

*Analyse des organisations mutualistes  
pour le financement de la santé en  
Afrique de l'Ouest. Le cas du Bénin*

Anne DUJARDIN

**CIRIEC N° 2007/01**

ISSN 2070-8289

*Analyse des organisations mutualistes pour le financement de la santé  
en Afrique de l'Ouest. Le cas du Bénin*

Anne DUJARDIN

Université de Liège

Working paper CIRIEC N° 2007/01

## 1. Introduction

Face au manque de réponse des politiques publiques ainsi que des mécanismes d'assurance privée en matière de financement de la santé dans les pays à faible revenu, on constate l'émergence depuis les années 90 d'initiatives informelles impliquant les communautés locales dans la gestion du risque « maladie ». De nombreuses études analysent le phénomène émergent des mécanismes communautaires et mutuels pour le financement de la santé dans les pays à faible revenu.<sup>1</sup> Cet article étudie les organisations mutualistes en tant que stratégie potentielle de développement d'assurance collective dans le domaine de la santé en Afrique de l'Ouest et en particulier au Bénin sur base de données obtenues lors d'un travail de terrain réalisé au Bénin auprès d'une dizaine de structures mutualistes au cours du dernier trimestre de l'année 2004. Cette étude en particulier visait à comparer les modalités de fonctionnement des différentes organisations au niveau des conditions d'adhésion, des cotisations et du panier de prestations couvert.<sup>2</sup> Les organisations étudiées constituent essentiellement des mécanismes de mutualisation des risques liés à la santé à destination des populations démunies vivant dans le secteur informel (principalement en milieu rural) et ne bénéficiant d'aucune autre forme de couverture des soins de santé (tant au niveau public que privé). Les différents aspects spécifiques aux mutuelles de santé sont également issus de la littérature empirique relative à l'Afrique de l'Ouest.<sup>3</sup>

La deuxième section de cette étude présente l'évolution, des années soixante à nos jours, des différents modes de financement des systèmes de santé qui se sont succédés dans les pays à faible revenu. Après une description des logiques sous-jacentes aux comportements des individus dans le contexte africain, la troisième section examine les mutuelles de santé en tant que stratégies d'assurance face au risque « maladie ». Nous concentrons ensuite notre analyse sur le cas du Bénin dans la quatrième section. Cette section décrit, d'une part, les spécificités des opérateurs soutenant le développement de mutuelles de santé identifiés au Bénin et, d'autre part, développe les principales modalités de fonctionnement des mutuelles de santé au niveau de l'adhésion, des cotisations et du panier de prestations couvert sur base de l'analyse de dix organismes mutualistes sélectionnés lors du travail de terrain. La cinquième section, quant à elle,

---

<sup>1</sup> Citons en particulier les ouvrages de M. Audibert et al. (2003) concernant le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu ainsi que celui de A. Preker et G. Carrin (2004).

<sup>2</sup> Les données récoltées et traitées sont issues du stage et du mémoire de dernière année de maîtrise en sciences économiques à l'Université de Liège (Anne DUJARDIN 2005 a et b)

<sup>3</sup> Voir entre autres ATIM, C., 1998 ; JUTTING, J., 2002 ainsi que HUBER, G. et al., 2003.

relève les nombreux obstacles auxquels semblent être confrontées les mutuelles de santé dans leur développement actuel. Enfin, la sixième section est consacrée à une synthèse conclusive et à quelques recommandations.

## **2. Financement des systèmes de santé dans les pays à faible revenu**

L'accès à des soins de santé de qualité est considéré comme un droit, la santé étant un élément tout à fait primordial de la vie humaine. Selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé, la santé représente « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmi  * ». <sup>4</sup> Toutefois, dans certaines régions du monde, on constate que de nombreuses maladies associées à un contexte d'extrême pauvreté contribuent à la dégradation de l'état de santé et de bien-être général des populations. C'est particulièrement le cas en Afrique Sub-saharienne où la pandémie du VIH/sida ainsi que d'autres infections comme le paludisme affectent gravement la santé des individus et menacent les économies incapables d'entretenir et de financer les systèmes sanitaires en raison d'un manque de ressources. <sup>5</sup> Cette forte exposition aux risques des individus pauvres peut s'expliquer par l'ensemble réduit de moyens dont ceux-ci disposent pour faire face à ces aléas de nature diverse (maladie, catastrophe naturelle, troubles politiques, discrimination, etc.). D'autre part, on remarque que ces individus défavorisés semblent plus vulnérables face aux chocs par rapport au reste de la population au vu des lourdes conséquences subies par ceux-ci au niveau de la perte de bien-être. <sup>6</sup>

Afin de mieux comprendre la problématique actuelle, il convient de retracer brièvement l'évolution historique du financement des systèmes de santé dans les pays à faible revenu depuis les années 60. <sup>7</sup> Dans les années 60, c'est-à-dire au moment de la prise d'indépendance des anciennes colonies, les Etats des pays africains notamment ont décidé d'offrir à leur population un accès gratuit aux soins de santé en se référant au modèle de « l'Etat Providence » appliqué dans les pays occidentaux. Cependant, les années 70 et 80 caractérisées par une crise économique grave et par la mise en place des plans d'ajustement structurel ont entraîné la suppression progressive du soutien des Etats africains en matière de prise en charge des coûts liés à la santé, ces derniers ne disposant plus de

---

<sup>4</sup> <http://www.who.int/about/definition/fr/>

<sup>5</sup> JUTTING, J., 2002.

<sup>6</sup> HOLZMANN, R. et al., 2003.

<sup>7</sup> AUDIBERT, M. et al., 2003.

ressources financières suffisantes pour entretenir le système de santé. C'est pourquoi, en 1987, l'Organisation Mondiale de la Santé et l'UNICEF ont décidé de mettre en place l'Initiative de Bamako dont l'objectif était de favoriser l'accès aux soins de santé primaires de qualité pour l'ensemble de la population. D'autre part, l'Initiative de Bamako était axée sur les principes d'implication des communautés locales à la gestion du système de santé, d'amélioration de l'accès aux médicaments via l'utilisation de médicaments génériques et enfin sur le principe d'autofinancement des centres de santé par le biais du recouvrement des coûts.<sup>8</sup> Les soins de santé, autrefois considérés comme un service public offert à l'ensemble de la population, impliquaient dès lors la participation financière des usagers par le biais d'un système de partage des coûts liés à la santé. En effet, les paiements directs des soins effectués par les usagers constituent une pratique répandue à l'heure actuelle dans les pays à faible revenu et peuvent représenter jusqu'à 80% des dépenses de santé totales dans certains pays.<sup>9</sup> Or, il s'avère bien souvent, qu'en raison d'une capacité financière limitée, les populations pauvres sont privées de tout accès à des soins de santé de qualité, y compris de la possibilité de souscrire à des mécanismes privés de couverture contre le risque « maladie ». En outre, les marchés assurantiels dans le domaine de la santé semblent peu développés, voire même inexistant, au sein des pays à faible revenu, étant donné que l'ampleur du risque « maladie » constitue un obstacle à la rentabilité de tout investissement dans un système d'assurance privée. Par conséquent, s'en est suivi un enchaînement de retards au sein des populations dans la prise en charge de la maladie dont l'impact s'est ressenti au niveau de la dégradation de l'état de santé général des populations pauvres particulièrement en Afrique. Depuis les années 90, face à ce double manquement au niveau du marché et de l'Etat, on a vu émerger une série de nouvelles formes collectives de financement de la santé au niveau des ménages et des communautés locales dans les pays à faible revenu.<sup>10</sup> Cette variété d'arrangements informels constitue la source principale de gestion du risque maladie pour la majorité des populations à travers les régions en développement. Notre étude vise à analyser les mécanismes de mutualisation des risques liés à la santé, communément appelés « mutuelles de santé » en Afrique de l'Ouest.

---

<sup>8</sup> DEVELTERE, P. et al., 2004.

<sup>9</sup> CRIEL, B. et WAELKENS, M.P., 2004.

<sup>10</sup> KERVYN, B., 1998.

### **3. Les mutuelles de santé comme stratégie d'assurance face au risque « maladie »**

Avant toute chose, afin d'évaluer la pertinence de la mise en place de systèmes mutualistes dans les pays à faible revenu, il importe de mieux cerner les logiques sous-jacentes aux comportements des individus, en particulier dans le contexte africain. Dans certaines cultures, il semblerait que la maladie soit perçue comme le résultat d'une volonté surnaturelle (divine ou malveillante) et non comme un phénomène aléatoire. Dans de telles circonstances, une stratégie de couverture formelle peut paraître inefficace aux yeux des individus et peut par ailleurs constituer un choix irrationnel. Outre ces croyances largement répandues au sein de la population africaine, Abraham et Platteau (1995) précisent que le principe guidant les populations africaines dans leur choix de couverture face aux risques n'est pas celui d'une réelle logique d'assurance mais reflète plutôt un mécanisme de réciprocité équilibrée caractérisé par des stratégies de « don/contre-don ». Ce principe de réciprocité équilibrée signifie qu'il est important pour les individus de recevoir une contrepartie (même de valeur inférieure) en retour de toute contribution.<sup>11</sup> Etant donné le contexte d'incertitude dans lequel les populations africaines sont plongées, ces dernières adoptent des logiques de minimisation des risques variant en fonction de leur statut social. La priorité est mise à la fois sur les choix à court terme du marché permettant le plus d'options possibles dans le futur ainsi que sur les investissements intergénérationnels. Dès lors, les individus ont une forte préférence pour la liquidité et pour l'immédiateté étant donné l'instabilité, la faible espérance de vie, l'insécurité et la précarité caractérisant les économies dans lesquelles vivent la plupart des populations africaines. Les logiques prévalant en Afrique permettent donc d'expliquer en partie pourquoi de nombreux individus ont encore recours à des mécanismes traditionnels privés (y compris les guérisseurs traditionnels) dans lesquels ils ont confiance plutôt qu'à des mécanismes communautaires en matière de financement de la santé, la communauté familiale demeurant le noyau dur des sociétés traditionnelles africaines. Toutefois, ces logiques se situent dans des horizons de long terme par le biais des appartenances communautaires et des relations intergénérationnelles réductrices d'incertitude qui tentent de pallier à l'absence de protection sociale offerte par les Etats aux populations du secteur informel.<sup>12</sup>

---

<sup>11</sup> ABRAHAM, A. et PLATTEAU, J.P., 1995.

