

Les Mutuelles de Santé en Afrique Sub-Saharienne

État des Lieux et Réflexions sur un Agenda de Recherche

Maria-Pia Waelkens et Bart Criel

Mars 2004



LES MUTUELLES DE SANTÉ EN AFRIQUE SUB-SAHARIENNE

État des Lieux et Réflexions sur un Agenda de Recherche

Maria-Pia Waelkens et Bart Criel

Mars 2004

Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper

This series is produced by the Health, Nutrition, and Population Family (HNP) of the World Bank's Human Development Network ([HNP Discussion Paper](#)). The papers in this series aim to provide a vehicle for publishing preliminary and unpolished results on HNP topics to encourage discussion and debate. The findings, interpretations, and conclusions expressed in this paper are entirely those of the author(s) and should not be attributed in any manner to the World Bank, to its affiliated organizations or to members of its Board of Executive Directors or the countries they represent. Citation and the use of material presented in this series should take into account this provisional character. For free copies of papers in this series please contact the individual authors whose name appears on the paper.

Enquiries about the series and submissions should be made directly to the Editor in Chief. Submissions should have been previously reviewed and cleared by the sponsoring department which will bear the cost of publication. No additional reviews will be undertaken after submission. The sponsoring department and authors bear full responsibility for the quality of the technical contents and presentation of material in the series.

Since the material will be published as presented, authors should submit an electronic copy in a predefined format as well as three camera-ready hard copies (copied front to back exactly as the author would like the final publication to appear). Rough drafts that do not meet minimum presentational standards may be returned to authors for more work before being accepted.

The Editor in Chief of the series is Alexander S. Preker (apreker@worldbank.org); For information regarding this and other World Bank publications, please contact the [HNP Advisory Services](#) (healthpop@worldbank.org) at: Tel (202) 473-2256; and Fax (202) 522-3234.

ISBN 1-932126-89-9

© 2004 The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank
1818 H Street, NW
Washington, DC 20433

All rights reserved.

Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper

Les Mutuelles de Santé en Afrique Sub-Saharienne *État des Lieux et Réflexions sur un Agenda de Recherche*

Maria-Pia Waelkens^a et Bart Criel^b

^aChercheuse, Département de Santé Publique, Institut de Médecine Tropicale, Anvers, Belgique

^bProfesseur, Département de Santé Publique, Institut de Médecine Tropicale, Anvers, Belgique

L'objectif de l'étude présentée dans cette monographie est de faire un état des lieux de la recherche dans le domaine des mutuelles de santé et d'identifier les sujets à approfondir. Cette étude a permis de déterminer les orientations du programme de recherche sur les mutuelles de santé à l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers, Belgique.

Abstract: Quelles sont les causes du faible taux d'adhésion aux mutuelles de santé en Afrique subsaharienne ? Telle est la question centrale de l'étude que nous présentons dans cette monographie. Dans un premier temps nous évaluons ce que la littérature scientifique apprend sur ce sujet. Puis, nous proposons un agenda de recherche pour approfondir la question.

Une revue des études disponibles permet d'identifier une liste de facteurs qui influencent l'adhésion aux systèmes de micro-assurance santé. Les principaux facteurs sont la qualité des soins de santé, la confiance des habitants dans la réussite de l'entreprise et la capacité financière des communautés. Mais une lecture attentive de ces études, de travaux de synthèse et de documents conceptuels qui traitent de la micro-assurance santé, montre que le cadre sous jacent est fortement influencé par les aspects techniques et financiers au dépens des aspects humains et du contexte structurel et socioculturel dans lequel ces systèmes opèrent. L'observation et la documentation des initiatives existantes devraient faire appel à un nouveau cadre d'analyse qui tienne compte du contexte, de la dynamique sociale et des interactions humaines dans l'organisation et la gestion de tels systèmes.

L'agenda de recherche que nous proposons repose sur l'hypothèse suivante : pour améliorer la performance des systèmes de micro-assurance santé et l'adhésion des populations concernées, le défi n'est pas de développer un modèle idéal, mais de concevoir des systèmes *sur mesure*, adaptés à chaque situation. Une approche multi-disciplinaire est nécessaire pour concevoir un cadre d'analyse qui ne tienne pas seulement compte des aspects techniques et financiers, mais aussi des dimensions sociales et associatives, ainsi que de l'insertion des systèmes dans l'organisation des systèmes de santé et dans un environnement social, culturel, économique et institutionnel donné.

Mots-clés: Soins de santé, Afrique sub-saharienne, accessibilité, mutuelles de santé, protection sociale.

Avertissement: Les observations, interprétations et conclusions exprimées ici sont celles des auteurs et ne reflètent pas forcément le point de vue du comité d'administration de la Banque Mondiale ou des gouvernements qu'il représente.

Correspondance: Bart Criel, Département de santé publique, Institut de médecine tropicale, Nationalestraat 155, B-2000 Antwerpen, Belgique; Tel: 32-3-2476293; Fax: 32-3-2476258; Email: bcriel@itg.be

Les Mutuelles de Santé en Afrique Sub-Saharienne

État des Lieux et Réflexions sur un Agenda de Recherche

Maria-Pia Waelkens^a and Bart Criel^b

^aResearch Assistant, Public Health Department of the Institute of Tropical Medicine, Antwerp, Belgium

^bLecturer, Public Health Department of the Institute of Tropical Medicine, Antwerp, Belgium

This discussion paper presents the rationale that currently guides the research agenda on the subject of Community Health Insurance at the Institute of Tropical Medicine in Antwerp, Belgium. A comprehensive literature study on the subject is at the basis of a critical evaluation of the existing knowledge and of the identification of needs for further research.

Abstract: The main subject of the study that is at the origin of this discussion paper is the quest of the causes of the low subscription rates to Mutual Health Organisations in sub-Saharan Africa. We first present a critical analysis of what the scientific literature tells us about this topic before proposing an agenda for further research.

Several studies that investigate the possible causes of the low coverage rates of Mutual Health Organisations suggest a variety of factors influencing enrolment. The most important ones seem to be the quality of health care services, the confidence people have in the achievements of the enterprise and the financial capacity of the target population. We observed, however, that the prevailing framework for analysis of the performance of Mutual Health Organisations is largely biased towards the technical aspects of the schemes themselves. The human factor inherent to the organisation, management and interactions between partners is only superficially addressed. Another aspect that receives too little attention is the context: the structural and socio-cultural environments in which the schemes operate.

Central to the research agenda we propose is the following hypothesis: in order to improve the performance of Community Health Insurance schemes, the point is not to devise one optimal model, but to design a tailored scheme in each local context. A multidisciplinary collaboration is essential for the elaboration of the comprehensive framework for analysis required for this approach. The framework should not only include all significant technical and financial aspects, but also associative and health related dimensions relevant for the set-up of Mutual Health Organisations, as well as their integration in the local health system and in their social, economic and cultural environment.

Keywords: Community health insurance, micro-insurance, mutual health organizations, health financing, sub-saharan Africa.

Disclaimer: The findings, interpretations and conclusions expressed in the paper are entirely those of the authors, and do not represent the views of the World Bank, its Executive Directors, or the countries they represent.

Correspondence Details: Bart Criel, Public Health Department, Institute Tropical Medicine, Nationalestraat 155, B-2000 Antwerpen, Belgium; Tel: 32-3-2476293; Fax: 32-3-2476258; Email: bcriel@itg.be

Table des Matières

AVANT-PROPOS.....	XI
FOREWORD.....	XIII
RESUME	XV
SUMMARY	XIX
REMERCIEMENTS	XXIII
ABREVIATIONS.....	XXV
INTRODUCTION.....	1
LES TERMES DE REFERENCE DE L'ETUDE.....	1
LA DEMARCHE.....	1
LA STRUCTURE DU TEXTE	2
PREMIERE PARTIE : L'ANALYSE DE LA LITTERATURE.....	3
LA VALIDITE DES CONSTATS DE DEPART	5
LA COUVERTURE.....	5
<i>L'élaboration d'un inventaire des systèmes financiers de mutualisation des risques maladie en</i>	
<i>Afrique sub-saharienne.....</i>	5
<i>Les limites de l'inventaire.....</i>	6
<i>Les principaux résultats de l'analyse de l'inventaire</i>	7
<i>Conclusion</i>	9
QUI PREND L'INITIATIVE ?	17
<i>Un appui externe manifeste.....</i>	17
<i>La part d'initiative locale</i>	18
<i>L'interaction entre l'initiative locale et externe</i>	21
<i>Peu d'initiatives communautaires en Afrique de l'Est.....</i>	23
<i>Conclusion</i>	24
LES TYPOLOGIES.....	24
INTRODUCTION.....	24
DEUX APPROCHES FONDAMENTALEMENT DIFFERENTES : LES PARADIGMES « ANGLO-SAXON » ET « DE	
L'EUROPE CONTINENTALE »	26
LES DIFFERENTS CADRES CONCEPTUELS.....	29
<i>Les approches de l'école Europe continentale</i>	29
<i>Les approches de l'école anglo-saxonne</i>	31
LES VARIABLES POUR LA CONSTRUCTION D'UNE TYPOLOGIE UNIVERSELLE	34
<i>Réconcilier les différentes typologies</i>	34
<i>Harmoniser les termes</i>	35
CHRONOLOGIE DES PRINCIPALES TYPOLOGIES	36
UNE TYPOLOGIE DES CRITERES D'ADHESION.....	42
<i>L'adhésion sur la base géographique.....</i>	42
<i>L'adhésion sur la base de l'appartenance ethnique</i>	43
<i>L'adhésion sur la base socioprofessionnelle</i>	43

<i>L'adhésion de groupes existants</i>	44
L'EVALUATION DE LA PERFORMANCE DES SYSTEMES DE MUTUALISATION DES RISQUES MALADIE	47
LA MOBILISATION DE RESSOURCES.....	47
LE MONTAGE DU SYSTEME: ASPECTS TECHNIQUES ET ORGANISATIONNELS	49
LA GESTION DU SYSTEME.....	49
UNE UTILISATION ACCRUE DES SERVICES DE SANTE : BIEN OU PAS ?	51
UN ACCES EQUITABLE AUX SOINS DE SANTE	51
L'INFLUENCE SUR LA QUALITE DES SOINS	52
L'ENCADREMENT DES SYSTEMES EMERGENTS	53
MUTUELLES DE SANTE ET PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE.....	55
LA DURABILITE DES SYSTEMES.....	56
QUELLES SONT LES CAUSES DES FAIBLES TAUX D'ADHESION ?	57
LES RAISONS DU FAIBLE DEGRE D'ADHESION	57
LE ROLE DE LA QUALITE DES SOINS	60
<i>La qualité des soins est indispensable au succès du système</i>	60
<i>Le système de mutualisation des risques maladie peut contribuer à l'amélioration de la qualité des soins</i>	61
<i>Comment améliorer la qualité des soins ?</i>	62
LA CONFIANCE	62
LA CAPACITÉ FINANCIÈRE.....	64
<i>Pouvons-nous définir un seuil de pauvreté en dessous duquel un système mutualiste n'est pas une solution ?</i>	64
<i>Une étude plus approfondie des différentes composantes de la capacité financière</i>	66
DEUXIEME PARTIE : REFLEXIONS SUR UN AGENDA DE RECHERCHE	71
UN PROGRAMME DE RECHERCHE MULTI-DISCIPLINAIRE	73
UNE OUVERTURE AUX DIFFERENTES DIMENSIONS DES SYSTEMES DE MUTUALISATION DES RISQUES MALADIE	73
DES PRINCIPES ET VALEURS COMMUNES A EXPLICITER.....	73
PROPOSITION D'UN PROGRAMME DE RECHERCHE	74
DEVELOPPER UNE GRILLE D'ANALYSE SYSTEMIQUE	74
LES OUTILS DE TRAVAIL	74
<i>Un outil pour analyser la situation de départ</i>	75
<i>La construction d'un système sur mesure</i>	75
<i>Un outil d'évaluation</i>	75
DES SUJETS A APPROFONDIR	75
AFFINER LA TYPOLOGIE	78
UN OUTIL DE TRAVAIL POUR LA RECHERCHE ET LA PRISE DE DECISION.....	78
ÉLEMENTS DE COMPARAISON	79
<i>Une comparaison des systèmes d'entraide à travers le monde</i>	80
RECHERCHES SUR LES RAISONS DE FAIBLE ADHESION	81
COMPARER POUR DETECTER LES RAISONS DU FAIBLE DEGRE D'ADHESION	81
LA QUALITE DES SOINS.....	82
LA CONFIANCE	83

LA CAPACITE FINANCIERE.....	83
CONCLUSION	83
REFERENCES.....	85

Liste des encadrés

Encadré 1 Pourquoi une typologie ?	24
Encadré 2 Les principales approches	29
Encadré 3 Les composantes de la micro-finance	33
Encadré 4 Les significations du « prépaiement ».....	36
Encadré 5 Quelques exemples de systèmes à gestion partagée	42
Encadré 6 Quelques associations des travailleurs du secteur informel au Bénin.....	44
Encadré 7 Lawanson Community Partners for Health (CPH) à Lagos.....	44
Encadré 8 Avantages de la séparation des tâches de gestion entre responsables des groupements individuels et assureur professionnel commun	47
Encadré 9 La contribution des systèmes d'assurance-maladie au financement des services de santé....	48
Encadré 10 Gestion volontaire ou professionnelle ?.....	50
Encadré 11 Surconsommation ou meilleur accès aux soins ?.....	51
Encadré 12 Prévoir des subventions pour les cotisations des pauvres ou développer un circuit parallèle?	52
Encadré 13 Le pouvoir de négociation des collectifs d'utilisateurs est encore insuffisamment développé	53
Encadré 14 Évaluation de l'appui aux mutuelles du Sénégal	53
Encadré 15 Quel appui pour les systèmes de mutualisation des risques maladie ?	54
Encadré 16 L'importance de la qualité des soins.....	61
Encadré 17 La méfiance à Nkoranza	63
Encadré 18 La capacité financière limitée	64
Encadré 19 Une multitude de facteurs financiers à différencier	67
Encadré 20 Il faut une définition adaptée de l'unité d'adhésion à chaque contexte	68
Encadré 21 Un contexte culturel en évolution	76
Encadré 22 Conditions socio-économiques différentes, liens de solidarité différents.....	77
Encadré 23 L'évolution des mutuelles de type corporatiste au Mali	79

Liste des figures

Figure 1 Les trois fonctions de l'assurance-maladie.....	39
--	----

Liste des tableaux

Tableau 1	Les caractéristiques retenues dans l’inventaire des initiatives répertoriées	6
Tableau 2	Nombre de systèmes financiers de mutualisation des risques maladie répertoriés	10
Tableau 3	Nombre de membres par système	11
Tableau 4	Nombre de bénéficiaires par système.....	12
Tableau 5	La couverture des systèmes répertoriés.....	13
Tableau 6	La couverture par type de système.....	14
Tableau 7	La couverture des systèmes pour lesquels la population cible et nombre de bénéficiaires sont donnés	15
Tableau 8	Couverture mentionnée par les auteurs, sans information précise sur la population cible et/ou le nombre de bénéficiaires	16
Tableau 9	La protection sociale offerte par les mutuelles corporatistes maliennes en 1998	20
Tableau 10	Une évolution dans la prise d’initiative	23
Tableau 11	Deux approches dans l’étude des systèmes financiers de mutualisation des risques maladie.....	28
Tableau 12	Caractéristiques des organisations de protection sociale	30
Tableau 13	Grille pour situer les systèmes financiers de mutualisation des risques maladie	35
Tableau 14	Les types d’assurance-maladie identifiés par Bennett, Creese et Monasch	37
Tableau 15	Grille pour définir les mutuelles de santé.....	38
Tableau 16	Les principales caractéristiques des modèles gérés par les membres et par le prestataire ...	38
Tableau 17	Résumé des principales études qui explorent les causes du faible taux d’adhésion	57
Tableau 18	Résumé des principales études qui explorent les causes du faible taux d’adhésion (suite) .	58

AVANT-PROPOS

Dans la plupart des pays développés, les systèmes de financement collectif ont largement remplacé la prise en charge financière des soins de santé par les individus. Au début du 20^{ème} siècle, les associations d'entraide et les fonds d'assurance maladie avaient déjà commencé à supporter le revenu et à financer l'accès aux médecins et aux hôpitaux en cas de maladie. Actuellement, à l'exception du Mexique, de la Turquie et des Etats-Unis d'Amérique, tous les pays de l'OECD offrent à leur population respective une couverture maladie universelle.

Malheureusement, comme avant le 19^{ème} siècle en Europe, les ménages, dans la plupart des pays en développement, supportent eux-mêmes leurs frais de soins de santé au lieu d'être couverts par un système de financement collectif. Ces paiements effectués directement par les usagers représentent jusqu'à 80 pour cent des dépenses totales de santé. Les paiements directs, particulièrement dans le cas des consultations médicales et des médicaments, continuent d'être une pratique répandue dans de nombreux pays à bas et moyen revenu. Plusieurs raisons expliquent ce phénomène.

Premièrement, dans les pays à bas revenu, les communautés rurales et le secteur informel constituent généralement une portion importante de la population, ce qui limite la capacité des gouvernements à collecter des taxes. La propension et la capacité de payer des populations pour les soins de santé sont souvent plus élevées que leur désir de couvrir les frais médicaux par le biais des impôts. Le second obstacle est issu du partage du risque financier. La gestion des risques exige le transfert de ressources des riches aux pauvres, des personnes en bonne santé aux malades et des salariés aux chômeurs. L'évasion fiscale étant une pratique très courante dans les pays à bas et moyen revenu, il arrive souvent que les riches échappent à leurs obligations fiscales, privant ainsi l'État des fonds nécessaires pour subventionner les besoins des pauvres. Finalement, pour diverses raisons, les groupes les plus aisés financièrement bénéficient généralement davantage que les pauvres des dépenses publiques et des subventions dans le domaine de la santé. De plus, les maigres ressources publiques destinées aux paysans et aux pauvres des zones urbaines sont souvent gaspillées à financer des soins inappropriés.

L'un des défis les plus urgent et difficile auquel les pays à bas et moyen revenu doivent faire face est de donner accès aux soins de santé aux quelques 1,3 milliard de pauvres vivant en zones rurales et travaillant dans le secteur informel. Cette étude offre un éclairage fascinant sur la contribution du financement communautaire et des mutuelles de santé dans la poursuite, qui sera longue et ardue, d'une meilleure protection financière contre les maladies et d'un meilleur accès aux soins de santé.

Alexander S. Preker

Economiste Principal
Editeur HNP Publications

FOREWORD

Over time, collective financing arrangements have largely replaced direct out-of-pocket payments for health care in most developed countries. By the early 20th century, employment-based friendly societies and sickness funds began offering income support and access to doctors and hospitals at the time of illness. With the exception of Mexico, Turkey and the USA, all OECD countries today offer their populations universal protection against the cost of illness.

Unfortunately, like pre-19th century Europe, the households in many developing countries still rely largely on out-of-pocket spending rather than collective financing of health care, household expenditure accounting for as much as 80 percent of total health expenditures. Direct payments, especially in the case of pharmaceuticals and medical consultations, continue to be a distinctive feature of health care financing in many low- and middle-income countries. There are several reasons for this trend.

First, low-income countries often have large rural and informal sector populations, limiting the capacity of their governments to raise revenues at source from the population. People's willingness and ability to pay for health care is often greater than their tax compliance. A second set of problems is encountered in the sharing of financial risk. Risk management requires that some resources be transferred from rich to poor, healthy to sick, and gainfully employed to inactive. Since tax evasion is so widespread in low-income countries, higher income groups are able to avoid contributing their share to the revenue pool needed to subsidize the poor. Finally, for a variety of reasons, the rich often benefit more from public expenditure and subsidies on health care than the poor. And the scarce public resources that are available to the rural and urban poor are often squandered on ineffective care.

One of the most urgent and vexing challenges faced by many low- and middle-income countries is how to provide health care for the more than 1.3 billion poor people who live in rural areas or work in the informal sector. This publication provides fascinating insights into the contribution that community financing and health care mutuals can play, albeit a first step on a long development path, towards improved financial protection against the cost of illness and better access to priority health services for the poor.

Alexander S. Preker

Lead Economist
Editor of HNP Publications

RESUME

Le présent travail est le point de départ d'un programme de recherche multi-disciplinaire qui vise à mieux cerner les raisons du faible taux d'adhésion aux initiatives de mutualisation des risques maladie en Afrique sub-saharienne et à explorer les stratégies pour y remédier. Dans la littérature francophone, il est généralement question de « mutuelles de santé » pour désigner ces systèmes. Dans la littérature anglo-saxonne, par contre, le terme *Community Health Insurance* (assurance-maladie communautaire) est généralement utilisé. Depuis peu, le terme de micro-assurance est de plus en plus en vogue dans les deux régimes linguistiques.

Deux constats nous ont interpellés et sont à la base de notre démarche :

1. Les couvertures des mutuelles de santé en Afrique sub-saharienne restent faibles. Pourtant, un réel problème d'accès aux soins existe et les systèmes mutualistes constituent – en théorie – une solution pour augmenter l'accès financier aux soins et pour améliorer la qualité de l'offre et son adéquation à la demande.
2. Le phénomène « mutuelles de santé » reste très largement piloté par des organisations externes. Les initiatives qui émanent de groupements locaux restent rares alors que les communautés africaines ont spontanément développé, et continuent à le faire, une variété de mouvements associatifs d'entraide.

Notre étude vise d'abord à valider ces constats de départ par une analyse de la littérature scientifique afin de donner une base objective à la formulation du problème et à la pertinence des questions de recherche suivantes :

- Pourquoi ce manque d'intérêt pour un modèle de financement des soins de santé qui, en théorie, peut offrir une solution efficace à un problème fortement perçu ?
- Quels sont les obstacles au développement de l'assurance-maladie solidaire dans un contexte où foisonnent les organisations communautaires et les mouvements associatifs ?

Ensuite, un programme de recherche est proposé pour étudier ces questions.

Le but final de l'étude est de contribuer à la promotion des systèmes de mutualisation des risques maladie comme instrument pour améliorer l'accessibilité financière à des soins de qualité.

La faible couverture

À partir de la littérature scientifique identifiée, nous avons établi un inventaire des systèmes financiers de mutualisation des risques maladie en Afrique sub-saharienne. Nous avons répertorié les principales caractéristiques de ces systèmes, dont la couverture.

À l'exception de quelques rares initiatives, les taux d'adhésion aux systèmes restent faibles. Toutes initiatives confondues, 8,2 % de la population cible est couverte. S'enquérir des causes de la faible participation dans la majorité des cas, et des raisons du succès de certaines autres expériences, est donc une question de recherche pertinente.

Qui prend l'initiative ?

Les systèmes de mutualisation des risques maladie reçoivent actuellement beaucoup d'attention de la part de la communauté internationale. La majorité des initiatives voient le jour grâce à un appui externe important. Plusieurs sont même, surtout en Afrique de l'Est, entièrement conçues et mises en place par des organisations internationales ou par le ministère de la Santé.

La part d'initiative locale ne doit cependant pas être sous-estimée. Certains systèmes d'assurance ont été entièrement développés par les prestataires locaux. D'autres initiatives ont été entièrement créées par les utilisateurs des services de santé. En plus, l'appui externe peut être catalyseur d'initiatives locales. Dans certains pays, des initiatives locales ont été prises quand l'État ou une organisation externe a créé les conditions nécessaires pour leur développement, et certains systèmes de mutualisation des risques maladie ont été développés grâce à un réel partenariat entre des agents externes et des membres de la communauté.

L'évolution en Afrique de l'Ouest montre le développement d'un partenariat croissant entre différents acteurs. Les États commencent à faire une promotion active et des organisations d'appui se mettent en place. Dans cet environnement favorable, des groupes de personnes intéressées mettent en route des initiatives privées.

Cette collaboration entre teneurs d'enjeu est opportune dans le cadre d'une approche participative et démocratique de l'organisation des services de santé. Les systèmes de mutualisation des risques maladie sont une opportunité pour améliorer le dialogue entre les prestataires et les utilisateurs des services de santé et pour arriver à un partage équilibré de la prise de décision et de la gestion des systèmes.

Les typologies

Une typologie des systèmes de mutualisation des risques maladies est un instrument de recherche essentiel pour comparer et documenter les différents modèles existants. La définition d'une typologie internationale, donnant un cadre universel, s'impose.

Rapprocher deux écoles de pensée est un des défis que représente la définition d'une telle typologie. L'école « anglo-saxonne », dominée par les disciplines de l'économie de la santé et de la micro-finance, met l'accent sur les aspects techniques et organisationnels du système d'assurance. Les modèles sont classés sur la base de l'identité du gestionnaire. Par contre, l'école « dans la tradition de l'Europe continentale » met l'accent sur la dimension sociale, et se concentre plus particulièrement sur les phénomènes associatifs sous-jacents. Les classifications proposées tiennent avant tout compte des critères d'adhésion au groupe de membres et des liens sociaux ou professionnels qui les unissent.

Une typologie qui fait le pont entre ces écoles de pensée n'est pas seulement un instrument de recherche, mais aussi un instrument de planification qui facilite l'identification du modèle le plus adapté à un groupe cible et un contexte donné.

Pourquoi le faible degré d'adhésion ?

Plusieurs études ont été faites pour détecter les causes possibles du faible taux d'adhésion aux systèmes existants. Elles ont permis de dresser une longue liste de facteurs dont les principaux semblent être :

- la qualité des soins de santé ;
- la confiance des habitants dans la réussite de l'entreprise ; et
- la capacité financière des communautés.

Une gestion saine et transparente est indispensable pour gagner la confiance. L'offre en soins de santé doit être de qualité suffisante. Ensuite, la capacité financière des ménages doit leur permettre de faire des investissements à moyen terme. Un système qui a prouvé sa performance attirera probablement une plus grande partie des populations démunies et limitera l'exclusion aux seuls indigents – pour qui des mesures spécifiques doivent être prises.

Il convient cependant d'étudier davantage les causes de faible adhésion dans une variété de contextes, et d'identifier celles qui semblent les plus déterminantes.

Proposition d'un programme de recherche

L'analyse de la performance des systèmes de mutualisation des risques maladie se limite actuellement aux aspects techniques et financiers et n'aborde que superficiellement l'étude des composantes humaines et de l'environnement structurel et socioculturel.

Les différentes synthèses que l'on retrouve dans la littérature se basent sur un échantillon restreint d'expériences de terrain bien documentées. A défaut d'études de cas approfondies, ces analyses sont généralement guidées par des concepts théoriques et/ou des opinions courantes peu validées par des observations de terrain.

Les initiatives existantes devraient donc être davantage observées et documentées sur base d'un nouveau cadre d'analyse qui tient compte du contexte, de la dynamique sociale et des interactions humaines dans l'organisation et la gestion de tels systèmes.

Nous formulons l'hypothèse suivante : pour améliorer la performance des systèmes, le défi n'est pas de développer un modèle idéal, mais de concevoir un système « sur mesure », adapté à chaque situation.

L'adaptation du système à un contexte donné nécessite de tenir compte :

- de la demande des populations ;
- de l'insertion des systèmes de mutualisation des risques maladie dans le système local de santé ;
- de leur insertion dans un environnement social, culturel et économique donné.

Le programme de recherche que nous proposons se compose de quatre éléments clés :

1. Établir un cadre global pour la planification, la conception, la mise en place et l'évaluation des systèmes de mutualisation des risques maladie ;
2. Documenter les différents systèmes existants ; développer, valider et affiner la typologie de ces systèmes ;
3. Explorer les raisons du faible degré d'adhésion dans une variété de contextes et explorer les stratégies pour y remédier :
 - par des comparaisons entre membres et non-membres et par des comparaisons entre modèles différents ;
 - par une analyse approfondie des facteurs qui semblent influencer l'adhésion ;
 - par des projets de recherche-action pour tester la faisabilité et l'acceptabilité de solutions aux différents problèmes identifiées ;
4. À partir d'expériences de terrain bien documentées, expliciter la nature précise du contexte dans lesquels se sont développées des initiatives performantes mais aussi des échecs.

Un travail multi-disciplinaire

Une approche multi-disciplinaire est nécessaire pour arriver à un cadre d'analyse qui ne tient pas seulement compte des aspects techniques et financiers des systèmes de mutualisation des risques maladie, mais aussi de leur place relative dans l'organisation des systèmes de santé, de la dimension associative intrinsèque à plusieurs modèles, ainsi que du contexte institutionnel dans lequel ils opèrent.

Les disciplines qui devraient être impliquées dans cet effort sont l'économie de la santé, la micro-finance, l'histoire des mutuelles de santé et de la sécurité sociale en Europe, l'anthropologie, l'économie sociale et la recherche en systèmes de santé.

SUMMARY

This working paper aims at providing a basis for a multidisciplinary research programme to explore the causes of the modest expansion of Mutual Health Organisations in sub-Saharan Africa and of the low subscription rates to the existing schemes. The terminology Mutual Health Organization is the equivalent of the French *Mutuelles de Santé*. In the Anglo-Saxon literature, however, the label Community Health Insurance is generally used to designate these systems. More recently, there is increasing use of the term Micro-Insurance.

Two observations are at the start of our study:

1. Even though there is a real problem of access to quality health care and although Mutual Health Organisations are an attractive model for improved financial access to and promotion of quality of care and its responsiveness to the demand, enrollment to Mutual Health Organizations remains low.
2. Even though African communities have spontaneously developed a variety of associations that mobilise and pool individual resources, there are only few such initiatives that pay for health care. The promotion of Mutual Health Organizations remains largely driven by external organisations.

These observations prompted two research questions:

- Why is there so little interest for a health care financing model that may offer, in theory, a suitable solution to a perceived problem?
- Against a background of vibrant community organisations and associative movements, which are the obstacles to the development of Mutual Health Organizations?

The first objective of this study is to validate the two initial observations in order to have an objective base for the formulation of the problem and the research questions.

The second objective is to develop a research protocol to investigate these questions.

The overall goal of the study is to contribute to the promotion of Mutual Health Organizations as an instrument for improving financial access to quality health care.

A low coverage

Starting from published and non-published descriptive studies, we first established an inventory of Mutual Health Organizations in sub-Saharan Africa. The coverage has been determined on the basis of studies that mention both the number of beneficiaries and the target population.

There are some individual schemes that reach a substantial proportion of their target population, but at 8.2 %, the overall coverage is low. Finding out the reasons for this poor enrollment, and for the relative success of the exceptions, remains a relevant research question.

Whose initiative?

Mutual Health Organizations are currently receiving a lot of attention from the international community. A majority of initiatives is being created with external assistance. Some, especially in Eastern Africa, are totally designed and realised by external organizations or by the Ministry of Health.

Still, the part of local initiative should not be underestimated. Some insurance schemes have been set up entirely by local health care providers; some Mutual Health Organizations have been created entirely by user groups.

Moreover, external support may encourage local initiatives when the Government or external organisations create favourable conditions. There seems to be an evolution towards joined action by the different stakeholders: governments start to actively promote Mutual Health Organisations, support organisations are getting in place and in this favourable environment, groups of interested people start private initiatives. Some schemes have been developed in the context of a true partnership between external agents and members of the community.

This collaboration seems promising for the promotion of a participatory approach to the organisation of health care services. The schemes offer an opportunity to improve dialogue between providers and users of health care services. The aim should be to reach a balanced sharing of decision-making, responsibilities and management tasks.

Typologies

A typology of Mutual Health Organizations is an essential research tool. It gives a framework for the comparison and for the documentation of different models. However, there is no consensus yet on a single, universal typology that would benefit the systematic documentation and research.

The challenge of designing a single typology lies in the integration of two different paradigms. The ‘Anglo-Saxon’ school, dominated by the disciplines of health economy and microfinance, prioritises analysis of the technical and financial aspects of health insurance. The typologies elaborated in this vision focus on the organisational aspects of the construction of the model itself. The ‘Continental European’ school puts more emphasis on the associative movement and on social dimensions. The typologies focus on the groups of members, on the social or professional links consolidating the group.

A single typology integrating both approaches may facilitate the exchange of ideas and impel researchers and decision-makers to take into account technical aspects as well as the characteristics of the target groups and their preferences.

In addition to being a research tool, a typology is also a management tool. A satisfactory typology and a comprehensive documentation of each model should help to select the model that is most responsive to the demands of the population and best suited to the local context.

Why such low subscription rates?

