Renforcer la Protection Sociale par l'Institutionnalisation des Mutuelles de Santé au Bénin

WSM
SOCIAL ALERT
International Advocacy

Rapports sur les Droits Economiques, Sociaux et Culturels

1

WSM est l'ONG (Organisation non gouvernementale) du Mouvement Ouvrier Chrétien de Belgique (ACW-MOC) et de ses organisations constitutives. WSM a le mandat de concrétiser la solidarité internationale de ACW-MOC avec les mouvements sociaux dans le Sud pour qu'ils soient des acteurs de changement et des agents de développement en faveur des populations locales.

Wereldsolidariteit
Solidarité Mondiale
World Solidarity
Solidaridad Mundial

Au Sud, ce sont plus de 80 projets de partenaires locaux financés et soutenus dans une trentaine de pays d'Afrique, d'Asie et d'Amérique Latine. Au Nord, la sensibilisation et la mobilisation des membres se concrétisent par l'organisation de conférences, de débats et de formations et par le développement d'une politique de communication. L'action Social Alert donne corps à l'action politique de WSM au niveau international.

WSM

Chaussée de Haecht 579 | 1030 Bruxelles | Belgique
Tél : +32.(0)2.246.36.71 | Fax : +32(0)2.246.38.85
Email : wsm@wsm.be | Website : www.wsm.be

MUTUALITE CHRETIENNE

La **solidarité**, c'est bon pour la santé.

Depuis près de 150 ans, l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes (ANMC) se bat pour que les soins de santé soient et restent accessibles à tous. Ainsi, l'ANMC se trouve au cœur du processus de participation démocratique de la population aux décisions politiques, économiques et sociales qui la concernent. En Belgique, l'ANMC est spécialisée dans l'organisation et la gestion de l'assurance maladie et invalidité au profit de ses 4,5 millions de membres, et dans l'organisation des services de soins de santé et d'éducation à la santé. Dans un monde où les acquis sociaux se fragilisent de jour en jour, il est primordial de défendre les droits de chacun en matière de santé grâce à la solidarité de tous. Pour l'ANMC, la solidarité ne doit pas seulement se traduire entre ses membres, elle doit être étendue à toute la société, même au-delà des frontières. En collaboration avec WSM, l'ANMC et les mutualités régionales soutiennent des partenaires mutuellistes dans 8 pays africains : le Sénégal, la Guinée, le Mali, le Burkina Faso, le Bénin, la République démocratique du Congo, le Burundi et le Cameroun.

ANMC

Service de coopération internationale
Chaussée de Haecht 579 | 1030 Bruxelles | Belgique
Tél : +32.(0)2.246.49.12 | Fax : +32(0)2.246.49.15
Email : international.cooperation@cm.be | Website : www.cooperationinternationale.mc.be

"Renforcer la protection sociale par l'institutionnalisation des mutuelles de santé au Bénin", Rapport sur les Droits, Economiques, Sociaux et Culturels N°1, WSM - Action Social Alert, Bruxelles, Juin 2009.
Extraits de ce document peuvent être copiés si la source est mentionneé.

Une version électronique est disponible en ligne: www.socialalert.org <http://www.socialalert.org>

Photos: Aboubakar Koto Yerima, Caroline Lesire et Bart Verstraeten

Cette recherche a pu être réalisée grâce au soutien de ICCO en Kerk in Actie (Pays Bas) et de la Direction Générale pour la Coopération au Développement DGCD (Belgique).

ICCO

La coopération belge au développement .be

Renforcer la Protection Sociale par l'Institutionnalisation des Mutuelles de Santé au Bénin

Avant-propos 5
Remerciements 6
Liste des sigles et abréviations 7
Introduction 8
Cadre théorique 13

Le cas du Bénin 20

A. Etat des lieux du système de la protection sociale au Bénin 20
I. Le système étatique de protection sociale 21
1.1. Politique de protection sociale au Bénin 21
1.2. Mise en œuvre de la protection sociale 23
1.2.1. Sécurité sociale 23
(a) Régime général : caisse nationale de sécurité sociale 24
(b) Régime spécial : fonds national des retraites du Bénin 26
(c) Initiative spécifique : mutuelle de sécurité sociale du Bénin 28
1.2.2. Assistance sociale 31
(a) Fonds sanitaire d'indigence 32
(b) Fonds national de secours 33
1.3. Le système étatique : observations finales 34

II. Le système communautaire : le cas des mutuelles de santé 35
2.1. Le cadre légal national et régional 36
2.2. Programme d'appui aux mutuelles de santé en Afrique (Promusaf) 39
2.2.1. Les mutuelles de santé de Bembèrèkè 40
2.2.2. L'union communale des mutuelles de santé de la commune de Bembèrèkè 42
2.3. Le Réseau Alliance Santé 44
2.4. Le système communautaire : observations finales 47

III. Conclusion : le système étatique versus le système communautaire 49

B. Vers une institutionnalisation des mutuelles de santé 50
I. Dynamique interne au sein des trois entités 53
1.1. Autorités publiques 53
1.2. Formations sanitaires 56
1.3. Mutuelles de santé 57
1.4. Structures d'appui 59
II. Dynamique externe entre les trois entités 60
2.1. Rapport autorités publiques – mutuelles de santé 60
2.2. Rapport autorités publiques – formations sanitaires - mutuelles de santé 62
2.3. Rapport mutuelles de santé – formations sanitaires 64
2.4. Rapport autorités publiques – formations sanitaires 66
2.5. Rapport mutuelles de santé – structures d'appui 68

C. Objectif final : l'institutionnalisation des mutuelles de santé au Bénin 70

Avant-propos

En Belgique, nous bénéficions depuis la fin de la seconde guerre mondiale d'un système de sécurité sociale solidaire, équitable et efficace, qui protège l'ensemble de la population contre de nombreux risques sociaux, dont ceux liés à la santé.
Au sein de ce système unique au monde, les mutualités jouent un rôle clé. Elles étaient les premières, il y a 150 ans, à organiser un système d'assurance-maladie solidaire afin de permettre l'accès aux soins de santé des populations. Aujourd'hui elles sont devenues des acteurs incontournables du système de santé, en assurant notamment la cogestion de l'assurance-maladie obligatoire et en proposant des services complémentaires à leurs membres.

Soucieuse de partager ses expériences et de s'enrichir de celles d'autrui, la Mutualité chrétienne s'engage depuis plus de quinze ans auprès d'acteurs mutualistes, notamment en Afrique en étroite collaboration avec WSM. Les besoins y sont énormes : la majorité de la population ne jouit d'aucune forme de protection sociale. Conscients des atouts des mutuelles de santé dans l'extension de la couverture universelle des soins de santé, nous nous rendons cependant compte que ce modèle mutualiste, solidaire et participatif ne pourra s'étendre que si les mutuelles de santé sont « institutionnalisées », c'est-à-dire si elles sont reconnues par les autres acteurs et inscrites dans le cadre institutionnel en matière de protection sanitaire, comme c'est le cas en Belgique.

Cette étude nous semble très utile en ce qu'elle permet de bien cerner l'importance du processus d'institutionnalisation et les enjeux y relatifs. Nous croyons que les recommandations présentes dans cette étude renforceront la durabilité de notre approche mutualiste et contribueront de manière significative à renforcer les synergies entre les mutuelles de santé et les autres acteurs. Que cela se traduise dans une meilleure couverture des soins de santé de tous et toutes est notre plus grand souhait !

Marc Justaert
Président ANMC

Remerciements

L'aboutissement de cette étude a été rendu possible par l'enthousiasme, la compétence et les efforts de plusieurs personnes, que nous tenons à remercier sincèrement. Un remerciement particulier, d'abord, à Monsieur Uzziel Twagilimana, le représentant résident de Werledsolidariteit-Solidarité Mondiale (WSM) en Afrique pour sa contribution à la mise en œuvre de la recherche. Son intérêt pour le sujet de l'extension de la protection sociale l'a incité à s'impliquer activement à chaque étape de l'élaboration de ce projet, de la conception jusqu'à la finalisation de la recherche.

Le coordinateur national du Programme d'Appui aux Mutuelles de Santé en Afrique (PROMUSAF) au Bénin, Monsieur Aboubacar Koto-Yerima, mérite également une mention spéciale pour son apport constant lors de l'élaboration de cette étude, et particulièrement lors de l'organisation des missions de terrain.

Nous tenons également à remercier toutes celles et ceux qui ont partagé leurs expériences et visions à différents moments du cheminement de ce projet: fonctionnaires, responsables des formations sanitaires, élus locaux, gestionnaires des mutuelles de santé et mutualistes. Cette étude n'aurait pu aboutir sans leur précieux apport.

Dans le cadre du séminaire « Renforcement de la Protection Sociale par l'Institutionnalisation des Mutuelles de Santé », organisé par WSM et l'ANMC à Cotonou, Bénin, du 17 au 19 novembre 2008, la présente étude à été discutée et validée par les différents acteurs mutualistes en Afrique avec lesquelles WSM et l'ANMC coopèrent. Leurs apports ont été appréciés car ils ont, sans aucun doute, enrichi la présente étude. Au sein de l'ANMC, nous tenons à remercier tout particulièrement Caroline Lesire, du service de coopération internationale, pour ses suggestions constructives.

Le présent rapport a été rédigé avec Laure Malchair. Nos vifs remerciements lui sont adressés pour son inestimable contribution.

Bart Verstraeten
Coordinateur de l'action *Social Alert* - WSM

Liste des sigles

ADMAB	Association de la mutualité agricole du Bénin
AIMS	Centre d'étude et d'appui aux institutions de micro-assurance santé
ANMC	Alliance nationale des mutualités chrétiennes de Belgique
CDCS	Comité départemental de coordination des secours
CIDR	Centre international pour le développement et la recherche
CONSAMAS	Concertation nationale des structures d'appui aux micro-assurances santé
CNOS	Conseil national d'orientation des secours
CNSS	Caisse nationale de sécurité sociale
DSRP	Document stratégiques de réduction de la pauvreté
DUDH	Déclaration universelle des Droits de l'Homme
FNS	Fonds national de secours
FNRB	Fonds national des retraites du Bénin
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
FSI	Fonds sanitaire d'indigence
MEG	Médicaments essentiels génériques
MSP	Ministère de la Santé Publique
MSS du Bénin	Mutuelle de sécurité sociale du Bénin
MTFP	Ministère du Travail et de la Fonction Publique
ONG	Organisation non-gouvernementale
OIT	Organisation Internationale du Travail
PDC	Plan de développement communal
PIB	Produit intérieur brut
PIDESC	Pacte international des droits économiques, sociaux et culturels
PISAF	Projet intégré de santé familiale
PROMUSAF	Programme d'appui aux mutuelles de santé en Afrique
PSNPS	Politique et stratégie nationales de protection sociale
RAS	Réseau Alliance Santé
STEP	Strategies and Tools against Social Exclusion and Poverty
UCMSB	Union communale des mutuelles de santé de Bembèrèkè
UEMOA	Union économique et monétaire Ouest-Africaine
UNICEF	Fonds des Nations-Unies pour l'Enfance
WSM	Wereldsolidariteit -Solidarité Mondiale

Introduction

Bien que la protection sociale soit un droit humain fondamental et que l'Etat soit le principal responsable de la conception et de la mise en œuvre des systèmes de protection sociale, les constats sont alarmants : près de 80% de la population mondiale ne jouirait d'aucune forme de protection sociale[1] ; en Afrique, près de 90% de la population est exclue de tout système de protection sociale.

Si ce constat dressé sur base des statistiques est alarmant, les réalités qui se cachent derrière ces chiffres sont d'autant plus inacceptables. Nombreux sont ceux qui, en Afrique, meurent de maladies curables, telles que les maladies diarrhéiques, les affections respiratoires ou encore le paludisme. Et ce, faute de moyens pour s'acheter les médicaments essentiels génériques (MEG). Combien de mères perdent la vie au moment même où elles la donnent par manque de moyens pour un accompagnement médical approprié pré ou post-natal ? Combien d'enfants sont réduits à la mendicité et à la délinquance à cause de la perte ou de l'invalidité permanente de leur soutien (parents), et restent ainsi enfermés dans un cycle infernal d'exclusion sociale et de pauvreté ? Combien de travailleurs n'ont aucun espoir de bénéficier d'une pension minimale pour s'assurer un minimum de vie décente une fois atteint l'âge de retraite ?

Ce constat s'explique en premier lieu par le désengagement progressif de l'Etat dans la provision des services sociaux au cours des années '80 et '90. Ensuite, la grande majorité des ménages africains ne peuvent s'affranchir de la pauvreté, le travail étant le plus souvent informel et précaire et étant donnée l'érosion des mécanismes traditionnels de solidarité familiale[2]. Ainsi, ils n'ont aucun accès aux systèmes étatiques de protection sociale et leurs revenus très bas et instables ne leur permettent pas de souscrire à une assurance privée.

C'est contre cette réalité inacceptable que se prononcent Solidarité Mondiale (WSM) et l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes de Belgique (ANMC). Avec notre réseau de mouvements sociaux, nous nous focalisons sur la promotion du travail décent et l'extension de la protection sociale. Notre conviction : ce sont des outils fondamentaux pour réduire la vulnérabilité et combattre la pauvreté.

---

1 ILO Social Security Department, *Can low-income countries afford basic social security*, "Social Security Briefing Papers", Paper 3, Geneva, 2008, p. 1.

2 Cette érosion est due, entre autres à la forte migration des populations pauvres des zones rurales vers les villes et des pays pauvres vers les pays plus industrialisés ; aux conséquences de la pandémie VIH/SIDA.

Ces mouvements sociaux partenaires sont essentiellement des syndicats, des mouvements de travailleurs et de travailleuses, des mouvements de jeunes, des mutuelles de santé, des coopératives. La coopération avec de tels mouvements sociaux est un choix conscient pour plusieurs raisons :

- Les mouvements sociaux, en organisant les gens, renforcent le capital social et l'extension de la solidarité. Ainsi, les mouvements sociaux développent des stratégies afin de répondre en tant qu'entités collectives au défi d'extension de la protection sociale à tous et toutes.
- En plus, les mouvements sociaux ciblent les groupes vulnérables et pauvres : les travailleurs et travailleuses de l'économie informelle, en particulier des zones rurales, en majorité des femmes, des jeunes ou des migrants. En général ils sont sans protection, exclus de tout cadre légal.
- En outre, ils interpellent l'Etat à mettre en place et/ou à améliorer des politiques et systèmes de protection sociale.

Pourquoi pousser l'Etat à investir plus dans la protection sociale? Selon WSM et son réseau de mouvements sociaux, trois raisons importantes justifient un investissement accru de l'Etat dans le renforcement de la protection sociale :

- **La protection sociale est un droit humain** : L'article 22 de la *Déclaration Universelle des Droits de l'Homme* (DUDH) et l'article 9 du *Pacte International sur les Droits Economiques, Sociaux et Culturels* (PESC) stipulent que tout être humain a droit à la sécurité sociale. A ces textes s'ajoute la *Convention 102* de l'OIT qui détaille la portée de ce droit fondamental. L'article 25 de la DUDH précise quant à lui que « Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté ». Au niveau du continent africain, il faut également mentionner l'article 18 de la *Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples* qui traite de la protection de la famille, des personnes âgées et handicapées[3].

3 DUDH adoptée par l'Assemblée Générale des Nations Unies le 10 décembre 1948 (Résolution 217 A III) ; PIDESC entré en vigueur le 3 janvier 1976 ; la Charte Africaine des Droits de l'Homme, entrée en vigueur le 21 octobre 1986.

L'État porte la principale responsabilité de garantir que les droits humains sont respectés, protégés et effectivement garantis, y compris le droit à la protection sociale. Sur ce point, tout le monde est unanime. Tout comme sur le fait que jusqu'à présent, l'investissement dans ce domaine est insuffisant.

- **La protection sociale est un investissement rentable et abordable**: La protection sociale est un outil efficace de prévention et de réduction de la pauvreté et des inégalités. Plusieurs études montrent comment des systèmes de protection sociale dans les pays industrialisés ont réduit la pauvreté de plus de 50%[4]. En outre, la protection sociale a un impact positif sur le plan économique. Les travailleurs qui sont bien formés et en bonne santé sont plus productifs. D'un autre côté, les pauvres qui disposent d'un revenu stable font augmenter la demande et stimulent ainsi la croissance économique.

  Ce constat est valable également dans les pays du Sud même si, trop souvent, ces derniers mettent en avant le fait que leurs budgets ne leur permettent pas de financer un système global de protection sociale. Des études récentes réalisées par l'OIT démontrent que des pays à bas revenu peuvent assurer le paquet minimum de protection sociale (décrit ci-dessus) s'ils y investissent entre 3,7% et 10% de leur PNB[5]. Par conséquent, la faible couverture des systèmes de protection sociale dans ces pays est plutôt due à un manque de volonté politique qu'à un manque de moyens.
- **Plus de protection sociale est source de paix, stabilité et cohésion sociale** : pauvreté et injustices sociales sont souvent à la base de tensions sociales, voire de conflits violents. Or les mesures de protection sociale éliminent des injustices sociales en redistribuant plus équitablement les richesses. Cela promeut la paix, la stabilité et la cohésion sociale.

4 P. Townsend, *The Right to Social Security and National Development: Lessons from OECD Experience for Low-Income Countries*, January 2007, ILO Discussion Paper 18, Geneva, pp. 50.

5 S. Mizunoya, C. Behrendt, K. Pal and F. Léger, *Costing of basic social protection benefits for selected Asian countries: first results of a modelling exercise*, in "Issues in Social Protection", Discussion Paper 17, ILO, Geneva, 2006; K. Pal, C. Behrendt, F. Léger, M. Cichon and K. Hagemejer, *Can low-income countries afford basic social protection? First results of a modelling exercise*, in "Issues in Social Protection", Discussion Paper 13, ILO, Geneva, 2006.

Dans le souci d'étendre la protection sociale à tous ceux qui en sont exclus, les mouvements sociaux se sont progressivement impliqués sur le terrain et poursuivent la réalisation des trois objectifs suivants :

- **développer des initiatives d'économie sociale et à base communautaire** en réponse immédiate à l'exclusion;
- **étendre les systèmes étatiques de protection sociale aux personnes exclues**, c'est-à-dire organiser l'inclusion directe des groupes vulnérables dans la couverture du système étatique;
- **articuler ces initiatives promues par les mouvements sociaux et les systèmes étatiques de protection sociale**.

Les initiatives « à base communautaire » relèvent de l'économie sociale et solidaire dont la finalité est de rendre des services à des membres, plutôt que de rechercher le profit[6]. Dans cet étude, un exemple des ces initiatives à base communautaire sera analysé en profondeur : les mutuelles de santé. Les mutuelles organisent un mécanisme solidaire d'assurance maladie qui garantit l'accès aux soins de santé de qualité et à un coût abordable.

Si les mutuelles prennent une place centrale dans l'étude, c'est parce que l'étude ne couvre qu'un aspect spécifique de la protection sociale, à savoir l'accès à la santé, droit fondamental reconnu par de nombreux textes internationaux[7]. **L'accès à la santé fait par ailleurs partie du « Global Social Floor »**, aussi dénommé « *le paquet minimum de protection sociale* » conçu par l'OIT[8]. Cette notion renvoie aux éléments clés d'un système minimum de protection sociale, dont les bénéfices sont les suivants :

---

6 L'économie sociale peut être considérée comme une mobilisation sociale à partir des besoins des populations, de leurs aspirations à une identité propre et d'un projet de société porté par des mouvements sociaux. L'économie sociale place donc la personne humaine au centre du développement économique et social et recouvre le monde des coopératives, des mutuelles et des associations. Pour une étude approfondie de ce concept, voir J. Defourny, P. Develtere et B. Fonteneau, *Social Economy - North and South*, Hoger Instituut voor de Arbeid, Katholieke Universiteit Leuven, Centre d'Economie Sociale et Université de Liège, 2000, ainsi que L. Favreau et L. Fréchette, *Mondialisation, économie sociale, développement local et solidarité internationale*, Presses de l'Université du Québec, Canada, 2002.

7 Art. 12 Pacte International relatif aux Droits Economiques, Sociaux et Culturels (ci-après PIDESC) et Art 16 Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples (ci-après CADHP).

8 ILO Social Security Department, **Can low-income countries afford basic social security**, "Social Security Briefing Papers", Paper 3, Geneva, 2008, p. 1; Rapport de la Commission Mondiale pour la Dimension Sociale de la Globalisation, "Une mondialisation juste: créer des opportunités pour tous", Genève, Février 2004, p. 123 (§491).

- **des mesures permettant un accès aux services essentiels de soins de santé** ;
- des bénéfices en faveur de l'enfance et de la famille;
- une aide aux revenus des plus pauvres et des sans emploi en âge de travailler;
- des indemnités d'invalidité et des pensions de vieillesse.

La présente étude a pour but :

- **d'analyser le fonctionnement des mutuelles de santé au Bénin**.
- **de formuler des recommandations pour une meilleure articulation des mutuelles de santé avec le système étatique de protection sociale**.

