

L'ESS face à ses responsabilités

Protection sociale en Afrique : contribution de l'économie sociale et enjeux politiques**Bénédicte FONTENEAU,**

Hoger Instituut voor de Arbeid, Katholieke Universiteit Leuven

Résumé

En Afrique subsaharienne, la plupart des systèmes officiels de protection sociale ne couvre qu'un pourcentage très faible de la population et de manière limitée pour ce qui est des soins de santé. Après avoir été délaissée pendant des années, le thème de la protection sociale est à nouveau à l'ordre du jour en Afrique subsaharienne. D'une part, parce que depuis une vingtaine d'années, des mutuelles de santé se créent afin de rendre les soins de santé plus accessibles pour les personnes qui y adhèrent. D'autre part, parce que, sous des approches renouvelées, la protection sociale a également été replacée au cœur de l'agenda politique par des organisations internationales comme la Banque Mondiale ou l'Organisation Internationale du Travail. Comment se porte la dynamique mutualiste (en Afrique de l'Ouest particulièrement) ? Comment cette dynamique s'articule-t-elle avec les projets de politique de protection sociale en cours d'élaboration ? Et quels sont les caractéristiques (et enjeux) des approches mises en œuvre ?

Abstract

In Sub-Saharan Africa most official systems of social protection only cover a small percentage of the population, and this in a very limited way when it comes to health care. After having been forgotten for several years, today social protection is back on the agenda in Sub-Saharan Africa. On the one hand, because for twenty years now mutual health organizations (*mutuelles de santé*) have been created in order to make health care more accessible to its members. On the other hand, because social protection has again been put on the political agenda of international organisations like the World Bank or the International Labour Organisation. How does this dynamic of mutual health organizations develop (especially in West-Africa)? How is this dynamic taken into account in elaborating political projects of social protection ? And what are the characteristics (and issues at stake) regarding the implemented social protection approaches?

En Afrique subsaharienne, la plupart des systèmes officiels de protection sociale ne couvre qu'un pourcentage très faible de la population et de manière limitée pour ce qui est des soins de santé. Après avoir été délaissée pendant des années, le thème de la protection sociale est à nouveau à l'ordre du jour en Afrique subsaharienne. D'une part, parce que depuis une vingtaine d'années, des mutuelles de santé se créent afin de rendre les soins de santé plus accessibles pour les personnes qui y adhèrent. Et d'autre part, parce que, sous des approches renouvelées, la protection sociale a été replacée au cœur de l'agenda politique par des institutions internationales comme la Banque Mondiale ou l'Organisation Internationale du Travail. Et dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne, les Etats travaillent à des projets de réformes des systèmes de protection sociale dont l'une des nouveautés est d'intégrer de nouveaux acteurs, comme les mutuelles de santé.

En nous intéressant particulièrement à l'assurance maladie, nous proposerons dans ce texte de mettre en lumière cette double dynamique en nous basant sur des données collectées dans quelques pays (Sénégal, Burkina, Niger, Bénin, Niger) d'Afrique de l'Ouest (voir FONTENEAU, 2004, FONTENEAU ET AL., 2004a, FONTENEAU ET AL., 2004b). Nous essayerons également d'analyser les tendances des nouvelles approches sur la protection sociale, leur influence sur les projets de réformes des politiques de protection sociale et les enjeux à l'ordre du jour pour les mutuelles de santé.

L'ESS face à ses responsabilités

1. SITUATION DE LA PROTECTION SOCIALE EN AFRIQUE**1.1. Les régimes de sécurité sociale existants**

En Afrique, les systèmes officiels de sécurité sociale ont été créés au moment des indépendances et sur une certaine idée du développement économique que devaient connaître ces pays. Ainsi, la plupart des systèmes ont été conçus sur le modèle salarial. On partait du postulat « qu'une proportion croissante de la population active des pays en développement finirait par trouver un emploi dans le secteur formel de l'économie ou par exercer une activité indépendante en étant au bénéfice de la protection sociale » (BIT, 2001, p.3). A ce postulat, se conjuguaient à la volonté de mettre en place des Etats-Providence dans lesquels certains services, comme les soins de santé par exemple, ne seraient pas soumis aux lois du marché mais assurés par les Etats et dispensés gratuitement. Or, comme on le sait, le développement que connaissent les pays africains a pris une autre tournure. En termes d'emploi par exemple, les personnes sont surtout occupées dans le secteur informel ou à des activités agricoles et dans les deux cas, en dehors du modèle salarial. Difficultés économiques et sociales, poids de la dette et restrictions financières (diminution des dépenses publiques) dans le cadre des programmes d'ajustement structurel ont fait qu'on ne peut plus réellement parler d'Etats-Providence en Afrique. Par exemple, le principe de la gratuité des soins a été formellement abandonné vers la fin des années 80 (Initiative de Bamako, 1987)¹. Les programmes d'ajustement structurels n'ont d'ailleurs quasiment jamais pris en compte les régimes de sécurité sociale, alors qu'ils en ont bien subi les conséquences (fermetures et restructuration d'entreprises, insolvabilité des employeurs particulièrement dans le secteur public, etc.), contribuant ainsi à l'érosion de l'assise financière des régimes (EJUBA, s.d., p.3).