Several studies investigate the possible causes of the low coverage rates of Mutual Health Organisations. These studies suggest a large variety of factors influencing enrolment. However, the most important ones seem to be:

- The quality of health care services;
- The confidence people have in the achievements of the enterprise;
- The financial capacity of the target population.

First, transparent and sound management of the schemes is crucial to gain people’s trust, and the services the scheme buys should be of accepted quality. Next, the financial capacity of the households should be sufficient for such middle-term investment. We may advance the hypothesis that a scheme that has proven its performance will over time attract ever-larger numbers of poor people, and limit exclusion to the indigent only (whose coverage needs special interventions).

There is however not yet enough evidence for understanding the part of each of these factors and, consequently, the appropriate interventions to amend them. Hence the need for further investigations.

Proposal for a research agenda

The prevailing framework for analysis of the performance of Mutual Health Organizations is largely biased towards the technical aspects of the scheme itself. The human factor inherent to organisation, management and interactions between partners is only superficially addressed. Another aspect that receives too little attention is the context: the structural and socio-cultural environments in which the schemes should operate.

The different synthetic reports found in the literature are based on a too small number of well-documented experiences. In the absence of a sufficient number of in-depth case studies, the analysis is often guided by theoretical concepts that are insufficiently validated by real-life observation of schemes in sub-Saharan Africa.

The existing schemes should thus be better documented. However, a new framework for analysis that goes beyond the restricted technical analysis should be developed. This framework should take into account the social dimension, the demand, the opinion of different stakeholders, as well as the context in which the scheme functions.

We advance the following hypothesis: in order to improve the performance of the schemes, the point is not to design one ideal model, but to design a tailored scheme in each local context.

In order to propose a tailored scheme, more attention should be given to:

- the demand of the population;
- the integration of the schemes into the local health system;
- the integration into the social, economic and cultural environment.

The research agenda should be composed of the following elements:

1. Elaborate a framework for a comprehensive analysis for the planning, conception, implementation and evaluation of Mutual Health Organizations;
2. Document the existing models; Develop and validate a single typology;
3. Improve our understanding of the reasons for the low subscription rates and of profitable action for change:
 - Comparison between members and non-members and between different schemes;
 - An in-depth analysis of the most significant factors (quality of health care services, trust in the chances for success and financial capacity);
 - Action-research to test the feasibility and acceptability of solutions for the problems identified;
4. On the basis of well-documented experiences, determine the contextual particularities of both successful and unsuccessful initiatives.

A multidisciplinary approach

A multidisciplinary collaboration is essential for the elaboration of a comprehensive framework for analysis that includes all significant technical and financial, associative and health aspects of the set-up of Mutual Health Organizations, as well as the context in which they operate.

The various disciplines that should join their research activities are health economy, microfinance and sustainable development, social history (of mutual health organizations and social security in Europe), anthropology, social economy, and health systems research.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier Patricia Ghilbert et Pierre Blaise pour avoir bien voulu éditer une partie du document. Nous remercions tout spécialement Mathieu Noirhomme pour sa relecture attentive du texte et pour les remarques pertinentes qu'il a formulées sur son contenu.

Nous remercions également la Direction Générale de la Coopération au Développement (DGCD) belge qui, dans le cadre de sa convention avec l'Institut de Médecine Tropicale (IMT) à Anvers, et plus particulièrement dans le cadre du projet de recherche « Soins de Santé pour Tous », a financé l'étude préparatoire à la rédaction de cette monographie.

Nous remercions finalement la Banque Mondiale, et Alex Preker en particulier, d'avoir bien voulu accepter de publier ce document.

Bart Criel et Maria Pia Waelkens,
Anvers, février 2004.

ABREVIATIONS

ACOPAM	Appui associatif et coopératif aux initiatives de développements à la base
ADDEF	Association de défense des droits de la femme
AGBEF	Association Guinéenne pour le Bien-Etre Familial
ANMC	Alliance nationale des mutualités chrétiennes de Belgique
APMG	Association pour la promotion des mutuelles en Guinée
ASACO	Association de santé communautaire
BIT	Bureau international du travail
BIT/STEP	Bureau international du travail/le programme stratégies et techniques contre l'exclusion sociale et la pauvreté
CAD	Centre africain pour une pratique culturelle du développement
CADEL	Collectif d'appui au développement local
CAMICS	Cellule d'appui aux mutuelles IPM et comités de santé
CCF	<i>Christian Children Fund</i>
CHF	<i>Community Health Fund</i>
CHIC	<i>Centre of Health Insurance Competence</i>
CIDR	Centre international de développement et de recherche
CLCAM	Caisse locale de crédit agricole mutuel du Bénin
COBEMAG	Coopérative béninoise de matériel agricole
COHI	<i>Community-owned Health Insurance plan</i>
CPH	<i>Community Partners for Health</i>
CSCom	Centre de santé communautaire (au Mali)
DANIDA	<i>Danish International Development Assistance</i>
DFID	<i>Department for International Development</i>
Enda-Graf	<i>Environment and Development Action Sahel</i> - Groupes recherches actions formations
FAARF	Fonds d'appui aux activités rémunératrices des femmes
FECECAM	Fédération des caisses d'épargne et crédit agricole mutuel du Bénin
FEMCI	Fédération des mutuelles médicales de Côte d'Ivoire
GTZ	<i>Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit</i>
HCK	Projet Houet-Comoé-KénéDougou
HIVA/KUL	<i>Hoger Instituut voor de Arbeid/Katholieke Universiteit Leuven</i> (Institut supérieur du travail de l'université catholique de Leuven)
IMT	Institut de médecine tropicale d'Anvers
IPB	Institut de participation du Bénin
MdS	Ministère de Santé
MUCAS	Mutuelle communautaire d'aire de santé
MUCOTRESTY-L	Mutuelle des coiffeuses et tresseuses de style de Lomé
MURIGA	Mutuelles de santé pour les risques liés à la grossesse et à l'accouchement
MUSAB	Mutuelle sanitaire de Bouahoun
MUTEC	Mutuelle des travailleurs de l'éducation et de la culture
NASASA	National Stokvels association of South Africa
OIT	Organisation internationale de travail
OMS	L'Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONGPH	l'Organisation nigérienne pour le développement à la base du potentiel humain
PBA-SSP	Projet bénino-allemand des soins de santé primaires
PHR	<i>Partnership for Health Reform</i>
PNUD	Programme des Nations unies pour le développement
PRIMA	Projet de partage du risque de maladie

PROMUSAF	Programme d'appui aux mutuelles de santé en Afrique
PVD	Pays en voie de développement
RAMUS	Réseau d'appui aux mutuelles de santé
STEP	Le programme stratégies et techniques contre l'exclusion sociale et la pauvreté
UFMB	L'Union des femmes méthodistes du Bénin
UHC	<i>Uganda Health Cooperative</i>
UMASIDA	<i>Umoja wa Matibabu kwa Seckta Isiyo Rasmi Dar es Salaam</i> (Associations de Dar es Salaam pour les soins de santé du secteur informel)
UNICEF	<i>United Nations Children's Fund</i>
URCLCAM	Union régionale des caisses locales de crédit agricole mutuel du Bénin
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international
UTM	Union technique de la mutualité malienne
WSM	<i>Wereld Solidariteit</i> /Solidarité mondiale

INTRODUCTION

LES TERMES DE REFERENCE DE L'ETUDE

Deux contradictions apparentes ont motivé l'investigation décrite dans cette monographie :

1. Les couvertures des mutuelles de santé en Afrique sub-saharienne restent faibles. Pourtant, un réel problème d'accès aux soins existe et les systèmes mutualistes constituent, théoriquement, une solution pour augmenter l'accès financier aux soins et pour améliorer la qualité de l'offre et son adéquation à la demande.
2. Le phénomène « mutuelles de santé » reste très largement piloté par des organisations externes. Les initiatives qui émanent de groupements locaux restent rares alors que les communautés africaines ont spontanément développé, et continuent à le faire, une variété de mouvements associatifs d'entraide.

Ces constats de départ sont à la base de deux questions de recherche :

1. Pourquoi ce manque d'intérêt pour un modèle de financement de soins de santé qui peut offrir une solution efficace à un problème fortement perçu ?
2. Quels sont les obstacles au développement spontané du mécanisme de l'assurance-maladie solidaire dans le cadre des organisations communautaires et des mouvements associatifs existants ?

Notre étude vise d'abord à valider les constats de départ. Le deuxième objectif est de développer un protocole de recherche pour identifier les raisons de l'éclosion timide du modèle de financement et de la faible participation communautaire aux initiatives existantes. L'objectif général de l'étude est de contribuer à la promotion des mutuelles de santé comme un instrument pour améliorer l'accessibilité financière à des soins de qualité.

LA DEMARCHE

Notre démarche est basée sur une analyse de la littérature scientifique existante.

La première étape consistait à inventorier, documenter et synthétiser les principales expériences décrites dans la littérature publiée et non publiée afin de donner une base objective à la formulation du problème et à la pertinence des constats de départ et des questions de recherche. Cette étape a été concrétisée par l'élaboration d'un inventaire par pays des initiatives en Afrique sub-saharienne et de leurs caractéristiques, à partir d'inventaires existants et des études descriptives identifiées.

La deuxième étape consistait à identifier dans la littérature les hypothèses qui fournissent des explications aux questions initiales. Cette étape a abouti à l'établissement d'une liste de questions de recherche, sans pour autant mener, de façon conclusive, à l'identification de ces hypothèses. La littérature a indiqué quelques orientations générales évidentes. Toutefois, le manque de descriptions suffisamment détaillées de systèmes de mutualisation des risques maladie limite la formulation d'hypothèses permettant de guider l'action.

Dans la troisième étape nous avons formulé des méthodes de recherche appropriées. A priori, nous avons pensé qu'une approche multi-disciplinaire est nécessaire pour aboutir à une compréhension suffisante de ce sujet de recherche complexe. À côté des approches les plus courantes de la recherche en systèmes de santé, de l'économie de la santé et de la micro-finance, nous nous sommes penchés sur les différentes approches de l'histoire sociale, de l'anthropologie, de l'économie sociale et de la science du développement. Des échanges avec d'autres acteurs impliqués dans l'étude des mutuelles de santé ont permis d'identifier des axes de collaboration.

La grande majorité des documents consultés relève du domaine de la santé publique, de l'économie de la santé et de la micro-finance. La documentation des autres disciplines a été moins poussée mais elle est néanmoins suffisante pour pouvoir se faire une idée des approches et courants de pensée et pour évaluer l'apport possible d'une collaboration multi-disciplinaire.

Une recherche active de documents non publiés auprès des initiateurs de projets ou organisations d'appui n'a pas été faite.

À l'exception de quelques documents généraux et des documents sur l'évolution des mouvements associatifs en Europe, seuls les articles et rapports qui concernent l'Afrique sub-saharienne ont été retenus.

LA STRUCTURE DU TEXTE

Ce travail est organisé en deux parties.

La première partie décrit les principaux résultats de l'analyse bibliographique. Dans le premier chapitre, la validité des deux constats de départ [(1) la faible couverture et (2) l'origine externe de l'initiative] est discutée.

Le deuxième chapitre expose la nécessité d'arriver à une définition universelle et à une classification internationale des systèmes de mutualisation des risques maladie pour réaliser une étude plus cohérente.

Le troisième chapitre présente une évaluation critique des thèmes qui dominent l'étude des systèmes financiers de mutualisation des risques maladie. Ce chapitre passe en revue les lacunes et faiblesses des études existantes et explore les pistes possibles pour un nouveau programme de recherche.

Le quatrième chapitre explore les causes possibles de faible couverture des systèmes de mutualisation des risques maladie, identifiées à partir d'études de terrain.

Dans la deuxième partie, nous présentons la proposition du programme de recherche, tel que nous l'envisageons à présent.

Le premier chapitre met en perspective le point de départ que nous avons choisi pour aborder l'étude des systèmes de mutualisation des risques maladie.

Les trois chapitres suivants développent les trois volets du programme de recherche qui doivent être explorés en parallèle pour aboutir à une vision intégrale :

- i) élaborer un cadre d'analyse pour le développement de systèmes de mutualisation des risques maladie qui répondent aux besoins et aux attentes des utilisateurs (deuxième chapitre) ;
- ii) affiner la typologie des modèles existants (troisième chapitre) ; et
- iii) approfondir notre compréhension des raisons du faible degré d'adhésion (quatrième chapitre).

PREMIERE PARTIE : L'ANALYSE DE LA LITTERATURE

LA VALIDITE DES CONSTATS DE DEPART

L'inventaire des mutuelles de santé en Afrique sub-saharienne que nous avons élaboré a fourni les informations nécessaires pour nous permettre d'analyser la question des faibles couvertures des systèmes mutualistes dans le continent. Cet inventaire a également contribué à étudier la question du pilotage du phénomène « mutuelles de santé » par des organisations externes.

L'exploration de la littérature et l'établissement de l'inventaire ont très vite mis en évidence le manque de cohérence, voire même la confusion, dans la terminologie utilisée. Dans la littérature francophone, il est généralement question de mutuelles de santé, alors que son équivalent en anglais – *Mutual Health Organisations* – est peu utilisé. Dans la littérature anglo-saxonne, les termes *Community Health Insurance* et *Community-Based Health Insurance* (respectivement « assurance-maladie communautaire » et « assurance-maladie à base communautaire ») sont plus courantes pour désigner le même type de phénomènes. Et depuis peu, sur initiative du Bureau international du travail (BIT), le terme générique de micro-assurance a fait son apparition dans les deux régimes linguistiques.

Dans ce texte, nous privilégions les termes « mutuelles de santé » – en grande partie par habitude – et « systèmes de mutualisation des risques maladie » pour désigner les initiatives de financement collectif des soins de santé dont il est ici question. Mais le besoin d'une terminologie commune s'impose. Dans le présent travail, notre ambition se limite à poser le problème et à apporter quelques éléments explicatifs aux raisons de l'utilisation de termes différents, par des acteurs différents, pour désigner des phénomènes similaires. Nous sommes persuadés que la recherche d'une plus grande cohérence dans les termes devrait passer par une concertation entre les principaux acteurs institutionnels impliqués dans la promotion de ce type de systèmes financiers.

LA COUVERTURE

Le postulat de départ :

Les couvertures des mutuelles de santé en Afrique sub-saharienne restent faibles. Pourtant, un réel problème d'accès aux soins existe et les systèmes mutualistes constituent, théoriquement, un moyen pour augmenter l'accès financier aux soins et pour améliorer la qualité de l'offre et son adéquation à la demande.

L'élaboration d'un inventaire des systèmes financiers de mutualisation des risques maladie en Afrique sub-saharienne

Le critère d'inclusion dans l'inventaire¹ était simple : le nom d'une mutuelle de santé ou d'une assurance-maladie communautaire pour les soins de santé trouvé dans les inventaires existants ou dans les rapports. Les noms d'initiatives qui étaient seulement mentionnés dans un article de quotidien accessible sur Internet n'ont pas été pris en compte.

Le cadre d'analyse utilisé pour l'inventaire des systèmes de mutualisation des risques maladie reprend les indices présentés dans le tableau 1.

¹ Les documents de départ pour l'inventaire par pays sont la série d'études « Contribution actuelle et potentielle de mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé » faites au Bénin (Diop, 1998), au Ghana (Atim, 1998), au Mali (Èvrard, 1998) et au Sénégal (Massiot, 1998) ; les études « Banque de données sur les mutuelles de santé et leurs structures d'appui » faites en Afrique de l'Ouest ; et un document de travail édité par le BIT/STEP (2000) qui décrit brièvement 70 systèmes en Afrique. Ensuite d'autres initiatives décrites dans des rapports accessibles sur Internet ont été systématiquement ajoutées.

Tableau 1 Les caractéristiques retenues dans l’inventaire des initiatives répertoriées

Le pays	
Le nom de l’initiative	
La localisation	La ville, le district ou la région
Le type d’initiative	communautaire ; géré par le prestataire ; corporatiste ; ethnique ; informel ; pour groupes
La date de création	
La population cible	La totalité des membres ou bénéficiaires qu’on veut atteindre
Le nombre de membres	Les personnes qui payent la cotisation
Le nombre de bénéficiaires	Les membres et les personnes à leur charge
Les structures d’appui qui soutiennent l’initiative	Structures nationales et internationales

Le *type d’initiative* réfère au classement que nous avons construit afin de pouvoir organiser et cadrer l’inventaire. Ainsi, nous avons fait la distinction entre six types²: (1) les mutuelles communautaires (gérées par les membres, adhésion sur la base géographique); (2) les systèmes initiés par le prestataire ; (3) les mutuelles corporatistes (adhésion sur base professionnelle : les employés du secteur formel) ; (4) les mutuelles basées sur une appartenance ethnique ; (5) les mutuelles pour le secteur informel (adhésion sur base professionnelle) ; et (6) les systèmes qui visent une adhésion pour des groupements existants plutôt que pour des ménages individuels.

Selon le type d’initiative, la *population cible* qu’on veut atteindre est un groupe spécifique de membres, tel que les employés de la poste ou les ressortissants d’une région qui se retrouvent dans une même ville ou la totalité des habitants d’une région géographique.

Les *membres* sont les personnes qui payent la contribution, les *bénéficiaires* sont toutes les personnes qui sont couvertes par la carte de membre d’un titulaire.

Les données de base des inventaires par pays ont ensuite été organisées en quatre tableaux récapitulatifs : (1) le nombre d’initiatives répertoriées par pays et par type d’initiative, (2) le nombre de membres, (3) le nombre de bénéficiaires et finalement (4) la couverture, c’est-à-dire la proportion de la population cible qui est couverte³.

Les limites de l’inventaire

La recherche d’informations sur les mutuelles en Afrique sub-saharienne sur Internet ne donne sans doute qu’un aperçu partiel de la réalité. Il y a en effet peu de littérature grise disponible, même sur les sites des organisations spécialisées. Quelques systèmes ont reçu beaucoup d’attention et font l’objet de plusieurs évaluations. Mais pour la grande majorité des systèmes de mutualisation des risques maladie il y a très peu d’information à part leur nom, leur localité et la date de création.

Certains pays comptent sans doute plusieurs initiatives qui n’ont pas été documentées. Par exemple, il y a peu de renseignements sur l’évolution des sociétés funéraires en Éthiopie qui intègrent une fonction d’assurance-maladie, et il y a peu de renseignements récents sur le système Abota en Guinée-Bissau. De

² Voir aussi l’annexe 2 du chapitre 2 « Les typologies » pour une discussion plus détaillée de cette classification.

³ Plusieurs auteurs utilisent le terme *taux de pénétration* pour désigner la proportion de la population cible qui est couverte et réservent le terme *couverture* pour désigner la proportion de la population totale d’une région ou d’un pays qui est couverte.

même, les informations souvent anciennes sur les systèmes de la République démocratique du Congo (RDC) ne peuvent refléter la situation actuelle. Les recensements des mutuelles de santé faits au niveau des différents pays sont parfois incomplets, parce que les investigateurs n'ont pas toujours eu accès à toutes les régions du pays. Les inventaires pour les pays de l'Afrique de l'Est et l'Afrique du Sud sont probablement les plus incomplets. La diffusion des descriptions des initiatives de l'Afrique de l'Est sur Internet est assez récente.

Il y a peu de données chiffrées. Même dans les études de cas, le nombre de membres et de bénéficiaires n'est pas toujours disponible. Il y a encore moins d'information sur la population que le système souhaite atteindre. De plus, les informations obtenues par différentes sources sont souvent contradictoires et parfois semblent peu fiables. On a constaté à plusieurs reprises que les chiffres donnés par différents auteurs ne correspondent pas, même pour la même année.

La différence entre bénéficiaires et membres n'est pas toujours évidente. Les deux termes sont interchangeable quand une prime individuelle doit être payée pour chaque membre du ménage, mais certains auteurs omettent de faire la différence dans le cas d'une d'adhésion familiale dans laquelle l'adhésion du chef de ménage couvre les autres membres du ménage.

Il est important de noter que les données rassemblées ici ne donnent qu'un aperçu temporaire dans un domaine en pleine évolution. Pour le Ghana, par exemple, une enquête faite par PHRplus en 2001 (Atim *et al.*, 2001) a répertorié 47 mutuelles de santé, dont 43 ont été créées durant 1999 ou 2000.

Les principaux résultats de l'analyse de l'inventaire

La recherche sur Internet a donné le nom de 349 systèmes financiers de mutualisation des risques maladie en Afrique sub-saharienne (tableau 2). À ce nombre il faut ajouter les systèmes répertoriés par différents auteurs sans qu'ils mentionnent les noms des initiatives individuelles. Pour le Madagascar, par exemple, 365 mutuelles Phacom (pharmacies communautaires) ont été répertoriées dont 240 sont fonctionnelles (Rapanoël, 1998). En Tanzanie, les *Community Health Funds* (CHF) étaient opérationnels dans 23 districts en 2002 (Chee *et al.*, 2002), mais décrits seulement pour quatre districts. De même pour la Côte d'Ivoire, le Ghana, le Nigeria, le Rwanda et le Sénégal, les études donnent un nombre d'initiatives sans les nommer. Dans le tableau 2, les chiffres entre parenthèses indiquent le nombre total de systèmes répertoriés pour ces pays. Au total, on relève 913 mutuelles de santé et d'assurance soins de santé.

Le plus grand nombre d'initiatives sont de type « communautaire » (111), c'est-à-dire des mutuelles de santé qui couvrent une région géographique (un village, un quartier, une ville) et qui sont gérées par les membres. Ensuite viennent les mutuelles de type « corporatiste » des travailleurs salariés (66), le plus souvent des agents du secteur public.

Les systèmes initiés et gérés par le prestataire sont de deux sortes. Le plus souvent, il s'agit d'un système d'assurance organisé par les gestionnaires d'un hôpital de district. Mais de plus en plus, un autre modèle se répand : les systèmes organisés au niveau du district par le ministère de la Santé qui reste, souvent, le principal prestataire de soins. Ces systèmes sont parfois appelés « communautaires », mais sont manifestement initiés, et jusqu'à présent, gérés par des agents du ministère de la Santé.

Le nombre de membres est indiqué pour 212 systèmes (tableau 3). Le nombre moyen est de 2 927 membres par initiative⁴. Les 64 systèmes de type communautaire ont au total environ 24 500 membres⁵,

⁴ Il n'est pas possible de donner la médiane pour les initiatives initiées par le prestataire et, par conséquent, pour tous systèmes confondus. Au Rwanda, 54 mutuelles de santé initiées par le ministère de Santé ont été introduites dans trois districts : le district de Byumba (21 mutuelles), de Kabgayi (17 mutuelles) et de Kabutare (16 mutuelles). L'étude de cas (Schneider et Diop, 2001 et 2001a) ne donne pas le nombre de membres et de bénéficiaires par

avec une moyenne de 383 membres par initiative (médiane 109). Au Sénégal, où le modèle communautaire a la plus longue tradition, la moyenne est de 242 membres (médiane 227) pour 27 mutuelles documentées. Les associations basées sur une appartenance ethnique ont le moins de membres : les dix mutuelles répertoriées comptent 107 membres en moyenne (médiane 59). Les systèmes d'assurance soins de santé initiés par le prestataire ont le plus de membres, en partie parce que le paiement des primes se fait pour chaque bénéficiaire qui est donc compté individuellement comme membre.

Le nombre de bénéficiaires est donné pour 184 systèmes (tableau 4). Le nombre moyen est de 3 351 bénéficiaires par initiative. Le nombre de bénéficiaires des systèmes d'assurance initiés par le prestataire varie entre 21 et 80 000 bénéficiaires, avec une moyenne de 3 976. Les deux initiatives de ce type les mieux développées continuent à capter un grand nombre de membres. La mutuelle de Bwamanda, en RDC, qui avait 80 000 membres/ bénéficiaires en 1988 (Criel, 1998), atteignait toujours environ 50 000 personnes en 2002, malgré le contexte de guerre (Vanheers, 2002). Celle de Nkoranza, au Ghana, qui comptait 36 609 membres/bénéficiaires en 1993, a vu ce nombre s'accroître jusqu'à 48 285 en 2001 après l'introduction de quelques améliorations suite aux recommandations d'une équipe d'évaluation (Atim *et al.*, 2001). Les 184 systèmes répertoriés comptent 616 641 personnes pour l'ensemble des 15 pays. Les chiffres donnés pour le système Abota en Guinée-Bissau (40 440 personnes) et des pharmacies communautaires (Phacom) au Madagascar (42 700) ne sont pas inclus dans ce total.

La population cible et le nombre de personnes couvertes sont donnés pour 103 systèmes (tableaux 5 et 6). Quelques exceptions mises à part, la proportion de la population cible qui s'inscrit reste faible : toutes initiatives confondues, 8,2 % de la population cible est couverte.

Pour les 19 mutuelles de type communautaire, la couverture moyenne est de 3,2 %. Pour sept mutuelles de la région de Thiès au Sénégal, où ce modèle existe depuis plus longtemps qu'ailleurs, la couverture moyenne est cependant de 14,9 % (entre 4,3 % et 67 %).

Certains systèmes d'assurance soins de santé initiés par le prestataire atteignent une couverture relativement élevée, par exemple 24 % et 30 % pour deux systèmes ghanéens. La couverture moyenne pour ce type de système est de 9,3 %.

Le nombre d'employés qui forment la population cible des mutuelles corporatistes n'est souvent pas spécifié. Les descriptions donnent pourtant l'impression que ce type de mutuelles arrive à la plus grande couverture de la population cible. Les six mutuelles corporatistes en Afrique de l'Ouest pour lesquelles la population cible est indiquée ont une couverture moyenne de 38,4 % (entre 1,9 % et 99 %).

Le tableau 7 reprend les systèmes pour lesquels la population cible et le nombre de bénéficiaires sont donnés ; le tableau 8 reprend les taux de couverture donnés par plusieurs auteurs sans précisions sur la population cible et le nombre de bénéficiaires.

Les études de cas nous enseignent que la proportion de la population cible qui s'inscrit est souvent inférieure à celle prévue par les initiateurs. Pour les Community Health Fund (CHF) en Tanzanie, les initiateurs anticipaient une participation de 30 % de la population cible. Cette participation devait

mutuelle individuelle, mais par district. Néanmoins, nous considérons les 54 mutuelles individuelles au lieu des trois districts pour le calcul du nombre moyen de membres et bénéficiaires, ce qui donne une moyenne par initiative individuelle plus correcte.

⁵ Pour toutes les données chiffrées, le nombre le plus élevé est retenu quand plusieurs différents chiffres ont été répertoriés.

progressivement augmenter jusqu'à 70 % (Shaw, 2002). En réalité, en 1997 seulement 5,9 % des ménages se sont inscrits dans le district d'Igunga et 4,1 % dans le district Singida Rural. Pour le district de Hanang, les initiateurs s'attendaient à une couverture de 75 % des ménages. Seulement 2,8 % des ménages se sont inscrits (Chee *et al.*, 2002). De même pour le *Dangme West Health Insurance Scheme* au Ghana, une couverture de 50 % de la population cible était attendue pour la première année. En réalité, seulement 775 ménages, 3 081 adhérents, se sont inscrits, ce qui correspond à 3 % de la population cible (Agyepong-Amarteyfio *et al.*, 2002).

Conclusion

Aussi abondante que commence à être la littérature sur les systèmes financiers de mutualisation des risques maladie, l'établissement d'un inventaire de ces systèmes et de leurs caractéristiques met en évidence que des données de base essentielles telles que le nombre de membres, de bénéficiaires et de la population cible manquent particulièrement.

Malgré la documentation limitée, nous pouvons conclure qu'à l'exception de quelques initiatives couronnées de plus de succès, la participation aux systèmes financiers de mutualisation du risque maladie reste faible. Ce faible taux d'adhésion concerne principalement les systèmes communautaires gérés par les membres, le modèle le plus promu actuellement. S'enquérir des causes de cette faible participation reste donc une question de recherche pertinente.

Les différences considérables entre les modèles, ainsi que la meilleure performance de certaines initiatives individuelles, montrent l'importance de la comparaison des caractéristiques de ces différents modèles ainsi que des caractéristiques des systèmes performants et non-performants.

Tableau 2 Nombre de systèmes financiers de mutualisation des risques maladie répertoriés

Pays	Nb de systèmes	Communau- taires §	Initiés par le prestataire §	Corporatist es§	Groupes ethniques §	Secteur informel §	Mutuelles pour groupes §	Documenté s
Afrique du Sud	3			1			2	3
Bénin	45	2	1					4
Burkina Faso	59	30	9	19		1		48
Cameroun	11	1		1	8			10
Congo Brazza	1							
RDCongo	9		4					1
Côte d'Ivoire	14 (66)	7		3 (27)	(8)	2 (26)		12
Ghana	9 (47)	(1)	2 + 2 MdS*	2	1	1	1	9
Guinée	33	2		3			7	8
Guinée Bissau								
Kenya	4		2					2
Madagas-car	1 (365)							
Mali	25	2	1	12		1	1	15
Niger	13	2		10		1		2
Nigeria	5 (15)		1		1		3 (12)	5
Ouganda	14		11				1	13
Rwanda	4 (55)		3 MdS (54) §§					3
Sénégal	74 (98)	60		11				34
Tanzanie	11 (35)	2	3 + 4 MdS (3+23)			1	1	7
Togo	14	3		4		4		10
Zambia								
Total	349 (913)	111 (112)	43 (113)	66 (90)	10 (18)	11 (35)	16 (25)	186

Nb de systèmes : initiatives dont le nom a été trouvé dans la littérature

Chiffres entre parenthèses : nombres donnés par différents auteurs, mais sans donner le nom de toutes les initiatives

Documentés : nombre de systèmes pour lesquelles il y a plus d'information que leur nom, le lieu où ils sont situés, la date de création

§ Seules les initiatives pour lesquelles le type était certain ; la somme des initiatives des différents types ne correspond donc pas au nombre total d'initiatives

* MdS : systèmes dits « communautaires » mais initiés par les services de santé publics et dont la gestion communautaire n'est pas démontrée

§§ Il s'agit de 54 mutuelles de santé dans trois districts. Les mutuelles locales sont fédérées au niveau du district. Les auteurs (Schneider et Diop, 2001 & 2001a) ne donnent pas les noms des mutuelles individuelles. Leur analyse se fait également par district.

Tableau 3 Nombre de membres par système

Pays	Nb Syst.	Mem- bres	Nb Comm.	Mem- bres	Nb Prest.	Mem- bres	Nb Corpo.	Mem- bres	Nb ethniqu e	Mem- bres	Nb Inform.	Mem- bres	Nb Groupe s	Mem- bres
Afrique du Sud	2	62 919					1	2 500					1	60 419
Bénin	2	911												
Burkina Faso	46	8 778	24	1 578	2	3 240	19	3 668			1	292		
Cameroun	10	8 791	1	8 000			1	101	8	690				
Congo Brazza														
RDCongo	1	80 000			1	80 000								
Côte d'Ivoire	9	1 172	6	900			1	40			2	232		
Ghana	5	214 808			3	64 726	1	150 000	1	82				
Guinée	7	3 448	1	1 398									6	2 050
Guinée Bissau														
Kenya	1	7 746			1	7 746								
Madagascar														
Mali	15	81 178	1	3 676			10	25 340			1	300	1	50 829
Niger														
Nigeria	3	22 148							1	300			2	21 848
Ouganda	9	13 731											1	122
Rwanda	54*	88 303			54**	88 303								
Sénégal	33	14 412	27	6 700			6	7 712						
Tanzanie	7	8 889	1	2 050	3	5 316					1	23	1	1 500
Togo	9	3 320	3	2 240	8	13 609	3	2 912			3	184		
Zambie														
Total	212*	620 554	64	24 536	72**	262 940	42	192 273	10	1 072	8	1 031	12	136 768
Mb/système		2 927		383		3 652		4 578		107		129		11 397
Médiane				109				299		59		73		371

* Compté 54 mutuelles pour le Rwanda. Si on compte 3 mutuelles pour le Rwanda (i.e. si on ne compte pas les associations individuelles mais la fédération au niveau du district) : 161 systèmes ; moyenne = 3 854 ; médiane = 212.

** Compté 54 mutuelles pour le Rwanda. Si on compte 3 mutuelles pour le Rwanda : 21 systèmes ; moyenne = 12 521 membres/système ; médiane = 2647.

