de soins et d'améliorer la reconnaissance réciproque entre ces deux types d'acteurs.

Dans le second mode, le comité d'initiative rassemble une diversité d'acteurs relevant à la fois de l'offre de soins (prestataires de soins ou élus locaux responsables du système sanitaire) et de la demande (futurs mutualistes). Cette implication d'une pluralité d'acteurs ressort particulièrement dans la stratégie développée par le Projet intégré de santé familiale (Pisaf), à travers sa logique de diversification et d'intensification des partenariats tant avec la société civile qu'avec le

secteur public. Le processus de montage de la mutuelle implique un panel varié d'acteurs : les Ministères de la santé et des affaires sociales, les leaders communautaires (chef d'un village, président d'une association villageoise..) et élus locaux, les collectivités locales, les comités de gestion des structures de santé, les prestataires de soins et les responsables du système sanitaire, les ONG et les institutions financières décentralisées (PHRplus, 2006).

Parmi les différentes démarches de structuration du champ des mutuelles de santé, émerge depuis 2000 un mouvement fédérateur.

Une telle dynamique permet d'abord d'identifier un interlocuteur officiel ayant une vision globale du mouvement mutualiste et capable de le représenter auprès des différents partenaires. Ensuite, de tels regroupements permettent à la fois de couvrir des risques plus élevés et de créer des économies d'échelle grâce à l'élargissement de la base d'adhésion, de constituer des fonds de garantie et de prendre en charge les mutualistes à l'échelle de la fédération (Waelkens, Criel, 2007). Afin d'enclencher un tel processus de rassemblement fédératif à l'échelle nationale, deux logiques de mise en réseau des mutuelles peuvent être envisagées.

Une première favorise un regroupement progressif des mutuelles, basé sur une concertation préalable des mutualistes autour de préoccupations et de revendications communes. On peut citer, par exemple, l'initiative pionnière du Réseau Alliance Santé qui regroupe l'ensemble des mutuelles appuyées par le CIDR depuis 2002.

Une seconde logique repose plutôt sur une mise en réseau systématique voire simultanée à la création de la mutuelle, axée sur un modèle pyramidal semblable à celui de la division administrative, en vue d'aboutir à terme à une couverture complète du territoire national.

3.2. Défis aux deux dynamiques de régulation

Dans un environnement national globalement favorable au développement des mutuelles de santé, deux logiques de régulation coexistent actuellement ; l'émergence progressive d'une dynamique centralisée et descendante aux côtés d'initiatives majoritairement caractérisées par une configuration décentralisée et ascendante. Dans ce contexte de période charnière au Bénin, différents défis se profilent.

Un premier défi de taille concerne l'impact exercé par ces dynamiques de régulation sur, d'une part, les objectifs d'expansion nécessaires au mouvement mutualiste et, d'autre part, le maintien d'une participation

communautaire et d'une appropriation du système par les membres, fondements mêmes de la mutualité.

À cet égard, la deuxième dynamique de régulation présente l'avantage à court terme d'une diffusion rapide du système mutualiste, tout en assurant au mouvement l'assise qui lui est nécessaire. En effet, l'isolement des mutuelles les rend vulnérables, alors que leur diffusion et leur mise en réseau leur permettent de renforcer leur viabilité et la qualité du service à travers un professionnalisme croissant. En outre, plus elles sont nombreuses et organisées, plus les mutuelles renforcent leur visibilité et légitiment leurs revendications au nom des demandeurs de soins de santé.