Actuellement, on estime de manière générale que la population active couverte par ces régimes légaux de sécurité sociale ne représenterait que 5 à 10% de la population en Afrique subsaharienne (BIT, 2001). Pour ces derniers, les prestations offertes couvrent généralement les risques « familiaux » (allocations familiales, maternité, etc.), les risques professionnels (accident du travail et maladie professionnelle), l'invalidité et les pensions. Qu'en est-il des risques sanitaires ? Pour les fonctionnaires, une prise en charge (autour de 80%) des soins médicaux et d'hospitalisation dans les formations sanitaires de l'Etat est généralement prévue ainsi que d'autres mesures comme le maintien intégral de salaire pendant quelques mois en cas de maladie et partiel par la suite. Pour les travailleurs du secteur privé, les législations prévoient, de manière plus ou moins contraignante selon les cas, que les employeurs prennent, au moins partiellement, en charge les soins médicaux du travailleur et de sa famille. Dans certains pays, comme le Sénégal, ce sont les travailleurs et les employeurs cotisent ensemble pour financer le système (la cotisation employeur doit être au moins équivalente à celle des employés). La couverture du risque maladie, quand elle est prévue par les régimes de sécurité sociale, est donc plutôt confiée aux entreprises privées formelles pour les salariés ou financée par une dotation dans le budget de l'Etat pour les fonctionnaires. Elle offre aux fonctionnaires des prestations intéressantes mais pas toujours de qualité et l'assurance maladie offerte aux travailleurs des entreprises du secteur formel est souvent laissée au bon vouloir de leurs employeurs.

1.2. Renouveau de l'intérêt pour la protection sociale

Pendant longtemps, on s'est en quelque sorte désintéressé de la protection sociale. De plus, les institutions existantes (types caisses nationale de sécurité sociale) étaient considérées comme peu performantes et relativement mal gérées. Mais depuis une dizaine d'années, il semble cependant que le débat sur la protection sociale se voit ravivé dans chacun de ces pays. Plusieurs événements ou dynamiques sont à la base de cela. Le sommet mondial de Copenhague (1995) sur le développement social recommandait (§ 38) notamment d'élaborer des « stratégies permettant d'élargir

¹ Notons que paradoxalement, certaines institutions financières internationales (dont la Banque Mondiale, pourtant à la base de l'argumentation visant à supprimer la gratuité des soins) et certains Etats reviennent maintenant sur cette décision, soit sont déjà revenus à la gratuité pour certains échelons sanitaires (Ouganda, Kenya, Zimbabwe).

L'ESS face à ses responsabilités

progressivement les programmes de protection sociale de façon à ce qu'ils s'appliquent à toute la population » et « encourageait les groupements d'auto-assistance, les associations professionnelles et autres organisations appartenant à la société civile à essayer des formules neuves dans le domaine social ». Deux ans plus tard, cette préoccupation était renforcée par la crise financière de 1997 qui rendait visible la situation de plusieurs pays asiatiques qui avaient fortement négligés les mécanismes de protection sociale. Devant cette crise, on commençait à reconnaître que si des de tels mécanismes avaient existés, la récession économique aurait été moins fortement ressentie par les populations (NORTON ET AL., 2001). Des constats similaires étaient ainsi fait pour les pays africains qui avaient été soumis à des programmes d'ajustement structurels. Ainsi, tout en reconnaissant les limites intrinsèques des régimes de sécurité sociale, EJUBA (s.d., de l'Association Internationale de la Sécurité Sociale) relevait également que « les instances qui ont imposé les programmes d'ajustement structurel en Afrique n'ont pas su prendre en compte, en amont le rôle de la sécurité sociale, ses objectifs et son potentiel dans les pays concernés ».

Ce renouveau de l'intérêt pour la protection sociale dans les pays africains s'est aussi traduit par le développement de nouvelles approches sur la protection sociale. Nous reviendrons sur les détails de certaines de ces approches mais ce qui est novateur, c'est l'idée de systèmes de protection sociale dans lesquels une diversité d'acteurs, public et privé, serait impliquée. Avec plus ou moins d'intensité et dans des rôles différents, on retrouve parmi ces acteurs, l'Etat (dans ses composantes centralisées et décentralisées) mais aussi des acteurs privés à but lucratif (les assureurs privés) et des acteurs privés à but non lucratif. C'est à ces derniers que nous allons nous intéresser dans la partie suivante.

2. L'ÉMERGENCE D'ORGANISATION D'ÉCONOMIE SOCIALE: LES MUTUELLES DE SANTÉ

En effet, la mise en œuvre de réponses face aux lacunes des systèmes de sécurité sociale et en particulier aux problèmes d'accès aux soins n'a pas attendu le regain d'intérêt pour la protection sociale qu'ont maintenant les Etats et certaines institutions internationales.

Dans le mouvement des processus de « démocratisation » que connaissent plusieurs pays africains, on a effectivement vu émerger à partir des années 90 un ensemble de d'initiatives d'économie sociale dans ce domaine, et notamment des mutuelles de santé. Ces mutuelles étaient généralement initiées par des individus ou des organisations (organisations paysannes, coopérative, syndicats, organisations confessionnelles) qui cherchaient pragmatiquement à rendre les soins de santé plus accessibles par un mécanisme de partage des risques et de mise en commun des ressources.

