

Short-Term Policy Supporting Research (PSR) 2019

Le rôle des mutuelles de santé et des initiatives d'économie sociale dans l'extension des mécanismes de protection sociale aux travailleurs ruraux du Bénin

Marie-Paule Kestemont, UCLouvain et **Elisabeth Paul**, ULB ed.

Avec les contributions de :

Marc Bourgeois, ULiège

Christian Horemans, Mutualités Libres

Pascal Ndiaye, Louvain Coopération

N'koué Emmanuel Sambieni, UParakou

Mars 2020

TABLE DES MATIERES

Liste des abréviations.....	7
1 Introduction générale	11
Partie 1 – Dimension stratégique, institutionnelle et juridique	13
2 WP 2 : Revue des documents politiques et stratégiques nationaux sur les régimes de protection sociale en santé pour les populations rurales et du secteur informel	15
2.1 Méthodologie adoptée.....	15
2.2 Concepts utilisés dans les textes réglementaires et techniques au Bénin.....	15
2.3 Principaux documents politiques et stratégiques	16
2.3.1 La Politique holistique de protection sociale (PHSP) au Bénin.....	16
2.3.2 Le Programme d'Action du Gouvernement (PAG).....	17
2.3.3 L'Assurance pour le renforcement du capital humain (ARCH)	17
2.3.4 Le Plan stratégique de développement du secteur agricole (PSDSA)	19
2.3.5 Le Programme de Croissance pour le Développement durable (PC2D) 2018- 2021	19
2.3.6 La Politique Nationale de Santé (PNS) 2018-2030.....	20
2.3.7 Le Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2018-2022	21
3 WP 3 : Analyse du cadre légal et institutionnel encadrant l'expansion de la protection sociale aux populations rurales et du secteur informel au Bénin.....	23
3.1 Méthodologie adoptée pour ce WP	23
3.2 Principaux textes législatifs	23
3.2.1 Les traités internationaux et les normes internationales.....	23
3.2.2 La Constitution	33
3.2.3 Lois et règlements – protection sociale.....	35
3.2.4 Lois et règlements – santé.....	40
3.2.5 Arrêtés interministériels	41
3.2.6 Synthèse de l'analyse de la cohérence du cadre légal et synthèse des principales contraintes légales	41
3.3 Principales institutions en charge de la protection sociale au Bénin.....	43
3.3.1 Les régimes de sécurité sociale préexistants	43
3.3.2 L'UGP-ARCH.....	44
3.3.3 Le Ministère des Affaires sociales et de la Microfinance (MASM)	45
3.3.4 Le Ministère de la Santé (MS)	45
3.3.5 Autres ministères et institutions	46
3.3.6 Les réseaux d'acteurs de la société civile.....	47
3.4 Financement de la protection sociale.....	47
3.4.1 Tendances passées.....	47
3.4.2 Situation actuelle.....	49
3.4.3 Projections pour le futur	51
4 WP 4 : Revue de l'expérience internationale et des pratiques prometteuses en matière de protection sociale pour les populations rurales et les acteurs du secteur informel.....	55
4.1 Méthodologie adoptée pour ce WP	55
4.2 L'argumentaire du mouvement mutualiste en Afrique de l'Ouest et centrale.....	55

4.3	Littérature internationale sur le potentiel des mutuelles de santé pour tendre vers la CSU.....	57
4.3.1	Les effets des mutuelles au niveau « micro ».....	57
4.3.2	Un faible potentiel dans l'expansion de la protection contre le risque maladie dans le cadre de la CSU.....	58
4.3.3	Au-delà du choix stratégique, un problème de faisabilité.....	61
4.3.4	Quelques opportunités d'intégration des mutuelles et autres acteurs de l'économie sociale dans un système cohérent de protection sociale en santé....	62
4.4	Études de cas.....	64
4.4.1	L'Éthiopie.....	64
4.4.2	Le Ghana.....	64
4.4.3	Le Rwanda.....	65
4.4.4	Le Sénégal.....	67
4.4.5	Leçons transversales.....	71
5	Synthèse de la première partie.....	73
6	Recommandations à l'issue de la première partie.....	77
6.1	Questions à clarifier et/ou faire avancer au niveau du dialogue politique.....	77
6.2	Opportunités pour les mutuelles et autres initiatives d'économie sociale.....	79
7	Références.....	81
7.1	Textes légaux.....	81
7.2	Documents stratégiques nationaux.....	82
7.3	Études scientifique et littérature internationale.....	82
	Partie 2 – Dimension opérationnelle.....	87
8	Contexte et problématique.....	89
8.1	Contexte.....	89
8.2	Cadre conceptuel.....	92
8.2.1	La protection sociale.....	92
8.2.2	Les Initiatives d'Economie Sociale et Solidaire.....	95
8.2.3	Les mutuelles de santé.....	98
8.2.4	Caractéristiques communes aux MUSA et aux IESS.....	99
8.3	Problématique : fragmentation des mécanismes de protection sociale et inéquité dans l'accès.....	101
8.3.1	Les dispositifs de protection sociale au Bénin.....	101
8.3.2	Les travailleurs ruraux et leur accès aux mécanismes de protection sociale....	101
9	Méthodologie.....	103
9.1	Délimitation du périmètre d'investigation de terrain.....	103
9.2	Méthodes de recueil des informations.....	103
9.2.1	Analyse documentaire.....	103
9.2.2	Entretiens et focus groups.....	104
9.3	Sélection des cas.....	106
9.3.1	Sélection des IESS.....	107
9.3.2	Sélection des mutuelles de santé.....	108
10	Sélection des cas étudiés.....	109
10.1	Identification des cibles des études de cas.....	109
10.2	Description IESS et réseaux de MUSA étudiés.....	110
10.2.1	Département de l'Atacora.....	110

10.2.2	Département du Borgou.....	112
10.2.3	Département des Collines.....	115
11	Résultats	119
11.1	Potentiel des MUSA et des IESS dans les mécanismes de la protection sociale..	119
11.1.1	Accès aux revenus.....	119
11.1.2	Couverture du risque maladie	125
11.1.3	Transformation sociale.....	130
11.2	Expériences d'articulation entre MUSA et IESS pour la protection sociale en santé	133
11.2.1	Expériences développées au Bénin.....	133
11.2.2	Avantages et limites des expériences.....	140
11.3	Opérationnalisation de l'articulation MUSA – IESS : niveaux et méthodes.....	151
11.3.1	Pratiques organisationnelles à activer : niveaux et acteurs	151
12	Synthèse de la deuxième partie	161
12.1	Une alternative pour la protection sociale du monde rural	161
12.2	Les MUSA et les IESS partagent le même ADN.....	161
12.3	La fertilisation croisée entre les MUSA et les IESS.....	161
12.4	La capacité de payer une cotisation	162
12.5	Mais l'articulation entre les IESS et les MUSA rencontre certaines difficultés	162
13	Recommandations à l'issue de la deuxième partie	165
13.1	Renforcer le processus du développement de la politique de protection sociale au Bénin	165
13.2	Renforcer la capacité des différents acteurs à contribuer à l'extension de la protection sociale	166
13.3	Encourager les coopérations et faciliter les synergies entre différents acteurs de la coopération.....	166
13.4	Mettre en place une phase pilote du modèle contributif de l'assurance maladie dans le monde rural	167
14	Annexes	169
14.1	Annexe 1 : Guides d'entretien	169
14.2	Annexe 2 : Cibles d'investigation et informations à rassembler	174
14.3	Annexe 3 : Tableau synthétique des IESS identifiées.....	175
14.4	Annexe 4 : Carte des cas étudiés	176
14.5	Annexe 5 : Exemple d'entretien avec un animateur d'IESS.....	177
15	Références	181

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACCESS	Appui aux communes et communautés pour l'expansion des services sociaux
ACNG	Acteur de la coopération non gouvernementale
ACODEV	Associations de coopération au développement
AFD	Agence française de développement
AIM	Association internationale de la mutualité
AMAB	Assurance mutuelle agricole du Bénin
AMBC	Assurance maladie à base communautaire
AMS	Assurance maladie sociale
AMSANA	Appui multisectoriel pour la sécurité alimentaire et nutritionnelle dans l'Atacora
ANAM	Agence nationale de l'assurance maladie
ANPS	Agence nationale de la protection sociale
ANSSP	Agence nationale des soins de santé primaires
APROSOC	Action pour la protection sociale
ARCH	Assurance pour le renforcement du capital humain
ARES	Académie de recherche et d'enseignement supérieur
AT	Assistants techniques
AUSCOOP	Acte uniforme relatif aux droits des sociétés coopératives
AVEC	Associations villageoises d'épargne et de crédit
BIT	Bureau international du travail
BM	Banque mondiale
CADHP	Charte africaine des droits de l'homme et des peuples
CAEC	Caisses d'autopromotion d'épargne et de crédit
CCR-B	Conseil de concertation des riziculteurs du Bénin
CFAD	Cadre fédérateur des acteurs de développement
CIC	Coopération internationale communale
CIPRES	Conférence interafricaine de la prévoyance sociale
CLE	Conseillers locaux d'entreprises
CMPS	Caisse mutuelle de prévoyance sociale
CNAB	Confédération nationale des artisans du Bénin
CNPS	Conseil national de la protection sociale
CNSS	Caisse nationale de sécurité sociale
CONSAMUS	Conseil national béninois des structures d'appui aux mutuelles sociales
CPG	Centre de promotion et de gestion
CSU	Couverture santé universelle
CTRSS	Commission technique des réformes du secteur de la santé
CVPC	Coopératives villageoises des producteurs de coton
DGD	Direction générale de la coopération au développement (Belgique)
DUDH	Déclaration universelle des droits de l'homme
EDS	Enquête démographique et de santé
Enabel	Agence belge de développement

FAO	Organisation des nations unies pour l'alimentation et l'agriculture (Food and Agriculture Organization)
FASN	Fonds d'appui à la solidarité nationale
FNM	Fonds national de la microfinance
FNRB	Fonds national des retraites du Bénin
FUPRO-BENIN	Fédération des unions de producteurs du Bénin
GEL	Guichet d'économie locale
GO	Groupe organisé
IDH	Indice de développement humain
IESS	Initiative d'économie sociale et solidaire
INSAE	Institut national de la statistique et de l'analyse économique
IMF	Institutions de microfinance
MAEP	Ministère de l'agriculture, de l'élevage et de la pêche
MASM	Ministère des affaires sociales et de la microfinance
MCZS	Médecin coordonnateur de zone sanitaire
MEF	Ministère de l'économie et des finances
MIP	Fonds microprojets
MOC	Mouvement ouvrier chrétien
MPD	Ministère du plan et du développement
MS	Ministère de la santé
MSSB	Mutuelle de sécurité sociale du Bénin
MUSA	Mutuelle de santé
NHIS	National health insurance scheme (Ghana)
ODD	Objectifs de développement durable
OHADA	Organisation pour l'harmonisation en Afrique du droit des affaires
OIT	Organisation internationale du travail
OMD	Objectifs du millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PAG	Programme d'action du gouvernement
PC2D	Programme de croissance pour le développement durable
PCDS	Plan communal de développement de la santé
PDC	Plan de développement communal
PESC	Pacte international sur les droits économiques, sociaux et culturels
PHPS	Politique holistique de protection sociale
PIB	Produit intérieur brut
PLS	Prestataires locaux de services
PMT	Proxy means test (enquête de détermination du statut de pauvreté)
PNDS	Plan national de développement sanitaire
PNOPPA-Bénin	Plateforme nationale des organisations paysannes et de producteurs agricoles du Bénin
PSDSA	Plan stratégique de développement du secteur agricole
PSR	Policy supporting research (recherche en appui à la politique)

PSSP	Plateforme du secteur sanitaire privé
PTF	Partenaire technique et financier
RAMU	Régime d'assurance maladie universelle
RAVIP	Recensement administratif à vocation d'identification de la population
RNPS	Réseau national multi-acteurs de protection sociale
ROPPA	Réseau des organisations paysannes et de producteurs de l'Afrique de l'Ouest
SFD	Services financiers décentralisés
SILC	Savings and internal lending communities
SNFS	Stratégie nationale de financement de la santé
UA	Union africaine
UAC	Université d'Abomey-Calavi
UCLouvain	Université catholique de Louvain
UCMSB	Union communale des mutuelles de santé de Bembereké
UCMSD	Union communale des mutuelles de santé de Dassa-Zoumé
UCMSS	Union communale des mutuelles de santé de Sinendé
UCP-ARCH	Unité de coordination du projet ARCH
UCVW	Union des villes et des communes de Wallonie
UEMOA	Union économique et monétaire ouest africaine
UGP-ARCH	Unité de gestion du projet « assurance pour le renforcement du capital humain »
ULB	Université libre de Bruxelles
ULiège	Université de Liège
UMUSOP	Union des mutualités sociales de la Pendjari
UNICEF	Fonds des nations unies pour l'enfance
UNIRIZ-C	Union des riziculteurs du centre du Bénin
UParakou	Université de Parakou
URCOOPMA	Union régionale des coopératives maraichères de l'Atacora Donga
USAID	Agence américaine pour le développement international
WBI	Wallonie Bruxelles Internationale
WP	Work package
WSM	We Social Movements (ex Solidarité Mondiale)
ZS	Zone sanitaire

1 INTRODUCTION GÉNÉRALE

Ce rapport s'inscrit dans le cadre de la recherche en appui à la politique (Policy Supporting Research – PSR) sur « The role of mutual health insurance funds and social economy initiatives (social profit) in the extension of social protection mechanisms towards rural workers (M/F) in Benin », financée par la coopération belge à travers l'Académie de recherche et d'enseignement supérieur (ARES) et coordonnée par la Prof. Marie-Paule Kestemont de l'Université catholique de Louvain (UCLouvain).

Conformément au projet soumis en réponse à l'appel d'offre, ce rapport s'articule autour de deux dimensions de recherche, une dimension politique et une dimension opérationnelle. Ensemble, ces deux axes de recherche contribuent à répondre à l'objectif global du projet à savoir : « Analyser le rôle potentiel des mutuelles et des initiatives d'économie sociale dans l'expansion de la protection sociale au Bénin ».

L'équipe coordonnée par Elisabeth Paul de l'Université libre de Bruxelles (ULB), et comprenant également Marc Bourgeois de l'Université de Liège (ULiège) et N'koué Emmanuel Sambiéni de l'Université de Parakou, était en charge de la première question de recherche portant sur la dimension politique : « Quels sont les cadres stratégiques et législatifs encadrant l'expansion de la protection sociale en santé aux populations rurales et du secteur informel ? Sont-ils cohérents et appropriés ? »

Pour répondre à cette question, trois paquets d'activités (work packages – WP) ont été mis en œuvre par l'équipe de l'ULB :

- **WP 2** : Revue des documents politiques et stratégiques nationaux sur les régimes de protection sociale en santé pour les populations rurales et du secteur informel ;
- **WP 3** : Analyse du cadre légal et institutionnel encadrant l'expansion de la protection sociale aux populations rurales et du secteur informel au Bénin ;
- **WP 4** : Revue de l'expérience internationale et des pratiques prometteuses (y compris des acteurs de la coopération belge au développement) en matière de protection sociale pour les populations rurales et du secteur informel.

L'équipe coordonnée par Marie-Paule Kestemont de l'Université de Louvain (UCLouvain), constituée de Matthieu Henkens de l'UCLouvain, Christian Horemans des Mutualités Libres et Pascal Ndiaye de Louvain Coopération, a traité la seconde question de recherche portant sur la dimension opérationnelle : « Quelles sont les combinaisons les plus appropriées des différentes initiatives d'économie sociale en vue de l'expansion de la protection sociale aux populations rurales et aux acteurs du secteur informel ? »

Pour répondre à cette question, l'équipe de l'UCLouvain a mis en œuvre trois paquets d'activités (WP) :

- **WP 5** : Analyse du potentiel des mutuelles de santé (MUSA) et des initiatives d'économie sociale et solidaire (IESS) dans les mécanismes de protection sociale ;
- **WP 6** : Analyse d'articulations entre MUSA et IESS pour la protection sociale en santé ;
- **WP 7** : Développement de l'opérationnalisation de l'articulation MUSA-IESS.

En demandant d'aborder ces deux dimensions (politique et opérationnelle) déclinées en WP, l'appel entend donner plus de force à l'étude. En effet, cette approche permet d'avoir deux points de vue : les contraintes, avantages et inconvénients des différentes options envisageables selon l'état actuel du cadre stratégique, juridique et institutionnel du Bénin en matière de protection sociale d'une part ; d'autre part, le volet opérationnel, expériences de terrain et position des acteurs qui soutiennent les MUSA et les IEES. Ainsi, les recommandations seront formulées suivant les deux perspectives de l'étude.

Ce rapport s'articule de la façon suivante :

La dimension stratégique, institutionnelle et juridique de l'étude en constitue la première partie : après une explication de la méthodologie adoptée, les résultats relatifs à chaque WP sont présentés. Des conclusions sont alors tirées et des recommandations sont formulées.

La deuxième partie de l'étude aborde la dimension opérationnelle : le contexte et la problématique sont présentés, suivis de la méthodologie d'analyse et de la description des cas étudiés. Les résultats sont ensuite développés et des conclusions s'en suivent, à la suite de quoi des recommandations sont formulées.

Les équipes de recherche remercient toutes les personnes qui leur ont consacré du temps et fourni des renseignements. Le contenu de ce rapport incombe à la responsabilité de ses seuls auteurs, et n'engage ni leurs universités d'origine, ni la coopération belge.

**PARTIE 1 – DIMENSION STRATÉGIQUE,
INSTITUTIONNELLE ET JURIDIQUE**

**Le rôle des mutuelles de santé
et des initiatives d'économie
sociale (profit social) dans
l'extension des mécanismes
de protection sociale pour les
travailleurs ruraux (M/F)
au Bénin**

Rapport relatif aux livrables de
l'équipe ULB (WP 2, 3, 4)

Dimension stratégique, institutionnelle et juridique

« Quels sont les cadres stratégique et législatif encadrant l'expansion de la protection sociale en santé aux population rurales et du secteur informel ? Sont-ils cohérents et appropriés ? »

- **WP 2** : Revue des documents politiques et stratégiques nationaux sur les régimes de protection sociale en santé pour les populations rurales et du secteur informel ;
- **WP 3** : Analyse du cadre légal et institutionnel encadrant l'expansion de la protection sociale aux populations rurales et du secteur informel au Bénin ;
- **WP 4** : Revue de l'expérience internationale et des pratiques prometteuses (y compris des acteurs de la coopération belge au développement) en matière de protection sociale pour les populations rurales et du secteur informel.

Elisabeth Paul, Université libre de Bruxelles

Marc Bourgeois, Université de Liège

N'koué Emmanuel Sambiéni, Université de Parakou et Laboratoire d'Etudes et de Recherches sur les Dynamiques sociales et le Développement local



2 WP 2 : REVUE DES DOCUMENTS POLITIQUES ET STRATÉGIQUES NATIONAUX SUR LES RÉGIMES DE PROTECTION SOCIALE EN SANTÉ POUR LES POPULATIONS RURALES ET DU SECTEUR INFORMEL

2.1 Méthodologie adoptée

Les données ont été collectées à travers une revue ciblée de la littérature grise et scientifique, complétée par des données d'entretiens avec des informateurs clés en Belgique et au Bénin au cours de deux missions préalablement réalisées par l'équipe dans le cadre d'un autre projet (Action de recherche concertée (ARC) « Effi-Santé », financé par la Fédération Wallonie-Bruxelles, en mars 2018 et avril 2019), lors de la mission PSR/ULB d'octobre-novembre 2019 (voir le rapport de mission pour la liste des personnes interviewées) et par après par l'expert national (E. Sambiéni), ainsi que lors de la seconde mission au Bénin de l'équipe (21-28 janvier 2020) et particulièrement lors de l'atelier de restitution des résultats préliminaires de l'étude. Cet atelier a eu lieu en présence de la plupart des parties prenantes intéressées à l'Infosec de Cotonou, le 27 janvier 2020. L'analyse de l'ensemble de ces données a été menée par le recoupement des informations, leur mise en contexte et en relation et leur catégorisation thématique, selon une approche essentiellement qualitative.

2.2 Concepts utilisés dans les textes réglementaires et techniques au Bénin

Le document de Politique Holistique de Protection sociale (p. 12), définit la protection sociale « comme l'ensemble des mesures publiques ou à but non lucratif qui visent à réduire la vulnérabilité des populations et à leur permettre de mieux gérer les risques économiques et sociaux. Ces mesures publiques comprennent l'assistance sociale, l'assurance sociale, les services d'action sociale et la législation protectrice. » En particulier :

- « L'assistance sociale ou l'aide sociale aux personnes et ménages extrêmement pauvres (régimes non contributifs) est l'ensemble des transferts en espèces ou en nature octroyés directement aux ménages ou individus, soit sans contrepartie soit contre des obligations de travail ou des conditionnalités pour l'amélioration des comportements, et des transferts implicites ou indirects sous forme de subventions à la consommation et des mesures de gratuité dans les secteurs sociaux. Ces transferts visent à réduire la pauvreté et la vulnérabilité, à accroître l'accès aux services de base et à assurer un minimum de bien-être économique. »
- « L'assurance sociale est de nature contributive et est souvent liée à l'emploi, à travers le paiement de cotisations par les employés et/ou leurs employeurs, bien qu'elle puisse aussi prendre la forme de systèmes nationaux d'assurance plus large, quelquefois subventionnée par l'État. Elle permet de protéger les personnes contre les risques et les vicissitudes de la vie et contre leurs conséquences sur les conditions de vie, de santé, etc. Parmi ces risques se trouvent la maladie, les accidents de travail et les maladies professionnelles, la vieillesse, le chômage, la maternité, le décès du soutien de famille et les charges de famille.

L'assurance sociale prend généralement la forme de mécanismes de partage des risques, avec des dérogations potentielles de paiement pour les pauvres. Ces régimes contributifs comprennent les mutuelles de santé, les caisses de sécurité sociale et les assurances privées, ainsi que les systèmes d'assurance maladie universelle. Dans le cas du Bénin, les structures intervenant dans ce domaine incluent

le Fonds National de Retraite du Bénin (FNRB) et la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS), ainsi que le Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) et les mutuelles de santé. »

- Les services d'actions sociales ou services sociaux d'appui aux groupes vulnérables constituent la branche « non monétaire » de la protection sociale et englobe une large gamme de programmes de **prévention** et de réponse à des problèmes spécifiques. C'est le cas par exemple du Fonds Social des Indigents qui permet aux pauvres d'être exonérés du paiement des soins reçus.

2.3 Principaux documents politiques et stratégiques

2.3.1 La Politique holistique de protection sociale (PHSP) au Bénin

La Politique Holistique de Protection sociale (PHPS) a été élaborée en 2013 sous l'impulsion de l'UNICEF. Elle a bénéficié « des consultations de tous acteurs, notamment l'administration centrale et décentralisée, les communes, les PTF, la société civile, les syndicats et le secteur privé » (p. 10). Elle partait du constat que d'un côté, les mécanismes traditionnels de protection sociale n'étaient pas parvenus à assurer une protection adéquate de la population et de l'autre, le mécanisme moderne de protection développé par l'État était très limité. En effet, seulement 6,4% de la population économiquement active avaient adhéré aux deux régimes de sécurité sociale (FNRB et CNSS) et dans l'ensemble, seulement 8,4% de la population était couverts à l'époque par l'assurance maladie : 5,6% par le FNRB, 1,9% par les mutuelles de santé et 0,9% par l'assurance privée.

La PHPS a été élaborée en vue d'apporter une réponse idoine à ces défis. Elle est « globalement orientée vers la réduction de la vulnérabilité des populations face aux risques économiques et sociaux. De façon spécifique, la PHPS permettra d'intensifier les mesures en faveur des groupes les plus vulnérables, de renforcer le système d'assurance sociale et d'améliorer le cadre législatif et réglementaire de la protection sociale au Bénin ». Les priorités ou orientations stratégiques de cette politique comprennent (i) la promotion des transferts sociaux ; (ii) le renforcement des services d'actions sociales ; (iii) la consolidation du cadre législatif et réglementaire ; (iv) le renforcement des régimes contributifs ; et (v) l'extension de l'assurance sociale. De façon opérationnelle, pour assurer la couverture de la population la plus vulnérable, un **socle national de protection sociale** a été élaboré. Il constitue « un ensemble de garanties élémentaires de sécurité sociale définis à l'échelle nationale qui assurent une protection visant à prévenir ou à réduire la pauvreté, la vulnérabilité et l'exclusion sociale ». Il s'agit d'un paquet minimal de dispositifs pour assurer la protection et la promotion des ménages et des plus vulnérables afin de répondre aux besoins prioritaires identifiés dans le profil des risques et de la vulnérabilité. Le socle de protection sociale repose sur les quatre garanties essentielles dans les domaines des services de soins de santé essentiels (pour tous les résidents) ; de prestations familiales visant à faciliter l'accès de tous les enfants à la nutrition, à l'éducation et aux soins de santé ; d'un revenu minimum pour tous les travailleurs ; et d'une sécurité de revenus pour tous les résidents de troisième âge et handicapés (pensions minimum de vieillesse et d'invalidité) (pp. 53-54).

La mise en œuvre de la PHPS est pilotée par le Ministère du Plan et du Développement (MPD), qui organise trimestriellement des sessions du Comité « Socle de Protection Sociale » constitué des représentants des ministères sectoriels et de la société civile. Son président est le Directeur Général des Politiques de Développement et sa vice-présidente, la Directrice des Affaires Sociales. Le Programme d'Action du Gouvernement (PAG) (voir ci-dessous) prévoit parmi ses

actions phares « la mise en œuvre de la politique holistique de protection sociale 2014-2024 » (p. 17). Toutefois, plusieurs des interventions prévues dans la PHPS semblent n'avoir jamais été mises en œuvre (c'est le cas notamment de la création de la Mutuelle des agents de santé de l'État) et en pratique, c'est l'ARCH qui est devenu le projet phare du gouvernement en matière de protection sociale depuis 2016.

2.3.2 Le Programme d'Action du Gouvernement (PAG)

La section VI du PAG est consacrée au « renforcement des services sociaux de base ». Le diagnostic posé à ce niveau mentionne notamment « le déficit de certains régimes d'assurance sociale (FNRB, mutuelles) » et « la faible implication des mutuelles de santé et assurance privée en matière de protection sociale ». Afin de remédier aux problèmes identifiés, le PAG ambitionne de renforcer les services sociaux de base, notamment à travers :

6.1 Le renforcement et l'extension de la protection sociale et de la solidarité

La protection sociale et la solidarité passent ici par de multiples actions phares dont « la mise en œuvre de la politique holistique de protection sociale 2014-2024 » et « la promotion des mécanismes durables de protection sociale ».

6.2 Le renforcement des infrastructures et l'amélioration des services sanitaires

Les infrastructures et les services sanitaires comprennent plusieurs mesures particulières, dont « la mise en place de manière effective d'un dispositif d'assurance maladie permettant l'accès du plus grand nombre aux soins de santé » et « le maintien de la gratuité des soins de santé (césarienne pour les femmes enceintes et paludisme pour les enfants de 0 à 5 ans) ».

2.3.3 L'Assurance pour le renforcement du capital humain (ARCH)

Selon sa fiche de projet (République du Bénin, 2017), l'ARCH « s'inscrit dans la volonté du Gouvernement d'offrir un paquet minimum de services sociaux de base aux plus démunis. Il se fonde sur l'hypothèse que l'offre intégrée de services d'assurance maladie, de formation, de crédit et de retraite complétés par les filets de sécurité sociale à la population béninoise, notamment les plus démunis, est l'un des moyens efficaces pour opérationnaliser le document de politique holistique de la protection sociale. » Il comporte donc **quatre domaines d'intervention – assurance maladie, formation, crédit et assurance retraite – auxquels s'ajoutent les projets spécifiques de filets sociaux**.¹ Son objectif général est d'« accroître la capacité et l'accès aux services sociaux de base ainsi qu'aux opportunités économiques de façon durable et équitable aux béninois, notamment les plus démunis » (p. 3). Ses objectifs spécifiques sont les suivants :

- Améliorer l'accès aux services de santé pour toute la population ;
- Fournir aux acteurs démunis du secteur informel (agriculteurs, commerçants, transporteurs, artisans et artistes) des formations opérationnelles ;
- Faciliter ou améliorer l'accès aux crédits aux acteurs démunis du secteur informel (agriculteurs, commerçants, transporteurs, artisans et artistes) ;
- Assurer une pension de retraite aux agriculteurs, commerçants, transporteurs, artisans et artistes du secteur informel.

¹ Il s'agit de mesures de protection sociale non contributive ou de « programmes qui transfèrent directement des ressources aux ménages de manière « prévisible », à savoir les transferts sociaux réguliers (monétaires, quasi monétaires et en nature), incluant les transferts effectués en contrepartie d'une obligation de participation dans des travaux publics à haute intensité de main d'œuvre » (p. 13). Toutefois, les expériences sont pratiquement inexistantes et actuellement « au Bénin, un seul programme de ce type est mis en œuvre. Il s'agit de l'expérience pilote des filets sociaux financés par la Banque Mondiale à travers le Projet des Services Décentralisées Conduits par les Communautés (PSDCC) orienté sur la sécurité alimentaire » (pp. 15-16).

L'ARCH est essentiellement destiné aux couches les plus démunies sans activité ou œuvrant dans les secteurs de l'agriculture, du commerce, du transport, de l'artisanat, de l'art et de la culture. Les bénéficiaires de l'ARCH seront toute la population non couverte actuellement par un dispositif d'assurance maladie, en particulier les pauvres extrêmes (1.895.810 bénéficiaires) et les pauvres non extrêmes (2.468.254 bénéficiaires). Les quatre services de protection sociale (Assurance Maladie, formation, Micro-crédit et Assurance retraite) seront offerts à guichet unique. L'assurance maladie en est le volet principal. Il est prévu que l'État assure la prise en charge totale de l'assurance maladie (paquet de soins de base) des pauvres extrêmes et la prise en charge partielle (40%) des pauvres non extrêmes de nationalité béninoise. L'assurance maladie sera rendue obligatoire par la loi pour toute personne résidant au Bénin.

La phase préparatoire à la mise en œuvre a consisté principalement à réaliser les études permettant d'affiner le design du mécanisme assurantiel. En particulier :

- Le panier de soins de base et la liste des médicaments pris en charge par l'assurance maladie de l'ARCH ont été validés en Conseil des Ministres (voir les deux arrêtés interministériels concernés, point 3.2.5). Il comporte 10 groupes de pathologies et prestations de soins santé. La liste des médicaments ainsi que leur codification sont également finalisées, de même que d'autres référentiels (codification des actes, codification des professionnels de santé, protocoles de soins, etc.) et les outils de gestion (feuilles de soins, parcours du patient, conventionnement des prestataires de soins ainsi que leur mode de paiement, logiciel de gestion).
- L'identification communautaire est finalisée.² La liste des pauvres extrêmes et pauvres non extrêmes présélectionnés à l'issue de cette phase comportait 467.621 ménages pauvres dont 224.213 ménages pauvres extrêmes (Présidence de la République 2019). À noter que l'enquête PMT (*proxy mean testing*) d'identification des pauvres extrêmes a pris du retard et n'a démarré qu'au cours de notre première mission de terrain (29 octobre) ; ce retard a eu des répercussions sur le début de la phase pilote. Les cartes d'indigents ont donc été distribuées dans la zone pilote d'Abomey-Calavi-Sô Ava avant l'enquête. Selon les dernières estimations, suite à l'enquête, on devrait avoir environ 123.595 pauvres extrêmes bénéficiaires de l'assurance maladie de l'ARCH dans les 3 zones sanitaires de la phase pilote (Unité de Gestion du Projet ARCH 2019).

La phase pilote de mise en œuvre de l'assurance-maladie a été lancée fin juillet 2019 et est désormais menée dans les sept communes faisant partie des trois zones sanitaires suivantes : Abomey-Calavi-Sô Ava au Sud, Dassa-Glazoué au Centre, et Djougou-Ouaké-Copargo au Nord du pays. Le démarrage de la prise en charge des bénéficiaires a été lancé en décembre 2019. Le rapport d'activités de l'UGP-ARCH au second semestre 2019 fait le point sur les activités réalisées ainsi que les premiers résultats obtenus. En particulier, 1194 pauvres extrêmes ont été reçus en consultation dans la zone sanitaire d'Abomey-Calavi/Sô-Ava sur la période du 29 juillet au 15 décembre (Unité de Gestion du Projet ARCH 2019). A la date du 10 février 2020, c'étaient au moins 2500 personnes qui s'étaient fait prendre en charge dans les centres de santé avec une ardoise financière de plus de 4 millions de FCFA (quelque

² Un Guide unique de mise en œuvre et de gestion du processus de ciblage des ménages plus pauvres a été élaboré et validé en 2013, avec l'appui de la Banque Mondiale. Il recommande une méthodologie mixte comprenant une pré-identification des plus pauvres par les communautés et un affinement à travers une enquête PMT. Les listes de ménages éligibles sont ensuite restituées à la communauté pour être validées (République du Bénin, 2014). Dans les faits, l'enquête PMT a été couplée au Recensement Administratif à Vocation d'Identification de la Population (RAVIP).

6.100 EUR) qui étaient déjà réglés aux centres de santé, selon le coordonnateur de l'UGP-ARCH (<https://levenementprecis.com/2020/02/16/protection-sociale-des-beninois-venant-quenum-fait-le-point-de-la-mise-en-oeuvre-du-projet-arch/>).

À terme, il est prévu que la gestion du volet assurance maladie de l'ARCH soit confiée à un assureur privé. À cet effet, une deuxième mission de Société Financière Internationale (Banque mondiale) a séjourné au Bénin du 9 au 13 décembre 2019 (Unité de Gestion du Projet ARCH 2019).

Concernant les autres volets de l'ARCH, la mise en place de la phase pilote du volet crédit a été confiée au Fonds National de la Microfinance (FNM). Le projet de stratégie opérationnelle de mise en œuvre de l'ARCH-Formation est élaboré et disponible, et les textes réglementaires de la restructuration du secteur de l'artisanat sont pris. Enfin, différents scénarii d'options stratégiques de déploiement du volet retraite ont été examinés avec les experts de la Banque mondiale. Un business model est en cours de développement au regard des hypothèses retenues (Unité de Gestion du Projet ARCH 2019).

2.3.4 Le Plan stratégique de développement du secteur agricole (PSDSA)

En vue d'augmenter la résilience face aux changements climatiques et à leur atténuation, le PSDSA prévoit « la mise en place de filets sociaux et des mécanismes de financement adaptés aux groupes vulnérables », mais ceux-ci ne sont pas détaillés dans le document à notre disposition (MAEP 2016). Toutefois, la revue du PAG dans le secteur agricole ne fait nullement mention des aspects liés aux conditions des travailleurs ni à leur protection sociale (MAEP 2016).

2.3.5 Le Programme de Croissance pour le Développement durable (PC2D) 2018-2021

Le Programme de Croissance pour le Développement Durable (PC2D) constitue le premier volet d'opérationnalisation du Plan National de Développement (PND) 2018-2025. Il trouve également son fondement dans le PAG. Parmi les défis relevés, on retrouve notamment celui de « Réduire les inégalités dans l'accès aux services sociaux de base ». Le PND a défini quatre objectifs stratégiques, à savoir : (i) développer un capital humain sain, compétent et compétitif ; (ii) accroître durablement la productivité et la compétitivité de l'économie béninoise ; (iii) garantir la gestion durable du cadre de vie, de l'environnement et l'émergence des pôles régionaux de développement ; (iv) consolider l'État de droit et la bonne gouvernance. La mise en œuvre du PC2D est prévue à travers sept axes opérationnels, dont le sixième vise au « Renforcement des services sociaux de base et protection sociale ». Au regard de cet axe, le Gouvernement envisage de mettre en œuvre des actions à travers :

9.1 Amélioration de la performance du système sanitaire

9.2 Renforcement de la protection sociale

9.2.1 Renforcement du pilotage et du financement de la protection sociale

9.2.2 Amélioration du niveau de vie des ménages les plus pauvres

9.2.3 Amélioration de l'accès aux services sociaux de base des plus vulnérables

9.2.4 Promotion des valeurs familiales et protection de l'enfant

9.2.5 Renforcement des services d'actions sociales auprès des groupes vulnérables

9.2.6 Renforcement de l'assurance sociale

9.2.7 Renforcement du cadre législatif et réglementaire de la protection sociale

Les actions relatives au point 9.2.6 du PC2D vont se focaliser sur : (i) la mise en place de l'ARCH et (ii) la réforme et le renforcement de la gouvernance des régimes contributifs existants (mutuelles, FNRB, CNSS).

S'agissant du renforcement de la protection sociale, le Rapport d'Avancement 2018 du PC2D note que « la mesure phare entamée concerne les actions en cours pour l'opérationnalisation de l'ARCH ... Dans ce cadre, les documents de projet ont été élaborés puis adoptés en Conseil des Ministres. Les études d'opérationnalisation et d'affinement sont achevées et une actualisation du modèle ARCH est en cours. La mise en place du cadre légal et réglementaire ainsi que son système d'information sont lancés. Un dialogue inclusif avec les parties prenantes sur les contours de l'ARCH demeure permanent. Par ailleurs, des études complémentaires sont en cours de finalisation » (pp. 47-48). Toutefois, le document ne donne pas plus d'informations sur le contenu du cadre légal et réglementaire, ni sur les modalités et les participants au dialogue. En outre, il précise que :

« Les indicateurs retenus pour apprécier les progrès en matière de protection sociale n'ont pas pu être renseignés. Pour deux d'entre eux à savoir : (i) proportion des ménages pauvres identifiés et pris en charge par les filets sociaux et (ii) proportion de la population bénéficiant des prestations de l'ARCH, les projets/actions pour lesquels ils sont retenus n'ont pas encore véritablement démarré. En effet, le projet de filets sociaux, mis en œuvre à travers le PSDCC [projet de la Banque mondiale] est arrivé à terme depuis 2017. Le nouveau projet qui vise à impacter 18.000 ménages pauvres commencera en 2019. De même la phase pilote de ARCH (assurance maladie) va démarrer au 2ème semestre de 2019. Quant aux trois (03) autres indicateurs que sont : (i) proportion de la population bénéficiant de socle ou système de protection sociale, (ii) proportion de structures de protection sociale agréées et (iii) proportion de structures de protection sociale respectant les normes de prise en charge), une enquête sera lancée et permettra d'actualiser les données » (p. 48).

2.3.6 La Politique Nationale de Santé (PNS) 2018-2030

Eu égard à tous les changements intervenus aux plans national et international depuis 2009, notamment avec l'avènement des Objectifs de Développement Durable (ODD) et la production du rapport de la Commission Technique des Réformes du Secteur de la Santé (CTRSS), le gouvernement béninois a jugé impérieux d'actualiser la Politique Nationale de la Santé afin de l'adapter aux nouvelles exigences du secteur. La PNS 2018-2030 repose sur une analyse de la situation qui a fait ressortir les faibles performances du système de santé et a identifié une série de problèmes prioritaires. Elle s'inscrit dans la vision suivante : « Le Bénin dispose en 2030 d'un système de santé régulé, performant et résilient basé sur la disponibilité permanente de soins promotionnels, préventifs, curatifs, ré-adaptatifs et palliatifs de qualité, équitables et accessibles selon le cycle de vie, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire avec la participation active de la population ». Le but de la PNS 2018-2030 est de garantir à tous une bonne santé pour la promotion du bien-être selon le cycle de vie. Pour atteindre ce but, la PNS s'est fixé les objectifs ci-après :

- L'objectif général de la PNS 2018-2030 est d'« assurer à chacun et à tous un bon état de santé selon le cycle de vie d'ici 2030 avec leur participation ».
- Les objectifs spécifiques sont :
 - d'améliorer le leadership, la gouvernance et la gestion des ressources dans le secteur de la santé ;
 - d'assurer une bonne prestation de service de santé et une meilleure qualité de soins pour l'atteinte des Objectifs de Développement Durable ;
 - de renforcer le partenariat pour la santé entre les parties prenantes.

Pour atteindre les objectifs spécifiques, six orientations stratégiques ont été retenues, qui sont alignées aux six piliers du système de la santé de l'Organisation Mondiale de la Santé avec la prise en compte de la recherche en santé et la couverture universelle en santé (voir ci-dessous).

La mise en œuvre de la politique doit se faire par l'élaboration du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) accompagné d'un plan de suivi-évaluation. L'élaboration d'un Plan de Décentralisation et de Déconcentration permettra de rendre effectif le transfert des compétences et ressources aux niveaux intermédiaire et périphérique. En tenant compte des responsabilités institutionnelles et de la réforme budgétaire en cours dans l'espace de l'Union économique et monétaire ouest-africaine (UEMOA), le PNDS sera opérationnalisé à travers les Documents de Programmation Pluriannuelle des Dépenses (DPPD), les Projets Annuels de Performance (PAP) et les Plans Triennaux de Développement (PTD) des Directions Départementales de la Santé et des Zones sanitaires. Ces PTD doivent être traduits en Plans de Travail Annuel (PTA). Un cadre commun de planification sera mis en place pour une meilleure coordination des interventions des différentes parties prenantes.

La PNS précise que « L'intégration progressive des mesures de gratuité à l'ARCH, le développement du partenariat public privé (assurance privées, ...) et l'opérationnalisation de la couverture universelle en santé sur l'ensemble du territoire permettront de renforcer la mutualisation des ressources et le mécanisme d'achat des services pour une meilleure prise en charge des populations surtout celles vulnérables » (p. 18).

2.3.7 Le Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2018-2022

Le PNDS 2018-2022 prend en compte les conclusions et recommandations des rapports de l'évaluation à mi-parcours du PNDS 2009-2018, de la Commission Technique des Réformes du secteur de la Santé (CTRS), des Objectifs de Développement Durable, du PAG et du PC2D. Il contribue à la vision du secteur définie dans la PNS et est structuré autour des six orientations stratégiques (OS) suivantes :

- OS1 : Développement du leadership et de la gouvernance dans le secteur de la santé ;
- OS2 : Prestations de services et amélioration de la qualité des soins ;
- OS3 : Valorisation des ressources humaines en santé ;
- OS4 : Développement des infrastructures, des équipements, de la maintenance et des produits de santé ;
- OS5 : Amélioration du système d'information sanitaire et promotion de la recherche en santé ;
- OS6 : Amélioration du mécanisme de financement pour une meilleure couverture universelle en santé.

L'objectif 6.2 de l'OS6 entend « 6.2 Renforcer la mutualisation des ressources et le mécanisme d'achat des services », à travers deux axes d'intervention :

- 6.2.1. Renforcement de la mutualisation, notamment à travers l'action prioritaire « assurer une sécurisation du financement équitable et pérenne en appui à l'ARCH » ;

- 6.2.2. Renforcement du dispositif d'achats des services, notamment à travers l'action prioritaire « Organiser progressivement l'intégration des mesures de gratuité à l'ARCH ».

Un indicateur d'effet (48. Proportion de personnes vulnérables prises en charge) et un indicateur d'extrait (49. Taux de couverture en assurance maladie) y sont associés dans le cadre de performance du plan.

3 WP 3 : ANALYSE DU CADRE LÉGAL ET INSTITUTIONNEL ENCADRANT L'EXPANSION DE LA PROTECTION SOCIALE AUX POPULATIONS RURALES ET DU SECTEUR INFORMEL AU BÉNIN

3.1 Méthodologie adoptée pour ce WP

Les données ont été collectées à travers une revue ciblée de la littérature grise et scientifique, complétée par des entretiens avec des informateurs clés au Bénin au cours de deux missions préalablement réalisées par l'équipe dans le cadre d'un autre projet (ARC Effi-Santé en mars 2018 et avril 2019), lors de la mission ULB/PSR d'octobre-novembre 2019 (voir le rapport de mission pour la liste des personnes interviewées) et par après par l'expert national (E. Sambiéni), ainsi que lors de la seconde mission au Bénin de l'équipe (21-28 janvier 2020) et particulièrement lors de l'atelier de restitution des résultats préliminaires de l'étude qui a eu lieu en présence de la plupart des parties prenantes intéressées à l'Infosec de Cotonou, le 27 janvier 2020. L'analyse a été menée sur la base de l'ensemble de ces données.

3.2 Principaux textes législatifs

Toute une série d'accords internationaux et de textes nationaux sous-tendent le droit à la protection sociale et à la santé au Bénin.

3.2.1 Les traités internationaux et les normes internationales

Les traités internationaux ont une autorité supérieure à celle des lois internes. L'on parle, à ce propos, de **primauté du droit international**.³ En conséquence, si une norme de droit interne est incompatible avec une norme de droit international, il convient d'appliquer la seconde au détriment de la première, de manière à donner son plein effet à la règle internationale.

L'effectivité de cette primauté est néanmoins fonction :

- d'une part, de la nature contraignante et du contenu en termes d'obligations de l'instrument international en question (s'agit-il d'un véritable traité générateur d'obligations contraignantes pour les États contractants ? constitue-t-il plutôt un instrument de soft law tenant lieu, au plus, de recommandation pour les États concernés ?) ;
- d'autre part, des mécanismes de contrôle, juridictionnel le cas échéant, qui existent dans les États contractants (Cour constitutionnelle, par exemple) ou au niveau international (Cour internationale de justice, par exemple) et qui permettent de donner son plein effet à la norme internationale, en écartant ou annulant s'il le faut la norme ou la pratique interne contraire au droit international ou en sanctionnant l'État défaillant dans la mise en œuvre de ce dernier).

Les effets de la primauté du droit international doivent toujours s'évaluer sur la base d'une analyse de ces deux questions préalables.

Le Bénin a ratifié la plupart des instruments de droit international relatifs à la protection sociale, notamment la Convention de 1989 relative aux droits de l'enfant, la Convention de 1979 pour l'élimination de toute forme de discrimination à l'égard des femmes, la Convention de 2006 relative aux droits des personnes handicapées et

³ Art. 146 de la Constitution béninoise : « Les traités ou accords régulièrement ratifiés ont, dès leur publication, une autorité supérieure à celle des lois, sous réserve, pour chaque accord ou traité, de son application par l'autre partie ».

le Pacte international de 1966 relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant et les conventions de l'Organisation Internationale du Travail (OIT). L'article 22 de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme (DUDH) et l'article 9 du Pacte International sur les Droits Économiques, Sociaux et Culturels (PESC) stipulent que **tout être humain a droit à la sécurité sociale**. L'article 12 du PESC consacre le **droit à la santé** et indique que les États parties au Pacte doivent prendre, en vue d'assurer le plein exercice de ce droit, des mesures comprenant, entre autres, la création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie. 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 sein du continent africain, il faut également mentionner l'article 18 de la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples (CADHP) qui traite de la protection de la famille, des personnes âgées et handicapées. En soulignant la nécessité d'une protection des personnes vulnérables (art. 18 évoqué ci-avant), la CADHP participe de l'extension du droit à la sécurité sociale à toutes les couches de la population. Il résulte aussi de l'article 16 de la CADHP que tout membre de la société bénéficie du droit aux prestations de santé et d'assistance médicale en cas de maladie, cette dernière constituant une préoccupation majeure de toute politique de sécurité sociale.⁴

Il convient encore de souligner que la République du Bénin participe aux **efforts d'harmonisation des législations sociales, notamment dans le domaine de la sécurité sociale, au plan régional**. Ces efforts se traduisent par la conclusion de traités bilatéraux ou multilatéraux. Ainsi a-t-on vu émerger, çà et là, des conventions bilatérales de nature à aborder les questions spécifiquement liées aux régimes

⁴ Il convient de signaler l'existence d'un projet de Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des citoyens à la protection sociale et à la sécurité sociale. Ce projet de Protocole fixe des principes directeurs relatifs à la protection sociale et aux obligations des États de garantir le droit à la protection sociale et à la sécurité sociale (assurer la bonne gouvernance, protéger les droits des individus à la dignité humaine et à l'égalité de traitement, promouvoir la cohérence entre les institutions chargées de la fourniture de la protection sociale, fournir des prestations de protection sociale et élaborer des politiques, des lois et des programmes qui améliorent le niveau de vie des individus). Chaque État s'engagerait ainsi à mettre en place un système de protection sociale intégré et complet qui, notamment, assure une couverture significative, entre autres en ce qui concerne les régimes d'assurance sociale, les mesures d'assistance sociale et les services sociaux. Les notions de « droit à la protection sociale » et d'« assurance sociale » ainsi que leurs implications, notamment en termes d'intégration des secteurs public et privé, font l'objet de développements substantiels dans diverses dispositions de ce Projet de Protocole (art. 3 et 4 principalement). Une disposition spécifique – l'article 5 – se consacre spécifiquement aux économies informelles et rurales, non sans insister sur la nécessaire participation des représentants de l'économie informelle à la conception, à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques et de programmes de protection sociale. Les soins de santé et les prestations de maladie sont envisagés à l'article 14 du Projet (entre autres, veiller à mettre en place des mesures législatives et autres pour atteindre la couverture et le financement universels de la santé et faire en sorte que chaque personne soit couverte par les régimes d'assurance maladie). À l'article 23 du projet, qui se rapporte à la gouvernance et l'administration des systèmes nationaux de protection sociale, l'on insiste sur la nécessité d'un cadre constitutionnel et législatif clair et d'institution fortes, ainsi que sur le caractère inclusif de la gouvernance des institutions de protection sociale. Enfin, les principes directeurs du financement de la protection sociale sont envisagés à l'article 24 du projet. A ce jour néanmoins, il ne nous apparaît pas que ce projet de Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des citoyens à la protection sociale et à la sécurité sociale ait été adopté au niveau de l'Union africaine (ni a fortiori ratifié par les États parties à la Charte). Le texte du cinquième « Projet » de Protocole est consultable à l'adresse suivante : https://au.int/sites/default/files/newsevents/workingdocuments/36350-wd-fr-protocol_on_social_protection_and_social_security.pdf.

discriminatoires vis-à-vis des étrangers ou aux situations excédant le territoire des États. Ces conventions déterminent les régimes inclus, l'importance des principes généraux applicables ainsi que les modalités pratiques (accords de paiement entre le Bénin et les organismes de sécurité sociale du Burkina-Faso, du Niger, du Sénégal, de la Côte d'Ivoire et du Togo ; convention générale de sécurité sociale entre la France et le Bénin).

On se propose ci-après de développer plus amplement **deux catégories d'instruments jouant un rôle majeur dans le processus de mise en place d'un nouveau régime de protection sociale en matière de santé** : la Convention n°102 de l'Organisation Internationale du Travail (OIT) sur la sécurité sociale (norme minimum), ainsi que les Recommandations n°202 (« socles de protection sociale ») et 204 (« transition de l'économie informelle vers l'économie formelle ») de l'OIT, d'une part ; le Règlement (n°07/2209/CM/UEMOA) portant réglementation de la mutualité sociale au sein de l'UEMOA, d'autre part.

3.2.1.1 La Convention n°102 de l'OIT sur la sécurité sociale (norme minimum) et les Recommandations n°202 et 204 de l'OIT

Les normes internationales du travail adoptées dans le cadre de l'OIT sont des instruments juridiques élaborés par les mandants de l'OIT (gouvernements, employeurs et travailleurs) qui définissent les principes et les droits minimaux des travailleurs, en ce compris les droits à la protection sociale. Les **conventions (ou protocoles)** sont des traités internationaux **juridiquement contraignants** (« *hard law* ») qui doivent être ratifiés par les États membres pour pouvoir déployer leurs effets dans les ordres juridiques internes.⁵ Les normes contenues dans ces conventions sont donc obligatoires pour les États ; elles ne sont néanmoins de nature à engendrer des droits subjectifs au profit des individus que si les dispositions en question revêtent un effet direct. Les normes contenues dans les **recommandations**, par contre, n'ont **pas de caractère contraignant** pour les États membres de l'OIT (« *soft law* ») et servent de principes directeurs. Le plus souvent, une convention énonce les principes fondamentaux qui doivent être appliqués par les États qui l'ont ratifiée, tandis que les recommandations correspondantes complètent la convention en proposant des principes directeurs plus précis sur la façon dont cette convention pourrait être appliquées.

Conformément aux objectifs sous-jacents de la PHPS, dont celui du renforcement du cadre législatif et réglementaire en matière de protection sociale, **le Gouvernement béninois a entrepris des démarches permettant de matérialiser le droit international dans le droit interne du Bénin.**

Par le biais de la loi n°2019-08 du 15 février 2019, **le législateur béninois a autorisé la ratification par le Président de la République de la Convention n°102 de l'OIT sur la sécurité sociale (norme minimum)**. La ratification s'est concrètement matérialisée par la voie du décret n°2019-054 du 15 février 2019 portant ratification de la Convention n°102 de l'Organisation Internationale du Travail (OIT) sur la sécurité sociale (norme minimum), adoptée à Genève, le 28 juin 1952 (ci-après : la

⁵ Conformément à l'article 19(6) de la Constitution de l'OIT, les normes contenues dans les conventions de l'OIT doivent être soumises dans un délai de douze mois à l'autorité nationale compétente pour approbation et ratification. Si un pays décide de ratifier une convention, celle-ci entrera généralement en vigueur pour ce pays un an après la date de ratification. Les pays ayant ratifié une convention s'engagent à l'appliquer en droit et en pratique et à faire rapport sur son application à intervalles réguliers. Une assistance technique est fournie par le BIT en cas de nécessité. En outre, des procédures de réclamation et de plainte peuvent être engagées contre un État qui n'aurait pas respecté les dispositions d'une convention qu'il a ratifiée.

⁶ Dans le droit de l'OIT, il existe aussi des recommandations autonomes, c'est-à-dire qui ne sont liées à aucune convention.

« Convention »). L'instrument de ratification a été déposé le 14 juin 2019 et l'entrée en vigueur de la Convention pour le Bénin est prévue pour le 14 juin 2020. Cette convention internationale de l'OIT, qui **engage le Bénin dans l'ordre juridique international, oblige celui-ci à intégrer un certain nombre de normes minimales en matière de sécurité sociale**. Bien que la Convention, en son article 2, permette à un État membre de sélectionner, moyennant les contraintes imposées par cette disposition, les parties de la Convention qu'il souhaite appliquer, le Bénin ne paraît pas avoir adopté d'attitude restrictive de ce point de vue dans l'acte de ratification précité.

Selon l'article 7 de la Convention, **tout État adhérent s'engage à garantir l'attribution de prestations aux personnes protégées lorsque leur état nécessite des soins médicaux de caractère préventif ou curatif, conformément aux normes minimales** (par exemple, en termes de pourcentages de population concernées et couvertes) (partie II). Les populations du secteur informel ne sont pas visées spécifiquement dans ces normes à pourcentage minimal, ce qui suscite des **questions d'interprétation quant à l'appréciation du respect ou non par un État de son engagement international** (interprétation des notions de « personne salariée », de « population active »). Quoi qu'il en soit, l'obligation internationale assumée par le Bénin demeure flexible, compte tenu de cet espace d'interprétation et du libellé des normes minimales et surtout de la grande marge d'appréciation nationale qui caractérise la définition de la notion de « personne protégée » aux fins de la mise en conformité avec la Convention ainsi ratifiée (« les personnes protégées doivent comprendre : a) soit (...) ; b) soit (...) ; c) soit (...) »).

L'on retrouve des normes minimales de ce type à propos de l'attribution d'indemnités de maladie aux personnes protégées (partie III), de prestations de chômage (partie IV), de prestations de vieillesse (partie V), des prestations en cas d'accident du travail et de maladies professionnelles (partie VI), des prestations aux familles (partie VII), des prestations de maternité (partie VIII), des prestations d'invalidité (partie IX) et des prestations de survivants (partie X).

Pour les soins de santé, il est précisé que le bénéficiaire ou son soutien de famille peut être tenu de participer aux frais des soins médicaux reçus, tout en garantissant que cette participation n'entraîne pas une charge trop lourde (art. 10.2). En outre, selon l'article 71, il est prévu que le coût des prestations attribuées doit être financé collectivement par voie de cotisations ou d'impôts, ou par les deux voies conjointement, selon des « modalités qui évitent que les personnes de faibles ressources n'aient à supporter une trop lourde charge et qui tiennent compte de la situation économique du Membre et de celle des catégories de personnes protégées ». L'État membre doit aussi assurer une responsabilité générale en ce qui concerne le service des prestations attribuées et prendre toutes les mesures nécessaires en vue d'atteindre ce but, notamment en assurant que les études et calculs actuariels nécessaires concernant l'équilibre financier soient établis périodiquement et préalablement à toute modification des prestations, ainsi que du taux des cotisations d'assurance ou des impôts.

Des obligations de rapportage sont imposées à chaque État membre auprès de l'OIT, de manière à assurer le suivi de la mise en œuvre de la Convention. C'est par ce biais que l'engagement de la responsabilité internationale du Bénin pourra s'évaluer. Toutefois, dans l'ordre juridique interne béninois, **les obligations découlant de la Convention ne sont pas, pour la plupart, d'effet direct. Les dispositions de la Convention nécessitent, en effet, des mesures d'exécution nationale**. Elles ne revêtent pas un caractère suffisamment précis et inconditionnel, propre à permettre l'engagement de la responsabilité d'un Gouvernement (comme le Gouvernement béninois) dans l'ordre juridique interne, devant les juridictions du pays.

Il convient de noter que **la Convention de l'OIT ne contient pas de dispositions permettant de fonder une obligation de remplir les normes minimales d'une manière déterminée du point de vue institutionnel** (par exemple, par le biais de l'intervention des mutuelles sociales). Au demeurant, elle n'exclut pas non plus qu'un État s'appuie sur les mutuelles sociales, sur les organismes relevant de l'économie sociale, voire sur le secteur privé lucratif, pour mettre en œuvre les normes minimales en question. En réalité, c'est principalement un « résultat » donné de protection sociale qui lie le Bénin dans l'ordre juridique international, et non la manière concrète de l'atteindre.

La ratification de cette convention n°102 (dite de « seconde génération » OIT) par le Bénin indique la volonté des autorités de faire correspondre son modèle futur de sécurité sociale avec les normes internationalement admises en la matière, ceci ouvrant la voie à la ratification future d'instruments juridiques de l'OIT plus ambitieux en la matière, ceux dits de la troisième génération (notamment, la convention n°121 sur les prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles, la convention n°128 concernant les prestations d'invalidité, de vieillesse, et de survivants, la convention n°130 concernant les soins médicaux et les indemnités de maladie, ou encore, la convention n°183 sur la protection de la maternité). Autrement dit, **en intégrant dans son ordre juridique ce type de conventions multilatérales, le Bénin accepte de se connecter à un système international susceptible de s'étendre au gré des ratifications.**⁷

Dans le cadre institutionnel de l'OIT, il convient encore de mentionner la Recommandation n°202 sur les socles de protection sociale qui date de 2012. Elle a été adoptée dans le prolongement de la résolution et des conclusions concernant la discussion récurrente sur la protection sociale, adoptées par la Conférence internationale du Travail lors de sa centième session en 2011 ; cette résolution et ces conclusions reconnaissent le besoin d'une recommandation venant compléter les normes existantes de l'OIT relatives à la sécurité sociale et fournissant des orientations aux États membres aux fins de l'établissement de socles de protection sociale adaptés à la situation et au niveau de développement de chaque pays, dans le cadre de systèmes complets de sécurité sociale. Les **socles de protection sociale** constituent des « ensembles de garanties élémentaires de sécurité sociale définis à l'échelle nationale qui assurent une protection visant à prévenir ou à réduire la pauvreté, la vulnérabilité et l'exclusion sociale » (art. 1.2.). Dès lors qu'une recommandation OIT ne revêt pas de caractère contraignant pour les États membres, la Recommandation 202 reconnaît expressément la responsabilité générale et principale incombant aux États de donner effet à ce texte. Ainsi énonce-t-on un certain nombre de **principes que les États « devraient » (et non « doivent ») appliquer**, parmi lesquels, entre autres, l'universalité de la protection, un droit aux prestations prescrit par la législation nationale, l'inclusion sociale (y compris des personnes travaillant dans l'économie informelle), la solidarité en matière de financement, une gestion financière et une administration saines, la pérennité financière, budgétaire et économique (compte tenu de la justice sociale et de l'équité), ou encore, la cohérence entre les institutions chargées d'assurer les services de protection sociale. Le dernier de ces principes a trait à une nécessaire « participation tripartite avec les organisations représentatives d'employeurs et de travailleurs ainsi que la consultation d'autres organisations pertinentes et représentatives de personnes concernées », ce qui est révélateur d'une préoccupation d'inclusion sociale. Selon l'article II de la Recommandation n°202, « les Membres devraient, en

⁷ Ainsi peut-on encore évoquer la convention générale de sécurité sociale de la Conférence Inter africaine de la Prévoyance Sociale (CIPRES) et son arrangement administratif, datée du 23 février 2006.

fonction de leur situation nationale, établir aussi vite que possible et maintenir leurs socles de protection sociale qui devraient comporter des garanties élémentaires de sécurité sociale. Ces garanties devraient assurer au minimum à toute personne dans le besoin, tout au long de la vie, l'accès à des soins de santé essentiels et une sécurité élémentaire de revenu qui ensemble garantissent un accès effectif aux biens et services définis comme nécessaires à l'échelle nationale ». Des garanties minimales de sécurité sociale devraient être prévues⁸ et instaurées par la loi.⁹ Les États doivent envisager la combinaison la plus efficace et efficiente de prestations et de régimes, compte tenu du contexte national ; les prestations peuvent être dispensées par des régimes tels que des régimes de prestations universels, d'assurance sociale, d'assistance sociale, d'impôt négatif sur le revenu, de régimes publics d'emploi ou de régimes d'aides à l'emploi. La Recommandation 202 ménage pour le moins le **libre choix d'opportunité des États**. Enfin, les États sont invités à envisager de recourir à un ensemble varié de méthodes pour mobiliser les ressources nécessaires afin d'assurer la viabilité financière, budgétaire et économique des socles nationaux de protection sociale, en tenant compte des capacités contributives des différents groupes de la population. Ces méthodes, appliquées séparément ou conjointement, pourraient notamment consister en la mise en place d'une assiette de prélèvements plus large et suffisamment progressive. Quoiqu'il en soit, il est fait état de ce que les socles nationaux de protection sociale « devraient être financés par des ressources nationales », moyennant le cas échéant une coopération et un appui au niveau international en complément des efforts des États eux-mêmes.

Au surplus, la Recommandation 202 prévoit que les États membres devraient formuler des « stratégies nationales d'extension de la sécurité sociale ». Ces stratégies devraient être basées sur des consultations nationales, et ce par le biais d'un *dialogue social effectif et d'une participation sociale*.

Comme cela a été indiqué ci-avant (section 2), dans le cadre de la PHPS, un socle national de protection sociale a été élaboré. La mise en œuvre de la PHPS est pilotée par le Ministère du Plan et du Développement (MPD), qui organise trimestriellement des sessions du Comité « Socle de Protection Sociale » constitué des représentants des ministères sectoriels et de la société civile. Néanmoins, cette dynamique centrée sur les socles de protection sociale érigés dans le cadre de la PHPS semble aujourd'hui se déplacer au profit de la concrétisation de l'ARCH en tant que projet phare du gouvernement en matière de protection sociale.

⁸ « a) accès à un ensemble de biens et services définis à l'échelle nationale comme étant des soins de santé essentiels, y compris les soins de maternité, qui réponde aux critères de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité et de qualité ; b) sécurité élémentaire de revenu pour les enfants, se situant au moins à un niveau minimal défini à l'échelle nationale, assurant l'accès à l'alimentation, à l'éducation, aux soins et à tous autres biens et services nécessaires ; c) sécurité élémentaire de revenu, se situant au moins à un niveau minimal défini à l'échelle nationale, pour les personnes d'âge actif qui sont dans l'incapacité de gagner un revenu suffisant, en particulier dans les cas de maladie, de chômage, de maternité et d'invalidité ; d) sécurité élémentaire de revenu pour les personnes âgées, se situant au moins à un niveau minimal défini à l'échelle nationale » (art. II.5).