Toutefois, sous couvert d'une capitalisation et d'une diffusion des expériences, une expansion trop rapide et systématique du mouvement mutualiste risque de fragiliser sa pérennité sociale. Ainsi, une participation communautaire réduite aux responsables administratifs, aux élus locaux et aux leaders communautaires, risque de manquer d'un ancrage social suffisant auprès des mutualistes eux-mêmes. Des expériences soulignent, par exemple, un souhait de plus de participation à la prise de décision au sein de systèmes d'assurance lorsqu'ils sont initiés et gérés uniquement par les prestataires de soins (Criel et Waelkens, 2004). Cependant, si la participation volontaire des membres à la prise de décision demeure une procédure démocratique profitable aux mutuelles, les bienfaits de la participation communautaire peuvent aussi présenter certaines limites en terme d'efficacité : manque de compétence, faible motivation due au bénévolat, pressions sociales et "maladies invouables", etc. (*Ibid.*). Il convient de trouver un compromis entre, d'une part, une diffusion et une professionnalisation nécessaires des mutuelles de santé et, d'autre part, le maintien de leur autonomie indispensable à leur viabilité sociale. La diversité des pratiques observées actuellement parmi les mutuelles de santé au Bénin constitue une richesse qu'il convient de préserver de toute logique de reproduction et de diffusion systématique. Jusqu'à présent, le contexte béninois se distingue, en effet, d'une politique descendante concentrée au sein d'une structure centrale de développement comme l'Union technique de la mutualité au Mali ou l'administration de la santé au Rwanda qui suscite la création de mutuelles au sein de chaque district sanitaire (Letourmy, 2006).

Un second défi porte sur l'autonomisation progressive du mouvement mutualiste vis-à-vis des promoteurs et des structures d'appui et sur le rôle des dynamiques fédératrices à cet égard. Une telle dynamique constitue un moyen intéressant non seulement d'unifier le mouvement mais également de récupérer certaines tâches jusqu'alors assurées par les structures d'appui comme la formation, la sensibilisation, le suivi de

gestion, etc. Cependant, pour que la fédération ou l'union des mutuelles relève du choix des mutualistes, il convient de renforcer leurs capacités à participer au dialogue institutionnel avec les autres acteurs. Waelkens et Criel (2007) soulignent, à ce propos, l'importance de conceptualiser davantage les modalités de mise en réseau des mutuelles de santé, afin de mieux en définir les avantages et les limites et d'identifier les contextes auxquels elles s'approprient au mieux.

4. INTERVENTIONS DE L'ÉTAT ET ENJEUX SOUS-JACENTS

Les mutuelles de santé sont des initiatives privées mises en place par des organisations de la société civile mais impliquées dans des préoccupations d'intérêt général, en l'occurrence l'accès aux soins de santé et la protection sociale.

Bien que le rôle de l'État doive être considéré différemment selon que l'on considère un régime privé ou public, volontaire ou obligatoire, il reste néanmoins fondamental en matière d'assurance santé. On peut distinguer quatre modes d'intervention associée au développement des mutuelles de santé : la prestation où l'État crée lui-même une mutuelle de santé ; la réglementation c'est-à-dire la mise en place d'un cadre législatif et de contrôle par une autorité de tutelle ; le financement ou octroi de subventions et enfin la contribution à un environnement propice au développement des mutuelles.

4.1. Prestation

Au Bénin, le Ministère du travail est lui-même promoteur de mutuelles de sécurité sociale (MSS) destinées aux travailleurs du secteur informel. L'emprise exercée par l'autorité ministérielle sur les structures de gouvernance de ces mutuelles contraste avec l'autonomie des mutuelles de santé d'initiative privée. Par exemple, le statut d'agent public du personnel des MSS distancie le rapport social entre la mutuelle et le membre et accroît la méfiance. En intervenant directement dans le montage de mutuelles, le Ministère risque d'en faire une sorte d'affaire d'État alors qu'un des fondements de la mutuelle est son appropriation par les membres eux-mêmes.

Il convient enfin de s'interroger sur la pérennité financière de régimes volontaires impulsés par l'État car ils restent alors dépendants des moyens financiers que ce dernier destine à leur appui.

4.2. Réglementation

Primo, une difficulté dans la mise en place d'un cadre réglementaire surgit aussitôt dans la mesure où la législation des pays africains a généralement codifié les associations mais ignore ce qu'est une mutuelle. Une loi sur les mutuelles présente plusieurs avantages. D'abord, la reconnaissance légale améliore leur visibilité et leur crédibilité auprès des populations mais aussi des prestataires de soins. Ces derniers seront davantage enclins à engager des procédures de contractualisation avec des structures ayant une personnalité juridique propre. Ensuite, la loi va assainir l'environnement en clarifiant la définition de mutuelle, tout en évitant de contraindre ces systèmes à se plier à une loi sur les assurances privées. Elle garantit une qualité de service par le biais d'un contrôle et de sanctions en cas de mauvaise gestion de la mutuelle.