Le fait que ces initiatives se soit développées dans le champ de la santé n'est pas un hasard. L'accès aux soins de santé est particulièrement problématique en Afrique subsaharienne. Aux carences des systèmes de protection sociale, s'ajoutent celles des systèmes de santé (problèmes de financement, inéquité géographique, ressources humaines insuffisantes et mal réparties, mauvaise gestion, etc.) et la mise en œuvre de politique tarifaire obligeant les habitants à déboursier des sommes parfois importantes (transport, médicaments, soins hospitaliers) pour pouvoir se faire soigner dans les centres de santé « modernes » (biomédecine). Ces systèmes ont d'ailleurs particulièrement vu le jour à un moment (fin des années 80) où les Etats remettait en question ses modes de financement de la santé (abandon formel de la gratuité des soins) en privilégiant un mécanisme particulièrement inéquitable (RIDDE, 2007), à savoir le paiement direct des soins.

Ce phénomène ne concerne pas uniquement l'Afrique de l'Ouest. Dans d'autres régions d'Afrique et du reste du monde, apparaissent également des qualifiés de « micro-assurance ». Par leurs modalités financières et techniques, ces mécanismes permettent généralement à des populations qui en étaient privées jusque là d'avoir accès à certaines assurances (décès, funérailles, santé, etc.). Ces mécanismes de micro-assurance peuvent prendre des formes très diverses, avoir des finalités lucratives ou non lucratives, et impliquer, selon les cas, des acteurs de types très divers allant de l'organisation caritative aux compagnies privées d'assurances.

Ce qui est propre à l'Afrique de l'Ouest, c'est que la plupart des mécanismes de micro-assurance ont la forme mutualiste (TABOR, 2005). Les mutuelles existantes en Afrique de l'Ouest partage en effet les caractéristiques suivantes :

- Recherche d'un meilleur accès aux soins (aux structures sanitaires biomédicales) par un mécanisme de partage des risques et de mise en commun des ressources.

L'ESS face à ses responsabilités

- Une finalité non lucrative ;
- Le fait d'être des organisations d'intérêt mutuel (les membres sont à la fois propriétaires et bénéficiaires de l'organisation) basées sur des groupes partageant des caractéristiques communes (être membre d'un même organisation, habiter le même village, avoir la même profession, etc.) ;
- Processus participatif de prise de décision ;
- Adhésion volontaire ;
- Promotion de valeurs comme la solidarité, la démocratie et la cohésion sociale ;
- Fonctions potentielles au-delà de l'assurance : éducation pour la santé, prévention, fonction représentative des membres auprès des prestataires de soins et autorités nationales (santé et protection sociale).

Comme c'est souvent le cas en Afrique, l'émergence de ces mutuelles de santé a été techniquement et financièrement accompagné, voire initié, par des intervenants extérieurs. Les départements internationaux de mutuelles françaises et belges, certaines ONG françaises (le Centre International de Développement et de Recherche en particulier), des coopérations bilatérales (allemandes, françaises, belges) ainsi que certaines organisations internationales (bureau international du travail en particulier). Notons que la nature de ces intervenants ou leurs origines géographiques n'est pas étranger au fait que ce soit le modèle mutualiste, en particulier, qui ait été diffusé en Afrique de l'Ouest.

La création de mutuelles de santé en Afrique a représenté un nouveau phénomène à plusieurs égards. D'une part, les premières mutuelles sont apparues à un moment où la société civile n'en était qu'à ses prémises. Au début des années 90, il n'allait donc pas de soi pour des groupes d'individus de s'organiser pour mener des activités économiques et sociales indépendamment de l'Etat. D'autre part, les mutuelles de santé agissent dans un champ particulier, celui de la santé. Or, ce secteur était - et est toujours en Afrique de l'Ouest - dominé par les pouvoirs publics d'une part et par la profession médicale d'autre part. Là encore, il n'était pas évident pour des structures de type associatif, regroupant des personnes au titre de leur statut de patients potentiels de centres de santé, de se faire reconnaître, à ce titre comme acteurs de la santé et interlocuteur qualifié. On peut ainsi dire que les mutuelles de santé sont à la fois le fruit de la contrainte (la tarification des soins rendant l'accès plus difficile) et le fruit de l'opportunité (processus de démocratisation).

Depuis les premières expériences, les mutuelles de santé ont fait l'objet d'un engouement important. Tant les populations concernées que les autorités locales et nationales et les intervenants internationaux (coopération internationale) se sont montrés intéressés par la potentiel offert par ces mécanismes d'assurances solidaires en termes d'accès aux soins de santé. Bien qu'il n'existe pas de chiffre précis sur l'ampleur numérique du développement des mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest, certaines études (CONCERTATION, 2004) estiment à quelques 600 le nombre de mutuelles existantes dont un peu plus de la moitié seraient fonctionnelles.

2.1. Les difficultés rencontrées

Dans la pratique, les mutuelles de santé connaissent de nombreuses difficultés. L'un des constats que l'on peut tirer de l'observation des mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest, c'est que les niveaux d'adhésion restent faibles, généralement inférieurs à 1000 bénéficiaires par mutuelle, et souvent nettement moins. Une lente dynamique d'adhésion est fréquente, particulièrement dans des organisations jeunes et porteuses d'innovations sociales (les individus préférant attendre de voir fonctionner la mutuelle avant d'y adhérer). Bien que certaines hypothèses soient formulées (inadéquation entre les besoins/caractéristiques des ménages et ce que la mutuelle offre comme services, modalités d'accès à ces services, insatisfaction liées aux structure de soins, nature de l'organisation, composition du groupe, etc.), les raisons précises à la base de cette faible adhésion restent mal connues.