<sup>12</sup> HUGON, P., 2001.

Selon Chris Atim (1999), il est possible de définir les organisations mutualistes comme étant « *des groupes formés volontairement et reposant sur la solidarité, l'assistance mutuelle et la démocratie. Leur objectif est de partager et de mettre en commun les risques encourus par leurs membres dans les domaines de la santé et de la sécurité sociale (maladie, décès, accident ou blessure, chômage, etc.) et d'aider le membre en cas d'événements sociaux (mariage ou naissance, par exemple) pouvant occasionner des frais importants* ». <sup>13</sup> Dans le domaine du financement de la santé, une mutuelle peut être considérée comme une stratégie possible d'assurance face au risque « maladie » (au même titre que le recours au crédit ou à l'entraide familiale). Par principe, les mutuelles constituent des associations autonomes fondées par leurs membres et poursuivant un objectif de service à la collectivité (c'est-à-dire autre que la maximisation du profit individuel) en offrant une couverture aux membres face aux coûts liés à la santé. La stratégie de mutualisation des risques consiste à mettre en commun avec d'autres individus des ressources exposées à certains risques afin de se prémunir de manière complète ou partielle contre ces aléas. Les individus identiques (même attitude face au risque et même dotation de ressources) vont par conséquent conclure un contrat entre eux *ex ante* permettant la réalisation de transferts des individus chanceux vers les individus malchanceux du groupe (subissant un dommage). En échange d'une contribution constituant la prime d'assurance, le mécanisme de partage des risques permet à l'ensemble des individus du groupe de s'assurer contre certains aléas (définis par le groupe) et de bénéficier d'une garantie de remboursement en cas de dommage. D'autre part, chacun devient assureur pour le risque des autres par le biais de la mise en commun des ressources. Le partage des risques semble particulièrement approprié dans le cadre du financement des coûts liés à la santé étant donné que nous sommes tous sujets aux problèmes de santé quels qu'ils soient et cela, de manière aléatoire. <sup>14</sup> Cependant, il est important de préciser que les organisations mutualistes appartenant au secteur informel constituent des mécanismes très minoritaires dans le cadre du financement de la santé en Afrique Sub-saharienne et ne couvriraient qu'un peu plus de 1% de la population africaine à l'heure actuelle même si on peut noter toutefois un pourcentage plus élevé et encourageant dans certaines régions. <sup>15</sup> Les populations africaines semblent en effet avoir développé une série de stratégies collectives de financement face au risque maladie sur base d'épargne, de crédit ou d'assurance, variant en fonction des préférences des populations et de l'environnement dans lequel elles se trouvent. Les mécanismes d'épargne-crédit par exemple permettent la réalisation d'un

---

<sup>13</sup> ATIM, C., 1999, page 83.

<sup>14</sup> MEESSEN, B., 2003, pages 186-187.

<sup>15</sup> EVRARD, D., 2002.



décaissement immédiat en cas d'événement aléatoire (comme la maladie ou un décès) tandis que les mécanismes de type mutualiste constituent un système d'assurance impliquant les notions de prévoyance et de vision à long terme.

En ce qui concerne la répartition des mutuelles de santé sur l'ensemble de l'Afrique Sub-saharienne, on constate que la plupart des expériences sont concentrées en Afrique de l'Ouest avec malgré tout, l'émergence de plusieurs initiatives en Afrique Centrale et de l'Est. Dans certains pays, comme c'est le cas en Côte d'Ivoire et en Tanzanie, les mutuelles de santé couvrent essentiellement une population urbaine hors du secteur formel tandis que dans d'autres pays, tels que le Bénin, le Ghana et l'Ouganda, les expériences sont davantage destinées aux populations pauvres vivant dans les zones rurales.<sup>16</sup> Sur base de l'inventaire non exhaustif réalisé en 2003 par les membres de la « Concertation entre les acteurs du développement des mutuelles de santé en Afrique »<sup>17</sup>, il est possible de se faire une première idée de l'importance des mutuelles de santé. L'inventaire a été réalisé dans 11 pays d'Afrique de l'Ouest (Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Guinée, Mali, Niger, Sénégal, Tchad et Togo) et a permis de recenser plus de 600 organisations mutualistes sur l'ensemble des pays étudiés. Le tableau ci-dessous décrit le nombre de mutuelles de santé fonctionnelles<sup>18</sup> dans chacun des pays analysés et le pourcentage que celles-ci représentent par rapport au nombre total de mutuelles de santé inventoriées. Bien que l'émergence des mutuelles de santé soit un phénomène relativement récent en Afrique de l'Ouest, leur nombre ne cesse d'augmenter depuis quelques années, comme c'est le cas notamment au Mali où le nombre de mutuelles fonctionnelles a quintuplé de 2000 à 2003, alors qu'il a triplé au Sénégal et doublé au Bénin sur la même période. D'autre part, la majorité des pays étudiés dispose déjà de plus d'une trentaine de mutuelles de santé en état de fonctionnement. On peut noter le cas du Sénégal où près de 150 mutuelles ont été mises en place dont 87 sont actuellement fonctionnelles. Il faut souligner que la région de Thiès au Sénégal représente le berceau du mouvement mutualiste en Afrique de l'Ouest.<sup>19</sup>

---

<sup>16</sup> JUTTING, J., 2004.

<sup>17</sup> Voir le site : [www.concertation.org](http://www.concertation.org)

<sup>18</sup> Une mutuelle dite « fonctionnelle » est une mutuelle au sein de laquelle les membres versent périodiquement leur cotisation et bénéficient du remboursement des soins couverts par l'organisation. Les autres mutuelles dites « en gestation » sont des organisations au sein desquelles les membres versent périodiquement leur cotisation mais ne bénéficient pas encore du remboursement des prestations de santé afin de constituer un fonds de réserve pour la mutuelle.

<sup>19</sup> LETOURMY, A., 2004.

Tableau 1 : Nombre de mutuelles de santé dans onze pays d'Afrique de l'Ouest

PAYS	Nombre de mutuelles de santé fonctionnelles		Nombre total de mutuelles de santé inventoriées	% de mutuelles fonctionnelles par rapport au total de mutuelles de santé inventoriées dans le pays
	2000	2003	2003	2003
<b>Bénin</b>	23	54	43	79.6
<b>Burkina Faso</b>	26	92	36	39.1
<b>Cameroun</b>	-	38	22	57.9
<b>Côte d'Ivoire</b>	-	40	36	90.0
<b>Guinée</b>	-	111	55	49.5
<b>Mali</b>	10	80	56	70.0
<b>Mauritanie</b>	-	7	3	42.9
<b>Niger</b>	-	19	12	63.2
<b>Sénégal</b>	29	149	87	58.4
<b>Tchad</b>	-	7	7	100.0
<b>Togo</b>	-	25	9	36.0

Source : Letourmy, A., 2004.

Les initiatives mutualistes semblent donc avoir un certain potentiel en tant qu'organisations offrant une assurance face aux risques financiers liés à la maladie et ce, à destination des populations pauvres en Afrique Sub-saharienne, le phénomène semblant prendre une plus grande ampleur en Afrique de l'Ouest. Notre analyse va se pencher sur l'étude du développement actuel des mutuelles de santé au Bénin.

#### 4. Le Bénin : une étude de cas

Au Bénin, les systèmes officiels de protection sociale sont destinés principalement aux catégories socio-professionnelles du secteur formel, autrement dit, aux fonctionnaires du secteur public ainsi qu'aux salariés du secteur privé. Cependant, ces catégories ne représentent pas plus de 15% de la population totale. Les 85% restant de la population appartiennent au

secteur informel. Il s'agit d'individus à revenus modestes vivant principalement de l'agriculture en milieu rural ou de petits commerces en milieu urbain. Ceux-ci constituent les populations ciblées par les mutuelles de santé mises en place avec l'aide d'intervenants extérieurs tels que des organisations non gouvernementales (ONG) ou des organismes internationaux. Les systèmes mutualistes tentent de permettre aux populations pauvres de se prendre en charge au niveau de leur santé par le biais de mécanismes de financement collectifs des coûts liés à la maladie nécessitant l'implication des communautés locales.