La première partie présente un état des lieux de la protection sociale. Elle répond à la question de savoir comment elle est organisée au Bénin, d'une part par les autorités à travers la sécurité sociale et l'assistance sociale -le système étatique- et, d'autre part, par les mutuelles de santé –le système communautaire.
Sur base de l'analyse du fonctionnement des mutuelles dans le cadre du système national de protection sociale, cette étude souhaite, dans un second temps, identifier les articulations à construire entre le système étatique et le système communautaire. La réalisation progressive de ces articulations est un processus qui doit aboutir à ce que l'étude dénomme, **l'institutionnalisation des mutuelles de santé. À ce stade, les mutuelles de santé seront reconnues, elles feront partie du cadre institutionnel en matière de protection sociale et les synergies et complémentarités entre elles et les acteurs du système étatique seront optimales.**
Enfin, les conclusions résument les leçons tirées de l'analyse. Les exemples tirés des expériences au Bénin nous permettront de mettre en évidence les bonnes pratiques ainsi que l'importance de l'institutionnalisation en termes de renforcement du mouvement social à la base. Par ce mécanisme, les bénéficiaires deviennent alors de vrais partenaires actifs ayant leur mot à dire dans les mécanismes qui les concernent , un vrai exemple d'empowerment. Ces bonnes pratiques s'adressent à l'ensemble des acteurs concernés par la question de l'institutionnalisation des mutuelles, notamment les autorités publiques, les responsables des formations sanitaires, et les représentants des mutuelles de santé et des structures d'appui au niveau national, régional et international. Les recommandations de cette étude alimenteront notre plaidoyer en faveur de l'institutionnalisation des mutuelles et donc en faveur d'une extension solide et globale de la protection sociale à l'entièreté de la société.

Cadre théorique

Avant d'aborder le cas du Bénin, il importe de définir quelques termes et concepts qui sous-tendent notre approche en lien avec l'institutionnalisation des mutuelles de santé. Ces précisions permettent également de comprendre comment notre réseau et ses partenaires se positionne par rapport à la protection sociale, et particulièrement à l'accès à la santé.

1. Protection sociale

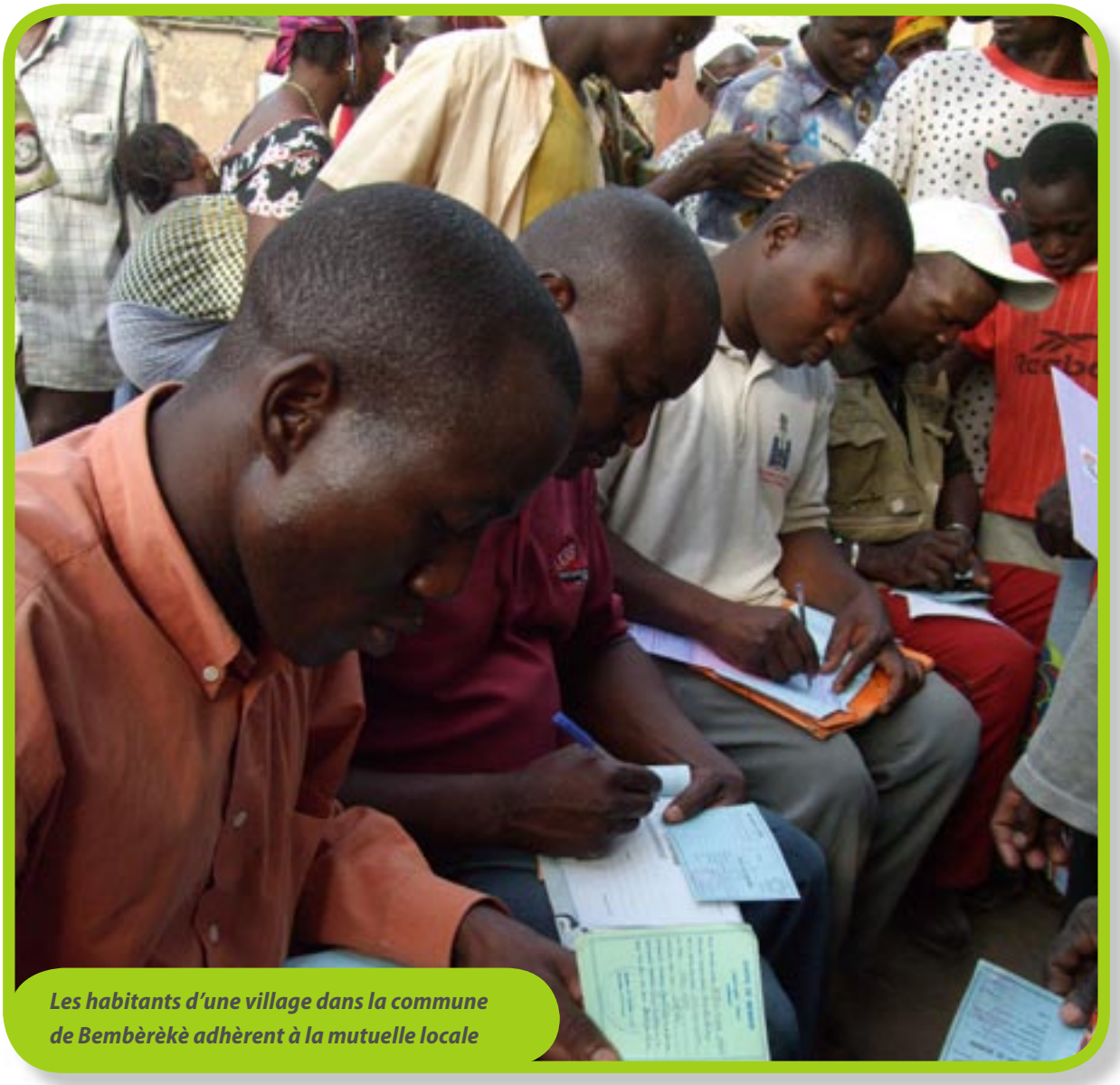
Il n'existe pas de définition de la **protection sociale** qui fasse l'unanimité mais on s'accorde généralement sur sa finalité : elle vise à garantir à tout individu un standard de vie décente. Nous définirons alors son cadre de référence en identifiant les différents acteurs qui y interviennent, les mesures prises ainsi que les principales sources de financement.

Acteurs

Bien que la protection sociale soit en principe une prérogative étatique, elle est de fait prise en charge en Afrique par différents acteurs. Cette situation s'explique notamment par le désengagement progressif de l'Etat dans la provision des services sociaux au cours des deux dernières décennies du 20ème siècle. Cela à cause notamment de la réduction des dépenses publiques imposée par les programmes d'ajustements structurels et par la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako[9] qui a constitué une arme à double tranchant pour les pays concernés. Un autre facteur est le changement fondamental d'une économie formelle à une économie massivement informelle à laquelle les Etats n'ont pas adapté leurs systèmes de protection sociale, axés principalement sur l'emploi formel.

---

9 En Afrique le principe de la gratuité des soins prévalait. Toutefois, la réduction des dépenses publiques dans le secteur de la santé a résulté dans la dégradation des infrastructures sanitaires, la pénurie des médicaments et la démotivation du personnel médical. Pour faire face à ce problème, un sommet des ministres africains de la santé s'est tenu à Bamako en 1987, sous l'impulsion de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF). À l'issue de ce sommet, « **l'Initiative de Bamako** » a été adoptée. Cette Initiative avait pour but d'assurer à l'ensemble de la population un accès aux services de soins de santé primaire à prix abordable, en améliorant la qualité des prestations et en déléguant le pouvoir décisionnel aux échelons inférieurs. Toutefois, pour atteindre ce but, **le texte consacrait notamment le principe d'une participation directe des communautés au financement de la santé par le recouvrement des coûts**. Ce principe implique que les utilisateurs des services de santé paient directement pour les soins de santé. Or, l'application directe de ce principe pose des problèmes dans des pays pauvres où le contexte économique condamne la majorité des travailleurs et travailleuses à des revenus instables et variables de l'économie informelle et du secteur agricole. Ces revenus ne leur permettent pas du tout ou très difficilement de supporter les risques financiers liés à la maladie. Ainsi, le paiement direct (out-of-pocket expenditure) a de fait aggravé la pauvreté de ces gens.



Les habitants d'une village dans la commune de Bembèrèkè adhèrent à la mutuelle locale

Le premier acteur est l'Etat, qui organise et structure un système bénéficiant à deux catégories de personnes : d'une part les travailleurs des secteurs professionnels formels à travers la sécurité sociale et, d'autre part, les personnes vulnérables à travers l'assistance sociale. **Les assurances privées, second acteur**, s'adressent à tout le monde (privés et publics, formels et informels) qui ont les moyens. Ces dernières ne seront pas prises en compte dans cette étude. Troisièmement, nous identifions **les mouvements sociaux** qui organisent les populations pour défendre leurs droits. En matière de protection sociale, ces mouvements recherchent l'extension immédiate du système étatique et/ou développent des initiatives à base communautaire en réponse immédiate à l'exclusion. Dans ce dernier cas, il nous semble important qu'ils construisent des articulations entre

leurs systèmes communautaires et les systèmes de protection sociale organisés par l'Etat.

Mesures

La protection sociale est un ensemble de mesures de prévention, de protection, de promotion et de transformation sociale[10] dont l'objectif est la prévention et la réduction de la pauvreté et de la vulnérabilité.

- **Les mesures de protection** sont basées sur l'assistance sociale et visent principalement à réduire/alléger la pauvreté et la vulnérabilité de certains groupes, particulièrement ceux qui sont pas capables de travailler et de gagner leur vie. En principe, le système d'assistance sociale est organisé par l'État. Les allocations ou prestations de services sont soit universelles, soit conditionnées aux moyens.
- **Les mesures de prévention** sont basées sur le principe d'assurance sociale et sur la solidarité afin de faire face comme groupe aux risques qui émergent au cours de notre vie. Ces mesures de prévention sont à la base des systèmes occidentaux modernes de *sécurité sociale*. Par ces mécanismes, les travailleurs et travailleuses sont affiliés pour s'assurer contre une série de risques (partage de risque) par le paiement d'une cotisation (prépaiement). C'est ce qu'on appelle également *la « mutualisation » des risques* : ceux qui contribuent ont droit à des allocations financières et/ou à des prestations de service quand un risque se produit. Le développement des systèmes de sécurité sociale a été consolidé avec l'adoption de la Convention 102 concernant la sécurité sociale ou les normes minimum par la Conférence Internationale du Travail de l'OIT en 1952[11]. Ce texte établit neuf risques acceptés comme les éléments fondamentaux des systèmes de sécurité sociale : les soins médicaux, l'assurance-maladie, les allocations de chômage, la pension de vieillesse, les allocations en cas d'accident du travail, les allocations familiales, les prestations de maternité, l'assurance invalidité et la pension de survie.
- **Les mesures de promotion** constituent un ensemble de dispositifs mis en place pour permettre à chacun de développer ses capacités et de prendre en main son propre développement. Elles s'appliquent notamment à travers l'accès à l'éducation et la formation continue, l'accès aux microcrédits, le respect des règles en matière de santé et sécurité au travail, etc. Ces mécanismes sont aussi des éléments qui

10 Distinction reprise de S. Devereux et R. Sabates-Wheeler, "Transformative Social Protection", Working paper 232, Institute of Development Studies, October 2004, Sussex, UK, pp. 36.

11 ILO Convention 102 concernant la Sécurité Sociale (Norme Minimum), adoptée par la Conférence Internationale du Travaile dans sa 35ième Session, Genève, 28 juin 1952.

contribuent à prévenir l'apparition de risques et la vulnérabilité potentielle des populations.

- **Les mesures de transformation** sont des actions de défense des droits humains qui visent à changer l'attitude de la société vis-à-vis de l'exclusion sociale, de la discrimination, etc. Ces interventions transformatives sont notamment des actions collectives comme des campagnes de sensibilisation, de plaidoyer,...

Financement

La mise en place d'un régime de protection sociale requiert des moyens financiers et des ressources humaines. En ce qui concerne les sources de financement, une distinction est faite entre les régimes contributifs et les régimes non-contributifs.

- Un régime est contributif s'il est financé entièrement ou partiellement par des cotisations de membres. La sécurité sociale, en est le meilleur exemple : elle est financée par les cotisations des travailleurs et travailleuses et par les contributions des employeurs. Les mesures de prévention, basés sur l'assurance sociale, sont à ranger dans cette catégorie.
- Un régime est non-contributif s'il est uniquement financé par les impôts. Les mesures de protection basés sur l'assistance sociale en sont un bon exemple. En principe, c'est l'Etat qui met en œuvre un régime d'assistance sociale pour les couches les plus vulnérables de la population et qui décide du budget qui sera alloué à cet effet.

Cependant, la portée et la complexité des besoins et la diversité des groupes cibles complexifient le financement de la protection sociale. Elle repose ainsi sur une combinaison de plusieurs sources : contributions des travailleurs et des employeurs d'une part, budget de l'Etat de l'autre part. À cela il faut ajouter la solidarité de la communauté internationale comme source de financement. La réussite de la mise en place des systèmes de protection sociale dans le Sud requiert la solidarité des pays industrialisés. Selon des estimations de l'OIT, la mise en place du paquet minimum de protection sociale, pour les plus démunis, requerrait 2% du PIB mondial. Fournir ce paquet minimum à tous ceux qui n'ont pas accès à la protection sociale requerrait quant à lui 6% du PIB mondial.

En conclusion, le schéma reprend les grandes lignes décrites ci-haut.

Protection Sociale	
Système Etatique	**Système Communautaire**
1. *Acteur principal* : Etat, administrations publiques	1. *Acteur principal* : acteurs d'économie sociale (ONG, les syndicats, les mouvements sociaux, etc.)
2. *Financement* : ▢ sécurité sociale : cotisations ▢ assistance sociale : impôts	2. *Financement* : cotisations des membres
3. *Bénéficiaires* : ▢ sécurité sociale : travailleurs avec une relation de travail formelle ▢ assistance sociale : personnes vulnérables	3. *Bénéficiaires* : travailleurs de l'économie informelle et les communautés rurales.

2. Focus sur un acteur du champ de la protection sociale : les mutuelles de santé

C'est dans le souci d'étendre la protection sociale, en particulier l'accès aux soins de santé, aux populations de l'économie informelle et celles du monde rural qu'il faut situer l'émergence des mutuelles de santé, promues par les mouvements sociaux.

Les mutuelles de santé constituent une des formes les plus répandues de systèmes de micro-assurance. Associations à but non lucratif, elles sont basées sur les principes de solidarité et d'entraide entre personnes qui y adhèrent volontairement. Grâce aux cotisations versées par les membres, la mutuelle garantit à tous ses bénéficiaires l'accès à des soins de santé de qualité à moindre coût. Les soins de santé sont fournis par les prestataires de soins avec lesquelles la mutuelle a conclu une convention portant sur les tarifs et la qualité des soins.

En matière d'accès à la santé, on peut donc considérer les mutuelles de santé présentes dans une certaine zone géographique (village, commune, département, pays) comme un système communautaire.

Les mutuelles de santé sont très présentes dans de nombreux pays en voie de développement et y coexistent avec le système étatique et celui des assurances privées. WSM et l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes (ANMC)[12] soutiennent leur

12 Pour plus d'information: www.cm.be et www.mc.be.

émergence et leur développement depuis près de 15 ans dans plusieurs pays africains ainsi qu'en Amérique latine et en Asie.

Principes

Comme tout système d'assurance maladie, les mutuelles de santé identifient quelles prestations couvrir et quels médicaments rembourser. En matière de soins de santé, elles font la différence entre petits risques et gros risques.

- Les **petits risques** sont les soins de santé de base, dispensés le plus souvent dans les postes ou centres de santé, premier point de contact de la population avec les systèmes de santé. Ils comprennent les consultations généralistes, les consultations pré- et post- natales, les accouchements simples, les soins infirmiers, la petite chirurgie, les vaccinations et la planification familiale.
- Les **gros risques** sont les soins hospitaliers ou spécialisés. Ils comprennent l'hospitalisation et les actes médicaux, chirurgicaux, techniques délivrés à l'hôpital tels que les consultations des médecins spécialistes, la radiologie, la biologie clinique et les analyses de laboratoire[13].
- En ce qui concerne les **médicaments**, on fait la différence entre les médicaments de marque (les spécialités) et les médicaments essentiels génériques. Souvent, le remboursement est limité aux médicaments essentiels génériques[14].

A travers la **contractualisation**, les prestataires de soins et les mutuelles de santé formalisent leurs engagements réciproques. A cet effet, ils concluent une convention écrite comprenant la définition des services couverts (couverture des petits et/ou gros risques, des médicaments, etc.), les tarifs pour chaque prestation, le montant pris en charge par les mutuelles de santé, les modalités de remboursement ainsi que le niveau de qualité de soins exigé des formations sanitaires.

Trois aspects majeurs permettent l'évaluation du bon fonctionnement technique d'une mutuelle de santé :

- **Le taux de pénétration**, rapport entre le nombre de bénéficiaires et la taille du groupe-cible.

13 Micro-assurance Santé - Guide d'Introduction aux Mutuelles de Santé en Afrique, BIT-STEP, Genève, 2002, p. 21-23.

14 En principe, une liste des médicaments essentiels est établie par le Ministère de la Santé du pays et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). L'OMS est l'autorité directrice et coordinatrice au sein du système des Nations Unies en matière de santé.

- **Le taux de recouvrement**, ratio entre les bénéficiaires à jour de cotisation et le nombre de bénéficiaires inscrits dans le registre de la mutuelle. Le taux de recouvrement des cotisations est égal au rapport entre les cotisations perçues c'est-à-dire les cotisations effectivement versées et les cotisations émises, c'est-à-dire les cotisations qui auraient du être théoriquement versées à la mutuelle (en fonction du nombre de bénéficiaires).
- **Le taux de sinistralité** mesure la part des cotisations utilisée pour le paiement des prestations maladie. C'est le rapport entre les prestations maladies et les cotisations acquises.

L'institutionnalisation des mutuelles de santé

Outre les mutuelles de santé[15], d'autres acteurs interviennent dans la provision des soins de santé: l'Etat, c'est-à-dire les **autorités publiques** à tous les niveaux, y compris les collectivités locales et les **formations sanitaires**.

Dans le souci d'optimaliser les synergies et complémentarités entre ces différents acteurs, il faut qu'ils s'engagent à créer et/ou intensifier les articulations [rapports d'interaction et de coopération] entre eux, mais aussi en interne, au sein même de leur structure. Tous doivent prendre une part active à ce processus qui doit faire des mutuelles de santé des mécanismes structurels d'extension de la protection sociale, reconnus par les autres acteurs (autorités publiques et formations sanitaires) et donc faisant partie du cadre institutionnel en matière de protection sociale. À ce stade, les mutuelles de santé seront alors institutionnalisées.

15 Dans ce domaine de l'accès à la santé, d'autres initiatives communautaires existent : pour des exemples, veuillez consulter C. Churchill (ed), « Protecting the Poor – A Microinsurance Compendium », ILO – Munich Re Foundation, Germany, 2006, pp. 654 ; P. Develtere, G. Doyen et B. Fonteneau, *Micro-assurances et soins de santé dans le Tiers-Monde – Au-delà des frontières*, HIVA – Cera Foundation, Leuven, 2004, pp. 61 ; C. Atim, « The Contribution of Mutual Health Organizations to Financing, Delivery and Access to Health Care : Synthesis of Research in 9 West and Central African Countries », ILO-ACOPAM-ANMC-WSM, Geneva, Juillet 1998, pp. 67.

A

Etat des lieux du système de la protection sociale au Bénin

1 Le système étatique de protection sociale

L'Etat est le premier responsable de l'élaboration d'un cadre efficace de protection sociale et de la mise en œuvre des politiques y afférentes. Dans ce premier chapitre, nous décrirons d'une part, la politique de protection sociale en vigueur au Bénin et, d'autre part, le fonctionnement concret des mécanismes permettant l'accès à la protection sociale, en particulier dans le domaine de la santé. Il nous permettra de comprendre comment ce système mis en place au Bénin répond – ou non- aux besoins de la population.

1.1. Politique de protection sociale au Bénin

L'obligation de respecter, de protéger et de garantir le droit à la protection sociale découle de plusieurs traités internationaux de droits de l'homme. Comme nous l'avons vu précédemment, au-delà de la *Déclaration Universelle des Droits de l'Homme*, le Bénin a ratifié le *Pacte International des Droits Economiques, Sociaux et Culturels*[16] le 12 mars 1992 et la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples[17] le 20 janvier 1986.
Ces engagements internationaux ont été traduits dans la Constitution de la République du Bénin[18], qui impose à l'Etat d'assurer le plein épanouissement de la personne humaine sur tout le territoire, à travers l'accès à la santé, à l'éducation, à la culture, à la formation professionnelle et à l'emploi (article 8-9). Dans le domaine de la protection sociale, l'Etat est donc de toute évidence l'acteur central officiel.

Depuis l'indépendance (1960) toutefois, la structure chargée de la protection sociale a souvent changé de ministère de tutelle et de statut, passant d'une autonomie relative à une inclusion pure et simple dans un portefeuille ministériel.

16 Pacte International relatif aux Droits Economiques, Sociaux et Culturels (PIDESC), Résolution 2200 A (XXI) du 16 décembre 1966 ; le PIDESC est entré en vigueur: le 3 janvier 1976.
17 Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples, adoptée le 27 juin 1981 lors de la 18e Conférence de l'Organisation de l'Unité Africaine (OUA) ; la Charte est entrée en vigueur le 21 octobre 1986.
18 Loi N°90-32 portant Constitution de la République du Bénin, 11 décembre 1990.

