

Les déterminants de l'adhésion aux mutuelles de santé en Afrique subsaharienne : un inventaire des travaux empiriques

Jacques DEFOURNY¹ et Julie FAILON²

Une large part des populations d'Afrique subsaharienne vit actuellement dans un contexte d'extrême pauvreté et souffre de graves problèmes sanitaires. Alors que les soins de santé étaient auparavant largement subventionnés par l'État, ils relèvent, depuis l'Initiative de Bamako en 1987, de la participation financière des usagers dans une logique de recouvrement des coûts. Ce retrait du secteur public dans le financement de la santé a eu d'importantes conséquences pour les populations, en particulier celles du secteur informel. En outre, l'insuffisance ou l'inaccessibilité des marchés assurantiels privés empêchent nombre d'individus de bénéficier d'une couverture contre le risque maladie. Privées de protection sociale, ces populations se voient dès lors dans l'incapacité financière d'accéder à des soins de santé de qualité.

Face à ces difficultés, on voit émerger, depuis une vingtaine d'années, des systèmes de micro-assurance santé en Afrique subsaharienne. Leur principal objectif étant d'améliorer l'accès des populations démunies aux soins de santé, ils peuvent constituer une alternative pertinente pour les personnes ne bénéficiant d'aucune protection sociale. C'est pourquoi ils suscitent un vif intérêt auprès d'une multitude d'acteurs tant publics que privés. Bien que ces systèmes de micro-assurance santé soient relativement récents, ils ne cessent de prendre de l'ampleur. Leur nombre semble en effet en constante progression, l'inventaire de la Concertation (2004) entre les acteurs de développement des mutuelles de santé en Afrique dénombrant pas moins de six cent vingt-deux organismes en 2004 dans onze pays d'Afrique de l'Ouest et du centre³.

¹ Université de Liège, Directeur du Centre d'Economie Sociale (CES-ULg).
j.defourny@ulg.ac.be

² Université de Liège, Institut des sciences humaines et sociales, Pôle Sud.
julie.failon@ulg.ac.be

³ Notons toutefois que le manque de données et de documentation ne permet pas d'établir un inventaire exhaustif. Aucune mise à jour de cet inventaire n'a été réalisée depuis 2003 et il apparaît que ces chiffres sont aujourd'hui dépassés en raison de l'expansion du mouvement en Afrique de l'Ouest.

Néanmoins, nombre de ces initiatives demeurent au stade expérimental et rencontrent une multitude d'obstacles à leur développement⁴.

Parmi les différents défis auxquels les mutuelles de santé doivent faire face, la problématique de l'adhésion apparaît actuellement prépondérante. En effet, bien que le mouvement mutualiste n'ait de cesse de se développer en Afrique subsaharienne, le pourcentage de la population couverte n'atteint généralement guère plus d'1% (Waelkens & Criel, 2004 ; Fonteneau, 2003). Partout, un constat s'impose : les taux de pénétration des mutuelles de santé demeurent relativement faibles, remettant parfois en question la viabilité même de l'organisation (De Allegri et al., 2006a, 2006b, 2005 ; Musango et al., 2004 ; Criel et al., 2002 ; Tine, 2000). En contraste avec l'enthousiasme que suscitent au départ les mutuelles de santé auprès des populations cibles, nombre de ces organisations connaissent par la suite des taux d'adhésion généralement inférieurs aux prévisions, un taux élevé de non-renouvellement des adhésions et des problèmes dans le prélèvement des cotisations (De Allegri et al., 2006a ; Fonteneau, 2003).

Pour tenter de comprendre cette faible participation des populations, il serait possible, à l'instar de Jütting (2005), d'interroger la théorie économique de l'assurance santé en essayant d'en décliner les paramètres essentiels pour les contextes propres aux pays en développement. Une autre piste consisterait à resituer le risque de maladie dans l'ensemble des risques auxquels sont confrontées les populations rurales pauvres et à analyser plus globalement les stratégies de "*social risk management*" qu'elles développent (Alderman & Paxson, 1994). Nous reviendrons à la fin de cet article sur l'une ou l'autre de ces perspectives théoriques. Toutefois, notre objectif majeur se situe ici à un autre niveau et part du constat suivant : depuis une dizaine d'années, un certain nombre d'études empiriques ont été réalisées, mais à partir de méthodologies extrêmement variées, sur les facteurs susceptibles d'expliquer la décision d'adhérer ou non à une mutuelle de santé en Afrique subsaharienne. Dans ce contexte, nous voulons essayer de voir si, au-delà de cette grande hétérogénéité méthodologique, il est néanmoins possible de dégager quelques résultats convergents qui pourraient éclairer les intervenants publics et privés dans ce champ.

Dans une première partie, nous présenterons brièvement les études qui nous paraissent dignes d'intérêt pour notre exercice de synthèse. Ensuite, nous passerons en revue les différents déterminants d'adhésion soulignés par les enquêtes. Pour cela, nous traiterons successivement les facteurs liés aux ménages (partie 2), aux prestataires de soins (partie 3) et aux mutuelles elles-mêmes (partie 4). Pour terminer, nous nous attarderons sur les résultats les plus significatifs en les reliant à une littérature plus large (partie 5).

⁴ À titre d'exemple, sur les 622 systèmes de micro-assurance santé répertoriés par la Concertation, seuls 366 paraissent vraiment fonctionnels (La Concertation, 2004).

1. LES ÉTUDES EMPIRIQUES DE L'ADHÉSION

L'adhésion à une mutuelle de santé suppose une double démarche : d'une part, une volonté de s'assurer contre le risque maladie, d'autre part, une volonté de devenir membre d'une association. Il s'agit donc pour les populations cibles d'accepter les principes de partage des risques et de mise en commun des ressources. L'adhésion implique également une certaine sensibilité à l'égard de la mission de la mutuelle de santé. Enfin, il faut non seulement verser des droits d'adhésion mais aussi être à jour dans le paiement de ses cotisations.

Dans la pratique, les études empiriques abordant les déterminants de la participation aux mutuelles de santé se heurtent presque toujours au manque de données disponibles au sein des organisations (Fonteneau, 2006, 2003 ; Dubois, 2002 ; Atim, 2000). En effet, bien peu parmi ces dernières disposent d'informations sur le profil des membres et les différents registres sont souvent lacunaires. Par ailleurs, les études consacrées exclusivement à la dynamique de l'adhésion demeurent peu nombreuses, bien qu'elles soient en augmentation au cours des dernières années (De Allegri et al., 2006a, 2005 ; Fonteneau, 2006).

Dans un tel contexte de "pauvreté statistique", nous avons tenté de répertorier l'ensemble des travaux empiriques qui, à notre connaissance, ont été menés sur les déterminants d'adhésion aux mutuelles de santé en Afrique subsaharienne.

Parmi ceux-ci, nous avons retenu quinze enquêtes réalisées en Afrique de l'Ouest (De Allegri et al., 2006a, 2006b, 2005 ; Jütting, 2005 ; Criel & Waelkens, 2003 ; Dong et al., 2003 ; Fonteneau, 2003 ; Dubois, 2002 ; Criel et al., 2002 ; Jütting & Tine, 2000 ; Tine, 2000) ou en Afrique de l'Est et du centre (Basaza et al., 2008 ; Schneider, 2005 ; Musango et al., 2004 ; Criel, 1998) et qui nous paraissaient instructives par la pertinence de leur questionnement et de leur approche ainsi que par l'ampleur de leur couverture (nombre de mutuelles concernées et/ou nombre d'individus ou de ménages interrogés)⁵. En outre, trois recherches qui se voulaient elles aussi comparatives ont également été prises en compte (Fonteneau, 2006 ; Waelkens & Criel, 2004 ; Atim, 2000).