Syst.	Système	Groupes	Adhésion pour groupes existants
Comm.	Mutuelles communautaires	Mb/système	Moyenne des nombres de membres par système
Prest.	Systèmes initiés par le prestataire	Inform.	Mutuelles du secteur informel
Corpo	Mutuelles corporatistes		
Ethnique	Adhésion sur base ethnique		

Tableau 4 Nombre de bénéficiaires par système

Pays	Nb sys- systèmes	Bénéficiaires	Nb Comm ..	Bénéficiaires	Nb Prest.	Bénéficiaires	Nb Corpo	Bénéficiaires	Nb ethniques	Bénéficiaires	Nb Inform ..	Bénéficiaires	Nb Groupes	Bénéficiaires
Afrique du Sud	2	134 827					1	2 500					1	132 327
Bénin	5	7 014	2	3 664	1	100								
Burkina Faso	40	25 000	18	2 627	4	18 890	18	3 483						
Cameroun	9	4 007					1	1 007	8	3 000				
Congo Brazza														
RDCongo	7	96 826			6	92 826								
Côte d'Ivoire	1	3 257	1	3 257										
Ghana	4	64 886			3	64 726			1	160				
Guinée	7	3 448	1	1 398									6	2 050
Guinée Bissau														
Kenya	1	1 481			1	1 481								
Madagascar														
Mali	2	58 829											1	50 829
Niger														
Nigeria														
Ouganda	9	24 002			9	24 002								
Rwanda	54*	88 303			54**	88 303								
Sénégal	30	53 335	24	32 789			6	20 546						
Tanzanie	5	38 108	1	239	3	31 791					1	78	1	6 000
Togo	8	13 318	2	212			3	12 922			3	184		
Zambie														
Total	184	616 641	49	44 186	81**	322 119	29	40 458	9	3 160	4	262	9	191 206
Bénéf/système		3 351		902		3 976		1 395		151		65		21 245
Médiane				455				327		200		67		382

* Compté 54 mutuelles pour le Rwanda. Si on compte 3 mutuelles pour le Rwanda : 133 systèmes ; moyenne = 4 636 bénéficiaires/système ; médiane = 584.

** Compté 54 mutuelles pour le Rwanda. Si on compte 3 mutuelles pour le Rwanda : 30 systèmes ; moyenne = 10 737 bénéficiaires/système ; médiane = 2169.

Comm.	Mutuelles communautaires	Inform.	Mutuelles du secteur informel
Prest.	Systèmes initiés par le prestataire	Groupes	Adhésion pour groupes existants
Corpo	Mutuelles corporatistes	Bénéf/système	Moyenne des nombres de bénéficiaires par système
Ethnique	Adhésion sur base ethnique		

Tableau 5 La couverture des systèmes répertoriés

Pays	Nombre de systèmes	Population cible	Nombre couvert	Taux de couverture
Afrique du Sud	1	50 000	2 500	5
Bénin	4	122 300	3 814	3,1
Burkina Faso	14	821 979	21 677	2,6
Cameroun				
Congo Brazza				
RDCongo	1	150 000	80 000	53
Côte d'Ivoire				
Ghana	3	281 015	64 726	23
Guinée	7	34 300	3 448	10
Guinée Bissau				
Kenya	1	450 000	1 481	0,3
Madagascar				
Mali				
Niger				
Nigeria				
Rwanda	54	1 115 509	88 303	7,9
Ouganda	2	100 203	6 702	6,7
Sénégal	9	81 141	13 382	16,5
Tanzanie	4	638 027	32 032	5
Togo	3	25 800	647	2,5
Zambie				
Total	103	3 870 274	318 712	8,2

Tableau 6 La couverture par type de système

Tableau 6 : La couverture par type de système																					
Pays	Nb Com	Pop. C.	Nb couv.	%	Nb Pres .	Pop. C.	Nb couv.	%	Nb Co rp.	Pop. C.	Nb couv	%	Nb Inf.	Pop. C.	Nb couv	%	Groupes	Pop. C.	Nb couv	%	
Afrique du S									1	50 000	2 500	5									
Bénin	2	20 300	3 664	18	1	2 000	100	5													
Burkina	7	400 319	1 788	0,4	4	419 989	18 890	4,5	3	1 671	999	60									
Cameroun																					
Congo Br																					
RDCongo					1	150 000	80 000	53													
Côte d'Ivoire																					
Ghana					3	281 015	64 726	23													
Guinée	1	17 000	1 398	8,2														6	17 300	2 050	11,8
Guinée Biss																					
Kenya					1	450 000	1 481	0,3													
Madagascar																					
Mali																					
Niger																					
Nigeria																					
Ouganda					1	100 000	6 580	6,6									1	203	122	60	
Rwanda					54*	1 115 509	88 303	7,9													
Sénégal	7	73 591	10 962	14,9					2	7 550	2 420	32									
Tanzanie	1	38 000	239	0,6	2	600 000	31 770	5,3					1	27	23	85,2					
Togo	1	22 000	160	0,7					1	800	430	53,7	1	3 000	57	1,9					
Zambie																					
Total	19	571 210	18 211	3,2	67*	3 118 513	291 850	9,3	7	60 021	6 349	10,5	2	3 027	80	2,6	7	17 503	2 172	12,4	

* Compté 54 mutuelles pour le Rwanda. Si 3 mutuelles pour le Rwanda : 16 mutuelles

Com	Mutuelles communautaires	%	Taux de couverture
Pop. C.	Population cible (nombre de membres ou bénéficiaires ciblés)	Pres	Systèmes initiés par le prestataire
Nb couv.	Nombre de ces membres ou bénéficiaires ciblés	Corp	Mutuelles corporatistes
	réellement atteints	Inf	Mutuelles du secteur informel

Tableau 7 La couverture des systèmes pour lesquels la population cible et nombre de bénéficiaires sont donnés

Pays	Mutuelle	Type	Population cible	Bénéficiaires	%	Source principale
Afrique du Sud	Health insurance scheme of Hospersa	Groupe	50 000		7,6	ILO-STEP, 2000
	NASASA*	Groupe	24 000 groupes = 680 000 membres	16 000 stokvels	66,6	ILO-STEP, 2000
Bénin	UCGM SIRAROU	Comm	Village: 13 000	97 : 3 080	23	Diop, 1998
	UCGM SANSOU	Comm	Village: 7 300	97 : 584	8	Diop, 1998
	Mutuelle Ilera	Prest	100 000 inh.	96 : 50	0,05	Diop, 1998
	Mutuelle Alafia	Prest	Village: 2 000	< 100	5	Diop, 1998
Burkina Faso	CNSS	Corpo	870 membres	627 membres	72	Fonteneau, 2000
	Agents du Trésor	Corpo	700 membres	272 membres	38	Fonteneau, 2000
	Agents de l'OST	Corpo	101 membres	100 membres	99	Fonteneau, 2000
	Bouahoun	Prest	1992 : 6 210 1998 : 7 856 10 749	2 053 1 780 1 780	33 23 17	Fonteneau, 2000
	Koumbia	Prest	11 769	753	6	Fonteneau, 2000
	Bouéré	Prest	7 491	1357	18	Fonteneau, 2000
	Bwamanda	Prest	District : 150 000 1994 : 158 000	1986 : 32 600 1988 : 80 495	28 62,3	Moens, 1990
RD Congo						
Ghana	Nkoranza comm. financing health insurance scheme	Prest	117 500 2001 : >160 000	'92: 31 773 '93: 36 609 '94: 27 031 2001: 48 285	27 30	Atim, 1998 Atim <i>et al.</i> , 2001
	Dangme West District	MdS	2000 : 96 015	2000 : 3 081	3	Agyepong <i>et al.</i> , 2002
	West Gonja hospital	Prest	1996 : 25 000	1996 : 6 000 (97 : 13 360)	24	Atim, 1998a
Guinée	Gbanhana	Comm	2 800	343	12	Le Moustarder, 2000
	Banzou	Comm	2 500	345	14	Id.
	Gouécké	Comm	5 000	382	8	Id.
	Monékouly	Comm	3 000	198	7	Id.
	Kpaolé	Comm	1 000	361	36	Id.
	Bowé	Comm	3 000	421	8	Id.
	Maliando	Comm	17 000	1 398	8	Sylla <i>et al.</i> , 2002
Kenya	Chogoria hosp. Health insurance scheme	Prest	450 000	'98 : 1 481	0,3	Musau, 1999
Ouganda	Kisiizi hospital health scheme	Prest	100 000	6 580	6,5	Musau, 1999
Rwanda	District de Kabutare (16 mutuelles)	Prest	288 160	17 563	6,1	Schneider et Diop, 2001
	District de Byumba (21 mutuelles)	Prest	459 329	48 837	10,6	Schneider et Diop, 2001
	District de Kabgayi (17 mutuelles)	Prest	368 020	21 903	6,0	Schneider et Diop, 2001
Sénégal	Fandène	Comm	4 000	2 096	52	Tine, 2001
	Lalane Diassap	Comm	1 791	1 196	67	Tine, 2001
	Sanghé	Comm	4 200	461	11	ILO-STEP, 2000 ; Tine, 2001
	Ngaye Ngaye	Comm	3 600	1 210	34	Id.
	Pandhiénou-Léhar	Comm	30 000	1 283	4,3	Wade, 2001 ; Tine, 2001
	Mboro	Comm	> 10 000 habit.	1 116	< 11	ILO-STEP, 2000 ; Tine, 2001
	Dimeli Yoff	Comm	1 200 familles	133 familles	11	ILO-STEP, 2000
	Faggu	Corpo	4 550 membres	814 membres	18	Massiot, 1998
Tanzania	Mutuelle Sococom Entreprises	Corpo	3 000 bénéf.	1 245 bénéf.	41,5	ILO-STEP, 2000
	Mburahati	Inform	27 membres d'une coopérative	23 membres	85	Musau, 1999
	Bima ya afya ya Atiman	Comm	38 000	239	0,6	Musau, 1999
	Community Health Fund	MdS	600 000	31 770	5,3	Arhin, 2001

Togo	DJAGBAGBA		22 000	160	0,7	ILO-STEP, 2000
	Association des Sages-Femmes du Togo	Corpo	700/800	430	61	ILO-STEP, 2000
	MUCOTASGA	Corpo	3 000	57	1,9	ILO-STEP, 2000

* Cette fédération de mouvements associatifs locaux n'offre une assurance que pour les frais de funérailles. Néanmoins, ILO-STEP (2000) la classe parmi les systèmes d'assurance-maladie.

%	Taux de couverture
Comm	Mutuelles communautaires
Prest	Systèmes initiés par le prestataire
Corpo	Mutuelles corporatistes
MdS	Système initié par le Ministère de Santé
Groupe	Adhésion pour des groupes existants
Inform	Mutuelles pour le secteur informel

Tableau 8 Couverture mentionnée par les auteurs, sans information précise sur la population cible et/ou le nombre de bénéficiaires

Pays	Mutuelle	Type	Pop. Cible	Bénéficiaires	%	Source principale
Afrique du Sud	Health insurance scheme of Hopersa		50 000		7,6	ILO-STEP, 2000
Burkina Faso	8 mutuelles de la zone cotonnière	Prest			15-37	Fonteneau, 2000
Burundi	CAM				20-25	Bennett <i>et al.</i> , 1998
Cameroun	MFB (Yaounde)				22	Bennett <i>et al.</i> , 1998
RDCongo	Bokoro				4,5	Bennett <i>et al.</i> , 1998
	Bwamanda	Prest			2002 : 25	Vanheers, 2002
	CASP				<1	Bennett <i>et al.</i> , 1998
	Kongolo				19,3	Bennett <i>et al.</i> , 1998
	Masisi				26,8	Bennett <i>et al.</i> , 1998
	REMEF				10-14	Bennett <i>et al.</i> , 1998
	St Alphonse				6,2	Bennett <i>et al.</i> , 1998
Ghana	Dangme West				5	Atim <i>et al.</i> , 2001
Madagascar	PHACOM	Comm			30	Bennett <i>et al.</i> , 1998
Mali	Molodo				33	Bennett <i>et al.</i> , 1998
Nigeria	Ala/Idowa				40	Bennett <i>et al.</i> , 1998
Sénégal	16 mutuelles de Thiès	Comm		26 500	37-90	Jütting et Tine, 2000
Tanzanie	UMASIDA	Groupes			<1	Bennett <i>et al.</i> , 1998
	CHF, district d'Igunga	MdS	200 000		1996 : 4,9% des ménages 1997 : 5,9%	Shaw, 2002
	CHF, Singida Rural District	MdS			4,1 % des ménages	Shaw, 2002
	CHF, Hanang District	MdS	180 895		2,8 % des ménages	Chee <i>et al.</i> , 2002
	CHF, Kilosa District	MdS			4,3 % des ménages	Kihombo, 2002

%	Taux de couverture
Prest	Systèmes initiés par le prestataire
Comm	Mutuelles communautaires
Corpo	Mutuelles corporatistes
MdS	Système initié par le Ministère de Santé
Groupes	Adhésion pour des groupes existants

QUI PREND L'INITIATIVE ?

Le postulat de départ :

Le phénomène « mutuelles de santé » reste très largement piloté par des organisations externes. Les initiatives qui émanent de groupements locaux restent rares, alors que les communautés africaines ont spontanément développé, et continuent à le faire, une variété de mouvements associatifs d'entraide.

Un appui externe manifeste

Les rapports d'évaluation des systèmes de mutualisation des risques maladie, plutôt que l'inventaire décrit plus haut, nous permettent d'apprécier si la majorité des initiatives a effectivement été mise en place avec l'appui technique d'une organisation externe et avec le financement d'une organisation internationale ou d'une agence bilatérale. Dans cette perspective, les cas du Bénin et de la Guinée sont illustratifs.

Au Bénin, suite à l'intervention du Centre international de développement et de recherche (CIDR) et avec un financement de la Coopération suisse, les premières mutuelles de santé ont été implantées dans la région cotonnière du sud Borgou en 1995 (Diop, 1998). En janvier 2002, le CIDR appuyait 20 mutuelles de santé. En plus, quatre nouvelles mutuelles étaient en phase de démarrage (Concertation, 2002). Le Programme d'appui aux mutuelles de santé en Afrique (PROMUSAF), soutenu par les Mutualités chrétiennes belges et l'ONG belge Solidarité mondiale (WSM) a aidé à la mise en place de mutuelles de santé depuis 1999 et en appuyait huit en 2002 (Concertation, 2002). L'Institut de participation du Bénin (IPB), avec un financement de la Coopération française, a aidé à la création d'organisations mutuelles dans la zone urbaine de Cotonou. Dans un premier temps, le mode de financement de ces mutuelles était un schéma d'épargne et de crédit qui devra être transformé en système d'assurance dans un deuxième temps, quand la masse critique de 5 000 bénéficiaires sera atteinte (Diop, 1998). Cette stratégie émane visiblement de l'organisation d'appui.

La formulation d'un article dans le « Courrier de la Concertation » qui décrit le progrès au Bénin, démontre à quel point cet appui est considéré comme la norme dans le développement de mutuelles de santé : « Le STEP-Bénin quant à lui a choisi le mois d'octobre 2001 pour lancer son appui et les premières mutuelles accompagnées au nombre de quatre (4) dans le département du Mono sont en phase de gestation. ... L'État non plus n'est pas du reste. Il a lancé deux mutuelles de santé pour le secteur informel notamment à Cotonou et Parakou. ... Mais la grande surprise vient de l'ONG danoise Bornefonden qui, dans la discrétion a mis sur pied 20 mutuelles de santé à travers tout le pays dont 5 dans le département de l'Atacora ; 6 dans le département du Zou et 9 dans le département du Mono. ... La GTZ a regagné le rang des promoteurs en décidant de promouvoir les mutuelles de santé dans les zones sanitaires qu'elle appuie au Bénin à savoir Kandi et Savalou. L'exécution du projet est confiée au Projet bénino-allemand des Soins de santé primaire (PBA-SSP) qui est actuellement à la phase d'information et de sensibilisation des populations » (Concertation, 2002).

En Guinée, la création de mutuelles a été encouragée par le ministère de la Santé publique dans le but d'améliorer l'accès aux soins de santé. À la demande du ministère, plusieurs études de faisabilité ont été réalisées à partir de 1991 (Tambalou, 2001). Les structures d'appui mises en place étaient similaires à celles du Bénin : financées par des partenaires internationaux et bilatéraux, des ONG locales implantaient une seule ou une série de mutuelles de santé. L'Association pour la promotion des mutuelles en Guinée (APMG), créée par l'Association Nantes-Guinée, soutient la formation de mutuelles de santé depuis 1992. Avec l'appui financier de la Coopération française et de l'UNICEF, le CIDR a introduit une série de sept mutuelles de santé dans la région de la Guinée forestière. Le Projet de partage du risque de maladie (PRIMA) a initié deux mutuelles pilotes en Guinée forestière en collaboration avec la GTZ et l'organisation Medicus Mundi-Belgique. Le Projet population et santé génésique (PPSG) du ministère de

la Santé publique avec la collaboration de l'UNICEF et de la Banque mondiale a créé les Mutuelles de santé pour les risques liés à la grossesse et à l'accouchement (MURIGA). En plus de son soutien à l'APMG, le programme BIT/STEP appuie spécifiquement des ONG nationales qui regroupent les femmes, telles que l'Association de défense des droits de la femme (ADDEF) et l'Association guinéenne pour le bien-être familial (AGBEF) dans la création de mutuelles de santé.

En Côte d'Ivoire l'intervention de l'État, des organisations internationales et des ONG est également le moteur du développement de mutuelles de santé. « C'est le cas de la GTZ (Coopération allemande) qui expérimente la mise en place d'une mutuelle de santé à Man, dans l'ouest du pays. C'est également le cas du Service de coopération et action culturelle du ministère français des Affaires étrangères (ancienne Coopération française) qui soutient les associations gestionnaires des 11 formations sanitaires urbaines à gestion communautaire créées à Abidjan. Quant à l'appui de la Banque africaine de développement, il se concentre sur la promotion des mutuelles de santé dans le secteur informel en vue de renforcer la compétitivité de l'économie. L'État, en partenariat avec la Banque mondiale, est le promoteur d'un projet d'assurance-maladie décentralisée à fondement mutualiste. Des expériences pilotes de mutuelles d'assurance-maladie à base géographique sont en cours dans le centre et le centre-ouest du pays » (Sery *et al.*, 2001, p. 8).

De même au Burkina Faso, les mutuelles de santé se sont surtout développées « avec l'appui de certaines ONG et bailleurs de fonds (Coopération française, Coopération belge, Coopération néerlandaise, BIT/STEP, l'ANMC, le CIDR, l'UTM, la GTZ etc.) dans les années 90 » (Zett, 2001, p. 22). Ces partenaires internationaux ont aidé à mettre en place des structures d'appui aux mutuelles, qui ont à leur tour initié 34 mutuelles en quelques années. L'introduction des mutuelles de santé au Burkina Faso, a été fortement promue par le ministère de la Santé et de l'action sociale qui y discernait principalement le potentiel de contribution au financement des soins de santé (Zett, 2001). En 1997, le ministère de l'Emploi, du travail et de la sécurité sociale a créé une Direction de la mutualité. En juin 1999, un atelier sur la promotion des mutuelles de santé organisé conjointement par le Bureau international du travail, l'Organisation mondiale de la santé et la Coopération française, a réuni les organisations d'appui et les ONG, les organisations internationales et les coopérations bilatérales intéressées. Parmi les structures d'appui au Burkina Faso, il y a le Réseau d'appui aux mutuelles de santé (RAMUS), Le Programme d'appui aux mutuelles de santé en Afrique (PROMUSAF) soutenu par les Mutualités chrétiennes belges et l'ONG belge Solidarité mondiale, le Projet Houet-Comoé-KénéDougou (HCK) de la Direction régionale de la santé de Bobo-Dioulasso financé par la Coopération Française, et le Centre africain pour une pratique culturelle du développement (CAD).

La part d'initiative locale

Même s'il est évident que la création de ces systèmes financiers de mutualisation des risques maladie est fortement dirigée par des intervenants externes, il ne faut pas sous-estimer la part de l'initiative et de la dynamique locale. La différenciation des modèles met en évidence la part d'initiative locale.

« Dans presque tous les cas, l'initiative revient à des personnes extérieures à la communauté, au groupe cible ». Cette observation faite par Fonteneau (2000, p. 54) concernant les mutuelles de santé au Burkina Faso suggère une différence entre deux types d'intervention externe. D'une part, il y a l'aide au développement de mutuelles venant d'organisations d'appui nationales et internationales. D'autre part, il y a l'initiative de personnes extérieures au groupe cible mais qui provient néanmoins d'une dynamique locale.

Les systèmes d'assurance gérés par le prestataire

En ce qui concerne les systèmes d'assurance initiés et gérés par le prestataire, l'initiative vient de personnes extérieures au groupe cible. Cela n'empêche pas que ces initiatives peuvent être développées

localement sans aide extérieure. La mutuelle Ilera de Porto-Novo, au Bénin, a été créée par un médecin de l'hôpital provincial sans aide externe (Diop, 1998).

Dans la zone cotonnière du Burkina Faso, plusieurs mutuelles de ce type ont été créées dans les années 1990 (Cazal-Gamelsy *et al.*, 2001). Le modèle a été élaboré par la Direction Provinciale de la Santé du Houet en 1991. L'infirmier en chef de Bouahoun, très motivé et convaincu des bénéfices que le système pouvait apporter à la population, en a été le principal promoteur. Sa démarche auprès des leaders d'opinion et auprès des habitants de tous les villages est à la base des huit mutuelles qui se sont développées dans le district de Houndé. Il est vrai que le projet a bénéficié d'un appui externe, mais il n'aurait pas vu le jour sans l'initiative primordiale de cet infirmier local.

Même si l'idée venait de coopérants belges qui puisaient dans leur mémoire pour combiner le système mutualiste belge et la situation congolaise, la mutuelle de Bwamanda, en RDCongo, fut créée en réponse à un problème ressenti localement et dans une logique de développement local (Moens, 1990). Elle a été développée en collaboration étroite avec le personnel de l'hôpital et était bien intégrée dans un système de santé local cohérent. La mutuelle de Nkoranza, au Ghana, peut aussi être considérée comme une initiative locale, même si elle a bénéficié de support financier externe depuis sa création. En Afrique de l'Est, plusieurs hôpitaux ont essayé, avec plus ou moins de succès, de mettre sur pied des systèmes d'assurance soins de santé sans l'aide d'organismes d'appui.

Les mutuelles sur base d'appartenance ethnique

Une deuxième forme de mutuelle de santé créée à partir d'initiatives locales spontanées est le modèle basé sur un réseau social traditionnel.

Parmi les mutuelles de santé étudiées au Ghana, Atim (1998) décrit le *Duayaw Nkwanta Dagaaba Welfare Scheme*, une association d'assistance mutuelle sur base d'appartenance ethnique qui, depuis 1995, intervient pour les dépenses des soins de santé de ses membres. Cette association a élargi ses interventions au remboursement des soins de santé parce que c'était un besoin ressenti par les membres. Dans la plupart des villes, il y a des associations similaires qui regroupent des migrants d'une même origine, et il se pourrait que d'autres groupes, non étudiés, aient fait de même (Atim, 1998).

Des associations locales qui interviennent dans le remboursement des frais de soins de santé ont également été identifiées au Cameroun (Atim, 1999) et en Éthiopie (Mariam, 2003).

Les mutuelles corporatistes

Les mutuelles de type corporatiste et le modèle basé sur l'origine ethnique ont ceci en commun que les membres de ces structures – qui souvent existent depuis longtemps – commencent à inclure spontanément les soins de santé dans leurs interventions d'entraide.

Depuis des années, les travailleurs du secteur formel et surtout du secteur public se sont regroupés dans des associations qui réunissent les employés d'un même corps de métier. Ces fonds d'entraide couvrent généralement les risques de décès, de vieillesse ou d'invalidité, ou encore donnent droit à une aide financière pour les mariages et les naissances. Dans tous les pays d'Afrique francophone, ces associations portent le nom de mutuelles. Les mutuelles corporatistes peuvent être nationales ou régionales, avec peu de membres [comme la Mutuelle des agents de l'Office national de la santé des travailleurs, au Burkina Faso, qui compte 100 membres (Fonteneau, 2000)] ou un nombre considérable de membres [comme le *Teachers' Welfare Fund*, au Ghana, qui a plus de 150 000 membres (Atim, 1998)].

En raison du dysfonctionnement du système national de sécurité sociale pour les travailleurs du secteur public (Midou, 2001 ; Ouattara, 2002), plusieurs de ces mutuelles commencent à ajouter une intervention pour les soins de santé au profit de leurs membres. D'autres créent une mutuelle de santé à part entière. Cette évolution est plus avancée dans certains pays que dans d'autres, mais semble néanmoins en voie

d'être généralisée. Au Burkina Faso, parmi les 19 mutuelles corporatistes [ou « Caisses de solidarité » (Fonteneau, 2000)], 11 intervenaient pour le paiement des soins de santé de leurs membres en 2001. Trois ne le faisaient pas et pour cinq l'information n'était pas disponible (Zett, 2001).

Au Ghana, la mutuelle *Teachers' Welfare Fund* à laquelle tous les enseignants du pays contribuent, collecte une contribution spécifique pour les soins de santé depuis que l'État intervient de moins en moins pour couvrir ces dépenses (Atim, 1998).

Le tableau 9 reprend les différents domaines sociaux pour lesquels les mutuelles corporatistes maliennes intervenaient en 1998.

Tableau 9 La protection sociale offerte par les mutuelles corporatistes maliennes en 1998

Intervention Mutuelle	Retraite	Décès	Prêt personnel	Santé
Garde nationale	►	►		
Armée terre	►	►		
CMDT	►	►		
ORTM	►	►		
Cheminots	►	►	►	
Postes	►	►	►	
Gendarmerie	►	►	►	
Aviateurs	►	►	►	
MUTEC	►	►		►
MUTAS	►	►		►
Économes		►		►
Sotelma		►		
MEUMA		►	►	►

Source : Ouattara *et al.*, 1998

Dans tous les cas, la décision d'inclure la santé parmi les interventions de la mutuelle est prise par les membres. L'idée est parfois lancée par un directeur de service ou de département qui décrit aux membres ce qu'il a vu lors d'une visite d'un pays voisin ou encore par une organisation d'appui ou une mutuelle européenne jumelée, mais l'initiative vient des membres eux-mêmes.

En général, les mutuelles corporatistes reçoivent peu d'aide ou d'appui externe spécifique (Tine, 2001). Au Niger, par exemple, les employés des services publics et parastataux des télécommunications (SONITEL), de l'électricité (NIGELEC), des transports (SNTN et SNTV), de l'Office des postes et de l'épargne du Niger (ONPE), de la douane et de la police ont chacun leur mutuelle de santé apparemment bien établie (Midou, 2001). Les mutuelles de la douane et de la police ne bénéficient de l'appui d'aucune structure. Les mutuelles des travailleurs des autres services publics reçoivent un soutien financier de l'entreprise à laquelle les employés appartiennent. Par contre, les mutuelles communautaires pour le secteur informel et rural du pays sont assistées par des organisations internationales, en occurrence l'ONG *Care International*, le projet BIT/DANIDA ou par l'ONG nationale l'Organisation nigérienne pour le développement à la base du potentiel humain (ONGPH).

Parce que les mutuelles corporatistes, comme celles issues de structures traditionnelles, sont moins étudiées que les mutuelles communautaires, on pourrait négliger l'initiative locale qui existe au sein de ces mouvements. « Elles sont les plus difficiles à inventorier car nombre d'entre elles existent mais opèrent dans l'informel et ne font pas l'objet d'un appui de la part d'une structure donnée » (Zett, 2001, p. 24).

La part d'initiative locale dans les mutuelles communautaires

Le constat que les initiatives mutualistes spontanées sont rares semble donc être fait uniquement à partir de l'observation des mutuelles communautaires, qui reçoivent beaucoup plus d'attention de la part des promoteurs nationaux et internationaux.

Pourtant, dans ces mouvements mutualistes communautaires il y a également une part d'initiative locale :

- avant la création des mutuelles de santé au Burkina Faso, à une seule exception près « un besoin fut exprimé par le groupe cible soit de mettre sur pied une initiative à caractère social, soit de répondre à des problèmes financiers, dont celui de la santé, soit de chercher plus spécifiquement à répondre aux problèmes de santé » (Fonteneau, 2000). Par exemple, les femmes déjà organisées dans les groupes de crédit du Fonds d'appui aux activités rémunératrices des femmes (FAARF) ont demandé d'inclure dans les activités de leurs associations un système pour payer les soins de santé ;
- dans la commune de Pahou, au Bénin, « les populations avaient, dans un premier temps, rejeté l'idée d'assurance-maladie. Aujourd'hui la tendance est inverse, dans la mesure où ce sont les populations elles-mêmes qui réclament cette assurance-maladie » (Gauthé, 1997) ;
- souvent, la proposition d'organiser une mutuelle de santé provient de personnes qui ont suivi une formation dans ce domaine ou ont vu des initiatives similaires ailleurs (Fonteneau, 2000). Le charisme d'un individu peut faire la différence. La mutuelle de Nongon au Mali, par exemple, a vu le jour grâce à la vision et à l'application du médecin du centre de santé (Kone *et al.*, 1998).

L'intérêt récent des gouvernements et des institutions internationales dans les mutuelles a abouti à un accroissement exponentiel des mutuelles commu-nautaires, mais il y avait des mutuelles de santé communautaires *avant* la profusion actuelle. Il semble même que ce soient ces initiatives nées dans un contexte local qui aient attiré l'attention des intervenants internationaux.

La mutuelle communautaire la plus ancienne et encore active au Burkina Faso est la Mutuelle pharmaceutique de Tounama (Fonteneau, 2000). Elle fut créée en 1985 par les travailleurs laïcs de la paroisse de Tounama. Cette initiative a été inspirée par l'exemple d'une mutuelle fondée en 1971 dans la même paroisse sous l'impulsion des Pères Blancs. Plus récemment, en 1991, la mutuelle Dakwena a été créée par un groupe de jeunes « qui, à la suite de leur cérémonie d'initiation, ont voulu marquer l'événement par la création d'une organisation à caractère social » (Fonteneau, 2000).

Les mutuelles Pharmacies communautaires à Madagascar ont également vu le jour grâce à l'initiative locale et sont basées sur la solidarité locale. La première a été créée en 1973 sous l'impulsion de quelques membres de la Croix-Rouge locale et des leaders communautaires avec l'appui technique du chef infirmier du poste sanitaire (Burnier, 2001). Cet exemple a été suivi par d'autres communautés du voisinage. L'appui technique des organisations nationales et internationales n'est venu que plus tard. Entre 1973 et 1989, une trentaine de mutuelles Phacom ont été créées. En 1989, le ministère de la Santé leur donna un statut officiel et a favorisé l'initiative en élaborant un guide avec l'appui de la Coopération suisse.

L'interaction entre l'initiative locale et externe

On peut observer différentes étapes dans l'interaction entre l'initiative locale et extérieure. Le développement de mutuelles de santé au Sénégal (Tine, 2001) illustre cette évolution.

La première phase est marquée par des initiatives, expérimentations et tentatives locales. Les premières tentatives dans la région de Thiès datent de 1985 (Wade, 2001). La mutuelle de Fandène, la première

mutuelle de santé communautaire, a été créée en 1989 sur l'initiative d'un prêtre de la paroisse. Au début des années 1990, cet exemple a fait tâche d'huile dans la région où plusieurs autres groupes de villageois ont créé leurs mutuelles de santé et ont établi des accords similaires avec le même hôpital Saint Jean de Dieu (Massiot, 1998).

Dans la deuxième phase, plusieurs intervenants internationaux commencent à étudier le phénomène et à tester différentes approches dans d'autres régions. Cette phase est marquée par la mise en place de mutuelles « en série » dans la même région ou dans des contextes semblables avec l'appui d'organisations extérieures. Un exemple au Sénégal est la création de 13 mutuelles de santé entre 1996 et 1998 dans la région de Kaolack par le Programme d'appui aux mutuelles de santé (PAMS), un programme du ministère de la Santé (Tine, 2001). On peut observer la même approche dans plusieurs autres pays.

Dans la troisième phase, l'État et les institutions internationales s'engagent dans une promotion active pour l'expansion du mouvement au niveau national. Des outils de formation et d'information sont développés et plusieurs programmes de formation et d'appui sont mis en place. Cette phase de promotion et de formation peut à son tour être le moteur d'initiatives mutualistes spontanées.