Dans la plupart des cas, ce sont les cotisations qui constituent la majeure partie des ressources financières puisque les mutuelles sont relativement peu subventionnées à ce niveau. Or, les cotisations sont souvent faibles (afin de garantir l'accessibilité du mécanisme au plus grand nombre et en raison du niveau des revenus des ménages). En correspondance, les prestations offertes sont relativement

L'ESS face à ses responsabilités

limitées, ce qui ne rend pas toujours les mutuelles attractives. A cela, il faut ajouter que les mutuelles regroupent, dans la plupart des cas, des personnes au profil socio-économique très similaire notamment parce que les mutuelles se créent souvent sur une base relativement homogène (habitants d'une même zone, membres d'une même organisation), ce qui est un atout en termes de cohésion sociale mais qui présente le désavantage de réunir des personnes de même niveau socio-économique et souvent faible en pratique. Cette situation ne favorise pas la solidarité verticale (entre riches et pauvres) et peut avoir un effet négatif en termes de diversification des risques.

A ces difficultés, il faut ajouter que la gestion des mutuelles de santé connaît également de nombreuses insuffisances. La plupart du temps, elle est assurée de manière non informatisée par des personnes élues au sein des organes politiques ou de gestion (conseil d'administration, bureau exécutif) de la mutuelle. Au quotidien, la gestion des mutuelles s'avère dans ces conditions souvent difficile notamment en raison du manque de disponibilité des élus bénévoles, de leur manque de capacité et ou de formations. De même, il n'existe à ce jour que peu d'unions ou de fédérations et celles qui existent n'ont pas toujours les capacités d'assurer certaines fonctions comme le suivi, monitoring, la constitution d'un fond de garantie ou de réassurance par exemple. De leur côté, les structures d'appui technique (nationales ou étrangères) ont, du moins pour une première génération de mutuelles (jusqu'au début des années 2000), souvent concentré leurs efforts sur les phases de mise en place des mutuelles plutôt que sur l'accompagnement du développement de celles-ci.

Les mutuelles de santé sont généralement en relation avec une ou plusieurs formations sanitaires. Dans la plupart des cas, une convention est signée directement entre la mutuelle de santé et le ou les centres de santé avec lesquels elle est en relation. Sauf exceptions, ces relations sont réglées de manière bilatérale entre la mutuelle et le prestataire de soins. Cela signifie que dans la pratique, les relations sont conditionnées par certains facteurs relatifs aux formations sanitaires et aux responsables de celles-ci. En effet, le niveau de qualité des soins détermine souvent la pertinence de l'existence même d'une mutuelle (faciliter l'accès à des structures sanitaires de mauvaise qualité n'aurait pas de sens, et vu la carte sanitaire en Afrique, surtout rurale, il n'y a pas toujours la possibilité de choisir). Par ailleurs, les prestataires de soins rechignent souvent à entrer en relation avec des mutuelles de santé en raison de leur faible connaissance de ce type de structures et du fait que leurs autorités sanitaires (Direction Régionale de la Santé, Ministère de la santé) ne les encadrent pas toujours à ce niveau, voire ne les informe pas des avantages qu'il pourrait y avoir à contractualiser avec une mutuelle de santé. Quand contractualisation il y a, on remarque que les relations entre mutuelles de santé et prestataires de soins sont souvent le reflet de la relation soigné-soignant (paternalisme, rapports de force inégaux, etc.). Dans ces conditions, il est parfois difficile pour les mutuelles d'exercer certaines fonctions relatives à l'amélioration de la qualité des soins (groupe de pression) ou au contrôle de certaines pratiques (corruption, etc.).

Pour l'Afrique de l'Ouest, il n'existe pas d'études permettant d'apprécier l'impact global des mutuelles de santé en termes d'amélioration de l'accès aux soins. Des études menées en Guinée ou au Bénin par exemple montrent cependant des effets sur l'augmentation de la fréquentation des centres de santé (les membres consultant trois fois plus que les non-membres) ou encore sur le pourcentage de femmes accouchant dans des centres de santé (80% contre 50% dans le groupe-cible) (CRIEL ET AL., 2002 pour la Guinée, Données CIDR pour le Bénin).

2.2. Les évolutions en cours

Face à ces difficultés, le paysage des mutuelles de santé évolue. Bien que souvent bricolées, des solutions essaient d'être trouvées pour que la gestion soit assurée par du personnel compétent et salarié ou par d'autres institutions (de microfinance par exemple). Des études sont menées sur les déterminants d'adhésion et des stratégies sont élaborées pour élargir le nombre d'adhérents (en facilitant le processus et parfois les modalités d'adhésion ou en collaborant avec d'autres organisations à base de membres). Des unions et fédérations se créent ou se renforcent (L'Union des Mutuelles de Santé de Dakar ou l'Union Technique de la Mutualité au Mali réunissant chacune plus d'une trentaine de mutuelles). Des méthodes et mécanismes d'évaluation et de suivi sont élaborés par des structures d'appui et des structures fédératives en collaboration avec les mutuelles.

L'ESS face à ses responsabilités

Ce qui évolue aussi, c'est qu'au niveau politique, la question de la protection sociale a refait surface ces dernières années. Et que devant les solutions à mettre en œuvre pour étendre la protection sociale ou modifier les régimes existants, les mutuelles de santé sont vues, à plusieurs niveaux, comme l'une des composantes de nouvelles configurations de la protection sociale en Afrique.