On notera que certaines analyses se concentrent spécifiquement sur la question de l'adhésion aux mutuelles de santé, tandis que d'autres l'abordent parmi d'autres problématiques. Par ailleurs, ces études s'inscrivent dans différents champs disciplinaires tels que l'économie, la sociologie et la santé publique.

Quelques-uns de ces travaux se sont basés sur une approche quantitative (De Allegri et al., 2006b ; Jütting, 2005 ; Musango et al., 2004 ; Dong et al., 2003 ; Dubois, 2002). D'autres ont privilégié des analyses qualitatives (Basaza et al., 2008 ; De Allegri et al., 2006a, 2005 ; Schneider, 2005 ; Criel & Waelkens, 2003 ; Fonteneau, 2003 ; Dubois, 2002 ; Criel et al., 2002 ; Atim, 2000 ; Criel, 1998) en s'appuyant sur des "focus groups" et/ou des entretiens individuels semi-structurés. Le mode de sélection des individus interrogés varie aussi, parfois fortement. Enfin, les mutuelles étudiées sont également dissemblables au niveau

⁵ À l'inverse, nous avons ignoré de nombreux rapports de type essentiellement descriptif et des études de cas sans visée analytique.

de leur "*membership*", des prestations qu'elles offrent, des appuis extérieurs dont elles bénéficient, *etc.* Si ces divergences méthodologiques ou de contexte seront parfois évoquées, on soulignera surtout que leur analyse détaillée et leur mise en relation précise avec les résultats observés dépassent clairement la visée de la présente synthèse.

2. LES DÉTERMINANTS D'ADHÉSION RELATIFS AUX MÉNAGES

Dans cette partie, nous envisagerons les déterminants d'adhésion liés aux caractéristiques propres aux individus d'une part, et aux caractéristiques socio-économiques des ménages, d'autre part.

2.1 *Caractéristiques individuelles*

Âge et sexe

Les études s'accordent généralement sur le fait que l'adhésion ne semble pas liée au genre (De Allegri et *al.*, 2006b ; Jütting, 2005 ; Musango et *al.*, 2004 ; Dubois, 2002). Par contre, des résultats contradictoires sont relevés en ce qui concerne l'âge des individus. Dubois (2002) constate un nombre important de personnes âgées (plus de 60 ans) parmi les mutualistes mais cette enquête ne couvre qu'une mutuelle. D'autres études indiquent que l'âge semble ne pas exercer d'influence, les plus jeunes, comme les plus âgés, n'étant jamais sous ou sur-représentés parmi les adhérents (De Allegri et *al.*, 2006b ; Jütting, 2005). Enfin, Criel (1998) rapporte le fait que les personnes plus âgées sont davantage exclues économiquement et socialement de la communauté et éprouvent donc plus de difficultés à participer à la mutuelle de santé.

Niveau d'éducation

L'éducation influence la participation à une mutuelle de santé (De Allegri et *al.*, 2006b ; Jütting, 2005 ; Dong et *al.*, 2003 ; Dubois, 2002). L'hypothèse de Dubois (2002) est que les individus ayant bénéficié d'une instruction formelle accorderaient une plus grande attention aux risques sanitaires, seraient plus ouverts à l'innovation et auraient de plus grandes facultés à comprendre l'intérêt du système mutualiste. L'étude de Jütting (2005) au Sénégal indique que plus est élevé le niveau d'éducation, plus la probabilité d'adhérer à une mutuelle de santé est grande, que l'on mesure le niveau d'éducation en nombre d'années de scolarité ou en termes d'aptitude à lire et à écrire. Ainsi, parmi la population couverte par la recherche, environ 80% des individus ayant suivi des études secondaires et 90% des individus ayant un titre universitaire sont membres d'une mutuelle de santé. Les chefs de ménage ayant reçu un minimum d'instruction formelle sont plus enclins à participer. De même, les personnes sachant lire et écrire sont davantage susceptibles d'adhérer à une mutuelle de santé que les personnes illettrées (respectivement 70% et 55% d'adhérents).

Ethnie

Deux études empiriques constatent une plus grande affiliation de certaines ethnies aux mutuelles de santé (De Allegri *et al.*, 2006b ; Jütting, 2005). Une recherche menée au Burkina Faso par De Allegri *et al.* (2006b) révèle un lien significatif entre l'ethnie Bwaba (pourtant minoritaire dans la région ciblée) et l'adhésion à la mutuelle de santé en évoquant une ouverture d'esprit plus grande des Bwaba face à l'innovation, notamment en matière de santé, et leur perception du risque maladie différente de celle des autres ethnies. Selon Jütting (2005) au Sénégal, l'ethnie Wolof présente un taux de participation à la mutuelle de santé nettement supérieur (90%) à celui d'autres ethnies, comme les Sérères (68%) et les Peuls (35%). Tout comme les Bwaba au Burkina Faso, les Wolofs seraient en général davantage ouverts à l'innovation. Une autre explication possible réside dans le fait que les Wolofs ont, en moyenne, un niveau de vie plus élevé que les autres groupes ethniques (leurs dépenses moyennes étant deux fois plus élevées que celles des Sérères, par exemple). La faible adhésion des Peuls paraît, quant à elle, assez logique : nomades, ces populations sont moins enclines à adhérer à une mutuelle de santé en raison de leur difficulté à recourir aux services conventionnés, très spécifiquement localisés.

Religion

Bien qu'elle soit peu envisagée comme déterminant d'adhésion dans les études sélectionnées, la religion pourrait également avoir une influence sur l'adhésion des ménages à un système de financement communautaire pour la santé (Jütting, 2005 ; Dong *et al.*, 2003). Ainsi, selon l'enquête réalisée par Jütting (2005) dans la région de Thiès au Sénégal, le pourcentage de la population chrétienne adhérant à un système d'assurance santé (80%) est plus élevé que celui de la communauté musulmane (50%). Par ailleurs, parmi les mutualistes, 60% sont de religion chrétienne, contre 35% de musulmans. Le niveau de vie ne semble pas ici en cause, les musulmans ayant un revenu moyen plus important que celui des chrétiens. Mais cet engagement plus conséquent de la communauté chrétienne peut s'expliquer par l'appui important du diocèse dont a bénéficié la mutuelle de santé étudiée. En effet, il apparaît que la promotion des activités de l'organisation mutualiste a été plus intense dans les villages où l'Église catholique était présente et active. Ainsi, si la population musulmane semble moins motivée que la communauté chrétienne, elle est aussi moins bien informée. Des niveaux de sensibilisation différents pourraient donc *in fine* également expliquer ces taux d'adhésion fort différents.

Croyances culturelles

L'influence éventuelle des croyances culturelles sur l'adhésion à une mutuelle de santé est peu envisagée dans les différentes études empiriques. Celle de De Allegri *et al.* (2006a) mentionne que les individus interrogés (adhérents ou non) sont réticents à expliquer les faibles taux d'adhésion par certaines croyances qui décourageraient les adhérents potentiels. Néanmoins, la plupart d'entre eux pensent que le fait d'épargner (ou de contribuer à l'avance) pour la santé

comporte le risque d'attirer la maladie, bien qu'ils disent ne pas se reconnaître dans une telle croyance, systématiquement attribuée à d'autres. Selon Jütting (2005), cette conception de l'épargne pour la santé, fréquemment évoquée au Sénégal, constitue un réel obstacle à l'adhésion à un système d'assurance.