Un article paru dans le quotidien sénégalais « Le Soleil » en août 2002 illustre bien cette troisième phase :

« Les habitants de Sébikotane et Diamniadio ont procédé, dimanche dernier, au lancement de leur mutuelle de santé "Jappo". ... Les premiers jalons vers la mutuelle de santé ont été posés en mars 2001. Le CAMICS⁶ avait assuré aux membres du comité d'initiative une formation lors d'un séminaire au mois de juillet 2001. Il faut noter aussi l'apport non négligeable du Collectif d'appui au développement local (CADEL), qui couvre les deux zones, dans la création de cette mutuelle. Les jeunes de Sébikotane et de Diamniadio ont pris le soin de se rendre à Fandène, une localité pionnière en mutuelle de santé, pour s'assurer de la bonne voie à suivre. Avec l'appui de partenaires comme Enda-Graf, le Christian Children Fund (CCF), la mutuelle d'épargne et de crédit de Diamniadio, etc., les jeunes initiateurs ont pris le temps nécessaire pour mettre sur pied leur mutuelle (Ciss, 2002) ».

Les programmes de formation semblent être à la base de plusieurs initiatives :

- « Grâce au Programme ACOPAM-BIT - WSM ANMC de Belgique, 34 membres de syndicats de base de la Confédération syndicale des travailleurs du Togo ont reçu en février 1997 une formation sur les mutuelles de santé. On peut sans risque de se tromper affirmer que cette formation a constitué l'élément fondamental qui explique l'émergence des mutuelles de santé ... au Togo. Les membres formés ont été des agents de promotion et de sensibilisation sur les mutuelles dans leur milieu (Broohm, 2000) » ;
- au Burkina Faso, la mutuelle de Laafi Têbo a elle aussi été constituée sur l'initiative de la Confédération nationale des travailleurs du Burkina Faso à la suite d'une formation à la gestion des mutuelles dont certains avaient bénéficié au Togo (organisé par le ANMC-WSM/BIT-ACOPAM) (Fonteneau, 2000).

Une quatrième et cinquième phase se dessinent peut être – dans lesquelles la part de l'initiative locale semblerait décroître à nouveau :

- la littérature récente montre une tendance vers la réassurance, la fédéralisation et d'autres formes de regroupement de petites mutuelles de santé, stimulée par les organisations internationales ;
- un début de généralisation par l'État se manifeste de deux façons : par l'intention d'introduire une législation pour les mutuelles de santé et par la promotion active par l'État de mutuelles pour les

⁶ Cellule d'appui aux mutuelles IPM et comités de santé, établie au sein du Ministère de la Santé Publique

agents des services publics. Pour le Sénégal, cette tendance est exprimée par l'extrait suivant d'un article de journal :

« ... l'État a décidé de la création, au mois d'avril 2002, d'une mutuelle de santé de la Fonction publique, afin de répondre à une demande longtemps exprimée. ... L'idée de la création de cette mutuelle est née d'un besoin ressenti par les agents de l'État d'accroître leur accessibilité aux prestations sanitaires ainsi qu'aux médicaments. ... Le ministre de la Fonction publique, de l'emploi et du travail, M. Yéro Dé, a mis sur pied un comité de pilotage de la mutuelle.

Le comité de pilotage ... a élaboré des projets de loi, de décret et de règlement intérieur. ... Selon le coordonnateur du comité de pilotage, une loi est nécessaire, voire incontournable, dans la situation où nous sommes, puisqu'elle servira de base à l'autorité de tutelle de délivrer des agréments aux mutuelles, car une mutuelle sans une pareille autorisation est dépourvue de personnalité juridique (Ndaye, 2001) ».

Le tableau 10 donne une synthèse des différentes phases que l'on peut discerner dans l'évolution de la part d'initiatives locales et externes dans le développement des mutuelles de santé.

Tableau 10 Une évolution dans la prise d'initiative

		Initiative principalement :	
		Locale	Externe
Phase 1	Initiatives et expérimentations locales	►►	–
Phase 2	Expérimentations structurées, coordonnées par des intervenants internationaux	–	►►
Phase 3	Promotion active d'initiatives locales	►►	►
Phase 4 (?)	Expérimentations de fédéralisation, regroupements, réassurance	–	►►
Phase 5 (?)	Généralisation promue par l'État et les institutions internationales	►	►

Peu d'initiatives communautaires en Afrique de l'Est

En Afrique de l'Est, l'introduction de systèmes d'assurance-maladie communautaire émane presque toujours des prestataires de soins, du gouvernement ou d'organisations extérieures (ILO-STEP, 2000 ; Musau, 1999). Il y a quelques rares initiatives de mutuelles communautaires qui ont vu le jour grâce à des églises, comme par exemple Bima ya afya ya Atiman, à l'instigation d'une paroisse de Dar es Salaam (Musau, 1999). L'initiative de deux projets d'envergure provient entièrement de promoteurs externes. Il s'agit de deux projets initiés en Tanzanie : UMASIDA créé sous l'impulsion du Bureau international du travail (Kiwara et Heijnis, 1997; McCord, 2000) et le Community Health Fund (CHF), une initiative du Ministère de la Santé avec l'appui de la Banque Mondiale (Musau, 1999 ; Steinwachs, 2002).

Dans le cas de l'Afrique de l'Est anglophone, le manque apparent d'initiatives de la part des utilisateurs est peut être lié à la culture gouvernementale et à une tradition plus explicite de prestation de soins de santé par l'État.

Certains pays de l'Afrique de l'Est sont également en train d'étudier l'introduction de systèmes d'assurance soins de santé pour les travailleurs du secteur formel, mais il s'agit ici plutôt de créer un système de sécurité sociale dans les pays qui n'en avaient pas (Thompson, 2002).

Conclusion

Le phénomène « mutuelles de santé » reçoit actuellement sans aucun doute beaucoup d'attention de la part de la communauté internationale. La majorité des systèmes financiers de mutualisation des risques maladie voient le jour grâce à un appui externe important. Plusieurs systèmes sont même entièrement conçus et mis en place par des organisations internationales ou nationales externes à la communauté, surtout en Afrique de l'Est.

Néanmoins, la part d'initiative locale ne peut pas être sous-estimée. Certains systèmes d'assurance ont été entièrement instaurés par des prestataires locaux dans le but d'améliorer leur situation financière. D'autres initiatives ont été créées par les utilisateurs des services de santé dans le but d'améliorer l'accès financier aux soins de santé ou, comme à Madagascar, dans le but d'améliorer la qualité des soins.

En plus, l'appui externe peut être catalyseur d'initiatives locales. Dans certains pays, des initiatives locales ont été prises là où l'État ou une organisation externe a créé les conditions nécessaires à leur développement. Ou encore, les systèmes financiers de mutualisation des risques maladie ont été développés grâce à un réel partenariat entre des agents externes et des membres de la communauté.

En Afrique Centrale et en Afrique de l'Ouest, il y a une dynamique qui profite de la symbiose bénéfique de la volonté de la société civile de se prendre en charge et de l'enthousiasme d'organisations européennes pour partager un système qui a fait ses preuves en Europe. Cette dynamique partagée se concrétise dans un appui de proximité de plus en plus structuré et dans des jumelages entre mutuelles européennes, surtout belges et françaises, et africaines.

Finalement, les initiatives spontanées prises par les membres des mutuelles corporatistes et de celles basées sur une appartenance ethnique devraient faire l'objet d'études approfondies.

LES TYPOLOGIES

INTRODUCTION

L'intérêt premier d'une typologie est d'avoir un instrument qui permet une documentation systématique et cohérente des systèmes financiers de mutualisation des risques maladie. Un tel instrument permet de procéder à une analyse comparative des systèmes mis en place. La comparaison de systèmes d'un même type permet d'évaluer la performance d'initiatives individuelles dans des contextes différents. La comparaison de différents types permet d'étudier les avantages comparatifs de modèles différents.

L'élaboration d'une typologie a aussi une importance opérationnelle. Elle facilite le processus décisionnel quant au choix du système le plus approprié à un contexte donné.

Encadré 1 Pourquoi une typologie ?

Un instrument de recherche :

- pour une documentation systématique de tous les systèmes et de leurs différentes caractéristiques;
- pour une analyse comparative des différents modèles ;

Un instrument opérationnel :

- pour le choix du modèle le mieux adapté au contexte local ;
- pour l'évaluation de la performance de systèmes individuels.

Dans la littérature on retrouve une multitude de typologies. Elle s'explique par la diversité d'initiatives sur le terrain mais aussi par le fait que ces typologies sont développées par des chercheurs de disciplines différentes, utilisant des points de vue et des cadres de référence qui leur sont propres. Selon la priorité

accordée à l'assurance, l'entraide, la protection sociale, la micro-finance, l'économie sociale, etc., les systèmes sont classés différemment.

Au-delà de ces différents cadres de référence, nous avons identifié deux grands courants de pensée distincts qui semblent dominer l'étude des systèmes financiers de mutualisation des risques maladie :

- le premier courant, que nous proposons d'appeler l'école « anglo-saxonne », met le mécanisme financier de l'assurance maladie au centre du débat ;
- le deuxième, l'école « dans la tradition de l'Europe continentale », accorde plus d'attention à la dimension sociale.

Afin de favoriser une comparaison et une documentation systématique des modèles, il semble nécessaire d'arriver à un consensus international sur une seule typologie (Baeza *et al.*, 2002). Cette typologie universelle devrait réunir les variables essentielles des typologies les plus importantes et intégrer les deux écoles de pensée.

Dans ce chapitre, nous présentons les grands principes à partir desquels les différentes typologies existantes sont construites.

Dans une première partie, nous décrivons plus en détail les deux grandes écoles de pensée mentionnées ci-dessus. Ensuite, dans une deuxième partie, nous présentons les différents cadres conceptuels qui guident l'étude des systèmes de mutualisation des risques maladie. Enfin, dans une troisième partie, nous présentons les variables que nous pensons être les plus déterminantes pour établir une classification cohérente des différents systèmes.

La première annexe à ce chapitre est un aperçu chronologique des principales typologies existantes. La deuxième annexe décrit plus en détail la classification que nous avons progressivement développée au cours de notre inventaire des systèmes de mutualisation des risques maladie présenté dans le chapitre 1. Cet inventaire a clairement montré que la façon dont le groupe de bénéficiaires est constitué est une caractéristique essentielle du type de système mis en place.

DEUX APPROCHES FONDAMENTALEMENT DIFFÉRENTES : LES PARADIGMES « ANGLO-SAXON » ET « DE L'EUROPE CONTINENTALE »

L'environnement conceptuel qui est à la base de l'étude et de la classification des systèmes financiers de mutualisation des risques maladie est fondamentalement différent dans la littérature francophone et anglophone.

Cette différence d'approche s'exprime d'abord dans la terminologie utilisée. Atim (1998) constate qu'il n'y a pas d'équivalent anglais précis pour traduire le terme français *mutuelle de santé* parce que le concept ne semble pas exister dans la culture anglo-saxonne. Il a proposé le terme *Mutual Health Organisations* pour définir les mutuelles qui se sont formées en Afrique de l'Ouest et en Afrique Centrale francophone. Le terme qui prévaut dans les études de l'Afrique de l'Est anglophone est l'assurance-maladie communautaire (« *community-(based) health insurance* »).

Le terme *mutuelle* met l'accent sur le mouvement social, sur l'action commune d'un groupe de membres. Le terme *assurance-maladie communautaire* met l'accent sur la mise en commun de fonds et sur ce mécanisme financier qu'est l'assurance.

Les typologies élaborées à partir de l'étude des mutuelles groupent ces mutuelles en fonction de caractéristiques qui définissent et distinguent les membres. Les typologies qui partent de la notion d'assurance font un classement en fonction de déterminants techniques et organisationnels.

La définition de la population cible diffère également entre les deux écoles. Dans la littérature anglo-saxonne, ce sont les travailleurs du secteur informel qui forment le groupe cible de l'assurance-maladie communautaire. L'école Europe continentale, par contre, dans son étude des mutuelles de santé explore une diversité de groupes de population et d'associations. Des associations mutualistes existent autant parmi les travailleurs du secteur formel que du secteur informel. En plus, les travailleurs du secteur formel urbain prennent part aux associations traditionnelles qui aident leurs membres à payer les soins de santé. Se concentrer uniquement sur le secteur informel limite le champ d'observation et réduit l'étude de l'évolution spontanée de systèmes de financement de la santé.

L'attention donnée aux différents mécanismes de financement des soins de santé différencie également les deux approches. L'étude de 'l'assurance-maladie communautaire' exclut par définition tout autre mode de financement. L'étude des mutuelles par contre laisse place à une variété de mécanismes de financement. Ainsi, certaines mutuelles ont développé un amalgame complexe d'épargne, de crédit et d'assurance qui laisse à leurs membres l'opportunité de choisir le financement qui leur convient le mieux. Alors que les systèmes d'assurance-maladie n'attirent pas (encore) beaucoup de membres, les systèmes d'épargne et de crédit semblent jusqu'à présent plus appréciés (Atim, 1998b ; McCord et Osinde, 2002a). Seule une étude des préférences pour l'une ou l'autre technique financière pourra en clarifier les raisons. Les autres formes de financement sont-elles mieux adaptées à la situation financière des membres ? S'agit-il d'un manque de connaissances ou de confiance ? Ne considérer que l'assurance-maladie communautaire comme mécanisme financier ne tiendrait pas compte de cette diversité.

Les disciplines qui étudient les systèmes financiers de mutualisation des risques maladie diffèrent également dans les deux cultures. La discipline qui domine la recherche anglo-saxonne est celle de l'économie de la santé. Depuis peu, les organisations et institutions qui s'intéressent à la micro-finance et aux sciences du développement ont également inclus la micro-assurance dans leurs interventions. L'école de l'Europe continentale étudie le mouvement des mutuelles de santé à partir de disciplines comme la recherche en systèmes de santé, l'anthropologie, l'économie sociale et l'histoire sociale qui, par exemple, comparent l'émergence de mutuelles de santé dans les pays en développement aux systèmes traditionnels d'entraide ou à l'émergence du mouvement mutualiste en Europe.

Bien que les auteurs anglo-saxons mentionnent l'importance de la participation communautaire dans l'organisation des systèmes d'assurance et l'intérêt des systèmes d'assurance pour la création de capital social, l'école Europe continentale étudie plus en profondeur les éléments de cette dynamique sociale. En plus, dans le contexte des systèmes de mutualisation des risques maladie, la compréhension du terme *communautaire* ne semble pas être la même en Afrique francophone et anglophone.

En Afrique francophone, la participation communautaire sous-entend une participation active des membres à la prise de décision ; et la gestion communautaire signifie que les membres ou leurs représentants gèrent effectivement leur mutuelle. Cependant, Musau (1999), qui a introduit la définition d'assurance-maladie communautaire pour les systèmes de l'Afrique de l'Est, précise que le terme *communautaire* ne désigne pas nécessairement la population elle-même, mais comprend aussi les initiatives privées à but non lucratif comme les grands hôpitaux de missions. En plus, la notion de participation communautaire se réduit encore souvent à la seule participation *financière* de la population.

Ces différences fondamentales sont non seulement importantes pour la classification et l'étude des systèmes de financement communautaires, mais également pour la promotion des différents modèles et pour le type d'appui donné par l'État et par la communauté internationale.

Les écoles anglo-saxonne et de l'Europe continentale inscrivent le soutien des systèmes financiers de mutualisation des risques maladie dans le contexte de la lutte contre la pauvreté. L'approche anglo-saxonne cherche à étendre l'accès aux soins de santé aux exclus par des mécanismes financiers : « *extending microinsurance techniques to health care* » (Preker *et al.*, 2001). L'approche Europe continentale par contre vise à inclure les exclus par la construction d'un capital social : « Le maintien de la cohésion sociale est essentiel à la lutte contre la pauvreté. La protection sociale sous ses différentes formes peut grandement y contribuer » (CE, 2000).

Le monde anglo-saxon attache beaucoup d'importance à l'introduction de mesures qui assureront le financement des plus pauvres à l'intérieur des systèmes d'assurance. L'attitude européenne continentale serait plutôt la suivante : « Il est vrai que ces organisations [mutualistes] ... présentent des limites en particulier en ce qui concerne l'efficacité, l'accès et l'équité ... [Néanmoins] l'appui à ces systèmes ... peut constituer une contribution importante à la consolidation du capital humain et social dans les PVD » (CE, 2000).

Vu ces environnements conceptuels différents, l'appui donné aux systèmes émergents diffère dans les deux Afriques. En Afrique francophone, l'appui de proximité est assuré par des ONG (telles que les Mutualités chrétiennes belges ou le Centre international de développement et de recherche (CIDR) en France) qui encadrent des mutuelles individuelles dans une approche principalement de bas en haut. En Afrique de l'Est, ce sont plutôt les grandes institutions internationales et bilatérales qui donnent un appui direct au ministère de la Santé pour initier des systèmes d'assurance. L'approche y est plus interventionniste et s'effectue de haut en bas.

Plus d'importance est donnée en Afrique francophone au mouvement social qui se construit à partir de la base. Par conséquent, la grande majorité des systèmes sont gérés par des structures représentatives des membres. Il s'agit souvent de groupes préexistants créés à partir d'autres préoccupations sociales que les seuls soins de santé. Certaines organisations d'appui cherchent précisément à identifier de tels mouvements dans le but d'y greffer une mutuelle de santé.

Dans les pays anglophones, il y a proportionnellement plus de systèmes d'assurances initiés et gérés par le prestataire. Les premières initiatives sont venues d'hôpitaux appartenant à des organisations

confessionnelles. Il y a aussi plusieurs projets d'assurance-maladie organisés au niveau du district par le Ministère de la Santé. Souvent, des subventions gouvernementales directes sont prévues. La stratégie prédominante est de créer un système d'assurance auquel les travailleurs du secteur informel peuvent souscrire, système qui est conçu et développé par un groupe d'experts.

Le tableau 11 reprend les caractéristiques des deux écoles de pensée.

Il nous paraît primordial de créer des ponts entre les deux modes de pensée. Ainsi la définition d'une typologie universelle pourrait faciliter l'échange d'idées et l'intégration des deux visions. Cette intégration aiderait les chercheurs et les décideurs à tenir compte tant des aspects techniques que sociaux, non seulement dans la recherche, mais également dans l'appui donné aux systèmes.

Tableau 11 Deux approches dans l'étude des systèmes financiers de mutualisation des risques maladie

	L'école Europe continentale	L'école anglo-saxonne
Dénomination dominante	Mutuelles de santé	<i>Community(-based) health insurance</i>
Représentation qui prévaut	(1) Un groupe qui se met ensemble pour financer (2) les soins de santé	(1) La technique d'assurance pour financer (2) les soins de santé
Caractéristiques principales des deux visions	• Composante sociale • Phénomène associatif ; mouvement social • Gains en capital social	• Composante financière • Mécanisme d'assurance ; micro-finance • Mobilisation de ressources
Branche de l'économie	Économie sociale	Économie de la santé
Moteur du développement des systèmes de mutualisation des risques maladie	Transposer les systèmes des mutuelles de santé européens dans le contexte africain	<i>Extending microinsurance techniques to health care</i>
La population cible	Tout groupe de membres qui crée une mutuelle	Le secteur informel
Principe d'organisation	Un mouvement qui se construit à partir de la base	Un système d'assurance qui est organisé par les autorités ou par le prestataire, qui doit être 'expliqué' aux éventuels bénéficiaires
Participation communautaire	Évolution qui doit être initiée de bas en haut	Évolution qui est initiée de haut en bas
Organisation de l'appui	Par des ONG nationales et internationales	Par l'État et les institutions internationales
Type de gestion dominant	Communautaire De bas en haut	Par le prestataire ou le ministère de Santé De haut en bas
Attitude prioritaire pour la couverture des plus démunis	Prise en charge par une organisation séparée (Église, fonds d'assistance sociale, etc.)	Subventions de l'État pour payer les cotisations pour les démunis
Concept principal à la base des typologies	Le concept de mutualisation	La notion d'assurance pour financer les soins de santé
Région	Afrique francophone	Afrique anglophone
Tradition de l'ancien colonisateur pour le financement des soins de santé	Par la sécurité sociale	Par la taxation

LES DIFFERENTS CADRES CONCEPTUELS

Nous avons vu que les deux écoles de pensée décrites dans la section précédente vont de pair avec deux orientations dans la classification des systèmes de mutualisation des risques maladie. L'une donne priorité au mouvement social sous-jacent et l'autre aux aspects techniques du système d'assurance-maladie.

Ensuite, il est important de faire la différence entre deux niveaux de classification : une typologie des différents modèles de mutualisation de risques maladie et une typologie qui classe ces systèmes dans un cadre plus large, par exemple parmi d'autres formes d'entraide, de protection sociale ou de financement des services de santé. Cette dernière classification dépend de l'angle sous lequel l'objet d'étude est abordé et aide à clarifier la définition utilisée – mutuelle de santé, assurance-maladie communautaire, micro-assurance, etc.

Dans cette partie nous décrivons brièvement les approches d'étude les plus courantes (voir encadré 2). Cette description illustre la diversité des points de vue et les opportunités d'une recherche multi-disciplinaire. En même temps, elle met en évidence une certaine confusion dans la terminologie utilisée – le même phénomène étant parfois qualifié de façon différente et vice versa – et confirme ainsi l'intérêt de la recherche d'un langage plus universel.

Encadré 2 Les principales approches

Les approches dominantes dans l'école Europe continentale :

- le mouvement mutualiste ;
- l'entraide ;
- la protection sociale ;
- l'économie sociale.

Les approches dominantes dans l'école 'anglo-saxonne' :

- l'économie de la santé ;
- la micro-finance.

Les approches de l'école Europe continentale

L'approche « mouvement mutualiste »

Une première approche est celle du mouvement mutualiste. L'émergence des mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest était depuis le début inspirée par le mouvement mutualiste et a donné lieu à l'utilisation généralisée du terme mutuelle de santé. Les caractéristiques des mutuelles de santé et les valeurs de référence du mouvement mutualiste sont la solidarité entre les membres, le but non lucratif, l'adhésion volontaire, l'autonomie et la gestion démocratique (Atim, 1998). L'association a une fonction d'intermédiaire entre les individus et l'État, un rôle socio-politique qui consiste à renforcer la participation communautaire au processus de prise de décision. C'est cette fonction socio-politique qui différencie les mutuelles de santé des compagnies d'assurance privées. En même temps, le caractère volontaire de l'adhésion les différencie des systèmes formels d'assurance-maladie.

Il faut souligner que l'approche des organisations mutualistes est avant tout pragmatique et vise à améliorer l'accès aux services de santé par un modèle qui a fait ses preuves en Europe.

L'approche « entraide et solidarité »

Vu l'importance de la notion d'entraide et de solidarité, les systèmes de mutualisation des risques maladie sont souvent classés parmi un large éventail de mécanismes d'entraide qui vont de l'entraide familiale à la sécurité sociale organisée par l'État. On distingue souvent quatre niveaux de solidarité : (1) la solidarité

familiale restreinte et obligatoire, (2) la réciprocité équilibrée des associations informelles d'entraide qui assurent des bénéfices égaux pour chaque membre, (3) la solidarité redistributive entre malades et non-malades des systèmes d'assurance et (4) la solidarité verticale entre riches et pauvres qui existe dans les systèmes européens de sécurité sociale.

L'étude des relations de solidarité fait l'objet d'une approche anthropologique.

La Commission européenne inscrit sa politique de soutien des mutuelles de santé en Afrique dans la logique d'une classification selon le type de solidarité (tableau 12).

Tableau 12 Caractéristiques des organisations de protection sociale

	État	Marché	Organisations fondées sur leurs membres	Ménages
Instruments	Assurance sociale, Assistance sociale, Transferts	Contrat d'assurance, Micro-crédit	Arrangements Mutuels coopératifs, Travail volontaire, Micro-crédit	Échanges de cadeaux et de travaux, transfert de salaires, assurance sur les récoltes
Mode de fonctionnement	De haut en bas	Individuel	Principalement de bas en haut	Du bas vers le haut
Motivations	Réglementations	Maximisation du profit/de l'utilité; Rôle des prix	Réciprocité équilibrée, Solidarité	Normes et valeurs sociales, charité

Source : CE (2000) basé sur Jütting, Strengthening Social security systems in rural areas of developing countries, n°9, ZEF discussion papers, Bonn, June 1999.

L'approche « protection sociale »

Le Bureau international du travail, et particulièrement son programme Stratégies et techniques contre l'exclusion sociale et la pauvreté' (BIT/STEP) souhaite développer les systèmes de mutualisation des risques maladies dans le contexte de l'extension de la protection sociale aux exclus.

L'organisation d'une protection sociale a pour objectif d'assurer une sécurité de revenu et de protéger les ménages des risques sociaux tels que la maladie, l'invalidité, les accidents du travail et les maladies professionnelles, le chômage, la vieillesse ou le décès.

Promouvoir l'extension de la protection sociale aux exclus est un choix politique et l'expression d'une vision de la société :

« La sécurité sociale est un droit fondamental de l'être humain et un instrument essentiel de cohésion sociale, qui par là même concourt à la paix et à l'insertion sociales. Composante indispensable de la politique sociale, elle joue un rôle capital dans la prévention et la lutte contre la pauvreté. En favorisant la solidarité nationale et le partage équitable des charges, la sécurité sociale peut contribuer à la dignité humaine, à l'équité et à la justice sociale. Elle est importante également pour l'intégration, la participation des citoyens et le développement de la démocratie.

Si elle est bien gérée, la sécurité sociale favorise la productivité en assurant des soins de santé, une sécurité du revenu et des services sociaux. Associée à une économie en expansion et à des politiques actives du marché du travail, elle est un instrument de développement économique et social durable » (BIT, 2002, p. 1-2).

Idéalement, dans cette vision, les gouvernements devraient développer un système national de protection sociale et élargir la couverture aux travailleurs de l'économie informelle. Mais les pays à faibles revenus

n'ont à présent pas les capacités administratives pour organiser une protection universelle ni pour recouvrer les cotisations des travailleurs relevant du secteur de l'économie informelle. Dans un premier temps, les systèmes de mutualisation des risques maladies sont un instrument pour l'extension de la protection sociale aux personnes qui sont exclues des systèmes du secteur formel. L'objectif à long terme est de les intégrer dans un système national de sécurité sociale.

L'approche « économie sociale »

L'étude des systèmes de mutualisation des risques maladie s'inscrit dans le contexte de l'économie sociale :

« L'économie sociale regroupe les activités économiques exercées par des sociétés, principalement coopératives, des mutualités et des associations dont l'éthique se traduit par les principes suivants : (1) finalité de service aux membres ou à la collectivité plutôt que de profit ; (2) autonomie de gestion ; (3) processus de gestion démocratique ; (4) primauté des personnes et du travail sur le capital dans la répartition des revenus » (Defourny et Develtere, 1999). L'économie sociale peut être définie comme un troisième secteur de l'économie à côté du secteur privé et du secteur public. La finalité de service aux membres, la décision démocratique et la primauté des personnes et du travail sur le capital distinguent ce troisième secteur du secteur privé. L'autonomie de gestion le distingue du secteur public.

L'économie sociale se préoccupe des activités qui naissent dans la société pour répondre à des besoins socio-économiques communs. Son approche part de la demande et d'une étude des aspects associatifs des systèmes mutualistes dans leur environnement socio-économique.

La Coopération belge au développement inscrit son appui aux systèmes de mutualisation des risques maladie dans le contexte de l'économie sociale et spécifie quatre champs d'action : la micro-finance, la micro-assurance, le commerce équitable, et toute activité qui concerne le développement de capital social, le renforcement de la société civile par une action sociale à la base (DGCI, 2002).

Les approches de l'école anglo-saxonne

Dans la littérature anglo-saxonne, les systèmes de mutualisation des risques maladie sont désignés par trois termes qui chacun correspondent à un cadre de référence différent. Le terme assurance-maladie communautaire (*community health insurance*) est souvent employé dans le contexte du financement des services de santé. La notion de l'assurance-maladie pour les travailleurs du secteur informel (*health insurance schemes for people outside formal sector employment*) réfère aux problèmes de l'accès aux soins pour les personnes qui ne bénéficient pas des systèmes prévus par les employeurs. Le terme micro-assurance réfère au domaine de la lutte contre la pauvreté.

L'approche « assurance-maladie communautaire »

Dans son étude qui a fortement influencé l'étude des systèmes de financement collectif en Afrique de l'Est, Musau (1999) a introduit une terminologie différente de celle qui est utilisée en Afrique de l'Ouest et Centrale, parce qu'il trouve la situation très différente. Il a proposé le terme assurance-maladie communautaire (*community-based health insurance*) et en donne la définition suivante :

« *Not-for-profit health insurance schemes for the informal sector, formed on the basis of an ethic of mutual aid and the collective pooling of health risks, in which the members participate in its management.* »

Il différencie ces systèmes tels que décrits ci-dessus des mutuelles de santé de l'Afrique de l'Ouest et Centrale (*Mutual Health Organisations*) qui utilisent le mécanisme financier d'assurance, pour lesquelles il cite la définition donnée par Atim (1998) :

« A voluntary, non-profit insurance scheme, formed on the basis of an ethic of mutual aid, solidarity and the collective pooling of health risks, in which the members participate effectively in its management and functioning ».

Ces définitions mettent davantage en évidence une différence d'approche entre l'école anglo-saxonne et l'école européenne qu'une situation réellement différente.

Dans l'école anglo-saxonne, le terme mutualisation n'a pas la connotation de solidarité entre les membres tel que dans l'école européenne, mais a uniquement le sens de mise en commun de fonds (AIM, 2001). Cette priorité ressort dans la définition suivante des systèmes d'assurance-maladie (Arhin-Tenkorang, 2001) :

« Arrangements in which officials formally hold funds that consist of payments by insured participants, and use the resource pool to finance all or part of the health care costs of members contributing to the pool ».

L'approche « assurance-maladie pour travailleurs du secteur informel »

Thompson (2002)⁷ situe l'assurance-maladie pour le secteur informel dans l'ensemble des systèmes d'assurance-maladie qui existent :

- L'assurance-maladie pour le secteur formel comprend les systèmes suivants :
 - Employer based schemes* : l'employeur prend en charge les dépenses pour les soins de santé ;
 - Medical aid societies* : les employeurs et les employés contribuent à des compagnies d'assurance-maladie privées à but non lucratif ;
 - Provident funds* : les organisations professionnelles telles que les syndicats organisent des systèmes d'assurance à but non lucratif ;
 - l'assurance soins de santé sociale obligatoire (*Compulsory formal health insurance*) ;
 - les compagnies d'assurance-maladie privées à but lucratif.
- L'assurance-maladie pour le secteur informel comprend :
 - les mutuelles de santé (*Mutual health organisations*) ;
 - l'assurance-maladie communautaire (*Community-based health insurance schemes*).

La distinction faite entre mutuelle de santé et assurance-maladie communautaire pour les systèmes du secteur informel suit l'exemple de Musau, en spécifiant que les mutuelles sont plutôt un phénomène de l'Afrique de l'Ouest et Central, et l'assurance-maladie communautaire un phénomène est africain.

Mais il est important de noter que certaines formes ici classées parmi les systèmes d'assurance pour le secteur formel, sont qualifiées de mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest et en Europe. La Fédération des mutuelles médicales de Côte d'Ivoire (FEMCI), par exemple, définit ses associations membres comme des 'mutuelles de santé d'entreprises', dans lesquelles employeurs et employés cotisent (Lichtenberger, 2003), à comparer aux *Medical aid societies* dans la classification de Thompson.

L'approche « micro-assurance »

Le Bureau international du travail, dans le contexte des initiatives du programme BIT/STEP, a introduit le terme micro-assurance pour dénommer les systèmes d'assurance-maladie du secteur informel. Pour Dror et Jacquier (1999), ce terme désigne spécifiquement les systèmes d'assurance gérés par les membres (*group-based health insurance*). Ils se distancient du terme communautaire (*community-based*) qui, selon

⁷ Dans un document préparatoire à un atelier tenu en avril 2002 pour déterminer les politiques de la coopération bilatérale du Royaume-Uni (Department for International Development, DFID) en matière d'assurance-maladie pour les pays de l'Afrique anglophone.

eux, évoque tant d'interventions de développement appelées communautaires qui ne le sont nullement. Ces opérations dites communautaires sont tributaires de subventions externes et les décisions sont souvent prises de haut en bas par des personnes externes à la communauté, laquelle est réduite à une population cible et à une source de revenus (*a source to be tapped*).