3. PROCESSUS DE RÉFORMES DES SYSTÈMES DE PROTECTION SOCIALE

3.1. La prise en compte des mutuelles de santé par les Etats

Observant la dynamique mutualiste naissante, les Etats ont cherché à définir le rôle qu'ils pouvaient jouer par rapport au processus émergent des mutuelles de santé. Au tout début, certains Ministères de la santé (comme au Sénégal) ou ceux en charge de la protection sociale (comme au Bénin) avaient même pris la décision d'initier la création de mutuelle. Dans aucun des cas, ces initiatives ont été des succès. Les ministères se sont notamment heurtés à la difficulté de faire émerger des dynamiques participatives par des mécanismes « top-down » conduit par l'Etat. Actuellement, la plupart des Etats ouest-africains ont plutôt opté pour un rôle plus distance, et plus ou moins actif selon les cas, de facilitation et de promotion des mutuelles. Ainsi, le Sénégal, l'un des premiers pays dans lequel une dynamique mutualiste a vu le jour à la fin des années 80, le Ministère de la santé organise des sensibilisations systématiques des responsables de formations sanitaires publiques sur les mutuelles de santé (FONTENEAU, 2004).

La reconnaissance des mutuelles de santé par les Etats a fortement progressé ces dernières années. Actuellement, les mutuelles de santé se retrouvent dans de multiples documents officiels, notamment dans les programmes nationaux de développement sanitaires (élaborés par les Ministères de santé). C'est notamment le cas pour le Bénin, le Burkina et le Sénégal, pays dans lesquels se dégagent différentes visions, à la fois utilitaires et politiques, sur le rôle potentiel des mutuelles de santé (FONTENEAU, 2004). Ainsi, au niveau national, le rôle des mutuelles de santé est envisagé dans :

- le financement de la santé (Bénin et Sénégal)
- l'extension de la protection sociale (Burkina Faso)
- le partenariat avec de nouveaux acteurs de la santé (Sénégal)
- l'accès aux soins de santé des pauvres et des indigents (Burkina, Sénégal, Bénin).

La vision des Etats sur les mutuelles de santé reflète aussi certaines questions institutionnelles. Ainsi, dans plusieurs pays, la question de la tutelle sur les mutuelles de santé a fait l'objet de discussions, particulièrement entre les Ministères de la Santé et les Ministères en charge de la protection sociale. Ainsi, au Sénégal, la tutelle des mutuelles de santé a très vite été prise par le Ministère de la santé. Au Burkina, au contraire, c'est plutôt le Ministère du travail, en charge de la sécurité sociale, qui a pris le leadership. Dans ce pays, comme dans d'autres, le Ministère de la santé revendique le principe de la tutelle (parce qu'il s'agit de questions de santé) sans pour autant être, dans la pratique, très proactif sur ce sujet.

Dans la plupart des pays, les mutuelles de santé fonctionnent de manière informelle (sans statut juridique), sous le statut d'association ou sous couvert du statut d'une autre organisation avec laquelle la mutuelle est structurellement liée. La question de la législation est aussi à l'ordre du jour. Dans la plupart des cas, les pays ont eu, plus par volonté de contrôle que pour protéger les intérêts des membres, un « réflexe législatif » dès que l'émergence des mutuelles a pris une certaine ampleur, voire bien avant cela comme au Niger (FONTENEAU ET AL., 2004). Les mutuelles et leurs structures d'appui ont souvent craint ces propositions législatives ne tuent la dynamique naissante en établissant trop de contraintes (notamment dans les règles prudentielles). Dans la plupart des cas, cela s'est traduit par l'élaboration de propositions de loi dont la plupart n'ont jamais passé l'étape parlementaire (parfois parce que la question de la tutelle n'était pas claire voire conflictuelle). Actuellement, seuls le Mali et le Sénégal² sont dotés d'une législation applicable aux mutuelles de santé. Au niveau sous-régional, un projet initié en 2004 par l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine, la coopération française et le programme STEP du Bureau International du Travail (*Appui à la*

² Au Sénégal, la loi sur les mutuelles de santé, votée en 2003, n'est cependant pas encore opérationnelle parce que les décrets d'application n'ont toujours pas été promulgués.

L'ESS face à ses responsabilités

construction d'un cadre régional de développement des mutuelles de santé dans les pays de l'UEMOA) vise à proposer un cadre législatif prenant en compte les caractéristiques particulières des mutuelles de santé.

3.2. Les approches de la protection sociale

La prise en compte des mutuelles de santé par les Etats et le renouveau du thème de la protection sociale ne sont pas des phénomènes séparés. Dans un sens, on pourrait même dire que l'émergence de mutuelles de santé a joué un rôle dans le regain d'intérêt des Etats ouest-africains pour la protection sociale et l'assurance maladie en particulier. Cet intérêt a même conduit certains pays (Tanzanie, Kenya, Côte d'Ivoire, Zimbabwe, Gabon, Ghana, Nigeria, Rwanda notamment) à élaborer des projets d'assurance maladie obligatoire.