Statut professionnel du chef de ménage

Au sens strict, le métier du chef de ménage semble ne pas exercer d'influence sur la décision d'adhérer ou non à une mutuelle de santé (Musango et al., 2004), si ce n'est que les Peuls, comme on l'a déjà dit, s'affilieraient peu en raison de leur mode de vie nomade (Jütting, 2005).

2.2 Caractéristiques socio-économiques des ménages

Capacité financière des ménages

Le niveau de revenus des ménages apparaît comme un paramètre essentiel de l'adhésion. Encore renforcées par un travail récent de Gnawali et al. (2009), la plupart des études indiquent qu'une faible capacité contributive des ménages constitue un frein majeur à l'affiliation à une mutuelle de santé (Basaza et al., 2008 ; De Allegri et al., 2006a, 2005 ; Jütting, 2005 ; Criel & Waelkens, 2003 ; Fonteneau, 2003 ; Criel et al., 2002 ; Tine, 2000 ; Criel, 1998). Le manque de ressources financières est souvent la première raison invoquée tant par les mutualistes que par les non-mutualistes pour expliquer la faible participation à la mutuelle de santé (Basaza et al., 2008 ; De Allegri et al., 2006a ; Jütting, 2005 ; Waelkens & Criel, 2004 ; Criel et al., 2002 ; Criel, 1998). Il ressort d'ailleurs de plusieurs études que le niveau socio-économique des adhérents est plus élevé que celui des non-adhérents (De Allegri et al., 2006b ; Jütting, 2005 ; Musango et al., 2004 ; Dubois, 2002). Bien que les individus considèrent le plus souvent que le montant de la cotisation individuelle est juste ou "abordable" (surtout comparée aux frais à supporter sans affiliation), nombre d'entre eux ne peuvent prendre en charge les cotisations pour l'ensemble des membres du ménage (De Allegri et al., 2006a, 2006b, 2005 ; Criel & Waelkens, 2003).

Jütting (2005) évalue le niveau de vie des ménages en prenant en compte trois indicateurs distincts : les revenus, les dépenses annuelles et la perception qu'ils ont de leur état de richesse par rapport à celui des autres villageois. Les trois indicateurs permettent d'établir que les ménages les plus pauvres sont beaucoup moins représentés dans la mutuelle de santé que les ménages plus aisés. L'étude révèle, par ailleurs, que les ménages adhérents possèdent des maisons mieux équipées et davantage de biens et d'outils que les ménages non-adhérents. Néanmoins, une étude de Criel (1998) indique que non seulement les ménages les plus pauvres, mais également les plus aisés, de la communauté sont davantage représentés parmi les non-membres. Pour le second groupe, deux types d'explications peuvent sans doute être avancés. Il est probable que les plus riches ont moins d'appréhension quant à leur capacité future à supporter des frais de santé sans affiliation mutualiste. Il se peut aussi qu'ils craignent de participer pleinement à un système dans lequel certains membres moins aisés éprouvent des difficultés à payer régulièrement leurs cotisations.

Taille du ménage

Concernant la taille des ménages, les travaux empiriques présentent des résultats quelque peu contradictoires, même s'il semble que cette taille ne soit pas toujours appréhendée de manière identique. Selon Dubois (2002), la taille des ménages n'aurait pas d'influence significative. Si une participation plus importante des ménages de grande taille peut être constatée (Musango et al., 2004 ; Dubois, 2002), elle tiendrait essentiellement au niveau de revenu plus important de ceux-ci, les familles de petite taille ayant globalement une capacité contributive plus faible (Dubois, 2002). À l'inverse, d'autres études mentionnent la plus grande difficulté des ménages de grande taille à participer à un système de mutualisation des risques maladie (Basaza et al., 2008 ; Criel & Waelkens, 2003 ; Fonteneau, 2003 ; Criel et al., 2002). Bien que ces familles ne soient pas considérées comme parmi les plus pauvres au sein de la communauté, elles se voient généralement dans l'incapacité de supporter les cotisations pour l'ensemble des membres du ménage (Criel & Waelkens, 2003).

Régime matrimonial

Aucune étude n'indique que le régime matrimonial aurait un impact sur la participation à une mutuelle de santé. Dubois (2002) souligne par ailleurs que, parmi les mutualistes, les proportions de ménages monogames et polygames sont relativement semblables et proches des statistiques nationales. Néanmoins, Dong et al. (2003) indiquent que la disposition à payer des hommes mariés pour une mutuelle de santé est plus élevée que celle des non mariés.

État de santé moyen du ménage

Deux études indiquent que l'état de santé moyen des membres du ménage n'exerce pas d'influence sur l'adhésion (De Allegri et al., 2006b ; Musango et al., 2004.). Ainsi, dans le district de Kabutare, au Rwanda, la morbidité des ménages des membres et des non-membres n'est pas significativement différente (respectivement 43% et 38%). De même, une proportion identique de mutualistes (85%) et de non-mutualistes (84%) déclarent avoir été atteints d'une affection grave (Musango et al., 2004). À l'inverse, Dubois (2002) constate que l'état de santé des mutualistes est globalement meilleur que celui des non-adhérents, mais une fois encore, ce résultat ne concerne que la seule mutuelle de Zabré, au Burkina Faso.

Recours thérapeutiques et perceptions de la santé

Selon Dubois (2002), les adhérents à la mutuelle de santé accordent davantage d'importance à la santé que les non-membres. En outre, les résultats d'une autre recherche au Burkina Faso indiquent que les adhérents à une mutuelle de santé ont une perception plus négative des soins traditionnels que les non-adhérents, les jugeant souvent médiocres ou inefficaces (De Allegri et al., 2006b). Un recours antérieur aux services de santé ne semble pas influencer une décision d'adhésion, membres ou non ayant des recours thérapeutiques relativement analogues (De Allegri et al., 2006b ; Jütting, 2005). Ainsi, Jütting (2005) constate que, dans la région de Thiès, 90% des individus ont pour premier recours le

centre de santé local, sans qu'il y ait de différence entre les adhérents et les non-adhérents. En ce qui concerne les mesures de prévention de la maladie, l'étude de Jütting et Tine (2000) indique que les adhérents recourent davantage que les non-adhérents à des techniques telles que l'épuration de l'eau ou l'utilisation de moustiquaires. Néanmoins, ces différences tiendraient essentiellement au niveau de revenus plus élevé des adhérents.

Cohésion du groupe cible

Des divergences apparaissent entre les auteurs quant à l'impact de la cohésion du groupe cible sur l'adhésion à une mutuelle de santé. Selon certains, le climat de confiance et la solidarité au sein d'une communauté ne semblent pas avoir d'influence sur la décision d'adhérer ou non à une mutuelle de santé (Jütting, 2005 ; Dubois, 2002 ; Jütting & Tine, 2000). Ainsi, dans la mutuelle de santé de Thiès, au Sénégal, adhérents et non-adhérents évaluent de manière identique le degré de confiance et de solidarité au sein de leur village (Jütting, 2005). De même, les valeurs de solidarité et d'entraide semblent similaires chez les membres et les non-membres de la mutuelle de Zabré (Dubois, 2002). Par contre, Atim (2000) indique que, parmi les mutuelles de santé à adhésion volontaire couvertes par son étude, seules deux mutuelles dont le groupe cible était restreint et particulièrement soudé sont parvenues à atteindre un taux de pénétration élevé (supérieur à 50%). On reconnaîtra toutefois que la cohésion d'un groupe, à l'instar de la notion de capital social, ne se prête guère à une interprétation univoque.