Actuellement, cette compétence relève officiellement du **Ministère de la Famille, de la Femme et de l'Enfant**. En 2001, ce Ministère s'est doté d'un cadre de référence pour mieux conduire les actions de protection sociale. Suite à des investigations sur le terrain et des consultations au cours de six ateliers, le document « **Politique et Stratégies Nationales de Protection Sociale (PSNPS) 2004 – 2013** » a vu le jour[19]. Ce document prévoit six axes d'interventions prioritaires :

- développement institutionnel des structures de protection sociale du Bénin ;
- mobilisation des communautés pour le développement de la solidarité ;
- protection de l'enfance et de l'adolescence ;
- intégration socioprofessionnelle des personnes handicapées ;
- soutien aux personnes du 3ième âge pour un vieillissement actif ;
- prise en charge psychosociale des indigents victimes du VIH-SIDA ou d'autres maladies incurables et invalidantes.

Pour louable que soit cette initiative, il est toutefois à noter que **la PSNPS 2004 – 2013 met l'accent sur l'assistance sociale** (mesures de protection) et que le Ministère s'occupe principalement des interventions sociales devant répondre aux besoins de personnes vulnérables telles que les enfants, les orphelins, les personnes âgées, les victimes de VIH-SIDA, les personnes handicapées ou encore les indigents.

Or il est évident qu'une politique globale en matière de protection sociale requiert d'autres mécanismes d'intervention, telles que l'assurance sociale (mesures de prévention), des mesures de promotion et des mesures de transformation. De plus, cette vision devrait se matérialiser à travers le développement institutionnel des structures chargées de mettre en œuvre la politique. Malheureusement, on constate que, jusqu'à présent, la prise en charge concrète des nombreuses dimensions de la protection sociale est très fragmentée.

Une initiative intéressante à signaler dans ce contexte, est l'organisation en mai 2007 d'un « **atelier de réflexion pour l'élaboration d'une politique nationale de protection sociale au Bénin** ». Cet atelier, organisé par le BIT-STEP[20] et le Ministère du Travail et de la

19 Politique et Stratégies Nationales de Protection Sociale (PSNPS) 2004 – 2013, République du Bénin – Ministère de la Famille, de la Protection Sociale et de la Solidarité, 2003.

20 **S**tratégies et **T**echniques contre l'**E**xclusion Sociale et la **P**auvreté (STEP) est un programme mondial du Département de la Sécurité Sociale de l'OIT centré sur les populations pauvres et exclues dans l'économie informelle ainsi que dans le milieu rural. STEP travaille dans deux domaines complémentaires: l'extension de la sécurité sociale dans le domaine de la santé et les approches intégrées de lutte contre l'exclusion sociale au niveau local. Pour plus d'informations : http://www.ilo.org/public/french/protection/secsoc/step/index.htm.

Fonction publique, propose dans son rapport la mise en place d'une commission qui définirait toutes les étapes du processus d'élaboration d'une stratégie globale de protection sociale au Bénin. Dans un premier temps, la commission aurait pour mission de procéder au pilotage et au diagnostic de l'état de la protection sociale au Bénin, à l'identification des actions à mener et à la restitution des propositions aux différents acteurs identifiés pour déterminer la suite du processus. Cette commission devait regrouper des représentants des ministères en charge de la Santé, du Travail et de la Fonction Publique, de la Famille, les partenaires sociaux et le mouvement mutualiste[21], mais le ministère de la Famille s'est déjà retiré des travaux estimant qu'elle était la seule institution officielle en charge de la protection sociale. En outre, la représentation du mouvement mutualiste reste très faible.

En attendant cette stratégie globale de protection sociale, différentes législations régissent déjà le système étatique en matière de protection sociale. Elles seront mises en évidence au point suivant.

1.2. Mise en œuvre de la protection sociale

Ce chapitre décrit le fonctionnement et la portée des mesures de prévention (la sécurité sociale) et des mesures de protection (l'assistance sociale) en vigueur au Bénin.

1.2.1. Sécurité sociale

Deux régimes de sécurité sociale existent actuellement au Bénin. Il convient d'y ajouter une initiative spéciale mise en place par l'Etat pour tenter de répondre aux besoins d'une catégorie de personnes non prise en charge par les deux autres régimes.

a) Un régime général de sécurité sociale en faveur des travailleurs soumis aux dispositions du code de travail, c'est-à-dire les salariés du secteur privé et des entreprises parapubliques. Ce régime est géré par la **Caisse Nationale de Sécurité Sociale** (CNSS).
b) Un régime spécial qui prend en charge les fonctionnaires de l'Etat, les militaires et les magistrats. Ce régime est partiellement géré par le **Fonds National de Retraites du Bénin** (FNRB).

21 *Atelier de Réflexion pour l'Élaboration d'une Politique Nationale de Protection Sociale au Bénin* , Rapport de synthèse des travaux, BIT – STEP et le Ministère du Travail et de la Fonction Publique, Cotonou, Bénin, 9 – 10 mai 2007.

c) Une initiative spéciale, la Mutuelle de Sécurité Sociale du Bénin, qui offre une assurance maladie aux travailleurs de l'économie informelle en zone urbaine. Cette initiative peut représenter un pas pour l'institutionnalisation des mutuelles vu que la loi prévoit déjà la mise en place d'un troisième régime de sécurité sociale[22].

(a) Régime général : la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS)

Aperçu général

La loi N°98-019 portant Code de Sécurité Sociale en République du Bénin[23] (ci-après dénommée Code de Sécurité Sociale) régit le régime général de sécurité sociale institué en faveur des travailleurs salariés du secteur privé et des entreprises parapubliques. Il appartient à l'employeur d'y affilier ses salariés.

Le régime est géré par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (ci-après dénommée CNSS). La CNSS est un établissement public à caractère social placé sous la tutelle du Ministère du Travail et de la Fonction Publique et administré par un conseil d'administration tripartite composé de neuf membres : 3 représentants de l'Etat (émanant des Ministères chargés des finances, de la sécurité sociale et de la santé), 3 représentants des travailleurs et 3 représentants du patronat[24].

La CNSS assure la protection sociale des travailleurs affiliés et de leurs personnes à charge à travers la gestion de **trois branches de prestations** que sont :

- Les prestations familiales : prestations familiales et de maternité ;
- Les risques professionnels : prestations d'accidents du travail et de maladies professionnelles ;
- Les pensions : prestations de vieillesse, d'invalidité et de survivants.

Le **régime général est contributif, financé par des cotisations**. Les cotisations sont à la charge exclusive de l'employeur, sauf pour les cotisations de la branche des pensions qui sont reparties entre l'employeur et le travailleur : 6,4% à charge de l'employeur et 3,6% à charge du travailleur. L'employeur est tenu de verser périodiquement les cotisations, y compris la part à charge du travailleur, directement prélevée de son salaire.

22 La loi N°98-019 portant Code de Sécurité Sociale en République du Bénin, 21 mars 2003 prévoit dans son article 1 la création d' « un régime spécial en faveur des travailleurs indépendants, agricoles et du secteur informel ».

23 Certaines dispositions du Code de Sécurité Sociale ont été modifiées par la Loi N° 2007-02 du 26 mars 2007. Notamment l'âge de retraite a été porté sur 60 ans.

24 *Caisse Nationale de Sécurité Sociale - Guide de l'Assuré Social 2005*, République du Bénin – Ministère de la Fonction Publique, du Travail et de la Réforme Administrative, pp. 26.

Le tableau ci-dessous reprend les différentes prestations fournies par la CNSS et les cotisations actuellement en vigueur. Il est à noter que les prestations sont fournies soit en espèces soit en nature.

	Prestations	Cotisation
Prestations familiales (Art. 38-53 Loi N° 98-019)	▢ Allocations prénatales ▢ Allocations familiales ▢ Indemnité de congé de maternité ▢ Action sanitaire et sociale	9% du salaire brut
Risques professionnels (Art. 54-91 Loi N° 98-019)	▢ Soins gratuits (médical, paramédicale, …) ▢ Indemnités journalières ▢ Allocations et rentes d'incapacité ▢ Rentes de survivants	1 à 4% du salaire brut (en fonction du risque par secteur professionnel)
Pensions (Art. 92-105 Loi N° 98-109)	▢ Pensions et allocations de vieillesse ▢ Pensions d'invalidité ▢ Pensions et allocations de survivants	10% du salaire brut

Taux de couverture

Au 31 décembre 2007, les affiliés à la CNSS étaient estimés à 163.865 personnes[25]. La population couverte par la CNSS représente donc à peine 1,95% de la population totale[26].

Soins de santé

Les soins de santé des travailleurs affiliés à la CNSS ne sont pas pris en charge par ce régime général, à l'exception des femmes enceintes et de leurs enfants (action sanitaire et sociale) et des travailleurs victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle (soins gratuits). Toutefois, il convient de noter que la **Convention Collective Générale du Travail** stipule que le travailleur en congé de maladie conserve son salaire (Art 22 – 23)

25 Statistique CNSS non publiée.

26 Population totale du Bénin estimée à 8,4 millions de personnes, World Bank - World Development Indicators 2006.

et que l'employeur est tenu de prendre en charge au moins 60% du coût des soins et des médicaments en cas de maladie (Art 73)[27].
Il est également prévu d'instituer une assurance-maladie pour ce groupe cible, qui serait la **4ième branche dans le Code de Sécurité Sociale**. Une loi spécifique doit la mettre en place. (Art 3 du Code de Sécurité Sociale).

(b) Régime spécial[28] : le Fonds National des Retraites du Bénin (FNRB)

Aperçu général
Les fonctionnaires civils et militaires de l'Etat bénéficient d'un régime spécial de sécurité sociale, composé de **quatre prestations** majeures:

a) prestations de retraite, invalidité et survivants;
b) prestations en cas de maladie (soins médicaux) et de maternité;
c) prestations d'accidents du travail et les maladies professionnelles;
d) prestations familiales.

Le caractère spécial de ce régime réside dans son mode de gestion. Alors que **la branche des prestations de retraites, d'invalidité et de survivants est gérée par le Fonds National de Retraite du Bénin (FNRB)**, les autres prestations sont gérées par l'administration de l'employeur (prestations de maladie et d'accidents de travail et maladies professionnelles) et par le Ministère des Finances (prestations familiales). Ce Ministère exerce d'ailleurs la tutelle sur le FNRB.

La branche des prestations de retraite, d'invalidité et de survivants, régie par la **Loi N°86-014 portant Code des Pensions Civiles et Militaires de Retraite[29]**, est aussi **un régime à contribution obligatoire (cotisations)**, structuré autour du principe de répartition basée sur la solidarité entre les membres : les fonctionnaires y participent par une contribution de 6% déduite de leur salaire tandis que l'employeur verse 14% (Art 59). Les autres prestations sont généralement prises en charge par le budget national de l'Etat.

27 *La Convention Collective Générale du Travail applicable aux Entreprises relevant des Secteurs Privé et Parapublic en République du Bénin*, conclue entre les partenaires sociaux au Bénin et approuvé par le Ministre de la Fonction Publique, du Travail et de la Réforme Administrative, a pris effet le 30 décembre 2005 ; *Social Security Programs throughout the World: Africa 2007*, International Social Security Association and Social Security Administration, Washington D.C., September 2007, p. 34-35.
28 L'analyse de ce régime spécial est basée en grande partie sur : J. Tossa, *Bénin – Protection Sociale : Examen des Dépenses – Evolution des Indicateurs 1990 – 2000*, OIT, Genève, 2005, pp. 107-112.
29 Loi N°86-014 portant Code des Pensions Civils et Militaires de Retraite du 26 Septembre 1986. Certaines dispositions du des Pensions Civils et Militaires de Retraite ont été modifiées par la Loi N° 2005-24 du 8 septembre 2005. Notamment l'âge de retraite a été porté sur 60 ans.

Il est à noter que le régime de retraite des fonctionnaires présente un déficit structurel depuis 1991, résultat des licenciements massifs dans le secteur public suite aux programmes d'ajustements structurels. Le FNRB est contraint à faire appel au budget de l'Etat pour assurer l'équilibre financier[30].

Le tableau ci-dessous reprend les différentes prestations fournies aux fonctionnaires de l'État, et leur financement. Les prestations sont principalement fournies en espèces.

	Prestations	Financement
Pensions (Art 3 – 39 Code des Pensions Civiles et Militaires de Retraite et Loi N° 2005-24 du 8 septembre 2005)	▢ Pensions de vieillesse (à l'âge de 55 ans ou après 30 ans de service) ▢ Pensions d'invalidité ▢ Pensions et allocations de survivants	Cotisation : ▢ 6% à charge du travailleur ▢ 14% à charge de l'employeur ▢ Les cotisations sont complétées par des subventions de l'Etat.
Prestations de maladie et de maternité	▢ Soins médicaux ▢ Hospitalisation Géré par l'administration employeur	Budget national : A l'exception d'une franchise de 20% à charge du fonctionnaire.
Prestations familiales	▢ Allocations familiales Géré par le Ministère de Finances	Budget national : Pas de données disponibles à ce sujet

Taux de couverture

Les fonctionnaires civils et militaires[31], ainsi que leurs personnes à charge, bénéficiant du régime de retraite sont estimés à 34.150 personnes au 31 décembre 2007, soit 0,41% de la population totale[32].

30 En 2001, les recettes du FNRB étaient de l'ordre de 8 milliards FCFA (plus de 12 millions EUR) alors que les dépenses étaient de l'ordre de 17 milliards FCFA (presque 26 millions EUR). Egalement dans ce sens : *Atelier de Réflexion pour l'Élaboration d'une Politique Nationale de Protection Sociale au Bénin*, Rapport de synthèse des travaux, BIT – STEP et le Ministère du Travail et de la Fonction Publique, Cotonou, Bénin, Mai 2007, p. 3.

31 Ces fonctionnaires sont, selon la nouvelle Loi N° 2005-24 du 8 septembre 2005, les agents permanents de l'Etat (civils), les personnels militaires, les personnels du corps de la magistrature, les enseignants permanents de l'enseignement supérieur et les chercheurs, les personnels de la Police Nationale et leurs veufs, veuves et leurs orphelins.

32 Statistique FNRB non publiée.

Soins de santé

Les fonctionnaires civils et militaires qui ont besoin de prestations médicales reçoivent une attestation de prise en charge par leur administration. Les prestations dans les centres de santé publics – soins médicaux et hospitalisation – sont alors prises en charge à hauteur de 80%, d'où l'appellation du **régime des 4/5ième**. Les 20% restants sont à charge du fonctionnaire. Les médicaments ne sont pas couverts.

Ce régime des 4/5ième[33] connaissant ses faiblesses (voir plus loin), le Ministère du Travail et de la Fonction Publique et le BIT-STEP ont mené, dès 2004, des réflexions pour lancer une mutuelle de santé au profit des agents de l'Etat. En suivant les recommandations de l'étude de faisabilité, le Ministère du Travail et de la Fonction Publique a créé un comité chargé de piloter ce projet de création de la mutuelle de santé des agents de l'Etat[34]. Ce dernier a pour mission de conduire, en accord avec les organisations syndicales, le processus devant aboutir à la création d'une mutuelle de santé pour les agents de l'Etat, de valider les documents relatifs à l'étude de faisabilité technique et financière du projet et d'élaborer les projets de statuts du règlement intérieur.

(c) Initiative spéciale : Mutuelle de sécurité sociale du Bénin[35]

Origine

Les régimes du système étatique, gérés par la CNSS et le FNRB, ne couvrent qu'une infime partie (moins de 3%) de la population béninoise. Afin d'améliorer l'accès aux soins de santé pour les travailleurs de l'économie informelle et ceux du milieu rural, le BIT a réalisé une étude de faisabilité pour mettre en place une mutuelle de santé en leur faveur. C'est en 1999 que la « Mutuelle de Sécurité Sociale » voit le jour, à l'initiative du BIT et du Ministère du Travail et de la Fonction Publique (MTFP), qui voulait offrir une protection sociale aux travailleurs du secteur informel et ce, tant pour l'assurance maladie que pour le volet retraite. L'objectif de ce projet était d'installer cette mutuelle dans chaque chef-lieu de département. Hélas, la « Mutuelle de Sécurité Sociale » avait une très faible

33 Particulièrement les retards de paiement des soins offerts par l'Etat et l'exclusion des médicaments de la couverture.

34 Arrêté N°735/MTFP/DC/SGM/DGT/DGFP/DRPSS/SCASS portant création, attributions et composition du comité de pilotage du projet de création de la mutuelle de santé des agents de l'Etat, 17 Octobre 2008.

35 L'analyse de ce régime spécial est basée en grande partie sur : BIT-STEP en Afrique, Mutuelle de Sécurité Sociale – Organisation et Fonctionnement, STEP Dakar, Janvier 2007, pp. 15 ; BIT-STEP en Afrique, Mutuelle de Sécurité Sociale de Cotonou – Rapport de Suivi 2006, STEP Dakar, Février 2007, pp. 17. Les deux documents sont téléchargeables sur le site : http://www.ilo.org/gimi/gess/showpage.do?page=%2Fwikiknowledgemap%2Fbenin%2Fhome.wiki.

dynamique associative, une faible adhésion et une viabilité financière fragile, les prestations étant payées par l'Etat et non par les cotisations des membres[36].
Ces faibles résultats ont abouti à une nouvelle stratégie en 2006 : la mise en place d'une mutuelle nationale dénommée « **Mutuelle de Sécurité Sociale du Bénin** » (ci-après MSS du Bénin) qui a des sections locales dans les grandes villes du pays. À présent, une section locale se trouve à Cotonou, Parakou, Porto Novo et Natitingou. La MSS du Bénin reçoit l'appui technique du BIT-STEP.

Fonctionnement

Au niveau national, la MSS du Bénin est composé d'une assemblée générale (représentants des comités de section), d'un conseil d'administration (membres élus par l'Assemblée Générale) et d'un centre de gestion. Ce dernier est l'organe d'exécution et s'occupe, entre autres, de la gestion des risques, du suivi des prestataires de soins et de la supervision des cellules techniques. Les cotisations des membres sont actuellement thésaurisées. Pour ses charges de fonctionnement (salaires du personnel technique, fournitures de bureau et matériel de fonctionnement, loyer de locaux) et les frais de sensibilisation, la MSS du Bénin bénéficie de l'appui financier du MTFP.
Au niveau de chaque section locale se trouve un comité de section et une cellule technique. Le comité de section est l'organe de décision. Il est constitué par les représentants des associations de travailleurs ainsi que les délégués des travailleurs non-organisés. La cellule technique est l'organe d'exécution qui s'occupe, entre autres, de l'enregistrement des adhésions, du recouvrement des cotisations et de la collecte des attestations de soins.

Groupe cible

Le groupe cible de la MSS du Bénin est composé des **travailleurs de l'économie informelle en zone urbaine**, en particulier les artisans, les travailleurs du secteur des transports (conducteurs de taxi-motos, taxis urbains et gros porteurs) et les petits commerçants. Les deux premiers groupes sont souvent organisés en associations ou en syndicats. Mais les petits commerçants ne le sont généralement pas, ce qui peut rendre le suivi difficile. Aujourd'hui, la branche de Cotonou, la plus ancienne, compte 1776 adhérents et 4102 bénéficiaires.

36 B. Fonteneau, *Les défis des systèmes de micro-assurance santé en Afrique de l'Ouest - Cadre politique, environnement institutionnel, fonctionnement et viabilité*, HIVA/KU Leuven, Leuven, Mars 2004, p. 14-15.

Adhésion et prestations

Pour bénéficier des prestations de la MSS du Bénin, il faut payer un droit d'adhésion et ensuite verser les cotisations fixées par l'assemblée générale. Deux types d'adhésion sont possibles ; **soit à travers une association, soit à titre individuel**. Dans le premier cas, les associations doivent payer un droit d'adhésion de 7000 FCFA[37] (10,67 EUR), fournir leurs statuts et la liste des membres de leur organisation. Dans le second, les individus doivent s'acquitter d'un droit d'adhésion de 3000 FCFA (4,57 EUR). Les cotisations s'élèvent à 600 FCFA (0,91 EUR) par personne et par mois dans les deux cas.

La MSS du Bénin offre **deux types de prestations** : assurance maladie et assurance vieillesse. Le tableau ci-dessous reprend les différentes prestations fournies aux membres de la MSS et leur financement.

	Prestations	Financement
Assurance maladie (Art. 15 Statut de la MSS du Bénin et Art. 12-29 Règlement Intérieur de la MSS du Bénin)	▢ Petits risques ou soins de santé de base ▢ Gros risques ou soins de santé spécialisés ▢ Médicaments génériques et essentiels achetés dans les formations sanitaires conventionnées	Cotisation mensuelle: 600 FCFA/par personne Prise en charge : ▢ 30% à charge du membre ▢ 70% à charge de la MSS du Bénin
Assurance vieillesse (Art. 16 Statut de la MSS du Bénin et Art. 30-60 Règlement Intérieur de la MSS du Bénin)	▢ Pension de vieillesse ▢ Pension d'invalidité ▢ Pension de survivants	Cotisation mensuelle: Le membre choisit le montant de la cotisation entre 2.000 et 50.000 FCFA, ce qui fait varier les prestations.