⁹ « Lorsqu'ils définissent les garanties élémentaires de sécurité sociale, les Membres devraient dûment tenir compte de ce qui suit : a) les personnes ayant besoin de soins de santé ne devraient pas être confrontées à une charge trop lourde ni à un risque accru de pauvreté résultant des conséquences financières de l'accès aux soins de santé essentiels. La gratuité des soins médicaux prénatals et postnatals devrait également être envisagée pour les personnes les plus vulnérables ; b) la sécurité élémentaire de revenu devrait permettre de vivre dignement. Les niveaux minimaux de revenu définis à l'échelle nationale peuvent correspondre à la valeur monétaire d'un ensemble de biens et services nécessaires, aux seuils nationaux de pauvreté, à des seuils de revenu définis pour l'octroi de l'assistance sociale ou à d'autres seuils comparables établis par la législation ou la pratique nationales, et peuvent tenir compte des différences régionales ; c) les niveaux des garanties élémentaires de sécurité sociale devraient être régulièrement réexaminés dans le cadre d'une procédure transparente établie par la législation ou la pratique nationales, selon qu'il convient ; d) s'agissant de la fixation et du réexamen des niveaux de ces garanties, la participation tripartite avec les organisations représentatives d'employeurs et de travailleurs ainsi que la consultation d'autres organisations pertinentes et représentatives de personnes concernées devraient être garanties » (art. II.8).

La [Recommandation n°204 de l'OIT](#) retient également l'attention. Elle se rapporte à **la transition de l'économie informelle vers l'économie formelle**. On note qu'aux fins de cette Recommandation, les termes « économie informelle » désignent toutes les activités économiques des travailleurs et des unités économiques qui – en droit ou en pratique – ne sont pas couvertes ou sont insuffisamment couvertes par des dispositions formelles (art. I.2). Les unités économiques de l'économie informelle comprennent (art. I.3) : a) les unités qui emploient de la main-d'œuvre ; b) les unités détenues par des particuliers travaillant à leur propre compte, soit seuls, soit avec le concours de travailleurs familiaux non rémunérés ; c) *les coopératives et les unités de l'économie sociale et solidaire*. La Recommandation énonce un certain nombre de principes directeurs qui constituent autant d'éléments que les États membres « devraient » (et non « doivent », dès lors qu'il s'agit d'une recommandation non contraignante pour les États) prendre en compte. Parmi ces éléments, figurent la diversité des caractéristiques, des situations et des besoins des travailleurs concernés, la spécificité des situations, lois, politiques, pratiques et priorités nationales, le fait que des stratégies multiples et diverses puissent s'appliquer, ou encore, la nécessité d'assurer la cohérence et la coordination au sein d'un vaste ensemble de politiques pertinentes en la matière. Comme on le constate une fois encore, **le libre choix d'opportunité des États est ménagé** par la Recommandation 204. Le cadre des politiques intégrées permettant de favoriser la transition vers le formel englobe notamment « l'établissement, lorsqu'ils n'existent pas, de socles de protection sociale et l'extension de la couverture de la sécurité sociale » (art. III.11). Le lien avec la Recommandation n°202 est donc établi. Le point V de la Recommandation 204 accentue le lien entre l'enjeu du développement d'une sécurité sociale et la nécessité d'étendre la couverture de l'assurance sociale aux personnes opérant dans l'économie informelle.

Il serait erroné d'affirmer que cette Recommandation ne connaît aucune mesure de mise en œuvre au Bénin. Les développements récents en matière de protection sociale, dont le projet ARCH, s'inscrivent dans le cadre d'une préoccupation de couverture sociale de personnes qui se trouvent, pour l'essentiel, dans le secteur informel. Il n'en reste pas moins que la cohérence et l'intégration des politiques qui, ensemble, devraient favoriser une *transition globale* du secteur informel vers le secteur formel demeurent à l'état d'embryon. À ce stade, il est encore difficilement concevable de bâtir le régime de financement d'un système complet de sécurité sociale sur des cotisations sociales dues sur le travail (formel), ce qui justifie la recherche de sources alternatives de financement (dans le cadre de la mise en place de l'ARCH – *cf. infra*). Or, une dynamique mutuelle existe entre la mise en œuvre progressive de la Recommandation 204 et la transition vers le secteur formel d'une part, et la consolidation de l'accès à la protection sociale d'autre part ; l'une favorise l'autre et inversement.

3.2.1.2 Structuration des mutuelles sociales : le « Règlement » n°07/2009 de l'UEMOA

L'autre source essentielle qui nous retient ici consiste dans les normes de droit dérivé adoptées par l'Union économique et monétaire ouest africaine (UEMOA). Le 26 juin 2009, l'UEMOA a approuvé un [règlement \(n°07/2009/CM/UEMOA\) qui porte réglementation de la mutualité sociale au sein de l'UEMOA](#) (ci-après : « Règlement »). Il s'inscrit dans le cadre des politiques sectorielles de l'UEMOA et matérialise une des actions de l'Union en vue de la mise en place, dans les États membres, avec la pleine implication des populations, d'une **politique de gestion des risques sociaux en vue de favoriser l'accès aux services sociaux de base pour ces populations**. Le Règlement s'appuie sur le constat initial du faible impact des systèmes de protection sociale tant publics que privés en vigueur dans les États

membres, ainsi que le développement récent de formes originales de solidarité, de redistribution et de mutualisation visant à étendre la protection sociale aux populations qui en sont traditionnellement exclues.

Pour rappel, l'un des objectifs fondamentaux de l'UEMOA est de favoriser le développement économique et social des États membres, grâce à l'harmonisation de leurs législations, à l'unification de leurs marchés intérieurs et à la mise en œuvre de politiques sectorielles communes dans les secteurs essentiels de leurs économies. Dès lors qu'il s'agit d'un « Règlement » de l'UEMOA, **il fait partie intégrante de l'ordre juridique béninois et contient des dispositions contraignantes, qui s'appliquent directement vis-à-vis de ses destinataires**. Il existe donc au Bénin, par le biais de ce Règlement, un **cadre légal en matière de mutualité sociale**.

Le Règlement a ainsi mis en place un **cadre juridique spécifique qui codifie, outre les principaux fondamentaux, les modalités de création, d'organisation et de fonctionnement des organismes relevant de la mutualité sociale et de leurs structures faïtières**. La notion de « mutualité sociale » se définit comme un système de solidarité comprenant l'ensemble des mutuelles sociales et leurs structures faïtières et assis sur les principes de solidarité, d'entraide et de prévoyance. Une « mutuelle sociale » est un groupement qui, essentiellement au moyen des cotisations de leurs membres, se propose de « mener, dans l'intérêt de ceux-ci et de leurs ayants droit, une action de prévoyance, d'entraide et de solidarité visant la prévention des risques sociaux liés à la personne et la réparation de leurs conséquences ». Si **l'objet principal des mutuelles sociales consiste en la prévention des risques sociaux** liés à la personne et à la réparation de leurs conséquences, elles peuvent aussi, à titre accessoire, exercer toute activité ayant pour objet **l'amélioration des conditions de vie et l'épanouissement de leurs membres** (dont, notamment, la création d'établissements sanitaires, ou encore, des activités économiques en vue d'améliorer les prestations servies aux membres).

Selon l'article 34 du Règlement, « les membres participants d'une mutuelle sociale sont les personnes physiques ou personnes morales ayant souscrit un contrat collectif, qui, en contrepartie du versement d'une cotisation, ont vocation à bénéficier des avantages sociaux et des prestations offertes par la mutuelle sociale et d'en ouvrir le droit à leurs ayants droit ».

Juridiquement parlant, si l'existence en soi de la mutualité sociale est reconnue et organisée de manière contraignante par le Règlement, **ce dernier ne leur garantit pas pour autant un rôle déterminé et nécessaire dans les systèmes de protection sociale et de soins de santé mis en place par les États membres de l'UEMOA**. La seule disposition pertinente en la matière, relative au rôle incitatif que les États membres de l'UEMOA peuvent jouer vis-à-vis du phénomène mutualiste, est l'article 88. Selon cette disposition, « les États membres mettent en œuvre au profit des mutuelles sociales et de leurs structures faïtières des mesures incitatives, et ce, en raison de leur intervention dans le domaine de la prévoyance sociale. Ces mesures proviennent des États ou des collectivités locales sous la forme de subventions et d'avantages fiscaux et/ou d'appui technique et financier aux mutuelles sociales et aux structures faïtières ». Pour sa part, l'UEMOA est aussi supposée mettre en œuvre des mesures incitatives au profit du développement de la mutualité sociale (art. 89).

Cette obligation d'incitation, tant à charge des États que de l'UEMOA, **ne peut nullement s'interpréter comme une « obligation » faite aux États membres d'impliquer, du moins à titre principal** (c'est-à-dire, autrement que de manière accessoire et complémentaire), **les mutualités sociales dans leurs dispositifs**

destinés à consacrer l'accès de tous aux soins de santé, et ce faisant, une forme donnée de sécurité sociale.

D'un autre côté, la mise en œuvre intégrale de ce Règlement UEMOA serait de nature à consolider, à moyen terme, les structures de mutualités en place au Bénin, de manière à répondre aux critiques qui leur sont souvent adressées en termes de gouvernance et de crédibilité financière. Autrement dit, si le cadre juridique ainsi mis en place est approprié et exécuté par les autorités béninoises, il est permis de penser que les mutuelles de santé pourraient assumer un rôle de partenaire fiable dans le cadre du système de protection sociale et, plus spécifiquement, de couverture santé universelle au Bénin.

À cet égard, **de nombreuses dispositions du Règlement UEMOA ici en cause sont d'application directe dans l'ordre juridique béninois. Toutefois, certaines d'entre elles nécessitent des Règlements d'exécution de la part de l'UEMOA.** Ainsi, si les mutuelles sociales doivent être agréées (agrément donné par le Ministre en charge de la mutualité sociale – art. 22), les conditions, modalités et procédures d'agrément sont définies dans un Règlement d'exécution. De même, comme cela est indiqué ci-après, les États membres doivent mettre en place un « registre national d'immatriculation » des mutuelles sociales, mais les règles d'organisation du registre en question sont fixées par un Règlement d'exécution adopté par l'UEMOA (ce qui restreint à due concurrence la liberté ou marge de manœuvre des États en la matière). Il en va ainsi également de l'organisation, ainsi que des modalités d'alimentation et d'intervention du Fonds national de garantie que les États membres doivent créer (cf. ci-après) : un règlement d'exécution UEMOA est prévu. En outre, l'article 58 du Règlement renvoie à un Règlement d'exécution UEMOA la tâche de définir les règles prudentielles devant encadrer les conditions de gestion des ressources financières des mutuelles sociales et des structures faïtières. Idem pour l'article 21 du Règlement en ce qui concerne la détermination des formalités de constitution ainsi que des dispositions des statuts et du règlement intérieur des mutuelles sociales (et des structures faïtières), lorsque ces dispositions revêtent un caractère obligatoire.¹⁰ Ces Règlements d'exécution sont, conformément à l'article 93, édictés par la Commission UEMOA.

Plusieurs règlements d'exécution ont été adoptés. Le Règlement n°3/2012/CM/UEMOA porte adoption du plan comptable des mutuelles sociales au sein de l'UEMOA. Il répond à la nécessité pour les mutuelles sociales de disposer d'un outil de gestion permettant de produire une information fiable et harmonisée et contribue à la pérennité de leurs activités en mettant à leur disposition un outil de mesure de leurs performances. Ainsi cet instrument est-il de nature à clarifier les relations des mutuelles sociales entre elles et avec leurs différents partenaires. Le Règlement d'exécution n°2/2011/COM/UEMOA du 31 août 2011 a, lui, pour objet de fixer les modalités et procédures de constitution, d'agrément et d'immatriculation des mutuelles sociales et de leurs structures faïtières. Il consacre leur reconnaissance formelle et précise les modalités de leur gouvernance. Enfin, le Règlement d'exécution n°3/2011/COM/UEMOA a pour objet de définir les règles prudentielles devant encadrer la gestion des ressources financières des mutuelles sociales, de fixer les modalités d'organisation et d'intervention du Fonds national de garantie, de préciser les modalités de contrôle des mutuelles sociales, ainsi que de déterminer les procédures de prise de mesures de sauvegarde, de sanctions administratives et de retrait d'agrément par les autorités administratives compétentes. Il constitue ainsi la

¹⁰ Voir aussi l'article 82 relatif aux modalités et procédures de contrôle et de sauvegarde des intérêts des membres ou des tiers ; l'article 85 sur les procédures de prise de décision de sanction administrative ou de retrait d'agrément.

colonne vertébrale financière des mutuelles sociales. Ces deux derniers règlements sont en vigueur depuis le 1^{er} septembre 2011.

D'autres dispositions du Règlement UEMOA **exigent une démarche applicative de la part des États membres et la mise en place d'organes** bien déterminés :

- Tout d'abord, dans le cadre de la procédure d'agrément prévue par le Règlement, l'article 23 exige la création par chaque État membre d'un **Organe administratif de la mutualité sociale**. Il doit s'agir d'un établissement public ou d'une entité de droit public dotée de la personnalité juridique, ainsi que de l'autonomie financière et de gestion. Relevant du Ministère en charge de la mutualité sociale, cet organe sera chargé de l'instruction des dossiers d'agrément.
- Ensuite, le même article 23 du Règlement impose aux États membres l'établissement d'un **Registre national d'immatriculation des mutuelles sociales**.
- Enfin, selon l'article 63 du Règlement, il est institué, au sein de chaque État membre, un **Fonds national de garantie** destiné à préserver les droits des membres participants des mutuelles sociales (ainsi que des unions de mutuelles sociales et fédérations). Les mutuelles sociales (ainsi que les unions et fédérations) sont tenues d'adhérer à ce Fonds. Son rôle est de prévenir autant que possible les défaillances éventuelles des mutuelles sociales et de garantir leurs engagements contractuels vis-à-vis des membres participants. Il doit s'agir d'une personne morale de droit public gérée par un conseil paritaire de gestion (représentants de l'État, représentants des mutuelles), placé sous le contrôle d'un conseil paritaire de surveillance. Le Fonds national de garantie serait alimenté par les contributions des mutuelles sociales et des structures faitières, par des sommes versées par les autorités étatiques et communautaires, ainsi que par les produits financiers de ses placements.

À ce stade de la finalisation du présent rapport, **les autorités béninoises n'ont pas encore adopté les actes législatifs ou administratifs nécessaires pour mettre en œuvre, comme indiqué ci-avant, le Règlement UEMOA sur les mutuelles sociales**. Les difficultés sont à la fois juridiques et politiques.

D'un point de vue juridique, les États membres de l'UEMOA n'ont en principe pas la faculté d'échapper aux obligations découlant du Règlement : elles « doivent » donc mettre en place l'Organe administratif, le Registre national, ainsi que le Fonds national de garantie.

En ce qui concerne l'Organe administratif de la mutualité sociale, comme cela a été dit, il doit s'agir d'un établissement public ou d'une entité de droit public dotée de la personnalité juridique, ainsi que de l'autonomie financière et de gestion. Une réticence à mettre en place cet Organe dans les États membres concernés – dont le Bénin – provient du fait qu'une entité autonome de ce type devrait être capable de mobiliser par elle-même un pourcentage (en principe, 20%) de son budget de fonctionnement, ce qui, selon les autorités nationales, ne paraît pas possible pour une structure de régulation de la mutualité sociale. Or, en l'état actuel, le texte du Règlement UEMOA ne laisse pas de flexibilité à ce propos.

D'un point de vue plus politique, selon les informations que nous avons recueillies lors d'entretiens, des résistances sont perceptibles. Les pouvoirs publics perçoivent souvent une dualité entre la mutualité sociale et la politique de couverture santé universelle. Ils regrettent l'instabilité de l'ancrage institutionnel des mutuelles sociales. Des controverses existent quant à la tutelle des mutuelles sociales. On craint aussi

les coûts budgétaires liés à la mise en place des organes prévus par le Règlement. Par exemple, la mise en place du fonds national de garantie implique que chaque État membre apporte une contribution financière pour soutenir et consolider la pérennité financière des mutuelles sociales et du mouvement mutualiste national. Aucun accord n'a encore été trouvé au Bénin à ce propos. De manière plus générale, la confiance des autorités nationale vis-à-vis des mutualités sociales fait défaut. Or, la mise en œuvre des règles de gouvernance, des règles prudentielles et des règles comptables prescrites dans le cadre de l'UEMOA a précisément pour objectif de renforcer la professionnalisation, la rigueur et la transparence dans la gouvernance et la gestion des mutuelles sociales. L'existence d'un cadre juridique ainsi que d'une procédure d'agrément, avec sanctions à la clé, requiert ainsi, à l'avenir, la combinaison de moyens humains compétents et d'instruments performants de gestion.

En décembre 2019, un *Atelier national d'information et de sensibilisation sur les textes adoptés par l'UEMOA en matière de mutualité sociale* s'est tenu à Cotonou. Le point a pu être fait sur l'état de la mise en œuvre des textes en droit béninois et les difficultés rencontrées. Ainsi a-t-on pu constater l'absence, à ce stade, d'acte concret relatif à la mise en place des instruments prévus par le Règlement UEMOA. Des réflexions ont eu lieu entre 2011 et 2019, des études techniques ont été réalisées à plusieurs niveaux, des ateliers techniques et des rencontres de plaidoyer ont été organisés et des propositions d'esquisse des différents supports pour la mise en œuvre des instruments requis ont été rédigés. Au terme des débats tenus lors de l'atelier précité, un plan d'action a été élaboré de manière à relancer le processus. Ce plan d'action comporte six activités : création d'un *comité de suivi* de la mise en œuvre du Règlement UEMOA ; élaboration de *documents de plaidoyer* pour la mise en place des instruments prévus par le Règlement ; organisation de *rencontres de plaidoyer* ; élaboration des *avant-projets des textes réglementaires et évaluation des coûts de leur fonctionnement* ; organisation d'un *atelier de validation* des avant-projets des textes ; suivi du processus d'adoption des textes par les autorités compétentes. Il est également suggéré de renforcer l'implication dans le processus de mise en œuvre du Règlement de la Cellule de suivi de l'intégration régionale du Ministère de l'Économie et des Finances. Des échéances de mise en œuvre ont été fixées (au plus tard le 30 juin 2020 pour la sixième étape), ainsi que des coûts prévisionnels pour chacune des six activités.

A ce stade des projets en matière de protection sociale au Bénin, il n'existe pas de cadre précis relatif à l'articulation entre la PHPS, l'ARCH et le règlement communautaire relatif à la mutualité sociale. Plus spécifiquement, aucun lien ne semble avoir été prévu, à ce jour, entre la mise en place du cadre juridique et financier des mutuelles sociales, d'une part, et le renforcement du droit d'accès de tous aux soins de santé par le biais de l'assurance sociale constituant l'un des volets de l'ARCH.¹¹

3.2.2 La Constitution

La Constitution du 11 décembre 1990 de la République du Bénin, en son [article 8](#), stipule que : « La personne humaine est sacrée et inviolable. L'État a l'obligation absolue de la respecter et de la protéger. Il lui garantit un plein épanouissement. A cet effet, il assure à ses citoyens l'égal accès à la santé, à l'éducation, à la culture, à la formation professionnelle et à l'emploi ». Elle **reconnait donc implicitement le droit**

¹¹ Il convient de signaler ici que des efforts sont aussi fournis au niveau de la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) en vue de mettre en place un cadre commun de protection sociale pour ses membres (cadre régional de protection sociale afin de guider l'élaboration et la mise en œuvre de systèmes complets de protection sociale). À ce propos, une conférence s'est tenue à Abuja en novembre 2019 afin d'harmoniser les positions, avec l'appui de l'UNICEF.

à la protection sociale et l'accès aux soins de santé. Par ailleurs, les droits proclamés et garantis par la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples font partie intégrante de la Constitution (article 7). L'article 26, alinéa 3, de la Constitution prévoit aussi que l'État porte assistance aux personnes porteuses de handicap ainsi qu'aux personnes âgées.

Les droits sociaux fondamentaux ainsi consacrés contiennent ce que l'on appelle des « obligations positives ». Au sein des droits et libertés fondamentaux une distinction est généralement faite entre, d'une part, les droits qui assurent une défense des administrés contre les atteintes étatiques et d'autre part, ceux qui fondent une obligation étatique de protection, et donc, d'intervention de la part de l'État. D'un côté donc, ce que l'on attend de l'État, c'est de ne pas agir (ou de ne pas agir d'une certaine manière). On parle, à cet égard, des « obligations négatives », telles que celles de ne pas tuer ou attenter à l'intégrité physique, de ne pas restreindre la liberté de mouvement, ou encore, de respecter le patrimoine de chacun ou la vie privée. D'un autre côté, au contraire, l'État est invité à agir, c'est-à-dire à prendre des mesures positives de protection des droits fondamentaux à l'encontre d'atteintes extérieures, qu'elles soient issues de l'action de tiers ou d'atteintes naturelles. Il est alors question des « obligations positives » faites aux États. Il peut s'agir, par exemple, d'obligations de l'État d'assurer certaines prestations positives matérielles, notamment en matière sociale, d'assurer certains moyens procéduraux et institutionnels de manière à rendre l'exercice des droits fondamentaux en général plus effectif, d'adopter certaines dispositions législatives, notamment pénales, ou encore, de protéger certains biens juridiques et de prendre certaines mesures concrètes de prévention des risques générés par des tiers ou des risques d'origine naturelle. Dans l'ensemble des juridictions qui reconnaissent leur existence, les obligations positives donnent naissance à des prétentions subjectives et justiciables à la protection positive de la part de toutes les autorités étatiques.

Le droit fondamental à la santé – qu'il soit constitutionnel ou internationalement consacré – fait partie de ces droits sociaux fondamentaux, qui sont générateurs d'obligations positives à charge des États. Il convient néanmoins de **demeurer prudent sur l'étendue exacte de l'obligation positive pesant sur les autorités béninoises en matière de santé et de protection sociale.** Certes, la Cour constitutionnelle veille au respect des droits fondamentaux de la personne humaine et les libertés publiques (art. 114 de la Constitution), mais cela ne signifie pas pour autant qu'une abstention d'agir de la part du Gouvernement et du pouvoir législatif, ou encore, une abstention d'agir d'une certaine manière, provoquerait nécessairement une sanction. De manière générale, **le droit constitutionnel à la santé est dépourvu d'effet direct,** c'est-à-dire qu'il ne peut être invoqué valablement comme tel par les administrés devant les juges. La formulation de ce droit est insuffisamment précise et inconditionnelle que pour donner lieu à un droit subjectif en soi. Autrement dit, **des mesures de mise en œuvre par des lois et décrets sont nécessaires pour donner corps aux droits concernés et l'action insuffisante ou insatisfaisante de l'État laisse les citoyens sans recours effectif devant des juges.** Le fait est que la Constitution béninoise garantit un accès de tous aux soins sans pour autant renvoyer à des normes d'exécution comme tel est le cas dans la plupart des autres Constitutions nationales. Mais comme le confirme la littérature juridique pertinente en la matière, « il ne faut pour autant pas surestimer les effets de ces rédactions sur les modes de protection de l'effet direct du droit d'accès aux soins, lequel dépend des mécanismes de contrôle de constitutionnalité. Le jeu des normes constitutionnelles se trouve évidemment configuré par l'office du juge constitutionnel et par sa capacité à imposer des obligations positives à l'État. Les juges

constitutionnels ont tous tendance à ne pas accorder à l'accès aux soins une valeur subjective contraignante pour l'État ». ¹² **L'unique moyen de concrétiser l'effectivité de ce droit fondamental à la santé** en tant que prétention que les administrés pourraient faire valoir devant un juge constitutionnel consiste à **lui reconnaître un effet dit de « standstill » (ou effet cliquet)**, grâce auxquels l'on pourrait faire contrôler si les autorités ne font pas reculer de manière substantielle la garantie de ces droits par rapport à leur niveau antérieur sans justification suffisante tirée de l'intérêt général. Mais l'admission de cet effet n'est pas généralisé dans l'ensemble des États et reste ouvert à de nombreuses questions d'interprétation.

Il convient encore de souligner que la Constitution béninoise n'évoque à proprement parler la question de la sécurité sociale qu'au sujet de la répartition des compétences entre la loi et le règlement. L'article 98 de la Constitution prévoit ainsi que **les principes fondamentaux de la sécurité sociale sont déterminés par la loi**. Relèvent, dès lors, de la compétence du législateur béninois la notion même de sécurité sociale, la création d'une prestation et la fixation des conditions propres à son attribution, l'institution d'une cotisation ou son exonération (l'assiette de la cotisation et les règles de recouvrement, la fixation des personnes assujetties ainsi que le partage entre employeur et salarié).

3.2.3 Lois et règlements – protection sociale

3.2.3.1 Dispositions légales : aperçu général

La première source juridique fondamentale à mentionner consiste dans la loi n°1998-19 du 21 mars 2003 portant Code de sécurité sociale en République du Bénin. Cet acte législatif traduit la volonté des autorités d'assurer au travailleur béninois la protection indispensable contre les risques sociaux. Ce texte a principalement été modifié et complété par deux lois : la loi n°2007-02 du 26 mars 2007 portant modification des dispositions des articles 10, 89, 93, 94, 95 et 101 de la loi de 2003 portant Code de sécurité sociale en République du Bénin ; et la loi n°2010-10 du 22 mars 2010 modifiant et complétant les dispositions des articles 93 et 146 de la loi de 2003 portant Code de sécurité sociale en République du Bénin. Cette loi **met en place 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. Il est géré par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS). Un régime spécial de sécurité sociale existe pour les fonctionnaires de l'État, les militaires et les magistrats. Il est partiellement géré par le Fonds National de Retraites du Bénin (FNRB). Enfin, il faut signaler l'existence d'un fondement juridique implicite, dans la loi en question, pour la Mutuelle de Sécurité Sociale du Bénin,¹³ qui est censée offrir une assurance-maladie aux travailleurs de l'économie informelle en zone urbaine (art. 1^{er} de la loi de 2003, relatif à la création d'un régime spécial en faveur des travailleurs indépendants, agricoles et du secteur informel).

L'autre loi fondamentale est celle portant sur le RAMU : loi n°2015-42 portant institution du Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) en République du Bénin. Le régime instauré par cette loi est aujourd'hui mis en cause en conséquence de l'élaboration du nouveau système de protection sociale de l'ARCH. Au jour de

¹² Bioy X., « Le droit d'accès aux soins : un droit fondamental ? », in I. Poirot-Mazères, *L'accès aux soins*, Presses de l'Université Toulouse 1 Capitole, Paris, LGDJ, pp. 37-71.

¹³ Voir le règlement intérieur du 20 novembre 2009 de la Mutuelle de sécurité sociale du Bénin ; les statuts adoptés le 20 octobre 2009 de la Mutuelle de sécurité sociale du Bénin : « il est créé en République du Bénin par les acteurs de l'économie informelle une association d'entraide dénommée Mutuelle de Sécurité Sociale du Bénin dont le sigle est MSSB. Il s'agit d'une association de personnes à but non lucratif ».

l'achèvement du présent rapport, **le projet de loi régissant l'ARCH n'a pas encore été adopté par le législateur béninois, de manière telle que la loi sur le RAMU ne paraît pas encore pouvoir être considérée comme étant abrogée** (sous réserve de l'abrogation tacite de certaines dispositions en conséquence de certaines réformes déjà initiées par ailleurs).

Quant aux dites « **mutuelles de santé** », elles ne trouvaient initialement de fondement juridique – en l'absence d'un cadre juridique spécifique aux mutuelles – que dans la loi du 1^{er} juillet 1901 relative aux associations. Etant donné le caractère général de ce cadre, la tutelle n'était donc pas formellement définie, pas plus que les conditions de reconnaissance des mutuelles de santé, ce qui n'était pas de nature à favoriser le développement du mouvement mutualiste au Bénin. Il faut néanmoins désormais compter sur le Règlement n°07/2209 qui porte réglementation de la mutualité sociale au sein de l'UEMOA ainsi que sur les Règlements d'exécution adoptés par la Commission de l'UEMOA. Ces actes, qui constituent un dispositif normatif supranational, bénéficient de la primauté (du droit international par rapport au droit national) et d'un effet direct dans l'ordre juridique béninois. En soi, il s'agit d'un cadre juridique complet d'un point de vue institutionnel, bien qu'il ne garantisse pas, comme cela a été dit ci-avant, l'implication nécessaire des mutuelles de santé dans le système béninois de protection sociale. Il convient néanmoins de constater que certains actes de mise en œuvre doivent encore être adoptés par les autorités nationales béninoises (Organe administratif de la mutualité sociale, Registre national d'immatriculation des mutualités sociales, Fonds national de garantie), de manière telle que le dispositif demeure inachevé à ce stade (*cf. supra* 3.2.1.2.).

À noter qu'il existe un avant-projet de loi sur l'ARCH, préparé depuis 2017 et qui avait à l'époque été partagé avec plusieurs partenaires. Toutefois, sur conseil de la Banque mondiale, sa diffusion et sa finalisation ont été interrompues de manière à pouvoir connaître les résultats de la phase pilote en vue d'affiner le modèle.

Par ailleurs, un avant-projet de loi d'orientation agricole serait en cours d'élaboration et soumis au Parlement. Cette loi constituerait un cadre de référence pour la protection sociale des travailleurs ruraux en leur offrant des opportunités de protection sociale, à l'instar de ce qui se fait au Mali et au Sénégal.

3.2.3.2 Dispositions décrétales : aperçu général

3.2.3.2.1 *Décret n°2013-135 du 20 mars 2013 portant création, attributions, organisation et fonctionnement de la Caisse Mutuelle de Prévoyance Sociale (CMPS)*

Un décret adopté le 20 mars 2013 a mis en place la Caisse Mutuelle de Prévoyance Sociale (CMPS). Il s'agit d'un établissement public à caractère social,¹⁴ doté de la personnalité juridique et d'une autonomie financière. La CMPS est placée sous la tutelle du Ministère chargé des Affaires sociales.

L'objet de la CMPS est de mettre en œuvre l'extension de la protection sociale au profit des travailleurs de l'économie informelle et de leurs familles par la gestion des prestations de maladie et de vieillesse. Elle mène ainsi des actions de prévoyance, d'entraide et de solidarité visant la prévention des risques sociaux liés à la personne et la réparation de leurs conséquences. Elle prend en charge une partie des dépenses de santé des bénéficiaires dans les formations sanitaires en relation contractuelle avec elle. Elle verse aux adhérents un montant au titre des prestations de vieillesse, d'invalidité ou de décès. Elle s'efforce d'assurer l'adhésion du plus grand nombre de travailleurs de l'économie informelle à titre individuel ou par groupe

¹⁴ Il est régi, en tant que tel, par les dispositions de la loi n°94-009 du 28 juillet 1994 portant création, organisation et fonctionnement des offices à caractères social, culturel et scientifique.

à travers différents canaux tels que les regroupements d'associations professionnelles, des associations de développement ou encore des ONG ou des petites ou moyennes entreprises. Elle met en œuvre, pour ce faire, une stratégie de communication. **L'adhésion à la CMPS des travailleurs indépendants, des travailleurs agricoles et des travailleurs du secteur informel est en effet volontaire.** La CMPS émet enfin des avis sur les projets de textes légaux ou réglementaires en la matière.

La CMPS se compose d'un conseil d'administration (présidé par le Ministre de la Sécurité sociale, le Ministre des Finances et le Ministre de la Santé étant respectivement 1^{er} et 2^e vice-présidents) principalement formé de représentants élus des associations professionnelles des travailleurs de l'économie informelle, d'une direction générale (en charge de la gestion et de la coordination des activités de la CMPS) et d'un comité de direction (qui est un organe consultatif obligatoire, chargé d'assister le Directeur général dans ses tâches de gestion).

Les ressources de la CMPS se composent des cotisations et des droits d'adhésion versés par les adhérents, de dons et de legs, des produits de placements de fonds, de subventions d'exploitation provenant de l'État et des collectivités locales, ainsi que de toutes autres ressources que lui attribuerait un texte législatif ou réglementaire. Le régime des cotisations est prévu aux articles 40 et suivants du décret. Comme il s'agit d'un **régime contributif**, des périodes de stage sont prévues. Ainsi, pour bénéficier des prestations, l'assuré doit être affilié auprès de la CMPS, à jour du paiement de ses cotisations, avoir respecté le délai de carence en principe de 3 mois (10 mois pour programmer une hospitalisation).

En ce qui concerne la santé,¹⁵ la CMPS couvre le panier de soins suivant : consultations de médecine générale et spécialisée, soins, hospitalisation et chirurgie ; médicaments figurant dans une liste définie et délivrés dans des officines conventionnées ; examens de laboratoire, de radiologie et d'imagerie médicale ; prestations liées à la grossesse (consultations, accouchements). Le taux de prise en charge est de 70% pour les soins prescrits et délivrés dans les cliniques et centres de santé en contrat avec la CMPS.

Le rôle de la CMPS et sa coexistence avec l'ARCH ne sont pas clarifiés au stade de l'élaboration de ce rapport.

3.2.3.2.2 *Décret n°2017-362 du 12 juillet 2017 portant création, attributions, organisation et fonctionnement du cadre institutionnel de pilotage du Projet « Assurance pour le Renforcement du Capital Humain (UCP-ARCH) » – Décret n°2018-518 du 6 novembre 2018, définissant le cadre institutionnel de mise en œuvre du Projet « Assurance pour le Renforcement du Capital Humain »*

La gestion et le pilotage du projet ARCH ont été encadrés par plusieurs décrets successifs :

- Le décret n°2016-711 du 25 novembre 2016 portant création, attributions, organisation et fonctionnement du comité technique de la conception et de l'élaboration du document du Projet Assurance pour le Renforcement du Capital Humain (ARCH) ;
- Le décret du 12 juillet 2017 a encadré le travail préparatoire au projet ARCH ;
- Le décret du 6 novembre 2018 assure, quant à lui, le cadre institutionnel pour la mise en œuvre de la phase pilote du projet ARCH.

¹⁵ Un régime de pension de retraite est aussi prévu. Il n'est pas commenté plus avant ici.

Veillez-vous référer à la sous-section 3.4.2 pour plus de détails sur le contenu de ces décrets.

3.2.3.2.3 *Décret n°2018-064 du 28 février 2018, portant Attributions, Organisation et Fonctionnement du Ministère des Affaires Sociales et de la Microfinance*

Le 28 février 2018, un décret a été adopté par le Président de la République dont l'objet est de régler les attributions, l'organisation et le fonctionnement du **Ministère des Affaires sociales et de la Microfinance** (décret n° 2018-064). Dans la perspective de la présente étude, ce décret est intéressant à plus d'un titre.

Tout d'abord, **il verrouille le lien**, souhaité par le Gouvernement béninois, **entre les politiques sociales au sens large et les politiques axées sur les ressources à disposition des populations (microfinance)**.

Ensuite, en définissant les missions du Ministère, il **révèle un certain nombre d'objectifs que le Gouvernement poursuit en matière de protection sociale** (dont, en particulier, la conception, la coordination, le suivi et l'évaluation de la politique nationale en matière de solidarité nationale, de réadaptation des personnes handicapées, de protection sociale, et des personnes de troisième âge). Entre autres choses, la promotion de la femme et de son autonomie est tout spécifiquement mise à l'avant-plan.

Enfin, le décret **fonde le rôle d'autorité de tutelle que le Ministère des Affaires Sociales est appelé à exercer sur divers organismes à personnalité juridique distincte**, dont l'Agence qui est chargée de la gestion et de la coordination de l'ARCH. Comme cela est confirmé ci-après, cette Agence, l'ANPS, est logée au sein du ministère des Affaires sociales. L'article 71 du décret du 28 février 2018 prévoit que « les attributions, l'organisation et le fonctionnement des organismes sous tutelle sont ceux prévus par leurs statuts respectifs. La *création de nouveaux organismes sous tutelle (...) est autorisée après avis du ministre en charge de la réforme administrative par décret pris en conseil des ministres* ».

Le Ministère des Affaires Sociales, par l'intermédiaire de l'« Inspection générale », est habilité à contrôler le fonctionnement régulier notamment des organismes et entreprises sous tutelle et d'examiner périodiquement l'exécution des programmes et projets de ceux-ci. Cette même Inspection générale vérifie la régularité des opérations d'encaissement des recettes budgétaires non fiscales par les services et organismes sous tutelle du ministère. La question se pose de savoir si les cotisations des membres entreront dans le champ de ce contrôle, en tant que « recettes non fiscales ». De même, il convient de vérifier l'existence d'une tutelle du Secrétaire général du ministère sur la nouvelle agence en question. L'agence sera-t-elle aussi rattachée à la Direction des Affaires Sociales au sein de ce ministère ? Les missions de cette Direction sont décrites à l'article 59 du décret, mais aucune mention à l'ARCH n'y figure. Au passage, la Direction des Affaires Sociales est notamment en charge de « promouvoir le développement des mutuelles de solidarité nationale », à distinguer des mutuelles de santé.

Du point de vue des ressources, le ministère comprend notamment une « cellule de mobilisation sociale et de ressources », dont l'une des missions consiste à « concevoir, mettre en œuvre, suivre et évaluer des plans de mobilisation de ressources additionnelles à celles du budget national ». Dès lors que l'agence nouvelle, chargée de gérer l'ARCH, sera logée au sein du ministère, le rôle de cette cellule devra être évalué de ce point de vue.

3.2.3.2.4 *Décret n°2019-008 du 9 janvier 2019, portant approbation des statuts de l'Agence Nationale de Protection Sociale*

Le décret n°2019-8 du 9 janvier 2019 a approuvé les **statuts de l'Agence Nationale de Protection Sociale**. Ce même décret met à la disposition de cette agence une dotation initiale de 100.000.000 de francs CFA. L'ANPS est dotée d'une personnalité juridique distincte et se trouve sous la tutelle du Ministère en charge des Affaires Sociales (art. 3). Si l'ANPS a son siège à Cotonou, elle peut créer des antennes au niveau des départements et des cellules au niveau des communes.

L'ANPS a pour mission d'assurer la gestion opérationnelle et la supervision générale de l'ARCH, en s'appuyant sur ses directions techniques, ses antennes départementales et ses cellules communales (art. 5). Elle définit les prestations couvertes par l'ARCH à travers ses quatre volets d'intervention. Ainsi détermine-t-elle et actualise-t-elle, « de manière participative », le panier standard de soins et les prix « en collaboration avec les assureurs, les représentants des structures de santé, les représentants des dispensateurs de produits pharmaceutiques et de la société civile, de l'Autorité en charge de la régulation du secteur des assurances ». L'Agence délivre les agréments aux prestataires et partenaires stratégiques, immatricule les assujettis et les bénéficiaires des prestations de l'ARCH, ou encore, collecte, vérifie et traite les informations relatives à l'immatriculation, au paiement des cotisations, à la mobilisation des ressources de toutes natures, à la fourniture des prestations et au règlement des prestataires. Dans le système ARCH, l'ANPS développe le cadre des interventions de contrôle et d'évaluation des organismes d'opérationnalisation, met en place le réseau des structures chargées de la mise en œuvre des différents volets du dispositif, assure la gestion du système d'information et met en place une politique nationale de gestion des risques concernant les soins. C'est elle aussi qui arbitre les litiges survenant à propos de la mise en œuvre de l'ARCH et veille à l'application des conventions passées avec les prestataires et les partenaires. Parmi les missions essentielles de l'ANPS figure aussi la tâche de « mobiliser les ressources nécessaires à la mise en œuvre de l'ARCH ». Elle définit également le ticket modérateur et les conditions de remboursement et met en place le processus et la convention des tiers payant. Enfin, il est prévu qu'elle définisse les prestations couvertes au titre de la formation de l'ARCH.

L'article 31 du décret du 9 janvier 2019 règle les « ressources » de l'ANPS. Outre des apports en nature de biens meubles et immeubles, l'Agence peut compter sur une dotation annuelle de l'État (déterminée et inscrite dans la loi de finances), des ressources mises à la disposition de l'Agence par les partenaires au développement du Bénin, les *cotisations des adhérents et assujettis*, des ressources issues des placements bancaires ainsi que toutes autres ressources déterminées par le Conseil d'administration de l'Agence. De manière intéressante, le décret ouvre la voie de futures recettes affectées, en indiquant que de telles ressources pourraient aussi alimenter l'ANPS si une réglementation particulière le prévoit.

L'article 34 semble contraindre l'Agence à voter un budget « en équilibre » des recettes et des dépenses.

L'arrêté interministériel n°01/MEF/MASM/MS/DC/SGM/USMEF/UGP-ARCH/SP/013SGG19 du 05 novembre 2019, émanant du Ministre de l'Économie et des Finances, du Ministre des Affaires sociales et de la Microfinance et du Ministre de la Santé, fixe le budget de la phase pilote du volet « assurance-maladie » du projet ARCH à la somme de 2.855.511.688 FCFA (soit 4.353.200 EUR). Les dépenses relatives aux activités de la phase pilote sont imputées sur le financement du projet ARCH.

3.2.4 Lois et règlements – santé

3.2.4.1 Décret n°2016-426 du 20 juillet 2016 portant attributions, organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé

Les **missions du Ministère de la Santé** sont déterminées dans le décret du 20 juillet 2016, en son article 3. Ces missions, dont la principale a trait à la conception, à l'application et au contrôle de la politique sanitaire nationale et internationale du Bénin, doivent se combiner, en bonne cohérence, avec celles des autres ministères impliqués dans la mise en place de l'ARCH. L'article 84 du décret indique les organismes et structures qui sont placés sous la tutelle du Ministère de la Santé. Il faut lire cette disposition avec circonspection, étant donné que cette liste est susceptible de connaître des adaptations par le biais de décrets pris en Conseil des ministres (*cf.* ci-après : mise en place de l'ANSSP).

3.2.4.2 Décret n°2017-386 du 4 août 2017 portant création du comité de mise en œuvre des réformes du système de santé

Un décret du 4 août 2017 a mis en place un **comité de mise en œuvre des réformes du système de santé**. Ce comité a ainsi été chargé d'élaborer la feuille de route de la mise en œuvre de la réforme, de coordonner la mise en œuvre des réformes dans leurs volets institutionnel, organisationnel et fonctionnel, d'installer les différents organes proposés dans le cadre des réformes du système de santé (ARS, CNSSP et CNMH), de proposer des stratégies d'opérationnalisation des réformes, d'accompagner le Ministère de la Santé dans le cadre de la relecture des textes décrétaux pertinents et de produire un rapport d'avancement mensuel.

3.2.4.3 Décret n°2019-432 du 2 octobre 2019 portant approbation des statuts de l'Agence nationale des soins de santé primaires

Le décret n° 2019-432 approuve les **statuts relatifs à la création d'un établissement public à caractère social, doté d'une personnalité juridique propre et dénommé « Agence nationale des soins de santé primaires »** (ci-après : ANSSP). Elle est placée sous la tutelle du Ministère de la Santé. Le rôle principal de cette Agence est d'assurer l'application de la politique sanitaire nationale axée sur les soins de santé primaires. Ainsi, parmi les missions de l'ANSSP figurent la mise en œuvre des politiques, stratégies, normes et réglementations dans les différents domaines des soins de santé primaires, ainsi que la planification et la coordination de celles-ci. Elle veille à la concrétisation d'une offre de soins de qualité. Au surplus, l'Agence est censée « faire le plaidoyer pour la mobilisation et la mutualisation des ressources financières nécessaires » et « veiller à la viabilité financière des structures de soins de santé primaires » (art. 6). Enfin, l'ANSSP contribue à la production et à la gestion de l'information sanitaire relative aux soins de santé primaire.

L'article 32 du décret du 2 octobre 2019 prévoit, comme ressources de l'Agence, principalement une subvention annuelle de l'État, des ressources mises à la disposition de l'Agence par les partenaires techniques et financiers, ainsi que « toutes autres ressources affectées en vertu d'une réglementation particulière ».

Enfin, un nouveau décret a acté les réformes du secteur de la santé au Bénin et a été validé par le Conseil des Ministres, mais il n'est pas encore publié ni accessible au jour de l'achèvement du présent rapport.

3.2.5 Arrêtés interministériels

Deux arrêtés interministériels fixent respectivement la liste des médicaments et dispositifs médicaux remboursables (Année 2019 N°0104/MS/MASM/MEF/DC/SGM/CTJ/UGP-ARCH/SA/102SGG19) et le panier de soins de base applicable (Année 2019 N°0105/MS/MASM/MEF/DC/SGM/CTJ/UGP-ARCH/SA/101SGG19) dans le cadre de la phase pilote du volet « Assurance Maladie » du projet ARCH. Un autre (n°01/MEF/MASM/MS/DC/SGM/USMEF/ UGP-ARCH/SP/013SGG19 du 05 novembre 2019) a permis d'adopter le budget de la phase pilote de l'ARCH.

3.2.6 Synthèse de l'analyse de la cohérence du cadre légal et synthèse des principales contraintes légales

L'évocation du cadre juridique de la protection sociale au Bénin nous confronte à un **paradoxe**. **D'un côté, une combinaison de sources juridiques tant internationales que nationales fondent un droit à la santé, en ce compris pour les plus pauvres**, et la mise en place du projet ARCH indique la volonté du Gouvernement de réformer le système béninois en vue de concrétiser l'accès aux soins de santé pour ceux dont les ressources financières sont trop faibles. Pour consolider son intention, le Gouvernement a mené à bien le processus de ratification de la Convention OIT sur les normes minimales de sécurité sociale. Il a également modifié la structure et les attributions des ministères, tout en préparant le terrain par le biais de la mise en place de toute une série d'organismes sous tutelle du Ministère des Affaires Sociales et de la Microfinance (nouveau ministère de création récente) ou du Ministère de la Santé. Le Ministère de l'Économie et des Finances est omniprésent dans le cadre de ces réformes dont l'impact financier est considérable par nature.

D'un autre côté, au moment de l'achèvement du présent rapport, la concrétisation du projet ARCH est sujette à des nombreuses interrogations d'un point de vue juridique strictement parlant. Le projet ARCH est évoqué formellement dans un nombre considérable de décrets depuis 2016, mais, presque curieusement par rapport à la logique sous-tendant la hiérarchie des normes, la loi contenant les principes généraux de l'ARCH n'a pas encore été adoptée par le législateur béninois. Ceci pose inévitablement la question du fondement légal effectif des décrets adoptés au fil du temps. Ceci d'autant plus que, **si les principaux actes décrétaux répondent essentiellement à des préoccupations institutionnelles (mise en place d'organes et de cellules), ils impliquent des coûts financiers en soi. Or, l'armature juridique du financement futur de l'ARCH n'est pas consolidée à ce jour.**

Autrement dit, **l'ordre des étapes juridico-normatives n'est pas sans susciter des interrogations.** Ce qui a été accompli jusqu'ici relève certes de la « mise en place » préalable à l'adoption du « plat de résistance » qui se fait attendre.

Certes, un avant-projet de loi sur l'ARCH est en préparation depuis 2017 et une version provisoire a été partagée avec plusieurs partenaires.¹⁶ Toutefois, sur conseil de la Banque mondiale, sa diffusion et sa finalisation ont été interrompues de manière à pouvoir connaître les résultats de la phase pilote en vue d'affiner le modèle. D'où l'adoption d'abord des décrets de mise en œuvre préalablement au vote et à la promulgation de la loi qui est censé leur servir de fondement.

Pour autant, l'idée de se réserver une faculté d'ajuster le texte de loi relatif à l'ARCH postérieurement aux premiers résultats de la phase pilote n'est pas totalement

¹⁶ Les auteurs du présent rapport n'ont pas eu accès à cette première version provisoire du projet de loi ARCH.

incongrue si l'on raisonne en termes d'adéquation et d'efficacité de la norme juridique par rapport à la réalité et aux objectifs poursuivis. Trop de textes légaux se trouvent en décalage par rapport à l'expérience de terrain et il faut approuver la démarche du gouvernement béninois qui se veut ici empirique et pragmatique. Il n'en demeure pas moins qu'il eût été préférable que les nombreux décrets récemment adoptés, qui préparent et concrétisent le projet ARCH, bénéficient, dans le respect strict de la Constitution et de la hiérarchie des normes, d'un fondement légal clair et explicite. L'adoption de la loi aurait ainsi pu se faire en deux temps : tout d'abord, une loi-cadre, qui indiquerait le principe et les grands objectifs de l'ARCH, tout en contenant les habilitations nécessaires au profit du pouvoir exécutif ; ensuite, une loi plus substantielle contenant des développements législatifs plus conséquents relativement à l'ARCH, loi dont l'approbation aurait alors été postérieure aux premiers résultats de la phase-pilote.

Une telle manière de procéder aurait facilité et clarifié la transition entre l'ancien régime de protection sociale (les normes encore aujourd'hui en vigueur, par exemple en lien avec le RAMU, mais appelée à disparaître à l'avenir) et le nouveau (tout en indiquant, par ailleurs, les éléments de protection sociale déjà en vigueur et qui coexisteront avec l'ARCH à l'avenir). Les effets de l'absence de loi-cadre initialement adoptée se font en effet sentir à différents points de vue.

Ainsi, en ce qui concerne les structures organiques et institutionnelles créées à l'occasion de la préparation de l'ARCH, la manière dont les Agences nouvellement créées se coordonneront entre elles ainsi qu'avec la Présidence, les Ministères concernés et les autres Agences déjà existantes, demeure incertaine. Des doutes existent quant au rôle de chacun(e) dans le cadre de la mobilisation des ressources financières futures des conventions qui seront éventuellement conclues avec des partenaires publics ou privés pour le bon fonctionnement de l'assurance santé.

En outre, dans le magma des sources juridiques nouvellement adoptées, il est délicat de déterminer en quoi elles abrogent des normes antérieures, notamment celles associées à l'ancien système du RAMU. A ce propos, **la mesure dans laquelle la loi RAMU doit être considérée comme étant abrogée tacitement est incertaine.** Plusieurs interprétations sont suggérées à ce propos par les acteurs concernés, ce qui engendre une certaine insécurité normative.

Enfin, si le droit supranational de l'UEMOA fixe un cadre juridique directement applicable en droit béninois pour les mutuelles de santé,¹⁷ **aucune source juridique internationale ou nationale ne prévoit ni n'oblige l'implication des mutualités sociales dans le système béninois de protection sociale. Rien ne l'empêche juridiquement non plus. Leur rôle dépendra donc essentiellement de la volonté politique sous-jacente à la poursuite du projet ARCH.**

Autrement dit, sans être aucunement contraintes par des normes de source internationale ou constitutionnelle, **les autorités béninoises sont libres d'intégrer ou non différents acteurs (dont les mutualités sociales) dans le fonctionnement des dispositifs de protection sociale,** dont l'ARCH. Elles peuvent donc le faire sur le fondement uniquement de choix d'opportunité politique et d'arguments techniques de fond.

¹⁷ Il convient néanmoins de constater que certains actes de mise en œuvre doivent encore être adoptés par les autorités nationales béninoises (Organe administratif de la mutualité sociale, Registre national d'immatriculation des mutualités sociales, Fonds national de garantie), de manière telle que le dispositif demeure inachevé à ce stade (*cf. supra* 3.2.1.2.).

3.3 Principales institutions en charge de la protection sociale au Bénin

3.3.1 Les régimes de sécurité sociale préexistants

Avant l'avènement de l'ARCH, trois régimes étatiques contributifs de sécurité sociale préexistaient (voir la SNFS pp. 17-19) :

- La Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS), destinée aux personnes employées dans le secteur privé de l'économie formelle et à leurs ayants droits. Elle offre des prestations de santé dans le cadre des prestations familiales (allocations prénatales) et de la couverture des risques professionnels (pour les accidents et maladies liées au travail).
- Le Fonds National de Retraites du Bénin (FNRB), qui relève du MEF, est destiné aux personnes employées dans la fonction publique et à leurs ayants droits. Les dépenses de soins sont financées par les cotisations des actifs. L'assurance maladie est partielle, couvrant 80% des coûts des consultations, hospitalisations, soins médicaux et certaines explorations diagnostiques dans les structures de soins publiques. Ce « régime des 4/5 » ne rembourse pas les médicaments, principal poste de dépense de santé pour les ménages et certains hôpitaux de zones sont réticents dans l'application de ce mécanisme. Au sein des agents de l'État, les personnels de santé du secteur public et leurs ayants droit ont une situation privilégiée, car ils sont en principe couverts à 100%. Les factures sont adressées au Trésor Public par les prestataires. En 2012, les montants remboursés se sont élevés à 808.187.686 FCFA (1.232.074 EUR), correspondant à 70% des demandes de remboursement des hôpitaux. À titre informatif, selon le projet de budget 2020, les crédits du FNRB pour 2020 s'élèvent à 89 milliards FCFA (135.679.652 EUR) (dont 88 milliards de transferts courants).
- La Caisse Mutuelle de Prévoyance Sociale (CMPS), qui relève de la tutelle du Ministère du Travail et de la Fonction publique, et qui couvre les travailleurs indépendants, les travailleurs agricoles, les travailleurs du secteur informel qui peuvent y adhérer volontairement (voir son décret de création, le Décret n° 2013-135 du 20 mars 2013 commenté *supra*).

Ces régimes sont complétés par :

- Les mutuelles de sécurité sociale et les mutuelles de santé communautaires, créées progressivement depuis les années 1990. Les mutuelles de sécurité sociale ont été fédérées dans la Mutuelle de Sécurité Sociale du Bénin (MSSB) en 2009, qui vise à étendre l'assurance sociale (assurance maladie et pensions de vieillesse) aux ménages de l'économie informelle. De manière générale, la majorité des mutuelles de santé couvre les petits risques (consultation curative primaire, consultation pré/post-natale, accouchement normal, médicaments essentiels, ...) qui sont pris en charge techniquement au niveau des dispensaires, centres de santé d'arrondissement et centres de santé communaux.
- L'assurance privée à adhésion volontaire.
- Diverses initiatives d'assistance sociale telles que la gratuité de la césarienne et la lutte contre diverses maladies.

3.3.2 L'UGP-ARCH

Pour le **travail préparatoire au projet ARCH**,¹⁸ le décret du 12 juillet 2017 a prévu la création d'un Comité de supervision, ainsi que d'une Unité de Coordination du Projet (UCP). Cette dernière devait avoir pour mission d'élaborer les termes de référence pour la réalisation des différentes études nécessaires à l'opérationnalisation de l'ARCH, de recruter les consultants ou experts qualifiés pour la réalisation des études, d'organiser, de coordonner et de superviser la réalisation desdites études, d'apporter un appui technique dans l'organisation et la conduite du dialogue inclusif autour du projet ARCH avec les partenaires sociaux et tous les acteurs concernés, ainsi que d'apporter un appui technique dans la mise en place des organes de gestion et à l'occasion du lancement officiel du projet. Selon l'article 4 de son décret de création (2017-362), l'UCP était « placée sous l'autorité d'un Comité de Supervision composé du Ministre d'État, chargé du Plan et du Développement, du Ministre de la Justice et de la Législation, du Ministre de l'Economie et des Finances, du Ministre du Travail, de la Fonction Publique et des Affaires Sociales, et du Ministre de la Santé. Le Comité de supervision est présidé par le Président de la République ou son représentant. » Selon l'article 6 de ce décret, ses frais de fonctionnement étaient imputables au budget national.¹⁹

En novembre 2018, un nouveau décret a changé le nom de l'UCP et modifié ses attributions. Le décret n°2018-518 du 6 novembre 2018 assure depuis lors le cadre institutionnel pour la mise en œuvre de la **phase pilote du projet ARCH**. Une Unité de Gestion du Projet (UGP), placée sous la supervision d'un Comité national de suivi, a ainsi été créée, dotée d'une coordination technique et d'une unité de gestion fiduciaire (elle comporte 5 cadres à l'heure actuelle, plus du personnel de soutien). Placée sous la tutelle de la Présidence de la République, elle est censée assurer la mise en œuvre de la feuille de route de l'ARCH, conduire les travaux préparatoires à la mise en œuvre du projet, assurer les tâches concourant au déploiement de la phase pilote, préparer la création et l'opérationnalisation de l'Agence nationale de la protection sociale (ANPS) décrite ci-après, et mettre en œuvre les décisions du Comité national de suivi. Le décret en question règle également la composition de l'Unité de Gestion, ainsi que son fonctionnement ; il détermine aussi la composition, le fonctionnement et les missions du Comité national de suivi. Le Coordonnateur de l'UGP est l'ordonnateur du budget du projet dans sa phase pilote. Il est assisté par une unité de gestion fiduciaire. Le Comité national de suivi est présidé par le Ministre de la Santé, et son vice-président est le Ministre des Affaires sociales et de la Microfinance. Il se réunit une fois par quinzaine. « Les frais liés au fonctionnement du Comité technique et du Comité national de suivi ainsi que l'incidence financière des opérations sont imputés sur le budget du projet » (qui est en-dehors du budget national, comme développé dans la section 3.4). La structure actuelle de gouvernance de l'UGP est matricielle : elle est rattachée de façon hiérarchique à la

¹⁸ Un décret n°2016-711 du 25 novembre 2016 (décret portant création, attributions, organisation et fonctionnement du comité technique de la conception et de l'élaboration du document du Projet Assurance pour le Renforcement du Capital Humain (ARCH)) avait déjà créé, préalablement, un comité technique chargé de proposer au Gouvernement le document de projet détaillé et intégré de protection sociale permettant aux agriculteurs, commerçants, transporteurs, artisans et artistes les plus démunis du secteur informel d'accéder à des prestations de gestion de risque à des coûts réduits. Selon l'article 6 du décret en question, ce comité disposait d'un délai de trente jours, à compter de la date d'installation de ses membres, pour transmettre au Chef de l'État son rapport sur l'architecture et les modalités de mise en œuvre du projet « ARCH ».

¹⁹ Pour garantir la qualité des principales réformes et des programmes initiés par le Gouvernement, en contribuant à l'analyse stratégique, à la conception et au suivi de leur mise en œuvre, ainsi qu'en coordonnant des missions d'investigation ciblées, un Bureau d'Analyse et d'Investigation a été créé auprès de la Présidence de la République, et ce par le biais d'un décret n° 366 du 16 juin 2016.

Présidence, mais travaille de façon fonctionnelle avec le MASM. À terme, sa tutelle devrait passer au MASM.

3.3.3 Le Ministère des Affaires sociales et de la Microfinance (MASM)

Le MASM gère une série d'unités et d'interventions de protection sociale, dont divers centres et initiatives en faveur des personnes handicapées et du troisième âge ainsi que l'appui aux centres de promotion sociale. En particulier, trois institutions sous tutelle du MASM ont des compétences directement en lien avec notre propos.

3.3.3.1 Le Fonds d'appui à la solidarité nationale (FASN)

Le FASN a pour mission de mener des actions de lutte contre la vulnérabilité, l'exclusion sociale et de promouvoir la réadaptation et l'intégration sociale des personnes handicapées en vue de leur participation au développement national (<https://social.gouv.bj/affaires-sociales/dgfas/fonds-daide-a-la-solidarite-nationale-fasn/>). Ce fonds a obtenu un budget de 1,2 milliards FCFA (1.829.388 EUR) en 2019 et 860 millions FCFA (1.311.062 EUR) en 2020.

3.3.3.2 Le Fonds national de la microfinance (FNM)

La mission du FNM est de contribuer au renforcement des capacités financières et techniques des acteurs du secteur de la microfinance, en particulier des SFD, pour satisfaire les besoins de services financiers et non financiers exprimés par les populations à faible revenu (<https://social.gouv.bj/microfinance/dgm/fnm/>). Il était doté d'un budget de subventions de 800 millions FCFA (1.219.592 EUR) en 2019 et 2020.

3.3.3.3 L'Agence nationale de la protection sociale (ANPS)

Elle a été créée via le Décret N°2019-008 du 09 janvier 2019. Elle est administrée par un Conseil d'administration dont les membres ont été nommés par décret n°2019-153 du 05 juin 2019. Celui-ci a tenu sa première session ordinaire le 6 décembre 2019, pour faire le point sur l'état d'avancement global du projet ARCH, évaluer les activités d'opérationnalisation de l'ANPS et discuter du plan de travail 2020 de l'agence dans la perspective de la généralisation des volets crédit et assurance maladie (Unité de Gestion de Projet ARCH, 2019). Elle sera en effet chargée de la coordination de la fourniture des services de l'ARCH. Cependant, elle n'interviendra probablement pas elle-même sur le terrain mais contractualisera différents services avec des structures publiques et privées.

3.3.4 Le Ministère de la Santé (MS)

Outre toutes ses activités liées à l'extension de la couverture sanitaire (offre de services) et les programmes spécifiques de prévention et de prise en charge de certaines maladies (dont le VIH/SIDA qui draine d'importants financements internationaux), le Ministère de la Santé gère une série d'interventions liées à la demande de soins et relevant de l'assistance sociale, dont :

- La prise en charge de la gratuité du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans et les femmes enceintes : budget de 700 millions FCFA (1.067.143 EUR) en 2017, 650 millions FCFA (990.919 EUR) en 2018 et 400 millions FCFA (609.796 EUR) en 2019 et 2020 ;
- L'assistance aux hémodialyses : budget de 2,3 milliards FCFA (3.506.327 EUR) en 2017, 2 milliards FCFA (3.048.980 EUR) en 2018 et 2,2 milliards FCFA (3.353.878 EUR) en 2019 et 2020 ;
- Des subventions à l'endroit des nourrissons et femmes enceintes atteints de drépanocytose : budget de 600 millions FCFA (914.694 EUR) en 2019 et 400 millions FCFA (609.796 EUR) en 2020.

Par ailleurs, plusieurs agences relevant du MS ont aussi des activités de protection sociale en santé :

3.3.4.1 L'Agence nationale de l'assurance maladie (ANAM)

L'ANAM a été créée du temps du RAMU. Toutefois, elle a perdu de l'influence sous le nouveau gouvernement au profit de l'UGP-ARCH et son budget va décroissant, passant de 548 millions FCFA (835.421 EUR) (dont 500 millions de subventions) en 2017 à 280,1 millions FCFA (427.010 EUR) (dont 200 millions de subventions) en 2018, 271,25 millions FCFA (413.518 EUR) (dont 200 millions de subventions) en 2019, pour remonter à 344,55 millions FCFA (525.263 EUR) en 2020 – dû à un triplement des traitements de base, probablement lié à la gestion de la phase pilote du volet assurance maladie de l'ARCH, car en revanche le montant des subventions est descendu à 150 millions FCFA (228.674 EUR).

3.3.4.2 L'Agence nationale de gestion de la gratuité de césariennes

L'Agence nationale de gestion de la gratuité de césariennes a obtenu un budget de 2,19 milliards FCFA (3.338.633 EUR) en 2017, 1,99 milliard FCFA (3.033.735 EUR) en 2018, 1,98 milliard FCFA (3.018.491 EUR) en 2019 et 2 milliards (3.048.980 EUR) en 2020, principalement pour financer ses subventions (1.975 millions FCFA).

3.3.5 Autres ministères et institutions

D'autres ministères et institutions ont des compétences en lien avec l'expansion de la protection sociale pour les populations rurales et du secteur informel.

3.3.5.1 Le Ministère du Plan et du Développement (MPD)

C'est au MPD que sont logés plusieurs projets de coopération internationale dont le Projet de renforcement de la résilience des moyens de subsistances ruraux du PNUD. Le MPD assure aussi le suivi de la mise en œuvre de la PHPS, sur la base des informations récoltées auprès des différentes entités d'exécution.

3.3.5.2 Le Ministère de l'Agriculture, de l'Elevage et de la Pêche (MAEP)

Le MAEP gère plusieurs activités en lien avec la protection sociale, dont le projet d'appui à l'assurance mutuelle agricole du Bénin (PA-AMAB), cofinancé par la BOAD. L'Assurance mutuelle agricole du Bénin (AMAB), qui relève de la tutelle du MAEP, couvre principalement les risques climatiques liés à la production agricole, mais offre également un produit d'assurance individuelle-accidents qui couvre les frais médicaux et pharmaceutiques (voir <http://www.amab.bj/htdocs/presentation/>).

3.3.5.3 Le Ministère du Travail et de la Fonction Publique (MTEFP)

Ce ministère a encore une Direction de la sécurité sociale, de la mutualité et de la santé au travail et c'est lui qui a la tutelle de la Caisse mutuelle de prévoyance sociale (CMPS) (budget de 253 millions FCFA (385.696 EUR), dont 250 millions de subventions, en 2020).

3.3.5.4 Le Ministère des Enseignements Maternel et Primaire (MEMP)

Ce ministère gère un programme de cantines scolaires, qui s'apparente à un programme d'assistance sociale non contributive, et doté d'un budget conséquent (6,8 milliards FCFA (10.366.533 EUR) sur budget national ces dernières années).

3.3.5.5 Le Ministère des Petites et Moyennes Entreprises et de la Promotion de l'Emploi (MPMEPE)

Ce ministère a la tutelle d'une série d'agences et gère des interventions en lien avec la protection sociale, dont l'Agence nationale pour l'emploi (qui bénéficie de 960 millions FCFA (1.463.511 EUR) de budget de subventions en 2020).