Les études ne s'accordent pas non plus quant au rôle joué par les leaders communautaires. Selon Dubois (2002), la participation des leaders communautaires influence positivement l'adhésion, 41% des membres de la mutuelle disant s'être inscrits sur les conseils d'une personne influente. Cependant, dans la mutuelle de santé de Thiès, seul un très faible pourcentage des membres a adhéré en raison de la participation du leader (Jütting, 2005).

Passé associatif

L'existence d'associations informelles de partage de risque semble faciliter l'implantation d'une mutuelle de santé (De Allegri et al., 2006b ; Jütting, 2005 ; Dubois, 2002). Néanmoins, la logique des institutions traditionnelles d'entraide étant différente, elle pourrait aussi induire des malentendus et des déceptions chez les adhérents (Jütting, 2005). À ce sujet, Criel et Waelkens constatent pourtant que les adhérents comme les non-adhérents distinguent clairement les spécificités propres à la mutuelle de santé et aux systèmes traditionnels d'entraide (Criel & Waelkens, 2003 ; Criel et al., 2002). De Allegri et al. (2006b) indiquent que l'introduction d'une assurance santé communautaire est plus aisée dans les communautés déjà habituées au partage de risque. Toutefois, comme ils trouvent parmi les membres et les non-membres une proportion identique d'individus impliqués dans un autre système formel ou informel de partage de risque, l'influence de ce facteur sur l'adhésion reste douteuse.

À l'inverse, selon l'étude de Dubois (2002), les membres de la mutuelle de santé sont davantage impliqués dans la vie associative de la communauté que les non-

membres. Ainsi, 58% des adhérents de la mutuelle de santé de Zabré sont membres d'une des deux associations à l'origine de la création de la mutuelle. L'influence positive de l'expérience associative des individus s'expliquerait notamment par les prédispositions plus grandes des membres à s'impliquer dans un système de partage communautaire, par l'effet d'entraînement de personnes participant déjà à une association, par une sensibilisation accrue au profit de la mutuelle au sein des systèmes préexistants et par la quasi-obligation d'adhérer à la mutuelle pour ne pas perdre l'argent investi dans l'une des associations initiatrices.

Néanmoins, comme on le verra plus loin, des expériences antérieures négatives peuvent altérer la confiance des populations et constituer un frein à l'adhésion à une mutuelle de santé (Basaza et al., 2008 ; Schneider, 2005 ; Criel & Waelkens, 2003 ; Criel et al., 2002 ; Dubois, 2002).

3. LES DÉTERMINANTS RELATIFS AUX PRESTATAIRES DE SOINS

Le rôle joué par les prestataires de soins dans la dynamique de l'adhésion aux mutuelles de santé peut être envisagé selon quatre angles : la qualité des soins de santé, la confiance des populations dans les compétences des prestataires de soins, la proximité géographique des centres de santé conventionnés et le choix des structures de soins.

3.1 *La qualité des soins de santé*

La qualité des soins de santé peut être abordée sous un double aspect : d'une part, elle peut constituer une condition indispensable au succès des mutuelles de santé, d'autre part, ces dernières peuvent contribuer à l'amélioration de la qualité des soins dispensés dans les formations sanitaires conventionnées (Waelkens & Criel, 2004 ; Atim, 2000).

La qualité "objective" des soins ou la perception plus subjective qu'en ont les populations peut motiver, ou décourager, celles-ci à s'affilier à un système de mutualisation des risques santé. L'adhésion serait toutefois davantage influencée par la perception qu'ont les usagers de la qualité de l'offre (Waelkens & Criel, 2004). Or, il ressort des études empiriques que les populations sont généralement insatisfaites de la qualité des soins de santé, en particulier dans les structures sanitaires publiques (Schneider, 2005 ; Waelkens et Criel, 2004 ; Fonteneau, 2003 ; Criel, 2002, 1998). Les principaux critères d'évaluation de la qualité de l'offre de soins concernent l'accueil (disponibilité des prestataires de soins, temps d'attente, respect et considération de la part des soignants), la prescription et la disponibilité des médicaments, ainsi que la rapidité des résultats du traitement (Waelkens & Criel, 2004 ; Criel et Waelkens, 2003 ; Fonteneau, 2003 ; Criel et al., 2002 ; Atim, 2000). Alors que certaines études stipulent que les principales critiques émises par les adhérents tiennent à la mauvaise qualité des médicaments prescrits (Criel et al., 2002) et aux ruptures

de stock des produits (Basaza et *al.*, 2008 ; Criel & Waelkens, 2003), d'autres mentionnent que le mécontentement des bénéficiaires est davantage lié aux sur-prescriptions de médicaments et à la façon dont les agents de santé traitent différemment les patients selon leur statut socio-économique (De Allegri et *al.*, 2006a, 2005 ; Schneider, 2005 ; Criel, 2002). Enfin, certains mutualistes se plaignent également du fait d'être moins bien traités que les non-membres (Criel et *al.*, 2002 ; Criel, 1998). Selon eux, cette différence de traitement entre mutualistes et non-mutualistes tient à la perte d'avantages pour les agents de santé, résultant de la présence du nouvel acteur qu'est la mutuelle (sans elle, il est plus facile d'imposer aux patients des paiements supplémentaires en espèces ou en nature). En outre, certains adhérents déclarent qu'ils ne renouvelleront pas leur adhésion si la qualité des soins dispensés dans les centres de santé conventionnés ne s'améliore pas (Criel et *al.*, 2002). Ainsi, une médiocre qualité de l'offre sanitaire apparaît bien comme un facteur prépondérant de non-adhésion et un motif important de désaffiliation d'une mutuelle de santé.

Malgré tous les manquements qui persistent du côté des institutions sanitaires, bien des bénéficiaires reconnaissent que les mutuelles de santé contribuent souvent à renforcer et à faciliter l'accès aux centres de santé, notamment en termes de rapidité et de fréquence de consultations (Schneider, 2005 ; Criel & Waelkens, 2003). Certaines mutuelles parviendraient même à obtenir des résultats en termes d'amélioration de la qualité de l'offre de soins. En effet, des bénéficiaires constatent parfois qu'un meilleur accueil leur est réservé dans les centres de santé conventionnés depuis leur adhésion à la mutuelle (Fonteneau, 2003 ; Atim, 2000). En outre, une mutuelle de santé peut envisager de mettre en place ses propres services sanitaires afin de garantir une offre de qualité (Atim, 2000). Waelkens et Criel (2004) soulignent que la pauvreté des expériences de ce type ne permet pas d'attester qu'une amélioration de la qualité des soins survient souvent grâce à la mise en place d'une mutuelle de santé.