Soins de santé – assurance maladie de la MSS du Bénin

La MSS du Bénin a institué une assurance maladie en faveur de ses membres : **les cotisations sont mises en commun et servent à couvrir les dépenses de ceux qui sont dans le besoin**. Pour pouvoir bénéficier des prestations, les conditions sont les suivantes :

37 1 EUR = 655,957 FCFA. Le Franc CFA (communauté financière africaine), mieux connu par son sigle FCFA, a cours dans plusieurs pays d'Afrique : le Sénégal, le Mali, le Niger, la Côte d'Ivoire, le Tchad, la Guinée-Bissau, le Togo, le Bénin, la Cameroun, la République Centrafricaine, le Gabon, le Congo et les Comores.

- Etre **bénéficiaire de la MSS du Bénin**, c'est-à-dire avoir payé le droit d'adhésion et versé les cotisations mensuelles pour soi et les personnes à charge.
- Avoir terminé la **période d'observation de trois mois**.
- En cas de maladie, se rendre dans **une formation sanitaire conventionnée par la MSS du Bénin** muni de son livret de membre. Il est important de noter que les bénéficiaires de la MSS du Bénin peuvent recevoir des prestations sur tout le territoire, pas seulement dans leur zone de santé.

Après présentation du livret, **le membre ne paie que le ticket modérateur**, c'est-à-dire le montant qui n'est pas pris en charge par la MSS du Bénin. Dans le cas de la MSS du Bénin, la prise en charge s'élève à 70% des frais. Le ticket modérateur de 30% est à charge du membre.

La MSS du Bénin couvre les gros et les petits risques à l'exception des prothèses, des traitements contre la stérilité, du VIH/SIDA et des maladies chroniques. Les médicaments génériques et les médicaments essentiels achetés dans les formations sanitaires conventionnées sont remboursés.

Taux de recouvrement, de sinistralité et de pénétration

Fin 2006, la MSS du Bénin connaissait un **taux de recouvrement** moyen des cotisations de 90%, selon des chiffres du BIT-STEP[38]. Le **taux de sinistralité** évolue quant à lui de façon positive. Même si, en 2007, la section locale de Cotonou percevait 14 millions FCFA (21.342 EUR) de cotisations et dépensait 15 millions FCFA pour les soins(22.867 EUR), il faut noter que la situation est nettement meilleure qu'en 2005, au moment où les cotisations couvraient moins de 50% des dépenses et que la dotation du Ministère prenait en charge les autres dépenses. Le **taux de pénétration** de la section locale de la MSS du Bénin à Cotonou est très faible, ne s'élevant qu'à 0,82%.

1.2.2. Assistance sociale

A côté de ces régimes de sécurité sociale, existe un système d'assistance sociale voué à répondre aux besoins des groupes vulnérables et marginalisés tels que les indigents, les orphelins et veuves, les victimes du VIH, les sinistrés des calamités naturelles, etc. Ce système comprend plusieurs mécanismes d'intervention selon le groupe cible et les besoins à couvrir. En principe, des fonds sont institués sous la tutelle d'un ou plusieurs

38 BIT-STEP, Mutuelle de Sécurité Sociale – Organisation et Fonctionnement, STEP Dakar, Janvier 2007, p. 11.

ministères. Comme cette recherche se concentre sur l'accès à la santé des groupes vulnérables, nous allons nous intéresser spécifiquement à deux mécanismes complémentaires d'intervention : le Fonds sanitaire des indigents et le Fonds national de secours.

(a) Fonds sanitaire des indigents

Comme son nom l'indique, ce fonds intervient dans la prise en charge des soins de santé des personnes indigentes. Le Fonds Sanitaire des Indigents (ci-après FSI) est une ligne de crédits annuels ouverts au budget général de l'Etat, dénommée « secours et aides sociales »[39]. Selon les critères du fonds, est dite indigente toute personne se trouvant dans un état d'extrême pauvreté, dépourvue de ressources vitales, en difficulté sur le plan social et/ou économique et ayant besoin de l'aide de l'Etat pour sa survie.

Le principe de ce fonds est **le remboursement par le trésor public des formations sanitaires et hospitalières ayant fourni des soins de santé aux malades indigents**. Les soins couverts par le fonds comprennent les petits et les gros risques. Pour pouvoir bénéficier des prestations, les personnes doivent obtenir un certificat ou une attestation d'indigence. Notons que les personnes vivant avec le VIH et les personnes victimes d'affections graves, chroniques et onéreuses ne sont pas prises en charge.

En principe, les certificats d'indigence sont délivrés par les centres de promotion sociale, placés sous la supervision du Ministère de la famille, de la femme et de l'enfance. Or le FSI, dont la dotation est évaluée à un milliard de francs FCFA par an (1.524.490 EUR), est **géré par le Ministère de la Santé Publique**. Cette division des compétences rend **la procédure d'obtention de l'attestation lente et complexe et l'accès aux soins de santé difficile pour les personnes indigentes**. En outre, des évaluations faites par le Ministère de la Santé relèvent que certains acteurs, dont les autorités locales et une partie des formations sanitaires, ne connaissent pas l'existence de ce fonds ou ne respectent pas les prescriptions du manuel de procédures institué par le Ministère[40].

39 La gestion du Fonds Sanitaire des Indigents est régie par l'Arrêté N°743/MFE/MSP/DC/CAB/SP du 13 juin 2005.

40 République du Bénin, Ministère de la Santé, *Evaluation Sommaire du Mécanisme d'Utilisation du Fonds Sanitaire des Indigents*, Cotonou, 21 février 2006, pp. 60.

Etant donné que les mutuelles de santé sont implantées au sein des communautés et gérées de manière collective et souveraine par ses représentants, elles semblent avoir une certaine légitimité pour établir l'indigence d'une personne et intervenir en cas de besoin. Ne serait-il pas alors souhaitable d'associer les mutuelles de santé à la gestion de ce fonds. Cela aurait en tous cas l'avantage de rendre l'accès aux soins de santé plus rationnel et efficace pour les personnes indigentes.

(b) Fonds national de secours

Le Fonds National de Secours (ci-après FNS) est lui aussi principalement destiné à des personnes indigentes[41]. Les statistiques du Ministère de la Famille, de la Femme et de l'Enfance montrent que les secours consentis sont généralement utilisés pour **la prise en charge de maladies, des médicaments et pour des aides techniques** (chaise roulante, prothèse, etc.), contrairement aux aides accordées dans le cadre du Fonds sanitaire des indigents qui ne concernent que les soins de santé. Autre différence, les secours du FNS n'ont pas de caractère permanent : ils sont immédiats ponctuels et temporaires. Les secours sont accordés pour un temps déterminé qui ne va pas au-delà d'une période de 3 ans[42]. Les secours sont des allocations en espèces et/ou en nature.

Ce fonds est **géré par le Ministère de la Famille, de la Femme et de l'Enfance** et est estimé à 40 millions FCFA (60.979 EUR). Jusqu'à 2006, ce fonds était géré au niveau national par un comité interministériel d'attribution de secours, composé de 18 membres issus de différents ministères. Mais cette gestion centralisée ne répondait pas dans des délais raisonnables. C'est pourquoi, depuis 2008, la gestion des secours se fait comme suit[43] : au **niveau national**, un Conseil National d'Orientation des Secours (CNOS) est établi. Il a pour mission de définir les objectifs généraux à atteindre par l'Etat en termes de réduction de la pauvreté et de prise en charge des indigents. Au **niveau départemental**, un Comite Départemental de Coordination des Secours (CDCS) constitue une base de données sur les risques sociaux du département et évalue la gestion des secours. Ce comité met en place une **Commission Communale de Gestion des Secours**, chargée d'étudier et de sélectionner les dossiers soumis par les centres de promotion sociale et d'attribuer les secours.

41 Décret N° 2006-228 portant réglementation des secours gérés par le Ministère de la Famille, de la Femme et de l'Enfant, 18 Mai 2006.

42 Boubacar Arouna, *Social Services for aged and disabled persons*, Presentation of the Benin Social Security Office, ISSA Regional Meeting of the Americas on Social Services and Family Allowances, San Jose, Costa Rica, January 2003, p. 4.

43 Décret N° 2006-217 portant création, attributions et fonctionnement des organes chargés de la gestion des secours, 12 Mai 2006.

1.3. Le système étatique : observations finales

Au Bénin, **le système de protection sociale organisé par l'Etat combine des mesures de prévention – les régimes de sécurité sociale de la CNSS et le FNRB – et des mesures de protection – les mécanismes d'assistance sociale du FSI et du FNS**. Tous ces systèmes sont régis par un cadre légal et administrés par des structures chargées de leur mise en œuvre. Il faut toutefois reconnaître que la portée de leur action et leur impact en termes de protection sociale sont encore largement insuffisants.
En effet, **ces régimes de sécurité sociale** ne touchent qu'une très infime partie de la population : les travailleurs du secteur formel privé ou public. En matière de santé, les travailleurs du secteur public ne paient en théorie qu'un cinquième du coût des soins, mais l'application n'est pas évidente. Quant aux travailleurs du secteur privé, ils ne paient qu'une franchise de 40% du prix total.

Concernant les dispositifs d'assistance sociale, la lourdeur des procédures régissant le FSI et le FNS a pour conséquence que les aides sociales, y compris la prise en charge des soins de santé, sont difficilement accessibles aux personnes indigentes.

Dès lors, à part l'assurance maladie instituée par la MSS du Bénin, initiative assez marginale dans le panorama de la protection sociale, **les travailleurs de l'économie informelle et ceux des zones rurales ne sont pas pris en charge par le système étatique de protection sociale**. Le chapitre suivant s'attachera à montrer que cet état de lieux a favorisé l'émergence d'initiatives à base communautaire, telles que les mutuelles de santé.

② Le système communautaire : le cas des mutuelles de santé

Introduction

Les mutuelles de santé constituent une des formes les plus répandues de systèmes de micro-assurance santé. Il s'agit **d'associations volontaires de personnes à but non lucratif**, qui mènent des actions de prévoyance, fonctionnant sur base des principes de solidarité, d'entraide et de gestion démocratique et ayant une autonomie de décision et de gestion : un ensemble de personnes, exposées à un même risque, décide de s'associer pour le partager et en réduire l'impact. Leur objectif principal est d'**améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé.** Elles contribuent également à l'amélioration de la qualité des soins et favorisent la transparence dans la gestion des structures de santé[44].

Les mutuelles sont un élément clé dans la **construction d'un mouvement social** fort qui part de la base. Les communautés s'organisent pour renforcer leur poids et se faire entendre autour d'une question essentielle, l'accès aux soins de santé. L'appartenance à ce groupe les renforce pour défendre leurs valeurs et leurs intérêts.

Ce chapitre nous permettra de comprendre comment se construit ce système, complémentaire à celui de l'Etat, et quels en sont les avantages et les dysfonctionnements. Nous pourrons alors élaborer ensuite une réflexion sur les articulations entre ces deux systèmes et émettre des propositions à cet égard.

Après avoir défini le cadre législatif, deux exemples concrets seront présentés (PROMUSAF et CIDR), ce qui permettra d'aborder le fonctionnement des mutuelles de santé sur la base

44 B. Fonteneau, *Les défis des systèmes de micro-assurance santé en Afrique de l'Ouest - Cadre politique, environnement institutionnel, fonctionnement et viabilité*, HIVA/KU Leuven, Leuven, Mars 2004, p. ix; P. Develtere, G. Doyen et B. Fonteneau, *Micro-assurances et soins de santé dans le Tiers-Monde – Au-delà des frontières*, HIVA – Cera Foundation, Leuven, 2004, p. 35-38 ; Aboubakar KOTO-YERIMA, *Accès à la santé : expérience du PROMUSAF*, dans « Rapport de l'Atelier National sur la Protection Sociale et Vulnérabilité », WSM/Fonds Belge de Survie, Cotonou, Novembre 2004, p. 11-12 ; *Introduction à l'Amélioration de la Qualité des Services de Santé – Manuel destiné aux Mutuelles de Santé*, USAID et PHRplus, Washington, 2006, pp. 85.

d'une réalité précise et d'y ancrer nos propositions. Ces exemples n'ont pas pour but de rendre compte de toutes les variantes possibles mais plutôt de souligner les forces et les difficultés que les mutuelles rencontrent et leur réel besoin d'institutionnalisation.

2.1. Le cadre légal national et régional

Au niveau national

Au Bénin, l'histoire des mutuelles de santé est récente. Les premières actions remontent à 1994-1995 à l'initiative du CIDR (avec l'appui de la coopération suisse) et de WSM et de l'ANMC (avec l'appui de la coopération belge).
Aujourd'hui, il existe une diversité d'acteurs impliqués dans le développement du mouvement mutualiste : l'Etat béninois, diverses ONG locales ou étrangères (ADMAB, GROPERE, WSM, Louvain Coopération au développement, CIDR) et des mutualités étrangères (Mutualités belges chrétiennes et libres), des acteurs internationaux (BIT-STEP, Union Européenne, UNICEF, FNUAP), ainsi que des agences bilatérales de coopération au développement (coopération allemande, américaine, belge, danoise, française et suisse). Ces promoteurs du mouvement mutualiste béninois interviennent au niveau financier (bailleurs de fonds) et/ou technique. Souvent, ils mettent en place des **structures d'appui chargées d'accompagner la création et le fonctionnement des mutuelles**.

> Au Bénin, selon les derniers chiffres disponibles au MSP (2007), **149 mutuelles seraient fonctionnelles sur l'ensemble du territoire national, pour un nombre de bénéficiaires évalué à environ 110.000 personnes**. En général, les mutuelles de santé ont un faible taux de pénétration. Dans leurs localités d'intervention (au niveau des arrondissements), elles ne couvrent que 6%-7% de la population cible.

En l'absence d'un cadre juridique et réglementaire spécifique aux mutuelles, **la majorité des structures d'appui et des mutuelles sont régies par la loi du 1er juillet 1901 relative aux associations**. Etant donné le caractère général de ce cadre, la tutelle n'est donc pas formellement définie, pas plus que les conditions de reconnaissance des mutuelles de santé, ce qui n'est pas de nature à favoriser le développement du mouvement mutualiste au Bénin.

Toutefois, la situation s'améliore lentement. En effet, le Ministère de la Santé Publique (ci-après MSP) chargé, à travers le service santé communautaire, d'encadrer le développement des mutuelles de santé au Bénin, a adopté, en novembre 2003, le **Document de politique et stratégies de développement des mutuelles de santé au Bénin** qui exprime la volonté politique de « *développer et de renforcer la culture d'entraide et de solidarité en cas de maladie à travers l'organisation des populations à la base pour une adhésion volontaire et libre à un système de prise en charge* »[45].

Cette préoccupation du MSP concernant le renforcement des mutuelles de santé a été repris dans le cadre plus général de la **Stratégie de croissance pour la réduction de la pauvreté (SCRP, avril 2007)**[46]. Dans son paragraphe 197, ce texte stipule que « la santé est un facteur déterminant de l'amélioration du capital humain, mais elle n'est pas accessible à une bonne partie de la population, surtout dans le milieu rural, à cause de son coût. Le manque d'accès aux services de santé augmente les risques d'appauvrissement des groupes vulnérables. Pour permettre à la population de se soigner et de renforcer sa capacité productive, le gouvernement s'engage à : (i) promouvoir la micro-assurance, (ii) créer des mesures incitatives pour l'installation des mutuelles de santé ; (iii) encourager les mutuelles communautaires de santé ; et (iv) sensibiliser la population sur les avantages d'une appartenance à une mutuelle de santé. »

Il faut également mentionner que, sur recommandation des structures d'appui aux mutuelles de santé, le MSP a élaboré un **plan stratégique de développement des mutuelles de santé 2007-2011**[47], réactualisé pour couvrir les années 2009-2013, qui vise les objectifs spécifiques suivants :

- créer un environnement favorable pour le développement des mutuelles de santé ;
- augmenter la population couverte à 1.040.000 bénéficiaires en 2011 ;
- renforcer les capacités techniques et institutionnelles des mutuelles de santé ;
- renforcer les capacités des acteurs du développement des mutuelles de santé ;
- renforcer la contractualisation entre les prestataires de soins et les mutuelles de santé.

45 Ministère de la Santé Publique, Document de Politique et Stratégies de Développement des Mutuelles de Santé au Bénin, Novembre 2003, p. 8-10.
46 République du Bénin, « Stratégie de croissance pour la réduction de la pauvreté (SCRP), 2007-2009 », à consulter sur http://benin.unfpa.org/republique_benin/scrp.htm.
47 Ministère de la Santé Publique, Plan Stratégique de Développement des Mutuelles de Santé 2007-2011, p. 17.

Notons que ce plan stratégique n'a malheureusement pas encore été validé par le gouvernement et que, par conséquent, sa mise en œuvre se fait toujours attendre. La CONSAMAS, elle, a déjà approuvé ce plan stratégique. La CONSAMAS est la **Concertation Nationale des Structures d'Appui aux Micro-Assurances Santé**. Elle réunit depuis 2003 les représentants des structures d'appui des mutuelles, des prestataires de soins et des institutions de formation ainsi que des fonctionnaires du Ministère de la Santé, du Ministère de la Femme et de l'Enfance et du Ministère de la Fonction Publique, du Travail et de la Réforme Administrative. Ce cadre de concertation a une double mission : **faciliter l'échange d'expérience** entre les différents acteurs dans le domaine de la santé et **mener le plaidoyer ciblé au niveau national**. Les autorités reconnaissent l'expertise présente au sein de la CONSAMAS. C'est la raison pour laquelle cette structure fait partie des réflexions menées au niveau national.

Au niveau régional

Au niveau régional, il faut signaler, d'une part, une avancée intéressante au niveau législatif, sous l'égide du BIT et, d'autre part, l'existence d'un réseau d'acteurs mutualistes, dénommée la « Concertation entre les acteurs du développement des mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre ».

Etant donnée la croissance du mouvement mutualiste dans plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest, le BIT a apporté un **appui technique et financier à l'Union économique et monétaire Ouest Africaine (UEMOA)[48] depuis 2004 afin d'élaborer un cadre légal pour les mutuelles de santé dans les pays de l'UEMOA.** Ce projet a abouti à un avant-projet de Règlement portant réglementation de la mutualité sociale au sein de l'UEMOA et un avant-projet de Règlement d'exécution déterminant les modalités de constitution, d'agrément et d'immatriculation des mutuelles sociales et de leurs structures faîtières[49].

Le 7 novembre 2008 **les Ministres chargés de la Mutualité Sociale des Etats Membres de l'UEMOA ont approuvé l'avant-projet de Règlement** portant réglementation de la mutualité sociale au sein de l'UEMOA et ont recommandé son adoption officielle par le

48 L'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine fut établi par un traité, signé le 10 janvier 1994 à Dakar, Sénégal. L'UEMOA est composé de huit états-membres : Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée Bissau, Niger, Mali, Sénégal, Togo.

49 UEMOA, Département du Développement Social, « Atelier régional de concertation sur les avant-projets de règlements sur les mutuelles sociales dans les Etats membres de l'UEMOA », Ouagadougou, Burkina Faso, 29 novembre au 1er décembre 2006 ; S. Régent, *Elaboration d'un cadre légal sur les mutuelles sociales pour les pays de l'UEMOA*: un processus participatif, 2007, pp. 5, à télécharger sur : http://www.ilo.org/gimi/gess/RessShowSearch.do?longTitle=&author=&ressYear=&regionId=0&ressTypeId=0&languageId=0&countryId=26.

Conseil des Ministres statutaire[50]; ce Conseil a adopté le règlement le 26 juin 2009 à Dakar.[51]

En second lieu, la « **Concertation entre les acteurs du développement des mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre**[52] » (ci-après Concertation), est une forme innovante de collaboration et de partenariat entre 150 acteurs du développement des mutuelles dans 11 pays d'Afrique. Elle a été mise en place après la plate-forme d'Abidjan qui avait conclu à l'importance de partager les connaissances, les compétences et les expériences du mouvement mutualiste de ces pays. Ce réseau d'échange et de partage se concrétise par l'organisation de rencontres internationales, la constitution de bases de données, l'échange d'informations par le site internet, le courrier périodique et le répertoire.

2.2. Programme d'appui aux mutuelles de santé en Afrique (PROMUSAF)

Le programme d'appui aux mutuelles de santé en Afrique, dénommé Promusaf, a été lancé en 1998 par Solidarité Mondiale (WSM) et l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes (ANMC) de Belgique. Ce programme soutient des structures d'appui dans 4 pays d'Afrique de l'Ouest. Celles-ci accompagnent la mise en place et le développement des mutuelles de santé dans ces pays, dont le Bénin[53]. Aujourd'hui, Promusaf Bénin appuie et accompagne 19 mutuelles dans 6 départements. Ces mutuelles couvrent une population d'environ 10.000 bénéficiaires.

Le cas de la commune de Bembèrèkè est particulièrement intéressant étant donné la concentration de mutuelles dans une même zone géographique et la vitalité du mouvement.

50 UEMOA, Réunion des Ministres, *Recommandations des Ministres chargés de la Mutualité Sociale des Etats Membres de l'UEMOA*, Ouagadougou, 7 Novembre 2008, pp.2 ; UEMOA, Réunion des Ministres, *Compte Rendu de la Réunion des Ministres chargés de la Mutualité Sociale sur l'Avant-Projet de Règlement portant Réglementation de la Mutualité Sociale au sein de l'UEMOA*, Ouagadougou, 7 Novembre 2008, pp. 7.