Avec le terme micro-assurance, Dror et Jacquier souhaitent mettre l'accent sur le pouvoir décisionnel des membres de l'association et sur l'autonomie de l'initiative par rapport aux décideurs et aux donateurs externes. En fait, le terme mutuelle de santé aurait très bien pu être utilisé. La description de la micro-assurance reprend en effet toutes les caractéristiques de la mutuelle de santé utilisant l'assurance comme mécanisme financier.

L'approche « micro-finance »

Dans le cadre de la micro-finance⁸, le terme micro-assurance n'est pas doté de la connotation d'action participative, mais est considéré comme une des techniques financières employées. Dans ce contexte, l'angle d'approche pour situer l'assurance-maladie n'est pas celui de l'accès aux soins, ni celui du problème du financement des soins de santé, mais bien celui de la lutte contre la pauvreté.

L'assurance-maladie est placée parmi les autres types de micro-assurance pour le secteur informel tels que l'assurance-vie, l'assurance-incendie, ou le revenu de remplacement en cas de perte d'emploi ou de mauvaise récolte (Brown et Churchill, 2000).

Les organisations de micro-finance offrent trois types de services financiers – l'épargne, le crédit et l'assurance – qui répondent à des besoins différents (voir encadré 3). L'intérêt récent des organisations de micro-finance pour l'assurance-maladie est parti de la constatation que la maladie, les dépenses faites pour payer les soins ainsi que le temps de travail perdu, sont les causes principales du non-respect des délais de remboursement d'emprunts (Bennett *et al.*, 1998 ; McCord, 2000a ; Ouattara, 2002).

Encadré 3 Les composantes de la micro-finance

Les systèmes d'épargne :

- pour les dépenses prévisibles tels que les frais liés à l'éducation des enfants, le mariage, les naissances ou les funérailles ;
- la composition d'un capital pour l'acquisition de biens précis : équipement, terres, etc. ;
- la gestion de dépenses futures.

Les programmes de micro-crédit :

- pour des investissements à risque ;
- pour pallier aux difficultés imprévisibles à court terme : une mauvaise récolte, une situation de famine, etc.

La micro-assurance :

- une stratégie à long terme : la garantie d'un revenu de remplacement en cas de décès, d'invalidité et de pension ;
- une stratégie à court terme : un revenu de remplacement en cas de maladie, mauvaise récolte ou chômage ;
- une assurance-maladie : pour payer les frais de soins de santé imprévisibles ;

⁸ En fait, la micro-finance fait partie de l'économie sociale. Dans la littérature anglophone cependant l'accent est surtout mis sur les techniques financières de cet instrument de développement plutôt que sur les aspects sociaux des associations qui y font recours.

- le remplacement de biens perdus : une assurance incendie et pour le vol.

Les programmes de renforcement des mécanismes financiers :

- les services pour le paiement, pour le transfert d'argent.

(Preker *et al.*, 2001)

LES VARIABLES POUR LA CONSTRUCTION D'UNE TYPOLOGIE UNIVERSELLE

Les systèmes de mutualisation des risques maladie ont fait l'objet de différents classements (voir l'annexe 1 de ce chapitre).

Le classement des mutuelles de santé dans les études de l'école Europe continentale tient compte *des critères d'adhésion* de la population cible et différencie plusieurs types en fonction des liens sociaux ou professionnels qui unissent les membres.

Ces différents critères d'adhésion sont les suivantes :

- l'adhésion sur la base géographique ;
- l'adhésion sur la base d'appartenance ethnique ;
- l'adhésion sur la base professionnelle : les travailleurs du secteur formel ;
- l'adhésion sur la base professionnelle : les travailleurs du secteur informel ;
- l'adhésion pour des groupements existants.

Les typologies établies à partir des critères d'adhésion présentent les avantages suivants :

- vu qu'elles tiennent compte des caractéristiques d'appartenance des membres, elles rendent possible l'étude des conditions sociales qui favorisent la formation de l'association ;
- ces typologies tiennent compte des mutuelles qui se forment hors du secteur informel ;
- elles permettent d'étudier des systèmes avec d'autres modes de financement que la seule assurance ;
- elles donnent plus d'opportunités pour construire un système adapté aux besoins et à la situation de chaque groupe cible.

Une limite évidente de ces typologies est le classement illogique des systèmes d'assurance gérés par le prestataire. Dans ce cas ce n'est pas le critère d'adhésion mais l'identité du gestionnaire qui définit la spécificité de ce modèle.

La classification basée sur *l'identité du gestionnaire* du système est l'importante contribution des typologies élaborées à partir de l'étude des aspects techniques du système d'assurance-maladie. Sur cette base, trois modèles peuvent être distingués :

- un premier où la gestion est assurée par le prestataire de soins (que ce soit une structure de soins, un groupe de prestataires ou encore le ministère de la Santé). Le prestataire est alors aussi l'assureur ;
- un deuxième où ce sont les membres qui gèrent le système. L'assureur et le groupe de membres constituent alors une seule entité ;
- et finalement un troisième modèle dans lequel un assureur indépendant, distinct du groupe des membres et du prestataire, assure la gestion du système.

Réconcilier les différentes typologies

Les deux variables, *le critère d'adhésion* et *l'identité du gestionnaire*, semblent être les plus pertinentes pour arriver à un classement cohérent des systèmes de mutualisation des risques maladie qui réconcilie les typologies faites à partir des deux écoles susmentionnées (tableau 13). Nous proposons une grille qui tient

compte aussi bien de la structure organisationnelle des systèmes que des particularités des différents groupes ciblés.

Tableau 13 Grille pour situer les systèmes financiers de mutualisation des risques maladie

	Géré par	Le prestataire	Les membres	Un assureur séparé	Autre ?
Critère d'adhésion					
Géographique					
Appartenance ethnique					
Professionnelle : le secteur formel					
Professionnelle : le secteur informel					
Groupes existants					
Autre ?					

Il y a bien entendu des limites à cette grille. Ainsi, les systèmes actuellement promus dans certains pays anglophones dans lesquels le ministère de Santé crée des systèmes d'assurance au niveau du district, tel que le CHF en Tanzanie, n'y trouvent pas leur place. Il n'est pas facile de dire si les CHF sont des mutuelles communautaires ou une forme d'assurance gérée par le prestataire ou une autre forme encore qui mériterait une place spécifique.

Reste également le problème d'insérer dans cette grille les systèmes basés sur des mécanismes de financement *autres* que l'assurance et qui ne devraient pas être exclus de l'étude. Une option est d'éviter le terme assurance dans la dénomination commune. Une deuxième option est de considérer ces systèmes comme des formes de 'pré-assurance' qui évolueront progressivement vers un mécanisme d'assurance si les conditions deviennent favorables.

La comparaison des différents types est utile pour vérifier si certains systèmes sont plus performants que d'autres (Baeza *et al.*, 2002 ; Jakab et Krishnan, 2001). Nous voudrions apporter une nuance importante à ce point de vue : plutôt que de chercher le système le plus performant, il nous semble plus pertinent de savoir quel système est le plus approprié *dans un contexte donné*.

Harmoniser les termes

Il est également nécessaire de développer un langage commun afin de lever les confusions créées par le fait que des significations différentes sont données aux mêmes phénomènes. Les différents sens donnés au terme 'prépaiement', par exemple, illustrent cette difficulté (voir encadré 4).

Encadré 4 Les significations du « prépaiement »

La compréhension la plus répandue du terme « prépaiement » est le paiement anticipé comme élément du mécanisme d'assurance. Référence est donc faite à la dimension temporelle du paiement.

Mais le terme est aussi utilisé pour marquer la différence entre systèmes de financement des soins. Fonteneau (2000) utilise le terme prépaiement pour désigner les systèmes d'assurance gérés par le prestataire.

Pour Musau (1999) et Shaw (2002), le prépaiement indique les systèmes d'assurance communautaire qui couvrent les soins de première ligne (*high probability low cost events*), et le terme assurance est réservé aux systèmes qui interviennent pour les risques rares mais qui impliquent un risque financier considérable (*high cost but low probability health care needs*).

Jakab et Krishnan (2001) utilisent le terme prépaiement quand il s'agit d'une initiative communautaire (*community prepayment or Mutual Health Organisation* et *Community driven prepayment scheme attached to social insurance or government run system*), mais utilisent le terme d'assurance pour les systèmes initiés et gérés par le prestataire (*Provider based Community Health Insurance*) – ce qui est l'inverse de la terminologie employée par Fonteneau. En plus, un des systèmes qu'ils classent parmi les systèmes de prépaiement communautaire est celui de la taxation locale obligatoire instaurée à Boboye au Niger, un mécanisme qu'on peut difficilement ranger parmi les *Mutual Health Organisations*.

Une toute autre compréhension du terme 'prépaiement' est celle d'un financement individuel qui permet de payer d'avance, quand on a les ressources nécessaires, en prévoyance de soins de santé dont on pourrait avoir besoin plus tard. Il s'agit d'un système pour améliorer l'accès individuel aux soins, sans le concours d'entraide ni de partage de risque (Huber *et al.*, 2003).

Bennett *et al.* (1998) classent le prépaiement individuel parmi les systèmes d'assurance du type I (les risques maladie coûteux mais peu fréquents), bien que le système existe également pour des soins primaires et que le partage des risques n'est pas une caractéristique du prépaiement. Criel (2000) finalement a classifié le prépaiement individuel parmi les systèmes d'entraide sans assurance, bien qu'il ne s'agisse pas vraiment d'entraide mais bien de prévoyance individuelle.

D'autres termes restent à être précisés. La notion de solidarité, par exemple, implique dans le contexte européen un transfert de ressources des riches vers les pauvres, et des employés vers les sans emploi, les enfants et les personnes âgées. Le même terme est utilisé dans le contexte des systèmes de mutualisation africains, dans lesquels la solidarité se limite à un transfert de ressources des non-malades vers les malades.

CHRONOLOGIE DES PRINCIPALES TYPOLOGIES

Dans cette annexe nous décrivons brièvement les principales typologies des systèmes financiers de mutualisation des risques maladie. Cet aperçu n'est pas exhaustif, mais reprend les classements qui ont été les plus influents.

La première classification apparue est celle de Bennett, Creese et Monasch (1998). Ils ont proposé une classification des systèmes d'assurance-maladie pour le secteur informel selon le type de risque couvert et différencient (tableau 14) :

- Les systèmes de type I qui couvrent les risques maladie graves mais peu fréquents (qui nécessitent une hospitalisation) ; et

- Les systèmes de type II qui couvrent les risques maladie mineurs mais fréquents (qui peuvent être traités au niveau des centres de santé).

Ils documentent les différences principales entre les deux types par les caractéristiques suivantes :

Tableau 14 Les types d'assurance-maladie identifiés par Bennett, Creese et Monasch

Type I	Type II
Risque peu fréquent mais coût des soins élevé	Risque fréquent mais soins peu onéreux
Initiation et gestion le plus souvent par le prestataire	Initiation et gestion le plus souvent communautaires
Couvre une région géographique large	Membres vivant dans le même village
Prime basé sur un calcul actuariaire des coûts	Prime selon la capacité financière des membres
Vise à couvrir les coûts des soins	Vise à créer des ressources pour améliorer certains services (p.ex. les médicaments)
Adhésion motivée par un avantage financier individuel	Motivation d'un bénéfice pour toute la communauté en termes d'accès financier et de qualité des soins
Paquet de soins décidé par le prestataire	Réponse à la demande

Source : Bennett *et al.*, 1998

Pour différencier les types de mutuelles de santé, deux séries d'études des mutuelles de santé de l'Afrique de l'Ouest⁹ se basent sur les liens sociaux entre les membres. On y distingue essentiellement les formes suivantes :

- les mutuelles corporatistes ;
- les mutuelles communautaires : parmi celles-ci, Tine (2001) pour le Sénégal, distingue :
 - les mutuelles communautaires villageoises ou de quartier qui cherchent à atteindre toute la population d'une aire géographique définie ;
 - les mutuelles qui regroupent les travailleurs du secteur informel ;
- les mutuelles initiées et gérées par le prestataire.

Cette différenciation met en lumière une classification selon la base d'adhésion des membres : ils sont unis par une appartenance professionnelle (mutuelles corporatistes du secteur formel, travailleurs du secteur informel) ou sur base géographique (mutuelles communautaires rurales ou urbaines ; mutuelles initiées par le prestataire). Atim (1998a & b) y ajoute, pour le Ghana, le Nigeria et le Cameroun, le modèle traditionnel basé sur une appartenance ethnique.

Le problème de la classification précédente est évident : le système d'assurance initié par le prestataire y trouve difficilement place, car contrairement aux autres ce n'est pas le lien entre les membres mais l'identité du gestionnaire qui définit ce modèle.

Sans doute pour contourner ce dilemme, Atim, sur base d'observations au Ghana (1998a), a groupé les mutuelles selon leur degré de participation communautaire à la gestion. Il différencie quatre types de mutuelles de santé :

- le modèle à participation communautaire réduite : la gestion est assurée par le prestataire ;
- le modèle basé sur un mouvement social : ce modèle est le plus développé parmi les employés du secteur formel urbain (ce qui équivaut aux mutuelles corporatistes, mais inclut également les mutuelles initiées par des coopératives, syndicats, etc.) ;
- le modèle basé sur un réseau d'appartenance ethnique ;

⁹ La série d'études « Contribution actuelle et potentielle de mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé », résumée dans Atim, 1998 ; la série d'études « Banque de données sur les mutuelles de santé et leurs structures d'appui » qui avait pour objectif de faire l'inventaire des mutuelles de santé dans neuf pays, coordonnée par la « Concertation » <www.concertation.org>.

- le modèle complexe de financement communautaire, caractérisé par une forte participation des membres.

Dans sa synthèse des différentes études faites en Afrique de l'Ouest, Atim (1998) rajoute deux indices supplémentaires : la base d'appartenance (géographique ou socioprofessionnelle) et la localisation (rurale ou urbaine). Il classe ainsi chaque mutuelle de santé suivant ces indices dans un ordre de participation communautaire décroissante (tableau 15).

Tableau 15 Grille pour définir les mutuelles de santé

Degré de participation des membres à la gestion	Critères d'adhésion		
	Adhésion sur base géographique		Adhésion sur base socioprofessionnelle : membres d'une même profession, entreprise, association, syndicat, coopératives ou autre mouvement social
	Rural	Urbain	
1. Modèle traditionnel basé sur appartenance ethnique			
2. Mutuelle de santé classique basé sur un mouvement social			
3. Mutuelle à gestion partagée entre prestataire et membres			
4. Modèle à participation communautaire réduite (géré par le prestataire)			

Source : Atim, 1998

Criel (2000) développe davantage la typologie de Bennett, Creese et Monasch et y ajoute d'autres variables (tableau 16). Ces différentes variables mènent à la distinction de deux types d'assurance-maladie fréquents en Afrique : le modèle mutualiste géré par les membres et le modèle géré par le prestataire.

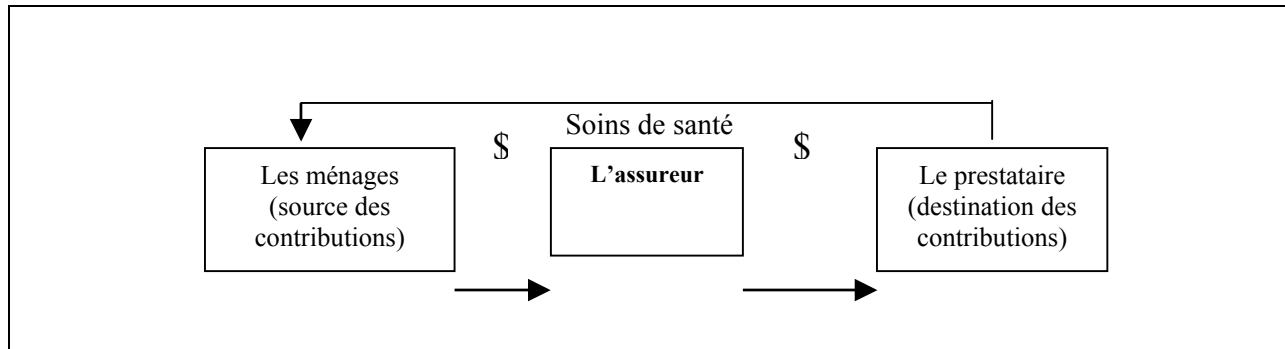
Tableau 16 Les principales caractéristiques des modèles gérés par les membres et par le prestataire

Le modèle mutualiste	Le modèle géré par le prestataire
Intégration des fonctions d'assureur et de membres cotisants/bénéficiaires	Intégration des fonctions d'assureur et de prestataire
Organisation de bas en haut	Organisation de haut en bas
La responsabilité des prestataires envers les membres est explicite et formalisée	La responsabilité des prestataires envers les membres peut être moins explicite ou négligée
Risque financier pour l'association des membres	Risque financier pour le prestataire
La demande domine le choix des risques couverts	L'offre et les priorités de santé publique dominent le choix des risques couverts
Priorité à l'intégration dans les mécanismes financiers communautaires	Priorité à l'intégration dans le système de santé
Importance primordiale de l'entente entre les membres	La cohésion du groupe de membres n'est pas une priorité
Plus de contrôle social	Moins de contrôle social
Limitation structurelle au nombre de membres	Plus d'opportunité pour atteindre un nombre important de membres

Source : Criel, 2000

L'importance de cette typologie est l'identification explicite de la fonction d'assureur, une fonction d'intermédiaire entre la source des revenus – les ménages, les individus ou un groupe déterminé – et la destination des revenus – le prestataire (figure 1).

Figure 1 Les trois fonctions de l'assurance-maladie



Source : Criel, 2000

Dans le modèle initié et géré par le prestataire, celui-ci est en même temps l'assureur. Les individus ou les ménages paient la prime directement au prestataire en contrepartie d'un paquet de soins déterminé par celui-ci.

Dans le modèle mutualiste, la fonction d'assureur est intégrée dans l'association des membres. L'assureur est responsable de la gestion des fonds et du paiement du prestataire avec lequel un contrat est établi et auprès duquel des soins sont achetés.

Toutefois, cette typologie ne fait pas mention d'un troisième type : le modèle géré par un assureur externe. Ce modèle est plus fréquent en Afrique de l'Est et Australe, mais depuis peu il est également testé en Afrique de l'Ouest. Il s'agit du modèle que Arhin-Tenkorang (2001) désigne par *Third Party Insurance*.

La typologie proposée par Arhin-Tenkorang privilégie l'identité du gestionnaire du système d'assurance. En même temps, elle reprend la classification selon les degrés de complexité proposée par Atim. Elle distingue quatre types d'assurance-maladie qui ont comme cible les travailleurs du secteur informel :

- le modèle communautaire (*Mutual Benefit Society*) : les personnes qui assurent la gestion sont des membres de l'association. Les mutuelles de santé (*Mutual Health Organisations*) sont une forme de ce modèle ;
- le modèle géré par le prestataire (*Provider Insurance*) ;
- le modèle à gestion partagée (*Mutual-Provider Partnership*) : la gestion est assurée conjointement par des membres de l'association et des représentants du prestataire ;
- le modèle géré par un assureur externe (*Third Party Insurance*).

La typologie développée par Develtere et Fonteneau (2001), avec l'économie sociale comme approche principale, inclut toutes les organisations du côté de la demande (*demand-side organisations*) qu'ils opposent aux systèmes développés du côté de l'offre, par exemple la sécurité sociale organisée par l'État. Ils différencient sept types d'associations de membres :

1. Mutuelle initiée en supplément à un système de sécurité sociale (*Extension of social insurance*)
Les travailleurs du secteur formel ou l'employeur organisent leur propre mutuelle de santé pour compléter les provisions insuffisantes des systèmes d'assurance sociale.
2. Assurance-maladie initiée par une ONG (*Health insurance system within community organisations*)
L'initiative vient d'une organisation non gouvernementale qui s'occupe d'activités de développement dans la région.

3. Mutuelle initiée par un groupe communautaire déterminé (*Solidarity or community group related insurance ; common interest group insurance*)
L'adhésion est limitée à un nombre de membres bien spécifique, par exemple les employés d'un même service, ou des membres unis sur la base d'appartenance ethnique. La plupart de ces caisses de solidarité sont formées pour d'autres objectifs et une assurance soins de santé y est ajoutée.
4. Assurance-maladie organisée par l'employeur (*Employer facilitated insurance systems*)
Les employés d'une entreprise ont accès à des soins offerts dans un centre de santé de l'employeur ; ou encore, l'employeur inscrit ses employés auprès d'un assureur externe.
5. Assurance-maladie initiée par un mouvement social (*Social movement related insurance*)
Les syndicats et les coopératives, les mouvements de femmes, les associations de crédit, les membres qui partagent une même religion développent leurs propres services de santé ou organisent un plan d'assurance pour leurs membres.
6. Mutuelles de santé communautaire (*member-based health micro-insurance organizations*)
Avec comme définition celle de ANMC-WSM/BIT-ACOPAM (1996) : « Association facultative de personnes (donc à adhésion libre) à but non lucratif (qui ne recherche pas le profit), dont la base de fonctionnement est la solidarité entre tous les membres. Au moyen de la cotisation de ses membres principalement et sur base de leurs décisions, elle mène en leur faveur et en celle de leur famille, une action de prévoyance, d'entraide et de solidarité, dans le domaine des risques sociaux ». Ce qui les différencie des autres formes est leur autonomie : elles ne dépendent pas du prestataire, ni d'une institution, ni d'une autre agence catalyseur comme les syndicats ou coopératives. Elles ouvrent leurs portes à tous, sans restriction sur la base professionnelle ou ethnique.
7. Assurance-maladie initiée par le prestataire (*Health care services related systems*)
Cette forme d'assurance n'a pas réellement sa place dans une typologie des associations de membres. Les auteurs spécifient qu'ils l'incluent simplement parce que les autres auteurs qui décrivent les mutuelles de santé de l'Afrique de l'Ouest le font, mais ils expriment des réserves : ce n'est pas une organisation créée par la demande, mais par l'offre. Ils l'incluent néanmoins quand les membres participent réellement à la prise de décision.

Partant de la notion de micro-assurance, Brown et Churchill (2000b) proposent une typologie qui est basée sur la relation entre les bénéficiaires, l'assureur et le prestataire. Ils distinguent :

- les associations d'assurance-maladie initiées et gérées par les membres (Mutual Benefit Societies) : des mutuelles de santé dont les membres sont responsables de la gestion ;
- les systèmes d'assurance-maladie initiés et gérés par une organisation séparée (Separate Insurance Organisation) : la gestion du système d'assurance est réalisée par une structure externe au groupe de membres et se caractérise par l'absence de pouvoir décisionnel des membres ;
- le modèle mandant-mandataire (Partner-Agent Model) : un arrangement fait entre une association existante et un assureur. Cet assureur peut être le prestataire ou une organisation indépendante.

Pour les deux derniers modèles, les auteurs n'ont trouvé que des exemples où l'assureur était en même temps le prestataire. La différence entre les deux systèmes réside dans le degré de participation des membres dans la prise de décision.

La Commission macroéconomie et santé propose une classification qui met l'accent sur la participation communautaire dans les méthodes de financement des soins de santé (Jakab et Krishnan, 2001). Ils

grouper les différents mécanismes sous le terme de financement communautaire (community financing). Par ce terme, les auteurs entendent des systèmes dans lesquels les usagers, qui doivent désormais payer pour les soins de santé, participent à la prise de décision ou à la gestion des systèmes de financement. Ils différencient quatre systèmes :

1. *Community cost sharing* ou *community-managed user fees* : un système de paiement à l'acte, dans lequel les usagers sont activement impliqués dans la détermination des tarifs et des modalités de paiement. Il s'agit en fait de la participation communautaire mise en place dans le cadre de l'Initiative de Bamako ;
2. *Community prepayment* ou *community-based prepayment schemes* ou *mutual health organisations* : les membres de la communauté sont responsables de la collecte des contributions et du paiement des prestataires ;
3. *Provider-based community health insurance* : les prestataires collectent et gèrent les contributions ;
4. *Government or social insurance supported community driven scheme* ou *community-based prepayment linked to government or social insurance system* : un système organisé en annexe d'un régime de sécurité sociale et co-financé par celui-ci ou par l'État.

Pour le BIT, le terme micro-assurance santé désigne une diversité de modèles qui s'adressent aux populations non couvertes par l'assurance-maladie obligatoire et qui n'ont pas accès aux assurances commerciales.

Dans la description de ces modèles, van Ginneken (2003) différencie les systèmes initiés par le prestataire (*hospital-based micro-insurance schemes*) et ceux gérés par les membres [*demand-driven schemes*, modèle qui est encore appelé micro-assurance santé à base communautaire (DGCI, 2002)].

Ensuite, il fait la différence entre les systèmes dont l'adhésion est fondée sur le lieu de résidence (*area-based schemes*) et les systèmes qui basent l'adhésion sur une appartenance commune des membres (*community-based schemes*). Cette appartenance commune peut être professionnelle (*work-based groups*), socio-économique, culturelle ou religieuse. Souvent, il s'agit de groupes pré-existants, tels que des groupes de femmes, des associations de crédit ou des coopératives.

Finalement, il faut noter deux modèles d'assurance qui peuvent contribuer à l'extension de la protection :

- des systèmes d'assurance auxquels les groupes communautaires existants peuvent adhérer (*Provisional mutual health insurance schemes*) ;
- des systèmes d'assurance qui donnent accès aux services de tous les établissements d'un même réseau de santé géré soit par le gouvernement, soit par des organisations religieuses (*Translocal structures*) (Steinwachs, 2002).

UNE TYPOLOGIE DES CRITERES D'ADHESION

La façon dont le groupe de membres est construit est un élément important dans l'étude des systèmes de mutualisation des risques maladie. Dans cette annexe est présenté un classement des modèles à partir des différentes formes d'adhésion.

L'adhésion sur la base géographique

Les mutuelles communautaires

La population cible des mutuelles communautaires est toute la population d'une aire définie, par exemple la population d'un village, d'un quartier ou d'une ville. La gestion en est généralement assurée par des membres de la communauté.

Plusieurs mutuelles communautaires offrent un crédit mutuel aux membres et n'ont pas (encore) adopté l'assurance. L'Association togolaise d'entraide en santé (ATES) au Togo (Broohm, 2000) et la mutuelle La famille, associée au centre de santé Alodo à Cotonou au Bénin (Gbaguidi, 1998), sont des mutuelles d'épargne-crédit. Les mutuelles de la région de Luweero en Ouganda offrent un crédit jusqu'à un certain montant et font appel à l'assurance pour les sommes qui dépassent cette limite (McCord et Osinde, 2002a). Les mutuelles communautaires les mieux connues sont celles de la région de Thiès au Sénégal (Wade, 2001). Comme toutes les mutuelles de santé décrites au Sénégal, elles ont adopté le mécanisme d'assurance.

Les systèmes initiés et gérés par le prestataire

La population cible des systèmes initiés et gérés par le prestataire est toute la population de l'aire de couverture d'un établissement de santé. L'initiative vient des services de santé, le plus souvent d'un hôpital, mais il y a plusieurs exemples de services de première ligne qui organisent un système d'assurance.

Un modèle particulier initié par les services de santé se dessine dans plusieurs pays (encadré 5). Il s'agit des assurances-maladie dites communautaires créées par le ministère de la Santé. Elles sont associées à un établissement de soins spécifique et visent à inclure toute la population de l'aire de couverture de cet établissement. La gestion est assurée par une équipe professionnelle du ministère de la Santé. Dans la mesure où ce modèle se développe davantage et qu'une réelle participation communautaire prendrait place, il pourrait être considéré comme un type intermédiaire : le modèle à gestion partagée (*Mutual-Provider Partnership*) décrit par Arhin (2001).

Encadré 5 Quelques exemples de systèmes à gestion partagée

Au Rwanda, le ministère de la Santé a créé 54 mutuelles de santé dans trois districts pilotes, avec l'aide technique d'Abt Associates et un financement USAID. Chaque mutuelle a signé un contrat avec le centre de santé public local. À la fin de la première année, l'ensemble des 54 mutuelles avait 88 303 membres, ce qui représente 8 % de la population cible (Schneider et Diop, 2001).

En Tanzanie, le ministère de la Santé a démarré une initiative semblable en 1996, *the Community Health Fund* (CHF), avec l'appui de la Banque mondiale. En 2002, le système était étendu à 23 districts (Chee *et al.*, 2002). Le gouvernement donne une subvention consistante, en ajoutant une somme équivalente en complément à chaque prime payée par un nouveau membre. La gestion du Fonds est intégrée dans les autres tâches du comité de gestion des districts sanitaires (Shaw, 2002).

Au Ghana, le ministère de la Santé a lancé en 1993, avec l'appui de DANIDA, de l'OMS et du PNUD, la recherche préparatoire pour un système d'assurance communautaire supposé couvrir le district sanitaire

de Dangme West (Arhin, 2001). Le *Dangme West Health Insurance Scheme* a commencé ses activités en octobre 2000 (Agyepong-Amarteifio *et al.*, 2002). La gestion est prise en charge par une équipe professionnelle d'employés du service public : le *District Health Insurance Management Team*, qui est responsable envers les membres. Il est établi que ceux-ci en sont les propriétaires, bien qu'ils n'aient pas participé à la conception du système d'assurance. Les initiateurs insistent sur le *ownership* des membres, et donc sur le caractère communautaire du système. Il y a sept comités locaux constitués de membres élus, et un comité exécutif de district composé de représentants des sept comités locaux ainsi que de quatre membres élus supplémentaires. Le rapport de la première année d'activités (Agyepong-Amarteifio *et al.*, 2002) ne fait pas mention du pouvoir réel ni des réalisations de ces structures. Le conseil d'administration composé de leaders politiques, religieux et traditionnels de la communauté et du district n'est pas encore fonctionnel.

L'adhésion sur la base de l'appartenance ethnique

Les mutuelles basées sur une appartenance ethnique sont issues d'associations traditionnelles d'entraide qui offrent plusieurs services à leurs membres, tels que des allocations pour les frais funéraires, de mariage et de naissance, et la retraite (Atim, 1998). Les mutuelles documentées opèrent dans des régions urbaines (africaines ou européennes) et ont été créées par des migrants originaires d'un même groupe ethnique, d'un même clan ou d'un même village. Une couverture des soins de santé tente de pallier les coûts élevés des soins en ville.

L'adhésion sur la base socioprofessionnelle

Les mutuelles corporatistes

Le terme mutuelles corporatistes désigne les mutuelles créées par des travailleurs salariés et basées sur une solidarité corporative. Les membres sont le plus souvent des employés d'un même service du secteur public. Ces mutuelles, qui existent depuis longtemps, ont été créées comme fonds d'entraide. Une intervention pour les frais des soins de santé est un des ajouts plus récents qui font suite à la demande des membres d'avoir une meilleure couverture soins de santé que celle offerte par l'État dans le cadre de l'assurance-maladie obligatoire, là où ce système existe.

Les mutuelles pour le secteur informel

Comme les mutuelles corporatistes, l'adhésion aux mutuelles pour le secteur informel est organisée sur la base professionnelle, mais il s'agit ici de travailleurs qui n'ont pas d'emploi salarié dans le secteur formel. La base d'adhésion les distingue également des mutuelles communautaires qui ont aussi le secteur informel comme population cible, mais qui sont organisées sur la base géographique.

Les mutuelles pour le secteur informel sont formées par de petits groupes de travailleurs qui ont le même métier. Deux exemples au Togo sont la Mutuelle des coiffeuses et tresseuses de style de Lomé (MUCOTRESTY-L) qui compte 90 membres, et la mutuelle des conducteurs de taxi-moto de la station Gaitou (MUCOTASGA) qui réunit 57 membres (Broohm, 2000).

L'Organisation internationale du travail (OIT) a cherché à promouvoir la création de mutuelles de santé pour les travailleurs du secteur informel à travers des groupes préexistants qui unissent un plus grand nombre de membres. Ils se sont intéressés aux syndicats, aux associations et aux coopératives qu'ils souhaiteraient impliquer dans la gestion et dans l'administration d'un système d'assurance-maladie, parce que ces organisations ont déjà une grande expérience de gestion et de collecte de cotisations (Gauthé, 1997). L'OIT a fait conduire plusieurs études, notamment au Togo et au Bénin, pour examiner les opportunités d'un développement de mutuelles de santé à partir de ces organisations (encadré 6). Malgré

ces études préparatoires prometteuses, aucune mutuelle de santé organisée sur cette base n'a été décrite jusqu'à présent.