Les opinions divergent au sujet du moment où fixer un cadre réglementaire. Certains considèrent que celui-ci doit venir en amont pour établir les règles alors que d'autres craignent une rigidité qui étoufferait le mouvement mutualiste sans lui permettre d'atteindre une maturité suffisante pour participer à la co-construction d'un cadre réglementaire adapté. La forme institutionnelle reconnue par la loi fait également débat parmi les acteurs. La reconnaissance légale du modèle mutualiste, stricto sensu (cfr infra), a l'avantage de favoriser les initiatives basées sur un partage solidaire du risque plutôt que d'autres systèmes plus individualistes comme l'épargne-santé. Par contre, la convergence vers un modèle unique entraîne une perte de diversité et de richesse en termes de formes institutionnelles⁹.

Secundo, se pose la question de la tutelle des mutuelles de santé dans un contexte de quasi-absence, de fait, de tutelle sur les régimes d'assurance santé, en général, dans les États africains. Cette absence de tutelle renvoie d'abord à la difficulté d'identifier au niveau des pouvoirs publics un interlocuteur précis, à l'échelle nationale, pour assurer un suivi du mouvement. Elle s'explique, également, par un manque, à la fois, de moyens humains et techniques pour contrôler le champ aux niveaux local et central, et de compétences étant donné le caractère encore récent de la

⁹ Cette question de géométrie institutionnelle fait écho à un enseignement tiré par Lhériaux (2004) concernant la loi PARMEC qui, plutôt que de s'intéresser à l'activité de la microfinance, visait prioritairement la reconnaissance légale des mutuelles ou des coopératives. Toute initiative de financement décentralisé ne répondant pas à ces formes institutionnelles a dû s'y conformer pour obtenir une autorisation d'exercice de leur activité à durée indéterminée.

thématique de l'assurance maladie en Afrique. En effet, la fragilisation progressive due à des politiques (notamment les PAS) a entraîné une perte de connaissances théoriques et pratiques, au fil des générations, de la problématique de la protection sociale (Letourmy, 1999). Or, tout comme la reconnaissance légale, l'identification d'une autorité de tutelle contribue à la reconnaissance du mouvement mutualiste.

La perspective d'attirer des moyens financiers auprès des bailleurs de fonds internationaux motive les différents ministères potentiellement concernés à revendiquer la tutelle des mutuelles. Bien qu'une tutelle interministérielle s'avère optimale, cette option semble peu réaliste en raison de l'absence de dialogue et de moyens financiers des différents ministères. Certains acteurs se disent favorables à confier la tutelle au Ministère du travail qui a la charge de la sécurité sociale ; d'autres optent pour le Ministère des affaires sociales ayant la compétence de la protection sociale, bien que celui-ci ne couvre que le volet de l'assistance sociale. Les structures d'appui s'étant tournées historiquement vers le Ministère de la santé, il semble que la tutelle lui revienne *de facto*. Celui-ci exerce déjà la tutelle de l'offre de soins, cette double fonction risque, d'une part, de réduire la capacité de négociation et d'équilibrage des rapports de force entre mutuelles et formations sanitaires et, d'autre part, de soumettre le mouvement mutualiste au service d'une amélioration du financement de la santé. Par ailleurs, ce type de tutelle ne favorise pas l'inscription des mutuelles de santé dans le débat plus large sur la protection sociale (Fonteneau, 2004).

L'étendue de la tutelle peut varier avec, au minimum, une vérification de la conformité des systèmes agréés aux textes d'application concernant son fonctionnement et sa viabilité (Letourmy, 2003). L'autorité de tutelle peut aussi être en charge du contrôle des normes prudentielles à respecter. Ainsi, l'avant-projet d'acte communautaire au niveau de l'UEMOA offrant un cadre juridique aux mutuelles prévoit, notamment, le contrôle de normes prudentielles, par l'autorité de tutelle, indispensables à l'équilibre financier et à la pérennité des systèmes¹⁰.

4.3. Financement

¹⁰ Lhériau (2004) met en évidence les implications de l'absence de telles normes de capitalisation (ratio de solvabilité) dans le cadre de la réglementation PARMEC pour les institutions de microfinance. L'expérience montre que plusieurs réseaux ont dû procéder à des restructurations pour retrouver un équilibre financier après des années de développement intensif et le retrait des bailleurs de fonds.