3.3.5.6 Le Ministère de l'Intérieur et de la Sécurité Publique (MISP)

C'est sous sa tutelle qu'exerce l'Agence nationale de protection civile, qui gère les secours d'urgence (dotée d'un budget de subventions de 200 millions FCFA (304.898 EUR) en 2019 et 2020, outre ses frais de personnel)

3.3.6 Les réseaux d'acteurs de la société civile

- Outre les acteurs gouvernementaux décrits ci-dessus, une série d'organismes privés et de la société civile offrent des prestations de protection sociale au Bénin, qui se sont regroupés dans plusieurs réseaux. En particulier, citons :
- Le Conseil National des Structures d'Appui aux Mutuelles Sociales (CONSAMUS) qui opère comme la plateforme de concertation nationale des mutuelles de santé au Bénin ;
- La Fédération nationale des mutuelles de santé qui a des démembrements jusqu'au niveau départemental ;
- Le Réseau national multi-acteurs de protection sociale (RNPS), un réseau thématique qui mène depuis 2017 des actions de plaidoyer auprès des décideurs clés.

NB : Les rôles de ces acteurs de la société civile sont davantage développés dans les Work Packages sous la responsabilité de l'UCLouvain.

3.4 Financement de la protection sociale

Notons tout d'abord qu'au Bénin, il existe une **pluralité de mécanismes de financement** de la santé et de la protection sociale : une étude a recensé l'existence de pas moins de 19 régimes de financement de la santé, dont cinq régimes de gratuité (Kelley et al. 2014). La politique d'ARCH vise à terme à partiellement unifier ou du moins à rendre plus rationnels ces mécanismes de financement (notamment les gratuités), mais à ce stade, les mécanismes de financement sont encore extrêmement fragmentés.

3.4.1 Tendances passées

Les tableaux suivants montrent une série de données sur le financement de la protection sociale au Bénin sur la période 2015-2017.²⁰ Ils contribuent à **illustrer la fragmentation du système de protection sociale au Bénin**. Plusieurs faits saillants de ces tableaux sont les suivants :

- Les dépenses de protection sociale ont brutalement chuté entre 2015 et 2016, principalement du fait de la baisse drastique dans les « dépenses apparentées » (seconde partie du Tableau 1) ; elles ont remonté en 2017, mais sans atteindre le niveau de 2015 en termes nominaux ;

²⁰ Ces tableaux comportent des incohérences, notamment pour ce qui concerne le coût des mesures de gratuité dans les secteurs sociaux (total erroné dans le Tableau 1 ; discordances de totaux entre le Tableau 1 et le Tableau 7) ; ne disposant pas des données primaires, nous ne sommes pas en mesure de savoir d'où viennent ces erreurs.

- Près de la moitié (45%) du total des dépenses de protection sociale sur la période 2015-2017 est absorbée par le financement du déficit du FNRB, ce qui soulève la question de savoir s'il s'agit réellement d'un mécanisme contributif, c'est-à-dire d'assurance sociale ;
- Les diverses initiatives de gratuité dans les secteurs sociaux (santé, éducation) comptent pour environ 1/5 du total.²¹

Tableau 1 : Répartition des dépenses de protection sociale et dépenses apparentées, base ordonnancement, en millions de francs CFA.

	2015	2016	2017	2015-17	% du total
Dépenses de protection sociale					
Financement du déficit du FNRB	39 271	41 331	45 256	125 858	45,1
Assurance sociale (excluant FNRB)	1 014	629	703	2 347	0,8
Transferts sociaux directs aux ménages	1 084	1 527	597	3 208	1,1
Cantines scolaires	9 948	4 591	11 159	25 698	9,2
Assistance sociale, éducation (excluant cantines)	878	845	917	2 641	0,9
Assistance sociale, santé	985	410	623	2 018	0,7
Services d'action sociale	5 015	3 085	9 736	17 836	6,4
Sous-total	58 195	52 419	68 993	179 607	64,3
Dépenses apparentées					
Formation et crédit, secteur informel	16 514	3 724	14 213	34 451	12,3
Appuis aux petits exploitants agricoles	9 860	2 731	2 323	14 915	5,3
Gratuité dans les secteurs sociaux	20 184	13 404	12 479	39 851	18,0
Sous-total	46 559	22 155	30 864	99 578	35,7
Total	104 753	74 574	99 857	279 184	100,0

Source : SIGFIP (ministère de l'Economie et des Finances) et données supplémentaires fournies par les ministères sectoriels et les PTF.

Source : OPM (2018)

Tableau 5 : Dépenses d'assistance sociale dans le secteur de la santé, base ordonnancement, en millions de francs CFA.

	2015	2016	2017	2015-2017
Fonds sanitaire des indigents	746	84	146	976
PRPSS, composante 2A : Renforcement du processus d'identification des ménages indigents	233	319	477	1 030
Consultations médicales gratuites de personnes âgées (OMS)	5	8	0	13
Total, assistance sociale dans le secteur de la santé	985	410	623	2 018

Sources : MEF, MS, PRPSS, MASM.

Source : OPM (2018)

²¹ Le total étant erroné dans le Tableau 1, et les totaux des années 2016 et 2017 ne correspondant pas dans les Tableaux 1 et 7, nous ne savons pas quels sont les bons chiffres à prendre en compte.

Tableau 7 : Dépenses de financement des mesures de gratuité dans les secteurs sociaux, base ordonnancement, en millions de francs CFA.

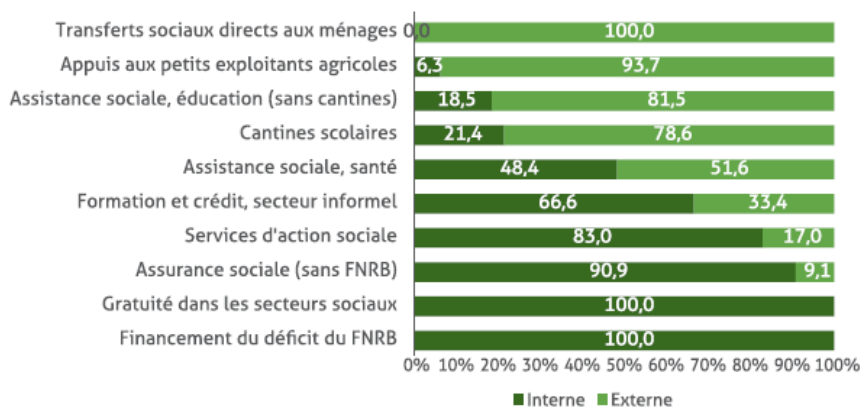
	2015	2016	2017	2015-2017
Education				
Prise en charge des frais de scolarité dans les écoles primaires publiques	6 527	6 729	6 390	19 646
Prise en charge des droits d'inscription des filles du 1 ^{er} cycle de l'enseignement secondaire ¹	3 021	3 480	3 076	9 576
Sous-total, secteur de l'enseignement	9 548	10 209	9 466	29 222
Santé				
Prise en charge gratuite du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans et les femmes enceintes	787	531	249	1 567
Agence nationale de gestion de la gratuité des césariennes	2 710	2 175	2 175	7 060
Prise en charge des évacuations sanitaires	923	489	589	2 002
Prise en charge des dialysés ²	6 216	2 296	1 848	10 361
Sous-total, secteur de la santé	10 637	5 491	4 862	20 990
Total, mesures de gratuité dans les secteurs sociaux	20 184	15 700	14 327	50 212

¹ Inclut la filière science et technologie du 2^e cycle de l'enseignement technique. ² Base engagement. Source : MEF, MS.

Source : OPM (2018)

Par ailleurs, la Figure ci-dessous indique l'origine des fonds consacrés à différentes mesures de protection sociale. On constate ainsi que les transferts sociaux directs aux ménages (qui ne représentent somme toute que 1% du total des dépenses de protection sociale) sont exclusivement financées sur ressources extérieures. Les cantines scolaires (qui représentent 9,2% du total) sont financées à plus de 80% sur ressources extérieures. En revanche, les mesures de gratuité dans les secteurs sociaux et le financement du déficit du FNRB étaient – du moins à l'époque (2015-2017) – financées à 100% sur budget national.

Figure 8 : Répartition des sources de financement par postes de dépenses, 2015-2017 (%)



Source : SIGFIP (ministère de l'Economie et des Finances) et données supplémentaires fournies par ministères sectoriels et PTF.

Source : OPM (2018)

3.4.2 Situation actuelle

Dans le cadre de son programme avec le FMI, le Bénin a convenu d'un plancher de dépenses sociales prioritaires (IMF 2018). Selon le *Rapport d'Avancement 2018 du PC2D* (pp. 136-137), au titre de 2018, « le Gouvernement a consolidé ses priorités en matière sociale en atteignant et dépassant la valeur-plancher des dépenses sociales (167,0 Mds de francs CFA) convenue avec le Fonds Monétaire International [...]. Ces dépenses ont été exécutées de façon satisfaisante en s'établissant à 202,4 Mds de francs CFA pour une dotation de 366,0 Mds de francs CFA répartie entre les

sectoriels [...], soit un taux d'exécution de 121,2%. » A noter aussi que « Dans le secteur de la santé, l'assistance aux hémodialysés, la vaccination et les soins de santé primaires ainsi que la gratuité de la césarienne et l'appui aux hôpitaux dont le CNHU constituent les principaux moteurs de l'action sociale du Gouvernement... ».

Selon le « Cap sur les principales mesures sociales du budget 2019 de l'État », le Ministère de l'Economie et des Finances explique que le Gouvernement a entrepris « de consolider le modèle social béninois. Cette démarche qui vise prioritairement les couches les plus vulnérables, repose principalement sur (i) le renforcement des programmes sociaux existants, (ii) la mise en œuvre de nouvelles initiatives à forte portée sociale et (iii) l'amélioration du cadre de vie. Toutes ces mesures sont évaluées pour l'année 2019 à 425.972.742.310 FCFA [soit près de 650 millions d'Euros], largement au-dessus des 180.000.000.000 de FCFA convenu avec le FMI dans le cadre de la budgétisation des dépenses sociales prioritaires et, en constante croissance de 10% en moyenne annuelle depuis 2016 » (MEF 2019). En particulier, les activités financées par l'État dans le domaine de la santé et de l'action sociale en 2018 et 2019 étaient les suivantes :

Ministère / Institution	Intitulé	Crédits 2018 (en FCFA)	Crédits 2019 (en FCFA)
MS	Poursuite des programmes de vaccination	2 405 475 000	2 165 000 000
	Appui alimentaire aux malades	293 480 000	316 829 000
	Prise en charge des opérations de césarienne	1 975 000 000	1 500 000 000
	Lutte contre le SIDA	2 434 620 000	2 147 554 000
	Fonds d'Urgence	500 000 000	2 000 000 000
	Assistance aux Hémodialysés	2 000 000 000	2 500 000 000
	Prise en charge nourrissons et femmes atteintes de la drépanocytose	300 000 000	600 000 000
	Lutte contre la tuberculose	595 000 000	495 000 000
	Lutte contre la lèpre et l'ulcère de buruli	438 000 000	388 000 000
	Mise en place du cadre organisationnel de la promotion des soins palliatifs	-	150 000 000
	Prise en charge maladie transmissibles et non transmissibles	227 800 000	237 245 000
	Lutte contre le paludisme (distribution de masse des moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action, prise en charge des enfants de 0 à 5 ans, etc.)	2 164 000 000	1 714 000 000
MASM	Fonds d'appui à la solidarité nationale	200 000 000	1 150 000 000
MEF	Assurance Maladie	1 200 000 000	3 200 000 000
PR	Alimentation et Nutrition	2 717 333 000	3 723 727 000
TOTAL		17 450 708 000	22 287 355 000

Le tableau ci-dessus confirme encore le diagnostic de la diversité, voire la **fragmentation actuelle des mesures de protection sociale, en particulier dans le domaine de la santé**. Cette fragmentation est souvent due à la pression des PTF et devrait être réduite lorsque l'ARCH sera pleinement opérationnel.

Notons que le **RAMU** bénéficiait jusqu'en 2018 d'un **compte d'affectation spéciale** (crédité à hauteur de 748 millions FCFA (1.140.319 EUR) en 2017 et 1.500 millions FCFA (2.286.735 EUR) en 2018). Ce compte était approvisionné par des recettes affectées : un pourcentage de la taxe à l'embarquement jusqu'en 2017 (28 millions FCFA (42.686 EUR) cette année-là) ainsi que 3,03% de la redevance GSM (720 millions FCFA (1.097.633 EUR) en 2017 et 1.500 millions FCFA (2.286.735 EUR) en 2018). Cependant, ce compte a été **supprimé en 2019**, et son reliquat reversé au budget général de l'État.

Le financement de la phase pilote de l'ARCH est hors budget et assuré principalement par des financements internationaux – ce qui pose des questions

quant à la transparence, à l'appropriation et à la durabilité du financement de l'ARCH à terme. Outre le financement des structures qui gèrent ou accompagnent l'ARCH, qui repose sur des crédits généraux dans le budget national annuel, le budget de la phase pilote du volet assurance maladie de l'ARCH a été arrêté à 2.855.511.688 FCFA (4.353.200 EUR). Au cours du second semestre 2019, l'UGP a fait un appel de fonds de 611.356.770 FCFA (932.007 EUR) et a décaissé un total de 604.680.948 FCFA (921.830 EUR) (Unité de Gestion du Projet ARCH, 2019). Le financement de la phase pilote de l'ARCH est effectué à travers un **compte spécial ouvert à la Banque centrale**. Les ressources pour le financer ont principalement été mobilisées à l'international : 1,25 milliards FCFA (1.905.613 EUR) mobilisés auprès de la Banque mondiale, 350 millions FCFA (533.572 EUR) auprès de l'USAID, 40 millions FCFA (60.98 EUR) auprès de l'UNICEF et surtout, 83 milliards FCFA (126.532.684 EUR) sous forme d'un prêt du Crédit suisse – plus 1 milliard FCFA (1.524.490) sur budget national pour les études (Présidence de la République du Bénin 2019).

3.4.3 Projections pour le futur

Selon les autorités béninoises, le **coût total du projet ARCH** (toutes composantes confondues) sur les 5 ans du PAG (2017-2021) est d'un peu plus de **313 milliards de FCFA** (477.165.424 EUR). La fiche de projet ARCH (République du Bénin 2017) indique les financements disponibles suivants pour les différentes composantes du projet.

Tableau n° 5: Montant des financements disponibles en milliards de FCFA

Services	BID	BADEA	BM/IDA	Fonds Mondial	AFD	DDC/ Coop. Suisse	UNCDF	TOTAL
ASSURANCE MALADIE	-	-	-	8,0	-	-	-	8,0
FORMATION			4,0		0,235	0,85		5,085
MICRO CREDIT	24,155	2,4					0,378	26,933
RETRAITE	-	-	-	-	-	-	-	
TOTAL	24,155	2,4	4,0	8,0	0,235	0,85	0,378	40,018

Source : République du Bénin (2017)

Par ailleurs, les ressources mobilisables par l'État seraient les suivantes. Toutefois, nous avons déjà fait remarquer qu'à l'heure actuelle, les ressources existantes ne sont pas affectées à l'ARCH, mais reversées au budget général de l'Etat. Quant à la taxe de solidarité, elle n'a pas encore cours, vu que le volet contributif de l'ARCH n'est pas encore en place.

Tableau n° 6 : Ressources mobilisables par l'Etat (en FCFA)

Nature des ressources	Montant	Affectation envisagée
1. Dotation microfinance <i>Reliquat disponible des dotations antérieures au Fonds National de Microfinance</i>	10 milliards en 2017	Fonds de roulement pour le volet Micro-crédit de ARCH : contribution au financement de la quote-part de 10% l'Etat dans le projet ARCH
2. Redevance spectrale <i>Redevance Instituée à partir de 2017 qui est à collecter auprès des sociétés de téléphonie mobile installées au Bénin</i>	47 milliards de rendement annuel à partir de 2018	Financement des infrastructures sanitaires (hôpitaux et centres de santé) et mise aux normes des plateaux techniques Subvention des activités de ARCH à partir de 2022
3. Taxe de solidarité sur les primes d'assurance <i>A instituer dès le démarrage de ARCH</i>	6 milliards par année	Subvention des activités de ARCH à partir de 2022
4. Trois taxes créées en 2014 dans le cadre de la Loi sur le RAMU (Taxe à l'embarquement, taxe sur les redevances GSM et droits d'accises sur les véhicules à grosse cylindrée) <i>Taxes à reconduire pour le financement de ARCH avec la création d'un compte d'affectation spéciale du Trésor</i>	9 milliards de rendement annuel depuis 2016	Contribution au financement de la quote-part de 10% de l'Etat dans le projet ARCH Subvention des activités de ARCH à partir de 2022

Source : République du Bénin (2017)

En vue d'assurer la viabilité à long terme du projet, le financement de l'ARCH, dans sa phase de pérennisation, devrait être effectué à terme à travers un **compte d'affectation spéciale** qui devrait être créé avec la loi instaurant l'ARCH. Outre les cotisations des membres (autres que les « pauvres extrêmes »), des taxes spécifiques devraient lui être affectées (certaines existent déjà mais ne sont pas encore affectées à l'ARCH, d'autres seront créées, notamment la taxe de solidarité qui sera ponctionnée sur les primes d'assurance privée).

Les deux tableaux ci-dessous montrent les projections de besoins de financement public (sur budget national ou éventuellement avec l'appui de partenaires) de l'assurance maladie à plus long terme. Même si les paramètres de calcul vont probablement changer suite à la phase pilote, les besoins seront vraisemblablement très élevés, de l'ordre de 40 milliards FCFA (près de 61 millions d'Euros) par an – qui devront venir en surplus de toute une série de dépenses du côté « offre » du système de santé.

Tableau 21 : Besoins de dépenses de protection sociale, 2018-2025 (% du PIB).

	Moyenne 2015-17	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Prestations de base									
Subvention d'assurance maladie	0,03	0,03	0,62	0,57	0,53	0,49	0,45	0,41	0,37

Source : OPM (2018)

Tableau 12 : Subventionnement de l'assurance maladie, 2018-2025.

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Paramètres supposés								
Prime par adulte	0	16875	17297	17833	18297	18773	19261	19762
Prime par enfant (moins de 18 ans)	0	6328	6486	6688	6861	7040	7223	7411
Coût de gestion (15 %)	0	0,15	0,15	0,15	0,15	0,15	0,15	0,15
Bénéficiaires								
Nombre de bénéficiaires (en milliers)	0	4290	4241	4184	4223	4195	4147	4080
Pauvres extrêmes	0	2555	2481	2412	2325	2230	2128	2019
Pauvres non extrêmes	0	1735	1760	1772	1899	1965	2019	2061
Besoins en dépenses (millions de francs CFA)	1487	39235	39421	39832	40394	40535	40492	40242
Pauvres extrêmes	0	26569	26441	26508	26210	25797	25259	24585
Pauvres non extrêmes	0	7548	7838	8128	8916	9451	9952	10408
Coûts de gestion	0	5118	5142	5195	5269	5287	5282	5249
Autres programmes (2018 seulement)	1487	0	0	0	0	0	0	0

Sources : UCP-ARCH et calculs des auteurs.

Source : OPM (2018)

Une étude datant d'il y a quelques années avait identifié le potentiel politique et fiscal de cinq mécanismes dits innovants pour contribuer à combler le déficit de financement de la couverture santé universelle (panier de base offert à la population). Les mécanismes sélectionnés, à travers une approche participative, sont une taxe sur les billets d'avion, une taxe sur les transactions financières, une taxe sur l'alcool, une loterie nationale, et une taxe sur la téléphonie. Ces cinq taxes pourraient générer 54 millions USD en moyenne et elles pourraient combler en tout ou en partie (selon le scénario) le déficit financier du secteur santé. L'augmentation du niveau d'imposition au regard de toutes ces options augmenterait le ratio PIB/impôts de seulement 0,2 points de pourcentage, passant ainsi d'une moyenne de 19,9 à 20,1%. L'analyse suggère que les deux meilleures options de mobilisation de ressources additionnelles sont la taxe sur le transport aérien et la taxe sur l'alcool (Brikci et Murray 2015). À noter que, dans l'hypothèse où ces taxes seraient levées pour financer le volet assurance maladie de l'ARCH, **d'une part, ces estimations ne sont pas suffisantes au regard des besoins et, d'autre part, les sources de financement proposées dans cette étude n'ont été reprises que pour partie dans le projet actuel de financement de l'ARCH.** Le tableau ci-dessous montre les estimations détaillées des sources de financement innovant.

Tableau 25 : Estimation du rendement potentiel de sources de financement innovant aux prix de 2015.

	Rendement (milliards de francs CFA)		En % du PIB de 2015	
	Max	Min	Max	Min
Redevance sur l'exploitation d'Internet	2,81	2,81	0,06	0,06
Taxe à l'embarquement pour les sociétés de transport routier	0,99	1,10	0,02	0,02
Redevance sur les messages échangés sur les réseaux GSM	2,38	4,75	0,05	0,10
Forfaits Internet des opérateurs GSM	1,13	1,13	0,02	0,02
Délivrance de visas à l'aéroport de Cotonou	3,00	6,00	0,06	0,12
Taxes sur abonnements aux bouquets de chaînes de télévision	2,16	2,16	0,04	0,04
Total	12,47	17,95	0,25	0,37

Source : MEF, 2015.

Source : OPM (2018)

Enfin, un récent rapport du FMI fait remarquer qu'après plusieurs années d'augmentation rapide entre 2008 et 2016, les autorités prennent des mesures pour contenir les dépenses courantes afin de créer de l'espace fiscal pour des investissements publics plus importants et des dépenses en faveur des pauvres. Depuis 2016, la masse salariale a été rationalisée sans réduire le nombre de

fonctionnaires ni diminuer leur salaire de base. Pour la seule année 2019, diverses mesures devraient permettre d'économiser environ un demi pourcent du PIB. Les autorités ont décidé d'affecter la moitié de cette épargne aux augmentations de salaires, notamment dans les secteurs de l'éducation et de la santé, pour honorer les engagements pris par les gouvernements précédents. Les services du FMI ont collaboré avec les autorités et les partenaires au développement pour estimer les besoins considérables en dépenses nécessaires pour atteindre les ODD au Bénin. Les besoins en dépenses de santé sont encore plus importants et le Bénin devrait presque doubler ses dépenses de santé (dépenses additionnelles de 5,1% du PIB) pour atteindre les ODD. Ce montant permettrait d'engager 8 fois plus de médecins et 4 fois plus de personnel d'appui (FMI 2018). Toutes ces dépenses doivent bien entendu s'ajouter à celles du volet « demande » à travers la subvention de l'assurance maladie.

À noter que **les estimations de dépenses budgétaires ci-dessus sont réalisées sur la base des hypothèses mentionnées dans le document de projet initial de l'ARCH**, c'est-à-dire le paiement, par l'Etat, de 100% de la prime des extrêmes pauvres, et de 40% de la prime des pauvres non extrêmes, avec les estimations de taux de pauvreté avant enquête communautaire. Dès lors, non seulement ces estimations sont sensibles à des variations d'hypothèses suite à la phase pilote de l'ARCH, mais surtout, elles ne disent rien sur deux éléments importants du mécanisme de financement, à terme, du volet assurance maladie de l'ARCH :

- Premièrement, **la partie contributive de l'ARCH** (les 60% restant à charge des pauvres non extrêmes) : sera-t-on en mesure de collecter ces primes auprès des populations cibles – tant du point de vue pratique que du point de vue de leurs capacités contributives ? Si le gouvernement a choisi de développer l'ARCH à destination première des pauvres, comment son financement va-t-il s'articuler avec les régimes contributifs (outre la « prime de solidarité » qui devrait être payée par les non-pauvres sur la base de leurs primes d'assurance privée) ? Pourquoi ne pas ouvrir l'assurance maladie de l'ARCH à des non-pauvres ?
- Deuxièmement, nous n'avons pas pu trouver d'information sur quel acteur – l'Etat ou l'assureur privé en charge du volet assurance maladie – assumera le **risque financier lié à de probables variations** (qu'elles soient positives ou négatives) **entre le montant des primes** payées (par l'Etat ou par eux-mêmes) pour affilier les pauvres à l'ARCH, **et le montant total des remboursements** des soins de santé. Si l'assureur refuse d'encourir ce risque, cela pourrait constituer davantage de dépenses à charge du budget de l'Etat ; en revanche, si l'assureur accepte de fonctionner selon un système normal d'assurance, et donc d'assumer la variabilité, cela pourrait coûter cher à l'Etat dans l'hypothèse d'une sous-consommation de soins de santé par rapport au montant fixé pour les primes.

En résumé, **la généralisation de l'ARCH aura à terme des répercussions budgétaires importantes, mais il n'apparaît pas encore très clairement comment elles seront financées**, ni du point de vue de la mobilisation des ressources, ni du point de vue de la gestion financière.

4 WP 4 : REVUE DE L'EXPÉRIENCE INTERNATIONALE ET DES PRATIQUES PROMETTEUSES EN MATIÈRE DE PROTECTION SOCIALE POUR LES POPULATIONS RURALES ET LES ACTEURS DU SECTEUR INFORMEL

4.1 Méthodologie adoptée pour ce WP

Les données ont été collectées à travers une revue ciblée de la littérature grise et scientifique (particulièrement focalisée sur les expériences intéressantes du Ghana, de l'Éthiopie, du Rwanda et du Sénégal), complétée par notre expérience préalablement acquise dans deux de ces pays – évaluation du secteur santé au Ghana en 2016 (Particip and IEG 2017), projet de recherche pour le développement sur le financement de la couverture maladie universelle au Sénégal depuis 2015 – et d'autres entretiens complémentaires avec des informateurs clés au niveau international, à savoir : le Prof. Bart Criel de l'Institut de médecine tropicale d'Anvers, le Dr Denis Porignon de l'OMS (Genève), le Dr Remo Meloni (consultant et ancien assistant technique auprès du Ministère de la Santé du Rwanda) et Marie-Claudia Badiane (doctorante en sciences juridiques, Sénégal). L'analyse a été menée sur la base de la revue documentaire et des entretiens.

4.2 L'argumentaire du mouvement mutualiste en Afrique de l'Ouest et centrale

Un mouvement mutualiste a émergé dans plusieurs pays africains à la fin des années 1980. Des initiatives soutenues par des organisations internationales dont l'OIT en chef de file avec son programme STEP, ont été déployées afin d'étendre le mouvement mutualiste africain. L'OIT a, ainsi, travaillé avec des organisations partenaires et les a réunies au sein d'un vaste réseau, leur permettant d'échanger des connaissances pratiques et d'interagir de manière plus efficace avec les prestataires de soins, les organisations de soutien, les services publics et les bailleurs de fonds. En particulier, le réseau de « La Concertation entre les acteurs du développement des mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre », couramment appelé « La Concertation », a permis d'établir un premier document politique international, appelé la Plateforme d'Abidjan, afin de partager les revendications au-delà des frontières et d'œuvrer, ensemble, à des stratégies de réduction des risques sociaux et d'extension de la protection sociale dans le cadre de la lutte contre la pauvreté (Plate-forme d'Abidjan 1998).

Le mouvement mutualiste s'est alors développé, même si les systèmes tendent souvent à demeurer communautaires et de petite taille, faute d'avoir bénéficié de politiques volontaristes d'appui de la part des pouvoirs publics. Les mutuelles ont connu une vague de structurations et d'articulations aux niveaux nationaux, en créant des plateformes mutualistes représentatives au sein de leur pays. Avec l'appui de leurs partenaires, ces plateformes se sont engagées dans une dynamique de renforcement de capacités. Ainsi, elles se sont dotées de compétences techniques et thématiques en termes de gestion opérationnelle de la couverture maladie (Plateforme de Lomé 2019).

En janvier 2019, le mouvement mutualiste africain a publié la « Plateforme de Lomé », un document comprenant des revendications envers les gouvernements nationaux et les organisations internationales, en demandant leur reconnaissance, leur soutien pour pouvoir se professionnaliser et contribuer pleinement au développement de la CSU dans leur pays. Les cosignataires de ce document comprennent trois organisations internationales (l'Association internationale de la

mutualité, l'Association Internationale de la Sécurité Sociale et le Réseau Education et Solidarité), des réseaux mutualistes africains²² et des partenaires européens (mutuelles, ONG et un institut de santé publique). Outre les revendications vis-à-vis des autorités publiques, le document s'adresse également au mouvement mutualiste, en lui donnant une feuille de route vers l'intégration des mutuelles de santé dans les efforts d'extension de la CSU. Ce document fait également un bilan du mouvement mutualiste entre 1998 et 2018, en pointant sa dynamique de structuration régionale ou nationale.

Le règlement N°07/2009/CM/UEMOA portant réglementation de la mutualité sociale au sein de l'UEMOA a le potentiel de favoriser le développement d'une structuration régionale du mouvement mutualiste. En effet, les gouvernements des Etats-membres associés à des représentants des plateformes mutualistes nationales se réunissent au sein d'un cadre de concertation, le Comité Consultatif de la Mutualité Sociale, qui veille à l'application du règlement. Dans plusieurs pays, les plateformes nationales sont devenues des véritables porte-paroles du mouvement mutualiste vis-à-vis des acteurs étatiques ; elles se sont organisées avec les prestataires de soins afin d'établir des partenariats en vue de l'amélioration de la qualité des soins, par exemple sous la forme de « conventionnement ». Dans plusieurs pays, les mutuelles de santé assument des rôles clairement définis dans les politiques de CSU et de protection sociale universelle.

La Plateforme de Lomé contient trois revendications qui pourraient interpeller les autorités béninoises :

- En ce qui concerne l'engagement politique, le mouvement mutualiste demande le renforcement et la mise en œuvre d'un dispositif légal des mutuelles de santé et des mesures d'application garantissant leur viabilité d'un point de vue institutionnel, technique, financier et fonctionnel ;
- Pour ce qui a trait à l'adhésion obligatoire, le mouvement mutualiste demande l'instauration et la mise en œuvre effective de mécanismes d'adhésion obligatoire à la couverture sanitaire pour l'ensemble de la population, reposant sur un processus évolutif ;
- Enfin, du point de vue de la délégation de gestion, le mouvement mutualiste demande que la gestion et l'organisation de la CSU repose sur une délégation de gestion confiée aux mutuelles par l'État. En effet, la protection sociale et l'assurance maladie peuvent être réalisées dans un système multipartite dans lesquels sont intégrés les différents acteurs actifs dans ce secteur : initiatives de gratuité, caisses nationales de sécurité sociales et mutuelles.

Enfin, remarquons que la coopération belge soutient le renforcement du mouvement mutualiste, à travers une coalition de mutualités et d'ONG belges (MASMUT) qui travaillent avec leurs partenaires africains pour le développement du mouvement mutualiste dans huit pays de l'Afrique de l'Ouest et centrale.²³

²² Au Bénin, la plateforme nationale s'appelle le Conseil National des Structures d'Appui à la Mutualité Sociale (CONSAMUS), qui est cosignataire de la Plateforme de Lomé.

²³ Le Programme MASMUT 2014-2016 est devenu la synergie MASMUT 2017-2021, tous deux reposant sur une coalition de trois ONG et de trois mutualités belges, en partenariat avec les plateformes mutualistes des huit pays africains, dont la CONSAMUS au Bénin.

4.3 Littérature internationale sur le potentiel des mutuelles de santé pour tendre vers la CSU

4.3.1 Les effets des mutuelles au niveau « micro »

Il existe une grande diversité dans la forme et la portée des régimes de mutuelles et des contextes dans lesquels elles se développent, de manière telle qu'il est difficile de tirer des conclusions générales. Néanmoins, une revue systématique des données probantes sur l'assurance maladie à base communautaire (AMBC) dans les pays à faible revenu, effectuée en 2004, a conclu que, dans l'ensemble, la base de données probantes a une portée limitée et est de qualité douteuse. Il existe des preuves solides que **l'AMBC offre une certaine protection financière en réduisant les dépenses personnelles**. Il est apparu que de tels systèmes sont **modérément efficaces pour ce qui est d'améliorer le recouvrement des coûts**. Il n'y a que **peu ou pas de preuves que les programmes ont un effet sur la qualité des soins** ou sur l'efficacité avec laquelle les soins sont prodigués. En termes absolus, **les effets sont faibles et les régimes ne desservent qu'une partie limitée de la population**. La principale conséquence politique de cette revue systématique est que **ces types de financement communautaire sont, au mieux, complémentaires à d'autres systèmes plus efficaces de financement de la santé** (Ekman 2004). Plus récemment, une revue systématique de l'AMBC et de l'assurance maladie sociale (AMS) en Afrique et en Asie a conclu que des preuves solides montrent que **l'AMBC et l'AMS améliorent l'utilisation des services et protègent financièrement leurs membres en réduisant leurs dépenses personnelles**, et que **l'AMBC améliore également la mobilisation des ressources** ; des preuves faibles indiquent un **effet positif des AMBC et AMS sur la qualité des soins et l'inclusion sociale** (Spaan et al. 2012).

Il convient également de noter que **divers types de rémunération des prestataires sont appliqués par les régimes d'AMBC**, et les données probantes suggèrent que la rémunération des prestataires **influence la performance de l'AMBC** à travers la participation et le soutien des prestataires, l'inscription de la population et la satisfaction des patients, la quantité et la qualité des services fournis et la rétention des prestataires et des patients (Robyn et al., 2013).

Quant à sa **faisabilité**, le manque de fonds, la mauvaise qualité des soins et le manque de confiance sont les principales raisons de la **faible couverture de l'AMBC** dans les pays à revenu faible et intermédiaire (Adebayo et al. 2015). Dans le même ordre d'idées, une récente étude Cochrane a permis d'identifier un certain nombre de **facteurs associés positivement et négativement à l'adhésion** à l'AMBC et à l'assurance volontaire. Elle a mis en évidence deux facteurs clés qui facilitent les décisions d'adhésion et de rétention : la connaissance et la compréhension du principe de l'assurance et de l'AMBC, et la qualité des soins de santé. De même, trois autres facteurs clés se sont avérés être des obstacles à l'adhésion et au renouvellement : les règles rigoureuses de certains régimes d'AMBC, l'absence d'un cadre juridique et stratégique adéquat en soutien à l'AMBC, et des paquets de services couverts inappropriés (Panda et al. 2016).

Enfin, les obstacles financiers ne sont pas les seuls et si l'on n'examine pas l'ensemble des obstacles à l'accès, les efforts visant à promouvoir un accès équitable aux soins de santé ont peu de chances d'aboutir. O'Connell et al. (2015) ont identifié cinq types dominants **d'obstacles non financiers à l'accès aux soins** : l'ethnicité ; la religion ; l'accessibilité physique ; la prise de décision, le genre et l'autonomie ; et le savoir, l'information et l'éducation. Leur analyse a fait ressortir que les facteurs non financiers constituent des obstacles considérables à l'accès, dont bon nombre sont

liés à la dimension d'acceptabilité et sont difficiles à surmonter. Les politiques de CSU doivent donc tenir compte de ces obstacles si elles veulent atteindre leurs objectifs.

Dans le cas précis du Bénin, l'étude socio-anthropologique menée par Julie Failon (2007) fait remarquer que les mutuelles étudiées « se développent dans le même environnement institutionnel, politique, économique et sanitaire » mais ont des impacts sur leurs populations cibles « fortement dissemblables ». On note des dysfonctionnements dus à une information lacunaire, des interactions limitées entre les différents partenaires et des déficits organisationnels. L'analyse révèle par ailleurs « l'importance du facteur financier dans le développement de ces systèmes de [micro-assurance santé] » et, en particulier, l'importance d'un financement extérieur dans la mise en place et le développement de ces organisations. Pour Failon (2007, p. 97), « les performances ou les lacunes en termes de formation, de gestion, de suivi, d'informations et de sensibilisation, semblent découler largement des moyens dont disposent chacun des systèmes. En outre, force est de constater que les infrastructures sanitaires publiques souffrent de carences importantes tant sur les plans techniques que relationnels ».

4.3.2 Un faible potentiel dans l'expansion de la protection contre le risque maladie dans le cadre de la CSU

Tout d'abord, c'est assez récemment que la notion d'assurance sociale a été étendue aux mécanismes d'assurance gérés par des organisations communautaires ou par des ONG/entreprises sociales visant à couvrir les personnes travaillant dans les zones urbaines et les zones rurales. Toutefois, généralement, **la société civile a une influence limitée sur les politiques de protection sociale** au niveau national, notamment du fait que les organisations de la société civile ne sont pas toujours bien structurées pour exercer une pression efficace sur les gouvernements par rapport aux politiques de protection sociale qui cherchent à répondre aux besoins des différents groupes de la société et qui comprennent diverses mesures (Fonteneau et al. 2015).

Ensuite, pour ce qui concerne la santé en particulier, **l'assurance maladie volontaire représente une très faible proportion de la dépense totale de santé** dans de nombreux pays à revenu faible et intermédiaire. Pettigrew et Mathauer (2016) estiment qu'en 2012, la part de l'assurance maladie volontaire dans ces pays était inférieure à 1% dans 49 des 138 pays concernés ; elle variait de 1 à 5% dans 39 pays et était supérieure à 5% dans 23 pays. En effet, **le consentement à payer pour l'assurance maladie dans ces pays est faible** (Nosratnejad et al. 2016). C'est ce qui pousse de nombreux acteurs – depuis l'OMS (2010) jusqu'aux mutualistes (Plateforme de Lomé 2019) – à plaider pour l'instauration et la mise en œuvre effective de mécanismes d'adhésion obligatoire à la couverture contre les risques sanitaires pour l'ensemble de la population.

Il y a deux ans, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a réalisé une revue de littérature visant à apprécier le potentiel de l'AMBC en termes de progrès vers la CSU. Les messages-clés de la note de politique sont les suivants :

- De nombreux espoirs ont été placés dans l'AMBC, tant par les bailleurs de fonds que par les gouvernements qui ont contribué à leur développement. Cependant, **l'impact de l'AMBC en termes de protection financière et d'accès aux soins de santé nécessaires est relativement faible**.
- Tant la théorie que les faits suggèrent aujourd'hui qu'un modèle d'AMBC, c'est-à-dire des systèmes d'assurance de petite échelle à adhésion volontaire, peut jouer un **rôle très limité pour aider les pays à progresser vers la CSU**.

- Dans la plupart des pays, **l'adhésion aux AMBC reste très faible et les catégories de population les plus pauvres en sont généralement exclues**. Les AMBC souffrent du phénomène de sélection adverse : les individus qui n'ont pas de besoins de santé spécifiques ou réguliers ont tendance à ne pas s'affilier sur une base volontaire.²⁴ Il n'y a habituellement que peu ou pas de subvention pour faciliter l'adhésion des populations pauvres et/ou vulnérables.
- Pour les pays avec des AMBC établies, une option souhaitable est **d'intégrer et de fusionner ces caisses existantes en un fonds d'assurance santé national unique** (avec potentiellement des branches décentralisées) ou en un **ensemble de caisses interconnectées et interdépendantes qui peuvent offrir des paniers de soins similaires** et agir comme des agences d'achat stratégique de services de santé, tout en maintenant un fort niveau de redevabilité au niveau local. À ce niveau, **les AMBC peuvent avoir un impact positif en termes de construction institutionnelle et de mise en place d'une gouvernance plus équilibrée** sur le trajet vers la CSU.
- La théorie et la pratique suggèrent également que **la réassurance à travers des compagnies commerciales n'a pas été une solution au problème de fragmentation des AMBC** et semble moins viable sur le long terme que la stratégie consistant à créer plusieurs niveaux de mise en commun ou encore un fonds unique de mutualisation.

Le tableau ci-dessous résume les caractéristiques principales des AMBC ainsi que leurs effets sur le progrès vers la CSU.

Tableau 1 : Les effets des assurances maladie à base communautaire sur le progrès vers la CSU	
	Principales caractéristiques et effets des A.M.B.C. sur le progrès vers la CSU
Levée de fonds	<ul style="list-style-type: none"> - Les primes sont prépayées, ce qui peut réduire les paiements directs de ceux qui sont affiliés. - Les taux de contribution uniformes (« cotisation communautaire ») sont souvent régressifs quand ils sont fixés indépendamment du niveau de revenus des ménages. - Le montant total des ressources collectées restent souvent faibles du fait de primes demandées relativement faibles.
Mise en commun	<ul style="list-style-type: none"> - Le prépaiement volontaire peut générer une sélection adverse, ce qui se traduit par une tendance des personnes sans besoin spécifique ou régulier de services de santé à ne pas s'affilier de manière volontaire, résultant dans un pool de risques déséquilibrés - Les fonds mutualisés sont souvent petits, fragmentés, indépendants et non-connectés les uns des autres, de tel sorte qu'ils ont une faible capacité redistributive.
Achat	<ul style="list-style-type: none"> - Il y a une séparation des fonctions d'achat et de prestation de services et les A.M.B.C. peuvent négocier avec les prestataires de soins locaux. - Du fait de la petite taille du pool, le pouvoir d'achat des A.M.B.C. reste souvent modeste.
Définition du panier de soins	<ul style="list-style-type: none"> - Les paniers de soins peuvent traduire les priorités locales : ils diffèrent souvent d'une caisse à l'autre. - Comme les revenus générés sont faibles, la gamme des services couverts est limitée, ne permettant pas une amélioration significative de la protection financière, particulièrement pour les services de santé de coûts élevés.
Gouvernance	<ul style="list-style-type: none"> - L'implication de la communauté dans la gestion des A.M.B.C., de même que leur participation dans la prise de décision, peut accroître la redevabilité, la transparence, la reddition de comptes ainsi que l'autonomisation des communautés ; - Les A.M.B.C. peuvent plus facilement faire entendre efficacement la voix des communautés et contribuer à une plus grande confiance dans les mécanismes de prépaiement et de mutualisation.

Source : adapté de Soors et al. 2010

Source : Mathauer et al. (2017) citant Soors, W., N. Devadasan, V. Durairaj, and B. Criel, 2010. Community Health Insurance and Universal Coverage: Multiple paths, many rivers to cross, World Health Report 2010 Background Paper 48, Geneva: World Health Organization

²⁴ Ce phénomène est confirmé par une récente revue systématique de l'assurance-santé dans les pays à revenu faible et intermédiaire, qui conclut que les taux d'adhésion sont supérieurs parmi les malades chroniques (Van Hees et al. 2019).

Au total, la littérature reconnaît **les limites de l'extension de la couverture maladie portée par le développement des mutuelles de santé communautaires en Afrique**. En effet, malgré leur contribution incontournable à l'extension de la couverture maladie, celles-ci présentent **plusieurs faiblesses**, parmi lesquelles (Boidin 2015, Mathauer et al. 2017) :

- Leur fragilité financière ;
- Une faible attractivité due à la prise en compte limitée des caractéristiques et des besoins des bénéficiaires ;
- Un faible potentiel de protection financière lorsque le panier de soins choisi se limite aux petits risques ;²⁵
- L'insuffisance des leviers organisationnels et institutionnels.

En outre, les mutuelles et plus généralement la fragmentation des régimes de couverture risquent de réduire le potentiel de protection financière et d'**exacerber les inégalités** du fait de l'exclusion des plus pauvres, à moins qu'un système de subventionnement des cotisations des plus pauvres ou de réduction de la part restant à charge des utilisateurs soit mis en place (Soors et al. 2015, Pettigrew et Mathauer 2016, Umeh et al. 2017). Dès lors, le développement des mutuelles communautaires constitue au mieux une **solution transitoire** qui doit nécessairement s'appuyer sur un engagement des pouvoirs publics dans le processus d'extension de la couverture maladie (Boidin 2015).

Plus généralement, la littérature est consensuelle sur le fait qu'**aucun pays n'a atteint la CSU en s'appuyant principalement sur des contributions volontaires aux régimes d'assurance** (Kutzin 2012, Kutzin et al. 2016). Afin notamment d'éviter le problème de sélection adverse, progresser vers la CSU nécessite de remplir deux conditions (dites « de Fuchs ») : **l'obligation et les subventions croisées**, tant des riches aux pauvres que des groupes à risque (par ex., les jeunes) aux populations à haut risque (par ex. les personnes âgées) (OMS 2015, Reich et al. 2015, Kutzin et al. 2016). Dès lors, un consensus s'est dégagé pour recommander aux pays engagés vers la CSU de **construire leur système de financement de la santé sur des contributions obligatoires** – sur la base de taxes ou de cotisations sociales – et non volontaires, et d'intégrer les fonds mutualisés au niveau le plus élevé possible (Mathauer et al. 2017). En tout état de cause, la mise en commun (*pooling*) des ressources mobilisées doit être faite au niveau le plus élevé possible si les pays souhaitent progresser vers la CSU – ce qui peut se faire selon différentes modalités pour éviter la fragmentation des régimes (Mathauer et al. 2019).

Une alternative aux mutuelles de santé communautaires consiste pour l'État à développer un **système d'assurance sociale subventionné pour les plus pauvres**. Une étude systématique de l'impact de tels régimes d'assurance maladie subventionnés par l'État et de régimes d'assurance sociale offerts, le plus souvent sur une base volontaire, au secteur informel dans les pays à revenu faible et intermédiaire, n'a toutefois trouvé **aucune preuve solide d'un impact sur l'utilisation, la protection contre les risques financiers et l'état de santé des adhérents**. Quelques régimes d'assurance offrent une protection importante contre des niveaux élevés de dépenses directes, mais dans ces cas, l'impact sur les pauvres est plus faible (Acharya et al., 2013).

²⁵ Ainsi par exemple, une récente revue systématique de l'assurance santé dans les pays à revenu faible et intermédiaire conclut que les taux de remboursement sont faibles et que les personnes vulnérables assurées ont en fait plus de dépenses directes de santé (Van Hees et al. 2019).

4.3.3 Au-delà du choix stratégique, un problème de faisabilité

Au-delà des considérations de conception de la stratégie, le vrai problème de l'expansion de la protection sociale envers les populations rurales et du secteur informel est davantage à trouver au niveau de la **faisabilité de la stratégie, c'est-à-dire garantir l'adhésion à un mécanisme d'assurance santé**, quel qu'il soit. Dans la plupart des pays à revenu faible et intermédiaire qui fournissent des subventions (ou des taux de cotisation inférieurs) pour le secteur informel non pauvre, le succès de cette approche s'est révélé difficile : on note une faible participation et des problèmes de rétention (Acharya et al. 2013, Kutzin et al. 2016).²⁶

Le « *Joint Learning Network for Universal Health Coverage* » a réalisé une série d'études de cas sur la couverture du secteur informel non pauvre dans le cadre d'un effort visant à atteindre la CSU. Les auteurs concluent que les pays doivent trouver un équilibre entre les objectifs politiques de couverture et l'obtention de revenus du secteur informel non pauvre, tout en tenant compte des **considérations pratiques liées à l'intégration du secteur informel** dans la réforme plus large du financement de la santé, telles que les processus d'identification et d'adhésion, ou encore l'alignement et l'intégration des mécanismes financiers. Lorsque les contributions volontaires sont la principale source de financement, la couverture du secteur informel non pauvre tend à rester faible, même lorsque des subventions partielles sont accordées. **Si l'on opte pour l'assurance obligatoire, le succès dépend en fin de compte d'une mise en application effective, ce qui est difficile à réaliser.** Quoi qu'il en soit, une couverture adéquate contre le risque maladie exige des droits substantiels et l'accès à des services de santé de qualité. Dans les régimes d'assurance maladie sociaux et nationaux, les avantages sociaux peuvent être uniformes d'une population à l'autre ou adaptés aux besoins du secteur informel non pauvre. Dans un cas comme dans l'autre, l'approche idéale consiste à offrir un ensemble d'avantages sociaux qui soit attrayant pour cette population et qui réponde à ses besoins. En outre, un système de soins de santé de haute qualité qui fonctionne bien et qui est perçu comme ayant de la valeur pour les travailleurs et les familles est important pour étendre et assurer une couverture adéquate. Quelle que soit l'approche utilisée, il est essentiel de déployer des efforts ciblés pour informer les populations admissibles de leurs options de couverture et de leurs avantages (Bonfert et al. 2015).

Par ailleurs, un autre obstacle qui entrave la faisabilité de l'expansion de la protection sociale envers les populations rurales et du secteur informel **dépend également des capacités de gestion des institutions qui en ont la charge.** Or, les mutuelles de santé qui mettent en avant la participation communautaire souffrent en corollaire d'un certain « amateurisme » en termes de gestion. C'est pourquoi plusieurs auteurs avertis ont proposé d'abandonner l'idéal de l'engagement bénévole dans les régimes de d'AMBC, car ils doivent à la fois professionnaliser leur gestion et trouver des moyens de rendre obligatoire le paiement des primes (Ridde et al. 2018).

Enfin, il ressort de l'expérience qu'une **communication et une sensibilisation continues de la communauté sont nécessaires** pour atteindre les ménages cibles et maintenir le soutien national aux subventions à l'assurance maladie. Un défi critique consiste à atteindre les personnes du secteur pauvre et informel pour promouvoir leur participation malgré le fait qu'elles sont susceptibles d'être moins instruites et n'ont pas accès aux médias de masse et aux téléphones portables. Les campagnes ponctuelles de communication ne suffisent pas, au contraire il est

²⁶ Ceci correspond aux résultats d'une étude que nous avons faite récemment, où les experts en santé mondiale que nous avons interrogés ont jugé ce genre de régime difficile à mettre en œuvre, tant sur le plan technique que sur le plan politique (Paul et al. 2018).

nécessaire de mener des activités de communication en routine, dans le cadre d'un processus régulier (Zezelew 2015).

4.3.4 Quelques opportunités d'intégration des mutuelles et autres acteurs de l'économie sociale dans un système cohérent de protection sociale en santé

Si la littérature indique que les mutuelles à base communautaire ne peuvent jouer qu'un rôle marginal dans l'expansion de la couverture contre le risque financier, il existe malgré tout quelques **pistes pour les intégrer de façon productive dans un système de protection sociale à large échelle piloté par l'État**.

Dans de nombreux pays à revenu faible et intermédiaire, les États éprouvent des difficultés à atteindre les populations rurales et du secteur informel, tant pour ce qui concerne l'identification des ménages vulnérables, l'adhésion des populations du secteur informel et la collecte des primes. Il s'agit de fonctions que les organismes de micro-assurance (mutuelles et autres) sont mieux à même d'assumer – tandis que les États sont en meilleure posture pour collecter suffisamment de ressources et assurer le passage à échelle de l'assurance santé. Cette complémentarité ouvre des portes à des collaborations. Un document de travail de l'OIT estime que, si la nature de la collaboration entre l'État et les acteurs privés doit changer en fonction de l'évolution du contexte, les mutuelles de santé et autres systèmes de micro-assurance peuvent jouer quatre rôles pour aider le gouvernement à promouvoir la CSU (Kimball et al. 2013) :

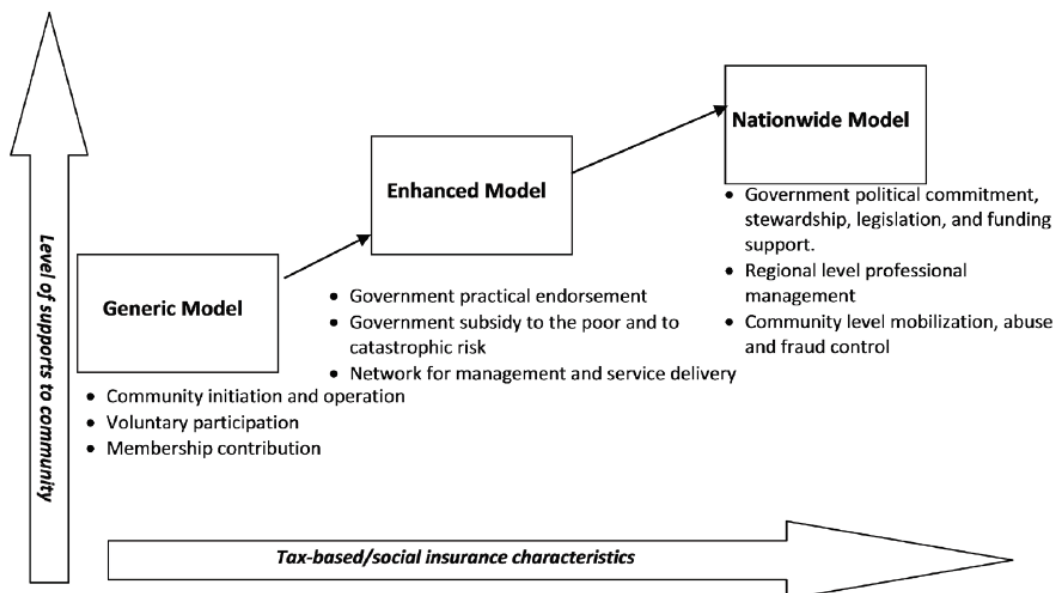
- 1) Dans les cas où les initiatives gouvernementales en faveur de la protection contre le risque financier tarderaient à se mettre en place, elles peuvent assumer un rôle de **substitut aux régimes étatiques**, et se retirer progressivement au fur et à mesure que ces derniers se développent.
- 2) Les États peuvent utiliser les AMBC comme **fondation pour développer des régimes nationaux de CSU**, par exemple en les fusionnant dans un régime unique.
- 3) Les États peuvent aussi entrer en **partenariat avec les AMBC et autres acteurs privés en vue de fournir certaines fonctions clés de l'assurance**, comme le marketing social, l'identification des bénéficiaires éligibles, la distribution de l'assurance, la collecte des primes, le contrôle de la qualité des services offerts (veille communautaire), voire même l'administration des sinistres et le partage des risques. Ceci peut être une alternative attractive comparé à une prestation purement étatique et peut faciliter le passage à échelle. Certains pays comme le Kenya et les Philippines ont sous-traité les fonctions d'assurance de première ligne, comme l'adhésion, à des partenaires du secteur privé ; un état indien fait de même pour les fonctions d'assurance de deuxième ligne, comme l'administration des sinistres.
- 4) Même si les initiatives étatiques prennent de l'ampleur, les régimes de micro-assurance peuvent **offrir des paquets de services complémentaires au panier de services du régime gouvernemental** (par exemple, en couvrant les frais d'hospitalisation s'ils ne sont pas pris en charge, ou encore les frais de transport, les frais liés à la diminution d'activité ou la prise en charge dans des structures autres que celles accréditées par le régime étatique.

L'OMS, pour sa part, estime que dans les pays où les AMBC « traditionnelles » sont déjà bien établies, le gouvernement pourrait néanmoins **capitaliser sur les progrès positifs réalisés par ces institutions** en terme de bonne gouvernance et d'acceptabilité du principe d'assurance et des mécanismes de prépaiement par la population – en effet, l'AMBC a de bonnes capacités en termes **redevabilité** et de **gouvernance locales**. Dans certains pays, une option serait de mettre en place une

stratégie visant à **intégrer et/ou à fusionner les régimes déjà existants dans un seul fonds de mutualisation national**, tout en conservant des branches locales décentralisées, ou de connecter étroitement les fonds de mutualisation communautaires existants. Par ailleurs, une bonne gouvernance forte garantissant la participation citoyenne et des mécanismes de « voice » au niveau local – par exemple à travers des organes de gouvernance existants au niveau du district ou à l'échelon administratif inférieur – est une condition essentielle pour permettre à un fonds national de mutualisation de dépasser le dilemme entre, d'un côté, une meilleure capacité redistributive d'un pool plus large et, de l'autre, la perte de contrôle et de participation des niveaux locaux et des communautés elles-mêmes (Mathauer et al. 2017).

Sur la base de l'expérience de son appui à plusieurs pays africains, le projet *Health Finance & Governance* financé par l'USAID recommande de **faire évoluer le modèle « générique » de mutuelles de santé à base communautaire, en vue de leur intégration progressive dans un modèle national**, comme schématisé ci-dessous.

Figure 2: CBHI Development Framework



Source: Adapted from Wang and Pielemeier (2012)

Source : Zelelew (2015), adapté de Wang, Hong and Nancy Pielemeier. 2012. *Community-Based Health Insurance: An Evolutionary Approach to Achieving Universal Coverage in Low-Income Countries*. *Journal of Life Sciences* 6: 320-329

Le mouvement mutualiste africain adhère lui aussi à ce scénario, et plaide pour que les mutuelles de santé jouent un rôle effectif dans le développement de l'assurance maladie dans leur pays, principalement vis-à-vis du secteur informel et des milieux ruraux marginalisés – ce qui nécessite une concertation de l'ensemble des forces vives, un engagement politique de la part de l'Etat, une adhésion obligatoire et une délégation de gestion (Plateforme de Lomé 2019),

4.4 Études de cas

Nous développons ici les cas de quatre pays africains qui ont relativement bien progressé en termes d'expansion de la couverture du risque maladie au bénéfice des populations rurales et du secteur informel, en basant leur politique de CSU sur les AMBC existantes (ou sur de nouvelles mutuelles dans le cas du Sénégal), en intégrant progressivement ces dernières dans une approche nationale plus complète d'assurance maladie universelle. À noter que sur le continent africain, les gouvernements du Ghana et du Rwanda ont été les premiers à prendre des mesures proactives pour intégrer les AMBC dans des mécanismes nationaux plus larges de financement de la santé (Zezelew 2015).

4.4.1 L'Éthiopie

Au cours des quinze dernières années, l'Éthiopie a instauré diverses réformes du financement et des soins de santé. Elle a fait des progrès remarquables dans l'expansion des services de soins de santé en mettant l'accent sur les soins de santé primaires et en augmentant l'accès à la santé pour le grand segment de la population rurale. Toutefois, l'utilisation des services de santé est demeurée faible et les dépenses directes de santé des ménages demeurent importantes. L'Éthiopie n'avait pas d'antécédents et d'expérience en matière d'assurance maladie communautaire, mais elle a une forte tradition d'autres formes d'organisations de solidarité sociale. Dans le cadre de ses efforts pour atteindre la CSU, le gouvernement éthiopien a lancé en 2008 une stratégie globale d'assurance maladie visant à couvrir tous les Éthiopiens : les travailleurs de l'économie formelle seraient couverts par une assurance-santé sociale basée sur la paie, tandis qu'une assurance-santé à base communautaire serait introduite pour les plus de 80% des citoyens des secteurs ruraux agricoles et urbains informels. Lancée en 2011, l'AMBC a été pilotée avec succès dans treize districts des quatre plus grandes régions du pays. Près de 50% du financement des projets pilotes d'AMBC provenaient de subventions ciblées et générales. Le taux de consultation ambulatoire par les bénéficiaires de l'AMBC a atteint 0,7 visite par habitant et par an dans les 13 districts pilotes (près d'une par an et par bénéficiaire), contre une moyenne de 0,3 visite par personne pour le pays. Le risque de tomber sous le seuil de pauvreté dû à des dépenses directes de santé est de 7% pour les membres de l'AMBC, contre 19% pour les non-membres dans les cas où les dépenses de santé représentaient 15% des dépenses non alimentaires du ménage. Le succès initial du projet pilote a permis d'étendre l'initiative et d'élaborer la stratégie de passage à échelle nationale. En août 2014, 52% des ménages admissibles totalisant plus de 700.000 membres avaient adhéré aux programmes d'AMBC. Plus de 15% des ménages membres de l'AMBC sont des indigents sélectionnés par la communauté pour que leur adhésion soit payée par le gouvernement local. Les niveaux fédéral et régional fournissent une subvention générale aux systèmes d'AMBS. À noter que la promotion de l'AMBC, la mobilisation et la sensibilisation communautaires ont été confiées aux autorités politiques et administratives locales au niveau des districts et des villages. Un projet de l'USAID a appuyé la mobilisation communautaire dans les districts pilotes, ce qui a boosté les taux d'adhésion et de recouvrement des primes initiaux. Toutefois, il a été difficile de maintenir l'élan initial après la fin de l'appui des projets (Zezelew 2015).

4.4.2 Le Ghana

Au Ghana, les programmes d'AMBC ont été consolidés dans un programme gouvernemental, le *National Health Insurance Scheme* (NHIS), qui est géré par une agence nationale ayant des représentations au niveau des districts. Désormais, l'affiliation à l'assurance maladie est en principe obligatoire et l'adhésion de certains

groupes de population, notamment les indigents, est subventionnée. Historiquement, les AMBC avaient prospéré au Ghana dès la fin des années 1980, suite à l'introduction du recouvrement des coûts pour les soins de santé. En 2002, il y avait plus de 140 programmes d'AMBC au Ghana, mais ces régimes couvraient moins de 2% de la population. Les initiatives fragmentées d'AMBC au niveau de la communauté et/ou des prestataires de soins se sont transformées suite à l'élection présidentielle de 2000 qui a fait de l'assurance maladie le centre de l'agenda politique pendant la campagne électorale. Le parti vainqueur et le président ont poursuivi leur politique visant à faire évoluer l'assurance maladie. En 2003, le gouvernement ghanéen a adopté une loi qui a instauré le régime national d'assurance maladie, complété par les mutuelles de santé privées et les régimes commerciaux privés d'assurance maladie. Depuis lors, le Ghana est passé d'un système fragmenté avec une faible couverture géographique et démographique à un système national, couvrant tous les districts, en établissant un régime mutuel d'assurance maladie de district (DMHIS) dans chacun d'entre eux. Le NHIS est principalement financé par les impôts sur une base nationale. L'expérience du Ghana en matière d'AMBC est un modèle d'apprentissage important pour de nombreux autres pays qui cherchent à renforcer la protection financière de la population générale et en particulier de la population du secteur informel. Un des facteurs clés de succès du NHIS repose dans la forte appropriation politique débouchant sur une forte sensibilisation de la population au niveau communautaire et par le biais des médias de masse et d'autres canaux (Kimball et al. 2013, Zelelew 2015, Particip and IEG 2017, Ridde et al. 2018).

Le Ghana est souvent cité en exemple, car ses taux d'affiliation initiaux ont rapidement progressé et que l'affiliation au NHIS a eu un effet positif sur l'utilisation des services de santé modernes et un effet protecteur sur le niveau des dépenses personnelles pour les soins ambulatoires (Sekyi and Domanban 2012). Toutefois, le Ghana est encore loin de l'objectif de CSU car le taux d'affiliation au NHIS stagne depuis plusieurs années autour de 40%, et que la majorité des adhérents relève des catégories de population subventionnées par le gouvernement. Plusieurs raisons expliquent ce bilan mitigé, dont la difficulté à mettre en application l'obligation d'adhésion, le mécontentement à l'égard du comportement des agents de santé, le contrôle inadéquat de la sélection adverse par les gestionnaires du NHIS, la mauvaise gestion des demandes de soins de santé, ou encore les retards dans le remboursement. Le programme a fait l'objet d'une revue présidentielle en 2017 et les recommandations formulées éloignent de plus en plus le système de toute responsabilité communautaire en matière de gouvernance de l'assurance maladie. (Zelelew 2015, Particip and IEG 2017, Fenny et al. 2018, Ridde et al. 201).

4.4.3 Le Rwanda

Le Rwanda est le pays avec le plus haut taux d'affiliation à l'assurance maladie en Afrique subsaharienne. L'assurance maladie plus largement couvre plus de 90% de la population et en particulier, les mutuelles de santé communautaires couvrent plus des trois quarts de la population. L'affiliation à une mutuelle de santé a été rendue obligatoire par voie légale en 2007. Le modèle d'AMBC a été choisi parmi d'autres solutions potentielles pour élargir l'accès aux soins de santé parce que c'était l'option la plus compatible avec l'idéologie de base d'autosuffisance et de participation de la coalition politique dominante – même si le système est encore largement financé par les bailleurs extérieurs. Jusqu'en 2012, le gouvernement subventionnait intégralement la contribution de près d'un quart de la population identifié comme pauvre et vulnérable, et subventionnait partiellement la prime des autres citoyens (Fonteneau et al. 2015, Mathauer et al. 2017, Chemouni 2018).