Le poids des mutuelles de santé serait encore trop faible pour pouvoir exercer une réelle influence sur les comportements des agents de santé (Criel et *al.*, 2002). D'une part, nombre de mutualistes (et de non-mutualistes) ne percevraient que trop peu le rôle de contre-pouvoir que pourraient jouer les mutuelles de santé auprès des prestataires de soins. D'autre part, les agents de santé, peu habitués à dialoguer avec les populations, ne seraient pas suffisamment préparés à établir ce type de relation avec les usagers (Waelkens & Criel, 2004). Par ailleurs, une certaine résistance des prestataires de soins est parfois constatée lors de la mise en place de systèmes mutualistes (Waelkens & Criel, 2004 ; Fonteneau, 2003 ; Criel et *al.*, 2002). Ainsi, une amélioration de la qualité des soins nécessite un changement de comportement de la part des professionnels de la santé, bien que la capacité d'incitation des mutuelles de santé ne soit pas contestée. Nous reviendrons dans la section finale sur le rôle structurel que pourraient jouer les mutuelles de santé dans la construction d'une relation de service plus satisfaisante pour les différentes parties prenantes.

3.2 La confiance dans les compétences des prestataires de soins

Outre l'insatisfaction des usagers concernant l'attitude des soignants à l'égard des patients, des recherches empiriques attestent de la méfiance des populations à l'égard des compétences des agents de santé (Schneider, 2005 ; Criel et *al.*, 2002). Selon Schneider (2005), adhérents ou non se plaignent d'incompétences techniques de la part des prestataires de soins. Certains bénéficiaires reprochent également à ceux-ci de ne pas respecter leurs engagements à l'égard du système mutualiste. L'étude suggère que le scepticisme des communautés envers le personnel des formations sanitaires altère leur confiance dans la mutuelle et a donc un effet négatif sur l'adhésion (Schneider, 2005).

Pour Waelkens et Criel (2003), la compétence des soignants est trop souvent associée aux seules prescriptions de médicaments. Si ceux-ci s'avèrent inopérants, les soignants sont facilement accusés d'incompétence. Criel et *al.* (2002) indiquent que cette compétence est aussi perçue à partir de l'expérience, de la capacité à poser un diagnostic et de la communication avec le patient. Ainsi, la confiance en un agent de santé se fonde avant tout dans son expérience professionnelle et dans sa capacité d'écoute et d'information du malade.

3.3 La distance géographique

Les résultats des enquêtes sur l'influence que peut avoir la distance à parcourir pour rejoindre les centres de santé conventionnés divergent⁶. Certaines mettent en avant la barrière géographique comme obstacle non négligeable à l'adhésion, voire comme motif de désaffiliation (Fonteneau, 2003 ; Dong et *al.*, 2003 ; Dubois, 2002 ; Criel, 1998). D'autres indiquent que la distance séparant les mutualistes de la formation sanitaire ne constitue pas un frein pour les mutuelles de santé (De Allegri et *al.*, 2006a). Des recherches dans un système d'assurance communautaire au Burkina Faso indiquent même que l'adhésion serait plus élevée dans les communautés les plus éloignées du centre de santé (De Allegri et *al.*, 2006b). Ce résultat *a priori* étonnant s'expliquerait, d'une part, par la campagne de promotion intense menée auprès des populations les plus distantes, et d'autre part, par la prise en charge des frais de transport par la mutuelle de santé. Enfin, le problème de la distance géographique se poserait, pour certains bénéficiaires, à travers la non-visibilité des bienfaits du système mutualiste pour les non-membres (De Allegri et *al.*, 2006a). Criel (1998) rapporte que l'équipe responsable du système d'assurance hospitalisation de Bwamanda en République Démocratique du Congo avait remarqué que les coûts indirects (transport, nourriture, logement de la famille, *etc.*) d'une prise en charge étaient plus élevés pour les individus les plus éloignés de l'hôpital de district. Ceux-ci avaient, par ailleurs, moins souvent recours à l'hôpital. Face à

⁶ Cette distance est, la plupart du temps, exprimée en km, mais elle est parfois estimée en temps de parcours par les personnes interrogées.

ce constat, un système d'échelle mobile selon la distance entre le centre de santé et l'hôpital fut instauré : plus la distance séparant le centre de santé et l'hôpital était grande, plus la prime d'admission était faible. Néanmoins, la mise en place de ce système n'a pas eu d'impact sur le recours des membres les plus éloignés, indiquant que la distance géographique demeure un frein important à la participation à la mutuelle de santé.

3.4 Le choix des structures de soins

De Allegri *et al.* (2005) mentionnent le mécontentement des adhérents face à l'assignation d'un centre de santé qu'ils n'ont pas choisi. Selon les bénéficiaires, cette décision découragerait les ménages d'adhérer à la mutuelle de santé en raison de la qualité des soins proposés et des relations avec les prestataires. Ainsi, certains préféreraient se rendre dans un centre de santé plus éloigné, mais où ils ont plus d'affinités avec les soignants. Le choix du centre de santé conventionné par les communautés elles-mêmes influencerait positivement l'adhésion, la difficulté résidant ici dans l'offre limitée de structures sanitaires en milieu rural (Fonteneau, 2003).

4. LES PARAMÈTRES PROPRES AUX MUTUELLES DE SANTÉ

Concernant la problématique de l'adhésion, la mutuelle de santé en tant que telle peut être envisagée selon trois dimensions : tout d'abord, les modalités d'affiliation et les services qu'elle propose à ses membres, ensuite la confiance que les communautés lui accordent et, enfin, la manière dont elle met en place et s'investit dans l'information et la sensibilisation des populations cibles.

4.1 Les modalités d'affiliation et les prestations offertes aux membres

Montant de l'adhésion et des cotisations

Comme évoqué précédemment, les montants des cotisations et des primes d'adhésion sont jugés acceptables par les individus⁷, malgré le manque de ressources financières de nombre d'entre eux (De Allegri *et al.*, 2006a, 2005 ; Criel & Waelkens, 2003). Le ticket modérateur ne serait pas remis en question, principalement en raison du faible montant qu'il représente. Toutefois, selon Criel (1998), les usagers semblent ne pas bien comprendre le motif pour lequel il a été instauré.

Périodicité des cotisations

La périodicité du paiement de la cotisation semble influencer l'adhésion. En effet, il apparaît que l'obligation de verser la prime d'adhésion et/ou les

⁷ Dans certaines mutuelles de santé, l'individu ou le ménage doit payer des droits d'adhésion afin d'être inscrit en tant que membre.

cotisations annuelles en une fois constitue un frein important, en particulier pour les familles nombreuses (De Allegri et *al.*, 2006a, 2005 ; Criel, 1998). Les ménages expriment ainsi leur volonté d'une possibilité d'échelonnement des cotisations et des primes d'adhésion (De Allegri et *al.*, 2005 ; Criel, 2002, 1998). La période durant laquelle les primes d'adhésion et/ou les cotisations annuelles sont collectées peut également favoriser l'adhésion ou, au contraire, constituer une barrière, selon qu'elle tient compte ou non des fluctuations saisonnières des revenus (De Allegri et *al.*, 2005 ; Atim, 2000 ; Criel, 1998). Toutefois, la collecte des cotisations en période de récolte, plus appropriée dans certains contextes, ne garantit pas la capacité des personnes à verser la somme due (Criel & Waelkens, 2003 ; Criel et *al.*, 2002).

Affiliation familiale ou seulement partielle

L'adhésion familiale obligatoire semble constituer un réel obstacle (De Allegri et *al.*, 2006a), d'autant plus que les adhérents n'établissent pas de lien entre une telle formule et la nécessité pour la mutuelle de contrer une "sélection adverse" des risques (qui survient si le chef de ménage n'affilie que les membres les plus vulnérables de sa famille, ce qui déséquilibre évidemment le système d'assurance) (Criel & Waelkens, 2003 ; Criel et *al.*, 2002). On constate que seuls certains membres du ménage sont généralement inscrits à la mutuelle, ce qui suggère que l'adhésion familiale est perçue comme financièrement déraisonnable. Par ailleurs, les adhérents se plaignent des primes individuelles à tarif uniforme (Criel, 1998) et apprécient le fait que la prime soit différenciée pour les adultes et pour les enfants (De Allegri et *al.*, 2005), ceci étant perçu comme un moyen culturellement approprié pour contrebalancer la tendance à favoriser les adultes dans l'allocation des ressources, souvent limitées, pour les soins de santé (De Allegri et *al.*, 2006b).