Dans la mesure où l'État est le premier garant de la santé de la population, celui-ci peut soutenir financièrement les mutuelles de santé. À l'exception des mutuelles de sécurité sociale qui bénéficient d'un appui du Ministère du travail, l'État n'intervient pas actuellement financièrement. Bien que cet appui soit envisagé dans l'avant-projet d'acte communautaire, les ressources financières limitées dont dispose l'État, ne lui permettent pas de soutenir directement les mutuelles. Celui-ci envisage plutôt un rôle de plaidoyer vis-à-vis des partenaires internationaux pour obtenir des financements.

En cas de financement, divers types d'appui sont envisageables. Des soutiens directs peuvent être octroyés. Ainsi, les mutuelles pourraient être financées non seulement par les cotisations des membres mais aussi par des ressources publiques, logique qui est développée au Rwanda (Musango, 2005). Dans la même optique, certains sont favorables à un soutien financier de l'État pour faciliter l'accessibilité des indigents¹¹. Depuis 2001, le Fonds de secours et d'aides sociales cogéré par les Ministères béninois de la santé et des affaires sociales, vise à améliorer l'accès des plus démunis à la santé ; toutefois, par manque d'information, les bénéficiaires potentiels le sous-utilisent. Celui-ci pourrait être mobilisé pour rendre solvable la demande des indigents à travers une prise en charge des cotisations à la mutuelle. La difficulté consiste à déterminer des règles claires qui permettent d'identifier les bénéficiaires et de minimiser les problèmes d'équité dans la répartition du fonds, d'autant plus que les mutuelles ne couvrent pas actuellement la totalité du territoire. Concernant l'identification des indigents, si la décentralisation des mutuelles réduit les asymétries d'information, le recours au contrôle social local doit être envisagé avec prudence : être identifié comme indigent dans l'espace public peut être perçu comme une insulte voire faire l'objet d'un jugement moral allant à l'encontre d'une solidarité entre les membres. Enfin, cibler un soutien financier auprès d'un public particulier peut engendrer certains effets pervers tels qu'une discrimination négative néfaste pour les non-bénéficiaires.

Des soutiens de nature plutôt indirecte peuvent être également déployés. Ils présentent l'avantage, par rapport aux soutiens directs, de préserver l'autonomie du mouvement mutualiste par rapport aux pouvoirs publics.. Ainsi, l'État peut favoriser le développement des mutuelles de santé en contribuant à mettre en place un environnement qui leur soit favorable. Cette contribution se manifeste à travers une sensibilisation

¹¹ En effet, la majeure partie des adhérents correspond aux valeurs moyennes dans la distribution des revenus (SOFRECO, 2005).

des populations à la prévoyance et à la culture de l'assurance ou, encore, par la diffusion d'une meilleure information auprès des prestataires de soins au sujet des mutuelles, par l'encouragement à l'utilisation de médicaments essentiels, etc. (Trommershäuser, Lindenthal et Krech, 2006). Il peut également constituer un fonds de garantie pour les mutuelles.

CONCLUSION

La perspective historique du développement des mutuelles de santé au Bénin permet de mettre en évidence leur encastrement politique à travers l'influence du contexte institutionnel et les rapports entre acteurs. L'analyse distingue deux modes de régulation dont l'émergence coïncide avec deux paysages institutionnels différents. Un premier mode de régulation, décentralisé et ascendant, apparaît avec les premières mutuelles à partir de 1996. Un second, plus centralisé et descendant, à partir des années 2000, se caractérise par une intensification de la concertation et une implication de plus en plus explicite de l'État vis-à-vis des mutuelles. Si ces deux modes de régulation coexistent actuellement, il convient de s'interroger sur les défis qu'ils soulèvent concernant le développement du mouvement mutualiste : il s'agit notamment de trouver un compromis entre, d'une part, une diffusion et une professionnalisation des mutuelles de santé devenues nécessaires à leur expansion et leur pérennité et, d'autre part, le maintien de leurs principes d'autonomie et d'auto-gestion importants pour leur ancrage social et pour leur viabilité.