Le système de développement des mutuelles au Rwanda a commencé par un projet pilote mis en place dans trois districts du pays (1999-2001). Ensuite, des initiatives d'extension ont vu le jour dans d'autres districts, menées soit par les autorités politico-administratives, soit par les prestataires de soins, soit par les leaders d'opinions (2002-2005). Des stratégies d'implantation, d'extension et de suivi des assurances maladies communautaires ont aussi été développées, reposant notamment sur la mise en place d'une cellule technique chargée de la gestion quotidienne et du suivi des mutuelles de santé, le renforcement du cadre juridique et réglementaire des mutuelles de santé, le développement des mécanismes de financement des mutuelles de santé, l'amélioration des structures de partenariats et le renforcement des capacités nationales et provinciales en matière de mutualité. Une large expansion s'en est suivie : les mutuelles de santé se sont implantées dans la quasi-totalité des districts du pays en 2006, et des comités mutualistes existaient à différents niveaux administratifs. La représentativité dans tous ces organes mutualistes était démocratique, volontaire et s'acquerrait à travers les élections. Cette expansion s'est accompagné par une réflexion sur la généralisation du système au niveau national pour aboutir à une couverture par une assurance maladie universelle (Musango et al. 2009).²⁷

Toutefois, à l'heure actuelle, certains estiment que les mutuelles de santé communautaires au Rwanda ne sont plus « communautaires » que de nom. En effet, le succès des mutuelles en termes de taux d'affiliation a été obtenu aux dépens de l'engagement initial à l'égard de la participation et de la gestion communautaires. Le déploiement de l'AMBC s'est accompagné d'un engagement important du gouvernement et des donateurs en faveur du financement de la santé. L'obligation d'adhésion a été rendue possible grâce aux efforts, parfois coercitifs, de l'administration locale pour amener les gens à payer leurs primes chaque année, et grâce à un financement du Fonds mondial qui couvrait les primes pour environ 30% de la population. Les mutuelles de santé sont de plus en plus gérés par des professionnels de l'État et le rôle de la population dans la gestion des ressources des mutuelles a été progressivement réduit. Les responsabilités de la communauté se limitent désormais à la promotion des inscriptions et à la participation financière. En 2015, la gestion de toutes les mutuelles a été transférée au Conseil rwandais de la sécurité sociale, l'organisme parapublic chargé des pensions et de l'assurance maladie des fonctionnaires. La raison en était que les ressources croissantes des mutuelles nécessitaient une gestion et une vérification professionnelles. Ce transfert a été l'occasion de centraliser davantage les ressources au niveau national et, par conséquent, d'accroître la mise en commun des risques. En réponse aux défis bien connus de la mauvaise gestion, de la sélection adverse, du faible taux d'adhésion et de la faible mise en commun des risques des régimes d'AMBC, le gouvernement rwandais a effectivement construit ce qui ressemble à un programme d'assurance santé sociale. Les mutuelles rwandaises sont désormais un système obligatoire qui met en commun les ressources financières provenant des recettes intérieures, de l'aide internationale et des contributions des particuliers, le tout géré de manière centralisée par un organisme public (Ridde et al. 2018).

Au-delà du secteur de la santé, le Rwanda a élaboré une Stratégie nationale de protection sociale à destination des populations vulnérables et a fortement augmenté les dépenses dans ce domaine, notamment pour offrir un soutien direct au revenu minimum familial, un programme de crédit et des programmes de travaux publics. Différents niveaux administratifs sont impliqués dans la mise en œuvre du

²⁷ Pour plus de détails sur le développement des mutuelles au Rwanda, veuillez vous référer au *Discussion Paper* de Musango et al. (2009), disponible sur <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85692>.

programme, sous l'impulsion d'une approche subsidiaire forte. La gestion, la comptabilité et la coordination sont décentralisées au niveau du district, tandis que les projets sont mis en œuvre directement au niveau communautaire. Les personnes qui participent au programme sont identifiées dans le cadre d'un processus de planification participative qui se déroule directement au niveau communautaire (Giovannetti et al. 2012, Fonteneau et al. 2015).

4.4.4 Le Sénégal

Le Sénégal a une certaine tradition d'AMBC, les premiers programmes y ayant été établis à la fin des années 1980 et certains d'entre eux se démarquant par une forte résilience et pérennité (Gollock et al. 2015). La population cible des mutuelles de santé est constituée essentiellement des acteurs du secteur informel et du secteur rural qui ne sont pas éligibles aux régimes obligatoires d'assurance maladie et qui représentent près de 80% de la population sénégalaise – ce qui permet de garantir une certaine homogénéité de cette population cible (Fonteneau et al. 2017). Cependant, selon la base des données fournies par la Stratégie Nationale de Développement Economique et Social (2013-2017), le taux de couverture de la population cible par les mutuelles de santé n'était que de 13,6% en 2012. Ce faible taux de pénétration des mutuelles de santé s'expliquait par la non attractivité des paquets de prestations offerts ainsi que la faiblesse des taux de cotisation et de prise en charge.

L'assurance maladie est devenue un enjeu politique majeur lors de l'élection présidentielle de 2012, et l'élection du président Macky Sall a apporté un soutien politique fort qui a relancé l'initiative d'AMBC. En 2013, le Ministère de la Santé et de l'Action sociale a adopté le Plan Stratégique de Développement de la Couverture Maladie Universelle au Sénégal (PSD-CMU) 2013-2017. Ce plan stratégique consacre l'adoption des mutuelles de santé à base communautaire comme l'une des stratégies nationales pour atteindre la couverture universelle, et avait pour objectif de rendre fonctionnelle au moins une mutuelle communautaire par commune. Si plusieurs auteurs avancent régulièrement le potentiel des mutuelles au Sénégal (e.g. Coordination MASMUT zone UEMOA 2017), le choix du PSD-CMU de baser l'extension de la couverture maladie sur les mutuelles communautaires repose sur une stratégie pilotée et appuyée par l'Agence américaine pour le développement international (USAID), appelée décentralisation de l'assurance maladie (DECAM). Elle est basée sur les principes habituels de l'AMBC comme régime volontaire et contributif, avec l'objectif déclaré de créer au moins un système par municipalité et de renforcer les mutuelles par une combinaison d'ingénierie institutionnelle et de subventionnement. En 2013, le ministère de la santé a estimé que les programmes d'AMBC étaient les seuls susceptibles de couvrir la majorité de la population sénégalaise et dès lors, après une phase pilote lancée en 2012, le DECAM est devenu la stratégie nationale en 2015, en dépit de nombreuses critiques et de résultats peu satisfaisants (République du Sénégal : MSAS 2013, MSAS/CACMU 2014, Zelelew 2015).

Depuis lors, le Sénégal a travaillé activement à la promotion des mutuelles de santé. La mise en œuvre de la politique de couverture maladie universelle est coordonnée depuis 2015 par l'Agence de la Couverture Maladie Universelle (ACMU), dont la tutelle a été transférée en 2019 depuis le ministère en charge de la santé vers le ministère en charge du développement local. À la fin de 2016, le programme avait créé 676 organisations dans les 552 municipalités, couvrant l'ensemble du pays. Tout comme au Bénin, les mutuelles communautaires opèrent dans le cadre du Règlement de l'UEMOA sur les mutualités sociales (Règlement n°07/2009/CM /UEMOA) (Daff et al. 2019).

compris les médicaments qui sont fournis ou prescrits par les postes et centres de santé). En outre, le gouvernement sénégalais a créé des mécanismes spécifiques pour subventionner l'inclusion de groupes cibles tels que les élèves (qui paient 1000 FCFA, soit 1,52 EUR, par tête et par an) et les ménages ayant droit à une Bourse de Sécurité Familiale (BSF), un programme d'assistance sociale destiné aux plus pauvres. En conséquence de ces politiques de subventionnement, les mutuelles distinguent désormais deux types de bénéficiaires : d'une part, les bénéficiaires classiques qui doivent payer une prime annuelle de 3500 FCFA (5,34 EUR) par tête et par an et d'autre part, les bénéficiaires subventionnés partiellement (élèves) ou entièrement (BSF). À la fin de 2016, sur les 2,2 millions de bénéficiaires de l'AMBC, le tiers avait cotisé et le reste était entièrement subventionné par l'État. Pour de nombreuses mutuelles, ces bénéficiaires subventionnés constituent aujourd'hui une part importante de leur base d'adhérents et, après l'introduction des subventions, certaines mutuelles ont même cessé de recruter des bénéficiaires. Pourtant, il existe des problèmes majeurs dans le versement des subventions gouvernementales par le Ministère des Finances, et de nombreuses mutuelles sont maintenant obligées de compter exclusivement sur les primes payées par les bénéficiaires classiques, une situation qui constitue une menace manifeste pour leur viabilité financière (Ridde et al. 2018, Verbrugge et al. 2018, Daff et al. 2019).

À noter que la coopération belge a fortement appuyé le développement de l'assurance maladie au Sénégal à travers des programmes successifs (Fonteneau et al. 2015). Une stratégie alternative au DECAM, visant à mettre en place des unités départementales d'assurance maladie (UDAM), a été testée de 2014 à 2016 dans deux départements avec l'appui de l'Agence belge de développement. L'approche était totalement différente au départ car elle reposait sur la mutualisation des risques régionaux, la portabilité régionale, l'adhésion familiale ou villageoise (couplée à une politique d'incitation financière à l'adhésion) et surtout la professionnalisation du personnel. Pour assurer l'efficacité de l'UDAM, il n'était plus question de compter sur la participation volontaire des villageois, mais sur le professionnalisme des gestionnaires et des médecins conseils. Fin 2016, les taux de pénétration des deux départements étaient de 21,4% et 24% (dont 65% étaient des indigents subventionnés par l'État), alors qu'en 2013, ils étaient inférieurs à 1% pour les mutuelles de ces départements. Ces UDAM avaient atteint le nombre d'inscriptions nécessaire pour assurer leur autonomie financière. L'adhésion y reste volontaire, mais la professionnalisation est certainement l'une des clés de ce succès (Bossy et al. 2018, Ridde et al. 2018).

Pour relever les défis et améliorer la gouvernance et le fonctionnement du régime d'assurance maladie communautaire, le gouvernement a, depuis 2018, planifié et partiellement mis en œuvre **deux réformes majeures**. La première réforme consiste en une série de **réorganisations institutionnelles visant à élever le niveau de mise en commun des fonds en vue d'augmenter le niveau de risque**. La mutualisation des risques et une partie de la gestion de l'assurance des AMBC individuelles ont été transférées aux unions départementales ; le fonctionnement et la responsabilité financière des initiatives de gratuité pour la population vulnérable ont été transférés aux mutuelles communautaires. Ainsi, alors que les AMBC sont en charge des soins primaires et secondaires, le reste des fonds est mis en commun au niveau des unions départementales pour les services de santé et les médicaments qui sont fournis ou prescrits par les hôpitaux de référence (soins de santé tertiaires). Ainsi, au moins pour les soins tertiaires, des risques financiers plus importants peuvent être mis en commun par un groupe de personnes plus important que chaque mutuelle communautaire. La deuxième réforme consiste en l'introduction d'un **système intégré de gestion de l'information pour une gestion des données** et un fonctionnement efficace et efficient du régime. Selon les estimations de l'Agence de la

CMU, la couverture de la population pour tous les régimes de couverture maladie est passée de 20% en 2012 à 49,6% en 2018 (soit de 7.806.797 à 15.726.037 personnes). Au cours de la même période, le nombre de bénéficiaires couverts par une assurance maladie communautaire est passé de 421.670 à 3.000.837 (Daff et al. 2019).

Enfin, l'encadré suivant fait le point sur le cadre juridique encadrant les mutuelles de santé au Sénégal.

Le cadre juridique encadrant les mutuelles de santé au Sénégal

Si le système mutualiste n'est pas récent au Sénégal – la première mutuelle y ayant vu le jour dans la région de Thiès (Fandène) en 1988 – son expansion s'est poursuivie en-dehors de tout cadre juridique jusqu'en 2003, année durant laquelle l'Etat a approuvé la loi n°2003-14 du 4 juin 2003 relative aux mutuelles de santé. Son décret d'application interviendra toutefois quelques années plus tard, soit en 2009, à travers le décret N° 2009 – 423 du 27 avril 2009 relatif aux mutuelles de santé.

Avant l'adoption du Règlement n°07/2009/CM/UEMOA portant réglementation de la mutualité sociale au sein de l'UEMOA, seuls le Sénégal et le Mali étaient cités parmi les pays de l'Union qui avaient mis en place un dispositif juridique à destination des mutuelles sociales, dont les mutuelles de santé. Dans un souci de s'aligner sur l'obligation de créer un Organe administratif de la mutualité sociale et la tenue d'un Registre national d'immatriculation des mutuelles sociales, le Sénégal a prévu dans son « Plan Stratégique de Développement de la Couverture Maladie Universelle 2013-2017 (PSD-CMU 2013-2017) » de mettre en place l'Office national de la mutualité sociale qui aura comme attributions, la supervision des mutuelles sociales, leur immatriculation dans un registre national et le suivi régulier de leur fonctionnement. De même, conformément aux dispositions de l'article 63 du Règlement UEMOA de 2009, le Sénégal envisage de mettre en place un Fonds National de Garantie en vue de protéger les adhérents aux mutuelles (PSD-CMU 2013-2017, page 31).

Dix ans après l'entrée en vigueur du Règlement UEMOA, le Sénégal a fait des avancées dans sa mise en œuvre. S'il était prévu dans le PSD-CMU 2013-2017 de mettre en place un Office National de la Mutualité Sociale, l'adoption en 2015 d'un Décret qui institue l'Agence de la CMU permet de dire qu'un organe administratif de la mutualité a été effectivement mise en place. Ce décret n° 2015-21 portant création et fixant les règles d'organisation et de fonctionnement de l'Agence de la CMU fait d'ailleurs référence au dispositif réglementaire de l'UEMOA en matière de mutualité sociale. Le statut juridique de cette entité de même que les missions qui lui sont attribuées (voir article premier à article 3 dudit décret) répondent aux critères définis par l'UEMOA pour la mise en place d'un Organe administratif de la mutualité.

Il ne s'agit toutefois pas de la seule compétence de l'Agence de la CMU car celle-ci gère de manière globale la mise en œuvre de la stratégie nationale de développement de la CMU et pas seulement l'organisation et le fonctionnement des mutuelles de santé. Il est sans doute légitime de s'attendre à ce qu'un texte de loi vienne avec le temps instituer un organe qui aura pour mission exclusive la question de la mutualité sociale, mais pour le moment, l'Agence de la CMU fait pleinement office de l'Organe souhaité par le Règlement UEMOA.

Quant à la mise en place d'un Fonds National de Garantie de la mutualité, il reste à un stade de projet car il n'existe pas à ce jour de texte qui l'établisse. Le Fonds national de garantie doit en principe être une personne morale de droit public géré par un conseil paritaire de gestion composé de deux représentants de l'Etat et de trois représentants des mutuelles sociales, sous le contrôle d'un conseil paritaire de surveillance composé de douze membres dont quatre représentant l'Etat et huit représentant les mutuelles sociales. Les mutuelles sociales et leurs structures faïtières sont tenues d'y adhérer. Un organe qui présente ces caractéristiques n'existe pas à ce jour au Sénégal, mais la collaboration effective entre l'Etat, les collectivités locales et les mutuelles de santé pour le bon fonctionnement de ces dernières est désormais une réalité au Sénégal. Il est créé une véritable synergie entre les interventions de l'Etat, des collectivités locales et les initiatives communautaires dans le cadre de la stratégie du DECAM, même si celle-ci n'est pas étendue vers la mise en place de ce Fonds de garantie.

En résumé, le Sénégal a encore des efforts à fournir pour une pleine mise en œuvre des dispositions du Règlement UEMOA. En comparaison aux autres pays membres de l'UEMOA, le Sénégal ne semble pas être le seul pays à accuser du retard dans la mise en œuvre du Règlement UEMOA sur la mutualité. Certaines exigences contenues dans ledit Règlement en matière de mise en place d'organes administratifs peuvent être confrontées à des contraintes d'ordre législatif au plan national qui rendrait laborieuse toute tentative de mise en conformité.

Source : analyse réalisée par Marie-Claudia Badiane, doctorante en science juridique à l'Université Gaston-Berger de Saint-Louis et à l'Université de Liège

4.4.5 Leçons transversales

Plusieurs leçons transversales sont à retenir de ces études de cas (Fonteneau et al. 2015, Soors et al. 2015, Zelelew 2015, Mathauer et al. 2017, Fenny et al. 2018) :

- Ces pays africains ont fait reposer leur stratégie de couverture maladie universelle principalement sur le **rôle d'intermédiaire que jouent les organisations non étatiques (mutuelles de santé)** dans la mise en place et la gestion des régimes d'assurance au niveau local ou régional ; cette situation est en partie due aux problèmes organisationnels auxquels les gouvernements sont confrontés lors de la mise en œuvre de leurs stratégies de protection sociale, en particulier lorsqu'il s'agit d'atteindre des groupes non organisés ou vulnérables (travailleurs de l'économie informelle, plus pauvres, etc.).
- Un grand défi à relever, tant au niveau technique que politique, est celui de la **réduction de la fragmentation des régimes de protection sociale**, qui cause à la fois une perte d'efficacité, un manque de soutenabilité et un facteur d'iniquité.
- Il est crucial de viser **l'intégration des AMBC dans un système national d'assurance santé**, avec des fonds liés ou intégrés, créant ainsi un fonds unique national, et ce tout en conservant une forte **composante de gestion et de gouvernance locales**.
- Il est également crucial de compléter les cotisations volontaires et les contributions sociales par des **transferts de ressources fiscales pour élargir les ressources financières** mises à disposition du régime de protection sociale, ceci afin d'améliorer la mutualisation et de réduire la fragmentation.
- En dépit des dispositions prises pour couvrir les pauvres, **les programmes d'assurance maladie peinent à enrôler les plus pauvres**. Tout d'abord, les groupes pauvres et vulnérables sont parfois exclus des programmes, en dépit d'exigences légales éventuelles, ceci en raison des difficultés rencontrées pour les identifier ; ensuite, la pauvreté est un processus dynamique et, par conséquent, classer les pauvres et les personnes vulnérables dans des catégories rigides peut conduire certains à l'appauvrissement à la suite de chocs liés à la maladie.

5 SYNTHÈSE DE LA PREMIÈRE PARTIE

Au regard de ce qui précède, il apparaît clairement que **malgré l'existence de la PHPS et d'un fort leadership national dans le pilotage de l'ARCH, dans les faits, il n'existe pas de politique unique, lisible de protection sociale au Bénin, y compris plus spécifiquement pour les populations rurales et du secteur informel.** Au contraire, plusieurs documents politiques et stratégiques abordent cette question. Pour ce qui concerne en particulier la protection sociale en santé, **il n'y a pas encore non plus de politique « holistique » de couverture santé universelle,** qui permettrait d'articuler l'ARCH avec les autres formes de protection contre les risques financiers liés à la santé.

La fragmentation de la politique de protection sociale s'accompagne – et y trouve probablement son origine – d'une fragmentation des acteurs et des interventions menées dans le domaine. Ceci réduit l'efficacité de l'ensemble du système en empêchant d'optimiser l'allocation des ressources entre les priorités et en multipliant les coûts de transaction. Le Ministère du Plan et du Développement assure le suivi-évaluation de la PHPS, mais n'a pas l'autorité technique, institutionnelle et financière nécessaire sur les agences de mise en œuvre pour en assurer un réel pilotage. La plupart des institutions publiques et des partenaires techniques et financiers ne semblent pas adopter la vision multidimensionnelle de la protection sociale, chacun se concentre sur ses activités à son niveau, sans avoir de vision holistique, systémique et à long terme. Par ailleurs, comme le projet ARCH tarde à se matérialiser, entretemps les régimes existants continuent de fonctionner de manière fragmentée, comme un nuage diffus de politiques nationales de protection sociale. Notons toutefois que cette fragmentation semble être une préoccupation des acteurs, tant du gouvernement (qui entend réduire le nombre d'initiatives en jouant sur leur complémentarité) que des acteurs de la société civile (qui ont renforcé leurs organes de concertation depuis quelques années en vue de favoriser le plaidoyer et le dialogue avec les autorités sur les questions de protection sociale). Il est ressorti des échanges menés lors de l'atelier de présentation des résultats préliminaires de cette étude que, la protection sociale étant un vaste sujet, il est justifié de garder plusieurs acteurs complémentaires pour la gérer, en attendant que les institutions et initiatives dont les activités sont prises en compte par l'ARCH à destination de sa population-cible disparaissent à terme. Néanmoins, à ce stade et selon les informations qui nous ont été communiquées, il n'y a pas encore eu de négociation quant à l'articulation de l'ARCH avec les autres programmes de protection sociale tels que l'AMAB (qui a un volet d'assurance contre les accidents du travail des travailleurs agricoles) ni même la CMPS (qui cible les mêmes populations que l'ARCH, à savoir les travailleurs indépendants, les travailleurs agricoles, les travailleurs du secteur informel).

La PHPS repose sur une approche multidimensionnelle de la protection sociale, validée au niveau international (en particulier par l'OIT), et **pourrait dès lors constituer le cadre de référence commun de la protection sociale.** Mais bien qu'elle soit officiellement la référence holistique et de long terme de la politique de protection sociale au Bénin, **en pratique les différents acteurs n'y réfèrent que de façon superficielle.** Par ailleurs, à l'heure actuelle, **le projet ARCH semble faire de l'ombre aux autres initiatives** de protection sociale à destination des populations rurales et du secteur informel. Avec son portage gouvernemental et la localisation à la présidence de son unité de gestion, il a évincé la PHPS de son rôle de cadrage. Si le projet ARCH repose également sur une approche multidimensionnelle, ce qui est louable, **il ne peut se substituer ni à la PHPS,** car il n'est pas aussi holistique que cette dernière et il laisse de côté plusieurs aspects importants de la protection sociale, **ni à la (future) politique de CSU** pour ce qui concerne son volet assurance maladie.

Outre cette diversité de politiques et la fragmentation du système, notre mission de terrain a fait ressortir **plusieurs contradictions et faiblesses du cadre politique, stratégique, légal et institutionnel de la protection sociale à destination des populations rurales et du secteur informel au Bénin** :

- **Le dysfonctionnement du mécanisme de pilotage de la politique de protection sociale**, lié entre autres au non-respect de certaines recommandations fortes des commissions de réformes mises en place entre 2016 et 2017 d'une part, et des retards de mise en œuvre d'autre part. Lors de l'atelier de restitution des résultats préliminaires, il nous a été toutefois signalé que le décret de relecture du mécanisme de coordination de la PHPS était en cours de préparation.
- **L'absence d'évaluation technique, institutionnelle et économique des mécanismes antérieurs à l'ARCH** avant le passage à ce dernier. Ces données auraient permis de fonder une base conceptuelle plus pertinente du dispositif d'intervention et de la théorie de changement à l'œuvre pour renforcer la protection sociale.
- **Des incertitudes ou l'absence de perspectives quant à la manière dont l'ARCH va s'articuler avec d'autres initiatives** d'assurance sociale (en particulier la CMPS) et d'assistance sociale (gratuités, filets sociaux, etc.) – tant du point de vue institutionnel que financier (niveau de mise en commun des fonds issus du budget de l'Etat et des régimes contributifs).
- **L'opacité du financement de l'ARCH**, tant pour ce qui concerne la phase pilote (qui est hors-budget) que la phase de généralisation (qui semble dans une certaine mesure, utopique du point de vue de la mobilisation des ressources et incertain du point de vue des mécanismes de mise en commun et de gestion des fonds). Or, ce financement **suscite d'importants défis** tant au niveau de la mobilisation des ressources nécessaires que de leur mise en commun et de leur allocation.
- **Le manque de transparence, d'inclusion et de communication de la part des autorités sur le processus de gestion et de pilotage de l'ARCH** :²⁸ ni les citoyens ni même les cadres en-dehors du cénacle de l'ARCH, ni la plupart des PTF, ni la société civile ne connaissent les modalités de fonctionnement du projet. Presque personne n'est tenu informé des évolutions en cours et des résultats obtenus (par exemple, nous n'avons pas été en mesure d'obtenir les rapports des études actuarielles qui étaient censées présider au choix du panier de services inclus dans le volet assurance-maladie de l'ARCH, bien que par ailleurs nous eussions été très bien accueillis par les acteurs rencontrés).
- **Des paradoxes et une incertitude normative au niveau du cadre juridique encadrant la protection sociale**. Comme développé dans la sous-section 3.2.6, si le cadre institutionnel de l'ARCH se précise de plus en plus, des incertitudes demeurent sur le contenu même de la politique, son fonctionnement concret et son financement.

²⁸ Cette observation a été réfutée par la partie gouvernementale, mais confirmée par la plupart des PTF rencontrés au cours des deux missions et par l'ensemble des acteurs de la société civile présents lors de l'atelier de restitution des résultats préliminaires de l'étude. Toutefois, peut-être suite aux interpellations dont il a fait l'objet lors de notre atelier, M. le Coordonnateur de l'UGP-ARCH a fait le point sur la mise en œuvre du projet à la télévision le 14 février (voir <https://levenementprecis.com/2020/02/16/protection-sociale-des-beninois-venant-quenum-fait-le-point-de-la-mise-en-oeuvre-du-projet-arch/>).

- Si, à ce stade, nous ne disposons pas d'informations sur l'opérationnalisation à terme de l'ARCH, remarquons toutefois que **le design de la phase pilote ne correspond pas à ce qui est prévu pour la phase de généralisation** – ni en termes de financement (*off-budget* pour la phase pilote, *on-budget* pour la phase de généralisation), ni en termes de responsabilités (UGP-ARCH et ANAM pour la phase pilote, ANPS et compagnie d'assurance privée pour la phase de généralisation), ni en termes de public-cible (focus sur les indigents dans la phase pilote, extension à terme aux pauvres non extrêmes, ce qui sous-entend le besoin de collecter la part des cotisations restant à charge des bénéficiaires). **La phase pilote, telle qu'elle se déroule actuellement, ne sera donc pas en mesure de tester les réelles capacités de mise en œuvre et de financement en vue de la phase de généralisation de l'assurance maladie, en particulier au regard du mécanisme contributif.**
- Les **difficultés de compréhension mutuelle entre les acteurs** de l'économie sociale et les fonctionnaires béninois : elles s'expliquent par les faiblesses dans la communication et le dialogue requis pour la vulgarisation des dispositifs de la protection sociale en question.
- **L'absence, à ce stade, de cadre précis relatif à l'articulation entre la PHPS, l'ARCH et le règlement communautaire relatif à la mutualité sociale.**
- **Le retard de mise en place effective du régime juridique des mutuelles de santé.** A cet effet, il faut désormais compter sur le Règlement n°07/2209 qui porte réglementation de la mutualité sociale au sein de l'UEMOA ainsi que sur les Règlements d'exécution adoptés par la Commission de l'UEMOA. Ces actes, qui constituent un dispositif normatif supranational, bénéficient de la primauté (du droit international par rapport au droit national) et d'un effet direct dans l'ordre juridique béninois. En soi, il s'agit d'un cadre juridique complet d'un point de vue institutionnel, bien qu'il ne garantisse pas, comme cela a été dit ci-avant, l'implication nécessaire des mutuelles de santé dans le système béninois de protection sociale. Il convient néanmoins de constater que certains actes de mise en œuvre doivent encore être adoptés par les autorités nationales béninoises (Organe administratif de la mutualité sociale, Registre national d'immatriculation des mutualités sociales, Fonds national de garantie), de manière telle que le dispositif demeure inachevé à ce stade (*cf. supra* 3.2.1.2.). En décembre 2019, un *Atelier national d'information et de sensibilisation sur les textes adoptés par l'UEMOA en matière de mutualité sociale* s'est tenu à Cotonou. Le point a pu être fait sur l'état de la mise en œuvre des textes en droit béninois et les difficultés rencontrées. Au terme des débats tenus lors de l'atelier précité, un plan d'action a été élaboré de manière à relancer le processus. Ce plan d'action comporte six activités : création d'un *comité de suivi* de la mise en œuvre du Règlement UEMOA ; élaboration de *documents de plaidoyer* pour la mise en place des instruments prévus par le Règlement ; organisation de *rencontres de plaidoyer* ; élaboration des *avant-projets des textes réglementaires et évaluation des coûts de leur fonctionnement* ; organisation d'un *atelier de validation* des avant-projets des textes ; suivi du processus d'adoption des textes par les autorités compétentes. Des échéances de mise en œuvre ont été fixées (au plus tard le 30 juin 2020 pour la sixième étape), ainsi que des coûts prévisionnels pour chacune des six activités. Il conviendra d'être attentif aux évolutions prochaines de ce point de vue.

- En ce qui concerne la Recommandation n°204 de l'OIT relative à **la transition de l'économie informelle vers l'économie formelle** qui, au demeurant, ménage largement le libre choix d'opportunité des États, il serait erroné d'affirmer qu'elle ne connaît aucune mesure de mise en œuvre au Bénin. Les développements récents en matière de protection sociale, dont le projet ARCH, s'inscrivent dans le cadre d'une préoccupation de couverture sociale de personnes qui se trouvent, pour l'essentiel, dans le secteur informel. Il n'en reste pas moins que la cohérence et l'intégration des politiques qui, ensemble, devraient favoriser une *transition globale* du secteur informel vers le secteur formel, demeurent à l'état d'embryon. À ce stade, il est encore difficilement concevable de bâtir le régime de financement d'un système complet de sécurité sociale sur des cotisations sociales dues sur le travail (formel), ce qui justifie la recherche de sources alternatives de financement (dans le cadre de la mise en place de l'ARCH – *cf. supra*). Or, une dynamique mutuelle existe entre la mise en œuvre progressive de la Recommandation 204 et la transition vers le secteur formel d'une part, et la consolidation de l'accès à la protection sociale d'autre part ; l'une favorise l'autre et inversement.
- En tout état de cause, **aucune source juridique internationale ou nationale ne prévoit ni n'oblige l'implication des mutualités sociales dans le système béninois de protection sociale**. Rien ne l'empêche non plus. Leur rôle dépendra donc essentiellement de la volonté politique sous-jacente à la poursuite du projet ARCH. Nos entretiens et les débats menés lors de l'atelier de restitution des résultats préliminaires de l'étude ont toutefois confirmé qu'alors que les mutualités revendiquent une expérience sociale et des compétences techniques dans la protection sociale au Bénin, les représentants du gouvernement continuent de se montrer méfiants et dubitatifs quant à leurs réelles capacités techniques et managériales.
- En somme, concernant la place possible des mutuelles de santé et autres acteurs de l'économie sociale dans l'expansion de la protection sociale, si l'on se réfère aux quatre rôles proposés par Kimball et al. (2013) et exposés au point 4.3.4, il semble assez clair que **les deux premiers (substitut et fondation) ont été écartés par le gouvernement**. En effet, les porteurs du projet de l'ARCH avancent l'idée d'une faiblesse technique structurelle des mutuelles de santé pour soutenir leur position, mais ne semblent disposés pour le renforcement des capacités de ces mutuelles de quelque façon. Dès lors, les acteurs de l'économie sociale au Bénin devraient se positionner soit dans la perspective de partenaires/sous-traitants de certains aspects de l'ARCH (ce qui sera peut-être très bienvenu au moment de la phase de généralisation), soit en rester indépendant et offrir des paquets complémentaires.

6 RECOMMANDATIONS À L'ISSUE DE LA PREMIÈRE PARTIE

Cette étude est intervenue à un stade où la phase pilote de l'ARCH, certes jugée très prometteuse par les autorités béninoises (<https://levenementprecis.com/2020/02/16/protection-sociale-des-beninois-venant-quenum-fait-le-point-de-la-mise-en-oeuvre-du-projet-arch/>), ne fait encore que commencer, où son design n'est pas encore finalisé et où les choses évoluent rapidement. Les perspectives que nous entrevoyons sont donc à relativement court terme.

Elles pourront peut-être éclairer d'une part la coopération belge et les autres PTF sur les questions à aborder dans le cadre du dialogue politique, et d'autre part les acteurs de l'économie sociale dans leur stratégie de positionnement vis-à-vis des autorités gouvernementales. Toutefois, cette étude, commanditée par l'Ambassade de Belgique, n'a aucun mandat pour fournir des recommandations à la partie gouvernementale quant à ses choix politiques ou même techniques.

6.1 Questions à clarifier et/ou faire avancer au niveau du dialogue politique

- De façon générale, **la PHPS est conceptuellement prometteuse** car elle adopte une approche holistique, multidimensionnelle validée au niveau international et définit un socle national de protection sociale à visée universelle. **Cette approche multidimensionnelle de la protection sociale est à consolider** de façon institutionnelle, notamment dans la perspective d'accompagner la transition de l'économie de l'informel vers le formel (opérationnalisation de la Recommandation 204 de l'OIT). La PHPS pourrait par exemple être **relue en tenant compte des développements de l'ARCH, en vue de constituer le cadre stratégique unique de la protection sociale au Bénin**
- Les institutions déterminant le mécanisme de **gouvernance de la protection sociale** doivent probablement être repensées pour améliorer la cohérence d'ensemble des interventions et donc leur efficacité et leur efficience. En particulier, il sera important de bien **clarifier les rôles techniques et les relations hiérarchiques** entre les différentes entités chargées de la mise en œuvre de la politique, en évitant tout chevauchement entre les compétences techniques et réglementaires des uns et des autres. À cet effet, le pays pourrait demander l'appui d'experts internationaux en la matière (comme le BIT par exemple).
- Concernant le cadre légal, il serait intéressant d'envisager de **définir un cadre juridique global et cohérent pour la protection sociale, soutenu par une loi-cadre sur la protection sociale** au sens large. Nous n'avons pas pu lire l'avant-projet de Loi ARCH et ne savons donc pas s'il est de nature à constituer ce cadre holistique. De manière générale, il est important qu'une loi générale garantisse la cohérence d'ensemble entre les différents volets de la protection sociale au Bénin. En ce qui concerne les aspects relatifs au régime juridique des mutualités sociales, les autorités béninoises doivent impérativement adopter les actes requis en vertu du Règlement UEMOA (Organe administratif de la mutualité sociale, Registre national d'immatriculation des mutualités sociales, Fonds national de garantie), de manière à ce que le dispositif juridique (Règlement de base UEMOA, Règlements d'exécution et actes de droit interne béninois) soit désormais achevé.

- Concernant l'ARCH, le choix des éléments de design optimaux devrait dépendre des leçons tirées de l'évaluation des initiatives antérieures (si elle est réalisée dans les règles de l'art), de la mise en œuvre de la phase pilote et des expériences internationales documentées – d'où l'importance capitale d'assurer une parfaite **transparence sur les résultats obtenus, les leçons tirées en termes de processus et les options envisagées** pour le passage à échelle.
- Cependant, une première suggestion forte peut déjà être émise sur la base d'une simple analyse logique du modèle : si celui-ci a le mérite d'envisager différentes dimensions de la protection sociale, et s'adresse en premier lieu aux populations rurales et du secteur informel, **cette vaste catégorie recouvre en fait des populations très diverses**. Dans un souci de pragmatisme, il serait peut-être judicieux d'essayer de toucher ces populations à travers leurs réseaux d'intégration existants (par exemple, les filières agricoles). En outre, l'articulation entre les quatre volets de l'ARCH n'est pas évidente. Il serait probablement judicieux de miser sur l'intégration des aspects d'aide à la génération de revenus et d'assurance maladie pour les populations rurales et du secteur informel, mais de séparer les formations voire l'assurance retraite.
- Par ailleurs, il sera nécessaire de **repenser rapidement l'articulation entre l'ARCH, les initiatives d'assurance et d'assistance sociale**, tant pour ce qui concerne les régimes officiels (en particulier la CMPS) que mutualistes communautaires et privés à but lucratif.
- **Le mécanisme de financement de l'ARCH dans sa phase de généralisation devra être clarifié et consolidé**, à la fois pour ce qui concerne : (i) la mobilisation de suffisamment de ressources – non seulement pour l'ARCH, mais aussi pour les investissements et le fonctionnement du système de santé, y compris les activités de prévention et de promotion de la santé, qui doivent continuer à être financées au-delà des soins médicaux des pauvres ; (ii) si l'adhésion à l'assurance maladie est rendue obligatoire à travers la loi ARCH (comme c'était le cas dans la loi RAMU), la capacité contributive des populations – ainsi que la capacité matérielle de collecter les primes des pauvres non extrêmes ; (iii) le niveau de mise en commun des fonds (quid de l'articulation avec les régimes contributifs ?) ; et (iv) la gestion du risque (volatilité financière entre le montant des primes payées et le remboursement des prestations).
- **Aucun acteur existant ne semble posséder les atouts nécessaires à la gestion pratique de l'ensemble des fonctions de l'ARCH**. Si les sociétés d'assurance privées ont probablement les compétences nécessaires en termes de gestion financière et actuarielle, elles sont insuffisamment armées pour toucher les populations à la base, et devront nécessairement faire appel à des acteurs plus expérimentés à ce niveau, comme les mutuelles par exemple. **Une étude des capacités et des atouts respectifs des différents acteurs en place s'impose à brève échéance, suivie d'actions de formation des acteurs chargés de la mise en œuvre**. Il vaudrait d'ailleurs probablement mieux éviter de donner le monopole de la gestion de l'ensemble des prestations de l'ARCH à une seule structure, car toutes les structures ne sont pas adaptées aux besoins de tous les segments de populations. Si ce n'est pas le cas, une étude évaluative de la capacité sociale de ces assurances à toucher les cibles dans leurs diversités est d'une importance capitale en amont des décisions dans ce sens.
- Pour la phase de généralisation, il sera essentiel de **garantir la cohérence d'ensemble du système de financement de l'ARCH** et de bien articuler les éventuels fonds issus des différentes sources de financement (taxes, cotisations

obligatoires et cotisations volontaires mobilisées au niveau communautaires auprès des populations qui en ont les moyens). L'idéal serait de parvenir à mettre sur pied une « caisse unique » permettant de garantir les subventionnements croisés entre les différentes catégories de population. La défragmentation des régimes existants s'impose, mais se heurtera très certainement à d'énormes réticences de la part des acteurs qui se verront dépossédés de leur « chasse gardée ». A ce niveau également, la transparence et la négociation s'imposent pour garantir la faisabilité politique de la réforme.

6.2 Opportunités pour les mutuelles et autres initiatives d'économie sociale

- 1) **Tout d'abord, un rôle de contribution au dialogue politique et au suivi-évaluation (« watchdog ») indépendant de la politique du gouvernement.** À cet effet, la CONSAMUS participe déjà à la Plateforme du secteur sanitaire privé et pourra renforcer son positionnement dans le cadre de l'extension des « points focaux ARCH » dans les régions.
- 2) Ensuite, il est vraisemblable que **le ou les opérateur(s) qui sera(ont) contractualisé(s) par l'État pour assurer la gestion de l'ARCH trouvera(ont) intéressant voire nécessaire d'externaliser certains volets de ses (leurs) prestations à travers les mutuelles et autres acteurs de l'économie sociale.** En particulier, certains de ces acteurs ont déjà une expérience dans l'articulation entre assurance santé et micro-crédit, et constitueront des réseaux de choix pour toucher les populations éloignées dans le cadre du recouvrement des cotisations. Pour cette position cependant, les mutuelles gagneraient à démontrer leurs capacités techniques et à entamer des échanges en vue d'améliorer leur image auprès des porteurs de l'ARCH qui seront les premiers interlocuteurs des assureurs officiels.
- 3) Les acteurs de l'économie sociale pourraient aussi offrir des **paquets de services complémentaires** à ceux de l'ARCH (cf. quatrième rôle selon Kimball et al. (2013)).
- 4) Ils pourraient et devraient même se positionner dans la vision transformative de la société et la réduction des **obstacles non financiers à l'accès aux soins** (cf. O'Connell et al. (2015)), notamment les questions de représentations des maladies, des espaces de soins et de l'assurance maladie.
- 5) Au cas où la traduction en droit béninois de la réglementation UEMOA sur la mutualité sociale leur serait favorable, **les mutuelles de santé pourraient être renforcées** en vue de devenir des acteurs clés dans le développement de la protection sociale et l'assurance maladie dans le monde rural.
- 6) Enfin, dans la perspective d'une meilleure articulation entre les initiatives d'économie sociale et les mutuelles de santé (cf. les *Work Packages* de l'équipe UCLouvain), l'ARCH pourrait **travailler en partenariat avec les acteurs de la société civile pour expérimenter le passage à l'adhésion obligatoire** dans quelques filières agricoles porteuses (anacarde, manioc, ananas, etc.).

7 RÉFÉRENCES

7.1 Textes légaux

- Arrêté interministériel Année 2019 N°0104/MS/MASM/MEF/DC/SGM/CTJ/UGP-ARCH/SA/102SGG19 Instaurant la liste des médicaments et dispositifs médicaux remboursables dans le cadre de la phase pilote du volet « Assurance Maladie » du projet « Assurance pour le Renforcement du Capital Humain (ARCH) ».
- Arrêté interministériel Année 2019 N°0105/MS/MASM/MEF/DC/SGM/CTJ/UGP-ARCH/SA/101SGG19 Instaurant le panier de soins de base applicable dans le cadre de la phase pilote du volet « Assurance Maladie » du projet « Assurance pour le Renforcement du Capital Humain (ARCH) ».
- Arrêté interministériel n°01/MEF/MASM/MS/DC/SGM/USMEF/ UGP-ARCH/SP/013SGG19 du 05 novembre 2019 portant adoption du budget de la phase pilote de ARCH.
- Décret n°2013-135 du 20 mars 2013 portant création, attributions, organisation et fonctionnement de la Caisse Mutuelle de Prévoyance Sociale (CMPS).
- Décret n°2016-426 du 20 juillet 2016 portant attributions, organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé.
- Décret n°2016-711 du 25 novembre 2016 portant création, attributions, organisation et fonctionnement du comité technique de la conception et de l'élaboration du document du Projet Assurance pour le Renforcement du Capital Humain (ARCH).
- Décret n°2017-362 du 12 juillet 2017 portant création, attributions, organisation et fonctionnement du cadre institutionnel de pilotage du Projet « Assurance pour le Renforcement du Capital Humain (UCP-ARCH) ».
- Décret n°2017-386 du 4 août 2017 portant création du comité de mise en œuvre des réformes du système de santé.
- Décret n°2018-064 du 28 février 2018, portant Attributions, Organisation et Fonctionnement du Ministère des Affaires Sociales et de la Microfinance.
- Décret n°2018-518 du 6 novembre 2018, définissant le cadre institutionnel de mise en œuvre du Projet « Assurance pour le Renforcement du Capital Humain ».
- Décret n°2019-008 du 9 janvier 2019, portant approbation des statuts de l'Agence Nationale de Protection Sociale.
- Décret n°2019-054 du 15 février 2019 portant ratification de la Convention n°102 de l'Organisation Internationale du Travail (OIT) sur la sécurité sociale (norme minimum), adoptée à Genève, le 28 juin 1952 (ci-après : la « Convention »).
- Décret n°2019-432 du 2 octobre 2019 portant approbation des statuts de l'Agence nationale des soins de santé primaires.
- Loi n°1998-19 du 21 mars 2003 portant Code de sécurité sociale en République du Bénin.
- Loi n°2007-02 du 26 mars 2007 portant modification des dispositions des articles 10, 89, 93, 94, 95 et 101 de la loi de 2003 portant Code de sécurité sociale en République du Bénin.
- Loi n°2010-10 du 22 mars 2010 modifiant et complétant les dispositions des articles 93 et 146 de la loi de 2003 portant Code de sécurité sociale en République du Bénin.
- Loi n°2015-42 portant institution du Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) en République du Bénin.
- Loi n°2019-08 du 15 février 2019, portant autorisation de ratification de la Convention n°102 de l'Organisation Internationale du Travail (OIT) sur la sécurité sociale (norme minimum), adoptée à Genève, le 28 juin 1952.
- Organisation internationale du travail, C102 – Convention (n°102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952.
- Organisation internationale du travail, Recommandation (n°202) sur les socles de protection sociale, 2012.
- Organisation internationale du travail, Recommandation (n°204) sur la transition de l'économie informelle vers l'économie formelle, 2015.
- Union africaine, Cinquième projet – Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des citoyens à la protection sociale et à la sécurité sociale. Consultable sur : https://au.int/sites/default/files/newsevents/workingdocuments/36350-wd-fr-protocol_on_social_protection_and_social_security.pdf
- Union économique et monétaire ouest africaine – Le Conseil des Ministres (2009) Règlement N°07/2009/CM/UEMOA portant réglementation de la mutualité sociale au sein de l'UEMOA.

7.2 Documents stratégiques nationaux

- Ministère de l'Agriculture, de l'Elevage et de la Pêche. Plan stratégique de développement du secteur agricole (PSDSA) : Orientations stratégiques 2025 et Plan National d'Investissements Agricoles (PNIA) 2017-2021. Draft 2 du rapport provisoire, octobre 2016.
- MAEP. Programme d'actions du Gouvernement dans le secteur agricole. Cotonou, le 04 novembre 2016 (présentation Power Point).
- MAEP. Stratégie Nationale du Conseil Agricole 2018-2025. Contexte, principes, types de conseil et démarche. Présentée par la DQIFE/MAEP.
- Ministère de l'Economie et des Finances : Loi de Finances et Dépenses détaillées, Gestion 2018, 2019 et 2020.
- Ministère de l'Economie et des Finances, Loi de Finances Gestion 2018, Comptes spéciaux du Trésor.
- Ministère de l'Economie et des Finances (MEF) (2019) Cap sur les principales mesures sociales du budget 2019 de l'État.
- Ministère de l'Economie et des Finances, Loi de Finances 2019, Document de Programmation Budgétaire et Economique Pluriannuelle (DPBEP) 2019-2021.
- Ministère de l'Economie et des Finances (2019) Rapport d'avancement 2018 du Programme de Croissance pour le Développement Durable (PC2D 2018-2021). Septembre 2019.
- Ministère du Plan et du Développement, Direction générale des politiques de développement. Programme d'Actions du Gouvernement 2016-2021.
- Ministère de la Santé (2015) Stratégie Nationale de Financement de la Santé pour la Couverture Sanitaire Universelle du Bénin 2016-2022 (SNFS) (version du 8 septembre 2015).
- Ministère de la Santé (2018) Politique nationale de santé (PNS 2018-2030). Novembre 2018.
- Présidence de la République du Bénin (2019) Assurance pour le Renforcement du Capital Humain (ARCH). Fiche de projet. Mars 2019.
- Présidence de la République du Bénin (2019) Programme d'actions du gouvernement 2016-2021 – Etat de mise en œuvre au 31 mars 2019.
- République du Bénin (2013) Politique holistique de protection sociale au Bénin. Mars 2013. Avec l'appui de l'UNICEF.
- République du Bénin (2014) Guide unique de mise en œuvre et de gestion du processus de ciblage des ménages plus pauvres. Comité Socle de Protection Sociale, Banque Mondiale (mai).
- République du Bénin (2017) Document de projet. Dispositif de protection sociale des plus démunis « Assurance maladie, formation, crédit et assurance retraite pour agriculteurs, commerçants, transporteurs, artisans, artistes et personnes démunies sans activité » Assurance pour le Renforcement du Capital Humain (ARCH).
- République du Bénin. Programme de Croissance pour le Développement durable (PC2D) 2018-2021.
- République du Bénin, Budget de l'État Gestion 2018 et 2019, Présentation Détaillée des Dépenses – 36 Ministère de la Santé et 41 Ministère des Affaires Sociales et de la Microfinance.
- Unité de Gestion du Projet ARCH (2019) Rapport d'activités de l'unité de gestion du projet ARCH – Second semestre 2019 (décembre).

7.3 Études scientifique et littérature internationale

- Acharya, Arnab, Sukumar Vellakkal, Fiona Taylor, Edoardo Masset, Ambika Satija, Margaret Burke, Shah Ebrahim (2013) "The Impact of Health Insurance Schemes for the Informal Sector in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review" Policy Research Working Paper 6324, Washington, DC: The World Bank.
- Adebayo, Esther F., Olalekan A. Uthman, Charles S. Wiysonge, Erin A. Stern, Kim T. Lamont, and John E. Ataguba (2015) "A systematic review of factors that affect uptake of community-based health insurance in low-income and middle income countries", BMC Health Services Research 15:543.
- Boidin, B. (2015) « L'extension de la couverture maladie par les mutuelles communautaires en Afrique : mythes et réalités ». Bull. Soc. Pathol. Exot. 108:63-69.

- Bonfert, A., Özaltın, A., Heymann, M., Hussein, K., Hennig, J., Langenbrunner, J. (2015) "Closing the Gap: Health Coverage for Non-poor Informal Sector Workers", Joint Learning Network for Universal Health Coverage.
- Bossyns, Paul, Fabienne Ladrière, Valéry Ridde (2018) Une assurance maladie à grande échelle pour le secteur informel en Afrique subsaharienne Six ans d'expérience au Sénégal rural 2012- 2017. *Studies in Health Services Organization & Policy*, 34.
- Brikci, Nouria, and Alex Murray (2015) 'Etude Sur Les Mécanismes Innovants de Financement de La Santé Pour La Couverture Sanitaire Universelle Au Bénin. Rapport Final.' Oxford Policy Management.
- Chemouni B. (2018) The political path to universal health coverage: power, ideas and community-based health insurance in Rwanda. *World Development* 106:87–98.
- Coordination MASMUT zone UEMOA (2017) Potentiel des mutuelles de santé à la mise en œuvre de la Couverture Maladie Universelle au Mali et au Sénégal. Étude réalisée par Oumar Ouattara et Pascal Ndiaye.
- Daff, Bocar Mamadou, Serigne Diouf, Elhadji Sala Madior Diop, Yukichi Mano, Ryota Nakamura, Mouhamed Mahi Sy, Makoto Tobe, Shotaro Togawa & Mor Ngom (2019) Reforms for financial protection schemes towards universal health coverage, Senegal. *Bulletin of the World Health Organization*; BLT.19.239665.
- Ekman, Björn (2004) Community-based health insurance in low-income countries: a systematic review of the evidence. *Health Policy and Planning* 19 (5): 249-270.
- Failon, Julie (2007) Approche socio-anthropologique de la micro-assurance santé – Étude de deux systèmes de micro-assurance santé au Bénin. Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de licenciée en sociologie, Université de Liège.
- Fenny, Ama Pokuaa, Robert Yates and Rachel Thompson (2018) Social health insurance schemes in Africa leave out the poor. *International Health*. doi:10.1093/inthealth/ihx046
- Fonteneau, Bénédicte and Jan Van Ongevalle (2015) "Redistributive social protection Mapping Study", Working Paper N°1 Social Protection, Leuven: Belgian Policy Research Group on Financing for Development (Acropolis BeFind) (July).
- Fonteneau, Bénédicte, Sarah Vaes & Jan Van Ongeval (2017) Towards redistributive social protection systems? Insights from Senegal and Morocco. BeFind Working Paper N° 21 (May I).
- Giovannetti G., de Haan A., Sabates-Wheeler R. & Sanfilippo M. (2011) Successes in social protection: what lessons can be learned, *Canadian Journal of Development Studies*, vol. 32(4), pp. 439-453.
- Gollock, Aboubakry Slim Haddad, Pierre Fournier (2015) Fondements de la résilience et de la pérennité de la mutuelle de santé Fandène, Sénégal. *World Health Organization Regional Office for Africa, The African Health Monitor Special issue: Universal Health Coverage, Issue 20 (October)*.
- International Monetary Fund (IMF) (2018) 'Third Review under the Extended Credit Facility Arrangement and Request for Waiver of Nonobservance or Performance Criterion – Press Release; Staff Report; and Statement by the Executive Director for Benin.' IMF Country Report No. 18/364. International Monetary Fund.
- Kelley, Allison (2014) 'Une Vue d'hélicoptère : Cartographie Des Régimes de Financement de La Santé Dans 12 Pays d'Afrique Francophone. Rapport – Phase 1.' Recherche collaborative CdP – Muskoka.
- Kimball, Meredith, Caroline Phily, Amanda Folsom, Gina Lagomarsino, Jeanna Holtz (2013) Leveraging health microinsurance to promote universal health. *International Labour Office*. Geneva: ILO, 93 p. (Microinsurance Paper; no. 23).
- Kutzin, Joseph (2012) Anything goes on the path to universal health coverage? No. *Bulletin of the World Health Organization* 90:867-868. doi: 10.2471/BLT.12.113654
- Kutzin J, Yip W, Cashin C (2016) Alternative Financing Strategies for Universal Health Coverage. In Richard M Scheffler, ed. *World Scientific Handbook of Global Health Economics and Public Policy*.
- Mathauer I, Mathivet B, Kutzin J (2017) L'Assurance Maladie à Base Communautaire : Comment peut-elle contribuer au progrès vers la Couverture Universelle en Santé ? Genève : Organisation mondiale de la Santé (WHO/HIS/HGF/Note de Politique/17.3).
- Mathauer, Inke, Priyanka Saksena, and Joe Kutzin (2019) Pooling arrangements in health financing systems: a proposed classification. *International Journal for Equity in Health* 18:198.
- Musango, Laurent, Ole Doetinchem et Guy Carrin (2009) De la mutualisation du risque maladie à l'assurance maladie universelle – Expérience du Rwanda. Discussion Paper numéro 1-2009,

Department “Health Systems Financing” (HSF), Cluster “Health Systems and Services” (HSS). Genève : Organisation mondiale de la santé.

- Nosratnejad, Shirin, Arash Rashidian, David Mark Dror (2016) Systematic Review of Willingness to Pay for Health Insurance in Low and Middle Income Countries. PLoS One. 11(6): e0157470.
- O’Connell, Thomas S. K., Juliet A. Bedford, Michael Thiede and Di McIntyre (2015) Synthesizing qualitative and quantitative evidence on non-financial access barriers: implications for assessment at the district level, *International Journal for Equity in Health* (2015) 14:54.
- Organisation mondiale de la santé (OMS) (2010) Le financement des systèmes de santé – Le chemin vers une couverture universelle. Rapport sur la santé dans le monde 2010.
- Oxford Policy Management (OPM) (2018) ‘Le Financement Public de La Protection Sociale Au Bénin.’ OPM pour l’UNICEF.
- Panda, Pradeep, Iddo H Dror, Tracey Perez Koehlmoos, S A Shahed Hossain, Denny John, Jahangir A M Khan, David M Dror (2016) Factors affecting uptake of voluntary and community-based health insurance schemes in low-and middle-income countries – A systematic review. *Systematic Review* 27, International Initiative for Impact Evaluation (3ie).
- Particip GmbH and Independent Evaluation Group (IEG) (2017) ‘Joint Evaluation of Budget Support to Ghana (2005-2015) Final Report’. Independent evaluation jointly managed by the European Commission (DG DEVCO’s Evaluation Unit), the World Bank’s Independent Evaluation Group, the Government of Ghana, Denmark, France and Germany. https://ec.europa.eu/europeaid/sites/devco/files/evaluation_ghana_bs_final_report_vol1_en.pdf.
- Paul, Elisabeth, Fabienne Fecher, Remo Meloni, and Wim van Lerberghe (2018) Universal Health Coverage in Francophone Sub-Saharan Africa: Assessment of Global Health Experts’ Confidence in Policy Options, *Global Health: Science and Practice* 6(2):260-271.
- Pettigrew LM and Mathauer I (2016) Voluntary Health Insurance expenditure in low- and middle-income countries: Exploring trends during 1995–2012 and policy implications for progress towards universal health coverage. *International Journal for Equity in Health* 15:67.
- Plate-forme d’Abidjan (1998) Stratégies d’appui aux mutuelles de santé en Afrique. <https://www.social-protection.org/gimi/gess/ShowRessource.action?ressource.ressourceId=7522>
- Plateforme de Lomé (2019) Le pari de la Mutualité pour le XXIe siècle, Un engagement politique pour une stratégie. Des mots aux actes. https://www.aim-mutual.org/wp-content/uploads/2019/02/18-12-2019_LOME_FR.pdf
- Reich, Michael R, Joseph Harris, Naoki Ikegami, Akiko Maeda, Keizo Takemi, Timothy G Evans (2015) “Moving towards universal health coverage: lessons from 11 country studies”, *Lancet*, August 21, 2015.
- République du Sénégal, Ministère de la Santé et de l’Action sociale (MSAS) / Cellule d’Appui à la Couverture Maladie Universelle (CACMU) (2014) Etude d’opportunité et d’impact préalable à la création de l’Agence Nationale de la Couverture Maladie Universelle (ANACMU).
- République du Sénégal, Ministère de la Santé et de l’Action sociale (MSAS) (2013) Plan stratégique de développement de la Couverture Maladie Universelle au Sénégal 2013-2017.
- Ridde V, Asomaning Antwi A, Boidin B, et al. (2018) Time to abandon amateurism and volunteerism: addressing tensions between the Alma-Ata principle of community participation and the effectiveness of communitybased health insurance in Africa. *BMJ Glob Health* 3:e001056.
- Robyn PJ, Sauerborn R, Bärnighausen T. (2013) Provider payment in community-based health insurance schemes in developing countries: a systematic review. *Health Policy and Planning* Mar;28(2):111-22.
- Sekyi, Samuel and Paul B. Domanban (2012) The Effects of Health Insurance on Outpatient Utilization and Health Care Expenditure in Ghana. *International Journal of Humanities and Social Science* 2(10): 40-49.
- Soors, Werner, Jeroen De Man, Pascal Ndiaye & Bart Criel (2015) Towards universal coverage in the majority world – Transversal findings & lessons learnt, a summary. Antwerp : Institute of Tropical Medicine, Department of Public Health, Research Unit Equity & Health. Brief for DGD.
- Spaan, Ernst, Judith Mathijssen, Noor Tromp, Florence McBain, Arthur ten Have, and Rob Baltussen (2012) The Impact of Health Insurance in Africa and Asia: A Systematic Review. *Bulletin of the World Health Organization*, 90:685–692A.
- Umeh, Chukwuemeka A, Frank G Feeley (2017) Inequitable Access to Health Care by the Poor in Community-Based Health Insurance Programs: A Review of Studies From Low- and Middle-Income Countries. *Global Health: Science and Practice* Volume5 Number2.

- Van Hees, Suzanne G. M., Timothy O'Fallon, Miranda Hofker, Marleen Dekker, Sarah Polack, Lena Morgon Banks and Ernst J. A. M. Spaan (2019) Leaving no one behind? Social inclusion of health insurance in low- and middle-income countries: a systematic review. *International Journal for Equity in Health* 18:134.
- Verbrugge, Boris Adeline Ajuaye & Jan Van Ongevalle (2018) Contributory social protection for the informal economy ? Insights from Community-Based Health Insurance (CBHI) in Senegal and Tanzania. BE-FIND Working Paper N° 26 (December).
- World Health Organization (2015) Raising revenues for health in support of UHC: strategic issues for policy makers. Health Financing Policy Brief n°1, WHO/HIS/HGF/PolicyBrief/15.1, by Matthew Jowett and Joseph Kutzin, Health Systems Governance & Financing.
- WSM (2008) Renforcer la Protection Sociale par l'Institutionnalisation des Mutuelles de Santé au Bénin. Rapports sur les Droits Economiques, Sociaux et Culturels.
- Zelelew, Hailu N. (2015) Community Health Financing as a Pathway to Universal Health Coverage: Synthesis of Evidence from Ghana, Senegal, and Ethiopia. USAID, Health Finance & Governance Brief, Bethesda : Abt Associates

**Le rôle des mutuelles de santé
et des initiatives d'économie
sociale dans l'extension des
mécanismes de protection
sociale aux travailleurs ruraux
du Bénin**

**Rapport relatif aux livrables de l'équipe
UCLouvain (WP 5, 6, 7)**

Dimension opérationnelle

« Quelles sont les combinaisons les plus appropriées des différentes initiatives d'économie sociale en vue de l'expansion de la protection sociale aux populations rurales et aux acteurs du secteur informel? »

- **WP 5** : Analyse du potentiel des MUSA et des IESS dans les mécanismes de protection sociale ;
- **WP 6** : Analyse d'articulations entre MUSA et IESS pour la protection sociale en santé ;
- **WP 7** : Développement de l'opérationnalisation de l'articulation MUSA-IESS.

Pascal Ndiaye, Louvain Coopération

Christian Horemans, Mutualités Libres

Marie-Paule Kestemont, Université de Louvain



8 CONTEXTE ET PROBLÉMATIQUE

8.1 Contexte

La protection sociale est, depuis plusieurs décennies, l'objet de débats de différentes catégories de la population qui souhaitent collectivement revendiquer une composante des droits universels de l'homme. Les premières luttes étaient portées par les travailleurs, après la deuxième guerre mondiale. D'importantes avancées ont été acquises pour la prévention contre des risques sociaux qui peuvent mettre en danger le bien-être social et économique, comme la perte du travail et des revenus pour cause d'invalidité, la vieillesse, la maternité, les risques professionnels (accidents du travail et maladies professionnelles), etc. Cette notion de protection sociale a été développée notamment pour les travailleurs du secteur formel, dans le cadre de la sécurité sociale. Le premier résultat de cette lutte fut l'adoption de la Convention 102 concernant les normes minimales pour la sécurité sociale par l'Organisation Internationale du Travail (OIT) en 1952 (1).

Cependant les crises économiques ont très vite mis à l'épreuve les politiques de sécurité sociale et un socle minimum de protection sociale a été défini au niveau international, avec des mesures et mécanismes pour permettre aux populations d'y avoir accès. L'accès aux mécanismes a été catégorisé suivant deux principales modalités : par la contribution financière obligatoire ou par l'assistance sociale.

En Afrique, l'économie est particulièrement dominée par les activités de type informel, principalement dans les villes et de type agricole dans les campagnes. Dans son dernier rapport sur la protection sociale (2019), l'OIT estime que 85,8% des emplois en Afrique sont de type informel. Parallèlement, une large proportion de cette population n'a pas accès aux mécanismes de protection sociale. Environ 29% de la population mondiale est couverte par des systèmes complets de sécurité sociale et 71% n'est que partiellement couverte, voire sans protection par un mécanisme de sécurité sociale. Ce même rapport reprend l'évidente relation entre les risques de vulnérabilité, de pauvreté et d'exclusion sociale auxquels les personnes dépourvues de protection sociale sont confrontées et qualifie cette situation d'exclusion de *terrible menace non seulement pour leur bien-être personnel et leur exercice effectif des droits humains, mais aussi pour le développement économique et social de leur pays ; que la pauvreté est à la fois une cause et une conséquence de l'informalité et que l'informalité implique un manque de protection sociale, de droits au travail et de conditions de travail décentes* (2).

L'extension de la protection sociale et particulièrement dans le domaine de la santé à cette population reste ainsi une préoccupation constante depuis des années et revient dans l'agenda international.

A l'instar de la plupart des pays africains, le gouvernement béninois s'est engagé dans une perspective de Couverture Santé Universelle (CSU) et a souscrit à ses objectifs. Le principe de base de la CSU est de donner l'accès à des soins de santé à toute la population béninoise, estimée à près de 12 millions d'habitants (3). Dans cette perspective, le Bénin a élaboré une politique holistique avec une importante composante dédiée à l'assurance maladie. Cette stratégie est dénommée ARCH (Assurance pour le Renforcement du Capital Humain). L'ARCH inclut quatre volets, à savoir l'assurance maladie, les pensions de retraite, la formation et le crédit, qui seront gérés par l'Agence nationale de protection sociale, actuellement en voie de création.

Le Programme d'Actions du Gouvernement 2016-2021 (PAG) pointe des performances socio-économiques au pays qui n'ont pas permis d'infléchir significativement la pauvreté et la réduction des inégalités, une situation sociale restée marquée par une persistance de la pauvreté et de fortes inégalités par sexe et par région (l'incidence de la pauvreté monétaire s'est accrue de 3,9 points entre 2011 et 2015, soit respectivement de 36,2% à 40,1% (46,4 % en 2018, selon la Banque Mondiale – BM), avec un Indice de Développement Humain (IDH) de 0,515, classant le Bénin au 166e rang sur 188 pays en 2015 (4) et au 163e rang sur 189 pays en 2018 (5)). Selon la BM, l'économie béninoise dépend fortement du commerce informel de réexportation et de transit avec le Nigéria (estimé à environ 20 % du PIB) ainsi que de l'agriculture (6).

Le même document estime que la plupart des cibles des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) sont en mal d'être atteintes et souligne l'absence de protection sociale qui mine les ressources financières des agents économiques et des plus démunis, de même que la faible implication des mutuelles de santé privées en matière de protection sociale.

Le tableau des principaux indicateurs socio-économiques du Bénin présenté ci-après révèle les efforts encore à faire par le pays pour sortir la majorité de la population de la pauvreté et lui assurer un accès décent aux services sociaux de base, notamment en matière de santé. D'autres services sociaux de base tels que l'alimentation, l'eau, l'énergie, l'éducation, l'habitat constituent également des défis pour le Bénin.