L'autre facteur déterminant au retour de la question de la protection sociale, c'est le fait que deux organisations internationales, le Bureau International du Travail et la Banque Mondiale, ont replacé la protection sociale au cœur de l'agenda politique national et international. Au sein du système des Nations Unies, le Bureau International du Travail est historiquement l'organisation qui a en quelque sorte le leadership sur la sécurité sociale. Alors que l'intérêt de la Banque Mondiale pour la protection sociale ne date que du milieu des années 90 mais elle connaît une influence croissante dans l'élaboration des stratégies nationales de protection sociale, notamment en raison des fonds qui y sont liés (NORTON, CONWAY & FOSTER, 2001).

L'approche³ anciennement prônée par le Bureau International du Travail a souvent été critiquée notamment car elle a donné naissance dans les pays à bas revenus à des systèmes de sécurité sociale inadaptés à certains contextes et que le principal acteur - l'Etat - n'avait pas les moyens de les faire fonctionner de manière performante. Reconnaisant cet état de fait, le Bureau International du Travail a depuis la moitié des années 90 revu sa position et prône maintenant une politique d'extension de la protection sociale (BIT, 2001) envisageant la combinaison de plusieurs stratégies : étendre les régimes d'assurances sociales, encourager la micro-assurance santé, introduire des prestations ou des services universels financés par les recettes générales de l'Etat et établir ou étendre des prestations ou services assujettis à conditions de ressources et financés par les recettes générales de l'Etat. L'approche suivie par la Banque Mondiale en matière de protection sociale est celle du « social risk management » (*gestion des risques sociaux*), définie comme les actions visant à aider les individus et les communautés à mieux gérer les risques et à apporter un soutien à ceux qui sont particulièrement pauvres (HOLTZMANN & JORGENSEN, 2000). Cette stratégie a deux grandes composantes : une composante « protectrice » - fournir l'appui – et une composante de « promotion » - gérer les risques ».

Si l'approche de la Banque Mondiale et celle du Bureau International du Travail (représentant au sens large une conception plus classique de la protection sociale) convergent à certains égards, elles présentent également des différences.

Les deux approches ont en commun d'envisager des systèmes de protection sociale combinant plusieurs instruments dont la mise en œuvre ne relève plus uniquement, comme par le passé, de l'Etat. En effet, ces approches insistent sur le fait que les autorités publiques ne doivent pas être les seules (marché, ménages) à s'occuper de la production de bien-être (« welfare production ») et de la gestion des risques.

L'élaboration de politiques en termes de gestion des risques sociaux permettrait aussi, selon certains auteurs (DE NEUBOURG & WEIGAND, 2000) de mieux appréhender et de comparer les politiques

³ L'approche de la sécurité sociale prônée par le BUREAU INTERNATIONAL DU TRAVAIL a longtemps été celle de systèmes organisés autour de différents principes (JÜTTING, 2002, p.11):

- La sécurité sociale doit être organisée à grande échelle par l'Etat et/ou des institutions publiques ;
- Les membres de la société ont déjà atteint un certain niveau de vie (et partant, la sécurité sociale doit prioritairement les protéger contre une diminution de ce niveau de vie) ;
- Les risques énumérés par la définition du BUREAU INTERNATIONAL DU TRAVAIL reflètent des contextes occidentaux et ne prennent pas en compte des risques spécifiques à d'autres contingences médicales et environnementales (épidémies, sécheresse, etc.).

L'ESS face à ses responsabilités

sociales en fonction des pratiques et non plus uniquement en fonction des modèles occidentaux bismarckiens ou beveridgiens. De plus, ces politiques cadrent dans les stratégies de réduction de la pauvreté dont les processus d'élaboration, de mise en œuvre et d'évaluation se doivent d'être participatifs selon les règles fixées par la Banque Mondiale et le Fonds Monétaire International. Bien que la Banque Mondiale elle-même (WORLD BANK, 2002) et d'autres études (voir notamment HUYBRECHTS & DEVELTERE, 2006) relativisent le degré réel de participation de la société civile à ces processus, cette approche ouvre néanmoins quelques perspectives en termes d'élaboration et d'évaluation conjointe (Etat et société civile).

L'approche de la Banque Mondiale inclut un spectre beaucoup plus large de mécanismes et de stratégies (En Afrique de l'Ouest, les projets de politique de protection sociale sont en cours d'élaboration que ne le propose l'approche du Bureau International du Travail. L'approche de la Banque Mondiale met ainsi plus l'accent sur la dimension économique de la protection sociale alors que le Bureau International du Travail mettra l'accent sur la dimension sociale, considérant que de telles politiques économiques (agricole, financière, etc.) ne doivent pas être confondues avec la protection sociale dont le but est précisément la protection (VAN GINNEKEN, 2003) et parce que de telles politiques ne seront pas évaluées sur des critères sociaux comme devrait l'être une politique de protection sociale.