La définition de la famille utilisée par les mutuelles de santé, bien que socialement acceptable, ne refléterait pas correctement les processus de décision familiaux au quotidien et ne prendrait pas suffisamment en compte le contexte de polygamie et de composition changeante des ménages (De Allegri et *al.*, 2005 ; Criel, 2002). Une étude de De Allegri et *al.* (2005) au Burkina Faso mentionne à ce sujet la critique adressée par les adhérents concernant la définition du ménage appliquée par la mutuelle de santé. De même, à propos du projet PRIMA en Guinée Conakry, Waelkens et Criel (2003) soulignent que la définition de "la famille" n'est pas suffisamment précise.

Prestations offertes

Le panier de services proposés par les mutuelles de santé semble globalement apprécié par les membres (De Allegri et *al.*, 2005 ; Fonteneau, 2003). Toutefois, il semble que les adhérents et les non-adhérents connaissent relativement peu les services offerts par la mutuelle, bien qu'ils sachent que certains services sont exclus en raison du faible niveau des cotisations et du nombre peu élevé de mutualistes (De Allegri et *al.*, 2005). Certains expriment leur souhait de voir s'élargir le panier de prestations avec le temps (De Allegri et *al.*, 2005 ; Criel, 1998). Ainsi, le fait d'inclure une prestation supplémentaire dans le panier de

services de la mutuelle aurait une influence positive sur l'adhésion. Par exemple, durant les trois premières années, la mutuelle Wer Werlé à Thiès ne prenait pas en charge les accouchements, malgré la demande des populations. Les responsables craignaient de devoir trop augmenter le niveau de cotisation. Cet obstacle a finalement pu être contourné en modifiant légèrement le taux de prise en charge afin de maintenir l'adéquation du couple cotisation-prestation. L'introduction de la prise en charge des soins liés à la maternité a eu des effets positifs sur l'adhésion (Fonteneau, 2003). À l'inverse, la non-prise en charge de certaines prestations constituerait un obstacle à l'affiliation de certains individus (Basaza et al., 2008 ; Fonteneau, 2003 ; Criel, 1998). Selon Basaza et al. (2008), le fait que la mutuelle de santé Ishaka, en Ouganda, ne prenne pas en charge les maladies chroniques et le transport en ambulance apparaît comme l'une des causes des faibles taux d'adhésion. *A fortiori*, l'exclusion d'un service exercerait un effet négatif sur la dynamique de l'adhésion (Fonteneau, 2003).

Règles internes

Enfin, la rigidité de certaines règles instaurées par la mutuelle de santé freinerait également l'adhésion. Ainsi, les deux systèmes de micro-assurance santé étudiés par Basaza et al. (2008) en Ouganda, imposent que 60% du groupe cible ou 100 villageois adhèrent avant que les membres ne puissent bénéficier des prestations. Bien qu'elle constitue une mesure contre la sélection adverse, cette règle est perçue par les communautés comme trop rigide et non adaptée.

4.2 La confiance dans la mutuelle de santé

La confiance dans la mutuelle de santé influence également la décision de s'affilier ou non (De Allegri et al., 2006a ; Schneider, 2005 ; Waelkens & Criel, 2004). Waelkens et Criel (2004) distinguent deux dimensions de la confiance des populations cibles à l'égard de la mutuelle de santé : d'une part, la confiance dans la gestion du système, tributaire des compétences et de l'intégrité des gestionnaires de la mutuelle et, d'autre part, la confiance dans la capacité de la mutuelle de santé à atteindre les objectifs énoncés.

L'étude de De Allegri et al. (2006a) indique que les adhérents établissent eux-mêmes un lien entre la décision d'adhérer et la confiance qu'ils ont dans la gestion de la mutuelle. Les documents reçus lors de l'inscription, le soutien d'une organisation extérieure, le caractère collectif de la mutuelle et l'adhésion d'autres membres de la communauté constituent autant d'éléments contribuant à renforcer la confiance des populations dans la mutuelle de santé.

Les populations cibles adopteraient fréquemment une attitude prudente lors du lancement d'une mutuelle de santé, préférant observer avant d'adhérer (Schneider, 2005 ; Criel & Waelkens, 2003 ; Criel et al., 2002). Ce comportement s'expliquerait essentiellement en raison d'expériences antérieures de gestion malhonnête dans d'autres systèmes d'épargne ou de crédit, coopératives, associations informelles, etc. Toutefois, si ce type de suspicion explique des adhésions tardives à une mutuelle de santé, elle n'apparaît pas, pour certains, comme un motif majeur de non-adhésion (Criel & Waelkens,

2003 ; Criel et *al.*, 2002). Par contre, d'autres études indiquent que les doutes quant à l'honnêteté des responsables de la mutuelle ou des expériences antérieures de détournement de fonds auraient bien un impact négatif sur l'adhésion (Basaza et *al.*, 2008 ; De Allegri et *al.*, 2006a ; Schneider, 2005).

Diverses études indiquent aussi que l'intégrité des responsables et les compétences des gestionnaires du système mutualiste, tant sur le plan administratif qu'organisationnel, ne sont pas remises en cause par les membres (Criel & Waelkens, 2003 ; Dubois, 2002 ; Criel et *al.*, 2002). Cependant, un reproche majeur peut alors tenir au fait que l'organisation ne respecte pas ses engagements et n'atteint pas ses objectifs. Ces déceptions concernent essentiellement la qualité des soins et la défense des membres vis-à-vis des prestataires de soins (Criel & Waelkens, 2003 ; Criel et *al.*, 2002). Cela aussi érode évidemment la confiance de la population.

4.3 Information et compréhension

Alors que certaines études soulignent une très bonne compréhension des principes mutualistes, tant par les membres que par les non-adhérents (Waelkens & Criel, 2003 ; Criel et *al.*, 2002), d'autres attestent du faible degré de connaissance de la mutuelle de santé par les populations (Basaza et *al.*, 2008 ; De Allegri et *al.*, 2006a ; Schneider, 2005). Dans ce dernier cas, la transmission de l'information serait déficiente en raison de campagnes de sensibilisation peu attrayantes ou non adaptées à des populations analphabètes.

L'impact de l'information et de la sensibilisation des populations est surtout envisagé en termes de confiance. Assez logiquement, selon De Allegri *et al.* (2006a), un faible degré de connaissance contribuerait à renforcer le scepticisme des populations à l'égard de la mutuelle et exercerait une influence négative sur l'adhésion. À l'inverse, une bonne campagne d'information contribuerait à construire la confiance des communautés à l'égard des promoteurs et des responsables de la mutuelle (Waelkens & Criel, 2004). Dans le même sens, l'étude de Basaza et *al.* (2008) indique que les membres ont une meilleure compréhension des principes mutualistes que les non-adhérents, suggérant l'influence directe des campagnes d'information et de sensibilisation sur l'adhésion. Quant à l'étude de Jütting (2005) au Sénégal, elle indique que 15% de la population ignorent purement et simplement l'existence des mutuelles de santé dans la région de Thiès, en raison d'une information lacunaire de certaines franges de la communauté.