51 http://www.uemoa.int/actualite/2009/CM26062009/com_presse_26062009.pdf

52 Les promoteurs de cette initiative sont : le Bureau International du Travail (BIT) et son programme Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté (STEP), l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID) et son programme Partnerships for Health Reform (PHRplus), la coopération allemande (GTZ) et son projet Assurance Maladie, l'Association Internationale de la Mutualité (AIM), Solidarité Mondiale (WSM), le Réseau d'Appui aux Mutuelles de Santé (RAMUS) appuyé par la coopération française et l'Union Nationale des Mutualités Socialistes de Belgique (UNMS). Voir le site : www.concertation.org.

53 Le PROMUSAF évolue également au Burkina Faso, au Mali et au Sénégal.

Présentation de la carte de membre de la mutuelle aux habitants d'une village

2.2.1. Les mutuelles de santé de Bembèrèkè

A Bembèrèkè, commune située dans le département de Borgou composée de 5 arrondissements, Promusaf Bénin a accompagné l'établissement de 8 mutuelles de santé, dont 5 d'arrondissement et 3 villageoises (Gessou Sud, Kokabo et Guéra-Nkali). Ces mutuelles sont des mutuelles de base, ce qui signifie qu'elles opèrent autour d'un centre de santé d'arrondissement ou d'un dispensaire (voir B.I, point 1.2. pour une description de la structure sanitaire) avec lequel elles négocient et concluent des conventions (contractualisation).

Etant donné que **les centres de santé d'arrondissement et les dispensaires constituent le premier niveau d'accès au système sanitaire au Bénin**, la couverture offerte par les mutuelles ne porte que sur les petits risques, notamment les soins ambulatoires, la petite chirurgie, les consultations prénatales, l'assistance à l'accouchement, les soins post-nataux et les soins de santé de base. En ce qui concerne les médicaments, les mutuelles remboursent les médicaments essentiels génériques (MEG).
Des actions préventives telles que l'éducation à la santé, la prévention du VIH/SIDA et la lutte contre le paludisme (distribution des moustiquaires imprégnées) sont également organisées par les mutuelles.
En outre, elles investissent dans des **actions de mobilisation et de sensibilisation sociale** : des événements comme la « Semaine de la Mutualité » et des émissions diffusées sur les radios locales contribuent à stimuler la culture de prévoyance et à imprégner les communautés des valeurs de la mutualité.

Le groupe cible des mutuelles de Bembèrèkè est principalement composé de travailleurs et travailleuses de l'économie informelle : les artisans, conducteurs de taxi- moto, groupements féminins et groupements de producteurs de coton. Cependant,

les bénéficiaires incluent également des agents de l'Etat (fonctionnaires de la mairie, personnel des formations sanitaires) qui estiment que le régime spécial, pourtant élaboré pour eux, requiert des procédures trop longues et compliquées. **L'ensemble des mutuelles assure l'accès aux soins de santé à 6.880 personnes, sur une population de 100.000, soit un taux de pénétration de 6,88%**. Le tableau ci-dessous détaille la répartition en termes d'adhésions, de bénéficiaires et de prises en charge entre les différentes mutuelles de la commune de Bembèrèkè.

Mutuelle de santé	Adhésion	Bénéficiaire	Prise en charge
Bembèrèkè	589	1.754	2.465
Gamia	585	2.105	1.712
Bouanri	183	351	358
Béroubouay	235	559	411
Ina	184	772	338
Gessou	85	295	86
Kokabo	124	420	206
Guerra N'Kali	123	624	[pas de chiffres]
Total	**2.108**	**6.880**	**5.576**

En ce qui concerne le financement, le régime des 8 mutuelles de santé de la commune de Bembèrèkè est uniforme. Les populations paient un **droit d'adhésion de 1.000 FCFA (1,52 EUR). Le montant de la cotisation mensuelle est de 200 francs par bénéficiaire** (0,30 EUR). Le taux de recouvrement des cotisations est de 50% en moyenne ce qui est assez faible. Mais malgré cet élément, leur taux de sinistralité reste positif. En 2007, les mutuelles de santé ont pris en charge 1.995 cas de soins ambulatoires pour un coût total de 2.158.125 FCFA (environ 3.290 EUR) dégageant ainsi un solde global annuel de 3.189.275 FCFA (presque 5.000 EUR) sur la base des cotisations mobilisées au cours de l'année. Sur base de ces chiffres, l'on peut conclure que les mutuelles de santé de la commune de Bembèrèkè se portent bien.

Pour pouvoir bénéficier des prestations, les conditions sont les suivantes :

- Etre **bénéficiaire en ordre d'une mutuelle de santé**, c'est-à-dire être membre adhérent, après avoir payé le droit d'adhésion, versé les cotisations mensuelles pour soi et les personnes à charge.

- Avoir terminé la **période d'observation de six mois**.
- En cas de maladie, **se rendre dans la formation sanitaire conventionnée** par la mutuelle, muni de sa carte de membre. Chaque mutuelles de santé a signé une convention avec la formation sanitaire de sa localité (centre de santé d'arrondissement ou dispensaire).

Après présentation de la carte de membre, **le patient paie le ticket modérateur**, c'est-à-dire le montant qui n'est pas pris en charge par la mutuelle. Dans la commune de Bembèrèkè, les mutuelles prennent en charge 75% des frais. Le ticket modérateur s'élève donc à 25%.

Les relations contractuelles entre les mutuelles de santé et les formations sanitaires de première ligne renforcent **la standardisation et la transparence dans les tarifications** et réduisent les pratiques parallèles. A titre d'exemple, dans la commune de Bembèrèkè, le coût moyen par cas pour les mutuelles de santé est passé de **2.048 FCFA** (3,12 EUR) en 2004 à 1.466 FCFA (2,23 EUR) en 2006 et finalement à 1.082 FCFA en 2007, soit une diminution de **966 FCFA** en 3 ans, soit une réduction de **47 %**. Ceci constitue une réduction significative de la barrière financière à laquelle les groupes vulnérables doivent faire face.

On remarque que les mutuelles de santé de Bembèrèkè contribuent également à une **meilleure utilisation des services de santé**. A titre d'exemple, le taux d'utilisation des services (soins de santé ambulatoires) de la mutuelle de santé Tuko Saari de Bembèrèkè s'élève à 139,23%, soit à peu près **4 fois** le taux national qui est de 37% (en 2006).

2.2.2. L'Union Communale des Mutuelles de Santé de la commune de Bembèrèkè

Depuis 2005, les mutuelles de santé de la commune de Bembèrèkè se sont regroupées en un réseau dénommé « L'Union Communale des Mutuelles de Santé de Bembèrèkè (UCMSB) », en vue de gérer et d'être capables de prendre en charge **les soins hospitaliers** (les gros risques) de leurs membres. A cet effet, l'Union a négocié et signé une convention avec l'Hôpital Evangélique de Bembèrèkè, l'hôpital de la zone sanitaire à laquelle appartient la commune de Bembèrèkè. **L'hôpital de zone est le deuxième niveau du système sanitaire au Bénin**.

A l'hôpital de zone, les risques couverts par l'UCMSB sont l'hospitalisation, la chirurgie non programmée, les examens de laboratoire (goutte épaisse, recherche d'anémie, recherche de paludisme, recherche de fièvre typhoïde), accouchement (dystocique- césarienne), la perfusion, la transfusion sanguine, les accidents (plâtre, chirurgie des yeux si nécessaire), les petits soins des yeux et les soins consécutifs aux morsures de serpent.

Pour bénéficier des soins hospitaliers, il faut remplir les conditions suivantes :

- Etre **bénéficiaire de l'UCMSB**, c'est-à-dire un membre adhérent ayant versé la cotisation annuelle de 2.500 FCFA (3,81 EUR). Ce sont les mutuelles à la base qui s'occupent de la collecte des cotisations pour l'union. La collecte des cotisations se fait durant le premier trimestre de chaque année et le montant couvre toute la famille.
- Avoir terminé la **période d'observation d'un mois**.
- En cas de maladie, **le mutualiste doit d'abord passer par le centre de santé ou le dispensaire**. C'est en cas d'échec dans le centre de santé et sur évacuation formelle par l'infirmier ou la sage-femme que le mutualiste est pris en charge par l'union, sauf cas d'urgence.

Après présentation de la carte de membre, **le ticket modérateur laissé à la charge du mutualiste est de 40% des dépenses totales**. L'UCMSB prend en charge 60% des dépenses totales à l'hôpital de zone de Bembèrèkè, avec un plafond de 40.000 FCFA par personne et par an (environ 71 EUR). Chaque mutualiste ne peut être pris en charge qu'une seule fois par an à l'hôpital de zone.

Outre la gestion et la prise en charge de soins hospitaliers, la mission de l'Union est :

- Assurer la représentation de toutes les mutuelles de base auprès des tiers ;
- Faire le suivi des mutuelles de base ;
- Constituer et gérer un fonds de garantie : les mutuelles de base et l'Union elle-même peuvent faire appel sur ce fonds en cas de difficulté de trésorerie. Ce fonds est alimenté par les mutuelles de base, complété par une contribution du Promusaf et de ses partenaires ;
- Constituer une banque de données sur les mutuelles de la commune ;
- Organiser et mettre en œuvre l'intermutualité : cela permettra au membre d'une mutuelle de base de se faire soigner sur tout le territoire de la commune et pas seulement dans le centre de santé de son arrondissement.

2.3. Le Réseau Alliance Santé

Depuis 1995, le Centre International de Développement et de Recherche[54] (CIDR), avec l'appui de la Coopération Suisse, a mis sur pied des mutuelles dans les départements du Borgou et des Collines. En 2002, les mutuelles ainsi créées se sont mises en réseau, dénommé le Réseau Alliance Santé (ci-après RAS).

Ce sont les familles qui sont à l'origine du processus de mutualisation. Lorsque trois familles décident de s'associer, elles créent un groupement. Quand au moins 50 familles sont concernées, l'ensemble des groupements de tous les villages d'un arrondissement forme une mutuelle de santé. Actuellement le RAS compte 626 groupements mutualistes qui ont mis en place 29 mutuelles dont 27 en zone rurale et 2 en zone urbaine, couvrant plus de 26.000 bénéficiaires. **Le taux de pénétration moyen est de 9%**. Le RAS compte également trois « intermutuelles », regroupant les mutuelles de santé qui utilisent le même hôpital de zone.

54 Le Centre International de Développement et de Recherche, ONG française, a pour objet d'étudier, formuler, appuyer et mettre en œuvre, en France et à l'étranger, des programmes de développement socio-économiques, au niveau communal, régional et national, dans le respect de l'équilibre socioculturel des populations. Le CIDR intervient dans des secteurs clés du développement en Afrique, entre autres l'assurance maladie et la prévoyance sociale. Il est actuellement présent dans une douzaine de pays africains, y compris le Bénin. Pour plus d'information : http://www.cidr.org.

Le RAS est composé des élus des mutuelles de base et d'une coordination technique. Cette dernière est chargée de la gestion du réseau. Elle comprend un conseiller technique, trois gestionnaires de mutuelles et un personnel d'appui. En outre, le RAS est appuyé techniquement par **le centre d'étude et d'appui aux institutions de micro-assurance santé, dénommé AIMS**. Il s'agit t d'une ONG béninoise autonome qui constitue une unité technique d'expertise en micro assurance santé et s'occupe du suivi et du contrôle du risque, audits médicaux et financiers. L'AIMS est composée d'un médecin-conseil, d'un actuaire et d'un auditeur.

Au moment de l'étude, les mutuelles de santé de base du RAS offraient à leurs bénéficiaires deux types de produits, le familial et le scolaire.

- le produit familial : à destination des familles, il est composé de la **garantie petits risques** (soins curatifs ambulatoires et consultations prénatales) et de la garantie gros risques (hospitalisations, chirurgies d'urgence, accouchements compliqués y compris les césariennes à l'hôpital, accouchements normaux et mises en observation dans les centres de santé d'arrondissement). Les prestations sont prises en charge, dans la plupart des cas, à 75 % avec une cotisation moyenne de 1700 FCFA par personne et par an (2,60 EUR).
- Le produit scolaire : Il comprend les **soins curatifs** ambulatoires et les **hospitalisations médicalisées et chirurgicales**, et est offert aux écoliers et élèves en cas de survenance du risque à l'école ou lors des activités pédagogiques organisées par l'école. La cotisation moyenne s'élève à 350 FCFA (0,50 EUR) par écolier pour l'année scolaire et garantit une prise en charge à 100 %. Certaines écoles financent ou cofinancent la cotisation. Près de 5.000 élèves bénéficient actuellement d'une prise en charge sanitaire à travers cette garantie scolaire.

En outre, le RAS conçoit des **produits collectifs pour les villages qui ne sont pas encore couverts par une mutuelle**. Le produit collectif sert alors à faire connaître l'esprit mutualiste dans ces villages et précède donc l'éventuelle mise en place d'une mutuelle. Un exemple d'un produit collectif est la « maternité sans risque » : elle consiste à prendre en charge tous les accouchements et toutes les consultations prénatales des femmes du village avec une mobilisation de fonds communs ou à travers une organisation du village pour mobiliser les fonds nécessaires. Le produit coûte 350 FCFA (0,50 EUR) par habitant et est mise en place en collaboration avec les collectivités locales.

Les intermutuelles, quant à elles, couvrent le risque « intervention chirurgicale en urgence ». En principe, ce sont les mutuelles de base et les intermutuelles qui gèrent les

relations avec, respectivement, les centres de santé d'arrondissement et les hôpitaux de zone. Dans les deux cas, ils bénéficient de l'appui des gestionnaires des mutuelles. En cas de problème dépassant leurs compétences, les gestionnaires des mutuelles s'en remettent à l'AIMS.

Le montant de cotisation à la mutuelle de base est de 1.700 FCFA par an et par personne. Les cotisations à l'intermutuelle varient entre 110 et 250 FCFA mais sont déduites des cotisations versées à la mutuelle de base. Les cotisations sont payées par anticipation à la fin de l'exercice précédent. Pendant l'exercice 2007, les mutuelles du RAS ont pris en charge 4.822 personnes pour un montant de 24.829.309 FCFA (presque 38.000 EUR). Le taux de sinistralité était de 71%. Le résultat déficitaire de l'exercice 2007 du RAS est principalement dû au résultat fortement négatif de trois mutuelles de base, tandis que les autres sont excédentaires.

Pour bénéficier des prestations de soins, il faut remplir les conditions suivantes :

- Etre **bénéficiaire d'une mutuelle de base**, c'est-à-dire un membre adhérent s'étant acquitté du droit d'adhésion et ayant versé annuellement la cotisation de 1.700 FCFA par personne. La collecte des cotisations se fait par anticipation en fin d'exercice précédent.
- Avoir terminé la **période d'observation qui varie entre 15 jours et un mois**.
- En cas de maladie, **se rendre dans la formation sanitaire conventionnée** par la mutuelle, muni de sa carte de membre.

Après présentation de la carte de membre, régler la facture. **Pour les petits risques, le mutualiste paie une franchise** variant entre 600 et 1.500 FCFA, le solde étant à charge de la mutuelle. **Pour les gros risques, le ticket modérateur laissé à la charge du mutualiste est de 25% des dépenses totales**. Les mutuelles de santé prennent en charge 75% des dépenses totales.

Il est à noter que le RAS connaît un début d'autofinancement. Les cotisations versées aux mutuelles servent à couvrir les frais suivants : frais de fonctionnement (10%), contribution au fonctionnement de l'AIMS (10%), contribution au RAS (7,5%), réserve (5%), fonds de garantie (2,5%), les 65% restant servent à la prise en charge des soins.

2.4. Le système communautaire : observations finales

En ciblant les travailleurs de l'économie informelle et ceux du monde rural, les mutuelles de santé assurent un accès à des soins de santé de qualité et abordables aux populations écartées du système étatique. Elles permettent à leurs membres de fréquenter les formations sanitaires conventionnées, sous condition d'une cotisation régulière adaptée à leur capacité financière.

Les deux exemples présentés diffèrent dans les mécanismes de cotisation (paiement mensuel et annuel), la nature de la couverture (petits et gros risques, différents produits, etc.) et le type de gestion et d'appui technique. Cette diversité d'approche dans la promotion des mutuelles n'est en soi pas dommageable si les structures d'appui veillent à ce qu'elle ne fasse pas obstacle à l'institutionnalisation des mutuelles. Il est à noter que depuis quelques années, les structures d'appui procèdent à des échanges d'expertises et autres partages de bonnes pratiques.

Au niveau national, l'absence de cadre législatif handicape fortement le développement du mouvement mutualiste. L'application en droit béninois du règlement sur la mutualité sociale, adopté par l'UEMOA fin juin 2009, doit être une priorité en termes de plaidoyer.

Ces deux exemples (Promusaf et le RAS) nous prouvent que les stratégies développées par les mutuelles de santé pour répondre aux besoins des personnes en marge du système étatique sont valables et ce, pour différentes raisons :

- Premièrement, **un mouvement social, qui part de la base, est en train de se construire**. Les communautés s'organisent en mutuelles de santé, qui sont des structures basées sur des valeurs de solidarité et d'entraide et permettent aux groupes défavorisés de faire entendre leur voix. La mutuelle de santé permet une grande implication des membres – en tant qu'utilisateurs des services de santé - dans la prise en charge de leur santé, à travers le dialogue et la gouvernance démocratique du secteur.
- Ensuite, **la mutuelle de santé est un véritable outil d'extension de la protection sociale**, par rapport aux résultats atteints par le système étatique. Les travailleurs de l'économie informelle et ceux du monde rural qui se sont organisés en mutuelles de santé ont un accès à des soins de santé de bonne qualité et de moindre coût. Les chiffres montrent que les mutualistes se font soigner avant la complication de leur cas, que les femmes mutualistes suivent mieux les consultations prénatales et accouchent plus régulièrement dans les centres de santé.

- **La tarification des formations sanitaires se standardise** et devient plus transparente, grâce à la contractualisation et à la mise en réseau des mutuelles de santé.
- Enfin, les mutuelles arrivent aussi à **améliorer la qualité de l'offre de soins et à augmenter le taux de fréquentation des formations sanitaires**.

Cependant, ils nous montrent également que la portée des mutuelles de santé est encore trop faible. Le mouvement mutualiste est encore loin de couvrir l'ensemble du territoire béninois. De plus, les mutuelles de santé sont généralement de petite taille et ont un faible taux de pénétration. A Bembèrèkè, la densité élevée de mutuelles de santé est un des facteurs qui permet un fonctionnement relativement efficace mais même dans ce cas, il n'est pas aisé d'atteindre un pourcentage élevé de la population. Une autre difficulté concerne le taux de recouvrement des cotisations, également très faible. Quels sont les déterminants de l'adhésion et ce qui y fait obstacle ? Habituellement, on évoque la faible capacité contributive des membres (leurs activités économiques ne générant pas de revenus stables), un manque de culture de prévoyance (les gens pensent que de telles assurances attireraient la maladie) et de solidarité. Des études récentes indiquent cependant que d'autres déterminants sont également en jeu, tels que le paquet de prestations, la qualité des soins et la disponibilité de médicaments des formations sanitaires conventionnées, ainsi que la crédibilité et la popularité, au sein de la communauté locale, de l'organisation ou des personnes initiatrices de la mutuelle[55]. En outre, il y a aussi l'aspect de la communication et la présence physique de la mutuelle qui jouent. En effet, l'absence d'un siège et de moyens de déplacement peuvent freiner une sensibilisation efficace et rendre la collecte des cotisations très difficile en zone rurale. Enfin, un autre problème qui se pose est le niveau de professionnalisation dans la gestion. Le niveau d'instruction des responsables des mutuelles de santé est souvent très limité alors que la gestion d'une mutuelle requiert une capacité d'analyse de problèmes, de planification et de budgétisation importante.

55 Pour un résumé de ces études: B. Fonteneau, "*Déterminants d'Adhésion aux Mutuelles de Santé: Proposition de Grille d'Analyse et Résultats de quelques Recherches*", dans les actes du « Séminaire sur les déterminants d'adhésion aux mutuelles de Santé », *Groupe de Recherche en Appui aux Politiques de coopération Organisations des sociétés civiles a au Sud : développement, économie sociale et coopération*, Liège, 6 octobre 2006, pp. 12.

③ Conclusion : le système étatique versus le système communautaire

Suite à l'analyse des deux systèmes de protection de la santé coexistant au Bénin –étatique et communautaire-, plusieurs conclusions nous semblent importantes à tirer.

Il apparaît d'abord clairement que **les interventions étatiques et communautaires sont différentes et complémentaires, tant en termes de public cible que de modalité d'action**. Le système étatique s'adresse plutôt aux travailleurs du secteur formel, par l'intermédiaire de la sécurité sociale (CNSS, FNRB). Il est vrai qu'un mécanisme de prise en charge des personnes indigentes a été mis en place à travers le FSI et le FNS mais les procédures pour en bénéficier sont décourageantes. Face à cela, le système des mutuelles de santé présente une approche large de première ligne, permettant aux populations vulnérables une organisation de solidarité qui leur donne l'accès à des soins de santé de qualité abordables.

Mais l'analyse précédente montre aussi que, *dans le cas du système étatique comme dans celui du système communautaire*, **le taux de pénétration est très faible, et les indigents sont exclus des deux systèmes**, soit à cause de la complexité du fonctionnement des dispositifs d'assistance sociale (système étatique), soit à cause de leur incapacité de cotiser.

Face à ces constats, nous souhaitons donc proposer des solutions qui permettraient d'étendre effectivement la protection sociale, en particulier l'accès à la santé, en utilisant de façon plus optimale ces systèmes complémentaires.