Il est important de rappeler que la participation des communautés dans le financement des coûts liés à la santé constitue une habitude nouvelle au sein de la population dans le contexte béninois. En effet, la population a été accoutumée par le passé à la prise en charge totale des dépenses en matière de santé dans les années 60 par le biais de l'Etat et ensuite par l'implantation de nombreuses ONG apportant des fonds aux communautés locales destinés au financement de la santé mais disparaissant bien souvent dès la fin du projet. C'est pourquoi, il s'avère à présent difficile de faire cotiser la population pour la couverture de la maladie même s'il s'agit de défendre leurs propres intérêts. On constate donc qu'une attitude quelque peu attentiste s'est développée au sein des communautés locales en particulier dans la partie sud du pays très sollicitée par de nombreux projets de développement financés par des intervenants extérieurs. D'autre part, il ne faut pas négliger le rôle de certains facteurs culturels ainsi que celui des leaders ou chefs de culte locaux sur le développement (ou le manque de développement) des mutuelles de santé. De même, le recours à la médecine traditionnelle est encore très fréquent dans les ménages béninois, le Bénin étant en effet un pays où domine encore largement une série de cultes traditionnels animistes dont le plus célèbre est le vaudou (même si l'appartenance à ces rites n'est pas toujours officiellement admise par ceux qui les pratiquent). Ces facteurs peuvent avoir une influence prépondérante sur les choix des individus en matière de santé.

Bien que les mutuelles de santé couvrent à l'heure actuelle une proportion encore très faible de la population totale au Bénin, celles-ci représentent une alternative intéressante en tant que mécanismes collectifs de prise en charge de la santé au niveau des communautés locales et permettent par ailleurs de contribuer à l'extension de la couverture assurantielle liée au risque maladie à des couches plus démunies de la population. Néanmoins, même si les cotisations et autres droits d'adhésions constituent en général l'apport financier le plus important des organisations

mutualistes, on constate que ces dernières reçoivent un appui externe important provenant de différentes structures d'appui.

#### **4.1. Identification et rôle des opérateurs soutenant des mutuelles de santé au Bénin**

Au niveau méthodologique, nous avons dans un premier temps identifié huit opérateurs soutenant des projets de financement collectif de la santé au Bénin (voir annexe 1). Ces opérateurs apportent un soutien au niveau technique et financier aux différentes structures mutualistes et sont pour la plupart des organisations non gouvernementales (ONG) nationales ou étrangères ; d'autres, en revanche, sont des programmes d'organisations internationales telles que le Bureau International du Travail ou l'Agence des Etats Unis pour le Développement International. Toutes ces structures sont financées par des intervenants étrangers à l'exception d'une d'entre elles, la Direction Générale du Travail placée sous la tutelle du Ministère de la Fonction Publique, du Travail et de la Réforme Administrative qui bénéficie de subventions du gouvernement béninois dans le cadre du programme d'action de réduction de la pauvreté. Le tableau 2 présente les huit opérateurs identifiés au Bénin en fonction de leur profil institutionnel et de leur financement principal. Il faut noter que ces différentes structures ne sont pas sans relations les unes avec les autres. Il existe en effet un réseau dénommé « La Concertation » rassemblant la majorité des partenaires actifs dans le développement des mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre. Ce réseau a pour objectif de favoriser le partage d'information et d'expériences entre les différentes structures. Par ailleurs, il est intéressant de signaler que quatre structures d'appui supplémentaires avaient été identifiées. Trois de ces organismes semblent avoir cessé leurs activités de soutien aux mutuelles de santé. Il s'agissait de l'Institut de Participation du Bénin (IPB) soutenu par la Coopération française, le Projet Bénino-Allemand des Soins de Santé Primaires (PBA-SSP) soutenu par la Coopération technique allemande (GTZ) ainsi que le Centre Régional pour le Développement et la Santé (CREDESA). Un dernier opérateur, la Mutuelle de Santé pour Tous (MUSANT) s'est rapidement avéré ne pas être réellement destiné aux populations pauvres du secteur informel mais plutôt à des individus possédant un certain niveau de revenus. Nous n'avons par conséquent pas tenu compte de cet opérateur dans notre analyse, ce dernier se rapprochant plutôt d'un mécanisme d'assurance privée.

Tableau 2 : Profil institutionnel et financement principal des opérateurs soutenant les mutuelles de santé au Bénin

Opérateurs	Profil institutionnel	Financement principal
Association pour le Développement de la Mutualité Agricole au Bénin (ADMAB)	ONG béninoise	Conseil Général de Vendée (France)
Fondation pour les Enfants (BØRNEfonden)	ONG danoise	Système de parrainage d'enfants défavorisés
Centre International de Développement et de Recherche (CIDR)	Centre de recherche français	Coopération suisse
Direction Générale du Travail (DGT)	Institution étatique sous la tutelle du Ministère de la Fonction Publique, du Travail et de la Réforme Administrative	Budget national béninois
Louvain-Développement	ONG belge émanant de l'Université Catholique de Louvain	Coopération belge
Partnerships for Health Reform plus (PHR+)	Projet de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID)	USAID
Programme d'Appui aux Mutuelles de santé en Afrique (PROMUSAF)	ONG béninoise/ programme de l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes et de Solidarité Mondiale	Fonds belge de survie
Stratégies et Techniques de lutte contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté (STEP)	Programme du Bureau International du Travail	Coopération belge

Nous allons à présent affiner le rôle et les spécificités de ces organismes d'appui ayant mis en place les mécanismes de mutualisation des risques dans le domaine de la santé au Bénin. D'abord, malgré la diversité des acteurs soutenant les mutuelles de santé et de leurs motivations, on constate que l'ensemble des opérateurs partage l'objectif commun d'amélioration de l'accès aux soins de santé. Dans la plupart des cas, c'est sur base de la demande de soins que ce besoin est identifié, provenant en particulier d'associations locales d'entraide, d'organisations paysannes ou encore de syndicats. En effet, les membres de ces groupements sont à la fois à l'origine de l'expression de besoins non satisfaits dans le domaine de la santé et de la mise en place des initiatives

pour y répondre.<sup>20</sup> L'association d'entraide pour les femmes (AssEF) constitue un exemple d'organisation d'intérêt mutuel née d'une dynamique locale. Initialement axée sur l'aide aux femmes par l'octroi de prêts remboursables afin de financer des activités génératrices de revenus, cette association a ensuite décidé d'intégrer un système de mutualisation du risque « maladie » au sein de ses activités avec l'aide du programme STEP-BIT, répondant ainsi aux problèmes de non-remboursement des crédits liés à des problèmes de santé. Pour ces groupements de micro-finance, une mutuelle de santé représente à la fois un service pour l'ensemble des membres ainsi qu'un mécanisme de renforcement de la viabilité financière de l'institution.

Ensuite, l'objectif principal poursuivi par l'ensemble des opérateurs nationaux ou étrangers est d'apporter un soutien aux populations démunies en les aidant à se prémunir face au risque « maladie ». Cependant, la différence avec les organisations locales d'intérêt mutuel réside dans le fait que l'intervention en matière de santé est réalisée en considérant tant l'offre que la demande de soins. Ainsi, ces opérateurs ont tendance à prolonger leurs actions menées dans le domaine de la santé en dehors de la mise en place de mutuelles, en tentant par exemple d'améliorer la viabilité financière et le taux de fréquentation des centres de santé mais également d'étendre la protection sociale ou encore de permettre un développement global intégré des communautés. La plupart des organisations mutualistes au Bénin sont initiées par ce type d'opérateurs, comme c'est le cas par exemple de l'ONG locale de PROMUSAF ou encore des organisations étrangères telles que l'ONG danoise BØRNEfonden basée sur un système de parrainage d'enfants défavorisés ou l'ONG belge Louvain-développement émanant de l'Université Catholique de Louvain et soutenue par la Coopération belge.

Enfin, on peut épingler l'implication d'un opérateur issu du secteur public dans la mise en place des mutuelles de santé au Bénin. Dans ce cas, l'Etat lui-même décide de mettre en place des structures associatives autonomes de mutualisation des risques sociaux (dont notamment les risques liés à la santé) à destination d'une population pauvre travaillant hors du secteur formel et ne bénéficiant donc a priori d'aucune couverture sociale. C'est notamment le cas de la Mutuelle de Sécurité Sociale de Cotonou initiée par le Ministère béninois de la Fonction Publique et du Travail. Il semble néanmoins qu'à l'heure actuelle, cette expérience connaisse quelques dysfonctionnements en raison d'une trop forte dépendance vis-à-vis de la structure étatique. Malgré tout, l'Etat a fait appel

---

<sup>20</sup> FONTENEAU, B., 2003.

au programme STEP-BIT afin d'obtenir un soutien technique visant à restructurer et redynamiser l'initiative mutualiste.