Tableau 1 Indicateurs de base du Bénin

Indicateurs	Valeurs
Population totale (milliers) (2019)	11 884 127
Espérance de vie à la naissance (2018)	61
Taux total d'alphabétisation (2018) (%)	42.36
Taux d'alphabétisation des hommes (2018) (%)	53.98
Taux d'alphabétisation des femmes (2018) (%)	31.07
Taux annuel de croissance démographique (2018) (%)	2.7
Taux brut de mortalité, (2017) (o/oo)	9.48
Taux brut de natalité, (2017) (o/oo)	36.62
Populations rurales (2018) (%)	57
Secteur informel (2019) (%)	94.3
Part de l'informel sur le PIB (2016) (%)	68
Dépenses de santé (2014) (% du PIB)	4.6
Niveau de pauvreté (2015) (%)	40.1

Source : EDS (7), UNICEF (8), INSAE (3), UGP (9), INDEXMUNDI (10)

La population béninoise active est en majorité composée de travailleurs des secteurs rural (52%) et informel (plus de 90%). Cette situation occasionne des disparités entre les milieux de vie (urbain et rural), le genre (homme / femme), la scolarisation, l'emploi, les revenus, etc. En effet, avec un niveau de vulnérabilité élevé, il existe un contraste entre les milieux urbain et rural en termes de bien-être économique de la

population. En milieu urbain, 64 % de la population se situe dans les deux derniers quintiles de bien-être économique, tandis que cette proportion est de 24 % en milieu rural (7).

En termes d'accès aux soins de santé, le niveau de couverture du risque maladie est bas : il est estimé par l'État à 8% de la population. Le secteur informel qui occupe 94,3% de la population active et contribue pour 65% au PIB ne dispose d'aucun mécanisme de protection sociale opérationnel et institutionnalisé au niveau national. Les populations rurales sont exclues des mécanismes classiques d'assurance maladie (11). Se présente dès lors un paradoxe en matière de protection sociale.

Le PAG donne une forte priorité à la protection sociale en lançant le Programme ARCH qui vise les couches les plus pauvres et vulnérables (12). Cependant, les stratégies de couverture de la population rurale ne sont pas définies et il n'est pas sûr que ces populations disposent de suffisamment de revenu pour contribuer.

Parallèlement, les mutuelles de santé (MUSA) interviennent depuis des décennies dans la couverture du risque maladie pour ces populations. Cependant, celles-ci sont encore relativement de petite taille et la faible capacité contributive des populations ciblées est une des principales causes de non-adhésion lorsque la modalité d'adhésion est volontaire. Les ménages, du fait des difficultés liées à leurs conditions d'existence, ne mettent pas la santé au cœur de leurs priorités en matière de dépenses. Or, la mutualité est un mécanisme de prévoyance.

En plus de cette barrière financière pour les populations, plusieurs études ont documenté les limites des mutuelles de santé en matière de capacité de gestion, d'organisation, de fidélisation des ressources humaines, de couvertures populationnelle et géographique, etc. (13–16).

Par ailleurs, et très tôt, des études ont montré la capacité des mutuelles à contribuer à l'accès à des soins de santé pour les populations à revenus modestes (17–21), ce qui a conduit à l'intérêt de la coopération au développement à soutenir le modèle mutualiste. Aussi, les mutuelles de santé sont considérées comme un véritable mouvement social particulièrement pertinent comme composante de la société civile dans le secteur de la santé (22). Elles sont organisées en réseaux autour d'unions et de fédérations dans les pays. Au niveau mondial, les mutuelles ont l'AIM (Association Internationale de la Mutualité) comme faîtière. En Afrique, une dynamique sous-régionale s'est construite autour de la communauté UEMOA (Union Economique et Monétaire Ouest Africaine).

Dans plusieurs pays, la stratégie pour la CSU est basée sur les MUSA ou leur donne une place importante. Les plus fréquemment cités sont le Rwanda, le Mali, le Sénégal, le Burkina Faso qui ont plus ou moins avancé dans l'institutionnalisation de cette implication des MUSA (22).

Au Bénin, en raison des limites ci-dessus évoquées on se trouve face à un risque d'exclusion d'une large proportion de la population. Or, diverses études estiment que les mutuelles constituent un mécanisme pertinent pour l'accès aux soins. Dans un rapport sur le financement de la santé au Bénin, l'OMS présente la position de l'Etat en ces termes : *Une autre dynamique intéressante à souligner dans le pays est la tendance actuelle à renforcer d'une part une extension de la couverture du risque maladie au secteur informel et vers les ruraux à travers les mutuelles de santé et d'autre part à réorganiser ces institutions en réseaux et structures faîtières* (23). Gankpe et al. postulent qu'en l'absence de système de couverture maladie universelle au Bénin, les mutuelles de santé constituent quasiment le seul système de protection sociale (24).

Le postulat de départ de la présente étude est que les MUSA ont une expérience et un potentiel pour contribuer dans la composante assurance maladie contributive de ARCH. Elles peuvent mieux cibler les travailleurs qui disposent d'une capacité contributive, dans leurs zones de prédilection (milieu rural). Cette population cible est le plus souvent organisée dans des structures associatives, coopératives ou corporatistes qui visent à améliorer leurs conditions socio-économiques avec des valeurs partagées par les membres telles que la solidarité et l'entraide. Il s'agit des initiatives d'économie sociale et solidaires. En s'articulant avec ces organisations de l'économie solidaire, les mutuelles peuvent appliquer l'adhésion automatique, étendre ainsi l'adhésion et proposer une transition vers une contribution obligatoire, gage de succès de la protection sociale en santé.

Ce postulat a été conceptualisé par Ndiaye, Tine & Sall lors de la 3^{ième} Conférence internationale de l'Association Africaine de la Santé, sous le titre « *La Couverture Sanitaire Universelle dans un contexte dominé par le secteur informel et rural : la "souscription obligatoire indirecte" pourrait-elle être la solution ?* » (25).

8.2 Cadre conceptuel

8.2.1 La protection sociale

La notion de protection sociale est le fruit d'une lutte du monde du travail. Le Bureau International du Travail avait le mandat de développer les mécanismes pour assurer la sécurité sociale, comprise comme la protection que la société accorde aux personnes et aux familles par le biais de mesures publiques, permettant d'assurer l'accès aux soins de santé et la garantie d'une sécurité de revenu (particulièrement pour les travailleurs, notamment pour les risques liés à la maladie, l'invalidité, les accidents du travail, la maternité et le chômage).

Pour assurer les différentes prestations de la sécurité sociale, des mesures publiques et des organes gestionnaires (caisses) ont été mis en place avec, comme modalité de financement, la contribution financière des travailleurs du secteur formel disposant d'un revenu régulier. Cependant, étendre ces mesures à toute la population s'est révélé nécessaire pour une question d'équité dans l'accès aux mécanismes de protection sociale.

Ce cadre de la sécurité sociale a ainsi été élargi par la notion de protection sociale qui ajoute aux mesures publiques, les mesures non-publiques et est considéré comme un des quatre piliers du cadre stratégique pour le travail décent (26).

Parallèlement, des orientations ont été données aux pays sous forme de recommandations ou autres textes réglementaires pour les aider à préciser les objectifs et moyens de parvenir à une protection sociale inclusive et universelle. Par exemple, le sommet mondial de Copenhague (1995) sur le développement social recommandait l'extension de la protection sociale, l'implication des associations professionnelles et autres organisations appartenant à la société civile et le développement d'innovations afin de les impliquer ; en 2009, le BIT et ses partenaires ont défini un socle minimum de protection sociale que les États doivent assurer pour leurs populations. Ces orientations se sont traduites sous forme de normes, avec un cadre opérationnel publié en 2011 : *Socle de protection sociale pour une mondialisation juste et inclusive* (27).

La stratégie du BIT incite les pays à la mise en œuvre rapide de socles nationaux de protection sociale contenant des garanties élémentaires de sécurité sociale qui assurent un accès universel aux soins de santé essentiels et la sécurité élémentaire de revenu à un niveau défini à l'échelle nationale, conformément à la recommandation (n° 202) (28) sur les socles de protection sociale (22) qui mentionne que *des garanties devraient être assurées au minimum à toute personne dans le besoin, tout au long de la vie, l'accès à des soins de santé essentiels et une sécurité élémentaire de revenu.*

Selon l'OIT (29), *les socles de protection sociale sont des ensembles de garanties élémentaires de sécurité sociale définies au niveau national visant à assurer au minimum à toute personne dans le besoin, tout au long de la vie, l'accès à des soins de santé essentiels et une sécurité élémentaire de revenu qui, ensemble, garantissent un accès effectif aux biens et services définis comme nécessaires à l'échelle nationale.*

Les socles de protection sociale devraient contenir, au moins, les quatre garanties de sécurité sociale suivantes, définies au niveau national (recommandation n° 202) :

- 1) *Accès à des soins de santé essentiels, y compris les soins de maternité.*
- 2) *Sécurité d'un revenu de base pour les enfants, assurant l'accès à l'alimentation, à l'éducation, aux soins et à tous autres biens et services nécessaires.*
- 3) *Sécurité d'un revenu de base pour les personnes en âge d'être actives qui sont dans l'incapacité d'obtenir un revenu suffisant, en particulier dans les cas de maladie, de chômage, de maternité et d'invalidité.*
- 4) *Sécurité d'un revenu de base pour les personnes âgées.*

Plus récemment, une nouvelle recommandation des Nations Unies cible encore plus précisément le travailleur rural avec la Déclaration des Nations Unies sur les droits des paysans et des autres personnes travaillant dans les zones rurales, adoptée en 2018 (30).

En résumé, la trame de fond de la protection sociale est la protection contre des risques qui peuvent entraîner des dépenses catastrophiques et/ou faire basculer l'individu dans la précarité. Cependant, tout en maintenant cette trame, différents cadres d'analyse, dimensions et méthodes sont utilisés dans les multiples définitions de la protection sociale, qui sont presque aussi nombreuses que les grandes institutions qui interviennent dans ce champ (31).

La FAO quant à elle définit la protection sociale comme *l'ensemble de toutes les initiatives, formelles et informelles, qui fournissent une assistance sociale aux individus et ménages extrêmement pauvres, des services sociaux aux groupes nécessitant des soins spéciaux ou qui se verraient autrement refuser l'accès à ces services basiques, une assurance sociale protégeant les personnes contre les risques et les conséquences de chocs de la vie, et une équité sociale qui protège les personnes contre les risques sociaux comme les discriminations ou les abus (32,33).*

La Banque Mondiale parle et intervient davantage sur les « filets sociaux » destinés aux populations les plus pauvres confrontées à des chocs sociaux. Cette approche s'est développée dans les années 70-80, pour donner suite aux conséquences des changements économiques avec la dévaluation des monnaies. Pour la BM, le terme « *filet social de sécurité* » ou « *assistance sociale* » fait référence à des programmes de transfert non contributifs ciblant, d'une manière ou d'une autre les pauvres ou les personnes vulnérables, tels que : les transferts en espèces ou les bons

d'alimentation, catégoriels ou soumis à des conditions de ressources, comme les allocations familiales ou les pensions sociales ; les transferts en nature, les programmes de repas scolaires ou de supplémentation destinés aux mères et enfants étant les plus courants, mais également les distributions de rations alimentaires à emporter, de fournitures scolaires, d'uniformes, etc. ; la subvention des prix, souvent de la nourriture ou de l'énergie, au profit des ménages ; l'emploi dans le cadre de programmes de travaux publics à forte intensité de main d'œuvre, parfois dénommé « allocations conditionnelles » ; les transferts monétaires ou en nature destinés aux ménages pauvres et soumis au respect de conditions spécifiques imposées en matière d'éducation ou de santé ; l'exemption de droits pour les services de base, les soins de santé, la scolarisation, les services publics ou les transports. Les filets sociaux de sécurité ne constituent qu'une partie de la politique de protection sociale ou politique sociale (34).

Une différence de taille par rapport à l'approche du BIT en termes de stratégie est la durée de mise en œuvre des programmes. Les programmes liés aux filets sociaux (comme les transferts monétaires, les subventions pour l'éducation ou l'alimentation, les cantines scolaires, le ciblage des groupes vulnérables tels que les orphelins, les personnes âgées, etc.) ne sont généralement pas élaborés pour constituer une stratégie à long terme, contrairement à la stratégie du BIT qui appelle à une intervention tout au long de la vie du bénéficiaire.

Pour le mouvement international 'Social Alert', « *la protection sociale est un concept large, qui comprend les systèmes de sécurité sociale, et plus généralement les mesures non obligatoires ou privées (par exemple la mutuelle) ainsi que les mesures d'assistance sociale. Il n'existe pas de modèle de protection sociale défini une fois pour toutes. La protection sociale peut prendre différentes formes et la seule condition est que ces mesures ne soient pas discriminatoires et qu'elles soient basées sur des systèmes de solidarité et de justice sociale* » (35).

Enfin l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) postule que la protection sociale est aussi un cadre pour réduire les inégalités en santé qui doit être un objectif partagé par tous (36). Elle a développé le concept de Couverture Sanitaire Universelle (CSU) et en a défini les stratégies pour les pays qui souhaitent s'y engager.

Aujourd'hui, il est reconnu qu'un système efficace de protection sociale permet, en matière de santé, un accès universel aux soins de santé essentiels abordables, disponibles et de bonne qualité, et apporte une protection financière en période de maladie, d'accident et de maternité. La protection sociale englobe ainsi la CSU qui se définit comme suit :

La Couverture Sanitaire Universelle est la situation dans laquelle toutes les populations peuvent obtenir les services de santé dont elles ont besoin – services de promotion, préventifs, curatifs, de réhabilitation et palliatifs – et qui répondent aux normes de qualité et d'efficacité, sans que le coût de ces services n'expose les usagers à des difficultés financières (37,38). Cette définition, endossée par tous les acteurs, implique de profondes réformes du système de santé, notamment en Afrique.

Pour conceptualiser toutes ces notions et modalités d'intervention décrites ci-dessus, un cadre de la protection sociale a été défini par l'OIT, comprenant trois ensembles d'objectifs : i) de promotion qui visent à stabiliser ou à augmenter les revenus avec des interventions comme la microfinance ; ii) de prévention qui visent directement à éviter les privations avec des mécanismes d'assurance informels et formels et autres formes de mutualisation des risques et iii) de protection qui visent à soulager la

privation par l'assistance sociale dès lors que les mesures promotionnelles et préventives ne l'ont pas fait.

Le cadre d'analyse le plus fréquemment utilisé pour travailler sur la protection sociale est fourni par Devereux & Sabates-Wheeler (39) qui ont ajouté un quatrième objectif 'de transformation sociale' (40). Cette dimension sort le cadre (promotion, prévention, protection) de sa logique économique pour lui donner une autre perspective plus sociale.

Cette dimension transformative vise à prendre en considération les déterminants qui entraînent des déséquilibres, créant et maintenant ainsi des vulnérabilités (41). Elle positionne les actions dans une perspective de quête de changement (y compris les rapports de pouvoir) par le plaidoyer et la participation. Dans le domaine de la santé, le cadre d'analyse proposée par Devereux & Sabates-Wheeler offre un lien conceptuel pour l'analyse de la protection sociale sur la voie de la couverture universelle.

8.2.2 Les Initiatives d'Economie Sociale et Solidaire

Tout comme la protection sociale, la notion d'économie sociale a fait l'objet de plusieurs travaux conceptuels et a évolué dans le temps (42) pour fusionner, dans les années 70, avec la notion d'économie solidaire. L'économie sociale réfère aux formes d'organisation plus institutionnalisées telles que les coopératives, associations et mutuelles. L'économie solidaire quant à elle, renvoie à des initiatives plus récentes (ou économie sociale émergente) d'organisation locale et communautaire (43).

Globalement, la notion d'initiatives d'économie sociale et solidaires (IESS) est comprise comme (44) l'ensemble des activités économiques productrices de biens ou de services, exercées par des sociétés, principalement coopératives et/ou à finalité sociale, des associations, des mutuelles ou des fondations, dont l'éthique se traduit par les principes suivants :

- Une finalité de service à la collectivité ou aux membres, plutôt que finalité de profit ;
- Une autonomie de gestion : gestion qui ne dépend ni d'un actionnaire privé ni de l'Etat ;
- Un processus de gestion démocratique et participative prévoyant un contrôle démocratique ;
- Une primauté des personnes et du travail sur le capital dans la répartition des revenus majoritairement affectée à l'objet social.

Le monde académique francophone belge a accordé une attention particulière à l'économie sociale, créant plusieurs dispositifs universitaires : une Chaire d'Economie Sociale et Solidaire au Sud (CESSS) à l'UCLouvain, un Centre d'Economie Sociale (CES) à l'ULiège ainsi que des programmes de cours tels les Masters de spécialisation en économie sociale à l'UCLouvain et à l'ULiège.

Les IESS se sont largement développées en Afrique, au point de devenir un secteur en soi. Les travaux sur l'économie sociale en Afrique se sont développés et intensifiés dès le début des années 2000. L'économie sociale est alors considérée comme un véritable 'tiers secteur' (42, 45).

Certains auteurs estiment que l'utilisation du terme économie sociale pourrait ne pas être tout à fait appropriée au contexte africain, comparé à l'Europe (46). Cependant, ils précisent que cela ne signifie pas que ces pays n'ont pas d'économie sociale. Au

contraire, on pourrait dire que l'Afrique est le continent où l'économie sociale joue le rôle le plus important, car tous les pays africains comptent un grand nombre d'organisations poursuivant à la fois des objectifs sociaux et économiques et de nombreuses activités, y compris la production de biens et services qui sont gérées collectivement. La différence entre le contexte européen et le contexte africain serait principalement le type d'activités menées, ainsi que les fondateurs et prestataires impliqués.

En Europe, les principaux services sociaux (y compris les services d'éducation et les soins de santé) ont été initialement développés par les sociétés d'entraide et les coopératives puis ont été repris ou adoptés par les gouvernements nationaux.

En Afrique, il y a nécessité de contextualiser la définition de l'économie sociale pour refléter la réalité africaine. Du fait que plusieurs organisations sont une partie vitale de l'économie informelle, lorsqu'il est appliqué au contexte africain, le terme économie sociale devrait inclure les organisations informelles soutenant l'entraide mutuelle au niveau local.

Cependant, il y a un consensus sur : la forme organisationnelle, caractérisée par des structures participatives ; l'objectif des activités qui exclut la recherche du profit et sa distribution aux propriétaires comme objectif ultime ; le caractère démocratique du processus décisionnel au sein des organisations et la prévalence des personnes et du travail sur le capital dans la répartition des revenus.

Le terme « économie sociale » est ainsi utilisé pour définir un ensemble d'organisations qui partagent ces caractéristiques et sont historiquement regroupées en quatre grandes catégories : coopératives, mutuelles, associations et, plus récemment, fondations (46). L'économie sociale en Afrique est classée dans le secteur informel. Le BIT a inventé l'expression « secteur informel » au début des années soixante-dix pour décrire la réalité économique de nombreux pays à bas revenu. Par la suite, celle-ci a été remplacée par « économie informelle » pour souligner le fait qu'il s'agit d'un phénomène distinct de l'économie en général. Selon le BIT, même « *s'il n'existe pas de définition généralement admise de ce que recouvre l'expression « économie sociale », le BIT utilise la définition pratique qui a été convenue lors d'une conférence tripartite à Johannesburg en octobre 2009 selon laquelle ces mots désignent : des entreprises et organisations – en particulier les coopératives, les mutuelles, les associations, les fondations et les entreprises sociales –, qui ont comme spécificité de produire des biens, des services et des connaissances tout en poursuivant des objectifs à la fois économiques et sociaux et de promotion de la solidarité. Les entreprises de l'économie sociale existent donc sous diverses formes juridiques* » (47).

Les organisations d'économie sociale sont présentes dans l'agriculture, l'artisanat, l'industrie, la finance et la distribution, ainsi que dans des domaines tels que la santé, la culture, l'éducation, les loisirs, les services sociaux, etc. (42).

Aujourd'hui, les domaines d'activité et les types d'organisations de l'économie sociale ont évolué. Par exemple, les coopératives ont évolué vers la poursuite d'objectifs sociaux et les associations ont adopté une position de plus en plus entrepreneuriale. Ces tendances parallèles ont abouti à une convergence des formes associative et coopérative. En Europe, le terme entreprise sociale a été développé notamment pour capter cette dynamique innovante. La Commission européenne a récemment entériné ce point de vue dans le cadre de la Social Business Initiative, en donnant au terme la définition suivante : « *un opérateur de l'économie sociale dont l'objectif principal est*

d'avoir un impact social plutôt que de faire du profit pour ses propriétaires ou actionnaires. Elle opère en fournissant des biens ou des services pour le marché de manière entrepreneuriale et innovante et utilise ses bénéfices principalement pour atteindre des objectifs sociaux. Il est géré de manière ouverte et responsable et implique notamment les employés, les consommateurs et les parties prenantes concernés par ses activités commerciales » (46).

L'impact bénéfique de l'économie sociale sur le développement social et économique peut être vu sous différentes perspectives : soutenir une croissance inclusive et durable, contribuer à réduire la pauvreté, générer de nouveaux emplois, contribuer à une utilisation et une allocation plus équilibrée des ressources et jouer un rôle dans l'institutionnalisation des organisations informelles.

Le monde du travail en milieu rural est assimilé à l'économie informelle dans les statistiques officielles de l'État béninois. La désagrégation est à priori difficile, bien que l'OIT estime que neuf travailleurs sur dix occupent des emplois informels au Bénin et que la plupart des travailleurs ruraux sont des travailleurs indépendants et exploitent leurs propres fermes ou leurs petites ou très petites entreprises, dont beaucoup sont informelles (48). En effet, la Convention n° 141 et la Recommandation n° 149 sur les organisations de travailleurs ruraux (49,50) définissent le profil du travailleur rural comme suit :

- 1) *Aux fins de la présente convention, les termes **travailleurs ruraux** désignent toutes personnes exerçant dans les régions rurales, une occupation agricole, artisanale ou autre, assimilée ou connexe, qu'il s'agisse de salariés ou, sous réserve du paragraphe 2 du présent article, de personnes travaillant à leur propre compte, par exemple les fermiers, métayers et petits propriétaires exploitants.*
- 2) *La présente convention ne s'applique qu'à ceux des fermiers, métayers ou petits propriétaires exploitants dont la principale source de revenu est l'agriculture et qui travaillent la terre eux-mêmes avec la seule aide de leur famille ou en recourant à des tiers à titre purement occasionnel et qui :*
 - a) *N'emploient pas de façon permanente de la main-d'œuvre, ou*
 - b) *N'emploient pas une main-d'œuvre saisonnière nombreuse, ou*
 - c) *Ne font pas cultiver leurs terres par des métayers ou des fermiers.*

Au niveau sous-régional, les organisations des travailleurs ruraux sont régies par l'OHADA qui définit une société coopérative comme suit (51) :

Article 4 La société coopérative est un groupement autonome de personnes volontairement réunies pour satisfaire leurs aspirations et besoins économiques, sociaux et culturels communs, au moyen d'une entreprise dont la propriété et la gestion sont collectives et où le pouvoir est exercé démocratiquement et selon les principes coopératifs.

La société coopérative peut, en plus de ses coopérateurs qui en sont les principaux usagers, traiter avec des usagers non coopérateurs dans les limites que fixent les statuts.

Article 5 Les sociétés coopératives exercent leur action dans toutes les branches de l'activité humaine.

Article 6 La société coopérative est constituée et gérée selon les principes coopératifs universellement reconnus, à savoir :

- *L'adhésion volontaire et ouverte à tous ;*
- *Le pouvoir démocratique exercé par les coopérateurs ;*
- *La participation économique des coopérateurs ;*
- *L'autonomie et l'indépendance ;*
- *L'éducation, la formation et l'information ;*
- *L'engagement volontaire envers la communauté.*

Toute discrimination fondée sur le sexe ou sur l'appartenance ethnique, religieuse ou politique est interdite.

Notons qu'à côté de ces organisations d'économie sociale, il existe également plusieurs formes associatives qui ont un objectif économique ; ainsi des groupes socio-culturels mettent en place des organisations d'entraide ; les artisans sont organisés en collectifs. Nous reviendrons plus loin dans ce rapport sur ces collectifs d'artisans.

8.2.3 Les mutuelles de santé

Les mutuelles de santé en Afrique sont des organisations communautaires mises en place par des groupes sociaux pour répondre à un besoin de prise en charge des maladies (52). Elles reposent sur les principes de gouvernance démocratique, d'autonomie et de liberté, d'épanouissement de la personne, de non lucrativité, de solidarité et de responsabilité dans la gestion. Le but de la mutuelle est de permettre à chacun de ses membres et à leurs personnes à charge d'accéder à des soins de santé de qualité. Elle veut donc, avant tout, supprimer les barrières financières et, si nécessaire, les barrières géographiques à l'accès à ces soins.

Elles visent à mettre en commun des ressources dans un souci de prévoyance, contribuent à éviter les dépenses exceptionnelles en cas de maladie.

Les principes décrits ci-dessus et sur lesquels il y a un consensus des acteurs qui accompagnent le mouvement mutualiste, guident le montage et le fonctionnement des mutuelles. Cependant, il existe une diversité de formes de mutuelles. On trouve plusieurs approches pour les classer, dont la plus courante est le classement selon trois logiques : sociale, économique et organisationnelle.

La logique sociale s'intéresse davantage aux caractéristiques qui définissent et distinguent les membres et les secteurs dans lesquels ils évoluent (formel ou informel), la forme d'adhésion (volontaire ou obligatoire), le public cible, la couverture territoriale, etc. Cette approche s'intéresse aussi à l'initiateur de la mutuelle (communauté, syndicats, coopératives, mouvements de femmes, associations de crédit, religion, etc.).

Une autre caractérisation plus simpliste, la logique économique, distingue les 'mutuelles au premier franc' des mutuelles complémentaires. Dans le premier cas les prestations sont exclusivement supportées par les cotisations des membres et ceux-ci ne disposent que de cette assurance maladie. On trouve dans cette catégorie les mutuelles qui sont mises en place par des personnes habitant dans une même localité et les mutuelles qui évoluent dans le secteur professionnel et concernent les travailleurs d'une même corporation du secteur formel ou du secteur informel. Les mutuelles complémentaires sont soit créées par des salariés agents du secteur public ou privé, soit par des corporations qui disposent déjà d'une assurance maladie et placent la mutualité pour la prise en charge des pathologies exclues du système formel ou de la partie (co-paiement) qui devait revenir à l'assuré. Généralement ces mutuelles sont de dimension plus grande.

Pour la logique économique, le terme « micro-assurance » santé qui a fait son apparition à la fin des années 90 semble mettre la priorité sur le volet assurantiel ou économique de la mutuelle. Elle qualifie l'organisation de micro, soit par sa taille, le montant de ressources mobilisables, la dimension des risques couverts (distinction entre mutuelles à « petits risques » et celles à « gros risques »), l'implication des bénéficiaires dans la gestion et le rapprochement avec les cibles de la microfinance. Il est logique que le BIT, promoteur de la protection sociale qui a un objectif de faciliter l'accès aux revenus (par la microfinance pour les populations pauvres et du secteur informel) soit aussi le promoteur de la notion de micro-assurance santé. Cependant, l'introduction du terme « assurance santé » présume que l'organisation n'a que cet objectif alors que les mutuelles ont un objectif social, jouent dans l'organisation communautaire et sociale, intègrent d'autres valeurs telles que la solidarité, notion socialement ancrée en Afrique (52, 53).

Dans l'approche économique on peut considérer la question de l'articulation ou du partenariat des mutuelles de santé avec d'autres organismes tels que les institutions de microfinance (IMF) et le micro-crédit. Dans ce cas, l'objectif est d'améliorer de manière globale la situation économique et sanitaire du bénéficiaire en considérant qu'une mauvaise santé compromet le remboursement des prêts accordés par l'IMF et que la faible capacité contributive des ménages peut être améliorée par la présence d'un autre produit financier. Ces deux motivations constituent la base du partenariat entre la mutualité et le microfinance/crédit.

L'approche organisationnelle quant à elle s'appuie sur les aspects techniques et de gouvernance de l'organisation. Dans cette approche, on trouve les types de mutuelles endogènes, communautaires et gérées directement par les membres ; les mutuelles gérées par le prestataire de soins ou une agence tierce (comme un assureur privé ou une autre mutuelle d'une dimension plus importante). De plus en plus, les mutuelles externalisent leur gestion pour garantir que cette dernière soit assurée par des ressources humaines professionnelles. Un autre type de mutuelles dans cette catégorie concerne celles dont l'initiateur est une entreprise où l'employeur peut aller jusqu'à faciliter l'organisation de l'offre de soins.

8.2.4 Caractéristiques communes aux MUSA et aux IESS

Les MUSA sont considérées comme des IESS du fait qu'elles partagent les mêmes principes (44, 59–61) ; plus précisément, les IESS constituent la base de la définition des caractéristiques et principes de base du mouvement mutualiste africain (22). Par ailleurs, les MUSA sont positionnées comme un mécanisme qui contribue à la CSU et donc à la protection sociale.

Figure 1 Principes et caractéristiques des IESS et des MUSA

Caractéristiques des IESS	Caractéristiques des MUSA
<ul style="list-style-type: none"> • Finalité de service à la collectivité ou aux membres, plutôt que finalité de profit • Autonomie de gestion : gestion qui ne dépend ni d'un actionnaire privé ni de l'État ; • Processus de gestion démocratique et participative : prévoit un contrôle démocratique • Primauté des personnes et du travail sur le capital dans la répartition de revenus en majorité affectée à l'objet social. 	<ul style="list-style-type: none"> • La solidarité ; • La participation démocratique ; • L'autonomie et la liberté ; • La poursuite d'un but non lucratif ; • L'épanouissement de la personne ; • La responsabilité des membres ; • La dynamique d'un mouvement social.

La relation entre MUSA et IEES a été également établie dans les travaux de Solidarité Mondiale concernant la contribution des mouvements sociaux dans les politiques de CSU (22). Selon l'auteur, les mutuelles de santé constituent une composante essentielle de l'économie sociale du fait, qu'au-delà de la revendication comme instrument, elles endossent la participation sociale (y compris la redevabilité), le plaidoyer et le partenariat pour atteindre des objectifs sociaux. Gendron (43) également met en perspectives dans le tableau ci-dessous, plusieurs nuances conceptuelles qui permettent de renforcer la pertinence de l'articulation MUSA et IEES.

Tableau 2 Synthèse des concepts

L'économie sociale comme ensemble d'organisations particulières (Desroche)	L'économie sociale comme combinaison d'un regroupement de personnes, d'une entreprise et de règles	L'économie solidaire comme services de proximité et dynamique sociale (Laville)	L'économie sociale comme économie et comme organisation particulières (Defourny)
Organisations reconnues : coopératives, mutuelles et associations	Regroupement de personnes fondé sur l'égalité Rapports membre/entreprise fondés sur l'activité de l'entreprise Rapports entreprise/membre fondés sur la distribution	Construction conjointe de l'offre par les professionnels et les usagers	L'économie considérée dans sa dimension sociale, c'est-à-dire par rapport à sa capacité d'améliorer la qualité de vie et le bien-être des populations
Candidates potentielles : entreprise à participation ouvrière, en partenariat avec la municipalité, publique avec autonomie de gestion, privée avec partenariat syndical	L'organisation est un bien durable ment collectif	Hybridation entre l'économie marchande, non marchande et non monétaire (don et réciprocité)	L'entreprise d'économie sociale respecte les principes suivants : <ul style="list-style-type: none"> • Finalité de services aux membres ou à la collectivité • Autonomie de gestion • Processus de décision démocratique • Primauté des personnes et du travail sur le capital dans la répartition des surplus et des revenus • Participation, prise en charge et responsabilité individuelle et collective
Cette définition est axée sur le statut juridique	Cette définition privilégie la coopérative (plutôt que l'association) et le marchand (plutôt que le don et la réciprocité)	Élément d'un nouveau modèle de développement fondé ; sur les trois pôles de l'État, de l'entreprise et de la société civile	

Source : Gendron Corinne, Émergence de nouveaux mouvements sociaux économiques (43)

Par ailleurs, et sans s'attarder sur la justification conceptuelle des différents auteurs, il semble important de reprendre la synthèse de Gendron qui postule que « *l'économie sociale est envisagée comme un élément central d'un nouveau modèle de développement où se recomposent les rapports entre État, secteur privé et société civile, à la faveur de modes de régulation inédits. Les pratiques de l'économie sociale et solidaire correspondent alors à un projet alternatif de développement où sont redéfinis les rapports entre l'économie et le social* »(43).

8.3 Problématique : fragmentation des mécanismes de protection sociale et inéquité dans l'accès

8.3.1 Les dispositifs de protection sociale au Bénin

Comme dans la plupart des pays africains, les dispositifs de protection sociale au Bénin sont très fragmentés. Plusieurs régimes et dispositifs existent et fonctionnent de façon séparée. En 2013, l'Etat béninois en a fait le constat et a élaboré le document de « Politique holistique de protection sociale au Bénin ». Ce document présentait la situation comme suit :

L'analyse du dispositif actuel de protection sociale a révélé que les mécanismes de protection sociale mis en place se sont avérés inefficaces. D'un côté, les mécanismes de protection sociale traditionnelle ne sont pas parvenus à assurer une protection adéquate dans un contexte de modernisation, d'urbanisation et de vulnérabilité à de grands chocs covariants, qui exigent des mécanismes plus formels et plus efficaces avec un rôle important de l'État. De l'autre côté, le mécanisme moderne de protection développé par l'État est apparu très limité. En effet, seulement 6,4% de la population économiquement active ont adhéré aux deux régimes de sécurité sociale (FNRB et CNSS). Dans l'ensemble, seulement 8,4% de la population est couverte actuellement par l'assurance maladie : 5,6% par le FNRB, 1,9% par les mutuelles de santé et 0,9% par l'assurance privée. Cependant, le Gouvernement avait pris un certain nombre de mesures dont la gratuité de la césarienne, la gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq (05) ans, la gratuité des frais de scolarisation (54).

La politique holistique de protection sociale au Bénin ainsi que la problématique de fragmentation sont largement développées aux points 2.3.1 et 5 de la première partie de l'étude.

8.3.2 Les travailleurs ruraux et leur accès aux mécanismes de protection sociale

Selon l'OIT, la plupart des travailleurs et des entrepreneurs de l'économie informelle vivent dans les zones rurales, souvent dans des situations de pauvreté extrême et d'insécurité. Cette situation justifie que les trois principales priorités au Bénin concernent le renforcement du dialogue social, la promotion d'emplois décents pour les jeunes en milieu urbain et rural par le développement d'entreprises durables et la consolidation et l'extension de la protection sociale (48).

Quel que soit le mécanisme de la protection sociale, les aspects techniques liés à sa mise en œuvre et les aspects sociaux doivent être considérés simultanément. Dans le domaine de la protection sociale en santé, un consensus est fait autour de l'inégalité et de l'injustice dans l'accès aux soins de santé (22), tout comme dans d'autres secteurs sociaux de base comme l'éducation et la nutrition.

La prise en compte du milieu rural dans les politiques de protection peut prendre plusieurs formes et être le fruit de l'action de différents acteurs :

- Être un agenda gouvernemental de fait ;
- Être le fruit d'une lutte paysanne : par exemple au Sénégal, la Loi n° 2004-16 portant loi d'orientation agro-sylvo-pastorale (55) a tout un Chapitre 12 sur la 'Promotion de l'équité sociale en milieu rural' et a été un instrument clé de l'extension de la protection sociale en milieu rural. Idem pour le Mali (56) ;

- Être le fruit d'une lutte sociale plus large, généralement soutenue par des organisations internationales actives en milieu rural ou encore d'autres mouvements sociaux (22) ;
- Être l'approche de la coopération au développement du secteur rural (caféiculteurs au Burundi et en Côte d'Ivoire).

Au Bénin, la Loi d'orientation sylvopastorale a été validée le 3 avril 2019 (57). Le *Plan Stratégique de Développement du Secteur Agricole (PSDSA) 2025* et le *Plan National d'Investissements Agricoles et de Sécurité Alimentaire et Nutritionnelle (PNIASAN) 2017-2021* stipulent le renforcement des mécanismes assurantiels dans le secteur agricole (58).

Cette volonté politique du ministère en charge de l'agriculture constitue une étape importante dans la construction d'une véritable stratégie de protection sociale en santé pour le secteur agricole face à une vulnérabilité économique qui serait due à la faiblesse des revenus et des actifs (y compris le bétail et la terre en milieu rural) (54).

Malgré les intentions pour couvrir l'ensemble de la population béninoise, l'élaboration de documents stratégiques et techniques pour ce faire, la réalisation d'études scientifiques, l'accès à la protection sociale en santé dans le monde rural reste un problème.

L'étude se positionne ainsi dans le champ de deux logiques : une logique sociale et une logique économique. Les deux formes d'organisation manipulent et ont ces deux logiques dans leurs attributions. Celles-ci seront explorées afin de relever l'impact potentiel de leur articulation pour la protection sociale en santé des populations en milieu rural béninois.

9 MÉTHODOLOGIE

Afin d'identifier les combinaisons les plus appropriées des différentes initiatives d'économie sociale en vue de l'extension de la protection sociale aux populations rurales et aux acteurs du secteur informel, cette partie de l'étude questionne le rôle qu'on peut attendre des mutuelles de santé et des institutions d'entrepreneuriat social. Celles-ci sont ancrées localement, ont de l'expérience dans la collecte et la gestion de fonds communs et la mutualisation des risques de leurs membres, et sont particulièrement proches des groupes de population les plus reculés et les plus vulnérables.

Cette étude se veut donc qualitative, cherchant à identifier les facteurs conditionnant les positions des acteurs sociaux et de leurs institutions, et mettant l'accent sur des processus susceptibles de servir de leviers pour développer des synergies pertinentes pour la protection sociale des travailleurs ruraux.

9.1 Délimitation du périmètre d'investigation de terrain

La délimitation du périmètre d'investigation est basée sur la combinaison des mots clés de la question de recherche : extension, protection sociale, travailleurs ruraux, IESS et MUSA. Le contexte et le cadre conceptuel présentés ci-dessus nous amènent donc à organiser la recherche autour :

- De la protection sociale en santé comme composante de la protection sociale universelle et pilier de l'agenda du travail décent ;
- Des filières et associations en milieu rural comme forme d'IESS ;
- Des travailleurs ruraux actifs dans des filières agricoles ou autres secteurs et exclus des formes classiques de protection sociale comme cibles ;
- Des mutuelles de santé comme mécanisme de protection sociale en santé.

Certains mécanismes de protection sociale sont contributifs et d'autres non contributifs. La présente étude se concentre sur les MUSA comme mécanismes contributifs et n'abordera donc pas les systèmes non contributifs (telle l'assistance sociale).

L'Annexe 2 présente les premiers éléments qui ont été développés quant à l'identification des cibles et des besoins d'information à collecter. Cette annexe s'est considérablement enrichie tout au long de l'étude.

9.2 Méthodes de recueil des informations

Le recueil des informations nécessaires s'est fait par analyse documentaire et recherche exploratoire qualitative (études de cas) par entretiens individualisés (en face-à-face ou par téléphone) et focus groups.

Etant donné la diversité des techniques de recueil d'information utilisées, souvent croisées, il ne sera pas toujours possible de référencer individuellement les sources. Quand le cas se présentera, nous noterons « Sources diverses ».

9.2.1 Analyse documentaire

Deux principales sources ont fait l'objet de l'analyse documentaire :

- Articles et autres types de documents décrivant différentes stratégies d'extension de la protection sociale aux travailleurs ruraux ;

- Données et informations financières contenues dans les documents programmatiques et différents types de rapports (évaluation, activités, capitalisation, etc.)

9.2.2 Entretiens et focus groups

Les rencontres avec les acteurs (ACNG et opérateurs) et les membres des MUSA et IESS se sont déroulées lors d'une phase de terrain qui s'est étendue du 3 au 21 janvier 2020.

Dans tous les cas de rencontres (entretiens et de focus groups), le consentement éclairé a précisé les conditions d'utilisation de l'opinion des interviewés. Dans certains cas, exceptionnellement, il a été demandé aux interlocuteurs l'autorisation de révéler leur identité dans le rapport d'étude. Les reformulations de transcriptions sont mineures.

Les rencontres ont permis de toucher différentes catégories de répondants :

Les institutions MUSA et IESS : il s'agit des structures qui gouvernent les activités des MUSA ou des IESS. Deux personnes ont été particulièrement sollicitées pour l'entretien : le président et le gestionnaire. Un autre élu de l'organisation pouvait servir de suppléant en cas d'indisponibilité d'une des personnes visées. L'objectif des entretiens avec ces acteurs était de recueillir leurs opinions et expériences sur les articulations institutionnelles pour l'adhésion automatique des groupes organisés aux MUSA.

Membres mutualistes et membres ou coopérateurs des IESS : l'objectif des entretiens avec ces acteurs était de recueillir leurs opinions sur :

- Leur organisation ;
- Le niveau de satisfaction des services offerts par l'organisation ;
- Le niveau de solidarité ;
- L'acceptabilité de modification des pratiques pour s'articuler avec la CSU ;
- La participation à la vie associative et le niveau de connaissance de ARCH et des enjeux ;
- Leur appartenance à d'autres associations (réseaux associatifs).

Autorités administratives : les cibles sont les autorités administratives au niveau local, la commune ou le département et, au niveau du système de santé, le médecin chef du département ou de la commune. Avec ces autorités, le sens des entretiens était d'apprécier leur degré de connaissance de ARCH ; les mécanismes de la protection sociale contenus dans les plans au niveau décentralisé (PDC pour la commune, PCDS pour la santé) ; l'exercice de la tutelle (y compris la régulation pour le prestataire) sur les IESS et les MUSA ; leurs opinions sur l'opérationnalisation d'un modèle d'articulation au niveau local.

Structures d'appui : ce terme distingue deux catégories de cibles : les 'opérateurs' désigne les ONG ou associations nationales qui supportent le développement opérationnel des MUSA ou des IESS et les 'structures d'appui' qui sont des institutions (souvent) internationales qui disposent de représentations dans le pays d'intervention et développent une composante d'appui aux mutuelles ou IESS qu'elles font exécuter par des tiers organisations et partenaires nationaux dénommées

'ACNG' dans ce rapport. Ces organisations assurent pour les MUSA et les IESS le transfert de compétences techniques, un accompagnement stratégique et opérationnel. Ces acteurs font beaucoup d'efforts et interviennent dans un contexte pluri acteurs, multisectoriel, à enjeux. Leurs opinions sur les synergies pour une intervention holistique produisant plus d'impact pour la protection sociale est particulièrement attendue.

Des focus groups avec les institutions mutualistes se sont déroulés sous forme de travaux de groupe, lors d'un atelier qui a réuni le 07 janvier 2020, 34 représentants mutualistes composés de 17 élus mutualistes, 6 gestionnaires de mutuelles et 11 personnels des structures d'appui.

Les rencontres se sont faites à différents niveaux :

- Niveau géographique pour l'administration : localisation décentralisée et niveau central ;
- Niveau organisationnel des IESS et MUSA : faîtière et antenne ;
- Niveau d'intervention des acteurs : siège, direction et niveau opérationnel.

Tableau 3 : Rencontres des cas étudiés

Sites / acteurs	Entretien	Focus Group
Bembereke	6	1
Autorité Locale	1	
Institution IESS	3	
Institution MUSA	1	
Membre IESS	1	
Membres MUSA		1
Bruxelles	1	
ACNG	1	
Cotonou	9	
ACNG	4	
Autorités Ministériel	2	
Institution MUSA	2	
Opérateurs	1	
Dassa-Zoumé	2	
Autorité Locale	1	
Opérateurs	1	
Glazoué	8	2
Autorité Communale	1	
Institution IESS	4	
Membre IESS	2	
Membres MUSA		2
Opérateur	1	

Sites / acteurs	Entretien	Focus Group
Matéri	1	1
Autorité Locale	1	
Membres MUSA		1
Natitingou	1	
Institution IESS	1	
Sinendé	8	1
Autorité Locale	1	
Institution IESS	3	
Institution MUSA	3	
Membre IESS	1	
Membres MUSA		1
Tanguiéta	5	
Institution IESS	3	
Membre IESS	2	
Tchaéta	2	2
Institution IESS	2	
Membres IESS		2

Total général	43	7
----------------------	-----------	----------

9.3 Sélection des cas

Afin d'étudier les articulations possibles entre mutuelles de santé et IESS, une sélection a été effectuée de manière à retenir des cas où des mutuelles de santé et des IESS sont actifs dans la même région. Pour ce faire, une liste d'IESS candidates a, dans un premier temps, été établie sur base des critères présentés ci-dessous. Pour chaque candidat IESS, il a ensuite été vérifié qu'il existait, dans la même zone, une mutuelle de santé présentant une dynamique mutualiste.

9.3.1 Sélection des IESS

Afin d'identifier des IESS candidates pour les études de cas, une liste préliminaire d'IESS a été établie sur base de documentation émanant d'acteurs non gouvernementaux (ACNG) actifs au Bénin, de recherche documentaire et des connaissances de terrains de différents partenaires de la coopération belge.

Une analyse des IESS identifiées s'en est suivie, effectuée sur deux types de critères : des critères d'inclusion et des critères analytiques. Ces critères ont été établis afin de retenir des IESS qui présentent un certain niveau d'organisation et de gouvernance relativement aux IESS, une structuration géographique qui couvre plusieurs niveaux administratifs (départements, communes, arrondissements, etc.), disposent de flux financiers et ont des partenariats avec des acteurs de la coopération afin de faciliter une éventuelle mise en pratique des recommandations de la présente étude.

Les IESS ne satisfaisant pas les critères d'inclusion n'ont pas été retenues comme candidates pour les études de cas. Quant à eux, les critères analytiques ont permis de retenir les IESS qui apparaissaient meilleures sur différentes caractéristiques.

Cette sélection des IESS a été effectuée depuis la Belgique. Certaines informations n'étaient pas toujours disponibles à distance et manquent donc pour certaines IESS candidates.

Critères d'inclusion

- *Critère de Finalité Sociale*

L'initiative identifiée respecte la définition d'IESS et, plus spécifiquement : « [...] *finalité de service à la collectivité ou aux membres, plutôt que finalité de profit [...], l'autonomie de gestion et la participation* ».

- *Critère d'Organisation*

L'initiative identifiée fait partie d'un réseau structuré sur différents niveaux territoriaux qui présentent en leur sein des organes de gouvernances définis et fonctionnels.

Critères analytiques

- *Critère de Taille*

L'initiative identifiée regroupe ou représente (directement ou au travers de ses initiatives membres) plus de 100 membres personnes physiques.

- *Critère de Flux Financiers*

L'initiative identifiée gère directement des flux financiers réguliers émanant de ses activités économiques (par exemple : les cotisations de ses membres, le résultat de ventes groupées, l'organisation d'évènement, etc.).

- *Critère de Partenariat*

L'initiative identifiée a un lien direct ou indirect avec des acteurs de la coopération bi-ou multilatérale. Un lien direct est défini comme un soutien à l'IESS sans intermédiaire par une ACNG. Un lien indirect est défini comme un soutien à l'IESS par un intermédiaire, lui-même soutenu par une ACNG.

9.3.2 Sélection des mutuelles de santé

Le critère de sélection des mutuelles de santé est la présence d'une dynamique mutualiste dans la/les zone(s) des IESS retenues. Par 'dynamique mutualiste', il est entendu :

- Un réseau de mutuelles de santé coordonnées du niveau villageois au niveau départemental ;
- Une gouvernance associative répondant aux principes mutualistes ;
- Un niveau de fonctionnement techniquement conforme aux principes de l'assurance maladie (collecte de fonds, mise en commun de ressources et achat de services) ;
- Une vie associative créant des échanges et la participation des membres.

10 SÉLECTION DES CAS ÉTUDIÉS

10.1 Identification des cibles des études de cas

15 IESS ont été identifiées comme candidates pour l'étude et analysées selon les critères de sélection (inclusion et analytiques) présentés ci-dessus.

8 IESS candidates à l'analyse de cas ont été maintenues. Pour ces 8 IESS, il a ensuite été vérifié si une MUSA présentant une dynamique mutualiste était présente dans la même zone. Cette vérification s'est faite sur base d'échanges avec les acteurs de terrain notamment le CONSAMUS.

Des MUSA avec une dynamique mutualiste étaient présentes dans la zone de 6 IESS candidates au sein des 8 précédemment identifiées. Parmi ces 6 IESS, il a été choisi de limiter la recherche de terrain à 3 cas au vu de la durée très courte de l'étude.

Le choix de ces 3 cas s'est opéré en prenant en compte les aspects suivants :

- Diversité géographique : ces 3 cas se trouvent dans des départements différents.
- Diversité d'activités : l'agriculture occupant une grande partie de la population rurale (59% des hommes et 32% des femmes déclarent en faire leur occupation en milieu rural (63)), 2 IESS agricoles de filières différentes ont été retenues. L'artisanat regroupant, au Bénin, 311 métiers différents, un collectif d'artisans a également été retenu afin de toucher un nombre élevé de professions en milieu rural.

Les 3 cas étudiés sont situés dans la commune de Tanguiéta dans le département de l'Atacora, dans la commune de Bembéréké et Sinendé dans le département du Borgou et dans la commune de Glazoué des Collines.

Le tableau synthétique est présenté en Annexe 3.

L'annexe 4 présente la carte des cas étudiés.

10.2 Description IESS et réseaux de MUSA étudiés

Les tableaux ci-dessous reprennent les principales caractéristiques des organisations étudiées.

Tableau 4 : les principales caractéristiques des organisations étudiées : IESS

IESS	Département	Institutions Membres	Volume de cotisation annuelle	Cadre Légal	Année de constitution	Membres pers. physiques
URCoopMa	Atacora	13	1 440 000 FCFA (2200€)	AUSCOOP*	2012	1450
Collectifs des artisans de Bemberéké	Borgou	32	368 000 FCFA (560€)	Loi associative de 1901	1999	2003
UCPC de Sinendé	Borgou			AUSCOOP		7000 +
UNIRIZ-C	Collines	10	1 000 000 FCFA (1525€)	AUSCOOP	1996	2321

Sources diverses.

UCPC de Sinendé : Cette initiative a été contactée lors de la phase de terrain, dans le processus de validation des informations reçu des acteurs, sur une expérience menée dans la commune et dans une filière préalablement non sélectionnée pour ce département.

Tableau 5 : les principales caractéristiques des organisations étudiées : MUSA

MUSA	Département	Mutuelles membres	Volume de cotisation annuelle	Cadre Légal	Bénéficiaires
UMUSoP	Atacora	3	17 542 170 FCFA (26 740€)	Loi associative de 1901	12 646
UCMSB	Borgou	10	12 820 800 FCFA (19 540€)	Loi associative de 1901	5 342
UCMSS	Borgou	14	13 512 800 FCFA (20 600€)	Loi associative de 1901	7 142
UCMSD	Collines	9	6 820 900 FCFA (10 400€)	Loi associative de 1901	3 016

Sources diverses.

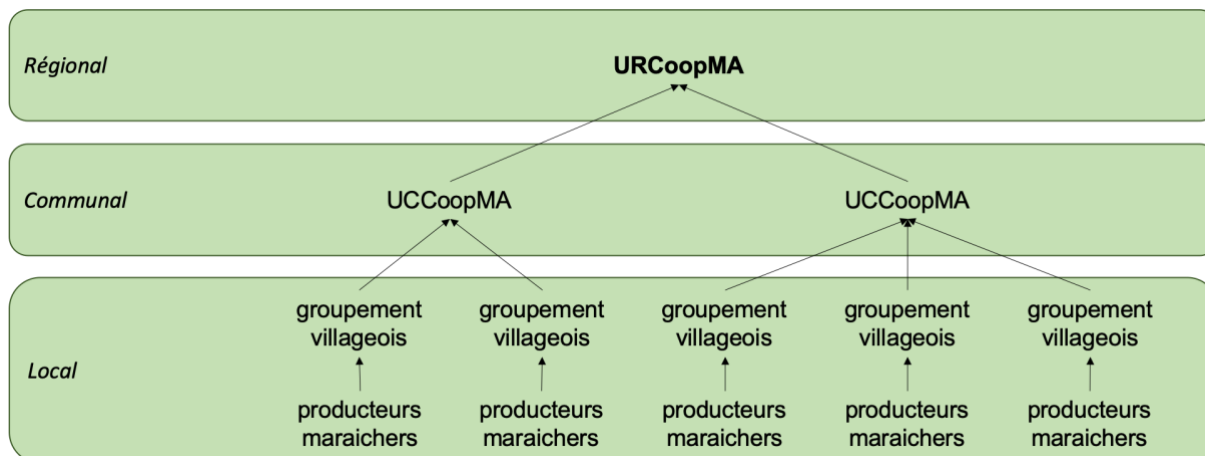
10.2.1 Département de l'Atacora

10.2.1.1 Union Régionale des Coopératives de Maraîchage de l'Atacora et du Donga (URCoopMA)

L'URCoopMA est établie à Natitingou dans le département de l'Atacora. Elle représente 1450 producteurs maraichers (dont 63% de femmes) regroupés dans 96

coopératives villageoises, elles-mêmes membres de 13 Unions Communales (UCCoopMA).

Figure 2 : Structuration de l'URCoopMA et de ses membres



Les activités de l'URCoopMA sont multiples : la gestion de boutiques de vente d'intrants dans 6 communes de la région et l'organisation de vente groupée de produits maraîchers dans les communes de Péhunco, Ouaké et Djougou.

L'URCoopMA a reçu le soutien de plusieurs acteurs de la coopération belge de manière directe et indirecte au cours de ces dernières années. ENABEL (ex-CTB) a contribué à la structuration et à la reconnaissance légale et institutionnelle de l'URCoopMA (64). Aujourd'hui l'ACNG Protos apporte son soutien direct à la coopérative. Enfin, Louvain Coopération est un soutien indirect de la coopérative au travers de son partenariat avec le Guichets d'Entrepreneuriat Local Nord-Bénin (GEL Nord Bénin) qui promeut l'entrepreneuriat dans la région.

10.2.1.2 Union des Mutualités Sociales de la Pendjari (UMUSoP)

L'UMUSoP est une union de mutuelles de santé actives dans la région de la Pendjari, dans le département de l'Atacora au nord du Bénin. Trois mutualités se rassemblent au sein de l'union :

- Titiebana Tituaba établie dans l'arrondissement de N'Dahonta dans la commune de Tanguiéta ;
- Oukondatou Natike active dans la commune de Cobly ;
- Kouanarou Soui active dans la commune de Matéri.

Ces 3 MUSA ont été lancées avec l'appui de l'ACNG belge Louvain Coopération et des Mutualités Libres belges. Elles continuent à bénéficier, aujourd'hui, de l'appui de ces deux organisations. En 2019, 12 646 personnes étaient couvertes par l'UMUSoP.

Fin 2019, l'UMUSoP a lancé un paquet de soins complémentaire et facultatif pour les gros risques. Ce paquet vise à couvrir certains soins prodigués à l'hôpital de zone Saint-Jean-de-Dieu situé à Tanguiéta. Les soins pédiatriques, les accouchements difficiles, les opérations d'urgence et les analyses sont couverts par ce paquet avec un ticket modérateur variant en fonction des soins prodigués.

Les MUSA de l'UMUSoP couvrent les petits risques en périphérie : soins curatifs consultation prénatale (CPN) et accouchement assisté à 65%, transport des

parturientes à l'hôpital de référence à 100% et morsure de serpent à 25%. Les membres peuvent prendre l'option « gros risques » qui offre des services complémentaires :

- Accouchement compliqué : - un plafond de 15.000 F
- Soins hospitaliers en pédiatrie : 50%
- Soins hospitaliers en Médecine générale : 60%
- Intervention chirurgicale en urgence : plafond de 60.000 FCA
- Analyses laboratoires (TH ; NFS-VS ; Selles KOP ; Groupages rhésus ; Glycémie ; créatinémie ; Hépatite B ; NB ; Urée): 60%

La mutuelle de N'Dahonta a été lancée en 2007 et couvre les arrondissements de N'Dahonta et une partie de l'arrondissement de Taïacou dans la commune de Tanguiéta. En 2019, elle comptait un total de 2432 bénéficiaires. Le taux de pénétration était estimé à 15,55% de la population dans les zones couvertes, hors indigents (estimation UMUSoP). La cotisation annuelle est de 1430 FCFA par personne pour les petits risques et 3000 FCA pour l'option avec services complémentaires (gros risques). C'est la seule MUSA de l'UMUSoP qui prend les soins curatifs à 65%, la consultation prénatale (CPN) à 65% et l'accouchement assisté à 65%,

La mutuelle de Cobly a été lancée en 2007 et couvre le territoire de la commune de Cobly. En 2019 elle comptait 4066 bénéficiaires. Le taux de pénétration est estimé à 8,70% de la population dans les zones couvertes, hors indigents (estimation UMUSoP). La cotisation annuelle est de 1840 francs CFA par bénéficiaire pour le petit risque et 3000 FCFA pour le gros risque.

La mutuelle de Matéri a été lancée en 2015 et couvre la commune de Matéri. En 2019 elle comptait 4719 bénéficiaires. Le taux de pénétration était estimé à 5,6% dans les zones couvertes, hors indigents (estimation UMUSoP). La cotisation annuelle est de 1700 francs CFA par bénéficiaire pour le petit risque et 3000 FCFA pour le gros risque.

Comme dans nombre d'autres mutuelles africaines, un droit d'adhésion est exigé lors de l'inscription de nouveaux bénéficiaires. Ce droit vise à couvrir les frais administratifs et n'est pas récupérable en cas de démission (49). Pour les mutuelles membres de l'UMUSoP ce droit est de 1000 francs CFA par adhérent.

L'adhésion du ménage dans sa totalité est obligatoire dans ces 3 mutuelles. Les paquets de soins proposés pour les cotisations présentées ci-dessus sont semblables, la différence de cotisation s'expliquant par la différence de ticket modérateur et les différences dans la contractualisation avec les centres de santé locaux.

10.2.2 Département du Borgou

10.2.2.1 Collectif des artisans

Le collectif des artisans de la Commune de Bemberéké regroupe les 32 associations d'artisans établies sur le territoire de la Commune. Le collectif est géré par un bureau composé de 5 membres effectifs : président, vice-président, secrétaire, trésorier et organisateur. L'une des principales activités du collectif est, depuis 2013, l'organisation du Certificat de Qualification au Métier (CQM). Le CQM est une certification reconnue par l'état Béninois permettant aux apprentis de se lancer en tant

qu'artisan dans le métier qu'ils ont appris. Le collectif s'implique également dans une certaine harmonisation des pratiques des associations en son sein et la résolution de conflits éventuels.

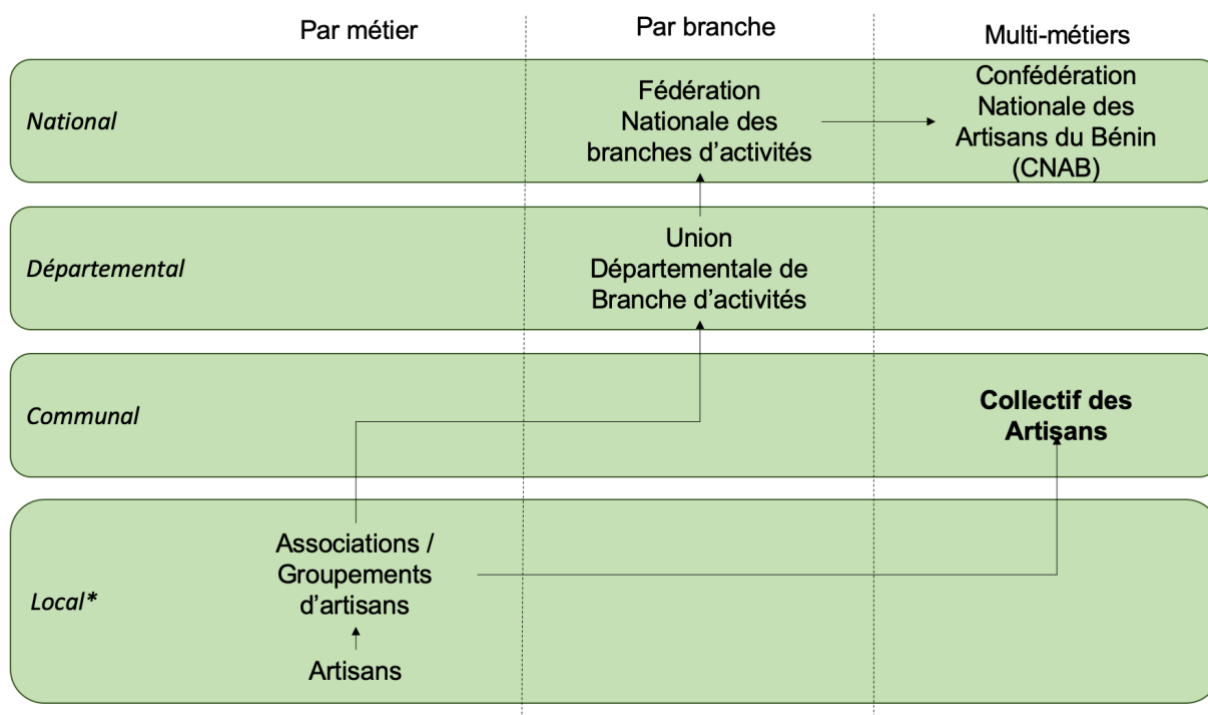
Au Bénin, la dénomination « *artisanat* » regroupe un large spectre d'activités. La définition officielle de l'activité artisanale précise : [...] *toute activité d'extraction, de production ou de transformation de biens ou de prestation de services exercée à titre principal par une personne physique :*

- *dont la maîtrise technique et le savoir-faire requièrent un apprentissage ou une formation assortie d'une pratique du métier ;*
- *dont le travail et l'habileté manuelle occupent une place prépondérante où le mode de production peut inclure des machines et outillages actionnés directement par l'artisan sans déboucher sur une production en série.* (65)

La nomenclature des métiers de l'artisanat au Bénin regroupe 311 métiers répartis dans 40 corps de métiers et 8 branches d'activité (65).

La Confédération Nationale des Artisans du Bénin (CNAB) représente les différents corps de métiers des artisans au niveau national. Les représentants de la CNAB sont désignés par les différentes fédérations nationales des branches d'activités, elles-mêmes composées de représentants des unions départementales des branches d'activités. Ces unions départementales sont désignées par les associations locales des artisans, rassemblements locaux des artisans exerçant les mêmes métiers. Lorsqu'au moins cinq associations d'artisans différentes sont présentes sur le territoire de la même commune, un collectif d'artisans est créé. Il existe aujourd'hui un collectif des artisans dans chaque commune du Bénin.

Figure 3 Structuration des organisations représentatives des artisans du Bénin



*Les associations/groupements s'organisent par village, quartier ou arrondissement en fonction du milieu (rural/urbain) et des spécificités locales.

Au niveau national, la CNAB est la faitière des 9 Fédérations Nationales de branches d'activités et des 96 Unions Départementales de branche d'activités, ainsi que des 80 Collectifs des artisans répartis sur le territoire national.

Il existe également des institutions à vocation consulaire représentant les artisans et relevant du droit public au niveau Interdépartemental. Il s'agit des Chambres Interdépartementales des Métiers (CIM). Ces CIM sont au nombre de 6 (deux par département) et se regroupent au sein de l'Union des Chambres Interdépartementales des Métiers du Bénin (UCIM).

L'amélioration des formations des artisans a été largement soutenue depuis plusieurs années par plusieurs initiatives de coopération bilatérale (66). Lors des recherches de terrain, la coopération Suisse en particulier a été mentionnée à de nombreuses reprises au niveau des collectifs d'artisans.

10.2.2.2 Union Communale des Mutuelles de Santé de Bembereké (UCMSB)

L'UCMSB regroupe les 10 mutuelles actives dans la commune de Bembereké. Elle comptait 5342 bénéficiaires en 2018 soit un taux de pénétration d'environ 3,5%.

Le droit d'adhésion s'élève à 1000 francs CFA par bénéficiaire pour une cotisation annuelle de 2400 francs CFA par an et par bénéficiaire. A cela s'ajoute la possibilité de souscrire à un paquet couvrant également certains soins hospitaliers pour 4000 francs CFA par an et par ménage. Le ticket modérateur est de 25% dans les centres de santé locaux et de 40% à l'hôpital.

L'UCMSB est appuyée par l'ONG nationale Actions pour la Protection Sociale (APROSOC), elle-même soutenue par We Social Movements (WSM), l'ONG du Mouvement Ouvrier Chrétien (MOC). L'UCMSB bénéficie aussi du soutien de la Mutualité Chrétienne de la Province du Luxembourg basée à Arlon. Il est à noter que la commune d'Arlon est également active à Bembéréké au travers d'un partenariat dans le cadre du programme de Coopération Internationale Communale (CIC) géré par l'Union des Villes et des Communes de Wallonie (UCVW).