Le développement des mutuelles de santé au Bénin se caractérise par une intervention lente et modeste de l'État, en raison entre autres d'un manque de moyens humains et financiers. L'analyse montre qu'un équilibre est à trouver entre, d'une part, l'absence de l'État dans le champ et, d'autre part, une certaine ingérence politique au nom de la responsabilité étatique en matière de santé (Letourmy, 1999). Si l'action de l'État est moins évidente en terme de prestation (mutuelle créée par l'État), la légitimité de son appui en matière de réglementation, de contrôle ainsi que de financement est reconnue par une majorité d'acteurs publics et privés. Cet appui est envisagé toutefois à travers une diversité d'instruments, définie en concertation avec l'ensemble des acteurs, de manière à inscrire les mutuelles de santé dans un système intégré et cohérent de protection sociale. Enfin, compte tenu des moyens limités de l'État, en l'occurrence béninois, son appui financier envers les mutuelles de santé, ne peut se passer de la sollicitation de la coopération

internationale. Dès lors, dans ce cas de figure, ces acteurs « exogènes » se verraient conférer de facto une influence considérable en matière de politique d'extension de la protection sociale.

Remise à l'ordre du jour, notamment par la Banque mondiale et le Bureau international du travail, la thématique de la protection sociale s'apparente aujourd'hui à une perception innovante. Celle-ci est envisagée comme un système dans lequel une diversité d'acteurs doivent être impliqués, non plus exclusivement publics mais également privés (lucratifs ou non). Dans ce contexte, les systèmes de micro-assurance santé tels que les mutuelles sont perçus comme un vecteur d'extension de la protection sociale aux populations non couvertes et actives dans le secteur informel.

Dans leur analyse comparative des environnements institutionnels au sein desquels ont émergé les mouvements mutualistes en Europe et en Afrique, Criel et Van Dormael (1999) considèrent comme peu plausible l'hypothèse selon laquelle la dynamique mutualiste en Afrique évoluerait comme dans plusieurs pays européens vers des systèmes nationaux d'assurance maladie obligatoire. Selon eux, le caractère exogène du concept mutualiste mènera probablement à une variété d'expressions adaptées à des environnements sociaux et culturels distincts.

Dès lors, le développement des mutuelles de santé amène à encourager la concertation entre acteurs publics et privés afin d'articuler ces systèmes à l'ensemble des institutions et mécanismes de protection sociale, afin d'aboutir à un système national intégré et équitable. En ce sens, même si le rôle potentiel que l'on veut faire jouer aux mutuelles de santé à grande échelle (couverture du secteur informel) et dans une fonction parfois élargie à l'assistance (vis-à-vis des indigents) doit être envisagé prudemment (Fonteneau, 2004), ces systèmes constituent néanmoins une avancée remarquable dans la formulation des intérêts des acteurs de la société civile au sein de débats, en termes de droits sociaux.

BIBLIOGRAPHIE

CRIEL B., VAN DORMAEL D. (1999) Mutuelles de santé en Afrique et systèmes nationaux d'assurance-maladie obligatoire : l'histoire européenne se répétera-t-elle ?, *Tropical Medicine and International Health*, vol. 4, n° 3, 155-159.

CRIEL B., WAELKENS M.-P. (2004) Les mutuelles de santé en Afrique subsaharienne. État des lieux et réflexions sur un agenda de recherche, Health, Nutrition and Population Discussion Paper, World Bank, Washington, 99 p.

CRIEL B., DIALLO A. A., VAN DER VENNET J., WAELKENS M.-P., WIEGANDT A. (2005) La difficulté du partenariat entre professionnels de la