B

Vers l'institutionnalisation des mutuelles de santé

Pour renforcer l'efficacité des systèmes et leur complémentarité mutuelle, WSM et l'ANMC proposent aux principaux acteurs en matière de santé d'engager un processus qui vise l'institutionnalisation des mutuelles de santé. A travers ce processus, les acteurs seront appelés à créer ou à intensifier des articulations solides, des rapports d'interaction et des coopérations régulées entre eux, mais aussi en interne, au sein même de leur structure. Ces acteurs sont:

- **Les autorités** (au niveau central et périphérique), qui conçoivent la politique, déterminent les priorités et affectent les budgets ;
- **Les formations sanitaires**, qui mettent en œuvre une partie importante de la politique de santé, c'est-à-dire la provision directe des soins de santé et de médicaments.
- **Les mutuelles**, en tant qu'acteurs à base communautaire qui fonctionnent sur les principes de solidarité et de prévoyance et qui ont une autonomie de décision et de gestion et qui assurent l'accès des communautés aux soins de santé en réduisant les barrières financières.
- **Les structures d'appui** qui jouent un rôle important car elles accompagnent la création et le fonctionnement des mutuelles de santé.

Comme indiqué, l'objectif final de ce processus est d'institutionnaliser les mutuelles, c'est-à-dire d'en faire des mécanismes structurels d'extension de la protection sociale, reconnus par les autres acteurs (autorités publiques et formations sanitaires) et inclus dans le cadre institutionnel de protection sociale au Bénin.

L'institutionnalisation des mutuelles de santé correspond à un besoin réel des populations et est dans l'intérêt de tous les acteurs. **L'Etat** bénéficiera d'une population en meilleur état de santé physique et mentale, plus productive et plus satisfaite. **Les formations sanitaires** verront leur taux de fréquence augmenter significativement, l'offre de soin « se rationaliser », leurs recettes augmenter, ce qui améliorera la qualité des services. **Les mutuelles de santé**, quant à elles, auront la possibilité de travailler de façon plus cohérente, devenant un point de référence en matière de santé pour les communautés, les autorités et les formations sanitaires ; elles assureront à la population que les soins de santé soient de qualité et accessibles. Quand les mutuelles seront devenues des mouvements sociaux forts et qu'elles occuperont leur place comme acteurs incontournables dans le domaine de l'assurance maladie, **les structures d'appui** auront accompli leur mission.

Jusqu'à présent, nous avons parlé des acteurs de manière générale. Toutefois, il est évident que pour chacun de ces acteurs, différents niveaux opérationnels sont à distinguer,

modelés sur le découpage administratif. Visualiser l'organisation pyramidale de chacun des « acteurs nous permet d'identifier deux dynamiques charnières :

- **la dynamique interne** : existent-ils des articulations, rapports d'interaction et de coopération entre les différents niveaux opérationnels d'une même structure ;
- **la dynamique externe** : des articulations, rapports d'interaction et coopération existent-ils entre des acteurs différents (à quelque niveau opérationnel que ce soit).

Autorités	Formations sanitaires	Mutuelles	Structures d'appui
Au niveau national **Gouvernement National** • Ministère de la Santé Publique • Ministère de la Famille, de la Femme et de l'Enfant • Ministère du Travail et de la Fonction Publique	**Au niveau national** **Centre National Hospitalier Universitaire**	**Au niveau national** **[Fédération nationale des mutuelles de santé*]**	**Au niveau national** **Concertation Nationale des Structures d'Appui aux Micro-Assurances Santé (CONSAMAS)**
Au niveau départemental **12 Départements** • Direction Départementale de la Santé Publique • Direction Départementale de la Famille, de la Femme et de l'Enfant • Direction Départementale du Travail et du Fonction Publique	**Au niveau départemental** **Centre Hospitalier Départemental**	**Au niveau départemental** **[Fédération départementale des mutuelles de santé*]**	**Au niveau départemental** **Structures d'Appui**
	Au niveau de la zone sanitaire **Hôpital de Zone**	**Au niveau de la zone sanitaire** **[Fédération des unions de la zone*]**	**Au niveau de la zone sanitaire** **Structures d'Appui**
Au niveau communal **77 Communes** **Maire et Conseil Communal**	**Au niveau communal** **Centre de Santé de Commune**	**Au niveau communal** **Union Communale des mutuelles de santé**	**Au niveau communal** **Structures d'Appui**
Au niveau d'arrondissement **Chef d'Arrondissement**	**Au niveau d'arrondissement** **Centre de Santé d'Arrondissement**	**Au niveau d'arrondissement** **Mutuelles de santé (de base)**	**Au niveau d'arrondissement** **Structures d'Appui**

** N'existe pas pour l'instant.*

① Dynamique interne

Chacun des acteurs sera étudié ci-après et des recommandations en vue de créer et/ou d'intensifier les articulations entre les différents niveaux opérationnels, devant aboutir à l'institutionnalisation des mutuelles, seront élaborées.

1.1. Autorités publiques

Constat

Au Bénin, la conception et la gestion de la politique de protection sociale, spécifiquement en matière de santé, relèvent tant du niveau central (les ministères) que du niveau local (collectivités locales).

Au niveau central, les ministères concernés sont :

- *Ministère de la Santé Publique* : il a, d'une part, la responsabilité de gérer le système de santé dans son ensemble, en particulier le fonctionnement des formations sanitaires et le FSI et, d'autre part, d'encadrer le développement des mutuelles de santé.
- *Ministère de la Famille, de la Femme et de l'Enfant* : il gère le Fonds de Secours National, parfois utilisé pour la prise en charge des soins médicaux des indigents. Ce ministère, à travers les centres de promotion sociale, délivre aussi les attestations d'indigence nécessaires pour bénéficier d'une prise en charge par le FSI.
- *Ministère du Travail et de la Fonction Publique* : il a la tutelle de la CNSS et de la MSS du Bénin.

Au niveau national
Gouvernement National
- Ministère de la Santé Publique
- Ministère de la Famille, de la Femme et de l'Enfant
- Ministère du Travail et de la Fonction Publique

Au niveau départemental
12 Départements
- Direction Départementale de la Santé Publique
- Direction Départementale de la Famille, de la Femme et de l'Enfant
- Direction Départementale du Travail et du Fonction Publique

Au niveau communal
77 Communes
Maire et Conseil Communal

Au niveau d'arrondissement
Chef d'Arrondissement

Force est de constater que les administrations compétentes de ces différents ministères se concertent peu. Là où la concertation est requise par la loi – par exemple pour la gestion du FSN et du FSI –, la collaboration est raide et « de principe ». Comme présenté précédemment, **l' atelier de réflexion pour l'élaboration d'une politique nationale de protection sociale** a constitué un premier pas vers une articulation plus nette entre les différents ministères. La proposition, issue de l'atelier, était d'établir une commission qui définirait toutes

les étapes du processus d'élaboration d'une stratégie globale de protection sociale au Bénin, comprenant la sécurité sociale, l'assistance sociale ainsi que la problématique de l'extension de la protection sociale aux acteurs de l'économie informelle et ceux du monde rural. Cette commission devrait regrouper en son sein des représentants des ministères en charge de la Santé, du Travail et de la Fonction Publique, de la Famille, les partenaires sociaux et le mouvement mutualiste[56]. Le rôle clé des mutuelles de santé y a donc été confirmé, du moins théoriquement. Toutefois, la commission doit être dynamisée dans les plus brefs délais.

Au niveau des collectivités locales (mairie et conseil communal), les communes sont investies de la compétence des soins de santé primaires. Elles ont également la responsabilité de la construction, réparation et entretien des centres publics de santé au niveau de l'arrondissement, du village ou du quartier[57]. A cet effet, l'Etat doit leur transférer les ressources nécessaires. La nomenclature budgétaire de la commune dispose de fait d'une rubrique spécifique pour la santé. Dans cette optique, la coopération entre le niveau central et le niveau décentralisé est essentielle pour que :

- la politique nationale de protection sociale s'inspire des besoins réels des Béninois et Béninoises qui vivent souvent loin des structures de prises de décision ;
- les communes perçoivent suffisamment de moyens pour permettre un accès équitable de ses populations aux soins de santé de qualité.

Recommandations

(1) **Les différents ministères compétents en matière de protection sociale devraient, en consultation avec tous les acteurs concernés – y compris le mouvement mutualiste et les partenaires sociaux- adopter une politique nationale de protection sociale.** L'approche de la protection sociale par les autorités publiques, est sectorielle, y compris en matière de santé. Chaque ministère s'occupe des aspects qui relèvent de sa compétence sans qu'il n'y ait de concertation réelle en vue de rapprocher les différents aspects de la politique et d'en faire une politique globale et partagée. La commission chargée d'initier le processus d'élaboration de la politique nationale a été instaurée mais elle doit être dynamisée et les mutuelles doivent y être associées comme un acteur institutionnel en matière de politique de santé.

56 *Atelier de Réflexion pour l'Élaboration d'une Politique Nationale de Protection Sociale au Bénin* , Rapport de synthèse des travaux, BIT – STEP et le Ministère du Travail et de la Fonction Publique, Cotonou, Bénin, 9 – 10 mai 2007.

57 Art. 100 de la Loi N° 97-029 du 15 janvier 1999 portant Organisation des Commune en République du Bénin.

(2) **Dans cette politique et les plans opérationnels en découlant, le rôle que les mutuelles de santé jouent à cet égard doit être inscrit et reconnu comme une véritable priorité et des moyens doivent être dégagées pour les accompagner.** Pour que la politique nationale de protection sociale ne se résume pas à une déclaration d'intention, il faut que ladite politique, y compris son volet « accès à la santé » et le développement des mutuelles, se traduise dans des plans d'actions opérationnels dans les différentes administrations concernées, par exemple dans le Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté (DSRP) au niveau central ainsi que dans les Plans de Développement Communal (ci-après PDC) au niveau des collectivités locales. L'Etat doit allouer des budgets suffisants pour l'exécution de ces plans opérationnels. Cela sensibiliserait les gouvernants de tous les niveaux à l'importance de ladite politique nationale, y compris son volet « accès à la santé » et le développement des mutuelles de santé dans le cadre de l'extension de la protection sociale.

(3) **Le gouvernement devrait adopter dans les plus brefs délais un cadre législatif contraignant qui régit la création, l'organisation et le fonctionnement des mutuelles de santé.** L'absence d'un tel cadre handicape fortement la reconnaissance et donc le développement des mutuelles au Bénin. Il convient de rappeler que le règlement sur les mutuelles sociales a été adopté le 26 juin dernier par le Conseil des Ministres de l'UEMOA[58]. Ce texte a été élaboré par le BIT-STEP en concertation avec les Etats Membres de l'UEMOA et les acteurs mutualistes actifs dans ces pays. Le règlement est directement applicable aux huit pays de l'UEMOA.

(4) **Décentralisation.** L'administration est hiérarchisée et très centralisée : le le pouvoir de décision est concentré au sommet de la pyramide politique, ce qui ralentit les procédures. Il importe de réorganiser les prises de décision aux différents niveaux de pouvoir pour que la décision soit prise au niveau le plus proche possible de la population concernée (principe de subsidiarité).

58 Les deux projets ont été élaborés par le BIT-STEP en concertation avec les Etats Membres de l'UEMOA et les mouvements mutualiste actifs dans ces pays (voir plus haut A.III).

1.2. Formations sanitaires

Constat

Le système sanitaire national est calqué sur le découpage administratif et se définit au travers d'une structure pyramidale à trois niveaux :

- **Au niveau central**, le plus élevé, se trouve le Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU).
- **Au niveau intermédiaire** se situe le Centre Hospitalier Départemental (CHD). Il en existe 5 au Bénin, situés dans les départements de l'Ouémé, du Borgou, de l'Atacora, du Zou et du Mono.
- **Le niveau local est structuré en différents échelons d'accès aux premiers soins**. (1) Le premier échelon se situe au niveau de l'arrondissement. On y retrouve les *centres de santé d'arrondissement* (CSA), qui sont gérés par des comités de gestion où siègent les agents de santé et des représentants de la communauté desservie par le centre de santé. (2) Ensuite, au niveau de la Commune, agissent les *centres de santé de commune*, gérés par le comité de gestion de la commune. (3) On trouve enfin, pour l'ensemble de la zone sanitaire, un hôpital de référence, dénommé *hôpital de zone*, géré par un comité de santé composé de l'équipe d'encadrement de la zone sanitaire.

Au niveau national
Centre National Hospitalier Universitaire

Au niveau départemental
Centre Hospitalier Départemental

Au niveau de la zone sanitaire
Hôpital de Zone

Au niveau communal
Centre de Santé de Commune

Au niveau d'arrondissement
Centre de Santé d'Arrondissement

Recommandations

(1) Les formations sanitaires devraient améliorer la qualité de l'offre de soins : Le personnel des formations sanitaires, chargé d'une mission sociale essentielle, a la responsabilité de faire tout ce qui est en son pouvoir pour fournir des soins de bonne qualité. Une amélioration de la qualité de l'offre de soins inciterait les populations à avoir recours à leurs services de façon plus régulière.

(2) La tarification des formations sanitaires doit être standardisée et harmonisée: les patients ne connaissent souvent pas le prix des interventions qu'ils demandent et certaines formations sanitaires appliquent les tarifs de façon tout à fait arbitraire. Ce manque de formalisation des tarifications et de cohérence entre une formation sanitaire et l'autre pénalise les bénéficiaires et décrédibilise les institutions.

(3) Un point focal pour les mutualistes devrait être mise en place au sein des formations sanitaires conventionnées : ce service serait compétent pour l'accueil des mutualistes, pour la gestion de leur dossier et le suivi des relations avec les mutuelles.

1.3. Mutuelles de santé

Constat

L'histoire des mutuelles de santé au Bénin est assez récente, la crédibilité que le mouvement mutualiste a déjà acquise doit encore se renforcer. Plusieurs défis doivent être relevés. En premier lieu, le problème des faible taux de pénétration et de recouvrement Ensuite, le niveau de professionnalisation des mutuelles de santé alors même que leur gestion requiert des capacités d'analyse des problèmes, de planification, de budgétisation, de suivi et d'interprétation des principaux ratios et de rédaction de rapport. Ensuite, la viabilité financière est aussi un point d'attention.

Bien que des initiatives intéressantes concernant la mise en réseau aient été observées, elles doivent encore être renforcées. **La mise en réseau des mutuelles à la base** (comme l'UCMSB et le RAS) offre des opportunités d'ordre interne et externe. Au niveau interne, ces réseaux permettent la consolidation financière par un système de garantie et la mise en place d'un organe technique commun chargé de la gestion. Au niveau externe, les réseaux représentent une part beaucoup plus large de la population et ont donc plus de poids, aussi bien dans les négociations avec les prestataires, que dans le plaidoyer vis-à-vis des autorités publiques et des formations sanitaires.

Si ces **réseaux ou unions évoluent bien, ils pourront se fédérer entre eux**. A l'heure actuelle, une coordination conjointe est en construction entre l'Union de Sinendé et l'UCMSB. Sinendé est une commune située à l'ouest de Bembèrèke, où PISAF[59] a accompagné l'établissement de 4 mutuelles de base. Considérant que les deux communes forment une même zone sanitaire, la coopération entre les deux unions vise à renforcer la contractualisation avec l'hôpital de référence (l'Hôpital Evangélique de Bembèrèkè). En outre, la présence d'une forte union est de nature à stimuler le développement des mutuelles de base dans la zone et de faciliter l'harmonisation de la contractualisation entre les mutuelles de base et les formations sanitaires du premier niveau (centres de santé).

59 Le Projet Intégré de Santé Familiale (PISAF) de USAID vise à améliorer l'état sanitaire des populations béninoises en partenariat avec le Ministère de la Santé à travers, entre autre, l'expansion des mutuelles et autres initiatives de financement au niveau communautaire. Plus d'info sur : http://www.urc-benin.com/wste/index.php?option=com_frontpage&Itemid=1.

Recommandations

(1) **Les mutuelles doivent mettre en place des stratégies pour augmenter leurs effectifs**. Les mutuelles doivent investir dans la *sensibilisation continue* pour que la population prenne en compte les forces de la mutualisation et les avantages de la prévoyance et de la solidarité. A cet égard, les mutuelles devraient plus coopérer avec des mouvements structurés tels que les syndicats, les associations de producteurs agricoles et les groupements de femmes dont les bases sont déjà organisées. *La formation de certains leaders locaux* (élus, chefs religieux, chefs de chefferie) dans les communautés par rapport au fonctionnement de la mutualité peut aussi aider à remporter l'adhésion. En outre, *l'établissement de bureaux* renforce la présence physique dans la communauté et donne aux populations un point de référence. A Bembèrèkè, certains chefs d'arrondissement ont mis à la disposition des mutuelles de santé des locaux pour loger leurs bureaux.

(2) **Les mutuelles doivent investir dans le renforcement des capacités de leurs responsables**. L'option évidente est de prévoir des *cours ou formations* pour les responsables. Une autre piste, complémentaire, est celle de la *création d'un organe technique* par un ensemble de mutuelles dans une zone de référence qui servirait comme structure de gestion et d'expertise au service des mutuelles. Celles-ci doivent apporter les fonds pour le doter en personnel technique rémunéré. Le RAS en est un bon exemple, puisqu'il dispose d'un secrétariat technique et d'un centre d'études qui accomplissent cette mission et sont financés partiellement par les contributions des mutuelles. Quelle que soit la piste choisie, elles sont de nature à améliorer la bonne gouvernance et la gestion des mutuelles, ce qui est crucial pour leur reconnaissance institutionnelle par les autres acteurs (autorités, prestataires de soins).

(3) **Les mutuelles doivent renforcer leur autonomie financière**. Au Bénin, il faut noter que la promotion et le développement des mutuelles de santé sont jusque là financés par les partenaires internationaux au développement. Elles sont en situation d'extrême dépendance, ce qui pose la question de leur pérennité. D'où la nécessité pour elles d'améliorer le niveau de recouvrement de leurs cotisations et d'assurer une bonne gestion de leurs ressources afin d'aboutir à moyen terme à l'autofinancement.

(4) **La structuration des mutuelles de santé doit être une priorité afin d'assurer la représentation du mouvement aux différents échelons, par des porte-parole qui facilitent le dialogue institutionnel avec les autres acteurs.** Qu'elle commence par la base ou le sommet, elle est indispensable pour assurer une plus grande représentativité, plus de poids dans les négociations, une meilleure prise en charge, une plus grande force d'action et d'interpellation etc. L'union communale de

Bembèrèkè (UCMSB) a été créée pour prendre en charge les gros risques des membres des mutuelles de base ; l'union donne aux formations sanitaires plus de garanties pour la prise en charge de soins spécialisés et coûteux.

Le résultat de ce processus de structuration serait que les mutuelles de base soient les interlocuteurs au premier niveau, c'est-à-dire face aux élus locaux des arrondissements et des communes (pyramide politique) et des responsables des centres de santé d'arrondissement ou de commune (pyramide sanitaire) ; au niveau de la zone sanitaire, les unions/réseaux des mutuelles (comme l'UCMSB et le RAS) sont les interlocuteurs auprès des autorités sanitaires de la zone sanitaire et des responsables de l'hôpital de référence. La constitution de fédérations départementales et nationales permettrait d'avoir des porte-paroles vis-à-vis des autorités départementales et nationales, ainsi que face aux responsables du Centre Hospitalier Départemental et du Centre National Hospitalier Universitaire.

1.4. Structures d'appui

Au niveau national
Concertation Nationale des Structures d'Appui aux Micro-Assurances Santé (CONSAMAS)

Au niveau départemental
Structures d'Appui

Au niveau de la zone sanitaire
Structures d'Appui

Au niveau communal
Structures d'Appui

Au niveau d'arrondissement
Structures d'Appui

Constat

Comme indiqué ci-dessus, les structures d'appui ont souvent été mises en place par des promoteurs pour accompagner techniquement et financièrement la création et le développement des mutuelles de santé. En principe, la structure d'appui est un secrétariat technique au service des mutuelles qui accomplit des fonctions capitales pour leur développement. En théorie, elles n'ont pas besoin de s'organiser aux différents niveaux opérationnels de la pyramide mais sont plutôt actives à tous les niveaux en fonction des besoins des mutuelles de santé encadrées. Toutefois, au niveau national, les structures d'appui se sont réunies dans la CONSAMAS afin de disposer d'une plateforme de concertation interne et externe (autorités, formations sanitaires).