Les structures d'appui aux mutuelles de santé en raison de leur profil institutionnel ainsi que de leur capacité technique vont déterminer en grande partie les orientations et modalités de fonctionnement des mutuelles de santé.<sup>21</sup> En effet, selon B. Fonteneau, l'appui de ces opérateurs semble avoir non seulement un rôle technique fondamental en terme de viabilité mais semble également engendrer des différences fonctionnelles entre les initiatives soutenues « *en fonction du profil spécialisé ou non de l'intervenant, de son approche en termes de suivi de proximité et de la durabilité de sa présence* ». <sup>22</sup> Les mutuelles de santé ne peuvent actuellement fonctionner de manière isolée, mais ont besoin d'un contact avec l'extérieur afin d'accroître l'accès aux ressources qui leur sont nécessaires. Face à certains risques de corruption, les mutuelles de santé nécessitent un encadrement spécialisé que peuvent leur fournir les organisations nationales et étrangères qui les soutiennent. Il ne faut toutefois pas négliger l'importance de l'implication des communautés locales dans la mise en œuvre des expériences. L'appropriation et l'adaptation des mécanismes par la population constituent en effet un gage de réussite des projets mutualistes en Afrique.<sup>23</sup>

#### **4.2. Modalités de fonctionnement des mutuelles de santé au Bénin**

Notre méthodologie de travail nous a conduit dans un second temps à répertorier et comparer dix organisations mutualistes béninoises présentées au tableau 3. Dans les deux sous-sections suivantes, nous analysons les différentes modalités de fonctionnement des mutuelles de santé au Bénin en étudiant d'une part, les modalités d'adhésion et de cotisation, et d'autre part, les modalités de prise en charge en cas de maladie. Un tableau présentant les caractéristiques détaillées de chacune des dix organisations mutualistes étudiées se trouve en annexe 2. Toutes ces informations ont été collectées lors d'un séjour de trois mois au Bénin lors du dernier trimestre de l'année 2004 au travers d'entretiens « face à face » avec les responsables des mutuelles. Les dix organisations ont été sélectionnées sur base de trois critères. Le premier critère est constitué par le soutien d'un des huit organismes d'appui présentés dans la section 4.1. Le deuxième critère nous a conduit à ne retenir que les initiatives opérationnelles depuis plus d'un an. Enfin, dans la mesure du possible, nous avons sélectionné deux

---

<sup>21</sup> CRIEL, B. et WAELKENS, M.P., 2004.

<sup>22</sup> FONTENEAU, B., 2003, p. 31-32.

<sup>23</sup> DEVELTERE, P. et FONTENEAU, B., 2003.

mutuelles par structure d'appui étant donné l'hétérogénéité des expériences. Deux cas particuliers figurent parmi la dizaine d'études de cas sélectionnées. Il s'agit en fait de deux initiatives en cessation d'activités ayant toutefois fonctionné pendant une période supérieure à un an. En nous référant au critère de « fonctionnalité » (retenant les structures fonctionnant depuis un an au moins), nous avons constaté que les mutuelles de santé soutenues par les opérateurs Louvain-développement et PHR + ne répondaient pas à ce critère au moment de l'étude (dernier trimestre 2004). C'est pourquoi, aucune mutuelle appuyée par ces organisations n'a fait l'objet d'une analyse plus approfondie.

Tableau 3 : Liste des mutuelles de santé sélectionnées au Bénin

Nom de l'organisme d'appui	Nom de la mutuelle de santé	Localisation	Remarque
ADMAB	Caisse villageoise de mutualité sociale rurale (CVMSR)	GUENE	
ADMAB	Caisse villageoise de mutualité sociale rurale (CVMSR)	AGBOKPA	en cessation d'activités
BØRNEfonden	Mutuelle Azonkponté	LOGOZOHE	
BØRNEfonden	Mutuelle Sonangnon	GLAZOUE-OUEDEME	
CIDR	Mutuelle de santé	KEMON	
CIDR	Mutuelle de santé	SIRAROU	
DGT	Mutuelle de Sécurité Sociale	COTONOU	
PROMUSAF	Mutuelle Sutii Dera	GAMIA	
PROMUSAF	Mutuelle Dounoukpo	TEGON	en cessation d'activités
STEP/BIT	Micro-Assurance Santé du réseau ASSEF	COTONOU	

#### 4.2.1. Modalités d'adhésion et de cotisation

Le tableau de l'annexe 2 reprend pour chaque mutuelle étudiée les conditions générales d'adhésion ainsi que les restrictions propres à chaque organisation. Il en va de même pour les modalités de cotisations dont les caractéristiques sont détaillées dans le même tableau (périodicité, montants exigés, période d'observation, etc.). En ce qui concerne l'adhésion, celle-ci est volontaire dans toutes les mutuelles étudiées. Chacun est libre d'adhérer à une mutuelle de santé quel que soit son état de santé. L'adhésion peut être individuelle, collective ou familiale. L'avantage de l'adhésion de groupe réside dans le fait qu'elle réduit les menaces de sélection adverse en



répartissant les risques liés à la maladie sur l'ensemble des membres du groupe. Ce problème de sélection adverse survient quand seuls des individus en moins bonne santé adhèrent à l'association rendant impossible le principe de solidarité entre malades et bien portants. D'autre part, l'anti-sélection provient du fait que l'association en tant qu'assureur ne peut déceler le profil de risques liés à la santé de ses membres, vu l'asymétrie d'information en faveur des membres.

La plupart des initiatives exigent un droit d'entrée lors de l'adhésion communément appelé « droit d'adhésion ». Ce droit d'adhésion équivaut en général à un montant d'environ 1000FCFA par membre payé au moment de l'adhésion.<sup>24</sup> L'adhésion à certaines structures est réservée à des catégories spécifiques de la population. La limitation peut s'opérer au niveau du genre comme dans le cas d'ASSEF (associations destinées à des groupements de femmes) ou au niveau de l'appartenance à une autre structure comme dans le cas des mutuelles de BØRNEfonden voire même au niveau d'une catégorie socio-professionnelle. D'autres restrictions peuvent être instituées au sein de l'association. En général, les enfants considérés comme bénéficiaires doivent être âgés de moins de 21 ans. Certains établissent plutôt une limitation par le biais d'un nombre maximum autorisé de personnes qu'un adhérent peut avoir à sa charge (jusque 10 bénéficiaires maximum dans le cas de la mutuelle d'Agbokpa).

Or, la plupart du temps, les ménages appartenant au secteur informel ont une capacité financière trop limitée pour inscrire l'entièreté de la famille au système mutualiste. Il est dès lors rationnel de la part des ménages de couvrir en priorité les membres les plus vulnérables, autrement dit, les enfants en bas âge ainsi que les femmes (à condition que les frais d'accouchement soient remboursés par l'association, ce qui est souvent le cas) ou les personnes âgées. Ces trois groupes d'individus sont ceux qui représentent la plus grande probabilité d'avoir recours aux services offerts par la mutuelle de santé, d'où l'apparition d'un risque de sélection adverse pouvant nuire au développement de l'association.<sup>25</sup> Une solution peut être de rendre obligatoire l'adhésion pour l'ensemble des membres de la famille, celle-ci n'est toutefois pas toujours possible comme nous venons de le souligner. Une solution alternative consiste en l'établissement d'une période d'observation. Cette période permet, d'une part, à l'association de se constituer un fonds de roulement et, d'autre part, d'éviter les adhésions « intéressées » caractérisées par un membre désireux de s'affilier au moment où survient la maladie. Ce système introduit également la notion de prévoyance fort peu présente dans le contexte africain où prédominent

---

<sup>24</sup> 1 euro = 655,957 FCFA.

<sup>25</sup> HUBER et al., 2003.

les stratégies de survie entraînant une nette préférence pour le présent au sein des populations pauvres.<sup>26</sup>

Au niveau des modalités de cotisations, ces dernières peuvent d'une part être individuelle ou familiale et d'autre part, être mensuelles ou annuelles. Le choix de la périodicité de versement des cotisations ainsi que l'établissement du montant à cotiser s'effectuent en accord avec les communautés locales en fonction de leur capacité contributive et de la régularité de leurs revenus. Si la population-cible est constituée d'individus vivant en zones rurales, la mutuelle aura tendance à appliquer une cotisation annuelle vu le caractère saisonnier du revenu des membres. La collecte des cotisations pourrait alors coïncider avec les périodes de vente des récoltes. Si la population-cible réside plutôt en milieu urbain, les cotisations pourront plus facilement être collectées mensuellement, le revenu des membres étant a priori plus régulier.<sup>27</sup>

Les mutuelles de santé sont souvent confrontées à l'irrégularité de paiement des cotisations. Afin de lutter contre ce problème, certains aménagements ont été mis en place. En effet, de nombreuses associations offrent la possibilité soit d'échelonner le paiement de la cotisation sur plusieurs mois si celle-ci est annuelle ; soit, quand la cotisation est mensuelle, de permettre aux membres de payer plusieurs mois de cotisations au moment où ceux-ci disposent de ressources monétaires. Dans le deuxième cas, la mesure d'assouplissement en question permet aux membres d'éviter certains frais de déplacement ou constitue une mesure de prévoyance si les revenus des membres sont saisonniers ou simplement irréguliers.<sup>28</sup> Finalement, on constate que chaque association adapte ses modalités de cotisations en fonction du profil et des désirs de ses membres faisant partie pour la plupart du secteur informel et ayant par conséquent des revenus modestes. Ces adaptations semblent capitales au développement et à la viabilité des structures mutualistes dans le sens où elles traduisent la compréhension et l'appropriation du système par les communautés locales.

#### 4.2.2. Modalités de prise en charge en cas de maladie

En ce qui concerne la prise en charge en cas de maladie, le tableau de l'annexe 2 décrit également les différentes modalités de prise en charge au niveau du type de soins couverts par chaque mutuelle, des modalités de paiement ainsi que des mécanismes de co-paiement auxquels chaque

---

<sup>26</sup> CRIEL, B. et WAELKENS, M.P., 2004.