Encadré 6 Quelques associations des travailleurs du secteur informel au Bénin

La Fédération des caisses d'épargne et crédit agricole mutuel du Bénin (FECECAM) est la confédération de sept unions régionales (URCLCAM) et de 67 caisses locales (CLCAM) d'une même organisation qui offre des services financiers d'épargne et de crédit aux agriculteurs du pays. Au moment de l'étude, l'association comptait 166 000 sociétaires et avait des crédits en cours pour 60 000 emprunteurs. Le fonctionnement était assuré par 312 salariés ; 1250 membres élus participaient à la gestion.

D'autres organisations documentées sont le Syndicat national des pêcheurs, agriculteurs, éleveurs, artisans, vendeurs des marchés et assimilés du Bénin (SYNAPAAB) qui rassemble 152 000 membres sur le territoire national et prend de nombreuses initiatives dans les domaines des soins de santé et du crédit ; L'Union des femmes méthodistes du Bénin (UFMB), une des associations les plus dynamiques du pays qui rassemble 40 groupements à travers tout le pays ; La coopérative béninoise de matériel agricole (COBEMAG), une petite coopérative dynamique de Parakou qui est issue d'un partenariat réussi entre les artisans, les caisses locales de crédit agricole mutuel et les bailleurs de fonds.

Source : Gauthé, 1997

L'adhésion de groupes existants

Source : Il s'agit d'un modèle dans lequel seuls les membres d'associations ou de groupements existants peuvent adhérer. Ce modèle existe en Afrique anglophone et gagne également en importance en Afrique de l'Ouest. Le nouveau questionnaire préparé par la « Concertation » pour l'inventaire 2003 des mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest prévoit pour la première fois trois options d'adhésion : l'adhésion individuelle, familiale ou de groupe (Concertation, 2003).

Les descriptions de ce modèle sont rares : c'est pourquoi nous proposons une analyse plus détaillée que pour les autres types.

Quelques expériences de systèmes recrutant dans des groupements existants

À Lagos au Nigeria, un individu ne peut devenir membre de la mutuelle *Community Partners for Health* (encadré 7) que s'il appartient à un groupe qui s'y est affilié. Les responsables de ce groupe s'engagent alors à superviser le paiement régulier des primes de leurs membres et à contrôler et limiter les abus.

Encadré 7 Lawanson Community Partners for Health (CPH) à Lagos

Le *Lawanson Community Partners for Health* est un des partenariats CPH créés dans les bidonvilles de Lagos au Nigeria. En octobre 1997, le partenariat réunit quatre prestataires privés et 21 organisations communautaires. Le nombre total des membres de ces organisations est estimé à 58 000 personnes.

Le CPH est géré par un conseil exécutif constitué de représentants élus des organisations communautaires et des prestataires. Les établissements de soins ont uniformisé le paquet de soins ainsi que les prix des services qu'ils offrent aux membres de la mutuelle. Un contrat signé entre la mutuelle et les prestataires définit le cadre de la collaboration. Ensemble, ils ont identifié les 10 problèmes de santé les plus importants. Pour ces problèmes prioritaires, les membres des CPHs reçoivent une réduction de 50 % sur le prix des soins.

En plus des prix avantageux, le CHP a établi un service d'épargne-crédit pour ses membres. Les participants versent une somme mensuelle d'au moins 100 naira. Après 6 mois, l'épargnant a accès à 80 % de ses économies. Les 20 % restants ne sont disponibles que pour payer les soins de santé. Les épargnants peuvent aussi obtenir un crédit sans intérêt pour les frais de soins.

L'avantage pour les prestataires est la réduction des dettes impayées et l'accroissement considérable du nombre d'utilisateurs. À cause du contrôle de proximité que les associations partenaires exercent sur leurs membres, peu d'individus inscrits ont un retard dans le paiement des primes. Depuis l'instauration du partenariat entre les quatre prestataires et les organisations communautaires, la situation financière des établissements de santé s'est améliorée, ce qui à son tour a contribué à l'amélioration de la qualité des soins.

Source : Atim, 1998b

Le *Sizwe Medical Fund*, établi en 1978 à Soweto, en Afrique du Sud, propose des avantages financiers aux syndicats et aux employeurs qui inscrivent un groupe de travailleurs (ILO-STEP, 2000). Dans le même pays, le *National Stokvels Associations of South Africa* (NASASA) propose une assurance¹⁰ aux 24 000 stokvels (associations traditionnelles) du pays. En 1997, 16 000 de ces groupements étaient membres (ILO-STEP, 2000).

Au Kenya, l'hôpital Chogoria offre des conditions favorables aux membres qui s'inscrivent en groupes de 50 individus. L'hôpital Tumutumu, avec l'assistance du CIDR, prévoit l'introduction d'un système qui ne serait accessible qu'aux associations d'entraide (ILO-STEP, 2000).

Le système d'assurance de l'hôpital Kisiizi, en Ouganda, est basé sur le même principe. Dans cette région du pays, environ 96 % de la population est membre des associations traditionnelles *Engozi*. Au moins 60 % des membres de ces groupements doivent s'inscrire en même temps pour que l'adhésion du groupe soit acceptée (Musau, 1999), ceci afin de limiter la sélection adverse. La majorité des systèmes d'assurance-maladie communautaires de l'Ouganda n'inscrivent que des membres de groupements existants, tels que le *Kitovu Patients Pre-Payment Scheme* (McCord et Osinde, 2002b), *Microcare* (McCord et Osinde, 2002) ou le *School Health Made Easy-BMC* qui recrute les étudiants des écoles environnantes (Basaza et Namarah, 2003).

UMASIDA, en Tanzanie, n'accepte également que l'adhésion de groupements existants (McCord, 2000).

En Afrique francophone, il y a plusieurs mutuelles de santé qui sont basées sur le même principe. Sept mutuelles de santé appuyées par le CIDR en Guinée forestière se sont développées autour de structures traditionnelles d'entraide qui réunissent 3 à 25 familles, soit 15 à 200 membres (Le Moustarder, 2000). Ces mutuelles fonctionnent comme des caisses d'épargne collectives qui octroient des crédits santé. Un système similaire, également appuyé par le CIDR, est le *Community-owned Health Insurance plan* (COHI) au Bénin. Les ménages qui souhaitent adhérer à la mutuelle doivent mobiliser d'autres ménages pour pouvoir s'affilier en groupe (Brown et Churchill, 2000).

Au Burkina Faso, les petits groupements de femmes à la base du mouvement d'épargne-crédit FAARF forment chacun une petite mutuelle de santé individuelle. Le partage des risques ne dépasse pas la petite cellule de base, mais l'objectif est d'évoluer vers une fédération des petites mutuelles pour en créer une seule, avec les petits groupements de base comme cellules d'inscription (Fonteneau, 2000).

Dans le cercle de santé de Kolokani au Mali, une initiative a été prise par quatre Associations de santé communautaire (ASACO) pour organiser l'évacuation sanitaire et l'hospitalisation de leurs adhérents. Ces ASACO se sont mis d'accord sur l'arrangement financier suivant : 25 % des frais reste à charge du patient, 25 % est payé par le Centre de santé communautaire (CSCoM), et 50 % est pris en charge par un fonds commun créé par les quatre ASACO. L'entité d'inscription au fonds commun est l'ASACO, et pas

¹⁰ ILO-STEP classe ce système parmi les systèmes de micro-assurance pour la santé. Il s'agit cependant plutôt d'une assurance pour les frais funéraires que pour les frais de soins de santé.

les membres individuels. Il est donc question d'une fédération de structures de base (ici des ASACO) afin de « mutualiser les gros risques sur une population dépassant l'ASACO locale » (Évrard, 1998).

L'Union technique de la mutualité malienne (UTM) a créé l'Assurance maladie volontaire, une assurance à laquelle peuvent s'inscrire toutes les mutuelles, les petites et moyennes entreprises, les caisses d'épargne et crédit, etc. (Ouattara, 2002).

La Fédération des mutuelles médicales de Côte d'Ivoire (FEMCI) est formée de huit mutuelles d'entreprise qui couvrent ensemble 38 000 bénéficiaires (les employés et les personnes à leur charge). Toute la gestion est déléguée à un assureur séparé, le MCI. Chaque mutuelle a négocié avec l'assureur les conditions pour ses propres membres (Lichtenberger, 2003).

La mutuelle Tiyumtaaba Welfare Association au Ghana souhaite atteindre la population locale organisée en 22 communautés. Au moment de l'enquête faite par Atim *et al.* (2001), huit des 22 groupes s'étaient inscrits.

Les avantages de ce mode de recrutement

L'intérêt de ce modèle réside dans la gestion partagée, avec une délimitation claire des tâches entre les responsables des groupements existants et un assureur professionnel. Les responsables des unités de base s'occupent des tâches qui bénéficient d'une gestion de proximité. Il s'agit essentiellement de la sensibilisation et de la collecte des contributions. L'assureur s'occupe des tâches techniques : la gestion actuarielle et financière, la sélection de(s) prestataire(s) et l'établissement des contrats, le suivi de la qualité des soins, etc. L'assureur peut donc se concentrer sur les tâches pour lesquelles les responsables communautaires volontaires n'ont ni le temps ni les compétences techniques.

Ce partage des tâches pourrait constituer une solution à certains problèmes de gestion observés dans les autres types de mutuelles. Les mutuelles pour groupes bénéficient en effet des avantages des petites associations, tout en évitant les limites intrinsèques à la gestion volontaire. Elles profitent de la cohésion, de la solidarité, et du contrôle social qui existent dans les groupements établis (Meessen *et al.*, 2002). Lorsqu'un groupe souhaite s'affilier, l'assureur lui délègue la collecte des primes individuelles (avec une incidence positive sur les coûts de transaction). Il revient aux responsables du groupe de prendre les mesures appropriées pour garantir le paiement régulier des cotisations : par exemple un système d'épargne peut être organisé.

Ce modèle présente une opportunité pour allouer des subventions qui ne risque pas de réduire la responsabilité financière des membres individuels. Le fonctionnement de l'assureur professionnel pourrait être financé par des bailleurs de fonds externes, alors que les contributions des membres sont entièrement destinées au fonds mutuel d'assurance.

L'adhésion de groupes existants paraît particulièrement adapté au milieu urbain. Malgré la concentration d'individus dans les villes, la formation d'un groupe solidaire suffisamment grand pour former une mutuelle communautaire peut être plus difficile qu'en milieu rural. Par contre, les villes foisonnent de petites associations de toutes sortes. Ces groupements existants sont trop petits pour former une mutuelle à part entière, mais peuvent constituer les cellules de base d'une mutuelle pour groupes.

L'encadré 8 résume les principaux avantages liées à l'adhésion de groupes préexistants.

Encadré 8 Avantages de la séparation des tâches de gestion entre responsables des groupements individuels et assureur professionnel commun

- l'extension du *pool* commun ;
- une prise en charge professionnelle de la gestion des fonds, des calculs actuariels, de la comptabilité, des tâches d'administration générales, et des relations avec le prestataire ;
- une gestion de proximité pour le paiement régulier des cotisations individuelles et le contrôle des abus ;
- une opportunité pour allouer une subvention qui ne risque pas de réduire la responsabilité financière des membres.

La taille idéale des groupements de base reste à définir. Le Moustarder (2000) fixe le seuil quantitatif minimal d'une mutuelle à 1 000 membres, et la taille idéale des groupements qui la composent de 50 à 100 membres. Au-dessus de ce nombre, les gestionnaires communautaires des groupements rencontreraient des difficultés pour la collecte des cotisations. Dans une étude de faisabilité faite en Tanzanie, Kiwara et Heijnis (1997) estiment la taille maximale des groupements à 400 membres. Au-delà de ce nombre, les coûts de transaction deviendraient trop élevés. L'OIT à Dar es Salaam cherchait des groupes existants de plus de 300 membres (McCord, 2000).

L'EVALUATION DE LA PERFORMANCE DES SYSTEMES DE MUTUALISATION DES RISQUES MALADIE

Dans ce chapitre nous présentons les grandes lignes émanant de la littérature sur l'évaluation de la performance des systèmes de mutualisation des risques maladie. Parmi les critères d'analyse de ces évaluations, les aspects techniques et financiers sont les mieux développés. Les éléments du montage des systèmes, ainsi que le processus de leur mise en place, sont bien décrits. La contribution positive de ce biais d'analyse est que ces aspects sont maintenant bien connus, et que d'excellents guides ont pu être élaborés pour faciliter la mise en place de ces systèmes.

Deux aspects, cependant, nous paraissent être négligés. Il y a d'abord les dimensions humaines et sociales inhérentes à ces constructions complexes. Comment est-ce que ces systèmes affectent les comportements des différents acteurs impliqués et leurs relations réciproques ? Comment les bénéficiaires et les prestataires de soins perçoivent-ils ces systèmes ? Répondent-ils à leurs attentes respectives ?

Un deuxième aspect insuffisamment développé est celui de l'étude systématique du contexte dans lequel les systèmes sont introduits (Pawson et Tilley, 1997). Quels sont les éléments de l'environnement qui peuvent contribuer à expliquer le succès ou l'échec de systèmes de mutualisation des risques maladie ? Qu'est-ce qui est généralisable dans ces différents contextes et qu'est-ce qui ne l'est pas ? Quels systèmes sont appropriés dans quels contextes ? Et lesquels sont plutôt contre-indiqués à être appliqués ? Il nous semble pertinent de développer un cadre d'analyse plus global qui intègre ces aspects.

L'objectif de ce chapitre n'est pas de donner un aperçu exhaustif des évaluations faites, mais d'identifier les questions de recherche qui restent d'actualité ainsi que les lacunes de ce qui a été étudié jusqu'à présent. Cette analyse a contribué à définir les orientations choisies dans le programme de recherche formulé dans la deuxième partie de ce travail.

LA MOBILISATION DE RESSOURCES

La contribution des systèmes financiers de mutualisation des risques maladie au financement total du système de santé est généralement faible (Bennett *et al.*, 1998 ; Atim, 1998 ; Musau, 1999 ; etc.). Avoir la

certitude d'un revenu régulier est important pour les prestataires, mais ce revenu reste souvent négligeable (encadré 9).

Encadré 9 La contribution des systèmes d'assurance-maladie au financement des services de santé

Les mutuelles de santé contribuent peu au financement des services de santé. Dans les systèmes documentés au Ghana, cette contribution ne représente que 4 % des revenus hospitaliers (Atim, 1998).

Dans la région de Thiès la part réelle des mutuelles dans le financement de l'hôpital est inférieure à 2,5 % (Massiot, 1998).

La Mutuelle sanitaire de Bouahoun (MUSAB) au Burkina Faso contribuait en 1997 à 10 % du budget du centre de santé (Adams, 1999).

Dans le district de Hanang en Tanzanie, la contribution des utilisateurs constitue environ 10 % du budget des services de santé en 2001. Moins de 2 % provient des membres du système d'assurance, le *Community Health Fund* (CHF), moins de 2 % des subventions payées pour chaque membre, et plus de 6 % provient des paiements directs des utilisateurs (Chee *et al.*, 2002).

Il y a cependant un potentiel substantiel si le nombre de mutuelles, ainsi que le nombre de membres augmentait (Atim, 1998 ; Fall, 2002). Dans le district de Bwamanda en RDC, par exemple, les revenus de l'assurance (cotisations par les employeurs pour les salariés et cotisations individuelles pour la population rurale) représentait 68 % des revenus de l'hôpital en 1989 (Criel et Kegels, 1997). Mais les systèmes qui rassemblent un grand nombre de membres restent de rares exceptions.

La mobilisation des ressources ne dépend pas uniquement du nombre de membres, mais également de leur capacité financière. Dans la plupart des mutuelles communautaires, la capacité financière des membres est le principal facteur pris en compte pour déterminer le montant de la prime plutôt qu'un calcul actuariel rigoureux. Les revenus ne sont pratiquement jamais suffisants pour recouvrer les coûts des soins offerts (Jakab et Krishnan, 2001).

Les difficultés pour contrôler les dépenses sont un problème auquel la majorité des systèmes sont confrontés (Brouillet *et al.*, 1997 ; Brown et Churchill, 2000 ; McCord et Osinde, 2003). Le choix des prestations doit être adapté à la capacité contributive des adhérents ; ce qui représente pour le BIT (2001) une condition de réussite des systèmes d'assurance pour le secteur informel. Cela limite cependant la couverture des besoins sanitaires.

L'octroie de subventions est une option pour pallier ce problème financier. Une réflexion sur l'utilisation la plus appropriée de subventions s'impose cependant. Plusieurs possibilités se présentent :

- financer des activités ponctuelles : le démarrage par l'octroi d'un fond de réserve, l'acquisition d'équipement ou de matériel, la sensibilisation et la formation (Arhin, 2001 ; Jakab et Krishnan, 2001 ; Tine, 2001 ; Zett, 2001) ;
- financer pendant une durée prolongée les structures de gestion administrative. Ainsi, dans le cas des systèmes gérés par un assureur séparé, cette fonction d'assureur pourrait être financée par des fonds externes alors que les contributions des membres couvriraient les coûts des soins. Une des difficultés de UMASIDA, un système de ce type, était précisément qu'il n'y avait pas un appui financier suffisant pour que l'assureur puisse fonctionner correctement (McCord, 2000) ;
- la subvention de contrepartie (*matching grant*), une somme équivalente à chaque inscription d'un membre octroyé par le gouvernement tanzanien, est un exemple de subvention systématique (Steinwachs, 2002) ;
- financer l'inclusion des plus démunis (HealthPartners, 2002).

LE MONTAGE DU SYSTEME: ASPECTS TECHNIQUES ET ORGANISATIONNELS

Nombre d'évaluations et de rapports de synthèse se concentrent sur les aspects techniques et organisationnels des systèmes de mutualisation des risques maladie : les méthodes de collecte des primes, de mise en commun des fonds (pooling), de paiement des prestataires de soins (purchasing), et particulièrement les dangers du hasard moral, de la sélection adverse, de l'explosion des coûts, de la surconsommation des soins et autres abus. C'est à partir de la préoccupation des chances de survie du système que ces différents éléments sont habituellement analysés.

Selon Musau (1999), la cause principale du succès limité des systèmes de mutualisation des risques maladie en Afrique de l'Est serait leur incapacité à correctement gérer ces problèmes. Sans vouloir sous-estimer l'importance de ces préoccupations techniques, il faut cependant les relativiser. Les facteurs contextuels nous semblent tout aussi déterminants pour le succès ou l'échec des systèmes de mutualisation des risques maladie.

Il paraît indiqué d'éviter des prises de position fondamentalistes par rapport à la gestion de certains aspects techniques du montage du système d'assurance. Le cas de la sélection adverse, inhérente à l'adhésion volontaire, est un exemple éloquent. Certes, la sélection adverse peut mettre en danger la survie financière du système de mutualisation, et il faut mettre en place des mécanismes de contrôle pour la maintenir dans des proportions raisonnables. Mais la sélection adverse n'est pas un problème de santé publique, bien au contraire. Améliorer l'accès aux soins pour ceux qui en ont le plus besoin est un résultat positif. L'inscription préférentielle des individus les plus à risque est du point de vue des bénéficiaires une attitude tout à fait rationnelle : « C'est nous les malades, nous qui perdons beaucoup d'enfants, [qui] avons plus d'intérêt avec Maliando par rapport aux autres qui ont moins de maladies que nous. ... C'est nous les malades qui fréquentons de plus les guérisseurs traditionnels, on va chez n'importe quel marabout pour nous traiter, cependant malgré tout le mal persiste¹¹ ».

LA GESTION DU SYSTEME

Les problèmes de gestion sont qualifiés dans les évaluations comme principale contrainte au développement harmonieux de systèmes de mutualisation des risques maladie (Arhin, 2001 ; Atim, 1998 ; Jakab et Krishnan, 2001 ; Massiot, 1998 ; McCord et Osinde, 2003). Par conséquent, la formation de gestionnaires est devenue une des principales recommandations pour garantir leur succès. Les gestionnaires doivent acquérir l'expertise technique pour calculer les primes, déterminer le paquet des bénéfices et le prix des soins, négocier les contrats avec les prestataires, instaurer les mesures de contrôle des pièges financiers, assurer le suivi administratif et la gestion des fonds, etc.

Outre l'importance de l'expertise technique, il ne faut pas négliger pour autant l'analyse du contexte. Ceci est illustré par la gestion volontaire des mutuelles communautaires.

La faible capacité financière des membres ne permet pas d'établir une cellule professionnelle de gestion. Mais le volontariat des gestionnaires peut en grande partie expliquer les faiblesses de gestion observées (Fonteneau, 2000). Assurer la gestion journalière des mutuelles consomme généralement plus de temps que les responsables n'aient prévu (Brown et Churchill, 2000 ; Jakab et Krishnan, 2001). Est-ce que l'équilibre entre le travail demandé et la rémunération sous forme de prestige est optimal ? Le travail volontaire est considérable et peut décourager les responsables ou les mener à détourner l'argent de la communauté.

¹¹ Citation d'une femme non-membre, discussions de groupes focalisées faites dans le contexte de la mutuelle Maliando en Guinée, donnée non publiée.

La majorité des responsables n'a pas accès à des outils de gestion et d'information modernes (Jakab et Krishnan, 2001 ; Massiot, 1998). Néanmoins, il est attendu des gestionnaires volontaires de réaliser un suivi administratif et comptable complexe (encadré 10).

Une conséquence de la gestion volontaire est que le nombre de membres de la mutuelle doit nécessairement rester réduit, non seulement parce que les gestionnaires ne peuvent consacrer qu'une partie de leur temps à la gestion, mais également parce que le contrôle social doit en partie remplacer un contrôle administratif professionnel rigoureux.

Encadré 10 Gestion volontaire ou professionnelle ?

« La gestion d'une MUCAS (Mutuelle communautaire d'aire de santé) s'avère relativement complexe ... Relever le défi de maîtriser cette gestion ne semble pas être hors de portée de la population concernée. En effet, la première année de fonctionnement de Maliando montre que les mutualistes sont potentiellement capables de piloter ce genre de gestion.

Cependant, la technicité de certains de ces domaines, ainsi que le temps relativement grand qu'il faut y consacrer, demanderont à la MUCAS de recruter au moins deux types de salariés professionnels :

- un professionnel de la comptabilité, avec des compétences dans le domaine de la gestion d'effectifs tels que les cohortes annuelles de mutualistes ;
- un professionnel de la santé, ...

Ces salariés professionnels seront alors responsables de la tenue des documents administratifs et comptables ; de la recherche et d'analyse des informations techniques ainsi que du suivi de l'exécution des contrats. Par contre, les prises de décisions stratégiques et l'ordination des dépenses relèveront des élus de la mutuelle » (Sylla *et al.*, 2002).

« D'autre part, il y a une (trop ?) grande part du travail qui se fait grâce au bénévolat dans les principes de gestion de la MUCAS. Les activités nécessaires à un fonctionnement satisfaisant de la MUCAS paraissent trop intenses pour être assurées seulement à travers une gestion bénévole. ... Par ailleurs, certaines des tâches nécessaires pour la gestion et l'organisation ... semblent être trop techniques pour la plupart des responsables actuels de la MUCAS (pourtant tous scolarisés) » (Sylla *et al.*, 2002).

Les mutuelles gérées par des membres volontaires rencontrent des problèmes liés au volontariat et au manque de compétence. Dans les systèmes initiés par le prestataire mais avec une cogestion par des membres volontaires ou élus, les membres n'assurent pas la gestion journalière et les membres du comité sont vite démotivés. La communauté elle-même ne se sent pas directement concernée. Si les membres du comité ou l'infirmier responsable ne sont pas motivés, il n'y a pas de contrôles de la caisse, des prix, etc., et plein de problèmes de gestion également, qui finalement se traduisent par une baisse des taux d'adhésion (Fonteneau 2000).

« Une première méthode d'appui est la mise à la disposition des mutuelles de personnes ressources pour aider ces dernières à maîtriser et contrôler une dimension de leur organisation. C'est le cas notamment du Projet HCK qui met à la disposition de la Mutuelle de santé de Bobo-Dioulasso un gestionnaire. Le RAMS aussi intervient dans ce sens. En particulier dans le cas des mutuelles de santé autogérées à travers les animatrices qui assurent un appui permanent à la gestion quotidienne car elles remplissent souvent elles-mêmes les documents de gestion dans les mutuelles où les responsables élues ne sont pas scolarisées ou alphabétisées » (Zett, 2001).

UNE UTILISATION ACCRUE DES SERVICES DE SANTE : BIEN OU PAS ?

Il n'y a pas de doute que les systèmes de mutualisation des risques maladie améliorent l'accès financier aux soins de santé. Non seulement les membres utilisent plus souvent les services que les non-membres (Atim, 1998, 1998b & 1999 ; Chee *et al.*, 2002 ; Criel, 1999 ; Jakab et Krishnan, 2001 ; Massiot, 1998 ; Musau, 1999), mais en plus, les malades viennent consulter plus tôt, avant que la maladie ne s'aggrave (Arhin, 2001 ; Chee *et al.*, 2002 ; Massiot, 1998 ; Schneider et Diop, 2001 ; Waelkens et Criel, 2002).

L'augmentation de l'utilisation est cependant interprétée de deux façons différentes (voir encadré 11). S'agit-il de ce fameux phénomène de hasard moral ? Ou s'agit-il simplement d'un meilleur accès aux soins de santé, justifié dans des contextes où il y a des déficits importants dans l'utilisation des services de santé ?

Encadré 11 Surconsommation ou meilleur accès aux soins ?

Les discussions de groupes focalisées organisées dans le cadre du projet de recherche PRIMA en Guinée suggèrent que les utilisateurs ne se rendent au centre de santé que quand ils se sentent vraiment malades. La remarque qu'il pourrait y avoir une surconsommation par les membres était particulièrement mal accueillie et vigoureusement démentie (Waelkens et Criel, 2002).

Dans le district de Hanang en Tanzanie, 5 % des ménages membres du CHF représentent 53 % de l'utilisation. Les réponses des participants aux interviews et aux discussions de groupes focalisées sont semblables à celles de la Guinée : tant les responsables des centres de santé que les utilisateurs croient que les membres viennent plus souvent au centre de santé quand ils sont malades et qu'il n'y a pas d'augmentation des consultations « inutiles » (Chee *et al.*, 2002).

Schneider et Diop (2001 & 2001a) observent une situation similaire au Rwanda: les membres malades utilisent cinq fois plus les soins modernes que les non-membres qui ont plus recours à l'automédication. Il n'y a pas de signes d'une croissance de consultations « inutiles », mais plutôt d'une meilleure accessibilité des soins modernes quand c'est nécessaire.

Dans le projet UMASIDA en Tanzanie, les responsables des groupes avaient reçu le conseil d'essayer de limiter la surconsommation (McCord, 2000). Le résultat était que les patients venaient quand ils étaient gravement malades, et avaient besoin de soins plus onéreux.

Une enquête faite dans la région de Thiès au Sénégal révèle que les membres des mutuelles bénéficient deux fois plus de soins hospitaliers que les non-membres. Les interviews suggèrent néanmoins qu'il n'y ait pas d'aléa moral (Jütting et Tine, 2000).

UN ACCES EQUITABLE AUX SOINS DE SANTE

Toute la population n'a pas le même accès aux soins. Les deux principaux facteurs d'inégalités sont d'une part la distance entre le domicile et l'établissement de santé (Criel, 1999 ; Fonteneau, 2000 ; Schneider et Diop, 2001) et d'autre part la capacité financière des ménages.

Si les systèmes de mutualisation des risques maladie améliorent l'accès financier d'un grand nombre de personnes, les plus pauvres restent exclus (Atim, 1998 ; Atim et Sock, 2000 ; Bennett *et al.*, 1998 ; Criel, 1999 ; Jütting et Tine, 2000 ; Schneider et Diop, 2001 ; Wilson, 2002). L'observation de la réalité suggère donc que ces systèmes ne soient pas une option pour les plus pauvres.

Les stratégies proposées pour remédier à l'exclusion des plus démunis sont divergentes. Certains sont d'avis que des structures spécifiques d'assistance sociale, autres que les systèmes de mutualisation des risques maladie, devraient prendre en charge les plus pauvres afin que leur inclusion ne mette pas en

danger les systèmes mutualistes déjà fragiles (Brouillet *et al.*, 1997 ; Gbaguidi, 1998 ; Letourmy, 2003a ; Shaw, 2002). D'autres sont d'avis qu'il revient au gouvernement de subventionner les primes des plus pauvres à l'intérieur même de ces systèmes (Carrin *et al.*, 1999 ; Preker *et al.*, 2001).

Un choix devra probablement se faire entre les options suivantes :

- accepter de ne pas travailler pour les plus pauvres dans un premier temps, jusqu'à ce que le système soit solidement établi ;
- inclure dès le départ un mécanisme d'exemptions et de subventions pour les démunis – avec toutes les difficultés pour déterminer les bénéficiaires, les risques d'abus et l'objection des membres payants ;
- organiser un système distinct pour les démunis : par exemple des fonds d'assistance sociale (Meessen *et al.*, 2003).

Vu la variété des facteurs qui entrent en cause (voir encadré 12), une approche multi-disciplinaire de cette problématique semble appropriée.

Encadré 12 Prévoir des subventions pour les cotisations des pauvres ou développer un circuit parallèle?

- Les dynamiques d'entraide fonctionnent dans des catégories socio-économiques similaires (Fonteneau, 2000).
- Les plus pauvres sont exclus des petites associations d'entraide du monde entier (de Swaan, 2001).
- La provision de services pour les plus pauvres n'est pas réellement l'objectif des mutuelles de santé (Atim, 1998).
- « La solidarité mutualiste est par construction restreinte à ceux qui cotisent. Sa contribution à la couverture de l'indigence est faible, voire nulle ou exceptionnelle, en tout cas prématurée. Les mutuelles ont d'abord un objectif d'efficacité (rendre plus efficace le financement des ménages). Elles ne résolvent que partiellement le problème des exclusions » (Letourmy, 2003a).
- Les employeurs et les autorités de l'église payent les primes des plus démunis (Scheider et Diop, 2001).

L'INFLUENCE SUR LA QUALITE DES SOINS

Les trois hypothèses suivantes résument les effets possibles des systèmes de mutualisation des risques maladie sur la qualité des soins :

- l'augmentation des ressources financières, ou tout au moins la plus grande régularité et stabilité des revenus, permet aux prestataires d'améliorer la qualité des soins (Atim, 1998). Cette hypothèse est avancée plus souvent par les chercheurs de l'école anglo-saxonne ;
- les systèmes de mutualisation des risques maladie peuvent tirer parti de la compétition de l'offre pour influencer la qualité des soins (Bennett *et al.*, 1998) ;
- par son pouvoir de collectif d'utilisateurs, la mutuelle de santé peut constituer un contre-pouvoir à celui des professionnels de santé, et ainsi faire pression sur le personnel de santé pour mieux répondre à la demande et pour améliorer la qualité des soins (Letourmy, 1998). Cette hypothèse est plus souvent exprimée par les chercheurs de l'école de la tradition Europe continentale.

Dans la pratique, cependant, il y a aujourd'hui encore peu d'exemples qui étayent ces hypothèses. Le cas des Mutuelles Phacom au Madagascar démontre une amélioration de la qualité grâce à des ressources financières plus régulières. L'approvisionnement en médicaments essentiels s'est considérablement amélioré (Burnier, 2001). Mais cet exemple est plutôt l'exception que la règle. En effet, comme l'écrit Diop (1998) : « La faiblesse de la taille des populations couvertes ne permet pas encore de générer des

ressources pouvant avoir une contribution significative dans l'amélioration de la qualité des services des organisations de prestations de soins ».

L'hypothèse que la puissance d'action d'un collectif d'utilisateurs peut sensiblement améliorer la qualité des soins ne s'est donc pas encore vérifiée dans le contexte des systèmes de mutualisation des risques maladie en Afrique sub-saharienne (voir encadré 13).

Encadré 13 Le pouvoir de négociation des collectifs d'utilisateurs est encore insuffisamment développé

- En pratique, les négociations se limitent généralement à la fixation des tarifs. Dans les rares cas où la qualité des soins fait partie des arrangements, il s'agit le plus souvent de composantes telles que les temps d'attente ou la qualité de l'accueil. Négocier la qualité de la prescription, par exemple, est difficile pour les membres, parce qu'ils ne disposent pas de l'information objective nécessaire pour pouvoir mener à bien de telles discussions (Atim, 1998 ; Fonteneau, 2000 ; Musau, 1999).
- Le comportement du personnel peut s'améliorer sous pression, mais trop d'éléments dépendent du niveau central du système de santé lui-même (Fonteneau, 2000).
- « La mutuelle Maliando a certainement contribué à créer un contre-pouvoir à celui des services et professionnels de santé ... mais cela n'a pas suffi » (Criel, 2002).