Il arrive cependant aussi, comme pour la MUCAS en Guinée-Conakry, que les non-adhérents, comme les adhérents, aient une bonne compréhension du fonctionnement, des avantages et des inconvénients du système mutualiste (Criel & Waelkens, 2003 ; Criel et *al.*, 2002). Ceci pourrait tenir à l'ampleur et à la qualité des campagnes préalables d'information et de sensibilisation. Cependant, aucune étude ne décrit vraiment les méthodes d'information mises en place pour promouvoir la mutuelle de santé et sensibiliser les communautés.

5. MISE EN PERSPECTIVE DES PRINCIPAUX RÉSULTATS

Au-delà de la grande diversité des approches adoptées par les enquêtes, il est possible de mettre en évidence quelques résultats clairement convergents quant à leur influence sur la décision d'adhérer ou non à une mutuelle de santé.

5.1 Revenus, assurance santé et autres risques

En premier lieu, un large consensus entre les différentes études se dégage pour souligner que le manque de ressources financières demeure la principale raison invoquée par les ménages pour expliquer leur non-participation à une mutuelle de santé (et ce, dans toutes les régions couvertes par les études sélectionnées). Cependant, les mutuelles faisant preuve d'une plus grande souplesse dans le prélèvement et la périodicité des cotisations ainsi que dans les modalités d'adhésion susciteraient davantage la participation des communautés.

Cette importance de la capacité contributive des ménages est confirmée par certains travaux analogues menés en Asie. C'est notamment le cas de Jakab et *al.* (2001) pour la Thaïlande, même si on est en présence d'un système d'assurance communautaire initialement impulsé par le gouvernement. Bien qu'il s'agisse d'un autre type d'approche, Dror et *al.* (2005) établissent une relation nette entre le revenu des ménages et leur "*willingness to pay*" dans le cadre de systèmes communautaires de micro-assurance santé en Inde.

À l'inverse, à partir de deux enquêtes également menées en Inde, Jakab et *al.* (2001) ne détectent aucun effet significatif de la capacité contributive des ménages sur leur adhésion, que cette capacité soit appréhendée par le revenu ou par la valeur du patrimoine. Il s'agit toutefois ici d'un système mutuel d'assurance santé inséré dans un ensemble de mécanismes de protection sociale mis en place par la "*Self Employed Women Association*", adossé à une institution de microfinance de type coopératif et visant l'émancipation de travailleuses indépendantes de condition très modeste.

Une telle différence de résultat invite, sans doute, à revisiter la problématique de l'adhésion aux mutuelles de santé à la lumière des travaux cherchant à globaliser l'analyse des "*community-based risk management arrangements*", tels que récemment répertoriés par Bhattamishra et Barret (2010) : tontines de tous types, sociétés funéraires, mécanismes informels d'assurance contre des pertes brutales de revenu, banques céréalières, systèmes d'entraide divers, *etc.* En ce sens, Platteau (1997) soulignait déjà les limites et les risques d'échec de mutuelles de santé inspirées des modèles européens et qui ne seraient pas fondées sur une "réciprocité équilibrée". Il pointait ainsi la difficulté de faire adhérer des personnes ou des ménages qui ne verraient pas clairement leurs cotisations leur revenir d'une manière ou d'une autre dans un laps de temps limité. En groupant, par contre, un ensemble de risques aussi peu corrélés que possible, il serait possible pour chaque adhérent de vérifier régulièrement l'utilité du système auquel il contribue. Même pour revenir aux seules mutuelles de santé, cette dernière réflexion invite à creuser davantage les fondements du processus

d'adhésion. Ainsi, Jütting (2005) décompose ce processus en plusieurs étapes au cours desquelles la perception des coûts et des bénéfices courants et attendus de l'assurance va varier en fonction de facteurs liés tantôt à la situation des personnes, tantôt à l'environnement général.

5.2 *Qualité des soins et rôle des mutuelles*

Les facteurs relatifs aux soins de santé et aux relations avec les prestataires de soins constituent également des déterminants importants de l'adhésion à une mutuelle de santé. D'une part, une mauvaise qualité des soins dispensés (en ce qui concerne l'accueil des patients, la prescription et la disponibilité des médicaments ainsi que l'efficacité et la rapidité du traitement) influence négativement l'affiliation. D'autre part, le scepticisme des populations à l'égard des compétences du personnel sanitaire renforce leur manque de confiance envers ces derniers et joue dans le même sens. En outre, les doutes quant à la capacité de l'organisation à améliorer cette qualité des soins contribue également à la non-affiliation. Les raisons du manque de confiance dans la mutuelle peuvent aussi tenir à des expériences antérieures négatives ou à une suspicion de malhonnêteté à l'égard des responsables mutualistes.

Ces constats invitent à une attention toute particulière aux modes de contractualisation entre mutuelles de santé et structures sanitaires. Pour les mutuelles en démarrage, ou plus généralement de taille restreinte, le risque est élevé de ne guère pouvoir peser sur les pratiques effectives des formations et des agents de santé. Plusieurs expériences suggèrent, toutefois, que ce type de situation n'est pas inéluctable. Ainsi, lorsqu'un hôpital est activement partie prenante, voire à l'origine de systèmes mutualistes, l'accès aux soins, leur qualité et la confiance des patients sont sensiblement améliorées, comme en attestent les travaux de Jütting et Tine (2000) sur les mutuelles de la région de Thiès au Sénégal. Un réseau assez fort de mutuelles appuyées par une même ONG peut arriver à négocier des contrats équilibrés combinant avantages pour ses membres et préservation d'incitants pour les prestataires de soins⁸.

CONCLUSION

Bien que le mouvement mutualiste ne cesse de se développer en Afrique subsaharienne, les taux de pénétration demeurent relativement faibles, mettant parfois en question la viabilité même de ces organisations. À partir d'enquêtes réalisées au cours des dix dernières années, nous avons cherché à mettre en lumière quelques raisons majeures de cette faible participation, sans perdre de vue, toutefois, les limites considérables de notre exercice, en particulier sur le plan méthodologique. Au-delà des facteurs pris en compte dans ces enquêtes auprès des ménages, il nous semble que d'autres éléments mériteraient d'être examinés. Ainsi, comme le suggèrent notamment Defourny, Failon et Sarambe

⁸ L'expérience des mutuelles soutenues par le CIDR au Bénin est exemplaire.

(2008), les modes de participation des mutualistes dans l'organisation et les modalités de contrôle des mutuelles par leurs membres ou par voie externe pourraient aussi avoir une influence sur les adhésions. De même, les mutuelles étant les plus souvent créées à l'initiative d'intervenants extérieurs, la crédibilité de ceux-ci auprès des communautés nécessiterait d'être étudiée plus profondément. Enfin, l'analyse de l'adhésion aux mutuelles de santé gagnerait certainement à être ré-encadrée dans celle de la gestion plus globale des risques encourus par les populations concernées.

Il faut aussi souligner que les différentes études ici prises en compte se concentrent essentiellement sur les enjeux locaux. Elles n'envisagent guère les relations entre les mutuelles de santé et leur environnement plus global, tel le contexte politique national ou régional, l'espace occupé par les ONG qui les promeuvent ou encore le système sanitaire public à l'échelle nationale. Ce sont là des dimensions qui, elles aussi, mériteraient des analyses approfondies.