<sup>27</sup> VANCUTSEM, S., 2001.

<sup>28</sup> Aucune association étudiée ne semble accepter les paiements en nature.

organisation a recours. Les membres doivent en premier lieu définir le paquet de prestations couvertes par la mutuelle de santé en échange d'un certain montant cotisé périodiquement. Par principe, les mutuelles de santé s'opposent au mécanisme d'exclusion sur base des profils de risque des individus. Toutefois, le bassin de risques d'une mutuelle est composé d'un ensemble d'individus homogènes issus d'une même communauté locale (en général de taille modeste) et motivés par un intérêt mutuel de mise en commun des risques liés à la santé. Dès lors, en cas d'événements majeurs tels qu'une épidémie, la mutuelle de santé peut être exposée à un risque financier très lourd allant jusqu'à menacer sa survie si la majorité de la communauté est touchée par le sinistre. Par conséquent, dans la plupart des cas, les organisations mutualistes ont recours au rationnement des prestations remboursées pour se protéger face à ces risques de grande ampleur (bien que de faible fréquence) qu'elles sont incapables de gérer par elle-même étant donné leur manque de ressources. Il ne faut toutefois pas que ce rationnement soit trop strict sous peine de décourager l'adhésion de la population, le retour de leur contribution étant alors insuffisant. C'est pourquoi, le paquet de prestations prises en charge par la mutuelle est défini sur base des priorités en matière de santé par la communauté elle-même lors de l'élaboration du projet. La création de structures fédératives de mutuelles et l'instauration d'une formule de réassurance constituent des solutions à plus long terme.<sup>29</sup> Cette solution a été appliquée au Bénin pour les mutuelles de santé soutenues par le CIDR. Ces mutuelles se sont constituées sous forme de réseau au sein duquel un fonds de garantie a été mis en place afin de venir en aide aux éventuelles structures déficitaires. De plus, l'Etat a également un rôle à jouer en intégrant dans sa politique de santé publique les coûts liés à la lutte contre les grands fléaux affectant lourdement la santé des populations, comme le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose.<sup>30</sup>

La plupart des mutuelles étudiées ont recours au principe du tiers-payant, ce qui signifie qu'à chaque fin de mois, l'association verse aux centres de santé concernés le montant de la facture liée aux dépenses de santé de ses membres. Ce procédé permet de limiter les risques de fraudes et d'abus de la part des prestataires de soins du type sur-prescription ou sur-facturation, ces problèmes étant encore très fréquents au Bénin. Les mutuelles soutenues par le CIDR ont réagi à ce problème en engageant un médecin-conseil chargé de vérifier l'état de santé des individus. Une solution alternative consiste à établir une relation de confiance entre la mutuelle et les prestataires de soins par le biais, notamment, de l'élaboration d'un contrat entre ces deux parties. Les conventions conclues

---

<sup>29</sup> DROR, D.M. et JACQUIER, C., 1999.

<sup>30</sup> ATIM, C., 1999.

avec les établissements de santé peuvent par exemple contraindre les prestataires de soins à ne prescrire que des médicaments génériques (moins onéreux).<sup>31</sup> Les mutuelles initiées par BØRNEfonden, quant à elles, n'appliquent pas la méthode du tiers-payant. Le membre doit d'abord payer l'entièreté du coût des soins avant de se faire rembourser par la mutuelle sur présentation d'une attestation conforme aux critères propres à chaque association. La faiblesse de ce principe réside dans le fait que le membre est obligé de déboursier une somme d'argent qu'il ne possède peut-être pas au moment où survient la maladie, ce qui peut l'amener à devoir recourir à l'emprunt alors qu'il a cotisé régulièrement au sein de la mutuelle. Les mutuelles soutenues par l'ADMAB fonctionnent encore de manière différente. Les soins de santé primaires sont couverts par l'épargne personnelle du membre représentant 75% de sa cotisation annuelle tandis que la caisse de solidarité (représentant 20% des cotisations de chaque membre mis en commun et appartenant par conséquent à la collectivité) prend en charge les soins de second rang nécessitant une hospitalisation.<sup>32</sup>

Néanmoins, de manière générale, on constate qu'il est rare que la couverture des soins de santé par les mutuelles de santé soit totale. La majorité des organisations utilisent dès lors des mécanismes de co-paiement tels que l'utilisation du ticket modérateur (c'est-à-dire, un pourcentage des frais médicaux à charge du membre). Ces procédés impliquent pour la plupart la participation des membres dans le financement du coût lié aux soins de santé. De même, un autre mécanisme de co-paiement consiste à établir une franchise (coût forfaitaire) applicable à certains soins et représentant la partie du coût de la maladie supporté par le membre.<sup>33</sup> Le plafonnement de la prise en charge des soins de santé, quant à lui, peut être caractérisé soit par la fixation d'un seuil au-delà duquel les soins ne sont plus remboursés, soit par la limitation du nombre annuel de visites au centre de santé prises en charge par l'association. L'application du principe de co-paiement ainsi que le recours à un plafonnement des prestations couvertes permettent de réduire les risques d'aléa moral en responsabilisant et en sensibilisant le patient aux coûts des soins.

---

<sup>31</sup> Pour plus de détails au sujet de la contractualisation entre mutuelles de santé et formations sanitaires dans le cadre du Bénin, voir SENELLE, M., 2004.

<sup>32</sup> Les 5% restants des montants cotisés par les membres sont destinés à couvrir les frais de gestion de la mutuelle.

<sup>33</sup> Des exemples concrets sont proposés dans le tableau de l'annexe 2.

## **5. Obstacles au développement des mutuelles de santé**

En dépit des problèmes classiques rencontrés sur les marchés d'assurance liés aux asymétries d'information que nous venons d'évoquer, la stratégie de mutualisation des risques semble constituer une solution pertinente dans le cadre du financement de la santé en Afrique Sub-saharienne. Toutefois, les données recueillies au Bénin ainsi que l'analyse de la littérature empirique sur le sujet met en lumière deux observations surprenantes montrant que les initiatives mutualistes rencontrent actuellement un succès modéré en Afrique Sub-saharienne. D'abord, la majorité des expériences sont à l'heure actuelle initiées par des intervenants extérieurs à la communauté locale et très peu d'initiatives apparaissent de manière spontanée dans le domaine de la santé, alors qu'il existe une grande diversité de mouvements associatifs mis en place par les communautés locales africaines. Ensuite, les taux d'adhésions aux mécanismes mutualistes restent relativement faibles par rapport aux taux attendus, alors qu'il existe un réel problème d'accès aux soins de santé et que les mutuelles de santé constituent, du point de vue théorique, des réponses à ce problème en termes d'amélioration de l'accès aux soins de santé.<sup>34</sup> Plusieurs obstacles permettent d'expliquer ce manque de développement des mutuelles de santé. D'une part, le développement de stratégies informelles *ex post* en matière de financement des soins de santé, caractérisées essentiellement par le mécanisme d'épargne-crédit pour la santé au Bénin, semble constituer une entrave à la mise en place de mutuelles de santé. D'autre part, certains facteurs déterminants de l'adhésion aux mutuelles de santé, tels que la qualité des soins de santé ou la capacité financière suffisante des individus, sont bien souvent absents au Bénin et peuvent également constituer un obstacle à l'évolution des mutuelles de santé.

### **5.1. Les stratégies *ex post* et le mécanisme d'épargne-crédit**

Dans le cadre de la gestion des risques liés à la santé, le recours à des modalités informelles autres que l'assurance mutualiste peut également expliquer le faible succès de celle-ci. Parmi ces modalités, on retrouve l'adhésion à des caisses locales d'épargne-crédit gérées par une communauté, le paiement différé des soins au prestataire, ou encore, l'endettement auprès d'un proche ou le recours à l'usure. Dans ce dernier cas, la situation d'urgence dans laquelle se trouve le ménage ne fait qu'accentuer sa vulnérabilité et celui-ci peut se voir contraint à accepter des

---

<sup>34</sup> MEESEN, B., et al., 2002.

taux d'intérêt exorbitants.<sup>35</sup> Ces stratégies *ex post* de gestion du risque « maladie » semblent être l'option privilégiée par les catégories les plus pauvres de la population des pays en voie de développement. Ceci peut être partiellement expliqué par le fait que, dans des économies de survie, la priorité des ménages n'est pas basée sur l'assurance maladie (impliquant une notion de prévoyance) mais sur l'alimentation quotidienne et les frais de scolarité des enfants. En outre, les individus préfèrent investir dans de petites activités lucratives plutôt que de verser périodiquement une cotisation pour l'assurance. Les revenus retirés de ces activités permettent de financer directement les soins de santé quand la maladie se déclare, et ce, dans le centre de santé de leur choix ou chez le guérisseur traditionnel.<sup>36</sup>