Jusqu'à présent, il n'est pas démontré que les systèmes de mutualisation des risques maladie réussissent à exploiter la compétition de l'offre pour influencer positivement la qualité des soins. Dans les zones rurales, les prestataires ont d'ailleurs le plus souvent une position de monopole. C'est seulement dans les grandes agglomérations urbaines que le marché offre un choix plus large de prestataires (Brown et Churchill, 2000). Mais dans les zones les plus défavorisées, où la majorité des travailleurs du secteur informel habitent, ce choix est souvent absent (Jakab et Krishnan, 2001).

L'ENCADREMENT DES SYSTEMES EMERGENTS

Un appui national et/ou international fait désormais partie intégrante de l'introduction des systèmes de mutualisation des risques maladie en Afrique. Ce support n'est cependant pas toujours adapté aux besoins réels (encadré 14).

Encadré 14 Évaluation de l'appui aux mutuelles du Sénégal

« La plupart des mutuelles de santé ont une attitude d'incompréhension vis à vis des structures d'appui. Il y a une rupture réelle entre les attentes des mutuelles de santé et l'intervention des structures d'appui. Comme le soulignent fort justement des mutuelles rencontrées dans la région de Kaolack en ces termes : « il y a trop de formations et de séminaires mais peu de réalisation au finish ». Selon certains dirigeants de mutuelles, la plupart des structures d'appui interviennent sans identifier auparavant et de manière claire la priorité des besoins des mutuelles à soutenir. Et s'il arrive qu'elles interviennent, c'est toujours de manière conjoncturelle et non à long terme. Il y a un manque de suivi réel et efficace, c'est-à-dire proche des mutuelles et dans le temps. Aussi, l'intervention de plusieurs structures d'appui dans une seule mutuelle est source de conflit. Il manque une synergie et un plan d'action commun entre les différentes structures pour aider à une appropriation et à un développement conséquent de la mutuelle de santé » (Tine, 2001).

L'appui donné manque souvent d'efficacité et le personnel des organisations d'appui n'a pas toujours la formation nécessaire pour traduire la théorie en pratique et pour donner des conseils individualisés et adaptés au contexte (Évrard, 1998a ; Sogloun, 2001). Il y a donc lieu de revoir le fonctionnement des structures d'appui et éventuellement de redéfinir leur rôle (encadré 15).

Tout en faisant une promotion active, les gouvernements tardent à élaborer une législation qui clarifierait le statut des systèmes de mutualisation des risques maladie. Jusqu'à présent, le Mali est le seul pays qui a mis en place un cadre légal pour les mutuelles de santé (Letourmy, 2003).

Encadré 15 Quel appui pour les systèmes de mutualisation des risques maladie ?

- Le rôle de l'État pourrait être de :
- créer un cadre légal ;
- organiser une structure technique d'appui, en collaboration avec des promoteurs internationaux ;
- assurer le suivi, l'évaluation et la recherche ;
- créer un fonds d'appui à la promotion des mutuelles ;
- améliorer la qualité des soins dans le secteur public. (Some, 1998)

Le rôle des organisations d'appui pourrait être :

- l'élaboration d'outils de gestion administrative et financière, de manuels de procédure ;
- la formation des responsables ;
- la création de conditions favorables pour le développement autonome des mutuelles de santé : améliorer la qualité des soins et le fonctionnement des structures financières ; assurer un accès continu à l'information; etc. (Évrard, 2002, communication personnelle ; Fonteneau, 2000) ;
- la réalisation d'études de faisabilité pour la mise en place des mutuelles ;
- la sensibilisation de la population ;
- l'appui systématique pour la mise en place pendant une période déterminée ;
- un appui ponctuel à l'organisation : une aide à l'élaboration des statuts et règlements d'ordre intérieur, à la mise en place du comité de gestion et autres structures, au choix du paquet de soins, à l'élaboration du contrat entre la mutuelle et le prestataire de soins ;
- un appui à la gestion : la mise en place d'outils de gestion administrative et financière ; un appui direct et continu à la gestion quotidienne (p.ex. la tenue des documents comptables) ; un appui conseil pour renforcer le fonctionnement du système et pour trouver des solutions à des difficultés pratiques ;
- le renforcement de la communication par la mise en réseau ;
- la réalisation d'études d'évaluation ;
- un appui financier par des subventions. (Zett, 2001)

Il faut également apprécier le degré d'interventionnisme le plus approprié. L'appui des organisations non gouvernementales prend en effet plusieurs formes :

- le CIDR donne un appui de terrain rapproché, assuré par des expatriés originaires des pays européens où les mutuelles de santé font depuis longtemps partie du vécu quotidien ;
- dans le projet de recherche PRIMA en Guinée, un appui de terrain rapproché était assuré par une équipe locale, avec l'appui conseil d'une équipe de recherche belge (un pays où les mutuelles de santé ont depuis plus d'un siècle un rôle primordial dans le financement des soins de santé) ;
- la structure d'appui malienne UTM prend en charge la fonction d'assureur pour les groupes qui veulent souscrire (il s'agit en fait d'une mutuelle pour groupe dans laquelle la gestion est sous-traitée) (Ouattara, 2002) ;
- au Burkina Faso, plusieurs organisations d'appui locales mettent à la disposition des mutuelles du personnel qui prend en charge certaines tâches de gestion : le projet HCK met un gestionnaire à la disposition de la Mutuelle de santé de Bobo-Dioulasso ; le RAMS donne un appui permanent à la gestion quotidienne en tenant l'administration de mutuelles dont les responsables élus ne sont pas scolarisées ou alphabétisées (Zett, 2001) ;

- la GTZ propage le modèle 'CHIC' (*Centre of Health Insurance Competence*), un organisme d'appui auprès duquel les mutuelles de santé peuvent se procurer une expertise de gestion (Huber *et al.*, 2003) ;
- d'autres organisations locales donnent un appui ponctuel ou se limitent à la formation ;
- les Mutualités chrétiennes de Belgique donnent un appui conseil, sans présence prolongée sur le terrain si ce n'est par le biais de réseaux locaux.

Lors d'une auto-évaluation du support donné aux mutuelles de santé, les Mutualités chrétiennes de Belgique ont noté qu'une présence de proximité sur le terrain est plus importante que prévue. Il y a une demande pour des animateurs professionnels capables de résoudre des problèmes ponctuels. Renforcer l'expertise locale pourrait se faire par des échanges Nord-Sud plus intensifs (Évrard, 2002, communication personnelle).

MUTUELLES DE SANTE ET PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE

Le contrôle social et la gestion de proximité sont considérés comme les principaux atouts d'une participation communautaire dans le fonctionnement des systèmes de mutualisation des risques maladie : la contribution régulière des membres serait ainsi garantie et la surconsommation par les membres et les abus du système par les non-membres seraient contrôlés (Atim, 1998b ; Brown et Churchill, 2000 ; Fall, 2002 ; Preker *et al.*, 2001).

Ce contrôle social est cependant loin d'être toujours efficace : dans le projet CIDR en Guinée, par exemple, les responsables des groupements ne réussissaient pas à motiver les membres à payer la prime au moment convenu et les organisateurs ont dû intervenir directement dans la collecte (Le Moustarder, 2000). En plus, le contrôle social peut créer un obstacle à l'accès aux soins. Plusieurs participants aux discussions de groupes organisées dans le cadre du projet PRIMA en Guinée laissent entendre qu'un contrôle social trop serré risque de limiter l'accès aux soins pour des maladies « non avouables » (Waelkens et Criel, 2002). Dans les mutuelles *Community Partners for Health* (CPH) au Nigeria, l'accès dépend de l'approbation du responsable de la mutuelle, puisqu'il faut se présenter avec une lettre d'accord pour pouvoir bénéficier des prix préférentiels négociés (Atim, 1998b).

Les limites de la participation communautaire sont généralement attribuées aux faiblesses de gestion des responsables communautaires bénévoles. Une gestion bénévole implique un engagement substantiel : outre le fait qu'il manque souvent aux bénévoles l'expertise technique adéquate, ils disposent rarement du temps nécessaire pour se consacrer à toutes leurs tâches. Il ne faut pas non plus perdre de vue que la gestion par des volontaires est avant tout une conséquence de la faible capacité financière des travailleurs du secteur informel qui implique qu'ils n'ont pas les ressources nécessaires pour payer un gestionnaire professionnel.

L'effort de gestion demandé aux volontaires n'est donc pas nécessairement un gain démocratique, mais au contraire souvent une contrainte pour les plus pauvres, alors que les citoyens plus aisés ont moins de problèmes de confier l'assurance de leurs soins de santé à des gestionnaires professionnels.

La participation volontaire à la prise de décision est, par contre, une procédure démocratique qui profite aux membres. Cette manifestation réelle de démocratie devrait s'exprimer dans les relations entre les membres de la mutuelle et le prestataire.

Pour les systèmes d'assurances gérés par les prestataires, aussi bien dans les systèmes en Afrique de l'Est (Chee *et al.*, 2002 ; Musau, 1999) qu'en Afrique de l'Ouest (Atim, 1998a ; Atim et Sock, 2000 ; Atim, 2001), des témoignages expriment le souhait de plus de participation à la prise de décision, et la conviction que cette participation est bénéfique au développement du système. Musau (1999) constate

que le système d'assurance-maladie de l'hôpital Kisiizi en Ouganda attirait plus de membres à partir du moment où les membres étaient consultés pour définir les orientations futures du système d'assurance.

Pour les systèmes gérés par des représentants communautaires, la plupart des évaluations montrent que les mutuelles n'ont pas le pouvoir de négociation attendu. Les gérants n'ont souvent pas les connaissances nécessaires pour négocier les modes de paiement les plus avantageux (Atim, 1998), ni l'autorité nécessaire pour influencer l'offre de façon significative (Jakab et Krishnan, 2001).

Il faudrait donc améliorer la capacité de négociation des représentants communautaires et, en même temps, promouvoir une réelle implication des prestataires de soins dans la conception et la gestion du système (Wiegandt *et al.*, 2002). La promotion d'un dialogue authentique entre ces deux acteurs peut bénéficier de la présence d'un médiateur – rôle qui pourrait être assuré par les organisations d'appui (Sylla *et al.*, 2002).

Mais il faut avant tout repenser la participation en termes de partage de responsabilités entre *tous* les partenaires et éviter le transfert d'une responsabilité trop lourde vers les gestionnaires communautaires.

LA DURABILITE DES SYSTEMES

Les recommandations faites pour assurer la viabilité des systèmes de mutualisation des risques maladie reprennent les différents éléments décrits plus haut : un contexte institutionnel favorable, une amélioration de l'appui technique et financier ; un renforcement de la capacité des gestionnaires ; une sensibilisation et un accès continu à l'information ; une implication des adhérents dans la vie de leur mutuelle.

Plus récemment, les chercheurs se sont penchés sur les périls financiers possibles liés à la petite taille des associations. Différentes solutions pour y remédier ont été proposées :

- l'agrégation et/ou la fédération de petites mutuelles existantes (Fonteneau, 2000) ;
Au Rwanda, par exemple, l'organisation des mutuelles initiées par le ministère de Santé prévoit que le partage des risques pour les soins de première ligne se fait entre les membres de la zone de couverture du centre de santé. Le partage du risque pour les soins hospitaliers, par contre, se situe au niveau du district par la fédération des différentes mutuelles (Schneider et Diop, 2001) ;
- les systèmes d'adhésion de groupe dans lesquelles la gestion est assurée par une équipe professionnelle [par exemple l'assurance maladie volontaire de l'UTM au Mali (Ouattara, 2002) ; *Microcare* en Ouganda (McCord et Osinde, 2002)] ;
- la réassurance (Dror, 2001).

Il ne faut pourtant pas perdre de vue que la meilleure solution pour augmenter le pool d'adhérents pourrait être la création d'un système qui répond plus aux attentes de la population cible.

QUELLES SONT LES CAUSES DES FAIBLES TAUX D'ADHESION ?

Quelques études ont été conduites pour tenter de cerner les causes possibles de la faible couverture des systèmes de mutualisation des risques maladie.

Dans ce chapitre nous donnons d'abord un rapide aperçu des différents éléments explicatifs identifiés, suivi d'une discussion plus approfondie des trois déterminants les plus importants.

Il s'agit de :

- la qualité des soins de santé offerts aux adhérents ;
- la confiance des habitants dans la gestion de l'entreprise ;
- la capacité financière des populations cibles à payer les cotisations.

LES RAISONS DU FAIBLE DEGRE D'ADHESION

Les études dans lesquelles une comparaison est faite entre les caractéristiques des membres de mutuelles et des non-membres, nous guident dans l'identification des raisons du faible taux d'adhésion¹² (voir tableaux 17 et 18).

Tableau 17 Résumé des principales études qui explorent les causes du faible taux d'adhésion

Auteurs	Atim et Sock, 2000	Jütting et Tine, 2000	Schneider et Diop, 2001 & 2001a
Système Mutualiste étudié	Nkoranza, Ghana	Les mutuelles de santé de la région de Thiès, Sénégal	Les mutuelles de santé initiées par le ministère de Santé publique, Rwanda
Objectifs de l'étude	Déterminer les causes de faible adhésion	– Détecter les facteurs qui influencent la participation – L'influence des mutuelles sur le parcours thérapeutique et les dépenses pour la santé	Détecter l'influence de l'adhésion sur l'accès aux soins
Méthodes	– Enquête de ménages : 3 476 ménages ; – Discussions de groupes focalisées : 43 groupes et plus de 300 participants – Interviews avec personnes clé – Analyse de données administratives	– Enquête de ménage dans 4 villages : 346 ménages	– Enquêtes de ménage : 3 731 ménages – Interviews de 4 457 personnes qui ont connu un épisode de maladie les 2 semaines précédentes

¹² Les principales études utilisées pour ce chapitre sont les suivantes :

- La mutuelle de Nkoranza, Ghana : Atim et Sock, 2000 ;
- Les mutuelles de santé de la région de Thiès : Jütting et Tine, 2000 ;
- Les mutuelles initiées par le Ministère de Santé, Rwanda : Schneider et Diop, 2001 & 2001a ;
- Les *Community Health Fund* (CHF), Tanzanie : Chee *et al.*, 2002 ;
- La mutuelle communautaire Maliando, Guinée : Waelkens et Criel, 2002.

Ont également été utilisés les études suivantes :

- La mutuelle de Bwamanda, RDCongo : Moens, 1990 ; Criel et Kegels, 1997 ; Criel *et al.*, 1998 ; Criel *et al.*, 1999 ;
- Les CHF en Tanzanie : Kihombo, 2002 ; Shaw, 2002.

Taux d'adhésion	30 %	entre 37 % et 90 %	7,9 %
Principales causes de non-adhésion	– La période d'enregistrement n'était pas favorable – Une méfiance envers certaines pratiques de l'hôpital – Une sélection adverse massive (non-respect des règles)	– La capacité financière limitée	Les facteurs qui déterminent l'adhésion sont : –le niveau d'éducation ; –la taille du ménage ; –le district de résidence ; –la distance ; –la sensibilisation La pauvreté était la cause principale de non-adhésion

Tableau 18 Résumé des principales études qui explorent les causes du faible taux d'adhésion (suite)

Auteurs	Chee <i>et al.</i>, 2002	Waelkens et Criel, 2002
Système Mutualiste étudié	CHF de Hanang District, Tanzanie	Maliando, Guinée
Objectifs de l'étude	Évaluation des aspects d'organisation et de gestion	Détecter les causes de faible adhésion
Méthodes	– Interviews semi-structurées avec prestataires et gestionnaires ; – Interviews après la consultation (<i>exit polls</i>) : 5 patients dans 6 établissements – Discussions de groupes focalisées : 4 groupes de membres, 5 de non-membres	– Discussions de groupes focalisées ; 16 groupes, 185 participants
Taux d'adhésion	2,8 %	8 %
Principales causes de non-adhésion	– Le manque de capacité financière – Devoir payer la cotisation en une fois – Ce n'est pas avantageux pour les petites familles – Peu de personnes indiquent la qualité des soins	– La qualité médiocre des soins – La capacité financière limitée : pour les familles nombreuses ; pour les familles pauvres

Une variété de facteurs semble jouer un rôle :

- l'information donnée aux membres potentiels ;
- la qualité et la quantité des campagnes de sensibilisation ;
- la relation entre les promoteurs et la population cible ;
- la relation entre les membres et les prestataires de soins ;
- le degré de participation communautaire dans la prise de décision ;
- la volonté de solidarité entre les membres du groupe cible ;
- la confiance dans les chances de réussite du système ;
- la confiance dans l'intégrité des gestionnaires ;
- la qualité des soins de santé offerts ;
- la capacité financière à payer les cotisations ;
- la distance entre le domicile et l'établissement de soins ;
- la taille du ménage ;
- la perception et l'acceptation du système par les populations cibles.

Il va de soi que pour pouvoir adhérer, la population cible doit d'abord être informée que le système existe. L'évolution du taux d'adhésion au CHF du district de Hanang en Tanzanie montre l'effet d'une campagne

d'information et de sensibilisation. En 1998, 2,4 % des ménages du district étaient enregistrés (Chee *et al.*, 2002). Après une campagne d'information et de sensibilisation dans tout le district, le taux d'adhésion est passé à 22,8 % en 1999. Au Rwanda, le district avec la meilleure campagne d'information comptait le plus d'adhérents (Schneider et Diop, 2001). L'offre d'une information correcte et compréhensible peut en outre contribuer à construire une relation de confiance entre promoteurs et population cible. Dans le district de Hanang en Tanzanie, les personnes interviewées se plaignaient de ne pas savoir comment et par qui les décisions sont prises. Par contre, la confiance dans les gestionnaires de la mutuelle de Maliando en Guinée, dont témoignent les participants aux discussions de groupes, va de pair avec une bonne connaissance du fonctionnement et de la gestion du système (Waelkens et Criel, 2002).

Un niveau élevé de compréhension du système par la population, suite à une bonne campagne d'information, ne va pas nécessairement de pair avec une forte adhésion. En Guinée, les participants aux discussions de groupes comprenaient fort bien les principes du système, en discernaient bien les avantages, témoignaient d'une grande appréciation des opportunités qu'il peut théoriquement offrir, mais l'adhésion était néanmoins faible.

Dans la littérature nous avons trouvé trois expériences bien documentées de systèmes de mutualisation des risques maladie avec des couvertures relativement élevées. Il s'agit de la mutuelle de Bwamanda en RD Congo qui couvrait 66 % de la population cible dans les années '90, de la mutuelle de Nkoranza au Ghana qui couvrait environ 30 % de la population cible en 2001, et des mutuelles de quatre villages de la région de Thiès au Sénégal avec des taux d'adhésion entre 37 et 90 %.

Ces expériences ont certaines caractéristiques en commun. Dans les trois situations, les populations appréciaient la qualité des soins offerts par l'établissement de soins aux mutualistes. Dans les trois cas, il s'agissait de prestataires confessionnels à qui les habitants faisaient confiance.

Les mutuelles de Thiès sont de type communautaire. Dans ce type de système, les membres ne doivent pas seulement avoir confiance dans le prestataire, mais également dans les dirigeants communautaires responsables de la gestion – ce qui, d'après l'étude faite sur les mutuelles de Thiès, était le cas.

Par contre, dans les systèmes qui n'attirent qu'une petite partie de la population cible – par exemple la mutuelle communautaire Maliando en Guinée avec une couverture de 8 % (Waelkens et Criel, 2002) et le CHF du District de Kilosa en Tanzanie avec une couverture de 4,3 % (Kihombo, 2002¹³) – la médiocrité de la qualité des soins offerts ressort comme raison majeure de non-adhésion.

L'enquête Tanzanienne indiquait que la qualité des soins, et principalement la disponibilité en médicaments, était le déterminant majeur d'adhésion pour 74 % des 452 répondants. L'étude guinéenne arrive à la même conclusion : pour la grande majorité des participants aux discussions des groupes, la qualité médiocre des soins était la première cause de non-adhésion.

Tant dans l'étude faite dans le district de Kilosa que dans celle faite au Rwanda, l'importance d'une gestion saine et transparente est soulignée. Les auteurs de l'étude faite au Rwanda, estiment que la confiance des ménages dans la gestion et dans la performance du système est le facteur principal d'adhésion (Schneider et Diop, 2001 & 2001a).

La qualité des soins de santé et la confiance de la population sont donc deux facteurs de première importance pour motiver la population cible à adhérer au système de mutualisation des risques maladie mis en place.

¹³ Cette donnée a été collectée dans le cadre d'un forum (électronique) de discussion sur les CHF en Tanzanie organisé par la Banque mondiale (*HealthFlagship Articles E-Discussion* onlinejournal@lists.worldbank.org).

Un troisième facteur d'importance est la capacité financière des habitants. L'étude faite à Thiès au Sénégal illustre la portée de ce déterminant dans un contexte où la qualité des soins et la confiance ne posent pas de grands problèmes. L'incapacité de payer la prime était citée par les non-membres comme la principale raison de non-adhésion (Jütting et Tine, 2000). Les plus démunis étaient systématiquement exclus. Dans l'étude Tanzanienne, des problèmes pour payer les cotisations étaient invoqués en deuxième lieu comme raison de non-adhésion, après les problèmes de qualité des soins. Dans le cas de la mutuelle de Maliando en Guinée, les difficultés à payer la prime d'adhésion étaient également mentionnées comme deuxième cause de non-adhésion. Les auteurs de plusieurs autres évaluations retiennent la capacité financière des habitants comme cause principale. C'est notamment le cas des mutuelles du Rwanda et des CHF de plusieurs autres districts en Tanzanie (Chee *et al.*, 2002 ; Shaw, 2002).

L'étude des caractéristiques des adhérents et des non-adhérents de la mutuelle de Bwamanda, révèle peut-être les limites de la couverture d'un système à participation volontaire. Les causes principales de non-adhésion étaient la distance entre le domicile et l'hôpital, l'exclusion des plus démunis, des causes que différents efforts n'ont pas réussi à corriger (Criel *et al.*, 1998).

L'exclusion des démunis est observée dans tous les systèmes. L'influence de la distance est également documentée dans l'étude des mutuelles du Rwanda : il y avait presque trois fois plus d'adhérents parmi les ménages qui habitaient à moins de 30 minutes de distance du centre de santé que parmi ceux qui habitaient plus loin (Schneider et Diop, 2001a).

On pourrait donc conclure qu'une fois les communautés correctement informées, les facteurs d'adhésion les plus importants sont la confiance et la qualité des soins. Lorsque ces deux éléments ne posent pas de problème, il y a plus de chance que ceux qui peuvent payer le feront.

La distance entre l'habitation et l'établissement de santé ainsi que l'exclusion des plus pauvres sont deux problèmes qui pourraient trouver une solution dans l'introduction de primes différentielles. Mais ces mesures compliquent sensiblement la gestion du système et ne devraient être introduites que dans un deuxième temps, quand le système est fonctionnel et a fait ses preuves (Criel, 2000).

LE ROLE DE LA QUALITE DES SOINS

Dans le contexte des systèmes de mutualisation des risques maladie, la problématique de la qualité des soins de santé est abordée de deux façons. La première consiste à dire que des soins de qualité sont indispensables au succès du système de mutualisation, et qu'elle est donc une condition fondamentale. Dans la deuxième on part de l'hypothèse que le système de mutualisation des risques maladie peut contribuer à l'amélioration de la qualité de l'offre.

Une chose est certaine : si les membres potentiels jugent que la qualité des soins est insuffisante ou s'ils ne sont pas convaincus que le système de mutualisation peut y remédier, le taux d'adhésion restera faible. Pour comprendre comment améliorer la qualité des soins et, par conséquent, comment augmenter le taux d'adhésion, il nous semble essentiel de mieux documenter la relation entre les deux.

La qualité des soins est indispensable au succès du système

L'importance de la qualité des soins est confirmée par de nombreux témoignages recueillis aussi bien dans le cadre d'expériences de systèmes de mutualisation réussies, que dans le cadre d'expériences qui se sont soldées par un échec (voir encadré 16).

L'adhésion est cependant plus influencée par la perception que les utilisateurs ont de la qualité, que par la qualité « objective » définie par les professionnels de santé. L'enquête d'Atim et Sock (2000) faite à Nkoranza illustre bien la différence entre les deux. Lors des discussions des groupes focalisés, les participants se plaignaient que les non-adhérents recevaient de meilleurs soins que les adhérents, et que les durées d'hospitalisation de ces derniers étaient raccourcies parce que l'hôpital désirait épargner de

l'argent « sur le dos » des adhérents. En réalité, aucune preuve objective d'un traitement différent n'a pu être établie ; et d'autre part, il s'est révélé que les durées d'hospitalisation des membres étaient en fait plus longues.

Encadré 16 L'importance de la qualité des soins

La qualité des soins comme facteur de réussite :

- la qualité des soins offerts à l'hôpital de Thiès est un facteur essentiel du développement des mutuelles dans la région et de leur succès (Jütting et Tine, 2000 ; Massiot, 1998) ;
- des services de qualité doivent être disponibles (BIT, 2001) ;
- peu de membres s'inscrivent quand les soins ne sont pas de qualité (Brouillet *et al.*, 1997 ; Galland *et al.*, 1997) ;
- « Si les soins au centre de santé sont améliorés, c'est-à-dire des bons docteurs et de bons produits capables de nous traiter rapidement, sans doute tout le monde va adhérer à la Mutuelle librement et avec conviction » [Citation d'un membre, mutuelle de Maliando (Waelkens et Criel, 2002)].

L'absence de soins de qualité comme facteur d'échec :

- l'équipe de gestion du système d'assurance n'a pas réussi à imposer une qualité suffisante (McCord, 2000) ;
- « Si on recevait de bons soins c'est à dire bon accueil, bon produits, et guérison rapide, je suis prête à adhérer pour l'année 2000. Si cela n'est pas fait vraiment vous aller bien vouloir m'excuser. » [Citation d'un membre, mutuelle de Maliando (Waelkens et Criel, 2002)].

Le système de mutualisation des risques maladie peut contribuer à l'amélioration de la qualité des soins

Afin de garantir des soins de qualité à ses membres, une mutuelle peut envisager d'établir ses propres services de santé (Atim, 1998). Il y a cependant peu d'exemples en Afrique sub-saharienne de ce cas de figure.

Comme nous l'avons déjà souligné, il y a aujourd'hui peu d'exemples qui valident l'hypothèse que la mise en place d'un système de mutualisation, à elle seule, améliore la qualité de l'offre.

Selon Évrard (2002, communication personnelle), le potentiel de « contre-pouvoir » que les mutuelles de santé pourrait constituer est encore peu perçu par les mutualistes en Afrique de l'Ouest. Il n'y aurait encore que peu de demande de la déployer. Les membres des mutuelles de la région de Thiès au Sénégal, par exemple, estimaient avoir besoin d'un médecin conseiller. Ainsi ils exprimaient indirectement le sentiment que les responsables de la mutuelle de santé n'étaient pas acceptés par les professionnels de santé comme des interlocuteurs valables.

La discussion de cette dimension de contre-pouvoir, et donc de la fonction de levier qu'une mutuelle de santé pourrait jouer pour peser sur l'offre et influencer positivement la qualité des soins, suscite les questions suivantes (Évrard, communication personnelle, 2002) :

- pourquoi n'y a-t-il pas une plus grande volonté locale de développer l'influence politique des mutuelles, et donc leur puissance de négociation ? Et
- comment structurer le mouvement mutualiste en Afrique et renforcer sa puissance d'action ?

Les professionnels de santé, d'un autre côté, ne sont pas bien préparés à cette nouvelle relation avec les utilisateurs. L'expérience de la mutuelle Maliando en Guinée a bien mis en évidence le malaise des professionnels (Wiegandt *et al.* 2002). Le partenariat implique un vrai dialogue avec la population et ses représentants, suppose aussi des changements dans l'organisation du travail et dans les niveaux de prise de décision. Les professionnels de santé maîtrisent l'outil technique mais sont apparemment désemparés dans leur dialogue avec la population. Ce malaise a parfois même provoqué une résistance au

développement de la mutuelle. Cette résistance n'est cependant guère étonnante : les principes mêmes de fonctionnement de la mutuelle communautaire Maliando affectaient de façon significative les rapports de force entre techniciens et population.

Comment améliorer la qualité des soins ?

La mise en place d'un système de mutualisation, à lui seul, ne constitue pas une incitation suffisante pour améliorer la qualité des soins. Un changement dans la qualité de l'offre devra nécessairement passer par un changement fondamental dans le comportement des prestataires.

Pour ce faire, les stratégies doivent être conçues et mises en place dans un cadre systémique. Un tel changement implique une action concertée des principaux acteurs du système de soins : les autorités sanitaires, les prestataires, les gestionnaires du système de santé et les utilisateurs (Criel, 2002).

Les travaux récents d'Olivier de Sardan (2003) indiquent que vouloir changer le comportement des prestataires, et donc améliorer la qualité des soins offerts, est une entreprise extrêmement complexe qui s'inscrit dans une perspective de longue durée. Il n'y a pas de solutions simples. Vouloir réformer la culture professionnelle des personnels de santé, ou encore débureaucratiser les soins sont des objectifs ambitieux et difficiles à réaliser à court et moyen terme.

Dans le cadre des systèmes de mutualisation des risques maladie, l'action devrait se situer à trois niveaux :

une intervention du sommet vers le bas par les gestionnaires du système de santé : par exemple, améliorer la formation, continue et autre, et l'encadrement technique et surtout méthodologique des prestataires sur le terrain ;

une action du bas vers le haut par les structures mutualistes communautaires mises en place : une aide à la structuration de la fonction de levier du collectif d'utilisateurs ;

une action horizontale : investir dans la promotion d'un réel dialogue entre prestataires et utilisateurs.

Ceci n'est pas sans implications pour les organisations de promotion et d'appui au développement des systèmes de mutualisation qui, souvent, se concentrent sur les modalités de la mise en place du système de mutualisation et les aspects techniques et organisationnels y afférents, et beaucoup moins sur l'environnement systémique dans lequel ces systèmes doivent fonctionner.

Cet appui technique aux systèmes de mutualisation des risques maladie est important, et doit continuer à exister, mais devrait s'insérer et s'intégrer dans une approche plus globale d'amélioration de la qualité des soins, et donc dans un ensemble d'interventions et de mesures pour améliorer la qualité des soins.

LA CONFIANCE

Parmi les facteurs qui influencent l'adhésion, la part de la confiance reste sous-documentée même si son importance est reconnue. Dans son guide pour la mise en place des mutuelles de santé et d'associations de micro-entrepreneurs, le Bureau international du travail fait mention du fait que la population doit avoir confiance dans les initiateurs du projet (BIT, 2001). Dror et Jacquier (1999) précisent qu'il faut susciter la confiance de la population pour combattre leur réticence pour un paiement anticipé dont ils ne bénéficieront peut-être pas. D'autres conseillent de greffer les systèmes de mutualisation des risques maladie sur des associations ou organisations communautaires existantes qui ont déjà fait preuve de leur solvabilité (Fonteneau, 2000).

Ces recommandations n'expliquent cependant pas ce qu'est la confiance. En quoi consiste-t-elle ? Et comment la stimuler ? Les exemples des pratiques donnent un début de réponse.

Les discussions de groupes tenues dans le cadre de la mutuelle Maliando mettent en exergue deux dimensions de la confiance : d'abord il y a la confiance dans la gestion du système, ce qui est fonction de

la compétence et de l'intégrité des gestionnaires ; et d'autre part la confiance dans la capacité du système d'atteindre les résultats qu'il s'est proposés d'atteindre. La remarque comme quoi le ministère de la Santé ne serait pas un partenaire en qui les habitants ont confiance (Letourmy, 2003) réfère à la première dimension. Les mutations fréquentes du personnel dans les établissements de soins (Fonteneau, 2000), un élément d'incertitude indépendant du système de mutualisation des risques maladie même, réfère à la deuxième dimension.