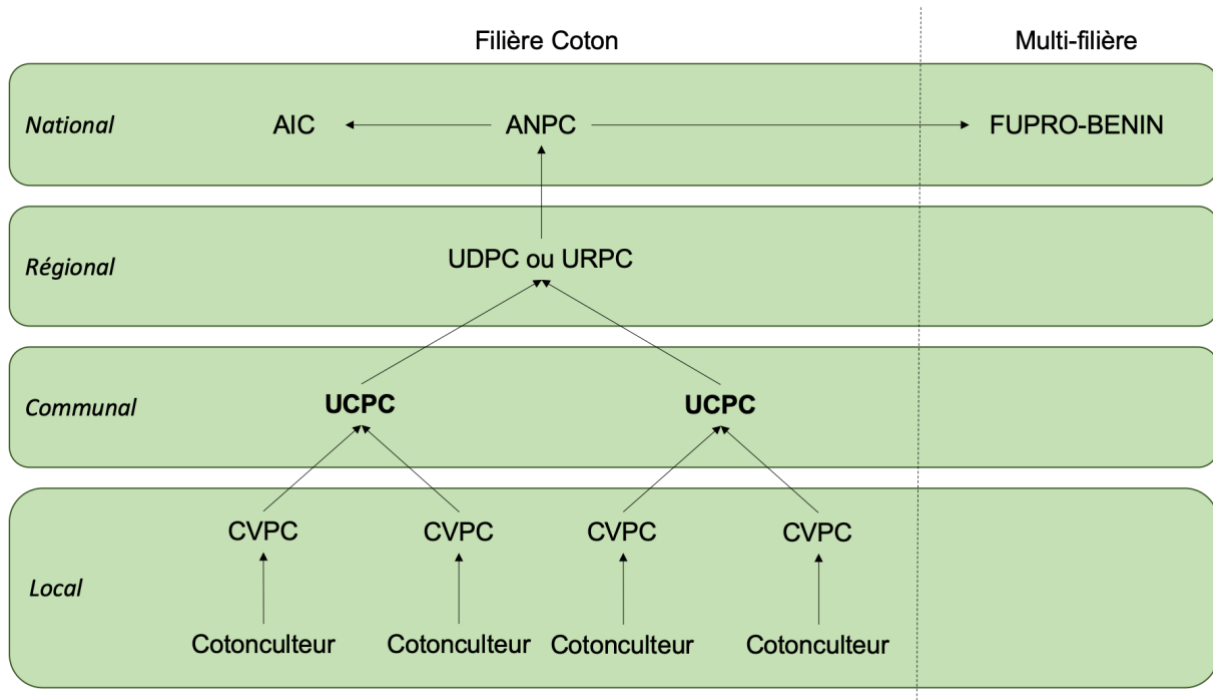
10.2.2.3 Union Communale des Producteurs de Coton de Sinendé

L'UCPC regroupe les Coopératives Villageoises des Producteurs de Coton (CVPC) établies dans la commune de Sinendé. Au classement des communes béninoises produisant le plus de coton, Sinendé arrive à la 5ème position avec, environ 35 000 tonnes pour la récolte 2018-2019, soit à peu près 5% de la production totale du pays.

L'UCPC regroupe les producteurs d'une filière clé de la région. Plus de 7000 producteurs sont représentés par l'UCPC de Sinendé.

Le coton est une filière vitale pour le Bénin. En 2018, il représentait 52% des exportations du Bénin en valeur (56). Face à une telle importance économique, la filière est très structurée. Les cultivateurs de coton (appelés cotonculteurs localement) se rassemblent par groupes de 15 au minimum au sein de CVPC. Les CVPC d'une même commune forment ensuite une UCPC. Celles-ci se regroupent au niveau départemental ou régional (lorsqu'elles s'associent entre communes de départements différents) au sein des Unions Départementales des Producteurs de Coton (UDPC) ou des Unions Régionales des Producteurs de Coton (URPC). Au niveau national, les UDPC et URPC se regroupent au sein de l'Association Nationale des Producteurs de Coton (ANPR), elle-même membre de la FUPRO-Bénin et de l'Association Interprofessionnelle du Coton (AIC).

Figure 4 : Structuration de la filière coton au Bénin



L'AIC regroupe les représentants des producteurs de coton, des importateurs et distributeurs d'intrants et des égreneurs de coton. Elle joue un rôle clé dans la filière car c'est là que sont déterminés le prix du coton payé au producteur et le prix payé par les usines d'égrenage.

A noter qu'une partie de la différence entre le prix payé au producteur et le prix payé par l'égreneur est retournée aux différentes organisations paysannes de la filière sous forme de *ristourne*. Pour l'UCPC de Sinendé cela représente plus de 20 millions de francs CFA par an.

10.2.2.4 Union Communale des Mutuelles de Santé de Sinendé (UCMSS)

L'UCMSS regroupe 14 mutuelles actives dans la commune. Elle comptait 4877 bénéficiaires en 2018.

Le droit d'adhésion s'élève à 1000 francs CFA par bénéficiaire pour une cotisation annuelle de 2400 francs CFA par an et par bénéficiaire. A cela s'ajoute la possibilité de souscrire à un paquet couvrant également certains soins hospitaliers pour 4000 francs CFA par an et par ménage.

L'adhésion du ménage complet n'est pas obligatoire à l'UCMSS. Les chefs de famille peuvent donc choisir de souscrire à la mutuelle pour tous ou seulement pour certains membres de leur famille.

L'union communale de Sinendé est appuyée par APROSOC et est entrée en partenariat avec la Mutualités Chrétienne du Brabant Wallon depuis 2015.

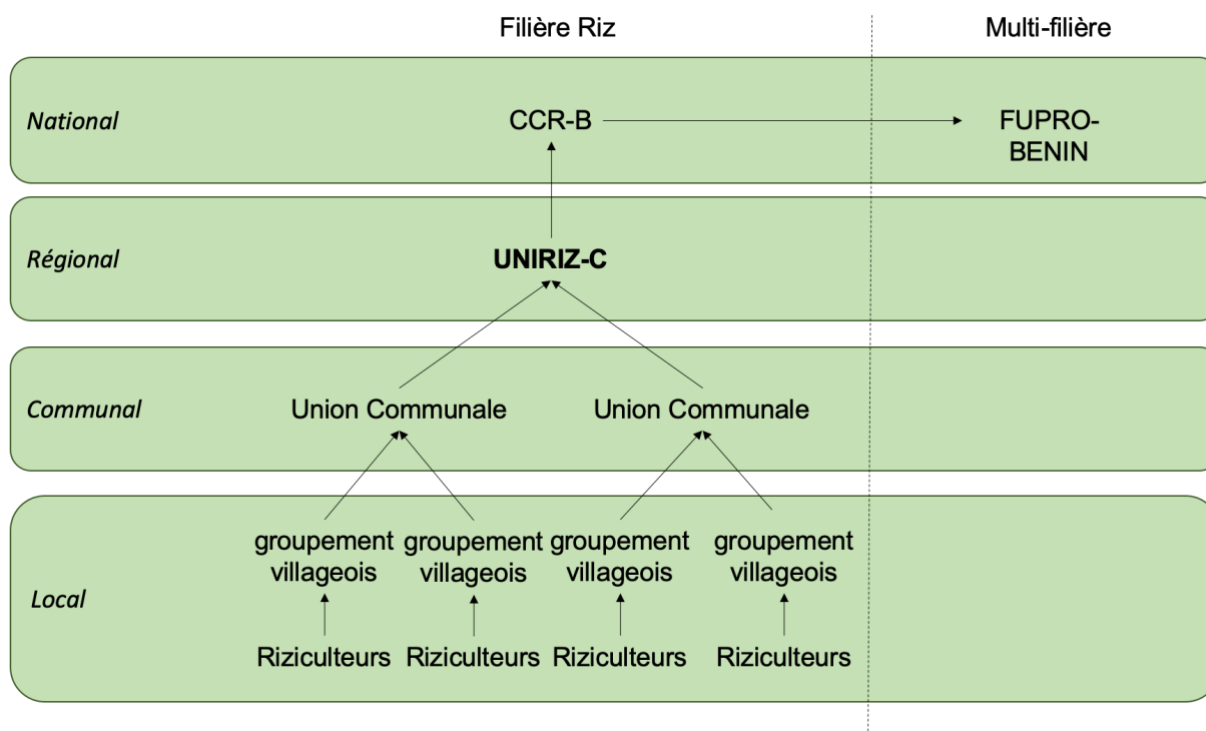
10.2.3 Département des Collines

10.2.3.1 Unions des Riziculteurs du Centre Bénin (UNIRIZ-C)

UNIRIZ-C est la coopérative faitière de la filière riz dans le département des Collines. Au niveau national, la filière est représentée par le Conseil de Concertation des

Riziculteurs du Bénin (CCR-B), membre de la FUPRO-BENIN (Fédération des Unions de Producteurs).

Figure 5 : Structuration d'UNIRIZ-C et de ses membres



Particulièrement apprécié des populations citadines, le riz est une céréale dont la consommation croît fortement en Afrique de l'Ouest. Malgré l'augmentation de la production locale ces dernières décennies, la région dépend encore fortement des importations de riz.

Au Bénin, le riz est la deuxième céréale la plus consommée. Néanmoins et malgré un potentiel de production élevé, plus de la moitié de la consommation de riz est le fait de riz importé.

En 2017, la production de riz au Bénin s'élevait à 279 000 tonnes pour une consommation intérieure de riz représente environ 350 000 tonnes, rendant le Bénin tributaire des importations (67).

En 2018, ces importations s'élevaient à 1,7 millions de tonnes soit environ 486 milliards de FCFA, équivalent à 27% des importations en valeur ou 6% du PIB. Cette sur-importation s'explique par la réimportation d'une grande partie de ce riz vers les pays avoisinants et en particulier le Nigéria. Notons néanmoins que ces grandes quantités de riz bon marché disponibles au Bénin poussent les prix à la baisse et exercent ainsi une pression sur les revenus des riziculteurs locaux. Cette pression est d'autant plus forte que la frontière entre le Nigéria et le Bénin est fermée depuis août 2019.(68)

UNIRIZ-C a son siège dans la ville de Glazoué. La coopérative représente plus de 2300 producteurs de riz répartis dans les 6 communes du département des Collines et 4 communes du département voisin du Zou. Ces producteurs sont réunis dans 153 coopératives villageoises et 10 coopératives communales, ces dernières étant les coopérateurs d'UNIRIZ-C.

L'ACNG belge Rikolto contribue depuis plusieurs années à l'amélioration des conditions de vie des producteurs de riz dans la région, notamment au travers de la structuration d'UNIRIZ-C et d'une autre coopérative, l'Union des Femmes Etuveuses de Riz des Collines (UFER-C). Ces deux coopératives co-gèrent un centre de transformation et de distribution (dénommé CTD) où le riz est transformé avant d'être distribué.

En 2018, les deux coopératives ont acheté 314 tonnes de riz paddy à leurs producteurs grâce à un crédit souscrit auprès d'une mutuelle d'épargne et de crédit locale. La transformation et l'écoulement de ce riz leur a permis de générer un bénéfice de 8 millions FCFA, investi dans l'acquisition d'une nouvelle machine de triage du riz paddy.

10.2.3.2 Union Communale des Mutuelles de Santé de Dassa-Zoumé (UCMSD)

L'UCMSD regroupe 9 mutuelles actives dans la commune. Elle comptait 3016 bénéficiaires en 2018.

Le droit d'adhésion s'élève à 1000 francs CFA par bénéficiaire pour une cotisation annuelle de 2400 francs CFA par an et par bénéficiaire. A cela s'ajoute la possibilité de souscrire à un paquet couvrant également certains soins hospitaliers pour 4000 francs CFA par an et par ménage.

L'adhésion du ménage complet n'est pas obligatoire à l'UCMSD. Les chefs de famille peuvent donc choisir de souscrire à la mutuelle pour tous ou seulement pour certains membres de leur famille.

11 RÉSULTATS

11.1 Potentiel des MUSA et des IESS dans les mécanismes de la protection sociale

Pour analyser le rôle des MUSA et des IESS dans les mécanismes de protection sociale, il convient de rappeler le positionnement de ces deux formes organisationnelles par rapport aux trois objectifs :

- Les IESS visent l'accès aux revenus ;
- Les MUSA constituent un mécanisme de couverture du risque maladie ;
- Toutes les deux organisations ont des structurations qui visent à défendre les intérêts des membres et à opérer un changement social (objectif de transformation sociale).

11.1.1 Accès aux revenus

L'accès aux revenus constitue la dimension promotionnelle de la protection sociale. Il s'agit d'assurer aux individus l'accès à des ressources financières fournies par leur travail, le crédit ou la subvention, voire le don (dans le cadre de l'assistance sociale). Le secteur agricole occupe environ 70 % de la population. Il se caractérise par une prédominance des exploitations agricoles de type familial avec une faible productivité liée à l'utilisation des outils traditionnels. L'accès collectif aux revenus est un des principaux objectifs des IESS dans leur logique économique.

11.1.1.1 Revenus issus de l'occupation professionnelle

La taille moyenne de l'exploitation familiale est estimée à 1,7 ha pour 7 personnes. Toutefois, on note que 34% des exploitations couvrent moins de 1ha et seuls 5% des exploitations du sud et 20% de celles du nord disposent de plus de 5 ha (69).

Ce constat amène le Plan National de Développement 2018-2025 (PND) à viser, entre autres objectifs, à 'améliorer la productivité agricole, notamment pour les filières agricoles porteuses' (70). Le même document présente une perspective pour améliorer le niveau économique des populations rurales dont :

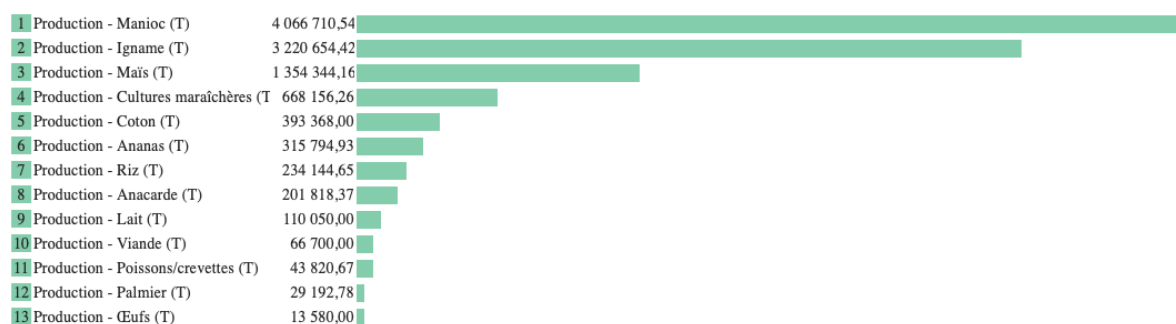
- L'amélioration de l'accès des populations rurales aux crédits et aux nouvelles techniques agricoles afin de réduire significativement leur sous-emploi ;
- Le renforcement des liens entre emploi et protection sociale ;
- Le secteur agricole contribue pour près de 23,3 % au PIB, fournit environ 75 % des recettes d'exportation et 15 % des recettes de l'État.

L'État béninois a retenu dans son plan d'actions 2016–2021, sept (7) pôles de développement agricole et la promotion de six (6) filières agricoles phares : le coton, le maïs, le riz, l'ananas, le manioc et l'anacarde dans le but d'assurer l'équilibre régional, c'est-à-dire que chaque région ait une filière phare.

L'INSAE a dressé une liste de 13 (treize) filières porteuses (dont la contribution au PIB est suivie).

Figure 6 : Filières porteuses de l'agriculture béninoise

Comparaison Production Treize filières porteuses de l' Agriculture



2012

2014

Source : *Statistiques agricoles - Bénin 2014*, <https://benin.opendataforafrica.org>

Les filières agricoles ciblées comme prioritaires sont classées en trois catégories à savoir :

- Les filières à haute valeur ajoutée : ananas, anacarde, cultures maraîchères et coton ;
- Les filières conventionnelles à fort impact sur la sécurité alimentaire et nutritionnelle : maïs, riz, manioc, viande, lait, œuf de table, pisciculture continentale ;
- Les filières de diversification : le soja, le karité, le palmier à huile, l'igname, la patate douce, les légumineuses, les agrumes, la mangue, la banane plantain, la papaye, les plantes aromatiques ainsi que les filières d'élevage non conventionnel telles que l'aulacode ou l'escargot.

Outre le secteur agricole, les travailleurs ruraux sont actifs dans le secteur informel. Selon l'OIT, la plus grande partie des entreprises du secteur informel appartient aux secteurs de l'artisanat et du commerce évalués, respectivement 49,4% et 43,1% des entreprises informelles (71).

Les cultures présentes (maraîchage dans l'Atacora, coton dans le Borgou et riz dans les Collines) dans les cas étudiés sont reprises dans les filières porteuses. Elles représentent donc une véritable source de revenus pour les agriculteurs.

11.1.1.2 Ressources octroyées par les systèmes financiers décentralisés (SFD) et les acteurs (ACNG)

Une autre source de revenu souvent sollicitée par les populations à faibles revenus est le crédit. L'accès au crédit, constitue une composante de ARCH. Le volet crédit de ARCH est confié au Fonds National de la Microfinance (FNM). Le tableau ci-dessous montre le montant décaissé dans le cadre de la phase pilote de ARCH (rapport d'activités de l'Unité de Gestion du Projet ARCH - Second semestre 2019).

Tableau 6 : Décaissement du volet Microfinance de ARCH

PARTENAIRES STRATEGIQUES	ZONES COUVERTES	MONTANT DE LA MONNAIE ELECTRONIQUE ACCORDEE	NOMBRE DE BENEFICIAIRES	NOMBRE D'AGENTS MARCHANDS
ALIDE	OUEME	79 250 000	1 585	242
ASMAB MICROFINANCE	MONO	100 000 000	2 000	370
	COUFFO	100 000 000	2 000	394
COMUBA	ATLANTIQUE	87 250 000	1 745	267
AFRICA FINANCES		86 500 000	1 730	24
CFAD-BENIN	COLLINES	94 750 000	1 895	244
	ATACORA	17 450 000	349	35
CCIF		82 500 000	1 650	112
SIAN'SON	BORGOU	112 500 000	2 250	172
	DONGA	43 650 000	873	10
CPEC	ALIBORI	83 000 000	1 660	62
	ZOU	34 700 000	694	126
APHEDD FINANCES	LITTORAL	87 450 000	1 749	377
UNACREP	PLATEAU	112 500 000	2 250	164
TOTAL		1 121 500 000	22 430	2 599

Au niveau national, plusieurs IMF opèrent avec l'objectif d'améliorer le niveau économique des populations. L'accès au crédit a un objectif social. Cependant, son efficacité est souvent mise en doute. Selon Wélé, en l'état actuel des savoirs sur la microfinance, le rôle qu'elle peut jouer dans les stratégies de croissance et de réduction de la pauvreté des pays en développement tend progressivement vers un nouveau consensus : la microfinance ne représente pas une solution miraculeuse aux problèmes de développement et de lutte contre la pauvreté, mais, correctement mise en place, elle peut permettre à certaines populations de mieux faire face aux aléas (72).

Par contre, en milieu rural, le crédit agricole constitue un levier important dans le processus de la promotion du secteur agricole et de l'amélioration des conditions de vie des producteurs (73). Au Bénin, le secteur de la microfinance a connu une émergence significative avec la création de plusieurs institutions de crédits directs, les caisses rurales, les coopératives et mutuelles d'épargne et de crédit et la mise en place de mécanismes de financement agricoles au sein des projets et programmes de développement rural. Malgré toute son importance dans la réduction de la pauvreté, les populations agricoles n'ont pas accès ou ont un accès difficile aux services financiers. D'une part, la demande de crédit, est, en général, éparpillée et concerne de faibles montants par rapport au besoin réel des exploitants (74).

Selon Sossou (2015), 31% des exploitants agricoles demandent des prêts au niveau de plusieurs structures de financement et 23% ont recours simultanément à plusieurs institutions de microfinance (73). Dans son analyse des déterminants d'accès au crédit, Sossou trouve que l'appartenance à un groupement de solidarité financière a une influence positive sur l'accès aux microcrédits. L'appartenance à une association apparaît comme un déterminant pertinent puisque la probabilité d'accorder le crédit est plus élevée pour les demandeurs membres d'un groupement de solidarité financière que les non-membres (74).

Les expériences de microcrédit au Bénin remontent aux années 1970 avec la création en 1977 des caisses locales de Crédit Agricole mutuel (CLCAM) gérés par la Caisse Nationale de Crédit Agricole (CNCA) dont l'objectif était d'offrir des services d'épargne et de crédit aussi bien aux agriculteurs qu'aux fonctionnaires et entrepreneurs (75).

Le Fonds de Développement de l'Artisanat est un établissement public, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière qui vise entre autres objectifs :

- Rechercher et mobiliser des lignes de crédit et mettre à la disposition des Systèmes Financiers Décentralisés agréés ;
- Réaliser toutes opérations financières susceptibles d'élargir ses sources de revenus et d'accroître ses moyens pour un financement massif du secteur ;
- La mise en place et la promotion d'un système de garantie-caution pour les éventuels contentieux entre les artisans et les banques classiques ;
- Assurer l'assistance technique aux promoteurs dans le montage des dossiers de demande de crédit ;
- Assurer la réalisation d'études et la formulation de projets communaux et intercommunaux permettant la mobilisation des ressources dans le cadre des accords de coopération décentralisée pour financer le développement économique des territoires.

Au niveau décentralisé, on trouve plusieurs mécanismes facilitant l'accès au crédit pour les populations rurales. D'abord, les « ONG et projets à volet microfinance » constituent une catégorie qui regroupe les ONG et les projets de développement ayant au sein de leur organisation un composant « microcrédit ». Elle ne fait pas du crédit l'activité principale de leur intervention, ce qui explique la faible part de marché qu'elle détient (moins de 1 %). Ce qu'elle affiche comme mission est d'appuyer les populations pauvres dans l'atteinte d'une certaine autonomie (75).

Au niveau des structures techniques qui accompagnent les organisations paysannes, un dispositif est mis en place pour faciliter l'accès au crédit, comme l'explique le coordinateur de la filière maraîchère de l'Atacora :

L'URCoopMA rend service à ses membres sur la base d'un certain nombre de difficultés qui ont été recensées. Donc ces différents services là, c'est l'appui-conseil aux membres à travers le personnel technique qui est là, les animateurs sur le terrain et autres. Il y a le service facilitation d'accès au crédit des campagnes. On aide ces coopérateurs à monter leur dossier de demande de crédit auprès des IMF qui sont la CERCAM, Sian'Son et autres. Donc pour

Cependant, la tutelle en charge du secteur agricole ne semble pas suivre le processus, après la délégation à une agence externe, la fonction de supervision de la tutelle n'est plus assurée. Un cadre du Ministère de l'Agriculture l'explique ci-dessous. La cohérence que la tutelle d'un service financier soit assurée par un ministère en charge de la finance publique, n'implique pas le retrait du ministère de l'agriculture de la chaîne de reddition des comptes.

... cependant, l'accès au micro-crédit ne fait pas vraiment partie de nos priorités ... Aujourd'hui on a mis en place le FNDR, Fond National de Développement Agricole, qui est désormais responsabilisé pour faciliter l'accès au financement. Donc nous, on est plus trop dedans. Sauf que, dans le passé, on avait beaucoup travaillé dans l'accompagnement pour la réalisation des plans d'affaires. Puisqu'il faut qu'ils aient un document pour aller négocier. Notre direction a joué un rôle d'intermédiaire encore. On n'est plus trop dans ça. Néanmoins, les coachings, l'accompagnement technique, si c'est demandé, tant mieux.

Le programme « Appui Multisectoriel pour la Sécurité Alimentaire et Nutritionnelle dans l'Atacora » (AMSANA) est décrit ci-dessous, à titre d'exemple, pour illustrer l'impact de ce mécanisme dans l'amélioration des revenus. Ce programme a mis en place un Fonds Microprojets (MIP) accompagnés techniquement par un Guichet d'Economie Local (GEL).

Un GEL est une association de développement économique local. Le GEL-Nord Bénin couvre les communes de Cobly, Matéri et Tanguiéta (65 villages en Atacora) à travers l'offre de services non financiers aux acteurs économiques locaux et compte 10 membres : les 3 mairies ; les 3 collectifs d'artisans, 2 faïtières des groupements de femmes à caractère économique ; une IMF (CMEC/Pendjari) et Louvain Coopération. Sur financement du Fonds Belge de survie (2015-2020), son objectif spécifique est d'« assurer une disponibilité des produits vivriers et maraîchers, des revenus augmentés et plus diversifiés et une meilleure prévention de la malnutrition pour 8.000 ménages, en particulier pour les populations vulnérables dans un environnement institutionnel favorable »

Une récente étude a analysé la rentabilité financière de diverses micro-projet (MIP) (maraîchage, transformation soja et niébé, transformation du fonio, élevage de volailles, production de plants, production maïs, mécanisation post récolte, production de compost, production de fonio, transformation farine enrichie et mécanisation de la production). Les résultats de l'analyse montrent que globalement les micro-projets mis en place pour générer des revenus sont rentables (76).

Au niveau opérationnel, les groupements, collectifs et institutions coopératives facilitent l'accès au crédit en se portant garant du membre de l'organisation auprès des IMF.

Le crédit solidaire et endogène (prêt interpersonnel ou forme de tontine) est aussi pratiqué. Par exemple, les associations villageoises d'épargne et de crédit (AVEC) qui ont pour mission de servir les plus pauvres dont les femmes rurales, ceux dont les revenus sont irréguliers et moins fiables et dont les activités commerciales ne sont peut-être pas à plein temps. Les AVEC sont dotées d'une Assemblée générale et d'un Comité de gestion composé de cinq membres. Les Associations sont autonomes et autogérées.

Tous les membres de l'association épargnent en achetant des parts. L'association fixe la valeur de la part à un niveau qui permet aux membres les plus pauvres d'acheter de façon fiable et régulière une part à chaque réunion.

Une caisse de solidarité est créée au sein de l'association pour fournir de petits dons aux membres tels que : aide d'urgence, frais funéraires et frais d'éducation des

orphelins. Quiconque a besoin d'un don de la caisse de solidarité en fait publiquement la demande à l'Assemblée générale. La Caisse de solidarité reste séparée du Fonds de crédit.

Un autre exemple de crédit solidaire est pratiqué par les 'Savings and Internal Lending Communities' (SILC). Le modèle SILC offre aux ménages pauvres des opportunités sûres, pratiques et fréquentes d'épargner au sein de leurs propres communautés. Il aide les membres à accumuler des montants forfaitaires utiles qui deviennent disponibles à un moment prédéterminé, et il permet aux membres d'accéder facilement à de petits prêts flexibles ou à des subventions d'urgence. Il s'agit d'associations d'épargne et de prêt interne, qui sont gérés par la communauté (77).

11.1.1.3 Mécanismes externes pour faciliter l'accès aux revenus

Les interventions financées par la coopération bilatérale en milieu rural ont souvent un objectif d'améliorer les conditions de vie des populations rurales avec des activités économiques. Selon le tableau ci-dessous, la coopération belge a investi plus de 70% du budget de la coopération au Bénin dans des interventions liées aux secteurs agricole et santé, respectivement 39,15% et 31,95% et 55% de ces interventions sont en lien direct avec la lutte contre la pauvreté des Objectifs de Développement Durables (ODD). Le Bénin se placerait au 4^{ème} rang de l'investissement à la coopération au développement, derrière la RDC, le Rwanda et le Burundi et le premier pays en Afrique de l'Ouest (78). La cartographie des acteurs belges de l'ACODEV répertorie 14 ACNG intervenant au Bénin sur financement de la DGD.

Tableau 7 : Investissement de la DGD par secteur au Bénin

EXPENSE BY TOP SECTOR		
EFFECTIVE EXPENSE	SECTOR	%TG EFFECTIVE_EXPENSE
16,86M	Agriculture, forestry, fishing (31xxx)	39,15%
13,76M	Health (12xxx)	31,95%
4,53M	Education (11xxx)	10,51%
2,69M	Government and civil society (151xx)	6,24%
2,31M	Multisector education/training (43081)	5,37%
1,52M	Water and sanitation (14xxx)	3,52%
1,41M	Multisector - Rural development (43040)	3,27%
1,11M	Social services (16xxx)	2,58%
0,91M	Multisector (43xxx)	2,12%
0,20M	Administrative costs (91010)	0,46%
0,06M	Transport and storage (21xxx)	0,15%
0,00M	Debt relief (6xxxx)	0,00%
-0,05M	Industry (32xxx)	-0,12%
-2,24M	Banking and financial services (24xxx)	-5,20%
43,07M		100,00%

Source : [https://diplomatie.belgium.be/fr/politique/cooperation_au_developpement/qui_sommes-nous/notre_organisation/APD_\(ensuite_cliquer_sur_le_lien_representation_par_pays_des_financements_DGD_depuis_2008\).](https://diplomatie.belgium.be/fr/politique/cooperation_au_developpement/qui_sommes-nous/notre_organisation/APD_(ensuite_cliquer_sur_le_lien_representation_par_pays_des_financements_DGD_depuis_2008).)

Encadré 1 : Exemple d'objectifs pour une intervention en milieu rural

Appui au développement des filières agricoles au Bénin, volet opérationnel (PROFI-VO)
Budget €16,000,000.00

2015-2022

Objectifs

La productivité, la pérennisation et la rentabilité des filières agricoles prioritaires et porteuses sont améliorées ainsi que l'écoulement des produits et sous-produits sur le marché, de façon durable et dans le respect de l'environnement.

Résultats

La compétitivité, l'attractivité, et l'accès des productions et produits aux marchés grâce à la promotion des filières agricoles sont assurés dans le respect des rôles des différents acteurs opérationnels afin de contribuer à assurer de façon durable la souveraineté alimentaire du Bénin

- (R1) Les exploitations familiales professionnalisées offrent un produit concurrentiel sur des marchés porteurs clairement identifié
- (R2) Les entreprises rurales offrent des services de qualité accessibles aux exploitations agricoles des filières.
- (R3) Des infrastructures communales sont réalisées et mises en valeur au terme d'un processus concerté entre les acteurs des filières
- (R4) La gouvernance et la performance des filières prioritaires sont améliorées grâce à une meilleure articulation des opérateurs, dans le respect de l'environnement et de l'équité entre les genres et
- (R5) Le passage à l'approche programme permet d'améliorer l'efficacité et l'efficacé des interventions du programme bénino-belge pour le secteur agricole.

Source : <https://openaid.be/fr/project/xm-dac-2-10-3014910>

En fait la plupart des ACNG travaillent avec une approche intégrée. Cette notion englobe la volonté de couvrir toutes les dimensions et stades d'une action, et d'intégrer toutes les parties concernées pour arriver à une réponse exhaustive ; elle implique également l'ambition de conjuguer plusieurs initiatives (émanant de plusieurs acteurs) pour apporter une réponse plus exhaustive au niveau micro comme macro (79).

En synthèse de cette partie, dans le cadre des objectifs de la protection sociale, les IESS constituent une **configuration pertinente pour assurer l'accès aux revenus des populations rurales**. Elles intègrent des valeurs de solidarité dans la quête de l'amélioration des conditions de vie. L'implication de coopération au développement permet de mettre en place des dispositifs pour les accompagner.

11.1.2 Couverture du risque maladie

En milieu rural, ce domaine est pour le moment assuré par les MUSA comme mécanisme d'assurance maladie. L'intervention des mutuelles est analysée sous trois dimensions liées aux dimensions de la Couverture Sanitaire Universelle : la population couverte, le paquet de soins et le coût des prestations.

Sans grande surprise, la position des interviewés sur le rôle potentiel des MUSA et des IESS dans la protection sociale est allée sur les fonctions clé du financement de la santé : la mobilisation des ressources, la mise en commun des ressources et l'achat de services (remboursement des prestations médicales). Ces attributions potentielles correspondent à celles contenues dans l'appel de la recherche et plusieurs études antérieures (80–84).

Lors des travaux de groupe, les élus et gestionnaires mutualistes ont statué sur les fonctions que le mouvement mutualiste pourrait assurer dans le cadre de ARCH. Ces fonctions peuvent être organisées en 5 catégories : la gestion des adhésions, la mise

en commun des ressources, l'achat de services, la communication et le contrôle social et plaider. Il s'agit là de fonctions de gestion professionnelle d'un mécanisme d'assurance maladie. Comparé aux assurances privées et sociales dans d'autres contextes, ces fonctions sont assurées par des professionnels.

Chaque fonction comporte des processus et des sous-processus dont certains sont listés dans le tableau ci-dessous. Assurer ces fonctions n'est pas facile. Les acteurs mutualistes ont identifié des domaines de renforcement de leurs capacités. En effet, contrairement aux acteurs dans le dispositif des IEES, ceux des MUSA ne disposent pas de formation spécifique.

Le tableau qui suit présente les résultats des travaux de groupe des élus mutualistes et des structures d'appui (atelier du 7 janvier 2020)

Tableau 8 : Fonctions potentielles selon les acteurs mutualistes

Fonctions	Nécessite un renforcement
Gestion des adhésions <ul style="list-style-type: none"> Mobilisations des adhésions Affiliation des adhérents Collecte des cotisations 	Management sur la communication
Mise en commun des ressources	Gestion financière, humaine et matérielle
Achat de service <ul style="list-style-type: none"> Suivi de l'effectivité des prises en charge 	Mise à disposition de médecins ou infirmiers conseil
Communication : sensibilisation <ul style="list-style-type: none"> Sensibilisation des populations pour susciter les adhésions au système Informers sur le contenu de l'ARCH, utilisation des services 	Renforcement sur les techniques de communication Formation sur le contenu de l'ARCH
Contrôle social et plaider <ul style="list-style-type: none"> Collecte et remontée des plaintes Participation à la Gestion des plaintes Plaider vers les autorités locales 	Formations sur l'organisation et la conduite d'un plaider

11.1.2.1 Couverture géographique et populationnelle

Globalement, les mutuelles de santé couvrent une faible proportion de la population béninoise. En effet, le Conseil National des Structures d'Appui aux Mutuelles Sociales (CONSAMUS), dans son répertoire national des mutuelles sociales 2019, répertorie 97 MUSA sur l'ensemble du territoire béninois. Les mutuelles interviennent sur un total de 24 communes sur les 77 que compte le pays. De ce fait, la couverture géographique est encore faible.

Dans les départements couverts par l'étude (Atacora, Borgou et Collines), les MUSA couvrent moins de 10% de leurs populations cibles, respectivement 7%, 4% et 2%. Le tableau ci-dessous montre que lorsqu'on se base sur la population agricole qui est la principale cible des MUSA, le taux de pénétration tombe à respectivement à 2%, 1% pour l'Atacora et le Borgou, là où les Collines gagnent 3 points (5%). Au total, le taux de pénétration de la population agricole pour les trois sites de l'étude serait de 3%.

Le gap de couverture géographique et populationnelle des MUSA est très large car l'adhésion est encore de type volontaire.

Tableau 9 : Population couverte par les mutuelles par département étudié

Département	Population totale**	Population agricole totale**	Population cible des MUSA*	Population couverte 2018	Taux de pénétration***	Taux de pénétration pop agricole****
Atacora	772.262	584.145	146.078	9.921	7%	2%
Borgou	1.214.249	803.926	269.569	10.210	4%	1%
Collines	717.477	67.815	136.269	3.200	2%	5%

* Pour déterminer la population cible d'une MUSA, l'équipe technique de l'opérateur qui accompagne sa mise en place se base d'abord sur des données démographiques de référence. Les valeurs de la population cible sont celles des opérateurs. Dans le cas de la mise en place des MUSA de l'Atacora, les données de base sont celles des recensements de la population de 2002 et de 2013. Dans une deuxième étape, une réunion est organisée avec les animateurs pour statuer sur les populations cibles de leurs aires de responsabilité. Pour tous les villages, et sur la base de leur connaissance du milieu, on détermine par arrondissement un taux d'indigence qu'on retire de la population. On retire également les populations des villages non couverts.

** Les populations indiquées dans ce tableau sont celles de l'INSAE (85).

*** Population couverte 2018/population cible des MUSA.

**** Population couverte 2018/population agricole totale.

11.1.2.2 Paquet de services et mise en commun du risque

Si les termes 'panier de soins', 'paquet de soins' ou 'garanties' sont souvent utilisés dans le cadre de la CSU ou par les MUSA, nous utilisons le terme 'paquet de services' pour inclure les prestations non cliniques comme la prévention, la communication, etc. L'attractivité du paquet de services est un déterminant de l'adhésion à un mécanisme d'assurance maladie et plus spécifiquement pour les MUSA. Ce constat a été établi depuis 2003, dans un travail d'inventaire des MUSA dans 11 pays africains (86).

Au Bénin, tout comme dans la plupart des MUSA communautaires, le paquet de service est déterminé en concertation avec les populations et selon leur capacité contributive. Bien que ce processus participatif et partant du besoin des populations 'propriétaires de la MUSA' soit très apprécié, dans le cadre de la CSU, il y a un besoin d'uniformisation.

Les tableaux ci-dessous montrent une différence dans la formulation des pathologies et services offerts par les MUSA, en comparaison avec le paquet de ARCH. Tandis que les MUSA précisent le co-paiement et le niveau de prestataire où la prise en charge est assurée, ce détail n'est pas précisé pour ARCH.

Pour assurer la prise en charge médicale des bénéficiaires, les MUSA établissent des conventions avec les prestataires. Ce document précise les engagements de part et d'autre (prestation, paiement). Une étude multi-pays a pointé un engagement très fort des conventions : la qualité des soins (87). Selon les auteurs, la qualité des soins constitue un déterminant du renouvellement des adhésions. Cependant, du fait que c'est un élément hors de portée de la compétence des MUSA, une forte recommandation est formulée pour une plus grande implication de la tutelle pour la supervision des formations sanitaires. De plus en plus, les MUSA s'attachent les services d'un médecin-conseil.

Tableau 10 : Prestations couvertes par les mutuelles par département étudié

Atacora	Collines et Borgou
<ul style="list-style-type: none"> • Petits risques en périphérie : soins curatifs à 65%, Consultation Périnatale (CPN) à 65%, accouchement assisté à 65%, transport des parturientes à l'hôpital de référence (IFF) à 100% et morsure de serpent à 25% • Service complémentaire (gros risque) • Accouchement compliqué : un plafond de 15.000 FCFA ; • Soins hospitaliers en pédiatrie : 50% • Soins hospitaliers en Médecine générale : 60% ; • Intervention chirurgicale en urgence : plafond de 60.000 FCA • Analyses laboratoires (TH ; NFS-VS ; Selles KOP ; Groupages rhésus ; Glycémie ; créatinémie ; Hépatite B ; NB ; Urée) : 60% 	<p>Tout le paquet de soins disponible dans les centres de santé à la base à l'exclusion des maladies chroniques.</p> <p>A l'hôpital : inscription & consultations ; hospitalisation ; transfusion sanguine ; perfusion ; Accouchement normal et césarienne ; autre chirurgie lourde non programmée ; examens de laboratoire ; examens de radiologie ; médicaments ; plâtre.</p>

Source : Fiche descriptive des opérateurs LC et APROSOC, 2019

Tableau 11 : Prestations couvertes par ARCH

National (ARCH)
<ul style="list-style-type: none"> • Consultations de médecine générale ; • Diarrhée avec déshydratation ; • Infection digestive ; • Paludisme ; • Laryngite aiguë chez les enfants de moins de 5 ans (corticothérapie) ; • Corps étranger chez les enfants de moins de 5 ans ; • Pneumonie chez les enfants de moins de 5 ans ; • Bronchiolite chez les enfants de moins de 5 ans ; • Staphylococcie pleuro pulmonaire chez les enfants de moins de 5 ans • Infection des voies urinaires chez les enfants de • Sepsis chez les enfants de moins de 5 ans ; • Infection cutanée bactérienne chez les enfants de moins de 5 ans ; • Grossesse Extra utérine ; • Accouchement par voie basse ; • Accouchement par césarienne ; • Hémorragies du 3e trimestre de la grossesse (Placenta praevia, Hématome retroplacentaire, Rupture utérine) ; • Hémorragies du post partum ; • Fistules de l'appareil génital de la femme (Dépistage et Prise en charge) ; • Otite moyenne aiguë chez les enfants de moins de 5 ans ; • Otite externe chez les enfants de moins de 5 ans ; • Hernie étranglée ; • Occlusions intestinales ; • Appendicite aiguë ; • Péritonite ; • Rétention d'urine ; • Fractures des membres thoraciques et pelviens (Plâtre, traction enclouage Centro - médullaire pour fracture du fémur)

Source : Arrêté Instituant le panier de soins de base applicable dans le cadre de la phase pilote du volet « Assurance Maladie » du projet « Assurance pour le Renforcement du Capital Humain (ARCH) » (88)

A côté du remboursement des prestations médicales, les MUSA jouent un rôle en prévention en menant des actions adressées à leurs adhérents. Les MUSA au Bénin expérimentent dans l'Atacora, un projet de promotion de la santé et prévention concernant le diabète et l'hypertension (projet financé par la Wallonie Bruxelles Internationale (WBI)). La prévention est un service particulièrement important pour

influencer les déterminants sociaux de la santé. Un maire va plus loin dans le besoin d'adresser les déterminants sociaux de la santé dans les réflexions :

On ne peut pas dissocier problèmes sociaux, économiques et sanitaires. Ici, nous avons un problème d'alcoolisme, ceci entraîne des violences. J'ai demandé à mes collaborateurs d'organiser une discussion thématique à ce sujet. Il y a aussi la violence basée sur le genre. Il y a même des enlèvements de filles, sous prétexte que c'est une pratique traditionnelle

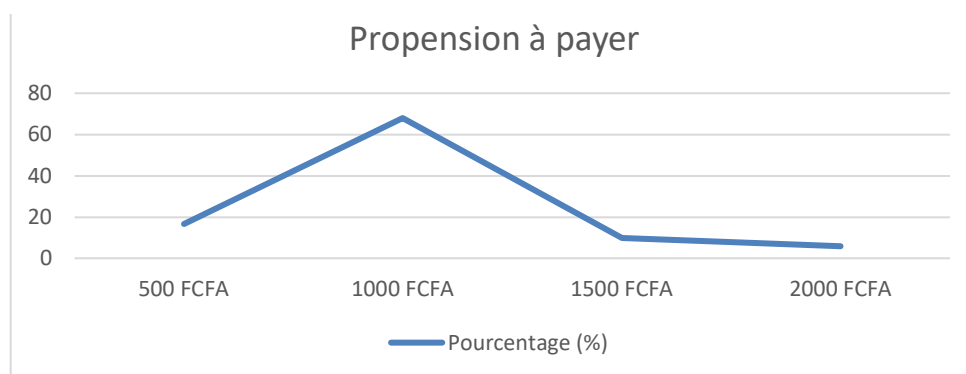
Dans d'autres contextes, la révision du paquet de service a significativement augmenté le taux d'adhésion aux MUSA. Par exemple, au Sénégal, des MUSA ont introduit la prise en charge des médicaments de spécialité dans le cadre d'une mise en commun gérée au niveau des unions régionales des mutuelles de santé. Au Mali, la Mutuelle des Travailleurs de l'Education et de la Culture a élargi le champ de ses prestations, et créé un centre de santé à Bamako pour faciliter à ses adhérents de la capitale, l'accès à des soins de santé de qualité et à moindre coût sur la même base que les premiers Centre de Santé Communautaires (CSCoM) (89).

11.1.2.3 Coûts, niveau de prestations et achat de services

Afin d'étendre la couverture santé par les mutuelles, il convient de souligner l'importance du rapport coût/prestation.

Jusqu'à présent, pour déterminer ces deux paramètres, les techniciens qui accompagnent la mise en place se servent d'un outils pré-rempli avec le coût officiel des pathologies. Les membres potentiels de la mutuelle font ensuite le choix des pathologies qu'ils souhaitent couvrir, en fonction de leurs besoins de recours pour les soins (selon les différents niveaux de la pyramide sanitaire) et selon leur capacité contributive. Une véritable discussion s'engage sur les priorités et cette dynamique de participation à la prise de décision est un élément fondamental sur la participation communautaire.

Figure 7 : Propension à payer de la population de Matéri lors de l'étude de faisabilité de la mutuelle



Source : adapté de KEDALO GF. Résultats de l'étude de faisabilité pour la mise en place de la mutuelle de santé dans la commune de Matéri. Louvain Coopération 2015 (90).

Ce graphique montre que la propension à payer de la population tombe après le seuil de 1000 FCFA par personne et par mois.

A ce jour, la cotisation aux mutuelles est comprise entre 2000 et 2400 FCFA par personne et par an pour les soins de premier niveau et 3000 FCFA par personne et par an pour les soins hospitaliers.

Par contre, lors des entretiens avec les membres des IESS, la propension à payer est supérieure à la cotisation actuelle des MUSA, comme le montre le tableau ci-dessous des résultats d'un focus group.

Tableau 12 : Propension à payer des participants d'un focus

Répondant	# membres dans la famille	Montant
1	4	5500
2	15	6000
3	27	10000
4	6	6000
5	4	6000
6	5	6000
7	6	7600

Cependant, lorsque le choix est laissé au bénéficiaire, sa priorité peut être biaisée par sa volonté contributive. Dans le cadre de son étude Economie informelle et emploi au Bénin : cadre pratiques de l'économie informelle dans 03 secteurs d'activités à Cotonou, Agbachi trouve que les questions de santé/sécurité du travailleur dans le secteur informel sont occultées par la nécessité de sécuriser une source minimum de revenu pour la famille dans un contexte de fortes vulnérabilités (71).

En synthèse de cette partie, on peut constater que les MUSA constituent un mécanisme de couverture de protection sociale en santé de la population rurale. Elles disposent d'un capital expérience et opèrent sur le terrain depuis de nombreuses années. De par leur caractère communautaire et donc social, elles offrent une dimension supplémentaire utile et pertinente pour une approche universelle qui se veut à vocation publique et sociale. L'analyse des trois zones sélectionnées nous montre que lorsqu'on **connecte la compétence en gestion du risque maladie des MUSA avec la génération de revenus produite par les IESS**, il apparaît une première évidence que les deux formes organisationnelles peuvent se joindre sur la question de **l'extension de la protection sociale aux travailleurs ruraux**.

11.1.3 Transformation sociale

La transformation sociale est un objectif commun poursuivi par les MUSA et les IESS. Les deux organisations mentionnent dans leurs statuts la 'défense des intérêts des bénéficiaires membres'. Elles se positionnent ainsi en interface entre les membres et les autorités, les partenaires ou les décideurs politiques. Aussi bien les MUSA que les IESS disposent également de plateformes qui se positionnent comme des collectifs mis en place pour défendre les intérêts des organisations membres.

Par exemple, pour les IESS, la Plateforme Nationale des Organisations Paysannes et de Producteurs Agricoles du Bénin (PNOPPA-Bénin) postule qu'elle est un groupe de pression, de solidarité inter-paysanne et des professionnelles agricoles qui influence fortement les politiques agricoles au niveau des instances, nationales, régionales et internationales sur les questions d'intérêt commun aux OPPA (91). Cette plateforme est elle-même membre du Réseau des organisations paysannes et de producteurs de

l'Afrique de l'Ouest (ROPFA) qui est la faîtière sous-régionale des organisations paysannes.

Aussi, suivant sa filière, chaque fédération paysanne est connectée à des ensembles sous-régionaux ou internationaux qui défendent leurs intérêts.

Pour les MUSA, la FENAMUS est la faîtière des Unions départementales et communales. À ses côtés, le CONSAMUS (plateforme nationale qui regroupe les opérateurs qui accompagnent le développement des MUSA) porte l'agenda politique des MUSA et les actions de plaidoyer. Cette plateforme est connectée au niveau national à une plateforme multi-acteurs de protection sociale, soutenue par WSM, dans laquelle elle côtoie d'autres acteurs tels que les syndicats qui portent également des actions de plaidoyer. Au niveau sous-régional, les MUSA sont dans une dynamique de l'UEMOA qui promeut les mutuelles communautaires. L'UEMOA a élaboré le Règlement 07/2009/CM/UEMOA portant réglementation de la mutualité sociale au sein de l'UEMOA (92). Ce processus a été fortement soutenu par le programme MASMUT composées de mutualités et ACNG Belges qui soutiennent des mutuelles en Afrique. Les mutualités sont elles-mêmes membres d'une plateforme internationale qui est l'Association Internationale de la Mutualité (AIM). Les ACNG quant à eux, sont membres de plusieurs cadres stratégiques communs (CSC) dont celui de la protection sociale et du travail décent (qui englobent les objectifs des MUSA et IESS dans le cadre de la protection sociale).

En partenariat avec d'autres acteurs, le mouvement mutualiste africain a élaboré et adopté en janvier 2019, la 'Plateforme de Lomé' qui porte les revendications du mouvement mutualiste, notamment dans une perspective de leur implication dans les dispositifs de CSU (voir encadré).

Le principal élément de plaidoyer du mouvement mutualiste est la reconnaissance par l'Etat et l'application du règlement de l'UEMOA qui donne des orientations pour la mise en place de trois instruments :

- L'organe Administratif de la mutualité sociale ;
- Le registre d'immatriculation des mutuelles sociales ;
- Le Fonds National de Garantie.

Selon les acteurs mutualistes, cet acte majeur (application du règlement) assurerait la sécurité juridique, la reconnaissance de la spécificité des mutuelles sociales, le renforcement de la confiance des partenaires, le respect des règles prudentielles et le renforcement de l'image du mouvement auprès de la population en termes de légitimité, crédibilité et fiabilité.

Encadré 2 – Plateforme de Lomé : Le pari de la mutualité africaine pour le 21^{ème} siècle, un appel à l'action

La conférence internationale sur le « pari de la mutualité pour le 21^{ème} siècle » s'inscrit dans le mouvement politique de reconnaissance et de développement du mouvement mutualiste mondial. Près de 250 participants venant de 21 pays différents ont participé à cette importante rencontre qui a réuni des représentants de gouvernements, d'organisations internationales, de mutualistes du Sud et du Nord et d'organisations de la société civile pour discuter des enjeux politiques des mutualités africaines au 21^{ème} siècle.

À la Conférence de Lomé, trois principales sessions organisées sous forme de table ronde ont permis de passer en revue les défis majeurs auxquels les mutuelles sont confrontées :

L'engagement mutualiste : une action politique porteuse de solidarité

La valeur de base des mutuelles est la solidarité entre les membres (riches et pauvres, malades et bien-portants, jeunes et personnes âgées, etc.). Les liens solidaires créés par les mutualités sont des éléments constitutifs d'une société plus équilibrée et plus juste. La

mutualité crée de la citoyenneté et consolide les liens sociaux. Des autorités ministérielles étaient invitées à approfondir le thème des valeurs dans les mécanismes prévus par les stratégies de CSU.

Pour des mutuelles efficaces et solidaires : zoom sur l'adhésion obligatoire

L'adhésion obligatoire à un mécanisme d'assurance maladie s'applique pour le moment presque exclusivement aux travailleurs du secteur structuré : secteur public (couvert par des régimes d'assurance mis en place par l'Etat) et secteur privé qui sont couverts par d'autres formes de régime obligatoire ou par les assurances privées.

Pour des mutuelles efficaces et solidaires : zoom sur la délégation de gestion

Gérer un mécanisme d'assurance maladie n'est pas une tâche facile. Certes, les mutuelles de santé ont connu une extension et une professionnalisation au cours des 20 dernières années. Cependant, pour qu'elles puissent jouer efficacement leur rôle dans la CSU, il est indispensable que les mutuelles soient légalement reconnues, qu'elles disposent de compétences et de ressources financières nécessaires. La plupart des mutuelles comptent sur des gérants bénévoles ou volontaires. Il s'avère donc urgent s'approprient à cette fonction de gestion déléguée.

Des leaders de mutuelles et de leurs structures faitières ont insisté sur le fait que le principe de délégation de gestion aux mutuelles est réalisable et constitue un atout pour avancer vers la CSU. Ils ont également exploré les conditions préalables pour ce faire.

Source : Brice Titipo, Responsable Domaine Mutuelles de Santé – Lomé. Extrait de DEVLOP' N° 8, mars 2019 (journal de Louvain Coopération)

Cependant, cette revendication pour la reconnaissance des MUSA est récurrente depuis des décennies. Très peu de pays ont réussi un ancrage de leur mouvement mutualiste dans les dispositifs de l'Etat. Ceci n'est pas le cas au Bénin. Les réseaux, plateformes et autres acteurs n'ont toujours pas réussi à infléchir la position de l'Etat sur la considération des MUSA dans le dispositif national de l'assurance maladie, en comparaison avec les régimes gérés directement par l'Etat et les assurances privées pour lesquelles l'Etat s'aligne sur les règlements de la Conférence Interafricaine de la Prévoyance Sociale (CIPRES) et de l'OIT.

Contrairement au plaidoyer mené au niveau national et international, au niveau des communes et départements, les Unions mènent également des négociations et plaidoyers avec les autorités locales et enregistrent des avancées certes timides, mais prometteuses. Une des actions les plus fortes est l'intégration de la protection sociale via les MUSA dans les plans de développement communaux (PDC). En effet, toutes les communes visitées ont intégré les MUSA dans les PDC. Dans l'Atacora, l'autorité communale a mis en place un comité composé des MUSA et de personnels de la Commune pour élaborer un plan d'actions à mener en synergie. À Sinendé l'autorité communale a sorti un *arrêté communal portant création, composition, attributions et fonctionnement du cadre fédérateur des acteurs de développement (CFAD) de la commune de Sinendé* dans lequel les MUSA sont représentées par l'UCMSB. Le Président du Collectif des artisans est également dans le Conseil Communal et affirme y porter la voix du Collectif.

Pour le moment, MUSA et IESS ne portent pas, via leurs réseaux (unions, fédérations et collectifs) des actions concertées de plaidoyer.

En résumé, aussi bien les MUSA que les IESS développent, dans le cadre de leurs réseaux, des actions qui visent la **transformation sociale** : interpeller les décideurs pour la prise en compte de leurs besoins. Elles les mènent par le plaidoyer, la **négociation et l'organisation d'événement** nationaux et internationaux. Les acteurs qui soutiennent les MUSA et les IESS sont également connectés à des **niveaux internationaux**. Cependant, il apparaît que ces opportunités réticulaires ne sont pas exploitées de façon à produire des effets significatifs pour avancer l'agenda des revendications de la protection sociale pour le secteur rural et avec les MUSA.

11.2 Expériences d'articulation entre MUSA et IESS pour la protection sociale en santé

La section précédente a analysé les potentiels des MUSA et des IESS dans les mécanismes de la protection sociale : les MUSA pour la couverture santé, les IESS pour l'accès aux revenus, tous deux visant la transformation sociale. Cette section rapporte des expériences d'articulation en cours sur le terrain et leurs limites.

11.2.1 Expériences développées au Bénin

On trouve plusieurs formes d'articulation expérimentées au Bénin dont

- 1) celles menées avec les SFD (couplage micro-assurance / microcrédit) ;
- 2) les articulations avec les associations (groupes organisés) ;
- 3) les articulations avec les coopératives (approche filière).

Exemple 1 : Dans l'Atacora, l'articulation MUSA / SFD a fait l'objet de montage de la part de Louvain Coopération. Dans cette expérience, cette ACNG soutient à la fois des Guichets d'Economie Locale (GEL), des Caisses d'Autopromotion d'Epargne et de Crédit (CAEC) et un réseau de MUSA. Les activités conjointes ont donné, entre autres résultats :

- L'élaboration des plans d'affaires des MUSA avec l'appui du GEL Nord Bénin et sensibilisation conjointe entre les MUSA et le GEL (échange de ressources humaines et activités conjointes) ;
- La sensibilisation à l'endroit des maîtres alphabétiseurs et à leur tour ils ont sensibilisé les alphabétisés (utilisation d'autres canaux en milieu rural).

Dans ce même programme, les échanges entre les MUSA et les Groupements Villageois des Producteurs du Coton (GVPC) ont permis de mobiliser la collecte des cotisations après le payement de la rente.

Exemple 2 : WSM a longtemps travaillé sur le 'couplage micro-assurance santé – microcrédit' avec la logique que les adhérents à une mutuelle de santé peuvent recourir à la microfinance, en cas de difficultés à payer leurs cotisations. Le microcrédit permet d'accroître les capacités productives des bénéficiaires et la mutuelle de santé permet d'éviter que ceux-ci utilisent leurs crédits pour financer les soins de santé.

Ces formes de couplage sont beaucoup plus développées dans des pays comme Madagascar (93) et, dans une moindre mesure, la Côte d'Ivoire (94). Le modèle mutualiste malgache est principalement basé sur un adossement de la mutuelle à une IMF. Cela permet aux deux structures de partager les coûts de fonctionnement et de communication. Ce couplage permet également d'atteindre des nombres

impressionnants d'adhérents. Cependant l'atteinte de ces objectifs n'est pas documentée de façon scientifique.

Exemple 3 : En 2012, Catholic Relief Services - en collaboration avec la filiale béninoise de la Nouvelle Société Interafricaine d'Assurance (une compagnie d'assurance internationale) et Caritas Natitingou (une organisation de développement confessionnelle) - a développé un produit de mutuelle de santé pour couvrir les soins de santé primaires.

Exemple 4 : Au-delà de leurs avantages financiers, les groupes SILC renforcent les liens sociaux entre les membres et contribuent au développement holistique, conformément à l'approche de développement humain intégral de CRS. Les groupes SILC deviennent indépendants ou 'matures' après un cycle, moment auquel ils n'ont plus besoin de soutien externe. Les membres du SILC cotisent régulièrement à un fonds social. Les membres peuvent utiliser le fonds social pour des frais de santé imprévus, tels que les frais de consultations, de médicaments et de transport vers les centres de santé. Bien que la subvention du fonds social soit rarement suffisante pour couvrir tous les coûts, elle fournit souvent une aide essentielle en cas d'urgence.

Exemple 5 : Les MUSA travaillent encore beaucoup à améliorer le taux d'adhésion en démarchant des groupes organisés (GO). Ces groupes peuvent prendre plusieurs formes comme des coopératives, des écoles, des associations ou groupes religieux, sportifs, etc. Avec de tels groupes, les mutuelles négocient une adhésion groupée et automatique ou un processus de communication (sensibilisation) pour espérer une volonté d'adhésion du membre du GO. Un gestionnaire d'union communal de MUSA explique le processus :

C'est l'école qui décide que tous les enfants doivent être couverts. Lorsque la mutuelle de Sinendé a négocié, donc les sœurs ont accepté, elles ont dit que c'est bon. Ensuite elles ont informé les parents au cours de leur AG. Et les parents étaient tombés d'accord. Donc, en payant, si c'est 60 000 ou bien 70 000, on met 2400 francs par an de plus pour chaque enfant. C'est le montant de la cotisation annuelle à la mutuelle pour tout le monde. Maintenant, comme c'est une seule carte qu'on leur permet (tous les enfants sont sur un même carnet de mutuelle), les droits d'adhésion ne sont pas individuels. On leur fait ça en groupe.

Chez les cotonculteurs à Dari Gourou et à Yarra on peut dire que groupé oui mais pas groupé en tant que tel, parce que, ils donnent la liste de ceux qui veulent adhérer à la mutuelle. Donc, au moment du paiement du coton, chacun paie pour sa famille. Ce n'est pas groupé comme au niveau de l'école. La coopérative se charge de récupérer l'argent qu'elle verse aux élus mutualistes. Ce n'est pas un truc d'ensemble, on scinde ça. Mais le regroupement de l'argent se fait ensemble

Les tableaux suivants montrent les efforts d'articulation en cours.

Le premier tableau, résultat des travaux de groupe de l'atelier et des entretiens avec les Unions des MUSA des sites d'étude, liste les tentatives d'articulation entreprises par les MUSA avec des IESS. Dans ces cas, l'adhésion à la MUSA est volontaire. Le

taux (de pénétration) indique la proportion des membres de l'IESS qui ont adhéré à la MUSA. La plupart des contacts sont couronnés de succès et dans certains cas, la MUSA a réussi à enrôler l'ensemble des membres de l'IESS. Dans d'autres cas, l'IESS est contactée mais aucun de ses membres n'a adhéré à la MUSA (taux = *).

Tableau 13 : Efforts d'articulation entrepris par les mutuelles vers des IESS

Département	MUSA	Localité	IESS contactés	Type / activités de l'IESS	# de membre de l'IESS	# de membres inscrits à la MUSA	Taux
Borgou	Bembéréké	Bembéréké	Artisans	Tous corps de métiers	500	50	10%
Borgou	Bembéréké	Bembéréké	Zem	Conducteurs des taxis motos	50	15	30%
Borgou	Bembéréké	Bembéréké	Groupement des femmes	Maraîchage	150	100	67%
Borgou	Bembèrèkè	Bembèrèkè	Travailleuses dans les carrières	Les concasseuses	120	42	35%
Borgou	Nikki	Nikki	Zem	Conducteurs des taxis motos	200	50	25%
Borgou	Nikki	Nikki	Coopératives Villageoises des Producteurs de Coton (CVPC)	Producteurs du coton	97	35	36%
Borgou	Bembéréké	Bembéréké	Groupement des femmes	Production et transformation des produits locaux	0	0	*
Borgou	Sinendé	Sinendé	Coopératives Villageoises des Producteurs de Coton (CVPC)	Producteurs du coton	60	20	33%
Dassa-Zoumé	FIFONMIN	Paouignan	Groupements des femmes	Transformation du manioc	145	63	43%
Dassa-Zoumé	IDAKPO	Tré	Groupements des femmes	Transformation du manioc	168	97	58%
Dassa-Zoumé	IFEDUN	Ayéèdèro	Chorale	Animation à l'église	41	7	17%
Dassa-Zoumé	IFEDUN	Dassa-Zoumé	Groupe de fanfare	Animation	23	5	22%
Dassa-Zoumé	IFEDUN	Moumoudji	Groupement des femmes	Cunicultrices	35	18	51%
Dassa-Zoumé	IGBALA	Itagui, Odo-Otchèrè, Erokowari	Groupements de femmes	Maraîchage	247	102	41%
Dassa-Zoumé	KALOFÉ	Akofodjoulé	Ifè ni Idakpo	Transformation de soja	23	17	74%
Dassa-Zoumé	UCMSD	Commune de Dassa-Zoumé	Association des conducteurs de Taxi-moto (Zémidjan)	Transport des personnes et biens à moto	1390	75	5%
Donga	Ouaké	Donga	Groupements de tontine	Tontine	30	30	100%
Donga	Singré	Donga	Groupement de femmes revendeuses	Petit commerce	27	15	56%
Plateau	MAS-AK	Kétou	AReCCO	Retraités cimentiers d'Onigbolo	210	150	71%

Département	MUSA	Localité	IESS contactés	Type / activités de l'IESS	# de membre de l'IESS	# de membres inscrits à la MUSA	Taux
Plateau	Yara	Yaya	Coopératives Villageoises des Producteurs de Coton (CVPC)	Producteurs du coton	200	60	30%
Sinende	Fo-Boure	Fo-Boure	Fidèles Catholique	Agriculture	56	27	48%
Sinende	Guessou-Bani	Didi	Fidèles UEEB	Agriculture	25	25	100%
Sinende	Sekere	Maro	Collectif des bouchers	Vente de la viande de bœuf	15	15	100%
Sinende	Sekere	Maro	Équipe de football	Agriculture*, commerce	14	14	100%
Sinende	Sinende	Danrigourou	CVPC	Agriculture	223	30	13%
Sinende	Sokka	Sokka-Centre	CVPC	Agriculture	84	24	29%
Sinende	Yarra	Yarra_Kouri	CVPC	Agriculture, commerce	171	128	75%
Atacora	Oukondatou Natike	Cobly	Coopératives Villageoises des Producteurs de Coton	Groupements de producteurs de coton	673	208	31%
			Collectif des Artisans	Artisans	97	45	46%
			Groupes de tontine	Groupes de tontine	104	23	22%
			Coopératives des Maraîchers	Maraîchers	36	14	39%
			Groupements de producteurs de riz	Production de riz	153	78	51%
			Groupement de producteurs de sésames	Producteurs de sésames	0	0	*
			Groupement de producteurs de maïs	Producteurs de maïs	0		*
			Collectif de mécaniciens	Artisans de mécaniciens	0	0	*
			Groupement de pêcheurs	Pêche	0	0	*
	Titiebana Tituaba	N'Dahonta	Coopératives Villageoises des Producteurs de Coton	Groupements de producteurs de coton	302	190	63%
			Collectif des Artisans	Artisans	0		*
			Groupes de tontine	Groupes de tontine	123	40	33%
			Coopératives des Maraîchers	Maraîchers	23	11	48%
			Groupements de producteurs de riz	Production de riz	0	0	*
			Groupement de producteurs de sésames	Producteurs de sésames	0	0	*
			Groupement de producteurs de maïs	Producteurs de maïs	0	0	*
			Collectif de mécaniciens	Artisans de mécaniciens	9	7	78%
			Groupement de pêcheurs	Pêche	0	0	*
Kouanarou Soui	Matéri	Coopératives Villageoises des Producteurs de Coton	Groupements de producteurs de coton	219	23	11%	
		Collectif des Artisans	Artisans	152	18	12%	

Département	MUSA	Localité	IESS contactés	Type / activités de l'IESS	# de membre de l'IESS	# de membres inscrits à la MUSA	Taux
			Groupes de tontine	Groupes de tontine	0		*
			Coopératives des Maraîchers	Maraîchers	0		*
			Groupements de producteurs de riz	Production de riz	181	43	24%
			Groupement de producteurs de sésames	Producteurs de sésames	193	95	49%
			Groupement de producteurs de maïs	Producteurs de maïs	596	102	17%
			Collectif de mécaniciens	Artisans de mécaniciens	-	-	*
			Groupement de pêcheurs	Pêche	209	13	6%

Source : travaux de groupe des élus mutualistes et des structures d'appui (atelier du 7 janvier)

En ce qui concerne la **collecte des ressources**, plusieurs collaborations où une IESS a facilité l'adhésion de (certains de) ses membres à la mutuelle ont été rapportées.