Au Bénin, on peut distinguer deux tendances principales en matière de stratégies collectives de couverture face au risque maladie au niveau des communautés locales. En effet, à côté des mutuelles de santé, on constate l'émergence d'initiatives issues des communautés locales basées sur le principe d'épargne-crédit. Par l'intermédiaire de ces mécanismes, chaque membre recourt à son épargne individuelle au moment où la maladie survient et ce montant épargné lui donne droit, selon les cas, à un prêt remboursable avec ou sans intérêt. Le crédit, s'il a lieu, permet aux membres de répartir les coûts engendrés par la maladie sur une plus longue période de temps. Toutefois, il ne faut pas perdre de vue que ce procédé implique un remboursement fortement dépendant des revenus futurs de l'individu. Or, ces derniers peuvent chuter suite au sinistre subi par l'individu, ce qui pourrait entraîner un endettement accru du membre incapable de rembourser son emprunt. Comme nous l'avons expliqué dans la section 3, les mécanismes d'épargne-crédit constituent une alternative aux mutuelles de santé et semblent plus proches du principe de « réciprocité équilibrée » dominant les comportements des populations africaines. De là pourrait découler une certaine concurrence entre les deux procédés au vu du développement et de l'engouement que connaissent actuellement les mécanismes d'épargne-crédit dans le domaine de la santé. Le recours au principe d'épargne-crédit dans le financement de la santé est un phénomène relativement récent, celui-ci était autrefois principalement développé pour soutenir le financement d'activités génératrices de revenus telles que la mise en place de petits commerces. Il semblerait par ailleurs qu'à l'heure actuelle, les structures ayant recours à des mécanismes d'épargne et de crédit connaîtraient un succès plus important que les structures mutualistes, car répondant mieux au principe de réciprocité équilibrée prévalant en Afrique. Peu de données sont aujourd'hui disponibles sur l'importance de ce mécanisme d'épargne-crédit, à titre

---

<sup>35</sup> MEESSEN, B., 2003.

<sup>36</sup> HUBER, G. et al., 2003.

d'exemple, on peut cependant citer les structures initiées par le Centre Béninois pour le Développement des Initiatives à la Base (CBDIBA) au Bénin sous forme de mécanismes d'épargne-crédit pour la santé suite à la demande des populations locales, déjà habituées à ce type de mécanisme. D'autre part, certaines initiatives se distinguent par le lien qu'elles établissent avec le secteur de la micro-finance, comme c'est le cas de l'association ASSEF. En ce qui concerne les CVMSR soutenues par l'ADMAB, il s'agit de mécanismes collectifs combinant le processus d'épargne pour la santé et l'utilisation d'une caisse de solidarité pour la mise en commun des coûts liés aux maladies dépassant le cadre des soins de santé primaires.

## **5.2. Les autres obstacles**

Il est indispensable que les besoins non satisfaits des populations soient exprimés par ces dernières pour qu'il y ait émergence de mécanismes du tiers-secteur afin de combler les besoins des individus. Or, il arrive bien souvent que de nombreux ménages et communautés de zones rurales ignorent l'existence même des mécanismes mutualistes. Ce déficit d'information pourrait constituer une des explications possibles au faible taux d'adhésion aux mutuelles. Ce problème soulève l'importance du rôle des intervenants extérieurs dans la sensibilisation des populations. Outre ce défaut d'information, Waelkens et Criel<sup>37</sup> distinguent trois facteurs déterminants dans la décision des ménages d'adhérer ou non à une mutuelle de santé. Ces trois facteurs sont la qualité des soins de santé, la capacité financière des individus ainsi que le rôle du contrôle et de la confiance. Il est intéressant de noter que les causes d'échec des deux mutuelles en cessation d'activités étudiées au Bénin sont étroitement liées à ces facteurs. D'une part, la fermeture d'un centre de santé a été à l'origine du déclin de la mutuelle de Tégon, ce dispensaire étant le seul aux alentours prodiguant des services jugés de qualité suffisante par la population. Un manque de confiance dans les centres de santé voisins a donc découragé les individus à continuer le paiement de leurs cotisations à la mutuelle. D'autre part, le manque de contrôle exercé sur les membres de la mutuelle de Agbokpa a conduit à une série de fraudes et de détournements de fonds cotisés au profit des responsables de l'organisation, causant la cessation des activités de celle-ci. D'autres obstacles interviennent également tels que le manque de capacité en matière de gestion ainsi que la présence de coûts fixes et de coûts de transaction trop élevés correspondant notamment aux frais de gestion de la mutuelle, aux frais de déplacement des membres ou encore aux coûts

---

<sup>37</sup> CRIEL, B. et WAELKENS, M.P., 2004.

représentés par l'investissement en temps des membres bénévoles (dont les activités principales liées à l'agriculture sont prioritaires par rapport aux intérêts de la mutuelle).

En définitive, la décision d'un ménage de souscrire ou non à une couverture des risques « maladie » dépend du bénéfice attendu et de la capacité financière du ménage. Les gains attendus varient en fonction de la qualité des soins et de l'efficacité des services de santé. Pour qu'un ménage décide d'adhérer à une mutuelle, il est nécessaire que les gains attendus soient relativement importants et suffisamment certains (autrement dit, peu sensibles aux aléas extérieurs). Enfin, il faut également que les gains escomptés ne semblent pas trop éloignés dans le temps pour les individus. Etant donné la forte préférence pour le présent prédominant dans les économies de subsistance, on peut supposer que les individus n'accordent que peu de valeur à la perspective d'un gain dans le long terme. Les gains attendus doivent donc être supérieurs au sacrifice effectué par les individus. Ce sacrifice représente l'ensemble des coûts auxquels font face les ménages affiliés, c'est-à-dire, la prime versée mais également les coûts à charge du ménage en cas de maladie d'un des membres (taux de co-paiement, frais de déplacement, coût d'opportunité lié à l'arrêt des activités productives, etc.).<sup>38</sup>

## **6. Conclusions**

L'objet de l'étude consistait à analyser les organisations mutualistes en tant que stratégies potentielles de développement d'assurance collective dans le domaine de la santé en Afrique de l'Ouest et en particulier au Bénin. A cette fin, nous avons sélectionné huit organismes d'appui et avons dégagé globalement les spécificités propres à chacun de ces opérateurs. Nous avons constaté que, ces organismes poursuivent l'objectif commun d'étendre la couverture des soins de santé aux couches démunies de la population principalement en milieu rural et apportent un soutien technique et financier indispensable au développement des mutuelles de santé au Bénin. Ensuite, une étude détaillée de dix mutuelles de santé a été réalisée. En particulier, nous avons remarqué que l'adhésion à une mutuelle est dans tous les cas volontaire de manière individuelle ou familiale à raison d'un droit d'entrée mais que certaines restrictions peuvent être imposées par l'organisation. Parmi ces restrictions, citons une limite au niveau du nombre maximum de personne à charge du membre, l'appartenance à un autre réseau ou l'établissement d'une période d'observation avant le remboursement des soins de santé afin d'éviter notamment des problèmes

---

<sup>38</sup> MEESEN, B. et al., 2002.



liés à la sélection adverse. Au niveau du système de cotisations, il semble que celles-ci soient fixées en fonction de la capacité contributive des membres et de la régularité de leurs revenus, selon que la mutuelle est établie en milieu rural ou urbain. Le panier de soins couverts par la mutuelle, quant à lui, est défini sur base des priorités en matière de santé par les membres eux-mêmes. Cependant, le rationnement des prestations remboursées est nécessaire pour assurer la viabilité financière de la mutuelle dont les ressources sont limitées. A ce niveau, on constate l'importance d'une intervention de l'Etat au niveau de la prise en charge des pathologies les plus lourdes et les plus coûteuses, comme le paludisme ou le VIH/SIDA. La plupart des mutuelles étudiées utilisent le principe du tiers-payant qui permet de limiter les risques de fraudes ou d'abus de la part des prestataires de soin, encore très fréquents au Bénin. En outre, l'ensemble des organisations étudiées a recours à des mécanismes de co-paiement impliquant la participation financière des membres dans la couverture des soins de santé dans le but de réduire les problèmes d'aléa moral. Cependant, outre les problèmes classiques liés aux asymétries d'information dans le domaine de l'assurance santé, les mutuelles de santé semblent être confrontées à de nombreuses difficultés pouvant nuire à leur développement. Ainsi, un manque d'information, un faible niveau de revenus, un problème de contrôle et de confiance et également le développement de stratégies alternatives aux mutuelles comme les mécanismes d'épargne-crédit forment autant d'obstacles à la mise en place des mutuelles de santé.