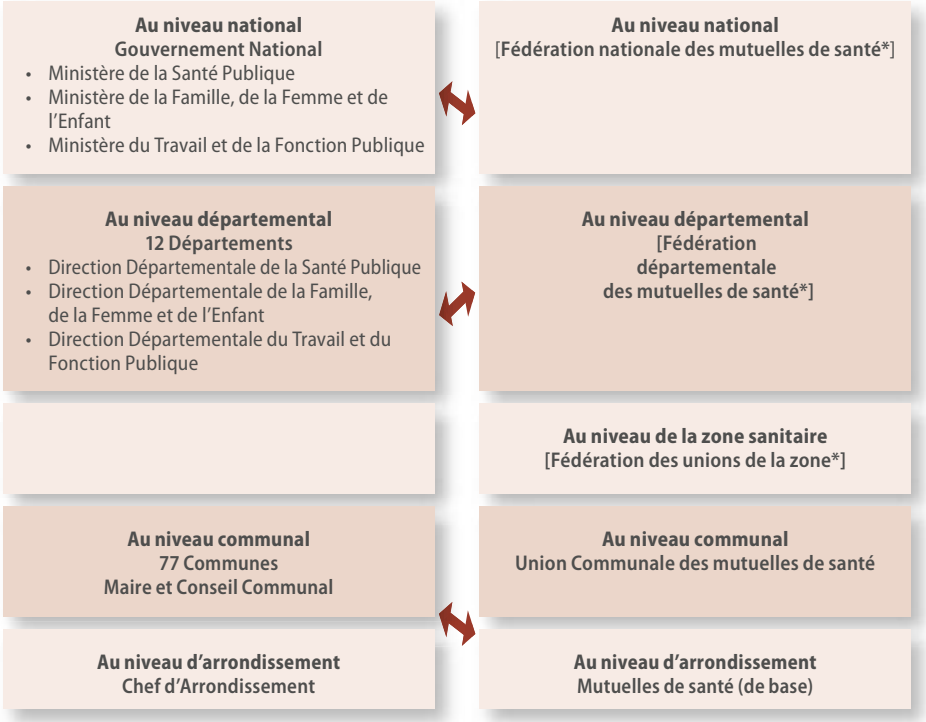
Recommandations

(1) Les structures d'appui devraient veiller, dans un souci de durabilité, à une concertation sur leurs approches et stratégies de promotion des mutuelles de santé à tous les niveaux. Les différents promoteurs et leurs structures d'appui ont évidemment leur propre approche et stratégie. La coordination conjointe entre l'Union de Sinendé et l'UCMSB est une bonne pratique dans ce sens, elles est à encourager.

② Dynamique en externe entre les entités

Si la réussite de l'institutionnalisation nécessite une organisation rigoureuse des acteurs en interne, elle dépend aussi énormément des liens ou des articulations entre ces différents acteurs, de leurs relations et actions les uns envers les autres. Des propositions pour améliorer cet aspect seront présentées dans ce chapitre. Pour ce qui est des structures d'appui, seul leur rapport avec les mutuelles sera pris en compte.

2.1. Rapport autorités publiques – mutuelles de santé



Constat

Il est premièrement à noter que le Ministère de la Santé Publique au Bénin est chargé d'encadrer le développement des mutuelles de santé. Dans ce cadre, le MSP a adopté le Document de Politique et Stratégies de Développement des Mutuelles de Santé au Bénin

(novembre 2003) ainsi que le **Plan Stratégique de Développement des Mutuelles de Santé 2007 – 2011** (mai 2007). Ce plan stratégique a été actualisé et est désormais prévu pour le quinquennat 2009- 2013. Les objectifs mis en avant dans ce dernier sont ambitieux et montrent qu'il y a une vraie volonté politique de développer les mutuelles de santé en un mécanisme structurel de protection sociale[60]. Mais la traduction de cette volonté en termes de ressources humaines et budgétaires se fait attendre. Une autre question qui doit être tranchée dans les plus brefs délais est celle de **la tutelle sur les mutuelles de santé**.

Recommandations

(1) **Les autorités doivent, en concertation avec les mutuelles, mettre en place un cadre législatif régissant les mutuelles de santé.** Ce cadre doit être propice au développement des mutuelles de santé au Bénin et doit mettre en évidence les différentes responsabilités de tous les acteurs concernés. Dans le cas des autorités, elles ont une responsabilité, en tant que régulateur, financier, incitateur et contrôleur.

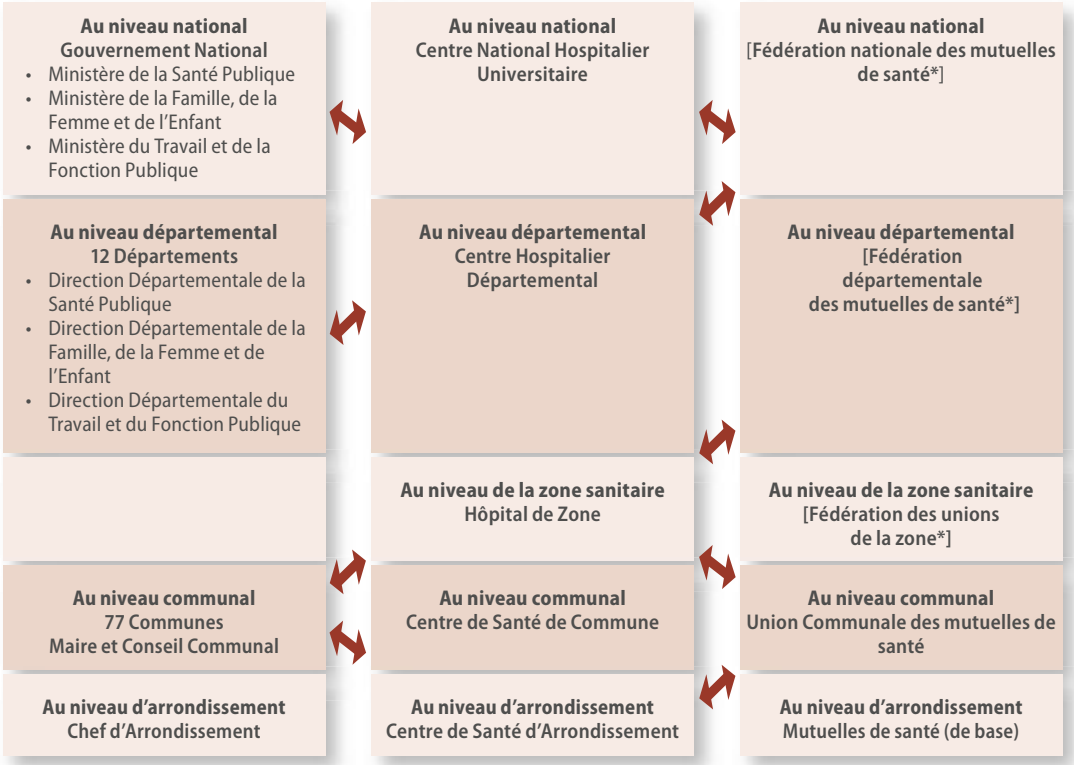
- *Etat régulateur*. Pour le cadre législatif contraignant régissant les mutuelles de santé, le règlement supranational de l'UEMOA sera directement applicable en droit béninois. Il est important de mener un plaidoyer pour que les mesures d'application soient adoptées[61].
- *Etat financier*. Dans le cas d'un **Plan Stratégique** au niveau central comme dans celui du **Plan de Développement Communal** au niveau des collectivités locales, l'Etat et les collectivités locales doivent allouer des budgets suffisants au développement des mutuelles de santé. En premier lieu, il faut des lignes budgétaires pour un soutien structurel aux mutuelles de santé afin de contribuer au renforcement de leur viabilité et des capacites financières des réseaux de mutuelles de santé à travers la réassurance[62] et les fonds de garantie. Cela implique que, de leur côté, les mutuelles de santé s'adaptent aux règles et procédures de gestion, de suivi et de contrôle de l'Etat. Deuxièmement, il faut allouer un budget pour le suivi et le contrôle du mouvement mutualiste (voire ci-après).
- *Etat incitateur*. Les autorités et les mutuelles de santé devraient organiser conjointement la sensibilisation et l'information de la population quant aux avantages mutualistes afin d'inciter une adhésion massive.

60 Voire plus haut A.III p. 10.
61 Voir plus haut, la section B.I. Les deux projets ont été élaborés par le BIT-STEP en concertation avec les Etats Membres de l'UEMOA et les acteurs mutualistes actifs dans ces pays.
62 La réassurance est le fait qu'une structure d'assurance s'assure elle-même auprès d'une autre structure d'assurance contre les gros risques.

- *Etat contrôleur*. Tant les administrations centrales que les collectivités locales doivent mettre en place des services et des mécanismes de suivi-évaluation et de contrôle, dotés d'un personnel technique compétent et de moyens matériels et financiers suffisants. Car le suivi et le contrôle requièrent la mise en place de systèmes d'information et d'outils de gestion améliorés (collecte de données avec indicateurs de performance, modalités de cotisation, informatisation par un logiciel de suivi et d'évaluation, etc.). Un mécanisme cohérent de suivi-évaluation et de contrôle est indispensable afin de faire des mutuelles de santé des partenaires fiables et crédibles.

(2) **La tutelle des mutuelles de santé doit être définie dans les plus brefs délais.** L'Etat doit clairement déterminer qui, en son sein, sera l'interlocuteur de référence pour les mutuelles de santé. Cela permettra d'assurer plus de cohérence lors des contacts entre les mutuelles de santé et l'Etat.

2.2. Rapport autorités publiques – formations sanitaires – mutuelles de santé



Constat

Les structures d'appui ont pris l'initiative de créer la **Concertation Nationale des Structures d'Appui aux Micro-Assurances Santé** (CONSAMAS), en impliquant les formations sanitaires et les ministères. Cette structure a participé à l'élaboration et à la validation des textes suivants :

- Document de Politique et Stratégies de Développement des Mutuelles de Santé au Bénin (Ministère de la Santé Publique, 2003);
- Cadre Juridique et Réglementaire régissant les mutuelles de santé dans la zone de l'UEMOA (sous l'égide du BIT/STEP) ;
- Canevas de contractualisation entre les mutuelles de santé et les prestataires ;
- Avant-projets de Règlement portant Réglementation de la Mutualité Sociale au sein de l'UEMOA.
- Plan Stratégique de Développement des Mutuelles de Santé 2007-2011 (Ministère de la Santé Publique), y compris l'actualisation de ce plan pour le quinquennat 2009- 2013.

La CONSAMAS est une bonne pratique d'articulation, plus ou moins régulée, entre les autorités, les formations sanitaires et les structures d'appui. Cette bonne pratique doit se consolider au niveau national et doit se reproduire pour qu'il y ait un dialogue institutionnel, un cadre de concertation permanent entre les autorités, les formations sanitaires et les mutuelles, et ce à tous les niveaux (département, zone sanitaire, commune, arrondissement)

Trois exemples peuvent illustrer comment ce dialogue peut être à l'origine d'une véritable articulation entre les acteurs : la prise en charge des personnes indigentes, la prise en charge des femmes enceintes et des enfants âgés de 0 à 5 ans et l'extension de l'assurance-maladie.

- *Concernant la prise en charge des personnes indigentes*, deux articulations sont possibles entre l'action des mutuelles de santé et celle du Fonds Sanitaire d'Indigence (FSI). A l'heure actuelle, l'Etat prend en charge les soins de santé des indigents à travers le FSI ; les mutuelles de santé, de leur côté, proposent une assurance-maladie aux travailleurs de l'économie informelle, et couvrent rarement les indigents. Comment lier les deux actions? Une première option serait que l'Etat, à travers le FSI, paie la cotisation des indigents aux mutuelles de santé. Dans ce cas, l'administration ferait un transfert à chaque mutuelle en se basant sur une estimation des indigents vivant dans sa zone d'intervention. La mutuelle prendrait en charge la totalité des soins des personnes indigentes. Un décompte entre la mutuelle et l'Etat se ferait à la fin d'une certaine période. Une deuxième possibilité serait que les mutuelles prennent en charge les

indigents (cotisation et soins) et demandent ensuite le remboursement des prestations auprès de l'administration gestionnaire du FSI. Vu que le MSP est chargé d'encadrer le développement des mutuelles de santé et de gérer le FSI, il pourrait intégrer les services responsables horizontalement pour que cette complémentarité s'articule. Il est à noter qu''une étude réalisée par l'USAID/PISAF sur ce sujet est également arrivé à la conclusion qu'une articulation entre mutuelles de santé et pouvoirs publics dans la gestion de la prise en charge des indigents est souhaitable. L'étude recommandait à ce propos que quelques zones soient retenues pour expérimentation avant extension à tout le territoire.

- *La prise en charge des femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans* est un autre domaine de collaboration privilégié. Selon le principe décrit ci-dessus, les autorités pourraient payer la cotisation de ce groupe cible aux mutuelles de santé et ces dernières assureraient la prise en charge (à 100%) en cas de maladie. Cette recommandation s'inscrit entièrement tant dans la volonté du gouvernement de prévoir la gratuité des soins pour ce groupe cible que dans la mission des mutuelles d'assurer l'accès aux soins de santé de qualité à moindre coût aux personnes vulnérables.
- Enfin, *une collaboration accrue entre les mutuelles de santé, la MSS du Bénin (tutelle MFTP) et la CNSS (tutelle MFTP)* permettrait d'étendre progressivement l'assurance-maladie à l'ensemble de la population. Aujourd'hui, l'introduction d'un **régime d'assurance maladie universelle** (RAMU) est en discussion afin que tous les Béninois bénéficient d'une assurance maladie. Il est clair que les mutuelles de santé et la MSS du Bénin, avec l'expérience qu'elles ont à propos de l'assurance-maladie pour les travailleurs de l'économie informelle et ceux du monde rural, pourraient contribuer à l'élaboration et mise en place du RAMU. Cet argument vaut également dans le cas du **régime spécial de sécurité sociale pour les acteurs de l'économie informelle et du monde rural que** prévoit l'article 7 du Code de Sécurité Sociale. De plus, la CNSS est appelée à offrir une **assurance-maladie aux travailleurs de l'économie formelle** (Art. 3 Code de Sécurité Sociale) et peut donc certainement bénéficier de l'expertise des mutuelles de santé en la matière. Il serait opportun de faire converger ces différentes initiatives et d'impliquer les mutuelles pour une plus grande efficacité et synergie.

Recommandations

(1) **Les autorités, les formations sanitaires et les mutuelles devraient instituer un dialogue institutionnel et permanent à tous les niveaux en matière d'accès à la santé.** Tout comme le dialogue social tripartite (entre les partenaires sociaux et le

gouvernement) traite les questions qui relèvent du monde du travail, il est important que ce dialogue institutionnel soit compétent pour la discussion, l'élaboration et la validation de toute politique, décision et/ou initiative portant sur l'accès à la santé de la population. Il faut conférer les attributions nécessaires à cette concertation structurelle et permanente.

2.3. Rapport mutuelles de santé – formations sanitaires

Constat

L'aspect clé marquant le rapport entre les formations sanitaires et les mutuelles est la contractualisation, à travers laquelle les prestataires de soins et les mutuelles concluent une convention. Dans cette convention, ils définissent les services couverts, les normes de qualité à garantir, les tarifs à appliquer et le montant et les modalités de remboursement. Ainsi la convention garantit aux membres de la mutuelle de santé l'accès aux soins de qualité à un tarif réduit (25% en moyenne) et connu d'avance. De la même manière, les conventions garantissent aux formations sanitaires le paiement des services rendus et l'assurance d'une fréquentation élargie et régulière et des pathologies moins lourdes.

Dans le cadre de cette étude, les prestataires de soins rencontrés à tous niveaux ont exprimé leur satisfaction quant à la contribution des mutuelles de santé à la prise en

charge sanitaire des populations : les malades mutualistes se font soigner à temps, ce qui permet, d'une part, de prévenir la chronicité de certaines maladies, et d'autre part, de réduire le coût de la prise en charge de la maladie. De plus, les mutuelles de santé augmentent le taux de fréquentation des formations sanitaires, qui disposent alors de plus de recettes. Il en résulte une efficience accrue et une amélioration de la qualité des soins car les conditions de travail et de prise en charge des patients sont meilleures.

Recommandations

(1) **Les responsables des mutuelles et ceux des formations sanitaires doivent tout faire pour que les dispositions de la convention soient respectées**, y compris en prévoyant des moyens de pression et en imaginant des solutions « de secours », par exemple en cas de manque de liquidité ou de médicaments. De cette façon, le système d'assurance-maladie sera plus stable et pourra se généraliser et se pérenniser sur le territoire du Bénin. De plus, les prestataires de soins doivent respecter les protocoles de traitement afin de rester dans les normes.

Des formations pour les responsables des mutuelles sont très importantes

(2) **Des formations doivent être organisées pour les membres des mutuelles de santé et les prestataires de soins**. Certains agents sanitaires ignorent ou ne sont pas assez imprégnés des valeurs, stratégies et approches de travail du mouvement mutualiste. Les responsables des formations sanitaires et les gérants des mutuelles doivent organiser des séances de sensibilisation et d'information pour le personnel médical et para-médical sur le concept d'assurance-maladie et par rapport à la mission et au fonctionnement des mutuelles de santé.

A l'inverse, il est aussi indispensable que les mutualistes soient formés/informés sur le système sanitaire national, le fonctionnement des formations sanitaires à différents niveaux, précisément pour connaître les limites de chaque niveau de même que les problèmes auxquels ces formations sont confrontés. Ce faisant, les mutuelles de santé pourront mieux apprécier et comprendre certains comportements des prestataires de soins.

(3) **Les autorités et les mutuelles devraient organiser conjointement la sensibilisation et l'information de la population** quant aux avantages de la mutualité afin de l'inciter à s'affilier. Les mutuelles de santé sont des canaux de formation à la prévoyance et à la solidarité ainsi qu'à la santé préventive. Pour cette raison, il arrive déjà que les agents sanitaires s'impliquent dans les actions de sensibilisation dans la communauté locale. Cette bonne pratique doit se généraliser. L'autorité du personnel médical peut amener la population à la mutualisation.

(4) **Les formations sanitaires et les mutuelles doivent contrôler conjointement l'application de la tarification et le respect des standards de qualité des soins.** Dans la commune de Bembèrèkè cet exercice a abouti à l'harmonisation de la tarification appliquée ainsi qu'à la réduction du montant moyen de prise en charge d'un épisode de maladie, qui est passé de 2.048 FCFA en 2004 à 1.082 FCFA en 2007. En fin de compte, ces actions rationnalisent l'administration de soins et de médicaments (réduction des abus tels que la surprescription et la surconsommation.

(5) **Les responsables des mutuelles devraient être admis dans les comités de santé des zones sanitaires** pour leur permettre de participer aux échanges et choix stratégiques en matière de santé dans les zones sanitaires.

(6) **Le travail et les préoccupations des mutuelles de santé doiventt être reconnus et intégrés lors du monitoring et des supervisions bisannuelles des équipes d'encadrement des zones sanitaires et des directions départementales de la santé** pour tenir compte efficacement des problèmes, et de l'offre et de la demande des soins.

2.4. Rapport autorités publiques – formations sanitaires

Constat

La santé est au cœur du développement social et économique d'un pays : elle assure le bien-être de la population, en renforce l'épanouissement du capital humain. Donc, il est impératif d'investir dans les infrastructures sanitaires, la formation du personnel médical et paramédical, la disponibilité en médicaments. Cet investissement est « rentable » car une population en bonne santé est une population motivée et productive. Ceci dit, la part réelle des dépenses publiques dans le secteur de la santé est depuis toujours limitée au Bénin[63] et tourne actuellement autour de 4% du PIB, alors que la Déclaration d'Abuja préconisait 15% du PIB.

63 J. Tossa, Bénin – Protection Sociale : Examen des Dépenses – Evolution des Indicateurs 1990 – 2000, OIT, Genève, 2005, p. 68.

Recommandations

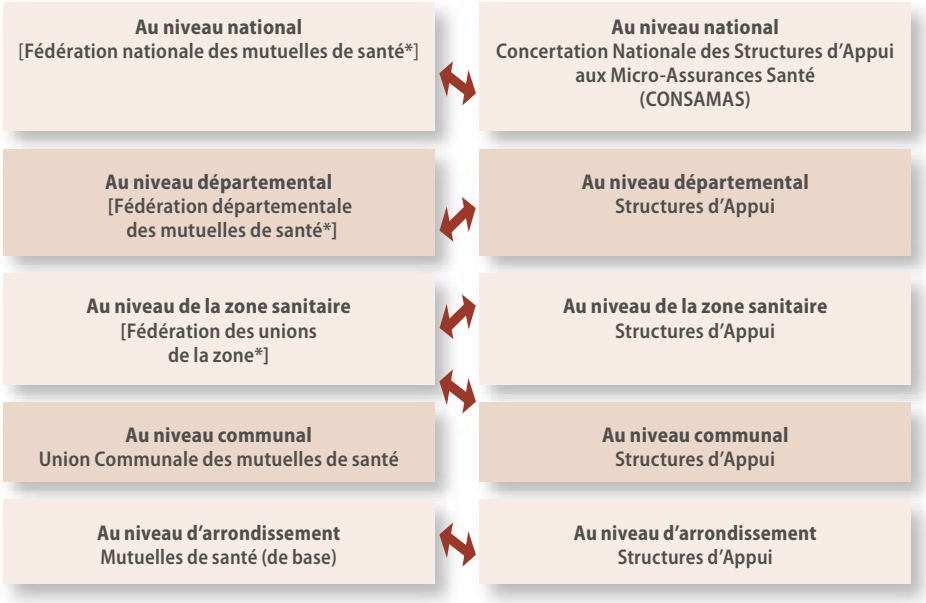
(1) **Les autorités et les formations sanitaires doivent faire en sorte que le système sanitaire réponde aux besoins de la population**. De la part des autorités, cela demande des investissements considérables dans la construction et l'entretien des infrastructures, dans la mise à disposition d'équipements sanitaires adéquats ainsi que dans la formation d'un personnel qualifié. Ce personnel doit aussi être rémunéré convenablement afin d'assurer leur motivation et d'accroître la stabilité du personnel. De la part des prestataires, cela demande le respect de certains standards de qualité et de professionnalisme dans l'accueil et l'administration des services de santé. Les deux sont finalement appelés à consulter et intégrer les statistiques des mutuelles de santé dans le système national d'information sanitaire et les statistiques sanitaires nationales.