- santé et mutualistes : le cas de la mutuelle de Maliando en Guinée-Conakry, *Tropical Medicine and International Health*, vol. 10, n° 5, 450-463.
- CRIEL B., BLAISE P., FERETTE D. (2006) Mutuelles de santé en Afrique et qualité des soins dans les services : une interaction dynamique, *in* Dussault G., Fournier P., Letourmy A. (eds.), 353-372.
- DE ALLEGRI M., SANON M., SAUERBORN R., (2006) To enrol or not to enrol? A qualitative investigation of demand for health insurance in rural Africa . *Social Science & Medicine*, 62, 1520-1527.
- DUBOIS F., (2002) *Les déterminants de la participation aux mutuelles de santé: Etude appliquée à la mutuelle Leeré Laafi Bolem de Zabré*, Mémoire de fin d'études, Université de Liège, DES en Gestion du Développement.
- DUSSAULT G., FOURNIER P., LETOURMY A. (eds.) (2006) *L'assurance maladie en Afrique francophone. Améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté*, Washington, Banque mondiale.
- FONTENEAU B. (2004) Les défis des systèmes de micro-assurance santé en Afrique de l'Ouest : cadre politique, environnement institutionnel, fonctionnement et viabilité, KUL-HIVA, Vlaamse Interuniversitaire Raad/Direction Générale de la Coopération au Développement.
- ILO, (2001) *Mutuelles de santé en Afrique : caractéristiques et mise en place. Manuel de formateurs*, Genève.
- LABIE M. (2006) Microfinance et gouvernance : réflexions pour une régulation articulée entre secteurs publics et privés, XXII^{èmes} journées du Développement de l'Association Tiers-Monde, EREIA, Arras, 22-24 mai.
- LA CONCERTATION (2003), *Inventaire des mutuelles de santé en Afrique*, Dakar, 62 p.
- LAVILLE J.-L., LEMAITRE A., NYSSSENS M. (2006) Public Policies and social enterprises in Europe: the challenge of insitutionalization, *in* Nyssens M. (ed.) *Social enterprise, at the crossroads of Market, Public Policies and social society*, London, New York, Routledge, 272-295.
- LETOURMY A. (1999) Les mutuelles de santé en Afrique : une protection sociale sans l'État ? *Revue française des affaires sociales*, n° 3-4.
- LETOURMY A. (2003) État et assurance maladie dans les pays africains. Communication aux XXVI^{èmes} Journées des Economistes de la santé CERDI, Clermont-Ferrand, 16 p.
- LETOURMY A. (2006) Assurance maladie : un cadre général d'analyse en vue de son implantation dans les pays d'Afrique francophone, *in* Dussault G., Fournier P., Letourmy A. (ed.), 13-51.
- LHERIAU L. (2004) Microfinance, réglementation des IMF et micro-assurance. Atelier au Bénin, 6-8 juillet, du projet BIT-STEP d'Appui à la construction d'un cadre régional de développement des mutuelles de santé dans les pays de l'UEMOA, 16 p.
- LOKOSSOU C. (2005) Diagnostic sur le mouvement mutualiste au Bénin, Atelier au Bénin, 6-8 juillet, du projet BIT-STEP d'Appui à la construction d'un cadre régional de développement des mutuelles de santé dans les pays de l'UEMOA.

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE (MSP) (2005) *Annuaire des statistiques sanitaires de 2005*, 249 p.
- MUSANGO L. (2005) *Organisation et mise en place de mutuelles. Défi au développement de l'Assurance Maladie au Rwanda*, Bruxelles, ULB.
- PARTNERS FOR HEALTH REFORM (2006) Insights for Implementers. Stratégies innovatrices pour le développement des mutuelles de santé, USAID.
- RANSON M., BENNETT S. (2002) Role of central governments in furthering social goals through microinsurance units, in Dror D., Preker A. S. (eds.), *Social reinsurance: A new approach to sustainable community health financing*, Washington, Banque mondiale, Geneva, ILO, 245-266.
- SOFRECO (2005) Rapport de mission d'expertise thématique sur les mutuelles de santé. État des lieux du secteur de la mutualité au Bénin, Programme d'appui au secteur de la santé - 8^{ème} FED.
- TROMMERSHAÜSER S., LINDENTHAL R., KRECH R. (2006) The promotional role of governments, in *Protecting the poor. A microinsurance compendium*, Munich, ILO, 508-523.
- WAEKENS M.-P., CRIEL B. (2007) *La mise en réseau de mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest. L'union fait-elle la force?*, Les enseignements d'un colloque international organisé à Nouakchott, 19 et 20 décembre, Institut de Médecine Tropicale, Anvers, 128 p.
- ZETT J.-B. (2007) La pertinence contextuelle des organisations mutualistes et de type mutualiste dans le domaine de la santé au Burkina Faso, *Economie et Solidarités*, vol. 36, n° 2, 49-71.