Dans le même sens, les questions relatives aux modes de régulation du champ de la micro-assurance santé demandent à être davantage explorées. Il s'agit, en premier lieu, d'envisager l'ensemble des mécanismes et des institutions encadrant le développement des mutuelles de santé. On évoque ainsi de plus en plus un processus qui viserait la mise en place d'un cadre réglementaire en matière de mutuelles à l'échelle de l'Union économique et monétaire ouest-africaine (UEMOA), ce qui interroge aujourd'hui le rôle des pouvoirs publics à l'égard de ces organisations. Comme le soulignent Nyssens, Vermer et Wélé (2007), ce questionnement renvoie à une réflexion plus large quant à la responsabilité des gouvernements en matière de tutelle, de contrôle, de financement et d'appui au secteur en Afrique subsaharienne. Et ce d'autant plus que divers auteurs, à l'instar d'Ekman (2004), soulignent la difficulté des mutuelles à atteindre les segments les plus pauvres de la population et leur rôle au mieux complémentaire dans le financement des systèmes de santé.

BIBLIOGRAPHIE

- ALDERMAN H., PAXSON C. (1994) Do the poor insure ? A synthesis of the literature on risk and consumption in developing countries, *in* Bacha E. (ed.), *Economics in a changing world*, St Martin's, New York, 48-78.
- ATIM C. (2000) *Contribution financière des mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé : Synthèse de travaux de recherche menés dans neuf pays d'Afrique de l'Ouest et du centre*, STEP, Bureau international du travail, Genève.
- BASAZA R., CRIEL B., VAN DER STUYFT P. (2008) Community health insurance in Uganda : Why does enrolment remain low ? A view from beneath, *Health Policy*, vol. 87, n° 2, 172-184.
- BHATTAMISHRA R., BARRETT C. (2010) Community-based risk management arrangements: a review, *World Development*, vol. 38, n°1, 923-932.
- CONCERTATION (2004) *Inventaire des mutuelles de santé en Afrique. Synthèse des travaux de recherche dans 11 pays*, La Concertation entre les acteurs de développement des mutuelles de santé en Afrique (<http://www.concertation.org>)

- CRIEL B., WAELKENS M.-P. (2003) Declining subscriptions to the Maliando Mutual Health Organisation in Guinea-Conakry (West Africa) : what is wrong ?, *Social Science Medicine*, vol. 57, n° 7, 1205-1219.
- CRIEL B., BARRY A., VON ROENNE F. (2002) *Le projet PRIMA en Guinée Conakry. Une expérience d'organisation de mutuelles de santé en Afrique rurale*, Medicus Mundi Belgique, Bruxelles.
- CRIEL B. (1998) *District-based health insurance in sub-Saharan Africa, Part II : Case-studies*, Studies in Health Services Organisation & Policy, Anvers.
- DE ALLEGRI M., SANON M., SAUERBORN R. (2006a) To enrol or not enrol ? A qualitative investigation of demand for health insurance in rural West Africa, *Social Science Medicine*, vol. 62, n°6, 1520-1527.
- DE ALLEGRI M., KOUYANTE B., BECKER H., GBANGOU A., POKHREL S., SANON M., SAUERBORN R. (2006b) Understanding enrolment in community health insurance in sub-Saharan Africa : a population-based case-control study in rural Burkina Faso, *Bulletin World Health Organisation*, vol. 84, n°11, 852-858.
- DE ALLEGRI M., SANON M., BRIDGES J., SAUERBORN R. (2005) Understanding consumers' preferences and decision to enrol in community-based health insurance in rural West Africa, *Health Policy*, vol. 76, n°1, 58-71.
- DEFOURNY J., FAILON J., SARAMBE I. (2008) *Les approches de l'économie sociale et solidaire face aux mutuelles de santé en Afrique*, Working paper, Centre d'Economie Sociale, Université de Liège.
- DONG H., KOUYATE B., SNOW R., MUGISHA F., SAUERBORN R. (2003) Gender's effect on willingness-to-pay for community-based insurance in Burkina Faso, *Health Policy*, vol. 64, 153-162.
- DROR D., SORIANO E., LORENZO M., SAROL J., AZCUNA R., KOREN R. (2005) Field based evidence of enhanced healthcare utilization among persons insured by micro health insurance units in Philippines, *Health Policy*, vol. 73, 263-271.
- DUBOIS F. (2002) *Les déterminants de la participation aux mutuelles de santé : étude appliquée à la mutuelle Leeré Laafi Bolem de Zabré*, Mémoire, Université de Liège.
- EKMAN B. (2004) Community-based health insurance in low-income countries: a systematic review of the evidence, *Health Policy and Planning*, vol. 19 (5), 249-270
- FONTENEAU B. (2006) *Déterminants d'adhésion aux mutuelles de santé : proposition de grille d'analyse et résultats de quelques recherches*, Communication au séminaire GRAP-OSC Le croisement des regards : déterminants d'adhésion aux mutuelles de santé, Liège, 6 octobre.
- FONTENEAU B. (2003) *Les défis des politiques de micro-assurance santé en Afrique de l'Ouest. Cadre politique, environnement institutionnel, fonctionnement et viabilité*, Hoger Instituut voor de Arbeid, Leuven.
- GNAWALI D. P., POKHREL S., SIE A., DE ALLEGRI M., SOUARES A., DONG H., SAUERBORN R. (2009) The effect of community-based health insurance on the utilization of modern health care services : Evidence from Burkina Faso, *Health Policy*, vol. 90, n°2-3, 214-222.
- JAKAB M., PREKER A., SCHNEIDER P., DIOP F., JÜTTING J., GUMBER A., RANSON K., SUPAKANKUNTI S., KRISHNAN C. (2001) *Social inclusion and financial protection through community financing: initial results from five household surveys*,

- Working Group 3, Background Report for the Commission on Macro-Economics and Health of the WHO, Geneva.
- JÜTTING J. (2005) *Health insurance for the poor in developing countries*, Ashgate Publishing, Aldershot.
- JÜTTING J., TINE J. (2000) *L'impact des mutuelles de santé en milieu rural africain. Une analyse empirique dans la région de Thiès au Sénégal*, Bonn : Centre for Development Research (ZEF), Bonn.
- MUSANGO L., MARTINY P., PORIGNON D., DUJARDIN B. (2004) Le profil des membres et des non-membres des mutuelles de santé du Rwanda : le cas du district sanitaire de Kabutare, *Cahier de santé*, vol. 14, n° 2, 93-99.
- NYSENS M., VERMER M.-C., WELE P. (2007) *La régulation des mutuelles de santé au Bénin*, Rapport de recherche GRAP/OSC, Université de Louvain-la-Neuve.
- PLATTEAU J.-P. (1997) Mutual insurance as an elusive concept in traditional rural communities, *Journal of Development Studies*, vol. 33 (6), 764-796.
- SCHNEIDER P. (2005) Trust in micro-health insurance: an exploratory study in Rwanda, *Social Science & Medicine*, vol. 61, 1430-1438.
- TINE J. (2000) *Les mutuelles de santé rurales de la région de Thiès au Sénégal. Des initiatives communautaires pour améliorer l'accès aux soins de santé*, Center for Development Research (ZEF), Bonn.
- WAELEKENS M.-P., CRIEL B. (2004) *Les mutuelles de santé en Afrique subsaharienne. État des lieux et réflexions sur un agenda de recherche*, HNP Discussion Paper, Banque mondiale, Washington DC.