Au terme de cette étude, on peut s'interroger sur le réel potentiel de développement de telles initiatives vu le nombre d'obstacles majeurs auxquels elles sont confrontées. Cependant, même si ces mécanismes ne constituent pas la panacée et demeurent largement minoritaires dans le financement de la santé en Afrique de l'Ouest, il semble prématuré de se prononcer au sujet de l'efficacité potentielle des mutuelles de santé, surtout quand on sait que l'évolution du mouvement mutualiste dans les pays européens s'est étalée sur près d'un siècle. De nombreuses pistes de recherche essentielles sont encore à creuser. L'analyse détaillée des déterminants d'adhésion au niveau des ménages, la question de la prise en charge des indigents ainsi que l'étude des relations entre les mutuelles de santé et l'Etat représentent des thématiques essentielles qui mériteraient d'être développées davantage. Toutefois, on constate que les populations vulnérables privilégient les stratégies *ex post* de gestion du risque social visant à alléger l'impact du sinistre une fois que celui-ci s'est produit. Le recours très répandu à l'entraide familiale ainsi qu'à l'emprunt en cas de maladie parmi les populations démunies tend à appuyer ce constat. A priori pourtant, le choix de l'emprunt ne semble pas rationnel étant donné

que les avantages relatifs à ces mécanismes de crédit paraissent inférieurs à ceux tirés des mécanismes de mutualisation des risques. Certains comportements propres aux populations africaines peuvent en effet paraître « irrationnels » si on s'en tient aux grilles d'analyse économique occidentales. Cependant, ceux-ci traduisent bien souvent un ensemble de valeurs et de normes sociales spécifiques à la rationalité de l'agent économique africain. Il en résulte que les populations des sociétés africaines semblent davantage guidées par un principe de « réciprocité équilibrée » caractérisé par des échanges de type « don/contre-don » plutôt que par une véritable logique d'assurance. Ceci n'implique pas pour autant l'incompatibilité des mécanismes mutualistes (dans lesquels les retombées de la contribution versée sont inconnues au moment du paiement) avec le principe de « réciprocité équilibrée » prévalant en Afrique à condition de réaliser certains aménagements afin de rendre les mutuelles de santé plus attractives pour la population. L'élargissement de la couverture de santé aux petits risques plus fréquents et l'extension de la couverture à des risques multiples (comme par exemple les frais de funérailles ou ceux liés à la naissance d'un enfant) plutôt qu'au seul risque « maladie » constituent des exemples d'aménagements possibles pour les populations. Afin d'illustrer ce genre d'aménagements, on peut se référer aux Caisses Villageoises de Mutualité Sociale Rurale (CVMSR) appuyées par l'ADMAB. Ces CVMSR fonctionnent en fait sur base d'un système hybride d'épargne (utilisée pour les soins de santé primaires) et de mutualisation des risques liés à la santé (via une caisse de solidarité utilisée pour certaines maladies plus coûteuses). Ainsi, le bénéfice retiré de l'arrangement mutualiste semble moins éloigné dans le temps pour les individus et ces derniers sont plus enclins à adhérer au mécanisme. Dans cette optique, le développement des organisations d'épargne-crédit au Bénin en matière de financement de la santé pourrait constituer une étape préalable à la mise en place à plus long terme d'un véritable mécanisme de mutualisation des risques impliquant les notions de prévoyance et de solidarité.

## 6. Bibliographie

ABRAHAM, A. et PLATTEAU, J.P. (1995), Mutual Insurance as a Problematic Concept in Traditional Risk-Prone Societies : Towards Solving the Paradox, *Cahiers de la Faculté des Sciences Economiques et Sociales de l'Université Notre-Dame de la Paix de Namur*, n°147.

ATIM, C. (1998), *Contribution des Mutuelles de Santé au Financement, à la Fourniture et à l'Accès aux Soins de Santé : Synthèse des Travaux de Recherche Menés dans Neuf Pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre*, BIT/STEP.

ATIM, C. (1999), L'Emergence d'un Mouvement Mutualiste au Sud, dans DEFOURNY, J. et al. (éds.), *L'Economie Sociale au Nord et au Sud*, Paris/Bruxelles, de Boeck Université, pp. 83-104.

AUDIBERT, M., MATHONNAT, J. et DE ROODENBEKE, E. (2003), *Le Financement de la Santé dans les Pays d'Afrique et d'Asie à Faible Revenu*, Paris, Karthala.

CRIEL, B., et WAELKENS, M.P. (2004), *Les Mutuelles de Santé en Afrique Sub-Saharienne : Etat des Lieux et Réflexions sur un Agenda de Recherches*, Washington, Banque Mondiale/HNP.

DEVELTERE, P. et FONTENEAU, B. (2003), Mouvement Social et Economie Sociale et Solidaire : Economie Sociale, Conçue au Nord, Pertinente au Sud ?, *Economie et Solidarités*, Hors série, pp. 30-52.

DEVELTERE, P., DOYEN., G. et FONTENEAU, B. (2004), *Micro-Assurances et Soins de Santé dans le Tiers-Monde*, Louvain, Cera Foundation/BRS/HIVA.

DROR, D.M. et JACQUIER, C. (1999), Micro-Assurance : Elargissement de l'Assurance Maladie aux Exclus, *Revue Internationale de Sécurité Sociale*, 52, n°1, pp. 87-119.

DUJARDIN, A. (2005a), *Analyse Comparée des Mécanismes Collectifs de Prise en Charge des Risques Liés à la Santé. Cas du Bénin*, Université de Liège.

DUJARDIN, A. (2005b), *Les mécanismes communautaires et mutuels pour le financement de la santé en Afrique Sub-saharienne. Une analyse économique*, Université de Liège.

EVARD, D. (2002), Mutuelles de Santé en Afrique : Mouvement Emergent ou Phénomène de Mode ? , *Courrier de la Concertation*, n°9, pp. 11-17.

FONTENEAU, B. (2003), *Les Défis des Systèmes de Micro-Assurance Santé en Afrique de l'Ouest : Cadre Politique, Environnement Institutionnel, Fonctionnement et Viabilité*, Louvain, KUL/HIVA.

GUI, B. (1991), The Economic Rationale for the « Third Sector » : Non Profit and Other Noncapitalist Organizations, *Annales de l'Economie Publique, Sociale et Coopérative*, 62, n°4, pp. 551-573.

HOLZMANN, R., SHERBURNE-BENZ, L. et TESLIUC, E. (2003), *Social Risk Management : The World Bank's Approach to Social protection in a Globalizing World*, Washington D.C., World bank.

HUBER, G., HOHMANN, J. et REINHARD, K. (2003), *Les Mutuelles de Santé : Cinq Années d'Expérience en Afrique de l'Ouest*, Bonn, GTZ.

HUGON, P. (2001), *Economie de l'Afrique*, 3<sup>ème</sup> éd., Paris, La Découverte.

JUTTING, J. (2002), *Social Risk Managment in Rural Areas of Low-Income Countries : an Economic Analysis of Community-Based Health Insurance Schemes*, Université de Bonn.

JUTTING, J. (2004), *Health Insurance for the Poor in Developing Countries*, Ashgate.

KERVYN, B. (1998), Commentaire : Pourquoi s'Intéresser aux Groupes Informels de Kibera ? , *Non Marchand*, n°2, pp. 53-56.

LETOURMY, A. (2004), *Premiers Résultats de l'Inventaire 2003 de la Concertation*. Forum de la Concertation, Bamako, RAMUS/CERMES.

MEESSEN, B., CRIEL, B. et KEGELS, G. (2002), Les Arrangements Formels de Mise en Commun des Risques Maladie en Afrique Sub-Saharienne : Pistes de Réflexion sur les Obstacles Rencontrés, *Revue Internationale de Sécurité Sociale*, 55, n°2, pp. 91-116.

MEESEN, B. (2003), Quelles Stratégies de Couverture Face aux Risques liés à la Santé ? Quelques Points de Repères Microéconomiques pour la Réflexion sur les Stratégies Disponibles dans les Sociétés Traditionnelles, dans AUDIBERT, M., MATHONNAT, J. et DE ROODENBEKE, E., *Le Financement de la Santé dans les Pays d'Afrique et d'Asie à Faible Revenu*, Paris, Karthala, pp. 175-203.

PREKER, A. et CARRIN, G. (eds) (2004), *Health Financing for Poor People. Resource Mobilization and Risk Sharing*, Washington, Banque Mondiale.

SENELLE, M. (2004), *Les Relations Contractuelles entre Mutuelles de Santé et Formations Sanitaires. Eléments Théoriques et Exemples Pratiques en République du Bénin*, Université de Liège.

VANCUTSEM, S. (2001), *Analyse Comparée des Mutuelles de Santé et Autres Systèmes de Micro-Assurance Santé au Bénin*, Université de Liège.

## 7. Annexes

### Annexe 1 : Identification des opérateurs soutenant des mutuelles de santé au Bénin

Structures d'appui	Dénomination des systèmes mutualistes	Nombre de mutuelles	Caractéristiques
ADMAB	Caisses villageoises de mutualité sociale rurale (CVMSR)	12 *	Systemes mixtes combinant l'épargne-crédit et la mutualisation des risques liés à la santé
BØRNEfonden	Mutuelles de santé	24 **	Projet de développement intégré (éducation/santé/activités génératrices de revenus) Réservées aux familles membres du système BØRNEfonden
CIDR	Mutuelles de santé	26	Projet de recherche-action Création du « Réseau Alliance Santé »
DGT	Mutuelles de sécurité sociale (MSS)	3	Implication de l'Etat En cours de restructuration avec l'aide de STEP-BIT
LOUVAIN-DEVELOPPEMENT	Mutuelles de santé	3	Structures principalement établies au Togo
PHR+	Mutuelles de santé	10***	Projet global de réforme du secteur sanitaire
PROMUSAF	Mutuelles de santé	14 ****	Point focal du réseau « La Concertation »
STEP/BIT	Micro-assurance santé de l'Association d'Entraide des Femmes (ASSEF)	1	Sur base d'une association de femmes active dans le domaine de la micro-finance

\* Dont 1 en cessation d'activités et 3 pas fonctionnelles (processus en cours) en novembre 2004

\*\* Dont 3 pas encore fonctionnelles en novembre 2004

\*\*\* Initiatives pas encore fonctionnelles en novembre 2004

\*\*\*\* Dont 3 en cessation d'activités et 6 pas encore fonctionnelles en novembre 2004