(2) **Elles doivent garantir la régularité et la disponibilité des stocks de médicaments.** Toujours en vue d'améliorer la qualité de loffre de soins, les autorités et les prestataires de soins doivent en assurer la régularité et la disponibilité des médicaments à la CAME et aux formations sanitaires.

(3) **Les autorités doivent stimuler les prestataires de soins à négocier et à signer des conventions avec les mutuelles de santé.** La CONSAMAS avait élaboré un cadre de contractualisation à actualiser dans les plus brefs délais. En tant que tiers, l'Etat pourrait également assumer le rôle d'arbitre pour régler d'éventuels différends.

(4) **La formation des prestataires de soins doit comprendre un module sur l'assurance maladie et les mutuelles de santé.** L'inclusion de ce module fera connaître le concept de l'assurance-maladie et sera de nature d'imprégner les futures agents sanitaires des valeurs, stratégies et approches de travail du mouvement mutualiste.

2.5. Rapport mutuelles de santé – structures d'appui



Constat

Il faut souligner que les mutuelles de santé prises en compte dans cette étude s'inscrivent dans une logique de structuration bottom-up. Dans cette logique, elles ont pour objectif de prendre en charge l'ensemble des fonctions assumées actuellement par les structures d'appui. Cette dynamique est tout à fait normale pour un mouvement social, tel que le mouvement mutualiste, qui organise les gens autour d'une question essentielle – l'accès à la santé - et défend leur droits.

Recommandations

(1) **Les structures d'appui doivent faciliter la mise en réseau et la structuration** des mutuelles de santé appuyées par les différents promoteurs, éléments-clé dans la construction d'un mouvement mutualiste fort. Il est à espérer que des fédérations mutualistes naîtront dans un futur proche au niveau de la zone sanitaire ainsi qu'au niveau départemental et national. Ce seront alors ces fédérations qui auront leurs représentants dans le dialogue institutionnel et permanent qui doit s'établir à tous les niveaux.

(2) **Les structures d'appui doivent œuvrer à un transfert de compétences.** Ce transfert progressif des compétences aux mutuelles de santé de base, à court et à moyen terme, renforcera l'autonomisation des mutuelles. A ce propos, les structures d'appui doivent dispenser régulièrement des formations.

(3) **Les mutuelles et leurs structures d'appui doivent renforcer le plaidoyer** auprès des autorités publiques et des formations sanitaires. Vu que la structuration et le transfert de compétences prendront du temps, les mutuelles de santé et leur structures d'appui sont appelées à bien coopérer afin que la représentation et le travail de plaidoyer soient assurés et faits de manière cohérente aux différents échelons.

- *Au niveau national*. En absence d'une ou plusieurs fédération(s) nationale(s) de mutuelles de santé, ces dernières ne sont pas directement représentées dans la CONSAMAS. Donc, ce sont les structures d'appui qui font valoir les préoccupations des mutuelles dans ce cadre de concertation. Le plaidoyer devrait se focaliser sur les dossiers suivants : associer les mutuelles à la prise en charge des personnes indigentes à travers le FSI et la prise en charge des femmes enceintes et des enfants âgés de 0 à 5 ans avec un mécanisme similaire et l'extension de l'assurance-maladie (Art. 3 Code Sécurité Sociale).
- *Au niveau méso*. En l'absence d'une ou plusieurs fédération(s) départementale(s) de mutuelles, ce sont les structures d'appui qui doivent faire valoir les préoccupations des mutuelles à ce niveau.
- *Au niveau local*. Dans la zone sanitaire de Bembèrèkè, la coordination entre l'Union de Sinendé et l'UCMSB est un fait ; reste à voir l'impact de leur plaidoyer conjoint vis-à-vis des autorités sanitaires de la zone et des responsables de l'hôpital de zone. Quant aux collectivités locales, les mutuelles de base assument leur propre représentation et plaidoyer au niveau des arrondissements et elles se mettent en réseau pour une représentation et un plaidoyer plus efficaces au niveau de la commune. Vu que la commune a la charge de l'état de santé des populations à ce niveau, il est capital que les mutuelles de santé aient une relation formelle avec le conseil communal, voire un dialogue institutionnel qui portera au niveau du Plan de Développement Communal, les politiques communales en matière de santé et donnera une place aux mutuelles de santé.

Objectif final : l'institutionnalisation des mutuelles de santé au Bénin

Au Bénin, **le système de protection sociale organisé par l'Etat combine des mesures de prévention** - les régimes de sécurité sociale de la CNSS et du FNRB – **et des mesures de protection** – les dispositifs d'assistance sociale tels que le FSI et le FNS. Les régimes de sécurité sociale assurent différentes prestations, mais ne touchent qu'un public restreint : les travailleurs des secteurs formels privé et public. Concernant les dispositifs d'assistance sociale, la lourdeur des procédures régissant le FSI et le FNS a pour conséquence que les aides sociales, y compris la prise en charge des soins de santé, sont difficilement accessibles pour les personnes indigentes.

Face à cela, **le système des mutuelles de santé** représente une alternative de première ligne, permettant aux populations exclues du système étatique de s'organiser elles-mêmes dans un système **de solidarité et d'entraide qui implique les membres en tant qu'utilisateurs des services de santé dans la prise en charge de leur santé ainsi que dans la gouvernance démocratique du secteur de la santé**.

Pour WSM et l'ANMC, les mutuelles de santé ont un rôle essentiel dans la réalisation de l'accès universel à la santé au Benin pour deux raisons essentielles.

- *Au niveau de politique*, la **mutuelle de santé est un véritable outil d'extension de la protection sociale** face aux résultats limités du système étatique.
- *Sur le plan sanitaire*, **la mutualité est une situation gagnante-gagnante pour tous et toutes**. Le premier avantage est la réduction des coûts pour tous les mutualistes qui se font, à leur tour, soigner plus régulièrement. Ensuite, une gouvernance démocratique du secteur de la santé se développe à travers l'emprise directe de la communauté sur l'offre de soins, les standards de qualité, la transparence et standardisation de la tarification des soins etc. L'amélioration de ces points bénéficie à tous les utilisateurs des services de santé, pas uniquement aux mutualistes, ainsi qu'aux formations sanitaires qui voient augmenter leur taux de fréquentation et leurs recettes. En outre, n'oublions pas l'importante fonction préventive des mutuelles de santé : séances d'éducation à la santé (VIH/SIDA), distribution de moustiquaires imprégnées, etc.

Ceci dit, les mutuelles ne sont pas la réponse unique au défi de l'accès universel à la santé. Au Bénin, l'extrême précarité des conditions de travail et de vie et l'extrême pauvreté ont un impact important sur l'état de santé de la population. **Relever le défi de la protection sociale demande une réponse globale et concertée dans laquelle les mutuelles de santé auront leur place en articulation avec d'autres mécanismes (d'extension) de**

protection sociale, existants, à repenser ou à inventer. A ce stade, il convient de rappeler qu'au Bénin, comme dans de nombreux pays africains, le potentiel des mutuelles est loin d'être exploité : la prise en charge des personnes indigentes, des femmes enceintes et des enfants ainsi que l'introduction du régime d'assurance maladie universelle (RAMU) sont autant d'opportunités politiques pour impliquer les mutuelles de santé et les associer aux autres acteurs dans la réalisation de l'accès universel à la santé.

Pour toutes ces raisons, WSM et ANMC ont voulu publier cette étude en vue de proposer quelques articulations à renforcer ou à construire entre le système étatique et le système communautaire, entre les différents acteurs présents sur le terrain de l'accès à la santé afin d'institutionnaliser les mutuelles de santé au Bénin. Par la suite, nous espérons que ces acteurs s'engageront dans un processus d'articulation à tous les niveaux, en interne comme en externe. À cet effet, les mutuelles de santé doivent disposer d'une reconnaissance officielle et faire partie intégrante du cadre institutionnel en matière de protection sociale au niveau de l'accès à la santé.

En conclusion, vous trouverez la « Déclaration de Cotonou » qui reprend les principales demandes des acteurs mutualistes africaines, appuyés par WSM et ANMC, à propos de l'institutionnalisation des mutuelles de santé au Bénin[64].

64 Cette déclaration a été adoptée lors du séminaire sur le renforcement de la protection sociale par l'institutionnalisation des mutuelles de santé organisé au Bénin en novembre 2008 par WSM et l'ANMC. Lors de ce séminaire, la présente étude à été discutée et validée par l'ensemble des partenaires mutualistes africains de WSM et de l'ANMC.

DÉCLARATION DE COTONOU

Conscientes que la protection sociale constitue un outil efficace de prévention des risques, de réduction de la pauvreté et des inégalités; et contribue à la promotion de la paix, la stabilité et la cohésion sociale, Wereldsolidariteit-Solidarité Mondiale **(WSM)** et l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes **(ANMC)** ont organisé du 17 au 19 novembre 2008, à Cotonou, au Bénin, un séminaire continental regroupant leurs partenaires en Afrique et d'autres acteurs de développement des mutuelles de santé au Bénin, sur la thématique de « **Renforcement de la protection sociale par l'institutionnalisation des mutuelles de santé** ».

Des résultats de ce séminaire qui a connu la participation d'une vingtaine de délégués venus du Bénin, du Burkina, du Burundi Cameroun, de la Guinée, du Mali, de la Mauritanie, du Niger, de la République Démocratique du Congo, du Sénégal, du Togo, il ressort l'initiative de la déclaration dont la teneur est la suivante:

- Considérant que la protection sociale est un droit fondamental reconnu par la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948, le Pacte International des Droits Economiques, Sociaux et Culturels de 1966, les Conventions 102, 155 et 182 de l'OIT et les Constitutions nationales;
- Considérant que plus de 80% des populations dans les pays africains sont exclues des systèmes formels de protection sociale;
- Considérant la réponse des populations face à cette exclusion à travers le développement des initiatives de protection sociale dont les mutuelles de santé sont la forme la plus courante;
- Considérant que ces systèmes permettent aux personnes exclues, notamment les travailleurs de l'économie informelle et du monde rural d'accéder aux soins de santé de qualité et à moindre coût;
- Considérant le faible taux de pénétration;
- Considérant la faible capacité des mutuelles de santé à couvrir leurs charges de fonctionnement et à diversifier l'offre de services;

- Considérant l'absence d'un cadre juridique et législatif régissant les mutuelles de santé dans certains pays;

- Considérant l'absence d'un cadre permanent d'échange et de concertation entre les principaux acteurs notamment les pouvoirs publics, les formations sanitaires et les mutuelles de santé;

Nous, participants au séminaire régional sur le renforcement de la protection sociale par l'institutionnalisation des Mutuelles de Santé, tenu à Cotonou au Bénin du 17 au 19 novembre 2008, demandons:

Aux élus locaux de:
- prendre en compte les mutuelles de santé dans les plans locaux de développement.
- apporter un appui aux mutuelles de santé à travers le budget des collectivités locales.

A l'Etat de :
- Mettre en place un cadre législatif régissant les mutuelles de santé.
- Définir clairement la tutelle des mutuelles de santé.
- Mettre en place un programme de développement des mutuelles de santé.
- Mettre en place un fonds structurel d'appui au développement des mutuelles de santé à travers une allocation budgétaire de l'Etat.

Aux autorités sanitaires de:
- Améliorer la qualité de l'offre de soins y compris la régularité et la disponibilité des médicaments.
- Standardiser et harmoniser la tarification au niveau des formations sanitaires.
- Actualiser le document cadre de contractualisation entre les mutuelles de santé et formations sanitaires.

Aux Structures d'Appui aux Mutuelles de Santé de:
- Œuvrer à un transfert de compétences aux structures mutualistes locales à court et à moyen terme.

- Faciliter la mise en réseau et la structuration des mutuelles de santé appuyées par les différents partenaires.
- Veiller, dans un souci de durabilité, à une concertation sur les approches et stratégies de promotion des mutuelles de santé à tous les niveaux.

Aux Mutuelles de Santé de:

- Poursuivre la mise en réseau des initiatives tant au niveau communal, départemental que national en vue d'assurer une meilleure représentation et un plaidoyer plus efficace.
- Elargir la base mutualiste.

A la communauté internationale de:

- Allouer des ressources financières beaucoup plus importantes et régulières pendant au moins 15 ans, pour le développement des mutuelles de santé et autres mécanismes de protection sociale.
- Faciliter l'institutionnalisation des mutuelles de santé en fournissant un appui technique permettant un renforcement des capacités de tous les acteurs concernés.

Fait à Cotonou le 19 Novembre 2008.

Bibliographie

Législation et documents de politique

- Pacte International relatif aux Droits Economiques, Sociaux et Culturels (PIDESC), Résolution 2200 A (XXI) du 16 décembre 1966.
- Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples, adoptée le 27 juin 1981.
- UEMOA, Réunion des Ministres, *Recommandations des Ministres chargés de la Mutualité Sociale des Etats Membres de l'UEMOA*, Ouagadougou, 7 Novembre 2008, pp.2.
- UEMOA, Réunion des Ministres, *Compte Rendu de la Réunion des Ministres chargés de la Mutualité Sociale sur l'Avant-Projet de Règlement portant Réglementation de la Mutualité Sociale au sein de l'UEMOA*, Ouagadougou, 7 Novembre 2008, pp. 7.
- Loi N°90-32 portant Constitution de la République du Bénin, 11 décembre 1990.
- Loi N°98-019 portant Code de Sécurité Sociale en République du Bénin, 21 mars 2003.
- Loi N°86-014 portant Code des Pensions Civils et Militaires de Retraite du 26 Septembre 1986.
- Décret N° 2006-228 portant réglementation des secours gérés par le Ministère de la Famille, de la Femme et de l'Enfant, 18 Mai 2006.
- Décret N° 2006-217 portant création, attributions et fonctionnement des organes chargés de la gestion des secours, 12 Mai 2006.
- Arrêté N°735/MTFP/DC/SGM/DGT/DGFP/DRPSS/SCASS portant création, attributions et composition du comité de pilotage du projet de création de la mutuelle de santé des agents de l'Etat, 17 Octobre 2008.
- *La Convention Collective Générale du Travail applicable aux Entreprises relevant des Secteurs Privé et Para-public en République du Bénin*, conclue entre les partenaires sociaux au Bénin et approuvé par le Ministre de la Fonction Publique, du Travail et de la Réforme Administrative.
- *Politique et Stratégies Nationales de Protection Sociale (PSNPS) 2004 – 2013, République du Bénin* – Ministère de la Famille, de la Protection Sociale et de la Solidarité, 2003.
- *Document de Politique et Stratégies de Développement des Mutuelles de Santé au Bénin* - Ministère de la Santé Publique, Novembre 2003.
- *Stratégie de croissance pour la réduction de la pauvreté (SCRP) 2007-2009*, Gouvernement du Bénin.
- *Plan Stratégique de Développement des Mutuelles de Santé 2009-2013*, Ministère de la Santé Publique.

Littérature

- *Social Security Programs throughout the World: Africa 2007*, International Social Security Association and Social Security Administration, Washington D.C., September 2007.
- J. Tossa, *Bénin – Protection Sociale : Examen des Dépenses – Evolution des Indicateurs 1990 – 2000*, OIT, Genève, 2005, pp. 107-112.
- BIT-STEP en Afrique, *Mutuelle de Sécurité Sociale – Organisation et Fonctionnement*, STEP Dakar, Janvier 2007, pp. 15.
- BIT-STEP en *Afrique, Mutuelle de Sécurité Sociale de Cotonou – Rapport de Suivi 2006*, STEP Dakar, Février 2007, pp. 17.
- P. Develtere, G. Doyen et B. Fonteneau, *Micro-assurances et soins de santé dans le Tiers-Monde – Au-delà des frontières*, HIVA – Cera Foundation, Leuven, 2004, pp. 61.
- C. Churchill (ed.), *Protecting the Poor – A Microinsurance Compendium*, ILO in association with Munich Re Foundation, Geneva, 2006, pp. 654.
- C. Atim, *The Contribution of Mutual Health Organizations to Financing, Delivery and Access to Health Care : Synthesis of Research in 9 West and Central African Countries*, ILO-ACOPAM-ANMC-WSM, Geneva, Juillet 1998, pp. 67.
- J. Stessens, *Evaluation à mi-parcours du programme d'appui aux initiatives d'économie sociale et mutuellistes*, HIVA/KU Leuven, Leuven, Janvier 2006, pp. 69.
- B. Fonteneau, *Les défis des systèmes de micro-assurance santé en Afrique de l'Ouest - Cadre politique, environnement institutionnel, fonctionnement et viabilité*, HIVA/KU Leuven, Leuven, Mars 2004.
- J. Defourny, P. Develtere et B. Fonteneau (eds.), *Social Economy – North and South*, HIVA et Centre d'Economie Sociale (Université de Liège), 2000, pp. 254.
- M-P. Waelkens et B. Criel (eds.), *La mise en réseau de mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest – l'union fait-elle la force ?*, Anvers, 2007, pp. 128.

Divers

- *Atelier de Réflexion pour l'Élaboration d'une Politique Nationale de Protection Sociale au Bénin* , Rapport de synthèse des travaux, BIT – STEP et le Ministère du Travail et de la Fonction Publique, Cotonou, Bénin, 9 – 10 mai 2007.
- B. Arouna, *Social Services for aged and disabled persons*, Presentation of the Benin Social Security Office, ISSA Regional Meeting of the Americas on Social Services and Family Allowances, San Jose, Costa Rica, January 2003.
- Aboubakar KOTO-YERIMA, *Accès à la santé : expérience du PROMUSAF*, dans « Rapport de

l'Atelier National sur la Protection Sociale et Vulnérabilité », WSM/Fonds Belge de Survie, Cotonou, Novembre 2004.
- *Caisse Nationale de Sécurité Sociale - Guide de l'Assuré Social 2005*, République du Bénin – Ministère de la Fonction Publique, du Travail et de la Réforme Administrative, pp. 26.
- UEMOA, Département du Développement Social, *Atelier régional de concertation sur les avant-projets de règlements sur les mutuelles sociales dans les Etats membres de l'UEMOA*, Ouagadougou, Burkina Faso, 29 novembre au 1er décembre 2006.
- S. Régent, *Elaboration d'un cadre légal sur les mutuelles sociales pour les pays de l'UEMOA: un processus participatif*, STEP en Afrique, Dakar, 2007.
- *Introduction à l'Amélioration de la Qualité des Services de Santé – Manuel destiné aux Mutuelles de Santé*, USAID et PHRplus, Washington, 2006, pp. 85.
- *Evaluation Sommaire du Mécanisme d'Utilisation du Fonds Sanitaire des Indigents*, Ministère de la Santé, Cotonou, 21 février 2006, pp. 60.

Sites

- www.ilo.org
- http://www.ilo.org/public/english/protection/secsoc/step/index.htm
- www.socialsecurityextension.org
- http://www.microinsurance.org/gimi/ShowMainPage.do
- www.concertation.org
- http://www.uemoa.int/
- http://www.hiva.be/Openingspagina/Home.php
- http://www.itg.be/itg/GeneralSite/Generalpage.asp?L=F

Annexe I: Organisations rencontrées

Date	Organisation	Personnes rencontrées	Localité
14/11/07	Ministère de la Santé	Dr Ayi Macellin, *Chef, Service Santé Communautaire* Mr Anicet Adjein, *Socio-économiste, Service Santé Communautaire*	Cotonou
	Ministère de la Famille et de l'Enfance	Mme Raoufou Raïmanou, *Directrice Adjointe, Division Protection Sociale*	Cotonou
	Caisse National de Sécurité Sociale	Mr Alassane K. Kemoko, Directeur Technique	Cotonou
	Ministère du Travail et de la Fonction Publique - Mutuelle de la Sécurité Sociale de Cotonou	Mme Clémence Edwige Chablis, *Coordinatrice* Mr D. Thomas Ayena, *Comptable*	Cotonou
15/11/07	PROMUSAF	Mr Aboubakar Koto Yerima, *Coordinateur National*	Cotonou
	Réseau Alliance Santé	Mr Rachid Aladji Boni, *Conseiller Technique*	Parakou
16/11/07	Union Communale de Mutuelles de Santé de Bembèrèkè	Conseil d'Administration UCMSB	Bembèrèkè
	Centre de Santé de Gamia	Dr Emanuel, *Médécin Coordinateur*	Gamia
	Mutuelle de Santé de Gamia	Bureau Exécutif	Gamia
	Chefferie d'Arrondisement de Gamia	Mr Sanna Moussa Souaïbou, *Chef d'Arrondissement de Gamia*	Bembèrèkè
17/11/07	Mairie de la commune de Bembèrèkè	Mr Sidi Oru Massara Issiaka, *Premier adjoint au Maire*	Bembèrèkè
	Hôpital de la zone sanitaire Bembèrèkè	Mr Bio Sika Philémon, *Infirmier Major*	Bembèrèkè
	Centre de Promotion Social de la commune de Bembèrèkè	Mr Salifou Djuibril, *Responsable*	Bembèrèkè
	Projet Intégré de Santé Familiale	Dr Jacques Akpovi, *Responsable pour les départements du Borgou et l'Alibori*	Parakou
	Projet Intégré de Santé Familiale	Dr Pascal Soglohoun, *Responsable des mutuelles*	Cotonou