Dans les CVPC de Nikki et Sinendé les cotisations à la mutuelle de santé sont récoltées par les IESS auprès de leurs membres avant d'être reversées à la mutuelle. L'IESS se substitue donc à la mutuelle pour la collecte des ressources. L'IESS centralise également la distribution des carnets de membres et donc des informations nécessaires à l'élaboration de ceux-ci.

Il est intéressant de noter que, dans tous les cas identifiés, il n'est pas obligatoire pour les membres des IESS de devenir membre de la mutuelle. Il s'agit donc d'une adhésion facilitée, du fait de la centralisation des cotisations et des carnets, mais pas obligatoire.

Dans la plupart des cas, ce sont les actions de sensibilisation des élus mutualistes qui entraînent ces formes de collaboration. Dans le cas des collaboration avec ces CVPC un élu mutualiste est toujours membre du CVPC. C'est cet élu qui organise la collecte des cotisations et la centralisation des carnets.

Ces cas sont particulièrement intéressants. En effet, la collecte des cotisations pour la mutuelle s'effectue lors du paiement de la récolte du coton. Ce paiement du coton est un processus très structuré. Les intrants étant vendus à crédit au début de chaque saison, le producteur a une dette personnelle en intrants qu'il doit solder avant de se voir payer sa récolte. Le paiement de la récolte ne commence que lorsque la dette du CVPC dans sa globalité a été épongée. A partir de ce moment, un paiement est organisé chaque décennie (dizaine de jours). Les producteurs ayant récolté et envoyé leur production à l'usine d'égrenage se voient alors payés pour le fruit de leur labeur. Un par un, ils se voient fait état de leur chiffre d'affaires duquel est défalqué leur dette pour les intrants et les taxes communales. Ensuite, dans les CVPC susmentionnés, l'élu du CVPC responsable du paiement défalque encore la cotisation pour la mutuelle pour les producteurs qui désirent en être membre. Le solde de ces opérations est alors remis aux producteurs. Les cotisations ainsi récoltées par l'élu du CVPC sont ensuite remises aux élus mutualistes avec les données nécessaires à l'élaboration des carnets de mutuelle. Une fois établi, ces carnets sont remis aux producteurs ayant fait le choix d'adhérer à la mutuelle.

Les cas des CVPC sont également particulièrement intéressants du fait qu'ils se répètent à des endroits différents, relativement éloignés et avec des mutuelles appartenant à des réseaux différents (Réseau Alliance Santé (RAS) et APROSOC). L'omniprésence de la culture du coton dans les régions concernées n'y est probablement étrangère. La structuration de la filière et, en particulier, le processus bien réglé du paiement de la récolte ne peuvent que faciliter ce genre de collaboration entre MUSA et IESS.

Notons également qu'une IESS subventionne l'adhésion et les cotisations de ses membres à la mutuelle. Il s'agit du groupement de femmes transformatrices de Manioc à Dassa-Zoumé. Dans ce cas, le groupement subventionne entièrement les droits d'adhésion (1000 francs CFA) à la mutuelle et intervient à hauteur de 500 francs CFA sur la cotisation annuelle (de 2400 francs) de ses membres. Ici aussi, l'adhésion à la mutuelle est volontaire donc certains membres du groupement ne prennent pas la décision d'adhérer à la mutuelle.

Le tableau qui suit montre les organisations contactées qui ne sont pas des IESS. Il s'agit principalement de personnels d'entreprises, de collectivités locales et d'écoles professionnelles ou de l'enseignement public. Dans ces cas, l'adhésion est automatique, voire obligatoire, ce qui explique le taux (de pénétration) de 100%.

Tableau 14 : Efforts d'articulation entrepris par les mutuelles vers des GO non IESS

Département	MUSA	Localité	GO contactés	Type / activités du GO	# de membres du GO	# de membres inscrits à la MUSA	Taux
Borgou	Mutuelle scolaire de Bembèrèkè	Bembèrèkè	Les collèges publics	Les élèves collégiens	5000	5000	100%
Borgou	Mutuelle scolaire de N'dali	N'dali	Les écoles primaires publiques	Les écoliers du primaire de 07 écoles	1400	1400	100%
Borgou	Mutuelle scolaire de Tchaourou	Tchaourou	Les écoles primaires publiques	Les écoliers du primaire de 16 écoles	3988	3988	100%
Borgou	Nikki	Nikki	Personnel de la Commune de Nikki	Collectivité Locale	61	61	100%
Borgou	N'Dali	N'Dali	Employé de la Commune de N'Dali	Collectivité Locale	62	62	100%
Borgou	Nikki	Nikki	Scierie SATEC de Nikki	Les ouvriers de la scierie	80	80	100%
Borgou	Nikki	Nikki	Ecole des jeunes filles UEB de Nikki	Les filles apprenantes	82	82	100%
Dassa-Zoumé	IFEDUN	Issalou	SOS Village d'Enfants	Appui aux familles vulnérables	354	354	100%
Sinende	SINENDE	HAOUSSA	Foyer des jeunes filles	Les filles apprenantes	24	24	100%
Zou - Collines - Atlantique	UCMD (Union de Dassa)	Dassa	SOS village d'enfants	Parrainage et suivi des orphelins enfants vulnérables,	760	760	100%

Parmi les cas synthétisés ci-dessus, le cas de la scierie de Nikki est particulièrement intéressant. Premièrement, la longévité de cette synergie est remarquable. Ensuite l'ingéniosité du partenariat est intéressante. La mutuelle de Nikki pratique des cotisations par tranches en fonction de la taille du ménage à couvrir. Certains employés de la scierie étant célibataires, le directeur les regroupe par 10 afin de constituer une 'famille' avec son carnet de mutuelle spécifique. Un 'chef de famille' est

même désigné parmi ces 10 employés célibataires. Du point de vue des paiements des cotisations le partenariat a également permis une certaine innovation. La scierie paie en effet les cotisations de manière trimestrielle là où les autres affiliés paient de manière annuelle.

Au-delà de ces exemples d'articulations, d'autres expériences ont été identifiées pour lesquelles nous n'avons pu disposer de toutes les informations.

Tableau 15 : Expériences avec des données incomplètes

Arrondissement / Commune	MUSA	Localité	GO contactés	Type / activités du GO	# de membres du GO	# de membres inscrits à la MUSA
Atacora	Tanguiéta	Atacora	Producteurs de coton	Production de coton	-	-
Borgou	Bembéréké	Bembéréké	Groupement des femmes	Production et transformation des produits locaux	-	-
Borgou	Mutuelle scolaire de Bembèrèkè	Bembèrèkè	Les collèges publics	Les élèves collégiens		5000
Borgou	Mutuelle scolaire de N'dali	N'dali	Les écoles primaires publiques	Les écoliers du primaire	07 écoles	1400
Borgou	Mutuelle scolaire de Tchaourou	Tchaourou	Les écoles primaires publiques	Les écoliers du primaire	16 écoles	3988
Donga	Tanguiéta	Atacora	Groupe des conducteurs de Zem	Conduite de taxi moto	-	-
Donga	Tanguiéta	Atacora	Association des artisans	Artisanat	-	-
Zou	SEDOVIKON	Golo-Djigbé (Calavi)	Coopérative de production et de transformation du manioc	Production et de transformation du manioc	-	-
Zou - Collines - Atlantique	UCMD (Union de Dassa)	Dassa		Production du coton et production et transformation manioc		
Zou - Collines - Atlantique	MSC, CMPS	Cotonou	Association des artisans...	Mécanique, menuiserie, soudure, coiffure ...		

Source : travaux de groupe des élus mutualistes et des structures d'appui (atelier du 7 janvier)

Les tableaux ci-dessus montrent l'effort des mutuelles pour étendre la couverture via les groupes organisés. La performance des mutuelles se situerait globalement entre 30% et 57% de couverture des membres des groupes organisés. Dans ces tableaux, on trouve des expériences intéressantes d'adhésion automatique qui ne sont pas directement liées aux IESS, telles que les élèves ou les équipes de foot (qui souscrivent probablement pour une assurance de groupe), des groupes qui ne sont pas des travailleurs ruraux comme les Retraités cimentiers, et d'autres initiatives comme l'adhésion d'une unité de production industrielle (UPI) comme la scierie. Si l'on enlève ces formes d'adhésion automatiques ce potentiel de couverture des groupes organisés par les MUSA se situe à 48%.

Les articulations les plus abouties sont celles où l'interaction se situe au niveau le plus bas des organisations (villageois). C'est là aussi où se jouent plusieurs valeurs d'une dynamique associative dont la confiance. Le taux de pénétration est également plus élevé lorsque le groupement est de petite taille.

11.2.2 Avantages et limites des expériences

En ce qui concerne plus particulièrement les IESS, divers éléments ont été évoqués au cours des rencontres avec les acteurs, illustrant avantages et faiblesses ou limites des expériences.

Si les témoignages ne peuvent faire l'objet de généralisation, ils sont néanmoins le reflet d'une certaine réalité, d'un certain vécu d'acteurs.



Tout d'abord, **les IESS sont**, par définition, **des lieux** de rassemblement de personnes partageant certaines activités. Ces rassemblements sont des moments **propices pour sensibiliser** les travailleurs ruraux à la question de la protection sociale en santé et aux bénéfices de la mutuelle. Nombre d'élus mutualistes ont d'ailleurs profité de ces rassemblements pour sensibiliser les populations rurales. Ces sensibilisations sont également sollicitées et parfois même effectuées par des personnes membres des IESS et bénéficiaires de la mutuelle.

Les responsables des mutuelles de santé sont sollicités souvent pour des associations où, quand ils font leur réunion, [...] ils vont là-bas pour sensibiliser.

Elu d'une IESS

Par exemple, maintenant moi, si les soudeurs ont réunion là, je vais aller les sensibiliser maintenant. Ils n'ont qu'à adhérer [...] (à) la mutuelle de santé. Maintenant, pourquoi ? Par exemple [...] l'un des apprentis se blesse. Voilà que le patron n'est pas là. Puisqu'eux, leur travail c'est le fer, le marteau, les lames et autres, ça peut les blesser. Maintenant, même s'ils ont adhéré, maintenant, mais si le patron n'est pas là, ils peuvent aller directement se soigner plutôt que d'attendre le patron et que la situation s'aggrave encore en l'absence du patron quoi. Donc c'est là qu'on les sensibilise beaucoup.

Elu d'une IESS

Bon, vous savez que moi je suis un secrétaire. Quand je travaille avec eux, quand je fais par exemple la discussion des intrants, même ceux qui sont à la ferme, ils viennent. Et quand ils viennent là, c'est un moment opportun pour moi de les sensibiliser encore sur la mutuelle de santé.

Secrétaire d'un CVPC

Dans une autre IESS, il n'y a pas eu de sensibilisation au niveau régional. Néanmoins, le responsable de l'IESS est demandeur de ce genre d'initiative :

[...]il n'y a pas eu une activité de sensibilisation qui a réuni les coopérateurs de l'URCoopMA et les mutualistes, qu'on puisse parler, qu'on puisse débattre du sujet. [...] Si c'était que c'était un acteur de la mutuelle qui vient parler de la mutuelle aux maraichers, ce sera beaucoup plus visible. Mais aussi, on pourrait travailler dans le sens pour amener des acteurs de la mutuelle à aborder aussi les maraichers. Cela n'a pas été fait.

Chargé de programme d'une filière agricole



Les IESS sont des lieux de socialisation et donc des lieux **propices à la propagation** de pratiques jugées bénéfiques.

C'est sur cet effet, en sus de la sensibilisation, que compte le bureau du collectif des artisans pour augmenter les adhésions à la mutuelle :

Parce que la mutuelle, comme vous le savez mieux que moi, il faut d'abord adhérer avant de se rendre compte qu'il y a des avantages. Maintenant, convaincre l'individu à adhérer, c'est là le vrai problème. Mais tous ceux qui adhèrent, qui bénéficient déjà des soins, des prestations, ne veulent plus quitter la mutuelle. Donc, maintenant, la première démarche qu'on compte faire après l'étape de la sensibilisation. On va demander à tous les responsables des associations. Ceux qui sont membres du bureau, donc d'expérimenter d'abord. Donc, ça nous fera au moins 7 par bureau, dans d'autres bureaux, c'est 9, c'est 11 par là. Donc, au moins, si on fait, même si on fait 7 membres fois 32 déjà, ça donne déjà un chiffre

Elu d'une IESS

Cet effet a également été illustré dans une autre commune et un autre contexte. Un cultivateur de coton sensibilisé a finalement adhéré après avoir observé les bénéfices auprès d'autres membres de son CVPC :

Oui, c'est lui qui m'a parlé de ça. Lorsqu'il m'a parlé de ça, je lui ai dit : bon, moi je vais aller voir mon vieux. [...] Comme lui [- mon vieux-] un an après, même moi-même j'étais témoin des choses, c'est comme ça je suis venu pour adhérer

Cultivateur de coton



Comme illustré précédemment, la **collecte des ressources** destinées à la mutuelle est déjà **déléguée à certaines IESS**.

Donc, cette coopérative est organisée de telle sorte que, quand quelqu'un finit ses dettes, ses dettes d'intrants, et qu'il voit qu'il lui reste un peu, on dit met la santé d'abord. [...] donc il choisit le nombre de personnes qu'il veut et il dit au conseil d'administration : le jour que l'argent du coton va venir là, faites-moi un papier de tel nombre de personnes, cotisation annuelle et prenez ça

Gérant d'une Union Communale des Producteurs de Coton

Si les fonds coton viennent maintenant en son sein, [...] Monsieur l'élu, ou bien le Président vient prendre l'argent. Il verse l'argent et en payant maintenant il rappelle aux gens, bon, tu avais signé un contrat avec la mutuelle, je te donne l'argent, tu dois payer, 12 500. C'est ça qu'il enlève. [...]. Et l'intéressé prend le reste et s'en va

Elu mutualiste



Cette délégation permet également une certaine **économie d'échelle administrative**. En effet, les données nécessaires à l'établissement des carnets de mutuelle sont récoltées par l'IESS et transmises à la mutuelle. Les carnets sont ensuite distribués par l'IESS aux bénéficiaires concernés.

[...] il (Le responsable du CVPC) récupère les photos et il nous envoie. Et c'est à base de ça on leur délivre les cartes

Elu mutualiste



Les membres de la mutuelle retirent divers avantages de ces modes de fonctionnement. Un premier avantage est de ne **pas** devoir **se rendre à la mutuelle** qui est parfois **éloignée** de leur lieu de vie. Un deuxième avantage est que leur cotisation est directement prélevée sur leur revenu, ce qui garantit la **disponibilité des fonds** pour le paiement de la cotisation dans le cas où la période de cotisation coïncide avec la période de paiement des récoltes. Enfin, dans certaines IESS, une certaine forme de **solidarité** se manifeste pour aider ou garantir le paiement des cotisations de leur membres :

Il y a un groupe [...], il a payé les droits d'adhésion pour ses membres. Il a donné une partie des cotisations aussi comme subvention. [...] aux membres du groupement maintenant de payer le reste

Elu mutualiste

Les producteurs qui sont membres depuis qu'on a commencé la mutuelle là, même s'ils disent qu'il n'y a pas l'argent là, on arrive à faire, on se débrouille pour confectionner leur carte, on les donne. Et quand l'argent du coton vient là, on soustrait tout et on verse à la CERCAM. Parce qu'il n'a pas les moyens

Secrétaire d'un CVPC



Des facteurs de succès potentiels pour ces articulations se dégagent. Dans beaucoup de cas rencontrés, les **élus mutualistes sont au centre de l'articulation** IESS-MUSA. La collaboration entre ces organisations est souvent le fruit d'une sensibilisation menée par une mutuelle et, dans de nombreux cas, un élu mutualiste se trouve également dans une position d'influence au sein de l'IESS. Ces doubles casquettes sont notamment visibles au sein du collectifs des artisans de Bembéréké et au sein de certains CVPC :

[...] c'est à partir de ce moment-là que nous on a jugé bon d'impliquer les responsables du collectif à nous aider pour sensibiliser les associations pour adhérer à la mutuelle. [...] C'est maintenant qu'on a pris cette initiative-là, nous autres. Lui, il est responsable, il est le secrétaire de la mutuelle de santé de Bembereké et le secrétaire de l'Union communale des mutuelles de santé de Bembereke. Moi, je suis le président de la mutuelle de santé de Camai et secrétaire adjoint de l'union communale des mutuelles de santé de Bemberéké. C'est lui maintenant qui est mon président au niveau du collectif et je suis son secrétaire

Elu d'une IESS

*[...] je suis le secrétaire de ma coopérative encore. Je suis encore membre de l'union communale des producteurs de coton.
[...] Je suis d'abord secrétaire de la mutuelle de santé de Yarra et je suis encore membre de l'union communale des mutuelles de santé de Sinendé. Je suis dans les deux unions quoi*

Secrétaire d'un CVPC

*En ce temps-là, moi [...], j'étais un responsable au niveau même d'une faitière. Et, même actuellement je suis un responsable d'une CVPC.
[...] Je suis le secrétaire.
[...] Donc, voilà c'est comme ça on a réfléchi. J'ai invité les autres GO et les autres CVPC, c'est-à-dire les secrétaires comme moi. Je leur ai exposé ce que je veux*

Elu mutualiste



Le type de modèle d'articulation observée dans les CVPC n'est possible que si **l'IESS dispose d'une structure effective et fonctionnelle**. En effet, il faut que les rôles soient clairs et effectivement exécutés pour que la confiance nécessaire à une délégation de collecte des ressources s'installe et perdure dans le temps.

Les filières les plus structurées sont celle-là, qui disposent d'interprofession aujourd'hui. Le coton, structuré ; l'aviculture, structurée ; la filière riz ; ananas ; anacarde. Et puis il y a un début de structuration au niveau de Karité. Il y a également le soja. Soja aussi très bien structuré

Autorité ministérielle



La **disponibilité des fonds** est un facteur clé pour l'adhésion à la mutuelle et le renouvellement. En faisant concomiter le paiement de la récolte à celui de la cotisation de la mutuelle et ainsi garantissant la disponibilité de fonds pour les mutuelles, les CVPC aident à établir et maintenir un bon taux de pénétration et de renouvellement. Ceci constitue une illustration de l'étude (<https://www.mloz.be/fr/publications/etudes-et-analyses/lavenir-des-mutuelles-de-sante-au-benin-et-togo>, 2017)

Parlant du paiement de la cotisation à partir de la recette de la récolte :

[...] c'est ce que les gens font d'habitude et ils paient. Sinon là-bas, pour trouver argent comme ça c'est difficile quoi. Comme il n'y a pas les moyens

Secrétaire d'un CVPC



Si les réseaux des élus mutualistes sont souvent à l'origine des articulations MUSA IESS rencontrées sur le terrain la **dépendance** de ces articulations **aux actions des réseaux des mutualistes** peut en constituer une faiblesse. En effet, les mutualistes fournissent en général un travail bénévole et lorsque les efforts ne sont pas soutenus ou qu'un acteur quitte la zone (la mutuelle ou l'IESS), les liens s'estompent et l'articulation disparaît.

*C'est l'adhésion, il faut souvent contacter l'intéressé, chaque fois lui parler. [...] Les élus souvent il y a la fatigue. Donc aller voir telle famille, aller voir telle structure... or, il n'y a pas un salaire sur lequel tu es en train de travailler comme ça. Or tu as d'autres activités propre à toi que tu dois mener encore. Donc [...] par endroit, ça flotte ou bien ça chute.
[...] ça demande peut-être des accompagnements ou bien des appuis [...], s'il y a des appuis ça peut reprendre. Mais, comme il n'y a pas financement on se débrouille et c'est pour cela. Par exemple maintenant, moi j'étais dans la mutuelle depuis que j'étais célibataire.
Donc j'étais célibataire. Je n'avais pas de charge. Je n'avais pas de préoccupation. Comme ça je travaillais correctement. Mais au fur et à mesure, je me suis marié, faut voir, il y a des charges, il y a des problèmes que je vais régler. Il faut te faire des sources de revenus, tout ça-là. Donc ça fait qu'il y a des charges qui augmentent d'années en années. Ça fait que tu es obligé des fois de lâcher d'autres activités au profit de tes propres activités. Donc c'est ça qui fait. Ça fait aussi chuter aussi des adhésions quoi. Voilà*

Elu mutualiste



La **qualité des soins et de l'accueil** dans les **centres de santé** conventionnés par les mutuelles est parfois un frein à l'adhésion.

*C'est eux-mêmes qui vont tuer, qui vont tuer la mutuelle de santé là quoi. Ceux qui travaillent, les agents de santé là. C'est eux qui vont tuer ça.
[...] ils n'aiment pas collaborer avec les mutualistes.
[...] si vous êtes venus à cinq. S'il y a au moins, parmi les cinq personnes, s'il y a deux mutualistes, mais si c'est les deux-là qui sont en première position, ils vont vous dire d'attendre d'abord. Ils vont d'abord traiter ceux qui ne sont pas dans la mutualistes là*

Cultivateur de coton

La mutuelle est faite que, quand tu vas au centre de santé là, il y a tout. Mais, on dit qu'il n'y a pas de produit. On nous fait un papier, va acheter produit à la pharmacie et c'est ça qui décourage les producteurs. Ça décourage. Et on dit mais, je suis quand même assuré pourquoi me mentir ? Alors qu'on a fait un contrat avec la pharmacie. Pourquoi on va me dire encore d'aller payer des produits à la pharmacie ? Et ça décourage. Et donc, si c'est ça, inutile ! Inutile d'être assuré !

Gérant d'une Union Communale des Producteurs de Coton



Afin d'augmenter la population couverte par un système d'assurance santé, la solution la plus courante est l'**obligation de souscription**. Plusieurs interlocuteurs ont mentionné des difficultés à mettre en place un système de souscription obligatoire via des IESS :

Une coopérative c'est coopératif donc il n'y a pas d'imposition derrière cela, on ne peut pas obliger quelqu'un. C'est peut-être dans le contexte où le président de l'Union imposerait que tous les membres d'une coopérative deviennent membres d'une mutuelle [...]. Ca on l'a essayé et ça n'a pas fonctionné. Ca n'a pas fonctionné parce que le pouvoir est plutôt au niveau des coopératives [...] qu'au niveau de l'Union. [...] j'aurais tendance à dire que l'Union ne peut pas imposer quoi que ce soit à ces coopératives membres et la coopérative aurait du mal à imposer à ses membres elle-même

Directeur d'ACNG

Non, si c'est imposer, non c'est difficile. Comme c'est des associations qui sont autonomes, on ne leur impose rien. Mais, si c'est une décision qui vient peut-être du gouvernement, donc c'est le gouvernement qui peut imposer, et peut-être c'est à travers le bureau collectif. Parce que nous, on va nous inviter, on va nous informer, c'est nous on viendra les informer. [...] Sinon le collectif ne peut imposer quelque chose au niveau des associations

Elu d'une IESS

*Non, ça sera compliqué.
(d'imposer d'être membres d'une mutuelle pour rejoindre la coopérative)*

Chargé de programme d'une filière agricole

C'est l'assemblée qui décide. On n'impose pas mais parfois on a tendance à imposer. Mais quand ça ne marche pas on est obligé de faire face ... d'accepter ce que l'assemblée dit.

Elu d'une IESS



Une expérience d'articulation de LC dans le Mono n'a pas abouti à cause de demande de rabais sur les cotisations pour une adhésion groupée des membres d'une IESS.

On l'a essayé dans le Mono ça n'a pas bien fonctionné parce que les coopératives étaient prêtes à adhérer aux mutuelles de santé à une certaine époque, quand les mutuelles fonctionnaient relativement bien. Mais la négociation c'était que les coopératives voulaient des conditions favorables pour adhérer en groupe à la mutuelle. Et la mutuelle, comme elle n'a pas un ordre de grandeur tellement important, elle ne pouvait pas offrir des conditions à rabais à 50/60 coopérateurs de transformation de Manioc. Parce que la mutuelle n'a pas elle-même n'a pas l'ordre de grandeur pour assumer quelques rabais que ce soit à un groupe

Directeur d'ACNG

D'autres expériences illustrent également des facteurs limitants.

- Une stratégie d'articulation mal accueillie par le public cible de l'IESS.

Exemple : Chez LC, de 2011 à 2012 il y a eu négociation entre les MUSA de l'Atacora et la CMEC Pendjari qui ont abouti à la revue des textes statutaires de l'IMF qui mettait une clause obligatoire que pour bénéficier de crédit, il faut être mutualiste. Mais la mise en œuvre de cette approche a été mal appréciée par les sociétaires, ce qui a conduit à l'annulation de cette clause mettant ainsi fin au caractère obligatoire. Aussi, de 2011 à 2012, les échanges entre les MUSA et les GVPM ont permis de mettre en place le système de warrantage qui ne s'est pas poursuivi après un exercice en raison des problèmes de gestion des céréales.

- Le coût de l'intermédiation technique

Le financement semble être la principale limite des MUSA pour s'étendre. Les opérateurs appuient le fonctionnement de l'intermédiation technique chargée d'apporter un support de proximité aux MUSA. Le financement de l'intermédiation technique concerne les investissements, le fonctionnement (missions, charges du local, évaluations, formations et ateliers, séances de sensibilisation, visites d'échange, communication, etc.), les ressources humaines (directeurs, gérants, comptables, médecin ou infirmier conseil, animateurs gardien, chargé du suivi-évaluation et capitalisation, etc.) suivant le niveau de financement disponible. Le coût annuel de cette intermédiation est estimé entre 18.000 € et 22.000 € par commune.

L'estimation du CONSAMUS pour le niveau communal se présente comme suit (hors coût des activités) :

Tableau 16 : Estimation du coût de l'intermédiation technique pour une MUSA communale

Ordre	Désignations	Qté	Pu	Montant
1	Salaire net moyen du personnel technique	3	150.000	450.000
2	Frais de déplacement mensuel	3	30.000	90.000
3	Frais de communication mensuel	3	5.000	15.000
4	Connexion internet	1	30.000	30.000
5	Charges sociales + impôts sur salaire	3	30.000	90.000
6	Loyer	1	40.000	40.000
7	Salaire du gardien	1	40.000	40.000
8	Electricité	1	20.000	20.000
9	Eau	1	5.000	5.000
10	Fourniture de bureau	1	15.000	15.000

Total mensuel				795.000
Total annuel charge de fonctionnement				9.540.000
Equipement				
11	Ordinateur	3	300.000	900.000
12	Vidéo-projecteur	1	500.000	500.000
13	Appareil photo	3	150.000	450.000
14	Moto	5	650.000	3.250.000
15	Kit internet	1	80.000	80.000
16	Imprimante	1	250.000	250.000
17	Photocopieur	1	750.000	750.000
18	Mobilier de bureau	3	500.000	1.500.000
19	Equipement salle de conférence	1	2.000.000	2.000.000
20	Meuble de rangement	1	500.000	500.000
Total Equipement				10.180.000
TOTAL				19.720.000

Source : CONSAMUS (document de travail 2019)

- Le cadre d'un plan de coopération pluri-annuel

La promotion de la mutualité est fortement liée aux plans d'intervention des partenaires. Même lorsque la demande de la population pour la mise en place d'une mutuelle est exprimée, il s'avère impossible pour les structures d'appui d'y répondre. Comme toute intervention dans le champ la coopération au développement, les initiatives entreprises sont fortement liées à la durée des projets qui aident à les mettre en œuvre. Des acteurs mutualistes se prononcent à ce sujet :

Notre MUSA ne couvre pas la commune de l'autre côté de la montagne. Le Maire nous a envoyé une demande mais y aller coûte de l'argent parce qu'il faut faire un grand tour. Même si nous y faisons l'étude de faisabilité et la sensibilisation, il n'est pas évident d'assurer le suivi parce que cela n'est pas prévu dans le budget prévisionnel de notre programme

C'est vrai, il y a un potentiel à Glazoué avec les producteurs de riz. Nous avons entamé les démarches pour couvrir la zone. Tout était planifié. Cependant, nos partenaires de la mutualité du Brabant Wallon ont subi la fusion des mutualités et l'extension a été suspendue. Et tu vois, c'est assez loin du siège et nous n'avons pas suffisamment de personnel

- Communication et pro-activité des MUSA

Au-delà de la contrainte financière, la communication et la proactivité des MUSA constituent une autre limite. Lors des entretiens avec des membres des coopératives qui ne sont pas membre des MUSA, il semble que le besoin de couverture est réel. Cependant, plusieurs d'entre eux ont évoqué la méconnaissance du système, malgré leur volonté et leur capacité à honorer la cotisation demandée. Cet entretien ci-dessous est révélateur.

Encadré 3 : Un besoin non couvert : entretien avec KESSO Hippolyte, membre de la Coopérative des Maraîchers de Séponga

Combien gagnes-tu environ sur une saison ?

Ça varie. La première année, j'avais environ 150.000 FCFA, ma première campagne environ 150.000 et Mais l'année dernière, je peux dire environ 300.000 FCFA. Cette année, j'ai suivi une formation à JURA AFRIQUE BENIN. Nous étions 3, ils nous ont aussi appris à monter un plan d'affaires. Ils nous ont dit que ce n'est pas bon de naviguer à vue. C'est comme ça ils nous ont dit à chacun de faire son plan après la formation. J'ai élaboré un plan d'affaires de 800.000 FCFA. Ça c'est mon objectif pour cette année.

Et qu'est-ce que tu fais avec l'argent que tu gagnes ? Comment tu le dépenses ?

D'abord il y a l'achat de carburant. Ma femme ne travaille pas. Quand il y a un petit problème Et dans la maison, je fais un geste. Et l'année dernière ça m'a beaucoup aidé aussi parce que je n'avais pas encore soutenu ma licence. Je peux dire que c'est grâce au jardin là que j'ai pu soutenir parce que ce que j'étais ici à Tanguiéta et il fallait chaque fois se déplacer aller à Parakou. C'est dans l'argent du jardinage que je trouvais souvent pour aller, pour voyager. Je peux dire c'est ça qui m'a aidé j'ai soutenu.

En dehors de ça, ce que je peux dire que j'ai fait, c'est une cotisation que j'avais faite, tontine. Et la tontine là, c'est dans le quartier qu'on l'a organisée. Je faisais tontine de 2.500 par semaine. C'est en janvier, et décembre là qu'on a partagé l'argent. C'est ça qui m'a aidé même au temps de la fête, lorsque ma femme a accouché en novembre.

Justement, ça a dû coûter de l'argent l'accouchement etc.

Oui parce que les consultations prénatales là, c'est de l'argent chaque fois. Bon ... mais ce n'est pas seulement l'argent du jardinage. Parce que je fais aussi les champs. Je fais souvent l'arachide et l'année surpassée j'ai fait le petit mil. Et maintenant j'ai fait le sésame pour cette campagne qui est terminée.

Et ça rapporte bien ça ces cultures-là ?

Oui mais plus que le maraîchage. Quand on prend le maraîchage, c'est parce qu'il y a beaucoup de difficultés dans le maraîchage. Sinon quand on va comparer, celui qui va faire 1ha de maïs et celui qui va faire 20 planches de laitues là, je dis seulement 20 planches de 10 mètres, il peut payer (acheter) le maïs d'1ha. S'il va vendre normalement. C'est parce qu'il y a les difficultés. On ne peut même pas comparer le maraîchage et le champ.

Avec le champ ... Franchement, ça ne m'a pas encore marché. Ça n'aime pas la pluie. La pluie s'est installée l'année dernière et j'ai seulement eu 1 sac. Alors que le seul sac avant on vendait parfois à 30.000. Avant je faisais ça dans le champ d'igname et je trouve 2 à 3 sacs et je vends à 28.000 / 27.000. Mais le seul sac que j'ai eu dans 1ha, j'ai vendu ça à 18.000

Vous voyez ? Mais côté arachide, là-bas c'est encore mieux. Je fais ½ ha et ½ ha cette année j'ai eu 7 sacs. Actuellement le prix est à 15.000. Ça je peux dire que c'est mieux. Vous voyez ? Je ne peux pas comparer ce que je fais au champ et ce que je fais au barrage. Ce n'est pas possible.

Donc on parlait de l'accouchement et des consultations prénatales, comment est-ce que ... est ce que tu as assez d'argent pour payer tout ça ?

Bon ... parfois quand on donne la date, le rendez-vous à ma femme, il peut arriver que je n'aie pas d'argent. J'emprunte. Et quand j'ai assez d'argent, je lui remets. Parfois ça va à 15.000/16.000 comme ça. Et il y a 3 consultations. Avec les échographies tout ça bon ... Mais finalement ... par exemple le problème que j'ai eu, la femme devait accoucher un 6, le 6 novembre ; et elle est allée jusqu'au 29. Et ils ont dit bon ... que de venir ... qu'elle va encore faire l'échographie. Elle a encore fait l'échographie. Ils ont encore dit ... parce que tout était normal. Ils ont dit qu'il y a une radio qui coûte 20.000 ou bien 20 et quelques milles. J'ai dit là, je n'ai plus rien. J'ai dit seulement c'est Dieu qui va jouer son rôle là-bas. Parfois, le rendez-vous tombe au moment où j'ai l'argent, parfois je n'ai pas l'argent ; c'est comme ça je me débrouillais.

Donc quand tu connais la date, tu vas emprunter chez les gens pour payer ?

On a la tontine, je vous ai parlé de notre tontine. C'est que si vous voulez faire quelque chose, vous pouvez demander de l'argent. Quand vous prenez 5.000 après vous remboursez 5.500.

Donc c'est là ... ce sont les dimanches qu'on fait les rencontres. C'est là que vais prendre l'argent, je lui remets et après, je vais rembourser. C'est comme ça.

Parce qu'actuellement c'est difficile d'aller voir quelqu'un pour dire « je veux que tu me passes de l'argent ». Pour nous, c'est encore plus difficile pour être sûr qu'on a la capacité de remboursement on dit « tu veux vendre quoi ? Tu fais quoi ? » Parce qu'ils ne savent pas qu'au jardin là, on gagne quelque chose. Plusieurs personnes se moquent de nous. On nous dit « tu penses que toi tu vas vendre les légumes pour me rembourser ? », et tu as souvent honte. Vous voyez ? ... et on va au niveau de la tontine, là personne ne sait que tu as fait un prêt, c'est entre vous. Parce qu'ici là, quand tu fais le jardin c'est que toi tu es classé. C'est comme ce n'est pas un métier, les gens ne prête pas (n'accordent pas) d'importance à ça. C'est comme ça !

Est-ce que s'il y avait une mutuelle à Tanguiéta tu trouverais ça intéressant ?

Est-ce que je savais que j'allais ... vous allez me parler de ça ? Quand j'ai parlé de ma femme. Supposons qu'il y avait une mutuelle comme ça, je n'allais pas souvent m'endetter. Si par an je cotisais pour ça, je n'allais même pas avoir de soucis parce que je sais qu'au moins ... tu ne peux pas dire que « je ne vais pas tomber malade », ça là, il n'y a pas ça. Même si toi-même tu ne ... même là où je suis, c'est malgré moi ... si je commence par les mouvements, ça va, mais la nuit je souffre. Donc il y a des temps où tu ne peux pas dire moi je ne vais pas tomber malade, il n'y a pas. Alors que si tu cotisais, et la maladie ne prévient jamais, si tu cotisais, ça va t'arranger. C'est comme ça. Donc ... Je pense que c'est quelque chose qui est très bon. C'est nécessaire même.

Supposons qu'il y ait une mutuelle qui vienne à Tanguiéta, combien tu voudrais donner pour la cotisation par an par personne ?

Par an ? Bon ... je vais donner mon cas. Moi là où je suis là, je peux donner 10.000 par an pour ma santé. C'est compte tenu de ce que moi je gagne. 10.000 ça je peux faire.

En termes de proactivité, des ex-membres indexent d'une part le système de recouvrement des cotisations et le niveau de confiance aux techniciens sur la gestion, lors d'un focus group avec les artisans :

Répondant 4

J'étais membre de la MUSA depuis plusieurs années mais cette année, ça ne s'est pas fait. Je suis allé plusieurs fois au siège de la MUSA pour donner ma cotisation mais c'est toujours fermé. Je suis un artisan moi. Je n'ai pas le temps de faire des aller-retours en vain alors que mon travail m'attend et que je dois carburer ma moto pour y aller. Je n'ai jamais eu besoin des prestations, mais je sais que c'est une bonne chose

Répondant 3

Moi aussi j'étais membre mais vraiment ces gens-là, ce n'est pas clair ... Comment tu peux comprendre qu'avec son gros ventre, il laisse ses travaux pour se dire promoteur de la mutuelle. C'est qu'il mange nos cotisations. Ils disent nous avons reçu tant d'argent et nous avons dépensé tant. Tu fais le calcul, c'est juste. Mais ils ne disent pas les détails ... Maintenant que tu expliques, c'est clair mais ce n'est pas ton rôle. Ils doivent être plus clairs

Répondant 7

Moi je suis coiffeuse. Nous les coiffeuses là, notre problème c'est la hernie. Nous restons debout toute la journée et c'est dur. Franchement, ils sont venus plusieurs fois à mon atelier et je dis toujours ce sera pour la prochaine fois. Sinon, ils font leur travail

11.3 Opérationnalisation de l'articulation MUSA – IESS : niveaux et méthodes

Cette section explore les dispositifs institutionnels et les pratiques qui peuvent servir de leviers pour faciliter une meilleure articulation des MUSA avec les IESS. Cette analyse se fera aux niveaux politiques, stratégiques et opérationnels. Elle se basera sur l'existant et s'inspirera d'expériences d'autres pays.

11.3.1 Pratiques organisationnelles à activer : niveaux et acteurs

11.3.1.1 Niveau politique

Le cadre politique pour les IESS est assez avancé, contrairement aux MUSA. En effet, les IESS disposent de ministères dédiés (agricultures, pêche, artisanat, etc.) de cadres législatifs qui réglementent leurs activités, aussi bien organisationnelles, de formation que de commercialisation. Tous ces dispositifs ne sont pas encore en place pour les MUSA.

L'engagement gouvernemental et politique, le leadership, la législation et le soutien financier, la gestion professionnelle au niveau régional et la mobilisation et le soutien continu au niveau communautaire sont un résumé des principales caractéristiques nécessaires à un mouvement mutualiste dynamique (95).

Selon Ndiaye et al., les montages institutionnels des organismes qui prennent en charge des groupes vulnérables et ruraux (programmes spécifiques ciblés sur des catégories sociales ou sur des pathologies) sont organisés par régimes, ce qui entraîne une fragmentation du financement de la santé. Les mécanismes politiques de concertation et d'articulation ne sont pas organisés.

Les principaux acteurs concernés par le niveau politique sont l'Etat (avec ses ministères et services décentralisés), les partenaires techniques et financiers et les communautés régionales.

- Le Gouvernement béninois définit la politique de protection sociale. Il s'engage au niveau des communautés régionales (comme l'UEMOA pour l'économie et le CIPRES pour la protection) et internationales (comme l'OMS et le BIT) à l'atteinte d'objectifs et le respect de normes règlements. Le Gouvernement délègue des attributions à ses ministères, notamment le Ministère en charge de la protection sociale pour les MUSA et celui en charge de l'agriculture pour les IESS. D'autres ministères tels que celui en charge des affaires sociales, de la santé, de l'économie, de la décentralisation etc. sont aussi considérés dans le dispositif. Présentement, pour les IESS les obligations communautaires et internationales de l'Etat sont engagées et appliquées, contrairement aux les MUSA pour lesquelles l'Etat s'est engagé à plusieurs conventions sur la protection sociale mais dont application n'est pas complète.
- Les ministères dédiés organisent une concertation permanente. Ils assurent, chacun pour son domaine de compétence, la fonction de régulation et de tutelle. Ils sont chargés de définir le cadre législatif et réglementaire et en assurer l'application. Par le mécanisme de la décentralisation, ils délèguent la surveillance et la supervision de l'application aux services décentralisés et aux collectivités locales.
- Au niveau local (communes), le dispositif décentralisé devrait permettre une dévolution pour la mise en œuvre de l'articulation MUSA et IESS. Par exemple l'accréditation et la certification donnera la légitimité d'actions conjointes aux MUSA et IESS.

Concrètement le cadre législatif et réglementaire est disponible pour les IESS et reste encore à développer pour les MUSA.

Pour connecter les MUSA et les IESS, il serait nécessaire avant tout que les deux formes organisationnelles aient le même niveau d'ancrage ministériel et de développement de leur cadre législatif et réglementaire. Ensuite, il s'agirait de connecter de façon structurée les ministères en charge des MUSA avec celui en charge des différents métiers liés aux IESS (agriculture, pêche, artisanat, etc.). Une concertation permanente est nécessaire pour élaborer une stratégie commune et permettre à chaque département de suivre efficacement les avancées. Le rôle de la tutelle est primordial pour donner de la légitimité d'action, établir un cadre normatif qui devra servir à assurer la régulation.

Au niveau décentralisé, il peut s'avérer nécessaire de donner un cadre d'action. Un Maire a donné cette position :

On ne peut pas comparer les MUSA aux coopératives. Pour les premières, je n'ai reçu aucune orientation pour m'impliquer pleinement dans leurs activités. Évidemment, je réponds aux invitations et leur apporte mon soutien moral. J'ai moi-même ma carte de mutualiste et elles sont représentées dans le comité communal pour la santé. Mais l'Etat ne m'a délégué aucun rôle. Pour les coopératives, elles participent au financement de la Commune. Il y a un cadre légal pour cela.

À un autre niveau, l'engagement international reste nécessaire pour la prise en compte de la protection sociale des populations rurales dans les politiques de développement. La communauté internationale s'est toujours positionnée pour ce principe des droits humains d'accès à la protection contre des risques.

Au Bénin, l'Etat n'a à ce stade pas pris en considération l'implication des MUSA dans le dispositif national du financement de la santé. Comme indiqué dans la première partie de ce rapport, le cadre légal encadrant les MUSA au Bénin est incomplet, contrairement aux coopératives qui sont régies par deux lois fondamentales : la loi 61-26 du 10 Août 1961 relative à la définition et aux modalités de mise en en valeur des Périmètres d'Aménagement Rural et la loi 61-27 du 10 Août 1961 portant statut de la coopération agricole. Pour articuler les MUSA et les IESS, un alignement du dispositif légal est nécessaire. L'institutionnalisation des mutuelles, le cadre législatif et réglementaire ainsi que la délégation officielle de gestion peuvent produire des effets sur leur performance. Ceci est en ligne avec les revendications reprises dans la plateforme de Lomé (volonté politique pour prévoir une reconnaissance légale des mutuelles ; l'adhésion obligatoire ; la délégation de gestion – voir Encadré 2 -).

Par exemple, au Sénégal, le nombre de MUSA communautaire fonctionnelles est passé de 19 en 1997 à 671 en 2016 et le taux de couverture est passé de 4% à 19,8% entre 2013 et 2018 (86,96,97). L'Etat a posé plusieurs actes majeurs dont la subvention de la prime à 50% pour les personnes qui souhaitent adhérer aux MUSA et la mise en place d'une Agence CMU, l'intégration des programmes de gratuité dans le paquet des services des MUSA. Le mouvement mutualiste s'est réorganisé au niveau géographique autour des départements.

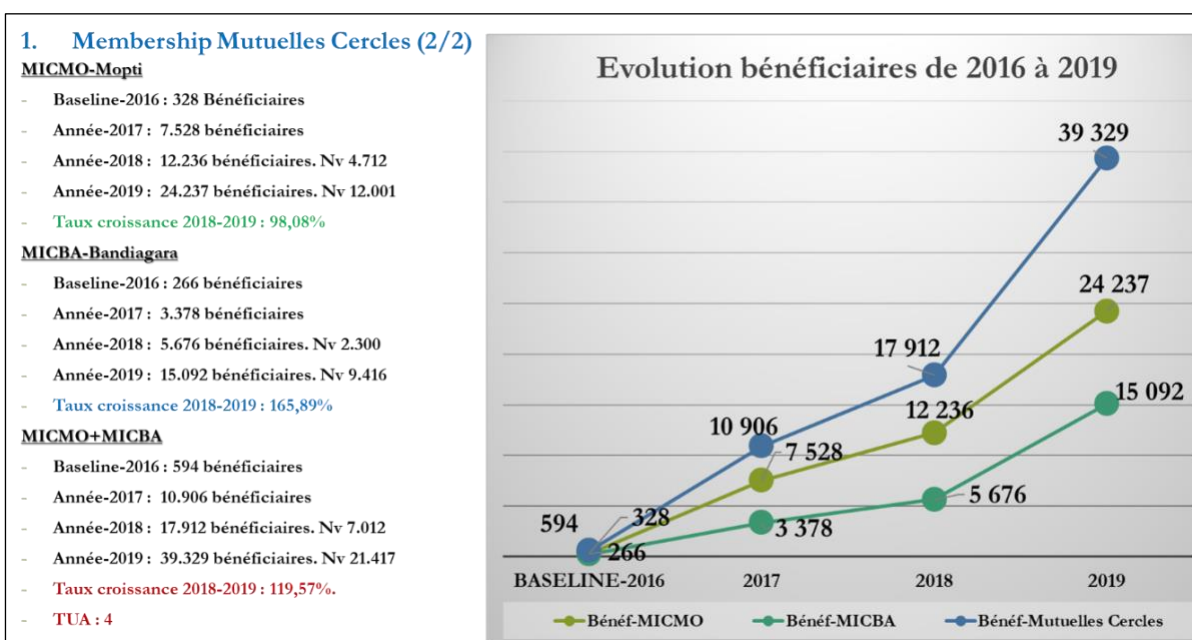
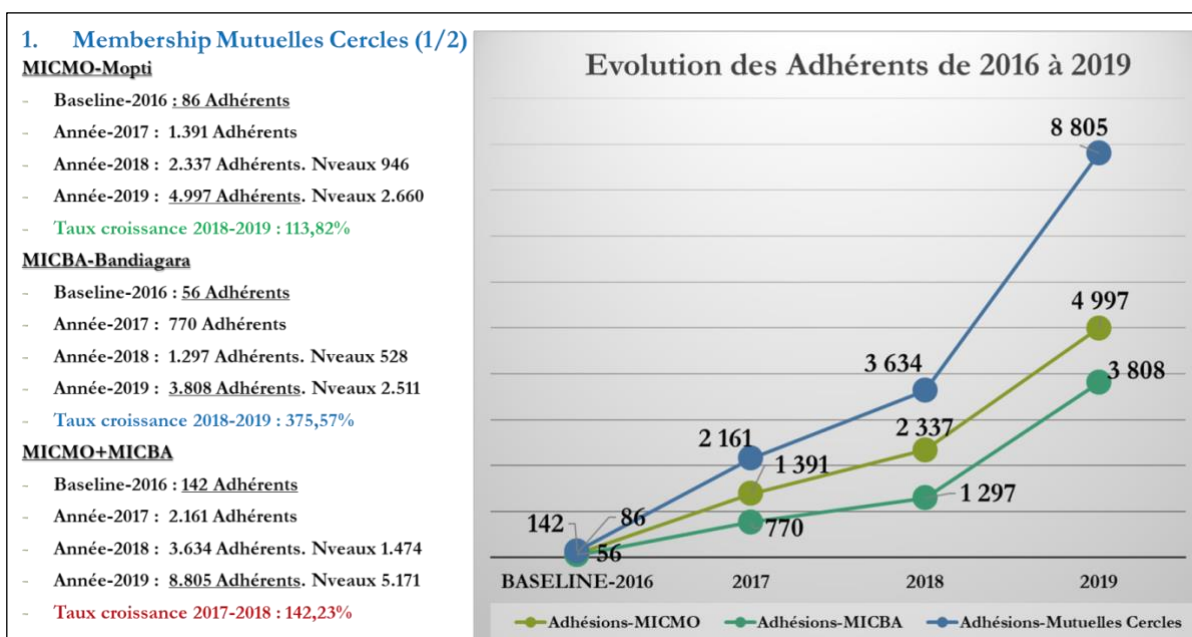
Quelques phases de développement et actes majeurs sont listés ci-dessous. À chaque phase, on a remarqué une progression dans la couverture :

- 1998 : Création de la Cellule d'Appui aux Mutuelles de santé (CAMICS)
- 2003 : Loi relative aux mutuelles de santé
- 2004 : Plan Stratégique de Développement des Mutuelles de Santé
- 2008 : Stratégie Nationale d'Extension de la Couverture du Risque Maladie des Sénégalais
- 2013 : Plan Stratégique de Développement de la CMU 2013-2017
- 2015 : Déploiement du plan d'extension, intégration des indigents et des bénéficiaires des bourses de sécurité familiale et carte d'égalité des chances et subvention

Au Mali, l'Union Technique de la Mutualité (UTM) développe la mutualité depuis de nombreuses années. L'UTM est un organe technique sous la gouvernance de la

Fédération des mutuelles et un co-financement de l'Etat pour les ressources humaines professionnelles. L'Etat l'a reconnue officiellement comme l'Opérateur de Développement de l'Assurance Maladie Mutualiste (ODAMM), conformément à une convention de partenariat signée le 06 janvier 2016 entre l'UTM et l'Etat. Des moyens sont donnés à l'UTM sur base d'un contrat d'objectifs et de moyens. En partenariat avec l'AFD, la cotisation est subventionnée à 80% (Etat 50% / AFD 30%). Les MUSA se sont réorganisées au niveau administratif (cercles). Le résultat est exceptionnel, comme le montre le graphique ci-dessous :

Figure 8 : Evolution des adhérents et bénéficiaires des MUSA au Mali



Source : Sissoko F. Expérience des mutuelles de cercles dans la région de Mopti. Bamako: Programme d'appui au développement sanitaire et social phase II Mopti PADSS II; 2020.

Ces deux exemples du Sénégal et du Mali démontrent qu'il est possible de compter sur le modèle mutualiste pour avancer vers la couverture santé universelle. Pour arriver à ces résultats encourageants, des préconditions ont été assurées dont certaines sont listées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 17 : Synthèse des préconditions assurées par le Mali et le Sénégal

Préconditions	Mali	Sénégal
Disponibilité d'un cadre législatif	Règlement UEMOA, Loi mutuelle, Loi d'orientation agricole	Règlement UEMOA, Loi mutuelle, Loi d'orientation agrosylvopastoral
Délégation de la gestion des fonctions assurantielles	Internalisée à l'Unité technique de la mutualité	Externalisée à une agence nationale
Niveau de structuration MUSA	Achévé	Achévé
Définition d'une stratégie	Plan stratégique d'extension	Plan stratégique d'extension
Implication des organisations paysannes	Préconise la mise en place d'un régime	Conseil agricole
Subvention de la prime technique	Oui 80%	Oui 50%
Financement de l'intermédiation	Etat (contrat d'objectifs et de moyens)	Etat (budget national)
Gestion technique et informatisé du risque	Système de gestion intégré des mutuelles	Système d'information et de gestion de la couverture maladie universelle
Développement de la communication	Plan de communication	Plan de communication

11.3.1.2 Niveau stratégique

Le niveau stratégique concerne particulièrement les ACNG, les opérateurs nationaux et les plateformes.

- Les ACNG sont le lien entre les opérations de terrain et la coopération bilatérale des pays qui soutiennent le secteur rural et la protection sociale en santé du Bénin. Ils définissent, en concertation avec le Gouvernement, les priorités en matière de support qu'ils rapportent à leurs pays d'attache qui élabore des notes stratégiques qui doivent cadrer leur action. Dans une deuxième étape, ils formulent des plans d'actions dans différents domaines, consignés dans un cadre logique.
- Les opérateurs sont les organisations chargées, au niveau national, de mettre en œuvre les plans d'action. Les opérateurs sont souvent des ONG nationales mais certains ACNG organisent en leur sein un département pour les opérations. Les opérateurs apportent un appui technique de proximité aux MUSA et aux IESS. Par exemple l'ACNG WSM soutient le mouvement mutualiste via l'ONG APROSOC tandis que LC a internalisé l'appui technique aux MUSA et aux IESS dans l'Atacora et collabore avec l'ONG Gropere dans le Mono pour les MUSA et les IESS. La Coopération Suisse intervient via l'ACNG Helveticas pour les IESS. RIKOLTO internalise son soutien à la filière riz dans le Borgou. Les opérateurs des MUSA se retrouvent dans deux types de plateforme : le CONSAMUS (soutenu par LC et WSM) et la plateforme multi acteurs pour la protection sociale soutenu par WSM et qui compte d'autres organisations telles que les syndicats. Au niveau des IESS, les plateformes sont plutôt corporatistes.
- Les plateformes nationales et internationales portent l'agenda de plaidoyer et se positionnent comme organe qui facilite les interactions entre les MUSA et les IESS. Ces plateformes sont opérationnelles aussi bien chez les MUSA que chez les IESS.

Sur le terrain, l'étude a remarqué très peu d'interactions entre les ACNG qui appuient les MUSA avec celles (notamment d'autres coopération bilatérales) qui soutiennent les filières et autres IESS. Or, l'exemple de AMSANA montre qu'une intervention multi-acteurs sur un domaine peut produire des effets appréciables sur les résultats recherchés par l'intervention. En effet, le dispositif mis en place pour accompagner la mise en œuvre du MIP comporte les instances suivantes :

- Un pilotage regroupant **différentes ACNG qui travaillent en synergie** dans une approche multi acteurs qui fonctionne ;
- Un appui technique (le GEL Nord-Bénin à qui est déléguée la mise en œuvre opérationnelle des MIP qui a dans son dispositif : des Assistants Techniques (AT), Conseillers Locaux d'Entreprises (CLE), Prestataires Locaux de Services (PLS).
- Les Services Financiers Décentralisés (SFD) qui participent à la sélection des MIP et appuient les promoteurs dans la mobilisation de leurs contreparties à travers des crédits de campagne ;
- Un Comité Communal de Sélection et de Suivi (CCS) dans chaque commune (mis en place par arrêté communal), pour assurer l'organisation du processus de sélection des dossiers de MIP ;
- Les rôles et responsabilités de tous ces acteurs définis dans le manuel de gestion des fonds MIP.

Dans le cas des MUSA, c'est tout le contraire. Du fait que les acteurs ont des logiques d'intervention différentes, on remarque des différences organisationnelles et gestionnaires qui sont de nature à compliquer l'harmonisation : niveau de structuration, volume de l'investissement, disponibilité de sièges, niveau de professionnalisation, etc.

Les ACNG financent principalement les frais de fonctionnement (ressources humaines, investissement, activités, etc.). Ils définissent les stratégies et assurent le renforcement des capacités. Cependant, la plupart du personnel technique qui travaille pour les MUSA (notamment au niveau des Unions) sont des employés des opérateurs nationaux. Il n'y a pas pour le moment de plan pour les mettre à la disposition du système mutualiste et les y fidéliser. Pour connecter efficacement les MUSA, il peut s'avérer nécessaire de revoir le modèle financier. Par exemple, tous les ACNG qui soutiennent le mouvement mutualiste peuvent décider de flécher leur financement sur une structure technique unique au niveau national qui est chargée de déployer les RH et les activités sur l'ensemble du territoire. Ce modèle facilitera la délégation de gestion, l'harmonisation des pratiques et donnera une visibilité sur la chaîne de reddition des comptes.

D'abord en matière de ressources humaines, on remarque que le personnel d'appui aux IESS est professionnel, produit de cursus académiques spécialisés pour les fonctions occupées. Ceci n'est pas le cas pour les MUSA. Celles-ci bénéficient d'appuis ponctuels de renforcement des capacités. Le développement de cours spécialisés pourrait renforcer le dispositif technique d'appui aux MUSA.

Ensuite, le niveau de financement du dispositif des MUSA n'est pas de nature à assurer une extension de leur intervention. Il est nécessaire de le relever en diversifiant les sources de financement.

La plupart des pays comptent sur le financement innovant pour leur stratégie de CSU. En complément de l'étude citée au point 3.4.3, une récente étude (98) indique que Bénin a identifié comme sources de financement les options suivantes : les billets d'avion, les transactions financières, les boissons alcoolisées, le tabac, les marchés publics, les véhicules importés, les produits pétroliers, les industries extractives, les grandes entreprises, les biens immobiliers, les produits de luxe, les entreprises à grand volume de pollution, les ordures ménagères, les téléphones mobiles, grosses voitures, loteries et jeux de hasard, contrats d'assurance maladie, sociétés pharmaceutiques de médicaments de marque, contributions volontaires de la diaspora, ou augmentation de la TVA et des frais de trafic.

Si les MUSA sont impliquées dans le dispositif du volet assurance maladie de ARCH, l'implication de l'Etat dans le financement du dispositif des MUSA est nécessaire. L'exemple du Sénégal et du Mali montre l'impact que l'institutionnalisation du financement des MUSA par l'Etat produit des effets.

Concernant les ACNG, une option pourrait être que tous les ACNG qui interviennent en milieu rural dégagent un pourcentage de leur financement pour renforcer le dispositif d'accompagnement des MUSA. Parallèlement, ce dispositif doit se réorganiser pour couvrir le territoire et ne pas se limiter aux contraintes budgétaires des ACNG qui les restreignent à des territoires géographiques limités.

Enfin et toujours au niveau stratégique, l'implication des plateformes est plus que nécessaire pour porter l'agenda de plaidoyer. En effet, aussi bien les MUSA que les IESS sont membres de plusieurs plateformes. Il est important que ces plateformes nationales et internationales s'impliquent de façon plus 'agressive' pour porter la question de la protection sociale des travailleurs ruraux sur la table des décideurs.

Au Bénin, en termes d'organisation, la Plateforme Nationale des Organisations Paysannes et de Producteurs Agricoles du Bénin (PNOPPA-Bénin) est le cadre de concertation et d'action des organisations paysannes faïtières du Bénin. Elle assure la représentation des Organisations de Producteurs et des professionnels agricoles auprès des institutions publiques, des partenaires techniques et financiers, du Réseau des organisations paysannes et de producteurs de l'Afrique de l'Ouest (ROPPA) et prend activement part à l'élaboration des politiques agricoles et à leur mise en œuvre au Bénin (91). Elle regroupe 11 organisations faïtières très diverses :

- FUPRO-BENIN : Fédération des Unions de Producteurs du Bénin
- GEA-BENIN : Groupement des Exploitants Agricoles du Bénin
- ANOPER-BENIN : Association Nationale des Organisations Professionnelles des Éleveurs de Ruminants
- FNPPH : Fédération Nationale des Producteurs du Palmier à Huile
- SYNPA : Synergie Paysanne
- UNAPEMAB : Union Nationale des Pêcheurs Marins et Assimilés du Bénin
- ANAB : Association Nationale des Aviculteurs du Bénin
- ONPB : Organisation Nationale des Paysans du Bénin
- ANEP : Association Nationale des Éleveurs de Porcs
- FENAPAB : Fédération Nationale des Producteurs d'Anacarde du Bénin.
- COLLEGE DES FEMMES des OP du Bénin

En plus de ces faitières, il existe autant d'organisations paysannes structurées que de types de production ou d'activités en milieu rural.

Par contre, le mouvement mutualiste n'a pas ce niveau de structuration qui devrait permettre une bonne connexion des faitières. Le processus de restructuration des MUSA en cours devrait permettre d'opérationnaliser cette connexion.

11.3.1.3 Niveau opérationnel

C'est au niveau opérationnel que se passe le plus fort des interactions entre MUSA et IESS où le rôle de l'intermédiation technique est particulièrement important. La qualité de l'accompagnement dépend principalement du niveau de professionnalisation des agents de terrain.

Les MUSA et les IESS ont la même forme organisationnelle au niveau local, en termes de gouvernance de l'organisation : une Assemblée Générale qui fixe les orientations, un conseil d'administration ou un bureau, un comité exécutif composé de trésorier, de gestionnaires, d'animateurs, de contrôleurs, de responsables de différents comités, etc.

Les gouvernances des MUSA et des IESS sont très importantes pour l'opérationnalisation de l'articulation entre les deux organisations. C'est d'elles que part toute mise en œuvre. Une fois que les conseils d'administration des deux institutions prennent la décision d'entrer dans un partenariat institutionnel, les différentes instances peuvent se connecter. Les fonctions dans lesquelles le niveau opérationnel est attendu sont la collecte des cotisations et la sensibilisation, du fait de leur proximité avec les membres.

Les cotisations à la mutuelle de santé sont collectées par les animateurs avant d'être reversées à la mutuelle. Les fonctions de sensibilisation, d'information et de communication sur les MUSA sont également exercées par les animateurs qui organise aussi la distribution des carnets de mutuelles. Au niveau des IESS, la collecte des cotisations se fait lors du paiement de la récolte par le comité villageois des producteurs au moment du paiement du producteur. Dans ce type d'expérience, les cotisations à la mutuelle de santé sont récoltées par les IESS auprès de leurs membres avant d'être reversées à la mutuelle.

Dans tous les cas identifiés, il n'est pas obligatoire pour les membres des IESS de devenir membre de la mutuelle. L'avantage pour le membre de l'IESS est de ne pas avoir lui-même à aller payer sa cotisation à la mutuelle. Quelqu'un s'en charge pour tous les membres du groupe désirant adhérer. Cette personne centralise les cotisations et organise la distribution des carnets de mutuelles.

Des synergies ont également été observées entre les MUSA et d'autres types d'organisation. La différence majeure par rapport aux synergies entre MUSA et IESS est l'obligation de cotisation qui est imposée aux membres des organisations.

Dans certains cas les frais d'adhésion et les cotisations sont pris en charge par l'employeur ou l'organisation sans que les employés ou les membres ne voient leurs avantages diminuer. Dans d'autres cas les frais d'adhésion et les cotisations constituent une diminution de salaire ou une augmentation des frais.

Comment encore plus activer le potentiel de ces collaborations et synergies ?

Une première action est l'organisation de formations croisées des équipes d'accompagnement opérationnel des MUSA et des IESS sur la protection sociale, sa mise en œuvre et son suivi. Un acteur mutualiste demande :

Comment un mutualiste qui le souhaite peut bénéficier d'une formation sur l'entrepreneuriat ?

Tout comme dans d'autres secteurs, introduire un module obligatoire sur la mutualité dans les formations continue ou qualifiantes des travailleurs ruraux, dans le sens de montrer le sens de la contribution automatique (voire obligatoire) qui leur serait appliquée en cours d'exercice de la fonction.

Ensuite, pour opérationnaliser l'articulation, il est nécessaire de retravailler la chaîne de collecte des cotisations et reddition des comptes. Une première étape est la connexion des bases de données : malheureusement, l'enquête de terrain n'a pas trouvé de filière ou association qui tient une base de données complète sur ses membres (les membres de la famille ne sont pas considérés). Cette connexion électronique peut se faire aussi en collaboration avec l'administration locale qui pourrait être intéressée à maîtriser sa population.

Le rôle des animateurs est très important parce qu'ils sont les agents de proximité. Au niveau des IESS, ce sont des professionnels, comme le montre l'entretien avec un animateur d'IESS fournie en Annexe 5.

Les IESS pratiquent des ventes organisées et tiennent une comptabilité sur les avoirs de chaque membre. Les gestionnaires expliquent qu'il est tout à fait possible de faire un prélèvement automatique de la cotisation des membres.