**Annexe 2 : Caractéristiques des dix organisations mutualistes sélectionnées au Bénin**

Nom de la mutuelle / localisation		CVMSR de GUENE	CVMSR de AGBOKPA	Mutuelle Azonkponté de LOGOZOHE	Mutuelle Sonagnon de GLAZOUE-OUEDEME
Structure d'appui		ADMAB	ADMAB	BØRNEfonden	BØRNEfonden
Date de création		2002	1999	1999	2001
Date de fonctionnalité		2003	1999	2001	2002
Zone d'intervention		Milieu rural	Milieu rural	Milieu rural	Milieu rural
Nombre de bénéficiaires		107	436	384	296
Modalités d'adhésion	Conditions générales	Volontaire	Volontaire	Volontaire	Volontaire
		Familiale	Individuelle ou familiale	Familiale	Familiale
	Droit d'admission	1200 FCFA	1200 FCFA	-	-
	Restrictions	-	10 personnes maximum par famille	Etre membre de BØRNEfonden Avoir moins de 70 ans	Etre membre du système BØRNEfonden
Modalités de cotisation	Périodicité	Cotisations annuelles	Cotisations annuelles	Cotisations annuelles	Cotisations annuelles
	Montants exigés	15 000 FCFA (jusqu'à 11 personnes) ou 25000 FCFA (> 11 personnes)	25 000 FCFA par famille	5 000 FCFA par famille	5 000 FCFA par famille
	Période d'observation	3 mois	-	3 mois	3 mois (si paiement en retard)
Modalités de prise en charge en cas de maladie	Niveau de soins couverts	Paquet de soins de santé primaires et secondaires	Paquet de soins de santé primaires et secondaires	Paquet de soins de santé primaires et secondaires	Paquet de soins de santé primaires et secondaires
	Modalité de paiement	Epargne personnelle (soins de santé primaires) + caisse de solidarité (soins hospitaliers)	Epargne personnelle (soins de santé primaires) + caisse de solidarité (soins hospitaliers)	Paiement de la totalité des dépenses par le membre avant remboursement par la mutuelle	Paiement de la totalité des dépenses par le membre avant remboursement par la mutuelle
	Mécanismes de co-paiement	-	-	Ticket modérateur : 20 %	Ticket modérateur : 25 %
-		-	Plafonnement : 40000FCFA/famille/an	Plafonnement : 30000FCFA/famille/an	
Remarques		En possession d'une ambulance	En cessation d'activités	Construction d'un centre de santé	-

**Annexe 2 (suite) :**

Nom de la mutuelle / localisation		Mutuelle de KEMON	Mutuelle de SIRAROU	Mutuelle de Sécurité Sociale de COTONOU
Structure d'appui		CIDR	CIDR	DGT
Date de création		1998	1995	1999
Date de fonctionnalité		1998	1995	2001
Zone d'intervention		Milieu rural	Milieu rural	Milieu urbain et péri-urbain
Nombre de bénéficiaires		1155	1070	1268
Modalités d'adhésion	Conditions générales	Volontaire	Volontaire	Volontaire
		Individuelle ou familiale	Individuelle ou familiale	Familiale ou par association de travailleurs
	Droit d'admission	1000 FCFA	1000 FCFA	1000FCFA / membre de la famille ou 5000 FCFA/ association
	Restrictions	-	-	-
Modalités de cotisation	Périodicité	Cotisations annuelles	Cotisations annuelles	Cotisations mensuelles
	Montants exigés	Par tranches : 1 pers : 1800 FCFA de 2 à 5 : 7000 FCFA de 6 à 10 : 14000FCFA de 11 à 15 : 21000 FCFA	Par tranches : 1 pers. : 2200 FCFA de 2 à 5 : 7500 FCFA de 6 à 10 : 14800 FCFA > 11 pers. : 14800 FCFA + 500 FCFA par pers. supplémentaire	2000FCFA (si association) ou 3000FCFA (si famille) jusqu'à 4 personnes + 25% de la cotisation par personne supplémentaire
	Période d'observation	-	-	6 mois
Modalités de prise en charge en cas de maladie	Niveau de soins couverts	Paquet de soins de santé primaires et secondaires	Paquet de soins de santé primaires et secondaires	Paquet de soins de santé primaires et secondaires
	Modalité de paiement	Principe du tiers-payant	Principe du tiers-payant	Principe du tiers-payant
	Mécanismes de co-paiement	Ticket modérateur : 10% (petites interventions hospitalières)	Ticket modérateur : 25% (soins hospitaliers)	Ticket modérateur : 10% (consultation) et 30% (autres frais médicaux)
Franchise : 1500 FCFA (consultation)		Franchise : 1500 FCFA (consultation)		
Remarques		Membre du réseau "Alliance Santé"	Membre du réseau "Alliance Santé"	En restructuration avec l'aide de STEP-BIT



**Annexe 2 (fin) :**

Nom de la mutuelle / localisation		Mutuelle Sutih Dera de GAMIA	Mutuelle Dounoukpo de TEGON	Micro-assurance santé de ASSEF à COTONOU
Structure d'appui		PROMUSAF	PROMUSAF	STEP-BIT
Date de création		2000	2001	2003
Date de fonctionnalité		2001	2001	2003
Zone d'intervention		Milieu rural	Milieu rural	Milieu urbain et péri-urbain
Nombre de bénéficiaires		1529	422	2956
Modalités d'adhésion	Conditions générales	Volontaire	Volontaire	Volontaire
		Individuelle	Familiale	Individuelle
	Droit d'admission	1000 FCFA	500 FCFA	1000 FCFA
	Restrictions	-	-	Etre membre du réseau ASSEF
Modalités de cotisation	Périodicité	Cotisations mensuelles	Cotisations mensuelles	Cotisations mensuelles
	Montants exigés	200 FCFA par personne	1000 FCFA par famille (jusqu'à 5 membres) + 100 FCFA par personne supplémentaire	400 FCFA par personne
	Période d'observation	6 mois	6 mois	3 mois
Modalités de prise en charge en cas de maladie	Niveau de soins couverts	Soins de santé primaires uniquement	Soins de santé primaires uniquement	Paquet de soins de santé primaires et secondaires
	Modalité de paiement	Principe du tiers-payant	Principe du tiers-payant	Principe du tiers-payant
	Mécanismes de co-paiement	Ticket modérateur : 25%	Ticket modérateur : 25%	Ticket modérateur : 30%
		Plafonnement : 2 consultations/membre/an (droits échangeables au sein d'une famille)	Plafonnement : 2 consultations/membre/an (droits échangeables au sein d'une famille)	
Remarques			En cessation d'activités	Groupements de femmes + Lien avec le secteur de la microfinance



This yearly series of working papers (WP) aims to publish essentially works in English or in French resulting from the scientific network of CIRIEC and more specifically its working groups. The WP are submitted to a review process and are published under the responsibility of the President of the International Scientific Council, the president of the scientific Commissions or the working groups coordinators and of the editor of the CIRIEC international scientific journal, the *Annals of Public and Cooperative Economics*.

These contributions may be published afterwards in a scientific journal or book.

The contents of the working papers do not involve CIRIEC's responsibility but solely the author(s)' one.

The submissions are to be sent to CIRIEC, Université de Liège au Sart Tilman, Bât B33 (bte 6), BE-4000 Liège, Belgique.

Cette collection annuelle de Working Papers (WP) est destinée à accueillir essentiellement des travaux en français ou en anglais issus du réseau scientifique du CIRIEC et en particulier de ses groupes de travail. Les WP font l'objet d'une procédure d'évaluation et sont publiés sous la responsabilité du président du Conseil scientifique international, des présidents des Commissions scientifiques ou des coordinateurs des groupes de travail et de la rédactrice de la revue scientifique internationale du CIRIEC, les *Annales de l'économie publique, sociale et coopérative*.

Ces contributions peuvent faire l'objet d'une publication scientifique ultérieure.

Le contenu des WP n'engage en rien la responsabilité du CIRIEC mais uniquement celle du ou des auteurs.

Les soumissions sont à envoyer à l'adresse du CIRIEC, Université de Liège au Sart Tilman, Bât B33 (bte 6), BE-4000 Liège, Belgique.

## **Publications**

- 2007/01 Analyse des organisations mutualistes pour le financement de la santé en Afrique de l'Ouest. Le cas du Bénin  
A. DUJARDIN
- 2007/02 Quel cadre légal pour les services d'intérêt économique général ? Analyse comparative de cinq projets de « directive-cadre »  
B. THIRY
- 2007/03 A New Legal Institute of Slovenian Law: Public-Private Partnership  
B. TIČAR
- 2007/04 Gouvernance coopérative et épreuve identitaire : une application aux banques coopératives en France  
N. RICHEZ-BATTESTI
- 2007/05 L'évaluation de l'utilité sociale : une injonction de la puissance publique ? Constats et réflexions sur l'expérimentation « Evaluation de l'utilité sociale »  
F. ROUSSEAU
- 2007/06 Social Economy and the Cooperative Movement in Europe: Input to a New Vision of Agriculture and Rural Development in the Europe of the 25  
J.F. JULIA-IGUAL & E. MELIA
- 2007/07 On the relationship of regulated intra-modal railway competition and land traffic substitution competition  
K. OETTLE