Si le Bureau International du Travail a remis en question son approche administrative de la protection sociale, il continue à faire de l'Etat un intervenant principal. Par contre, dans l'approche de la Banque Mondiale, l'intervention directe des Etats se limite aux population les plus pauvres ; le reste de la population étant simplement appuyé pour gérer ses risques sociaux. Encore une fois, cette vision s'explique notamment par le cadre de lutte contre la pauvreté dans lequel la Banque Mondiale fait entrer la protection sociale. En effet, la lutte contre la pauvreté, au sens de la Banque Mondiale, est une lutte ciblée vers les personnes les plus vulnérables. Comme le souligne LAUTIER (2001), en faisant apparaître un ensemble de personne au-dessus de la ligne de pauvreté comme des nantis, on les exclut symboliquement et pratiquement du champ des personnes susceptibles d'exiger une protection. La tendance est donc à l'individualisation de la gestion du risque ou, du moins, à une gestion à plus petite échelle (communauté, ménages, etc.) et par les individus eux-mêmes notamment sous forme d'épargne individuelle (MERRIEN, 2003, p.7). Dans cette vision, la protection sociale n'est plus un droit, c'est une responsabilité personnelle (épargner, adhérer à une mutuelle de santé, souscrire à une assurance privée, etc.). On s'éloigne de la vision de régimes de sécurité sociale classiques comme devant être organisés à grande échelle (base nationale) avec intervention financière de l'Etat et surtout avec une vocation redistributive entre les mieux et les moins bien nantis.

3.3. Vers quel type de protection sociale s'orientent les pays Africains ?

En pratique, depuis le début des années 2000, la Banque Mondiale a inséré la protection sociale comme l'une des composantes des documents stratégiques de lutte contre la pauvreté. Les pays doivent donc élaborer des politiques de protection sociale sur la base d'un canevas préétabli autour de la gestion des risques sociaux. Dans la logique de ciblage de cette approche, le canevas prévoit notamment l'identification des groupes vulnérables (généralement, ces groupes sont les indigents, les femmes, les handicapés, les enfants en situation de vulnérabilité, etc.).

Les projets de réformes des politiques nationales de protection sociale actuellement en discussion prévoient généralement des mesures différentes selon les secteurs (formel ou informel) dans lesquels les personnes seraient occupées. Ainsi, pour le secteur formel (privé et public) la tendance est d'essayer d'établir une assurance maladie obligatoire (prélèvement des cotisations sur base des salaires) alors que pour le secteur informel (y compris en milieu rural), c'est plutôt sur base des mutuelles de santé que les populations devraient, avec l'aide de l'Etat, organiser leur protection sociale. Il est également prévu que les mutuelles jouent un rôle intermédiaire dans la prise en charge des indigents, soit dans l'identification et l'orientation vers des structures d'assistance sociale ou des fonds d'équité (assistance directe), soit dans la prise en charge financière, avec l'aide de l'Etat ou d'organismes extérieurs.

L'articulation entre les mutuelles de santé et des mécanismes plus large de protection sociale peut-être vue positivement. En effet, on peut penser qu'il n'y avait peu de sens (en termes d'équité, de

L'ESS face à ses responsabilités

solidarité mais aussi d'efficacité) que continue le développement de mutuelles isolées, sans articulation entre elles et/ou avec des mécanismes plus larges de protection sociale. De l'autre côté, ces projets d'articulation ne sont pas sans enjeux pour les mutuelles notamment en termes d'autonomie de gestion, l'une des caractéristiques des organisations d'économie sociale. Considérant les nombreuses difficultés que rencontrent les mutuelles (cf. supra), on peut aussi se demander si le rôle que l'on veut leur faire jouer à grande échelle (secteur informel) et dans une fonction élargie à l'assistance (vis-à-vis des indigents notamment) est bien réaliste à court terme. Enfin, on sent que les Etats oscillent entre plusieurs paradigmes qui reflètent bien la trajectoire historique de ces pays : certaines intentions ont une dimension universaliste (assurance maladie obligatoire) tandis que d'autres reflètent une vision plus minimale de la protection sociale ciblés sur les plus pauvres.

CONCLUSION

Dans ce texte, nous avons brièvement essayé de mettre en lumière les dynamiques relatives à la protection sociale en Afrique. Ces dynamiques sont de diverses natures. D'un côté, on observe une dynamique initiée depuis une vingtaine d'années par des populations qui se regroupent en mutuelles de santé afin d'améliorer leur accès aux soins et de l'autre côté, la question de la protection sociale a été remise à l'ordre du jour par les Etats, sous l'influence - et selon les paradigmes - de certaines institutions internationales. Au niveau national, des réformes des politiques de protection sociale sont en cours d'élaboration. Fait nouveau par rapport au passé, ces réformes nationales prennent en compte les mutuelles de santé comme l'une des composantes des futurs systèmes nationaux.

En termes global, plusieurs questions se posent déjà notamment sur la faisabilité, le mode de coordination et le caractère équitable des systèmes nationaux de protection sociale qui s'élaborent actuellement. Et plus particulièrement, on s'interroge aussi sur ce qui est en jeu pour les mutuelles de santé, en termes de maintien de leur identité et de définition de leur rôle dans cette future configuration