Un animateur d'IESS explique son rôle :

Au fait je sers de lien entre les coopératives à la base, le producteur à la base et l'Union communale. Principalement c'est de prendre les cotisations au niveau des coopératives à la base parce que chaque coopérative à la base doit donner une cotisation à l'Union communale. Il y a une coopérative qui a un mécanisme de recouvrement. Généralement c'est après les ventes et on décide de ce que chacun doit donner. Si c'est 200F par vente (le montant est défini dans les statuts), donc ils regroupent l'argent qu'ils déposent sur leur compte à la CLCAM. Donc l'année, quand le moment vient, ils doivent tirer sur le compte CLCAM pour donner leur cotisation au niveau de l'Union communale. Et l'union communale regroupe l'argent de toutes les coopératives dont une partie sert à payer les cotisations de l'Union Communale à l'Union Régionale.

Je suis à tous les niveaux de la chaîne parce que je ne touche pas l'argent. J'accompagne les coopératives. Déjà il faut faire des sensibilisations même au sein de la coopérative. J'aide le bureau de la coopérative par ce qu'il y a un CA là aussi, il y a un président, un secrétaire, donc eux quand ils disent, parfois les autres membres de la coopérative ne comprennent pas. Généralement c'est à moi maintenant de convoquer une séance avec l'ensemble des membres de la coopérative et maintenant parler. Quand peut-être la langue fait défaut, quelqu'un traduit chaque fois ce que je dis. Que ce ne soit pas du président que ça quitte ; ça serait comme si c'est le président qui voudrait prendre l'argent. Donc je parle et j'explique au fait ce pourquoi on a besoin de prendre l'argent et le président doit rendre compte en haut. Et quand la coopérative ne solde pas ce n'est pas la tête du président, c'est l'ensemble de la coopérative.

Dès que je suis là je leur explique que chaque fois qu'il faut sortir de l'argent, c'est par rapport à tel cas et tel cas. Et l'argent ce n'est pas forcément moi. Je peux servir de lien mais ce n'est pas moi qui reçois l'argent. Ils sont bien informés sur ce qu'ils doivent faire. Ils peuvent même me solliciter pour les accompagner. Par exemple si la coopérative est prête et que je sois à Tsawansanga, ils disent, on est prêt pour solder la cotisation, voici l'argent, tu peux nous aider à amener l'argent auprès de l'Union communale et tu nous ramène notre reçu de paiement de la cotisation. Donc moi je peux servir de lien, prendre de l'argent. Ils ont pleine confiance

La formation et l'accompagnement des acteurs du terrain sont donc cruciaux pour activer le potentiel d'articulation entre les MUSA et EISS.

12 SYNTHÈSE DE LA DEUXIÈME PARTIE

Les mutuelles de santé et des initiatives d'économie sociale peuvent-elles jouer un rôle dans l'extension des mécanismes de protection sociale aux travailleurs ruraux du Bénin ? Les cas étudiés dans la dimension opérationnelle de cette étude ont permis de conclure à un **véritable potentiel pour étendre la protection sociale au monde rural** grâce à une articulation des mutuelles de santé et des initiatives d'économie sociale.

12.1 Une alternative pour la protection sociale du monde rural

La redistribution des revenus est un principal déterminant pour garantir l'accès aux mécanismes de protection sociale et ainsi un droit universel et équitable pour toute la population. Mais dans la plupart des pays africains, le plus important investissement sur les mécanismes de protection sociale vont encore aux prestations pour les travailleurs du secteur formel, employés par l'État ou le secteur privé.

Au Bénin les travailleurs ruraux et leurs familles ne bénéficient actuellement pas de couverture santé élaboré à l'échelle nationale. Ceci est un manquement alarmant des mécanismes de protection sociale. Au vu des résultats de l'étude, les mutuelles de santé et les initiatives d'économie sociale pourraient former un **duo pour le développement** d'une stratégie opérationnelle pour atteindre les travailleurs ruraux et leurs familles.

12.2 Les MUSA et les IESS partagent le même ADN

Un premier constat confirmé par cette deuxième partie de l'étude est la pertinence des MUSA et des IESS sur le champ de la protection sociale. Ces deux types d'organisations **partagent les mêmes valeurs** comme la finalité de service à la collectivité ou aux membres, l'importance de la solidarité, un processus de gestion démocratique et participative. Les MUSA et IESS sont donc partenaires naturels et constituent des lieux de sensibilisation et d'échange.

Les deux types d'organisations poursuivent un objectif commun de transformation sociale. Leur articulation est à priori évidente. De **nombreuses initiatives** ont déjà été entreprises par différentes catégories d'acteurs avec plus ou moins de réussite. Les acteurs de l'économie sociale (ou des groupes organisés) et les MUSA n'ont pas attendu l'autorité pour prendre leur sort en main.

12.3 La fertilisation croisée entre les MUSA et les IESS

L'articulation entre les MUSA et les IESS représente un potentiel important pour assurer la protection sociale.

D'un côté, les IESS représentent une **source de revenus** via les activités économiques. Cet accès aux revenus est renforcé par le plan d'action du gouvernement béninois de soutien à 13 cultures prioritaires, présentes notamment dans les régions concernées par l'étude. Une telle politique de soutien à l'agriculture contribue à créer un contexte favorable pour le développement de la protection sociale.

De l'autre côté, les MUSA représentent **actuellement**, pour le monde rural, la seule alternative pour s'assurer contre les risques de santé. Elles peuvent constituer un **facteur stabilisant** de l'activité économique des populations : en effet, en cas de maladie ou de problème de santé, l'intervention de la MUSA garantit une certaine

stabilité financière. De plus, d'autres fonctions peuvent être assurées par les MUSA comme la veille sur la qualité des soins et la sensibilisation et communication sur des projets du gouvernement béninois (comme l'ARCH). Si les jeunes mutuelles sont souvent encore fragiles et de petite taille, un calendrier de professionnalisation et un processus de structuration peuvent les aider à assurer pleinement leur rôle.

12.4 La capacité de payer une cotisation

Du côté des bénéficiaires, des arguments économiques (niveau de pauvreté) et culturels (perceptions) sur la prévoyance maladie sont souvent avancés comme motifs de non-adhésion. Cependant, ils devraient probablement être relativisés et réétudiés pour une actualisation de l'évidence pour certaines catégories professionnelles. L'étude a révélé que i) le **besoin d'accès à des services de santé** de qualité est toujours présent ; ii) une large proportion de la population active soutenue par un mécanisme d'économie solidaire réalise une **activité rentable** ; iii) une partie importante des personnes interviewées ont une **propension à cotiser** qui va au-delà de la prime demandée par les MUSA. La politique de CSU capturée par le volet Assurance maladie de ARCH est une opportunité pour couvrir de façon automatique près de 60% des travailleurs en milieu rural (voir point 4.2.1).

12.5 Mais l'articulation entre les IESS et les MUSA rencontre certaines difficultés

L'étude a pu identifier certaines difficultés qui constituent des obstacles pour développer pleinement le potentiel d'articulation entre les IESS et les MUSA. Les principales difficultés sont les suivantes :

- Le financement de la santé joue un rôle majeur dans l'ensemble des efforts pour garantir la protection sociale. Si l'impact des IESS sur l'amélioration du niveau économique des travailleurs ruraux est fortement lié à la qualité du dispositif mis en place pour les accompagner, au volume de financement et à la compétence des acteurs au niveau opérationnel, le **financement du dispositif des MUSA** est très limité pour produire des effets à grande échelle et faciliter l'extension. Au regard des expériences d'articulations en cours, un relèvement de l'investissement sur le dispositif des MUSA serait nécessaire pour assurer l'extension de la couverture de la protection sociale en santé pour les travailleurs ruraux du Bénin.
- Les cadre législatif et réglementaire est disponible pour les IESS et mais reste encore à développer pour les MUSA. Ceci implique qu'il n'existe **pas de reconnaissance officielle des MUSA** au Bénin, malgré le fait que l'UEMOA a développé un cadre légal pour la mutuelle sociale que le Bénin devrait implémenter selon son engagement international.
- L'étude a permis d'acter la présence d'un grand nombre d'acteurs nationaux et internationaux actifs dans la coopération, dans le domaine de l'économie sociale ou des mutuelles. Cependant, force a été de constater une **fragmentation** dans les projets présents dans les zones étudiées. Ce manque de coordination et de synergies affaiblit l'impact potentiel de ces projets.
- Les acteurs qui accompagnent les organisations paysannes (et de façon globale, ceux qui interviennent en milieu rural) ont **peu d'interactions** avec les acteurs qui appuient les MUSA : ils ne sont pas toujours conscients des conséquences du manque de protection sociale pour les travailleurs et du potentiel que donnerait l'articulation avec les MUSA alors qu'une intervention

multi-acteurs sur un domaine peut produire des effets appréciables sur les résultats recherchés par l'intervention.

- Les articulations existantes entre IESS et MUSA sont de vrais laboratoires sociaux qui ont permis, à travers la recherche, d'identifier des **limites** auxquelles ces projets sont actuellement confrontés :
 - Une stratégie d'articulation parfois mal accueillie par le public de l'IESS;
 - Un coût important pour étendre la couverture géographique des MUSA
 - Des projets définis dans le cadre de plans de coopération pluriannuels qui limitent l'extension ou la pérennité d'articulations déjà entamées ;
 - Un manque de communication et de proactivité de la part des MUSA.

Enfin, notons que les **domaines prioritaires de la coopération belge** sont l'agriculture et la santé : la coopération belge investit dans des domaines fortement liés aux activités des IESS et des MUSA. Cet investissement, dont un soutien aux MUSA, peut donc contribuer à faciliter et pérenniser l'articulation entre les deux types d'organisations pour l'extension de la protection sociale. Rappelons que des pays comme le Sénégal et le Mali montrent comment le soutien aux MUSA contribue à cette extension.

C'est à partir du terrain (cas étudiés et entretiens) que nous pouvons conclure que le potentiel de l'articulation entre les IESS et les MUSA existe, constituant une **opportunité pour ouvrir la porte de la protection sociale au monde rural avec les mutuelles de santé, les institutions d'économie sociale et solidaire et les autres groupes organisés.**

13 RECOMMANDATIONS À L'ISSUE DE LA DEUXIEME PARTIE

Les perspectives et recommandations s'articulent autour des quatre objectifs suivants :

- Renforcer le processus du développement de la politique de protection sociale au Bénin ;
- Renforcer la capacité des différents acteurs à contribuer à l'extension de la protection sociale ;
- Encourager les coopérations et faciliter les synergies entre différents acteurs de la coopération.
- Mettre en place une phase pilote du modèle contributif de l'assurance maladie dans le monde rural.

13.1 Renforcer le processus du développement de la politique de protection sociale au Bénin

- Il est possible de **démarrer le volet assurance maladie de ARCH en impliquant les mutuelles de façon plus structurée et centrée sur leur potentiel en milieu rural et secteur informel**. Ce potentiel de couverture (qui se situe actuellement entre 30% et 57%) pourrait être relevé si les préalables d'ordres structurels, organisationnels et financiers sont assurés. Sachant que les interactions entre les IESS, les groupes organisés et les MUSA sont plus fortes au niveau villageois, quelle que soit l'approche du volet assurance maladie de ARCH, il est important que l'Etat prenne en compte les facteurs de proximité et de confiance qui constituent des plus-values des mutuelles de santé. Pour avancer dans la mise en œuvre de cette approche d'articulation MUSA/IESS proposée dans cette étude, certains préalables nous semblent importants de la part de l'Etat :
 - Reconnaître de façon ouverte et sans équivoque la considération du modèle mutualiste dans le dispositif de ARCH – volet assurance maladie pour permettre aux acteurs de travailler dans le long terme.
 - Implémenter le cadre légal développé par l'UEMOA ;
 - Tester la délégation de gestion avec les mutuelles.

Si l'extension de l'assurance maladie via ARCH dans le monde rural n'est pas planifié pour un futur proche ou à moyen terme, il est souhaitable de stimuler des formules alternatives de protection sociale – les MUSA en articulation avec des IESS ou groupement organisés – pour permettre au monde rural de bénéficier d'une couverture santé. Quand l'assurance maladie sera alors prête pour être implémentée en monde rural également, des acteurs comme les MUSA pourront à ce moment-là être intégrés dans l'architecture de la protection sociale.

- Pour les plateformes et partenaires ACNG qui portent des problématiques dans les agendas nationaux, sous-régionaux et internationaux par leur action de plaidoyer, il est crucial de **porter de façon structurée la reconnaissance officielle des Etats de l'implication du modèle mutualiste**, avec des résultats attendus dans un horizon temps bien déterminé.

13.2 Renforcer la capacité des différents acteurs à contribuer à l'extension de la protection sociale

- **Assurer un véritable transfert de savoirs chez les ACNG.** Dès la formulation des programmes par les ACNG, il s'agirait de mettre l'accent sur le processus d'appropriation des interventions par les cibles. En amont, cette problématique d'appropriation et de transfert doit avoir, dans chaque ACNG, un référent technique qui bénéficiera d'une formation dédiée sur des outils et méthodes. L'évaluation des ACNG devra porter des scores forts sur cet aspect.
- Tout comme dans d'autres secteurs, il serait pertinent d'introduire **un module obligatoire sur la mutualité dans les formations continues ou qualifiantes des travailleurs ruraux** dans le but de montrer le sens et la pertinence de la contribution automatique (voire obligatoire) qui leur serait appliquée en cours d'exercice de leur activité.
- Pour détacher l'intermédiation technique et gestionnaire de la dynamique sociale et dans l'objectif de l'aligner au niveau de professionnalisation et de gestion similaire à celui des IESS, **une restructuration du mouvement mutualiste** est nécessaire. Cependant, elle doit se faire de façon prudente en regardant les niveaux de gestion (autonomie) et de gouvernance (reddition des comptes). Des lignes d'action importantes sont à inclure :
 - Poursuivre la structuration de façon méthodique ;
 - Harmoniser un paquet de base distribuée à toute la population cible ;
 - Renforcer la professionnalisation pour la gestion des métiers spécifiques à l'assurance maladie ;
 - Consolider les données pour le suivi des progrès en matière de couverture et l'analyse statistique et du risque.

13.3 Encourager les coopérations et faciliter les synergies entre différents acteurs de la coopération

- Aux partenaires ACNG intervenants en milieu rural il serait opportun d'**inclure systématiquement la composante 'protection sociale' dans les interventions**, via les actions suivantes :
 - Accompagner les OP dans la prise en compte de la dimension protection sociale dans les documents stratégiques ;
 - Veiller à l'accès des cibles aux mécanismes de protection contre le risque maladie, en relation avec le dispositif en place (MUSA) ;
 - Dégager un montant du financement pour soutenir le dispositif de la protection sociale via les MUSA (fonds d'appui à la protection sociale).
- Au niveau de la coopération bilatérale, **la coordination des ACNG pourrait assurer un regard spécifique sur la problématique de la protection sociale et la synergie opérationnelle** des intervenant sur le terrain.
 - La DGD (et l'Ambassade de la Belgique au Bénin) pourrait jouer un rôle proactif dans la (re)mobilisation des PTF autour d'un consensus pour la protection sociale et son opérationnalisation holistique pour les travailleurs ruraux ;
 - Une rencontre de haut niveau pourrait être initiée par l'Ambassade, avec trois principaux objectifs :
 - Ré-analyser les forces et les faiblesses des MUSA au Bénin et dégager les options techniques sur lesquelles travailler ;

- Organiser les objectifs d'un plan stratégique qui précise la ligne de l'extension de la protection sociale aux travailleurs ruraux ;
 - S'inspirer des best practices dans d'autres pays.
- Le développement d'une **méthodologie pour opérationnaliser l'articulation des initiatives pour la protection sociale en milieu rural**. Une synergie entre une ONG universitaire (UNI4COOP), la FAO et l'OIT serait pertinente, avec l'élaboration de guides pratiques, expérimentations, déploiement.

13.4 Mettre en place une phase pilote du modèle contributif de l'assurance maladie dans le monde rural

- L'étude a donné une avancée appréciable sur la problématique de la protection sociale en documentant les causes du gap pour une extension via IESS et les MUSA. Ce préalable est très utile et mériterait d'être exploité : le test de ARCH est appliqué sur le modèle non contributif de son volet assurance maladie et l'articulation MUSA/IESS qui, par ailleurs, est déjà expérimenté pourrait être développé pour servir aussi de pilote du modèle contributif de l'assurance maladie.
Cependant développer un dispositif contributif est plus complexe et l'Etat doit se baser sur l'expérience de collaborations existantes entre IESS et MUSA, qui servira de tremplin pour capitaliser sur des fonctions et paramètres assurantiels et également sur le dispositif législatif et réglementaire.
Le développement opérationnel d'un cas pilote permettra en effet à l'Etat de i) se conformer au règlement de l'UEMOA ; ii) reconnaître et encourager l'effort de nombreuses années des acteurs de terrains et de la coopération bilatérale qui s'est investie pour combler un déficit de l'Etat, et au mouvement mutualiste de développer son plan stratégique actuellement en cours de finalisation.

14 ANNEXES

14.1 Annexe 1 : Guides d'entretien

GUIDE D'ENTRETIEN INDIVIDUEL MEMBRE IEES

Cadrage

Cible

Ce guide s'adresse aux membres d'une IEES. A priori, ce membre ne s'est pas enrôlé dans la MUSA.

Objectif

L'objectif des entretiens avec cette cible est de recueillir les opinions des membres d'une coopérative sur :

- Recours actuel - Volonté d'adhésion
- Participation à la vie associative
- Capacité contributive et financement
- Autre appartenance associative

Sujets à interviewer

Site	Nom et Fonction	Contact	Date

Guide des questions

Avantage d'être coopérateur

Histoire

Depuis quand êtes-vous membre de la coopérative

Qu'est-ce qui a motivé votre décision d'y adhérer ?

Expliquez-nous votre processus d'adhésion

Participation

Comment appréciez-vous le fonctionnement des instances de votre coopérative ? se réunissent-elles régulièrement ? vous rendent-elles compte de leurs activités et décisions ?

Occupez-vous une fonction dans la coopérative ? Si oui, veuillez nous la décrire.

Quelles sont les autres formes et domaines de participation du membre ?

Votre coopérative est-elle, selon vous, de nature à faciliter les interactions entre les différents membres, antenne, autorités locales, etc. ?

Leadership et gouvernance

Quel est le processus de prise de décision ?

Comment exprimez-vous vos opinions dans la coopérative ? De quels types sont ces opinions ?

Si oui, veuillez préciser les sujets les plus discutés dans ces instances (financier, organisationnel, de positionnement (défense d'intérêt), etc.

Comment évolue le nombre de membres de votre organisation et comment appréciez-vous cette tendance ?

Avantages et réseautage

Quels sont, selon vous, les principaux avantages d'être membres ?

Quels sont les types de service que votre coopérative vous donne ?

Auriez-vous souhaité bénéficier d'autres services ? Si oui, lesquels ?

Dans quelle mesure vos attentes de la coopérative sont atteintes ? Quel est votre degré de satisfaction ?

Comment se manifeste la solidarité au sein de la coopérative ?

Vous ou un autre membre de la famille est-il membre d'autres associations ? Si oui, lesquelles et quelles sont les activités ?

Le statut de membre dans ces associations, est-il conditionné par une cotisation ? Si oui, pour quel montant ?

Quels types d'associations du village augmentent les revenus des membres ?

Financement

Comment participez-vous financièrement à l'organisation (quels sont les obligations financières) ? Montant ?

Est-ce que vous payez régulièrement votre cotisations ?

Quels sont vos avantages financiers en tant que membre ?

A combien estimeriez-vous votre revenu moyen ? Quelle est la périodicité de ce revenu ? (Récolte, continue, ponctuel, occasionnel, etc.) (quels sont les droits financiers)

Veuillez nous expliquer en détail vos flux financiers : les différentes sources de revenu et points de versement, rétribution, achat, etc.

Générez-vous du profit ?

Si oui, quels sont vos dépenses prioritaires, vos investissements et épargne ?

Votre organisation a-t-elle un pouvoir coercitif (capacité à 'imposer', orienter des règles (sous condition de modification des statut), innover, d'organiser et de gérer des changements ?

Dans quelle mesure accepteriez-vous qu'elle prenne une partie de vos revenus directement pour vous inscrire à la mutuelle et de façon automatique ?

Expériences en protection sociale en santé

Quelles sont les risques sociaux auxquels vous avez à faire face ?

Comment gérez-vous les problèmes de santé de la famille ?

Êtes-vous membre de la mutuelle XXX ?

Si oui, quel a été votre processus de décision à adhérer ? Êtes-vous satisfait des services ?

Si non, pourquoi ? Souhaitez-vous adhérer ? Combien seriez-vous prêt à cotiser à la mutuelle ?

Est-il envisageable qu'une partie du chiffre d'affaire de votre coopérative soit dédiée à soutenir votre contribution à une MUSA ? Si oui, dans quelle proportion ?

Remerciements

GUIDE FOCUS GROUPS INSTITUTIONS MUTUALISTES

Cadrage

Cible

Ce guide s'adresse aux élus mutualistes. Il s'agit des représentants de la structure qui gouverne les activités de la MUSA.

Objectif

L'objectif des entretiens avec cette cible est de recueillir les opinions et expériences sur les articulations institutionnelles pour l'adhésion automatique des groupes organisés aux MUSA.

Organisation Capacité et performance en gestion : La capacité de l'organisation à faciliter la collecte des cotisations de ses membres

Leadership et gouvernance : Son pouvoir coercitif (capacité à 'imposer', orienter, innover, organiser et de gérer des changements institutionnels)

Expérience, changement et transformation sociale Quelles sont les innovations qui font les plus-value des MUSA pour 'réclamer' leur implication dans le dispositif de ARCH

Méthode

Travaux de groupe

Guide des questions

Besoin d'intégrer le dispositif de ARCH

Quel pourrait être le rôle du mouvement mutualiste dans le dispositif de ARCH ?

Quelles sont les actions à entreprendre pour obtenir une délégation de gestion ?

Défis pour intégrer le dispositif de ARCH

Quelles sont les fonctions que les mutuelles pourraient assurer ? par exemple, les fonctions du financement de la santé sont la collecte des cotisations, la mise en commun des ressources et l'achat de services.

Statuez de sa capacité à remplir ces fonctions, les sous-tâches et les outils à l'aide du tableau ci-dessous

Fonction	Les MUSA sont capables	Nécessite un renforcement	Nécessite une réorganisation

Expériences en protection sociale en santé et en défense des intérêts

Quelles sont les changements majeurs induits par les mutuelles de santé de par leur action de plaidoyer ?

Quels sont les mécanismes mis en place pour faciliter les interactions avec différentes catégories d'acteurs ? (tutelle, prestataires, PTF, inter-mutuelles, etc.) si nécessaire, à l'aide d'un tableau

Expériences et stratégie d'extension de la couverture via les Groupes Organisés (GO)

Quelles étaient/sont les stratégies d'extension, leurs résultats et les défis

MUSA	Localité	GO contactés	Type / activités du GO	# de membre du GO	# de membres inscrits à la MUSA

Quels sont les déterminants de l'adhésion de groupe et comment se manifestent-ils (volonté, taux de fidélisation, place de la barrière financière)

Quelles étaient les difficultés que vous avez rencontrées lors de ces travaux d'extension avec les GO ?

Leadership et gouvernance

Quels sont changements prioritaires sur lesquels le mouvement mutualiste devrait travailler dans une perspective d'articulation avec ARCH ? (structuration, gestion, gouvernance, interaction avec la tutelle, les partenaires et les prestataire, etc.

Comment devrait s'organiser la délégation de gestion ? Tutelle, supervision, etc.

Remerciements

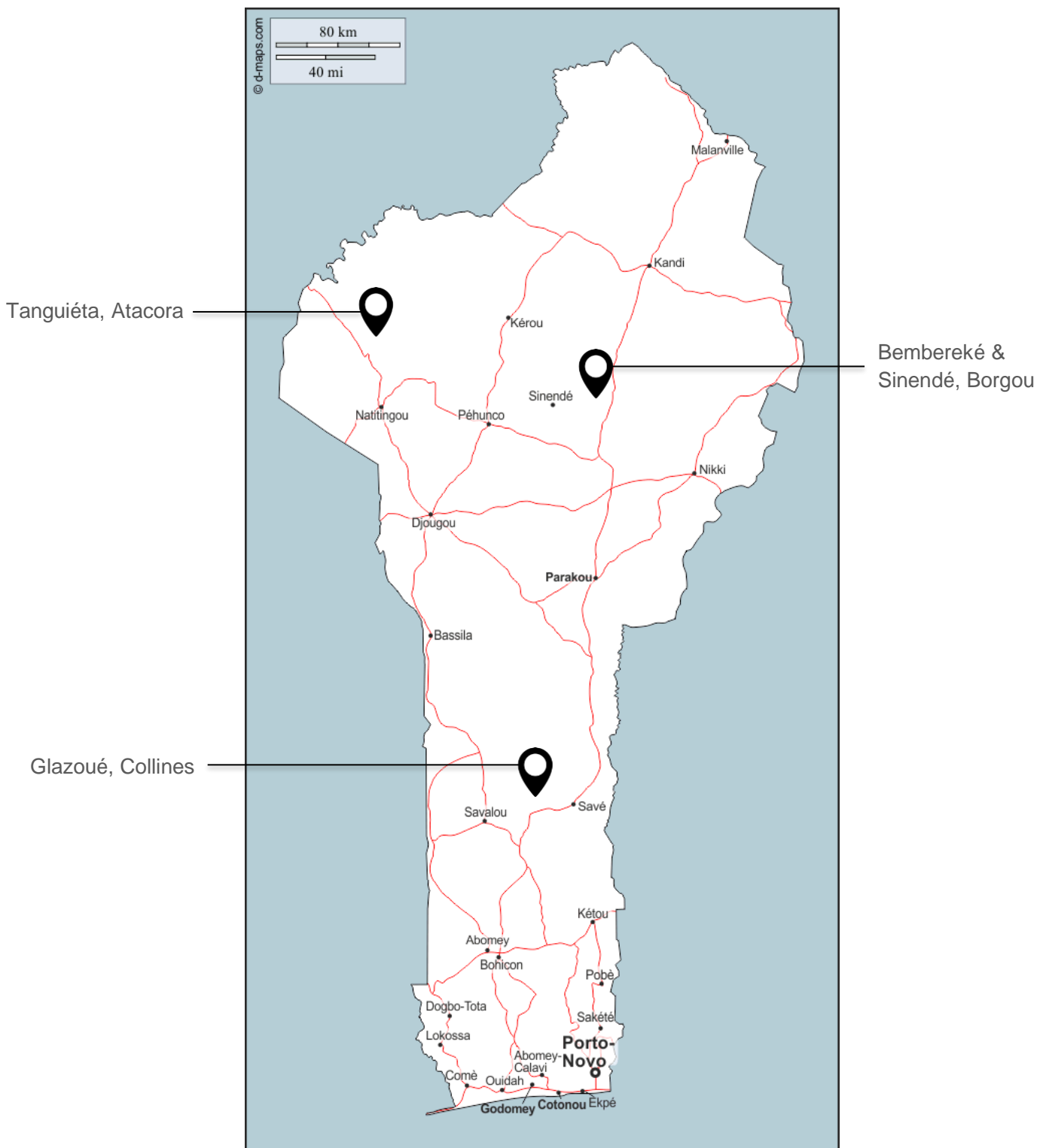
14.2 Annexe 2 : Cibles d'investigation et informations à rassembler

Cible	Niveau d'investigation	Domaine d'investigation	Informations à rechercher sur
Institutions IESS	Faïtière et antenne	Flux financier : transferts monétaires entre le membre vs coopérateur et l'institution	L'organisation IESS facilite la collecte des cotisations de ses membres L'IESS a la capacité d'imposer la PS en santé, d'innover, d'organiser et de gérer Quelles sont les mesures et mécanismes disponibles notamment en promotion (l'éducation/formation, microcrédits, de santé et sécurité au travail) L'IESS est force de proposition et transformatrice
Membres vs coopérateurs de l'IESS	Individu	Impact de son appartenance à l'IESS sur sa propension d'adhésion	Recours actuel Volonté d'adhésion Capacité contributive
		Impact de son Capital social	Autre appartenance associative
Institutions mutualistes	Faïtière et MUSA	Services d'un mécanisme de PS	Paquet de soins et coût Missions dans le domaine PS et les principaux résultats des actions dans les différentes fonctions de la PS Stratégies d'extension, résultats et défis Déterminants de l'adhésion et signes (volonté, taux de fidélisation, place de la barrière financière)
Autorités administratives	National et local	Cadre tutélaire et rôle dans l'obligation	Fonctions de la PS contenues dans le PDC Exercice de la tutelle sur les IESS et MUSA Organisation d'une pression sur les administrés pour exercer le devoir de les protéger Forme de partenariat pour tester quelque chose
Structure d'appui au milieu rural	Acteurs de la coopération bi/multilatérale Opérateurs nationaux	Flux entre les SA et les IESS et MUSA : connaissance/savoir, Financier, influence/contrôle, Gestion, etc.	Impacts des flux sur les déterminants d'extension et/ou les fonctions de la PS Participation envisagée à la subvention de la prime pour les travailleurs ruraux Organisation d'une telle synergie et approche holistique
Institutions en charge de la protection sociale	CMPS Natitingou ANAM Cotonou Min Affaires Sociales et Micro-Finance Cotonou Min Agriculture	Investissement sur les dispositifs actuels à titre comparatif	Paquet de soins et coût Dispositifs de PS pour les travailleurs ruraux Mesures et mécanismes disponibles Sources, objet et volume de financement

14.3 Annexe 3 : Tableau synthétique des IESS identifiées

N°	Nom	Filière	Finalité Sociale	Organisation	Taille	Flux Financiers	Partenariat	IESS retenue	Dynamique Mutualiste	IESS sélectionnée
1	UCTM Union des Coopératives de Transformation du manioc du Mono « MIDJEKPO »	Manioc	Oui	Oui	Oui	Oui	Direct	Oui	Oui	Non
2	COMADOV Coopérative des Maraichers "les Doigts Verts" de Grand-Popo	Maraichage	Oui	Oui	Non	-	Indirect	Non	-	Non
3	MIALEBOUNI Association des Femmes Transformatrices du Plateau Adja « MIALEBOUNI »	Manioc	Oui	Oui	Oui	-	Absent	Non	-	Non
4	Coopérative de Koussin-Lélé	Riz	Oui	Oui	Oui	Oui	Indirect	Oui	Non	Non
5	URFER-C Union Régionale des Femmes Etuveuses de Riz des Collines	Riz	Oui	Oui	Oui	Oui	Direct	Oui	Oui	Non
6	UGFS Union des Groupements de Femmes de Savalou	Manioc	Oui	Oui	Oui	-	Absent	Non	-	Non
7	AKB Association karité Bénin	Karité	Oui	Oui	Oui	Oui	Absent	Oui	Non	Non
8	ANOPER Mini-Laiterie de l'Association Nationale des Organisations Professionnelles d'Éleveurs de Ruminants	Lait	Oui	Oui	Oui	Oui	Absent	Non	-	Non
9	Collectifs des artisans de Bembéréké	Artisanat	Oui	Oui	Oui	Oui	Aucun	Oui	Oui	Oui
10	UCPPH-Adja-Ouéré Union Communale des Producteurs de Palmier à Huile de la Commune d'Adj-Ouère	Huile de Palme	Oui	Non	Oui	-	Aucun	Non	-	Non
11	Coopérative AÏDJEDO Coopérative AÏDJEDO de la Commune d'Adj-Ouère	Riz	Oui	Oui	Oui	Oui	Aucun	Oui	Oui	Non
12	Coopérative RETRATO (Réseau des Transformateurs de Tomate du Bénin)	Maraichage	Oui	Oui	Non	Oui	Aucun	Non	-	Non
13	CoopDICPA Coopérative de Distribution des Intrants et de Commercialisation des Produits Agricoles (Société Coopérative simplifiée)	Mais; Soja; Arachide	Oui	Oui	Oui	Oui	Absent	Non	-	Non
14	URCooPMA AD Union Régionale des Coopératives de Producteurs Maraichers de l'Atacora et de la Donga	Maraichage	Oui	Oui	Oui	Oui	Direct	Oui	Oui	Oui
15	UNIRIZ-C Union des Riziculteurs du Centre Bénin	Riz	Oui	Oui	Oui	Oui	Direct	Oui	Oui	Oui

14.4 Annexe 4 : Carte des cas étudiés



14.5 Annexe 5 : Exemple d'entretien avec un animateur d'IESS

Tu es animateur recruté par la coopérative au niveau central. Sur quelle base ce recrutement est fait ? C'est parce que tu es membre de la coopérative ?

Au fait c'est un avis de recrutement et on a postulé. J'ai un Master en Agronomie. Le Master c'est 5 ans d'étude et la licence, 3 ans. Il y a des animateurs avant la licence aussi qui ont le Diplôme d'Etudes Tropicales Agricoles (DEAT) ; c'est pour les Lycées

Est-ce que tous les animateurs sont agronomes ?

Oui, forcément, donc c'est un critère de sélection. Il faut d'abord avoir fait l'Agronomie et avoir des expériences en termes d'accompagnement des coopératives maraîchers. Accompagnement de la production, vraiment de la production et principalement du volet maraîchage.

Quand j'ai fini la licence en Agronomie, j'ai fait un stage à l'URCOOPMA. On m'avait pris comme stagiaire mais j'étais stagiaire-animateur. Donc j'accompagnais les producteurs maraîchers. J'avais aussi des supérieurs avec qui je travaillais. Donc on a fait un bon moment ensemble. Mis à part principalement l'expérience que j'ai acquise au niveau de l'URCOOPMA en termes d'accompagnement des producteurs, il y a aussi quelques stages que j'avais déjà eu à faire. Un stage au niveau du PACC (Programme d'Adaptation au Changement Climatique) basé à Natitingou accompagné par JFA (je ne sais pas si vous connaissez) appuyé par la GIZ je crois. Ils avaient lancé un avis de recrutement pour un stagiaire pour accompagner les producteurs dans la zone Tanguiéta principalement du village de Sonta. J'avais aussi été recruté pour accompagner les producteurs en termes de gestion des terres. Donc tout ça là, j'avais quand même quelques années d'expérience. C'est ça qui m'a permis de gagner ce poste.

Dans ta formation, quelles sont les matières qui te donnent des compétences pour accompagner socialement, (je ne dis pas techniquement, sur le volet technique mais sur le volet social, organisationnel), les coopératives, c'est quels types de matières ?

Généralement dans notre formation, il y a des matières aussi bien techniques que professionnelles sur le plan social il y a des matières comme la sociologie, comment faire pour aborder, quand on veut amener une innovation ou bien quand nous sommes en milieu rural ; sociologie du milieu rural, vous avez des matières comme ça, ou quand vous êtes en milieu rural comment vous comporter face à des producteurs ou quand on veut apporter une innovation quelle est la méthode à mener parce qu'on ne peut pas quitter venir voir qu'ils sont en train de faire peut-être une stratégie donnée et vouloir les amener d'un coup à changer. Ce n'est pas les mêmes habitudes, donc il y a des matières qui nous amènent principalement à avoir une méthodologie donnée pour les amener à changer de comportement. Sur le volet social il y a plein de matières mais...

Est-ce que les cours ne sont pas appuyés par des stages pratiques durant le cursus ?

Chaque année en agronomie il y a des stages. Par exemple les stages de première année, c'est la découverte du milieu rural, pour la plupart c'est la première fois qu'on va en milieu rural, on nous permet d'aller en milieu rural et de découvrir le milieu rural, comment est-ce que ça fonctionne, faire le diagnostic tout ça.

En deuxième année c'est le diagnostic des exploitations agricoles, là on va sur les exploitations agricoles, on identifie des exploitations et chacun des stagiaires va rester avec des exploitants faire un mois, un mois et demi, et après on diagnostique

les exploitations agricoles, voir au fait les faiblesses, les force, et on essaie de faire un rapport à la fin. En troisième année, chacun va sur son thème de recherche, le thème sur lequel il veut soutenir.

Et de tes connaissances académiques sont fondamentalement différentes de ce que tu trouves sur le terrain il y a énormément d'autres choses que tu ajoutes ou non ?

C'est vrai, ce qu'on apprend à l'école, ça tend un peu à nous amener à comprendre, mais ce n'est pas aussi complexe que ce qu'on voit sur le terrain. Parce que sur le terrain c'est plusieurs autres réalités. A l'école c'est des normes qui sont fixées. Parfois sur le terrain ça peut décaler un peu légèrement. Ce n'est pas forcément ce qu'on nous a appris à l'école. Et même sur le terrain on voit certaines choses qu'on n'a jamais vu à l'école. Parce qu'à l'école on essaie tout au moins de mais parfois sur le terrain c'est d'autres réalités.

Mais toi qui es confronté au jour le jour avec les paysans, quelles sont les principaux risques que tu vois pour eux ?

Les paysans en général, c'est principalement au niveau de l'utilisation des pesticides je pense. Ils n'utilisent aucun truc pour se protéger. Donc pour nettoyer les sites ou pour pulvériser, il vient avec son pulvérisateur, il met son produit, aucun masque pour se protéger contre ce qu'il respire, et c'est des produits vraiment toxiques. Ils sont conscients du danger mais ils se disent que non ça ne peut pas faire grand-chose. Mais bon que peut-être à long terme, mais ils ne le font pas. Ils savent pertinemment que ce n'est pas bien parce qu'eux-mêmes disent qu'après le traitement il y a des trucs secondaires qui viennent après mais bon que c'est des trucs mineurs

Dans ta communication évidemment tu leur rappelles toujours la nécessité de faire ça, mais tu n'arrives jamais à faire changer les comportements pour la sécurité au travail, est ce que c'est ça le truc ?

Principalement c'est chaque fois leur rappeler ça, mais généralement ils évitent quand on est là de faire ça. Parfois ils laissent le choix aux enfants. Ce qui est même grave encore parfois c'est que parfois d'autres finissent le bidon du pesticide ou de l'herbicide, ils ne coupent pas le bidon ; ils peuvent laisser le bidon comme ça et partir, et après d'autres enfants peuvent passer voir le bidon même en faire une gourde d'eau avec, et puis il va prendre le bidon qu'il va utiliser. Donc il y a donc des effets pas forcément sur le producteur. Mais on essaie de rappeler « non évitez », parce que quand nous-mêmes on va on fustige ces genres de réactions, et parfois d'autres changent de comportement. Tout au moins, même si ce n'est pas se protéger entièrement, il y a de petits cache-nez qu'ils essaient de porter pour pouvoir faire le travail.

OK donc ça c'est le risque lié à la sécurité au travail sur le lieu de travail et là avec un effet contaminant probable sur la communauté et surtout sur les enfants. Mais est-ce qu'il y a d'autres problèmes que tu vois chez les paysans, pas seulement d'autre agricole, aussi d'ordre agricole hein. Mais est-ce que tu vois d'autres risques sociaux ?

Oui bon vu qu'ils sont en production, généralement il y a ces petits conflits entre producteurs et éleveurs. Il y a tous ces petits problèmes, ces petits conflits, même ici à Sékouna, ils ont eu ce conflit-là. Pour les sites généralement qui ne sont pas clôturés, c'est un peu le problème ; ils ne peuvent pas être là en permanence sur le site, donc il y a des moments où les éleveurs viennent passer avec le bétail et puis c'est de petits conflits. Ou bien il vient retrouver que son champ est dévasté, c'est de

petits problèmes comme ça qu'il y a. Parfois ils tombent sur les éleveurs et ça crée de petits conflits. Parfois ils viennent voir juste le mal qui est déjà fait.

Qu'est-ce que vous suggérez pour prévenir ça ?

C'est de clôturer les sites. C'est trouver un moyen pour sécuriser les sites. C'est le principal volet sur lequel l'URCOOPMA travaille, c'est voir que tous les sites de l'URCOOPMA sont sécurisés pour que les producteurs puissent produire et gagner réellement quelque chose.

Par exemple quand on prend la Commune de Tanguiéta actuellement, rares sont les sites qui ne sont pas sécurisés. Peut-être à Matéri il y a quelques sites qui ne sont pas encore sécurisés parce qu'il y a du grillage tout autour. Il y avait encore deux sites qui n'étaient pas sécurisés mais je pense avec PROTOS, ils ont sécurisé les deux sites qui restaient ici à Tanguiéta. Actuellement le site de Sépounga est en train d'être sécurisé

Mais est ce qu'il y a d'autres risques au producteur ?

Oui puisque le producteur il est en milieu naturel, je pense qu'il y a des risques qui peuvent surgir, même si ce n'est pas des risques liés à la production. Déjà même qu'il est en brousse, en milieu naturel, il peut avoir des attaques que ce soit des animaux sauvages, principalement les serpents sont souvent là aussi. Il peut avoir ces petits risques là.

Supposons une femme tombe enceinte, évidemment le mari vient arroser à sa place, je suppose, ou les enfants. Supposons que quelqu'un tombe malade, qu'est ce qui se passe ? Est-ce que ça, vous en parlez ? ça c'est le risque de tomber malade ; et après il n'y a pas de suivi médical etc. et puis la productivité tombe, etc. vous en parlez ? Vous avez vu des cas ?

On peut dire oui, parce que dans les idéaux de la coopérative c'est que même quand une personne n'est pas en mesure d'être active, que les autres qui sont là puissent l'accompagner du mieux qu'ils peuvent, parce que c'est même l'importance du fait qu'ils soient en coopérative. Parce que ça peut arriver à tout le monde. Donc quand ils sont en coopérative, quand quelqu'un est déficitaire, pour le peu qu'ils peuvent, les autres peuvent l'aider jusqu'à ce que la personne puisse se rétablir. C'est ce qu'on prône principalement. D'autres ailleurs c'est vrai que ce n'est pas aussi « tac tac » comme ça parce que certains disent « pour telle personne, la personne est indisposée, c'est pourquoi le site est encore avec les herbes partout. Donc on demande à ce qu'ils puissent aider ou bien certains membres de la famille ou un ami proche peuvent aider à faire les activités mais quand la personne est effectivement indisposée. Parce que parfois il y a des personnes, même quand elles ne sont pas indisposées, elles laissent les sites comme ça et puis elles disent qu'elles sont indisposées alors que tout le monde sait qu'elles ne sont pas indisposées. Personne ne va vouloir aider des personnes comme ça qui reste à la maison par fénéantise.

Est-ce que tu connais le système mutualiste, les mutuelles de santé ? Tu connais quelqu'un qui en fait partie ?

Non pas exactement

{Le principe lui est expliqué}

J'ai entendu parler. J'étais allé à une séance à Parakou (je ne me rappelle plus du nom de la structure). C'est un ami qui m'avait invité à une séance comme ça où ils avaient un peu débattu sur ça, où ils ont des représentants à chaque niveau, niveau communal, et par rapport à ce dont vous avez fait cas tout à l'heure, j'en ai déjà entendu parler.

Mais vous n'avez pas de façon systématique une thématique, bon vous vous dites, au niveau du président ou toi animateur, ou avec le président tu dis convoque-moi tous ensemble je veux parler de tel thème.

Oui ça peut arriver mais ce n'est pas programmé. Le président peut me contacter pour me dire que je veux qu'on organise une telle séance à une telle date et je voudrais que tel et tel président soient là. Donc informe les présidents, la thématique c'est ça, et on se voit à tel endroit ou au bureau. Donc moi j'essaie de les informer, et on vient et on fait la séance.

Tu es seul animateur ? Tu n'as pas d'autre support ?

Principalement c'est le CA qui est mon support. C'est eux qui travaillent avec moi. Le président, le secrétaire et le trésorier accompagnent un peu ce que je fais.

Est-ce que tu rencontres sur le terrain d'autres animateurs, d'autres programmes quels qu'ils soient ?

Oui. Par exemple, au niveau de la production, sur certain de nos sites, on intervient sur le volet AMSANA. Et AMSANA ce n'est pas que nous qui sommes sur le terrain pour le projet. Il y a certains de nos sites qui sont appuyés par AMSANA principalement dans la commune de Tanguiéta, il y a 3 sites je crois. Matéri, Boukoubé, Cobly aussi il y a des sites. Donc on travaille un peu en synergie avec d'autres animateurs. URAD par exemple qui intervient aussi sur un autre volet

C'est quoi URAD ?

URAD c'est un bureau d'études, une ONG qui est à Natitingou parfois on travaille avec leurs animateurs.

Est-ce qu'ils sont aussi dans d'autres formes associatives dans la zone ?

C'est possible, parce que déjà dans les villages c'est principalement souvent ça. Vu que nous ça ne nous intéresse pas. Notre volet c'est essentiellement accompagner la production et le volet organisationnel.

Mais pourtant tu dis principalement production, pourtant tu m'as dit au début que tu as appris des aspects sociaux

Oui, les aspects sociaux c'est pour nous amener au fait à atteindre nos objectifs. L'objectif, c'est améliorer la production, le rendement, pour que les producteurs puissent bénéficier. C'est amener les producteurs à avoir un plus grand revenu. Donc s'il faut intervenir sur le volet social pour les amener à peut-être maximiser la production on va le faire.

Donc ça veut dire, je reviens, soit on l'intègre dans la formation des animateurs, ce volet, mais vous qui commencez déjà à vieillir, on vous rattrape en cours d'activité et on vous ajoute un module supplémentaire de connaissances pour que vous compreniez bien ce que vous allez porter comme message.

Je pense que vous avez raison, je pense qu'on va faire comme ça. Ce que vous apportez, ce sera bénéfique pour nous pour atteindre nos objectifs et pour le producteur. Donc je pense que si on peut ajouter ça à ce qu'on porte comme message, ça peut être bénéfique pour nous.

15 RÉFÉRENCES

1. ILO. Convention C102 - Sécurité Sociale (Minimum Standards) Convention, 1952 (No. 102) [Internet]. C102 Geneva; 1952. Available from: https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID,P12100_LANG_CODE:312247,fr
2. OIT. Protection sociale universelle pour atteindre les objectifs de développement durable 2017-2019. 2019.
3. Institut National de la Statistique et de l'analyse Economique (INSAE). Resultats provisoires du rgph4. <http://www.insae-bj.org/recensement-population.html> Accessed 04-03-2015. 2013;7.
4. Programme des Nations Unies de développement (PNUD). Indices et indicateurs de développement humain 2018. Mise à jour statistique. 2018;New York : PNUD.
5. Présidence de la République du Bénin. Programme d'Actions du Gouvernement 2016-2021. 2016.
6. Bénin Présentation [Internet]. [cited 2020 Feb 12]. Available from: <https://www.banquemondiale.org/fr/country/benin/overview>
7. INSAE. Enquête Démographique et de Santé au Bénin, 2017-2018. Cotonou: Ministère du Plan et du Développement; 2019. 391 p.
8. Statistics | Bénin | UNICEF [Internet]. [cited 2020 Feb 9]. Available from: https://www.unicef.org/french/infobycountry/benin_statistics.html
9. République du Bénin. Assurance pour le Renforcement du Capital Humain (ARCH) - Fiche de projet. 2019;
10. Bénin - Profil - 2017 [Internet]. [cited 2020 Feb 12]. Available from: <https://www.indexmundi.com/fr/benin/>
11. Présidence de la République du Bénin. Programme d'Assurance pour le Renforcement du Capital Humain.
12. UNICEF. Le financement public de la protection sociale au Bénin. 2019;(00229).
13. Dong H, De Allegri M, Gnawali D, Souares A, Sauerborn R. Drop-out analysis of community-based health insurance membership at Nouna, Burkina Faso. *Health Policy* [Internet]. 2009 Oct [cited 2013 Oct 1];92(2–3):174–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19394105>
14. De Allegri M, Sanon M, Sauerborn R. "To enrol or not to enrol?": A qualitative investigation of demand for health insurance in rural West Africa. *Soc Sci Med* [Internet]. 2006 Mar [cited 2013 Oct 1];62(6):1520–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16169645>
15. Criel B, Waelkens MP. Declining subscriptions to the Maliando Mutual Health Organisation in Guinea-Conakry (West Africa): what is going wrong? *SocSciMed*. 2003 Oct;57(0277-9536 (Print)):1205–19.
16. Lona M, Wouter G. L'avenir des mutuelles de santé au Bénin et Togo. 2017. p. 71.
17. Criel B, Atim C, Basaza R, Blaise P, Waelkens MP. Editorial : Community health insurance (CHI) in sub-Saharan Africa : researching the context. 2004;9(10):1041–3.
18. Atim CB, Diop FP, Ette J, Evrard D, Marcadent P, Massiot N. Contribution des mutuelles de santé au financement , à la fourniture et à l' accès aux soins de santé en Afrique de l' Ouest et du Centre : résumé de la synthèse et des études de cas. 1998;(19).
19. Criel B. Mutuelles de santé en Afrique et systèmes nationaux d'assurance-maladie obligatoire : l'histoire Européenne se répétera t'elle ? 1999;4(3):155–9.
20. Wiesmann D, Jütting J. The Emerging Movement of Community Based Health Insurance in Sub-Saharan Africa: Experiences and Lessons Learned. *Afrika Spectrum* [Internet]. 2000;35:1–19. Available from: <http://www.oecd.org/dataoecd/32/14/2510509.pdf>
21. Chankova S, Sulzbach S, Diop F. Impact of mutual health organizations: evidence from West Africa. *Health Policy Plan* [Internet]. 2008 Jul [cited 2013 Sep 29];23(4):264–76. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2430720&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
22. Ndiaye P. L'implication des mouvements sociaux dans les politiques de Couverture Sanitaire Universelle. Une étude comparative de 5 pays de l'Afrique de l'Ouest. Bruxelles: Solidarité Mondiale; 2017.
23. Mathauer I, Soumare AN, Barthélémy S. Analyse du financement de la santé et réflexions sur le régime d'assurance maladie universelle au Bénin. Geneva; 2010.

24. Gankpe GF, Gankpe EC, Baleba AN, Zinsou L, Mesenge C. Les mutuelles de santé reproduisent-elles les inégalités de santé au Bénin ? *Sante Publique* (Paris). 2018;
25. Ndiaye P, Tine J, Sall FL. La Couverture Sanitaire Universelle dans un contexte dominé par le secteur informel et rural : la "souscription obligatoire indirecte" pourrait-elle être la solution ? In: AfHEA, editor. *The Post-2015 African Health Agenda and UHC: Opportunities and Challenges The third AfHEA International Scientific Conference*. Nairobi: African Health Economics and Policy Association; 2014.
26. Frota L, Programme STEP. Campagne mondiale sur l'extension de la sécurité sociale pour tous. 2007.
27. Bachelet M. *Socle de protection sociale pour une mondialisation juste et inclusive*. Geneva: International Labour Office, Social Security Department; 2011.
28. Organisation internationale du Travail. Recommandation n° 202 concernant les socles de protection sociales. 6271 OIT; 2013 p. 6271–8.
29. 22. Socle de protection sociale (Plateforme ressource) [Internet]. [cited 2020 Feb 13]. Available from: <https://www.ilo.org/global/topics/dw4sd/themes/sp-floor/lang--fr/index.htm>
30. Nations Unies. Déclaration des Nations Unies sur les droits des paysans et des autres personnes travaillant dans les zones rurales [Internet]. 2018 [cited 2019 Dec 4]. Available from: http://www.hlrn.org/img/documents/A_C.3_73_L.30_FR.pdf
31. Glossary | socialprotection.org [Internet]. [cited 2020 Feb 10]. Available from: <https://socialprotection.org/learn/glossary/what-is-social-protection>
32. Lwanga-Ntale C. A diagnostic on social protection needs and opportunities for forest-dependent communities in the United Republic of Tanzania. Rome; (FORESTRY WORKING PAPER). Report No.: 6.
33. FAO. *Social protection framework: promoting rural development for all*. Rome: FAO; 2017.
34. Grosh M, Carlo del N, Emil T, Azedine O. Pour la protection et la promotion - Conception et mise en œuvre de filets sociaux de sécurité efficaces. la Banque mondiale, editor. Washington DC; 2008.
35. Social Alert. Towards a social protection for informal economy workers. In: *Conference on Social Rights in the Informal Economy*. Brussels: Social Alert; 2004.
36. OMS. *Rapport sur la santé dans le monde. Le financement des systèmes de santé, le chemin vers une couverture universelle*. 2010.
37. OMS. *Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Genève; 2009.
38. Union A, Africaine U. African Ministers of Health meeting jointly convened by the AUC and WHO 1. 2014;
39. Devereux S, Sabates-Wheeler R. Transformative social protection. *IDS Work Pap*. 2004;(October):36.
40. Devereux S, Sabates-Wheeler R. *Transformative Social Protection: The Currency of Social Justice*. Soc Prot Poor Poorest Concepts, Polit. 2008;
41. Michielsen JJA, Meulemans H, Soors W, Ndiaye P, Devadasan N, De Herdt T, et al. Social protection in health: the need for a transformative dimension. *Trop Med Int Heal* [Internet]. 2010 Jun 29;15(6):654–8. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-3156.2010.02529.x>
42. Defourny J, Develtere P. L'économie sociale au Nord et au Sud. In: De Boeck e. 1999.
43. Gendron C. Émergence De Nouveaux Mouvements Sociaux Économiques. *Rev Pour*. 2001;(172):175–81.
44. Parlement de Wallonie. Décret relatif à l'économie sociale [Internet]. 2008 p. 1–4. Available from: <https://wallex.wallonie.be/contents/acts/20/20015/5.html>.
45. Defourny J, Nyssens M. *Fundamentals for an International Typology of Social Enterprise Models*. Liege; 2016. (ICSEM Working Papers). Report No.: 33.
46. Borzaga C, Galera G. *The Potential of the Social Economy for Local Development in Africa*. 2014. 77 p.
47. OIT. *Sortir du secteur informel : Le rôle de l'économie sociale*. In: ILO, editor. *12e Réunion régionale africaine*. Johannesburg; 2011. p. 11–4.
48. Lapeyre F, Ameratunga S, Possenti S. *Traiter l'informalité pour le développement rural*. Geneva; 2012.
49. Convention C141 - Convention (n° 141) sur les organisations de travailleurs ruraux, 1975 [Internet]. [cited 2020 Feb 10]. Available from: https://www.ilo.org/dyn/normlex/fr/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C141

50. Recommandation R149 - Recommandation (no 149) sur les organisations de travailleurs ruraux, 1975 [Internet]. [cited 2020 Feb 11]. Available from: https://www.ilo.org/dyn/normlex/fr/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:R149
51. OHADA. Acte uniforme relative aux droits des sociétés coopératives - Définition de la société coopérative et principes coopératifs [Internet]. 2010. [cited 2020 Feb 18]. Available from: <http://www.ohada.com/actes-uniformes/939/1081/partie-1-dispositions-generales-sur-la-societe-cooperative.html>
52. Ndiaye P. Développement des mutuelles de santé en Afrique : une analyse comparative des approches et de leurs impacts. L'Assurance Mal en Afrique Francoph – Améliorer l'accès aux soins lutter contre la pauvreté. 2006;04:311–30.
53. Mladovsky P, Ndiaye A, Ndiaye P, Lelubre B, Soors W. Les mutuelles de santé et le capital social MUCAPS : trois études de cas sénégalaises Working paper MUCAPS. London; 2015. 199 p.
54. République du Bénin, UNICEF. Politique holistique de protection sociale au Bénin. UNICEF. Cotonou; 2013. (UNICEF).
55. République du Sénégal. Loi n° 2004-16 portant loi d'orientation agro-sylvo-pastorale. 2004;26. Available from: <http://www.gafspfund.org/sites/gafspfund.org/files/Documents/- Agriculture sector strategy - LOASP.pdf>
56. République du Mali. Loi n° 06-40/an-rm Portant loi d'Orientation Agricole du Mali. Mali; 2006.
57. Open.Enabel - Belgian Development Agency / L'avant-projet de la Loi d'Orientation Agricole de la Sécurité Alimentaire et Nutritionnelle (LOASAN) validé [Internet]. [cited 2020 Feb 10]. Available from: <https://open.enabel.be/en/BEN/2079/824/u/l-avant-projet-de-la-loi-d-orientation-agricole-de-la-scurit-alimentaire-et-nutritionnelle-loasan-valid.html>
58. MAEP - Bénin. Plan Stratégique de Développement du Secteur Agricole (PSDSA) 2025 et Plan National d'Investissements Agricoles et de Sécurité Alimentaire et Nutritionnelle (PNIASAN) 2017-2021. 2017;132.
59. STEP - WSM - ANMC. Mutuelles de santé en en Afrique : Caractéristiques et mise en place. ILO, editor. Geneva; 1997. 310 p.
60. Bureau International du Travail. Micro-assurance: Guide d'introduction aux mutuelles de santé en Afrique (Microinsurance: an introductory guide to Africa's mutual health organisations). ILO Step Programme. 2002. 74 p.
61. DÉPARTEMENT MANAGEMENT DOUBLE COMPÉTENCE MASTER ÉCONOMIE ET MANAGEMENT PUBLICS GESTION DES ORGANISMES DE PROTECTION ET D'ASSURANCE SOCIALES (GOPAS) (M1-M2) OBJECTIFS DE LA FORMATION.
62. Defourny J, Failon J. Les approches de l'économie sociale et de l'économie solidaire face aux mutuelles de santé en Afrique.
63. Ministère du Plan et du Développement, Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE). Bénin 2017-2018 Enquête Démographique et de Santé [Internet]. [cited 2019 Nov 19]. Available from: https://www.insae-bj.org/images/docs/insae-statistiques/enquetes-recensements/EDS/2017-2018/1.Benin_EDSBV_Rapport_final.pdf
64. Baas W, Dieng A, Quenum R, Ctb HE. Restructuration et renforcement des organisations de producteurs agricoles Cas des unions régionales des producteurs. 2014.
65. Ministère des Petites et Moyennes Entreprises et de la Promotion de l'Emploi. Nomenclature des métiers de l'artisanat au Bénin.
66. Swisscontact. L'avènement de la formation professionnelle par apprentissage de type dual [Internet]. [cited 2020 Feb 10]. Available from: <https://www.swisscontact.org/de/country/benin/projets/projets-benin/levolution-de-la-formation-professionnelle-artisan-au-benin/avenement.html>
67. Food and Agriculture Organization of the United Nations. FAOSTAT.
68. INSAE. Statistiques Agricoles - Benin - Benin Data Portal.
69. Agricole C. Stratégie Nationale du Conseil Agricole (SNCA). 2018.
70. Ministère d'État chargé du Plan et du Développement. République du Bénin. Plan national de développement 2018-2025. Cotonou; 2018.
71. Ale A. Economie informelle et emploi au Bénin : cadre pratiques de l'économie informelle dans 03 secteurs d'activités à Cotonou. Genève; 2012.
72. Wélé P, Labie M. Efficacité des programmes publics en microfinance et inclusion financière. Rev Tiers Monde. 2016;225(1):77.

73. Sossou CH. Le financement de l'agriculture au Bénin : stratégies de gestion et d'adaptation des exploitations. Université de Liège; 2015.
74. Sossou C, Dogot T, Lebaillly P, ADJOVI G, COULIBALY O. Analyse des déterminants de l'accès au crédit des exploitations agricoles au Bénin. Bull la Rech Agron du Bénin. 2017;(December).
75. Sossa T, Sossa T. 2. Microfinance et inclusion financière au Bénin. In: La microfinance au Bénin. Graduate Institute Publications; 2016.
76. ONIBON AP, Emmanuel NCS. Étude technique et financière des microprojets (MIP) financés par le fonds MIP du programme AMSANA. Louvain-La-Neuve; 2019.
77. Tyler A. Delivering health microinsurance through savings and internal. An evaluation of CRS ' experience in Benin. Cotonou: Catholic Relief Services; 2015.
78. OCDE. Coopération pour le développement 2019 : Un avenir plus juste, plus vert et plus sûr [Internet]. OCDE. Paris: OECD; 2019. (Coopération pour le Développement: Rapport). Available from: https://www.oecd-ilibrary.org/development/cooperation-pour-le-developpement-2019_71a10470-fr
79. Caubergs L, Nonfon M, Orou-Guidou L, Bob P, Van Esbroeck D. Entreprenariat inclusif et durable au Bénin : Quelles perspectives en matière d'intégration stratégique belge ? Bruxelles; 2018.
80. Wiesmann D, Jütting J. The Emerging Movement of Community Based Health Insurance in Sub-Saharan Africa: Experiences and Lessons Learned. Afrika Sprettrum. 2000;35:1–19.
81. Jakab M, Preker AS, C K, P S, F D, J J, et al. Social inclusion and financial protection through community financing: Initial results from 5 Household Surveys. 2001. 1–30 p.
82. Preker AS, Carrin G, Dror D, Jakab M, Hsiao W, Arhin-Tenkorang D. Effectiveness of community health financing in meeting the cost of illness. BullWorld Heal Organ. 2002;80(0042-9686 (Print)):143–50.
83. Kawabata K, Xu K, Carrin G. Preventing impoverishment through protection against catastrophic health expenditure. 2002;80(02):2002.
84. Carrin G, Waelkens MP, Criel B. Community-based health insurance in developing countries: A study of its contribution to the performance of health financing systems. Trop Med Int Heal. 2005;10(8):799–811.
85. INSAE - Statistiques Démographiques [Internet]. [cited 2020 Mar 7]. Available from: <https://www.insae-bj.org/statistiques/statistiques-demographiques#nos-12-departements>
86. La Concertation. Inventaire des mutuelles de santé en Afrique Synthèse des travaux de recherche dans 11 pays. Dakar; 2004.
87. Ndiaye P, Vanlerberghe V, Lefèvre P. Mutuelles de santé en Afrique : caractéristiques et relations contractuelles avec les prestataires de soins pour la prise en charge de la qualité des soins. Glob Health Promot. 2014;0(0):1–15.
88. République du Bénin. Arrêté 0105 Instituant le panier de soins de base applicable dans le cadre de la phase pilote du volet « Assurance Maladie » du projet « Assurance pour le Renforcement du Capital Humain (ARCH) ». 0105 Bénin; 2019.
89. Ouattara O, Pascal N. Potentiel des mutuelles de santé à la mise en œuvre de la Couverture Maladie Universelle au Mali et au Sénégal. Coordination Masmut, editor. Bruxelles: MASMUT-UEMOA; 2017.
90. KEDALO GF. Rapport Etude de Faisabilité de la Mutuelle de Matéri. Cotonou; 2015.
91. Plateforme Nationale des Organisations Paysannes et de Producteurs Agricoles du Bénin (PNOPPA-Bénin) [Internet]. [cited 2020 Feb 10]. Available from: <http://www.pnoppabenin.org/>
92. Union Economique et Monétaire Ouest Africaine. Règlement 07/2009/CM/UEMOA portant réglementation de la mutualité sociale au sein de l'UEMOA [Internet]. 07/2009/CM/UEMOA Dakar; 2009. Available from: http://www.uemoa.int/Documents/Actes/reglement_07_2009_CM_UEMOA.pdf
93. Ndiaye P, Elison C. Rapport final du Programme d'Appui Conjoint au Secteur de la Santé (PACSS). Antananarivo; 2017.
94. Ndiaye P. Rapport final d'évaluation du 'Projet de promotion de mutuelles de santé en faveur des populations du secteur agricole dans le cadre d'un partenariat public-privé. Yamoussoukro; 2015.
95. Roy P, Sarkar AK. Community Based Health Insurance Schemes (CBHIs) in Health Care Financing : Review of Experiences of the Asian and African Economies. 2018;7(3):63–8.

96. Ndiaye P, Soors W, Criel B. Editorial: A view from beneath: Community Health Insurance in Africa. *Trop Med Int Heal*. 2007;12(2):157–61.
97. Ministère de la Santé et l'Action Sociale. Rapport de performance de l'année 2018. Dakar; 2019.
98. Mathauer I, Koch K, Zita S, Murray-Zmijewski A, Traore M, Bitho N, et al. Revenue-raising potential for universal health coverage in Benin, Mali, Mozambique and Togo. *Bull World Health Organ*. 2019;97(9):620–30.
99. CREDI. Rapport Annuel d'Activités 2017. 2017;(00228):34.
100. Jütting J. Health Insurance for the Poor? Determinants of Participation in Community-based Health Insurance Schemes in Rural Senegal. *J Rural Heal* [Internet]. 2003;62(Working Paper No. 204):30. Available from: <http://www.microfinancegateway.org/p/site/m//template.rc/1.9.26505>
101. Agriculture Français Développement International. Une Offre De Services Structurée Visant À Renforcer Le Poids Des Producteurs Dans La Chaîne De Valeur De L'Anacarde. :16.