L'ESS face à ses responsabilités

BIBLIOGRAPHIE

- ATIM CH.** (1998), *The Contribution of Mutual Health Organizations to Financing, Delivery, and Access to Health Care: Synthesis of Research in Nine West and Central African Countries*, PHR, Bethesda.
- ATIM CH. et al.** (2003), « Mutuelles de santé et assurance maladie sociale: deux solutions compatibles ou exclusives aux problèmes de financement de soins de santé en Afrique ? » *Actes du Forum 2002 de la Concertation (16-18 septembre 2002) Courrier de la Concertation*, janvier 2003.
- BIT,** (2001), *Sécurité Sociale: un nouveau consensus*, Bureau International du Travail, Genève.
- CASTEL R.** (2003), *L'insécurité sociale, Qu'est-ce qu'être protégé?*, Editions du Seuil, Paris.
- CASTEL R.** (2006), « Protection sociale », in Mesure S. & Savidan P., (sous la dir. De), *Le dictionnaire des sciences humaines*, Presses Universitaires de France, Paris.
- CONCERTATION** (2004), *Inventaire des systèmes d'assurance maladie en Afrique : synthèse des travaux de recherche dans 11 pays*, La Concertation, Dakar.
- CRIEL B.** (1998), *District-based Health Insurance in sub-Saharan Africa*, Studies in Health Services and Organisation, 9, ITG Press, Anvers.
- CRIEL B., AÏSSATOU N.B. & VON ROENNE F.**, (2002), *Le projet PRIMA en Guinée Conakry : une expérience d'organisation de mutuelles de santé en Afrique rurale*, Medicus Mundi/Ministère de la Santé Publique de Guinée/GTZ/DGCI, IMT, Bruxelles.
- DE NEUBOURG Ch. & WEIGAND Ch.** (2000), "Social policy as social risk management", International Social Security Association, *International Research Conference on Social Security*, 25-27 septembre, Helsinki.
- DEACON B. ET AL** (1997), *Global Social Policy: International Organizations and the Future of Welfare*, Sage, London.
- DEFOURNY J., DEVELTERE P. & FONTENEAU B.** (1999), *L'économie sociale au Nord et au Sud*, De Boeck, Bruxelles.
- DEVELTERE P. & FONTENEAU B.** (2001), « Member-based Organisations for Social Protection in Health in Developing Countries », *Working Paper*, STEP/International Labour Office, Leuven/Genève.
- EJUBA E.** (s.d), « La sécurité sociale en Afrique francophone: au passé, au présent et à l'avenir », *L'avenir de la sécurité sociale en Afrique francophone*, Initiative de l'Association Internationale de la Sécurité Sociale, n°1, Genève.
- FONTENEAU B.**, (2004), *Les défis des systèmes de micro-assurance en Afrique de l'Ouest : cadre politique, environnement institutionnel, fonctionnement et viabilité*, VLIR-DGIS, Bruxelles.
- FONTENEAU B. ET AL.** (2004a), *Processus d'appui à la dynamique de développement des systèmes de micro-assurance en Afrique de l'Ouest*, Programme STEP-International Labour Office, Genève.
- FONTENEAU B. ET AL.** (2004b), *Diagnostic du potentiel de développement des systèmes de micro-assurance santé au Niger*, Coopération Technique Belge et Gouvernement Nigérien, Leuven/Bruxelles/Niamey.
- FONTENEAU B. & GALLAND B.** (2006), « The community-based model : mutual health organisations in Africa » in CHURCHILL C. (ed), *Protecting the poor: a microinsurance compendium*, MunichRe/CGAP/ILO, Genève/Munich.
- GUHAN S.** (1994), « Stratégies de sécurité sociale dans les pays en développement », *Revue internationale du travail*, Vol. 133, n°1, p. 37-58.
- HOLTZMAN R. & JORGENSEN S.** (2000), « *Social Risk Management: A new conceptual Framework for Social Protection and Beyond* », World Bank, SP Discussion Paper n° 0006, Washington.
- HUYBRECHT A. & DEVELTERE P.** (2006), *Civil Society Participation in PRS and Cotonou Agreement Processes: The Role of Donors in Senegal and Rwanda*, Rapport de recherche, VLIR-UOS/KU Leuven, Bruxelles/Leuven.
- JÜTTING J.**, (2002), *Social Risk Management in Rural Areas of Low- Income Countries, An Economic Analysis of Community-Based Health Insurance Schemes*, Faculty of Agriculture, University of Bonn.

L'ESS face à ses responsabilités

LAUTIER B. (2001), « Sous la morale, la politique : la Banque Mondiale et la lutte contre la pauvreté », *Politiques Africaines*, n°82, pp. 169-175.

LETOURMY A. (2002), « Etat et assurance : où est la spécificité des pays africains? », *Actes du Forum 2002 de la Concertation (16-18 septembre 2002) Courrier de la Concertation*, janvier 2003.

MERRIEN F-X. (2003), *Les enjeux sociaux du développement: globalisation et protection sociale (les enjeux théoriques)*, RUIG, juin 2003.

NORTON A., CONWAY T. & FOSTER M. (2001), *Social Protection Concepts and Approaches: Implications for Policy and Practice in International Development*, Centre for Aid and Public Expenditure, Working Paper, n° 143, Overseas Development Institute, London.

RIDDE V., (2007), *Équité et mise en oeuvre des politiques de santé au Burkina Faso*, L'Harmattan, Paris.

TABOR S.R., (2005), *Community-Based Insurance and Social Protection Policy*, World Bank Institute, World Bank, Washington.

WIEGANDT A., VAN DER VENNET J., DIALLO A & CRIEL B., (2002), « La perception des professionnels de santé de la MUCAS Maliando. La difficulté de l'approche partenariale », in CRIEL B. et al., (Eds.), *Le projet PRIMA en Guinée Conakry : une expérience d'organisation de mutuelles de santé en Afrique rurale*, Medicus Mundi/Ministère de la Santé Publique de Guinée/GTZ/DGCI, IMT, Bruxelles.

WORLD BANK (2002), *Participation in Poverty Reduction Strategy Papers: A Retrospective Study*, The Participation and Civic Engagement Group/Social Development Department, World Bank, Washington.