McCord (2000) décrit la désillusion des habitants causée par le manque d'intégrité des gestionnaires de projets communautaires et note que des problèmes de corruption mettent fin à bon nombre d'initiatives. Le sentiment d'impuissance devant ces pratiques est encore renforcé par les faiblesses des dispositifs mis en place pour les sanctionner (Meessen *et al.*, 2002). Les discussions des groupes focalisées en Guinée (Waelkens et Criel, 2002) mettent cet état des choses dans son juste contexte : les associations traditionnelles peuvent recourir aux systèmes traditionnels de justice avec leurs propres procédures pour sanctionner les fraudeurs ; mais les dispositifs légaux et judiciaires qui vont de pair avec la mise en place de nouveaux systèmes de financement des soins sont insuffisamment développés.

L'expérience de la mutuelle communautaire Maliando en Guinée nous apprend combien il est important d'avoir une collaboration rapprochée entre les promoteurs et les bénéficiaires du système dès la conception du projet (Sylla *et al.*, 2002). Non seulement les habitants ont eu le temps de se rendre compte de la sincérité de cette équipe, mais leur propre participation à l'élaboration du projet était tout autant générateur de confiance.

Le cas du système de mutualisation de Nkoranza au Ghana illustre bien la relation entre confiance et participation communautaire, ou plutôt entre méfiance et absence de participation (encadré 17).

Encadré 17 La méfiance à Nkoranza

L'enquête de ménages et les discussions de groupes focalisées témoignent d'une grande appréciation par la population du système d'assurance mis en place (par la direction de l'hôpital de Nkoranza) et du souhait qu'il soit maintenu. Cependant, autant les répondants sont convaincus que le système a le potentiel de résoudre le problème du faible accès aux soins hospitaliers, il n'en demeure pas moins qu'il y a une méfiance manifeste des intentions et pratiques des gestionnaires de l'hôpital et de son personnel.

Au sein de la population existent apparemment quantité de malentendus, qui influencent négativement le taux d'adhésion. L'opinion publique est que l'hôpital veut faire des bénéfices sur le dos des assurés, bien qu'en réalité le système d'assurance survive à peine. Les habitants ont le sentiment que les membres reçoivent des soins de qualité inférieure et que leur durée d'hospitalisation est raccourcie, alors que ceci n'est pas confirmé par les faits. La mesure la plus critiquée est que le contrat prévoit qu'un séjour de moins de 24 heures dans le service des soins d'urgence n'est pas pris en charge par le système d'assurance. Cette modalité est perçue comme une mesure intentionnelle qui vise à défavoriser les assurés. Dans quatre groupes de non-membres, ceci était mentionné comme principale cause de non-adhésion. S'agit-il ici d'une attitude de mauvaise foi de la part de la population et/ou d'un manque de communication de la part des gestionnaires ?

Les chercheurs considèrent qu'une communication régulière des résultats du système d'assurance à la population, par exemple lors des Assemblées générales, et une participation des membres à la gestion seraient deux mesures primordiales pour diminuer leurs suspicions, et à terme, avoir leur support et participation. Moins de suspicions, plus de participation et un sentiment de *ownership* diminuerait peut-être aussi les tricheries et fraudes.

Source : Atim et Sock, 2000

Selon toute apparence, confiance et participation communautaire sont liées. La nature de ces liens n'est cependant pas clairement établie. Il est donc pertinent d'investir dans des recherches sur les mécanismes qui créent des relations de confiance.

LA CAPACITÉ FINANCIÈRE

Selon le Bureau international du travail, le succès d'une mutuelle de santé implique que « les adhérents potentiels doivent éprouver des difficultés financières pour accéder aux soins de santé » (BIT, 2001). Mais il faut bien entendu une capacité financière minimale pour pouvoir participer. L'encadré 18 présente quelques illustrations des difficultés pour payer les contributions.

Encadré 18 La capacité financière limitée

Le système d'assurance de l'hôpital Kisiizi en Ouganda maintient les primes à un niveau abordable, mais les primes et les co-paiements ne couvrent que 55 % des coûts (Musau, 1999). Par contre, le système d'assurance de l'hôpital de Chogoria a fixé les primes sur la base des coûts réels, mais n'attire pas de membres (Musau, 1999). L'adhésion a chuté de 7 746 membres en 1993 à 241 en 1998, quand les primes ont été augmentées pour combler le déficit (ILO-STEP, 2000).

« Maliando est une affaire très importante, elle est venue pour nous aider dans le domaine de la santé. Moi personnellement, je l'ai constaté. Une très bonne idée mais c'est qu'on est pauvre » [Citation d'un non-membre (Waelkens et Criel, 2002)].

Les membres ne pourraient supporter une augmentation même en contrepartie d'un élargissement des soins couverts. Le développement de la mutuelle est limité par la faible capacité contributive de ses membres (Massiot, 1998).

À Nkoranza, il était établi que 17 % de la population cible appartenait au groupe des plus démunis, jugés incapables de payer la contribution annuelle au système d'assurance. La majorité des personnes disaient ne pas vouloir un élargissement de la couverture, de peur de ne plus pouvoir payer la prime (Atim et Sock, 2000).

Un problème est le climat : s'il y a une mauvaise récolte, il n'y a pas de cotisation. Il faudrait limiter les initiatives aux zones d'agriculture d'exportation. Mais les prix du coton, par exemple, baissent. Quelle base économique restera-t-il à l'avenir ? (Évrard, 2002, communication personnelle)

L'adhésion augmente, puis les cotisations ne suivent pas. Il y a un décalage entre d'une part la sympathie pour le système et le mouvement associatif qui le porte, et d'autre part la capacité contributive. Pourquoi les retards dans les cotisations ? Quelle est la capacité contributive réelle ? C'est une question à creuser (Évrard, 2002, communication personnelle).

Les mécanismes de solidarité informels tendent à naître spontanément lorsque les conditions économiques et sociales sont précaires et incertaines, mais jusqu'à un seuil de revenus minimum qui empêche toute contribution (Fonteneau, 2000).

Pouvons-nous définir un seuil de pauvreté en dessous duquel un système mutualiste n'est pas une solution ?

Délimiter un seuil de pauvreté se fait le plus souvent dans le but de différencier les indigents des autres pauvres. Cette identification des indigents est utile pour déterminer qui devrait bénéficier d'exemptions, de subventions ou d'autres modalités de financement tels que les fonds d'assistance sociale.

Mais n'existe-t-il pas un seuil de pauvreté pour toute une communauté? Il se pourrait que la situation économique de toute une région rende la prime d'adhésion inabordable pour la majorité des habitants. Cette situation serait une contre-indication pour l'introduction d'un système de mutualisation - tout autant d'ailleurs que pour l'introduction d'un système de paiements directs.

Comparer les avantages financiers pour les membres par rapport aux non-membres ne suffit donc pas. La capacité financière doit être vue dans un contexte plus large. Nous analyserons ici trois dimensions : la

part du budget du ménage consacré aux soins de santé, la déviation de ressources destinées à d'autres dépenses, et l'attitude des plus pauvres par rapport au risque.

La part du budget du ménage consacrée aux soins de santé

Vu sous l'angle de la lutte contre la pauvreté, l'objectif de l'introduction de systèmes de mutualisation des risques maladie est l'amélioration de la protection financière des ménages. Les systèmes de mutualisation devraient sauvegarder le ménage de dépenses excessives pour les soins de santé, et limiter le nombre de jours d'improductivité par un accès plus facile et plus rapide aux soins de santé. Idéalement, la contribution faite par les ménages au système de mutualisation des risques maladie devrait mener à une baisse globale des dépenses faites pour les soins de santé (Baeza *et al.*, 2002). Cependant, la cotisation peut toujours être supérieure à ce qu'un ménage dépense habituellement pour les soins de santé.

Prenons l'exemple du district de Nouna au Burkina Faso. Le faible pouvoir d'achat de la population limite l'utilisation des services de santé et on espère qu'avec l'introduction de mutuelles de santé, les soins de santé modernes deviendront plus accessibles. Avant de les introduire, un effort considérable a été fait pour estimer ce que la population est disposée à et capable de payer. Les professionnels de santé ont également évalué les besoins réels en soins de santé et en ont chiffré le coût. Parallèlement, les dépenses réelles de la population pour ses soins de santé ont été calculées. Il s'est avéré que ces dépenses étaient six fois plus basses. Le dilemme est le suivant : soit la prime est fixée sur la base de la disposition à payer et le système fait faillite si l'utilisation des services augmentait jusqu'à couvrir les besoins réels. Soit la prime est fixée sur la base des besoins réels, mais alors peu de ménages sont capables de la payer (Dong *et al.*, 2003).

La déviation des ressources d'autres biens

Consacrer une part du budget annuel à la cotisation d'un système de financement des soins de santé ne devrait pas obliger le ménage à réduire la consommation d'autres biens (Baeza *et al.*, 2002). Mais si la prime est plus élevée que ce que les habitants consacrent annuellement aux soins de santé, les membres doivent nécessairement utiliser des ressources destinées à d'autres biens pour la payer.

Puisqu'il n'y a pas encore d'études qui démontrent un impact positif des systèmes de mutualisation sur la santé (Baeza *et al.*, 2002), aujourd'hui il n'y a pas de preuve que la déviation de ressources ménagères vers l'assurance-maladie représenterait un gain pour la santé. Au contraire, il est possible que l'introduction de mutuelles de santé dans des régions trop pauvres n'apporte aucun bénéfice à la santé ; elle pourrait même signifier un impact négatif : promouvoir l'adhésion à une mutuelle de santé dans un contexte où la qualité des soins est médiocre pourrait bien constituer une utilisation irrationnelle des ressources ménagères limitées.

Faire coïncider la période d'enregistrement avec la période des récoltes et de leur commercialisation est en soi une décision rationnelle, mais elle ne devrait pas se faire sans évaluer les autres besoins financiers des habitants. Par exemple, le paiement de la cotisation pour la mutuelle ne devrait pas entraver le paiement des frais de scolarité qui a souvent lieu au même moment. Même les dépenses pour les fêtes dans la période des récoltes, généralement considérées comme des dépenses moins utiles, pourraient être bénéfiques à la santé mentale et à la cohésion sociale de toute une communauté après des mois éprouvants.

La perception du risque par les populations les plus pauvres

Les populations réellement pauvres ne peuvent pas se permettre de prendre des risques avec leurs maigres ressources. Ils n'ont pas la marge de manœuvre pour se lancer dans l'aventure d'un système de financement des soins de santé qui n'a pas fait ses preuves. Des considérations d'éthique imposent

d'expérimenter d'abord dans des régions moins pauvres, pour ensuite établir un système plus perfectionné dans les régions plus désavantagées.

Ne pas évaluer la capacité financière de la population paraît particulièrement imprudent dans le cas où les promoteurs proposeraient de greffer une mutuelle de santé sur une association existante. Il y a alors un réel danger de détruire des systèmes d'entraide qui fonctionnent bien en surévaluant la capacité contributive des membres.

Une étude plus approfondie des différentes composantes de la capacité financière

Les études de la capacité financière devraient faire preuve de plus de créativité

Malgré tous les témoignages des difficultés financières et de l'exclusion de bon nombre de ménages, les études de cas qui mettent en avant la pauvreté comme première cause de non-adhésion ne sont pas toujours convaincantes. Certaines évaluations des systèmes CHF en Tanzanie (Chee, 2002 ; Shaw, 2002) semblent négliger la part de la confiance et de la qualité des soins.

Les études qui minimisent l'importance de la capacité financière laissent également un doute. Les auteurs de l'étude de Nkoranza, par exemple, ne considèrent pas la pauvreté comme une cause importante du faible taux d'adhésion (Atim et Sock, 2000). Pourtant, dans les discussions des groupes focalisés, la difficulté à payer la prime était la première raison de non-adhésion citée par les non-adhérents.

Dans presque toutes les études de cas qui étudient la capacité financière, on pourrait débattre s'il s'agit de la capacité de payer (*ability to pay*) ou bien de la disposition à payer (*willingness to pay*). Les données peuvent souvent être interprétées des deux façons. Par exemple, dans Massiot (1998) qui dit que « dans les mutuelles au Sénégal, le taux de recouvrement des cotisations est généralement insuffisant, sauf si retenu à la source » on peut trouver un argument pour privilégier l'interprétation d'un manque de volonté de payer. D'autre part, quand il est effectivement possible de retenir un montant « à la source », il s'agit probablement de ménages avec un revenu régulier, prévisible et suffisant, certifiant ainsi une réelle capacité de payer.

La capacité à payer est encore trop souvent considérée comme une entité homogène. Il faudrait étudier davantage les différentes composantes qui la déterminent. Les propos suivants (encadré 19) laissent entrevoir qu'il y a effectivement quantité de facteurs différents :

Encadré 19 Une multitude de facteurs financiers à différencier

Beaucoup de mutualistes disent avoir des difficultés à payer *à temps* leurs cotisations (Massiot, 1998).

La principale cause de non-adhésion mentionnée est l'incapacité de payer la prime *en une fois* (Chee *et al.*, 2002).

Les habitants peuvent payer la prime, *mais pas en une fois*. D'autre part, du point de vue des organisateurs, prévoir l'opportunité de payer en plusieurs fois n'est pas efficient (McCord, 2000).

À côté du fait que la prime était trop élevée (mentionnée par chacun des 15 groupes de non-membres), la période d'enregistrement *mal choisie* était considérée comme la deuxième cause de non-adhésion (citée dans 11 groupes) (Atim et Sock, 2000).

Un système d'accès rapide au crédit pour les soins de santé peut être plus approprié qu'un système d'assurance. Parmi les mutuelles CIDR en Ouganda, 75 % ont opté pour un système de crédit. Les mutuelles qui offrent un crédit semblent mieux réussir à fidéliser leurs membres (McCord et Osinde, 2002a).

« ... si tu as *10 membres* à 3400 FG par personne, c'est un peu difficile » [Citation d'un ex-membre (Waelkens et Criel, 2002)].

À sa création, la mutuelle a rencontré des difficultés car la cotisation était estimée trop élevée par les familles nombreuses (Massiot, 1998).

La culture du coton a favorisé le développement des mutuelles du sud Borgou (Diop, 1998).

La négociation de tarifs préférentiels entre l'hôpital et les mutuelles de santé de la région de Thiès est un élément clé de la réussite des systèmes (Jütting et Tine, 2000 ; Massiot, 1998).

Le prix par épisode dans les établissements publics était trop bas pour que les habitants soient intéressés à participer au système d'assurance : seulement 1 000 shillings, alors que la prime du système d'assurance était de 5 000 shillings (Shaw, 2002).

« Au début, on nous a dit que dans la famille il faut inscrire tout le monde, on ne doit pas inscrire par exemple 4 membres des 6 et laisser les autres, *si les soins sont de bonne qualité tout le monde va adhérer malgré tout* » [Citation d'un membre (Waelkens et Criel, 2002)].

Il y a un décalage entre ce que les ménages sont prêts à payer et l'attente de voir tous les soins couverts (Évrard, 2002, communication personnelle).

Les modalités de paiement

Les exemples ci-dessus indiquent qu'une meilleure adaptation des modalités de paiement aux réalités et contraintes locales pourrait déjà aider bon nombre de ménages à payer la cotisation. Prévoir des systèmes complémentaires d'épargne ou de crédit, par exemple, pourrait aussi être une solution (McCord, 2000 ; Évrard, 2002, communication personnelle).

Le mécanisme d'assurance n'est pas forcément l'option retenue quand les membres peuvent opter pour d'autres mécanismes financiers. Souvent, les membres expriment leur préférence pour un système d'épargne-crédit (Le Moustarder, 2000 ; McCord et Osinde, 2002a). Pourquoi cette préférence ? Les

mutuelles corporatistes de l'Afrique de l'Ouest proposent souvent les mécanismes d'épargne, de crédit et d'assurance dans une seule mutuelle.

Des considérations autres que financières peuvent influencer l'utilité perçue d'un système basé sur l'assurance. Celle-ci implique somme toute une vision à plus long terme. De ce point de vue, il est possible qu'une situation politique stable soit une condition pour investir dans une assurance (Wilson, 2002).

La comparaison des différents mécanismes financiers et les préférences des membres pour l'un ou l'autre, reste donc un sujet d'étude pertinent.

La taille du ménage

L'influence de la taille des ménages sur l'inscription est fonction des conditions d'adhésion prévues. Au Rwanda, la taille moyenne des ménages qui adhéraient aux mutuelles était de 5,5 personnes, celle des non-inscrits était de 4,5 personnes (Schneider et Diop, 2001a). Le taux d'adhésion augmentait avec la taille du ménage : seulement 3,8 % des ménages de deux personnes était membres, 10,7 % des ménages de six personnes, 10 % de sept personnes et 13,7 % de huit personnes et plus. L'unité d'adhésion explique l'adhésion préférentielle des familles nombreuses : en effet, une prime unique devait être payée par ménage jusqu'à sept personnes. Au-delà de sept personnes, un supplément doit être payé par personne. Ceci constituait une incitation pour les ménages de grande et moyenne taille.

Les familles nombreuses sont par contre désavantagées lorsque les modalités d'inscription prévoient le paiement d'une prime individuelle avec obligation que *tous* les membres du ménage s'inscrivent – afin de limiter la sélection adverse. Dans le cas de la mutuelle Maliando en Guinée, la prime individuelle était jugée raisonnable et abordable. Pour les familles nombreuses cependant, le montant total des différentes cotisations constituait une raison importante de non-adhésion (Waelkens et Criel, 2002). Il en était de même dans le cas de la mutuelle Lalane Diassap au Sénégal : payer l'adhésion devenait difficile pour les familles de plus de cinq individus (Massiot, 1998). Lors des discussions de groupes focalisées tenues à Nkoranza, la charge financière élevée pour les familles nombreuses était classée en quatrième position dans l'ordre des raisons de non-adhésion établi par les non-membres (Atim et Sock, 2000). La solution proposée était de promouvoir un enregistrement par ménage pour un nombre déterminé de personnes avec une cotisation dégressive pour chaque membre supplémentaire. Cette idée était soutenue par 19 des 22 groupes de membres et non-membres.

Quand le ménage est l'unité d'adhésion, il convient de mieux définir ce qui est entendu par ce terme (voir encadré 20). Il faut s'entendre sur une définition qui reflète la réalité, qui est acceptée par tous et qui ne crée pas d'inégalités d'accès.

Encadré 20 Il faut une définition adaptée de l'unité d'adhésion à chaque contexte

UMASIDA : Les statuts précisent que l'adhésion est pour une famille de deux adultes et quatre enfants. En pratique, les ménages incluent les parents du mari et tous les enfants. La définition de l'unité d'inscription n'était pas claire pour les membres potentiels (McCord, 2000).

En cas de polygamie, on considère le plus souvent qu'il y a autant de familles que d'épouses. Pour chaque épouse il y a donc paiement de cotisation comme pour un titulaire avec personnes à charge (OIT, 2001)

L'organisation des subventions

L'hôpital St Jean de Dieu de Thiès prend en charge 50 % des coûts des soins de santé donnés aux mutualistes (Massiot, 1998). Les systèmes de mutualisation des risques maladie en Europe n'ont réellement décollé que lorsque l'État est intervenu (de Swaan, 1988). Dans le district sanitaire de Hanang

en Tanzanie, plusieurs membres affirmaient que le *matching grant*, c'est-à-dire les subventions payés en contrepartie à chaque cotisation, était un motif d'adhésion (Chee *et al.*, 2002). Des subventions, qu'ils soient prévus par l'État, le prestataire ou un bailleur de fonds externe, peuvent donc également influencer l'adhésion.

L'interdépendance entre l'aspect financier et les autres facteurs

Par analogie à la différence entre qualité des soins perçue et objective, il y a probablement une différence entre la capacité financière objective et la capacité financière perçue. Cette différence n'est pas toujours apparente dans les études quantitatives :

- à Nkoranza, 17 % des habitants sont considérés comme des indigents, incapables de payer la prime du système d'assurance. Dans les discussions de groupes, la première raison de non-adhésion était que la prime était trop élevée (dans 15/15 groupes). À quoi est due cette différence ?
- il y a sans doute une interdépendance entre la qualité des soins et la volonté de payer, illustré par la citation suivante d'un membre de Maliando : « Si les soins sont de bonne qualité tout le monde va adhérer malgré tout ». Une augmentation des bénéfices perçus influencera la part du budget que les ménages pauvres sont prêts à consacrer aux soins de santé ;
- l'interdépendance entre l'aspect financier et la confiance est tout aussi probable : la perception du risque de se lancer dans une nouvelle expérience financière dont l'issue est inconnue, sera différente pour les plus pauvres et les moins pauvres.

DEUXIEME PARTIE : REFLEXIONS SUR UN AGENDA DE RECHERCHE

UN PROGRAMME DE RECHERCHE MULTI-DISCIPLINAIRE

L'analyse de la littérature nous a appris deux choses :

1. La recherche sur les systèmes de mutualisation des risques maladie se limite (trop) aux aspects techniques et financiers liés au montage de ces systèmes, et néglige les facteurs humains et relationnels qui façonnent leur performance et leur attrait pour la population cible.
2. Pour améliorer la performance de ces systèmes et l'adhésion des membres, le défi n'est pas d'arriver à un modèle organisationnel unique, mais plutôt de développer les outils et connaissances nécessaires à la conception d'un système sur mesure, adapté à la situation locale.

Il faut donc un cadre d'analyse et d'action plus global que ceux utilisés jusqu'à présent. Concevoir et perfectionner ce cadre sera le fil conducteur du programme de recherche.

UNE OUVERTURE AUX DIFFERENTES DIMENSIONS DES SYSTEMES DE MUTUALISATION DES RISQUES MALADIE

L'économie de la santé est la discipline qui, jusqu'à présent, semble avoir dominé la recherche sur les systèmes de mutualisation des risques maladie. Une ouverture à d'autres dimensions et l'implication de chercheurs venant d'autres disciplines, nous paraît nécessaire si on veut dépasser le piétinement dans la recherche que l'on constate aujourd'hui.

Nous pensons plus particulièrement devoir impliquer les disciplines de l'économie sociale, de la micro-finance, de l'anthropologie, de la recherche en systèmes de santé, mais aussi de l'histoire.

L'étude de l'histoire du mouvement mutualiste et de la sécurité sociale en Europe permettrait de comparer l'évolution du mouvement des mutuelles de santé en Afrique à celle qui a eu lieu en Europe il y a plus d'un siècle (voir Bärnighausen et Sauerborn, 2002). Une telle analyse historique, qui comparerait plus en détail les contextes respectifs, pourrait constituer une aide précieuse au pilotage des interventions d'appui. L'apport de l'anthropologie ne devrait pas se limiter à la description des systèmes traditionnels d'entraide, mais s'occuper également de l'identification des facteurs sociaux et culturels qui peuvent faciliter, ou au contraire freiner, l'adhésion aux systèmes de mutualisation des risques maladie [voir par exemple le travail d'Arhinful (2003)].

La tâche de conceptualiser l'intégration des initiatives de mutualisation des risques maladie dans le système de santé revient à la recherche en systèmes de santé. Cet exercice ne devrait pas se limiter à la perspective du prestataire et à l'amélioration de la qualité des soins, mais également à la relation entre prestataires et utilisateurs, et à la participation des membres à la prise de décision dans le cadre de la démocratie en santé.

DES PRINCIPES ET VALEURS COMMUNES A EXPLICITER

Un premier pas d'une recherche multi-disciplinaire consisterait à définir un cadre commun des principes et valeurs auxquels tous les partenaires de la recherche et de l'action peuvent souscrire. La promotion de systèmes de la mutualisation des risques maladie, plutôt que d'autres modalités de financement, doit être explicitée. Il faut clarifier les valeurs qui sous-tendent la recherche et l'action.

Partant de la problématique de l'accès financier à des soins de santé de qualité, plusieurs points de départ sont possibles dans cette discussion. En allant du plus large au plus spécifique, nous pouvons distinguer :

1. La demande : ce point de départ implique qu'on accepte que le développement d'un système assurant un meilleur accès aux soins ne soit pas forcément la première préoccupation des gens.
2. L'accès à des soins de santé de qualité est un droit : si tel est le point de départ, il faut explorer quelle stratégie garantit le mieux l'accès aux soins en fonction du contexte (prépaiement individuel, paiement direct avec un système d'exemptions, les soins de santé entièrement financés par l'État, etc.).

3. La promotion de la mise en commun des ressources financières individuelles : cette position suppose une ouverture à une variété de mécanismes financiers et de mouvements associatifs ;
4. La promotion du modèle de la mutuelle de santé qui se base sur un mécanisme d'assurance solidaire.

Si le choix stratégique est de promouvoir la mutuelle de santé comme instrument d'amélioration de l'accessibilité financière à des soins de qualité, il faut le faire en ayant égard aux valeurs intrinsèques du modèle mutualiste telle que la solidarité et la participation démocratique. En effet, les systèmes mutualistes ne consistent pas seulement en un mécanisme de redistribution solidaire de ressources financières, mais aussi en un modèle d'organisation sociale des utilisateurs avec un impact potentiel sur l'offre de soins (levier potentiel pour améliorer la qualité et adapter l'offre à la demande, et promotion de la démocratie en santé) et sur le développement du capital social dans la société.

PROPOSITION D'UN PROGRAMME DE RECHERCHE

Un projet de recherche qui s'inscrit dans cette vision devrait être composé des quatre éléments clés suivants :

1. Établir un cadre global pour la planification, la conception, la mise en place et l'évaluation des systèmes de mutualisation des risques maladie.
2. À partir d'une documentation systématique des différents systèmes existants, développer, valider et affiner leur typologie.
3. Dans une variété de contextes, étudier les raisons du faible degré d'adhésion et explorer la faisabilité de stratégies efficaces pour y remédier :
 - i.) par des comparaisons entre membres et non-membres et par des comparaisons entre systèmes différents;
 - ii.) par une analyse approfondie des trois déterminants qui paraissent les plus importants (la qualité des soins de santé, la confiance des habitants dans la réussite de l'entreprise, et la capacité financière de la population cible) ;
 - iii.) par le test sur le terrain, dans une approche méthodologique de recherche action, de solutions efficaces et acceptables.
4. Finalement, décrire de façon systématique les éléments du contexte dans lequel des initiatives performantes, mais aussi des échecs, se sont développées. Une telle recherche pourrait contribuer à progressivement construire un corpus théorique permettant de mieux comprendre quelles configurations contextuelles sont plus propices à un développement harmonieux de systèmes mutualistes.

Ces différents éléments sont davantage développés dans les chapitres qui suivent.

DEVELOPPER UNE GRILLE D'ANALYSE SYSTEMIQUE

LES OUTILS DE TRAVAIL

La grille d'analyse pour mieux planifier et développer les systèmes de mutualisation des risques maladie dans leur contexte devrait aboutir à la conception d'outils pour :

- analyser la situation de départ ;
- construire un système 'sur mesure' en fonction de l'analyse de départ ;
- évaluer la performance du système mis en place.

Cette grille d'analyse pourrait aboutir à l'élaboration d'un guide pour faire le diagnostic initial et pour guider la mise en place, le suivi permanent et l'évaluation du système financier de mutualisation des

risques maladie. Bien que de nombreux guides existent déjà, le nouveau regard de l'approche multi-disciplinaire et l'attention particulière donnée au contexte dans lequel le système doit fonctionner, pourraient contribuer à identifier les questions pertinentes et les options à suivre pour la mise en place d'un système adapté à la demande et au contexte local.

Un outil pour analyser la situation de départ

1. Cet outil peut être décomposé en plusieurs dimensions à analyser :
2. Quelle est la demande ?
3. Quelles sont les priorités objectives en terme de soins de santé ?
4. Quelles sont les principales caractéristiques de l'environnement social, économique et culturel ?
5. Quelles sont les caractéristiques de l'environnement technique : la nature des structures d'appui et des services financiers existants, la capacité administrative et de gestion existante ?
6. Quelles sont les principales caractéristiques de l'offre de soins ?

Il faudrait développer une méthode d'évaluation rapide qui inclut les facteurs qui peuvent influencer le succès d'un système de mutualisation des risques maladie, mais qui évite en même temps les questions non pertinentes. Il faut donc déterminer quels sont les facteurs qui ont une importance réelle, quels sont les éléments inconnus pour lesquels des études approfondies sont indiquées, et déterminer les sujets pour lesquels une connaissance élémentaire de la situation est suffisante. Un travail multi-disciplinaire paraît particulièrement approprié pour cet aspect du développement de l'outil d'évaluation.

La construction d'un système sur mesure

Faire un diagnostic de la situation ne suffit pas pour la création d'une mutuelle sur mesure. Il faut être capable de proposer les meilleures options pour la mise en pratique : le choix d'un modèle et des adaptations contextuelles individualisées. Il faut également identifier les facteurs de l'environnement qu'il serait utile et possible d'influencer, par exemple, améliorer les services bancaires, motiver le personnel des services de santé, lancer un débat sur les choix budgétaires des ménages, stimuler l'amélioration des options pour le transport en urgence des personnes qui habitent à distance de l'établissement des soins, etc.

Cet exercice devrait également permettre d'identifier des contextes trop défavorables à l'introduction d'un système basé sur la participation financière de la population.

Un outil d'évaluation

Pour évaluer la performance des systèmes mises en place, il faut élaborer un outil d'évaluation globale de la performance.

L'outil *InfoSure*, développé par la GTZ/IMT (Hohmann *et al.*, 2001) est un guide d'évaluation qui pourrait servir de base à une telle évaluation. Il doit être davantage testé et adapté afin d'inclure les priorités déterminées par une équipe de recherche multi-disciplinaire.

DES SUJETS A APPROFONDIR

Une variété de facteurs reste aujourd'hui insuffisamment connus et compris ; ils pourraient faire l'objet d'études satellites et ainsi progressivement enrichir la grille d'analyse.

L'importance de facteurs culturels dans le développement – ou manque de développement – des systèmes de mutualisation des risques maladie reste largement inconnue.

A titre d'exemple : la motivation à la base de la mobilisation des ressources pour les frais funéraires est très différente de celle du financement des soins de santé (voir encadré 21).

Encadré 21 Un contexte culturel en évolution

Les facteurs socioculturels qui régissent l'entraide financière lors de funérailles sont d'un tout autre ordre que ceux qui entrent en compte lors d'une mise en commun pour un fonds d'assurance-maladie (Arhinful, 2003). Comprendre cette différence est importante, puisque l'entraide pour les funérailles est souvent citée en exemple d'une solidarité qui pourrait être élargie à un système d'assurance-maladie solidaire.

Au Ghana, alors que la responsabilité de la prise en charge des soins médicaux revient de plus en plus à la famille nucléaire, la volonté de contribuer pour les funérailles d'un individu reste bien ancrée dans une dynamique collective. Les dépenses pour les funérailles tendent à devenir de plus en plus extravagantes, même si les donations des sympathisants et des invités peuvent compenser les frais encourus. L'aide financière que reçoivent les proches quand un décès frappe leur famille est substantielle.

La réciprocité va jouer : la contribution d'une personne détermine combien il recevra en retour quand il y aura un décès dans sa famille. Les donations faites lors de funérailles sont une opportunité pour renforcer les identités sociales et le prestige à travers une réciprocité généralisée dans la sphère publique. Le statut social de la personne qui contribue détermine aussi le montant de sa contribution.

Entre membres d'un système d'assurance, les liens sociaux et les opportunités de réciprocité ne sont pas du même ordre. La motivation principale de l'assurance est celle d'un bénéfice personnel : la réduction de l'anxiété créée par l'éventualité de dépenses importantes, voire catastrophiques, en cas de maladie.

La contribution de l'anthropologie dans l'établissement de la grille d'analyse serait de déterminer quels facteurs culturels importants sont à inclure dans l'analyse de la situation de départ et à prendre ultérieurement en compte pour le *design* d'un système sur mesure.

Quels facteurs de l'organisation sociale faut-il connaître pour initier un modèle sur mesure dans un contexte spécifique ? Quels sont les facteurs clés à inclure dans l'analyse de la situation de départ ? Est-ce qu'une connaissance superficielle des structures sociales suffit ou faut-il étudier en profondeur les dynamiques de groupes, les liens de solidarités, etc.

Les avantages et désavantages de greffer ou non un système de mutualisation des risques maladies sur des associations existantes sont encore insuffisamment connus. Y a-t-il des structures préexistantes (associations traditionnelles, associations professionnelles, coopératives agricoles, associations de crédit, etc.) qui sont plus favorables que d'autres pour y greffer une mutuelle de santé ?

D'autres facteurs contextuels, positifs et négatifs, méritent également une meilleure documentation :

- l'environnement technique : dans quelle mesure est-ce que l'existence de services financiers ou bancaires fiables favorise l'émergence spontanée et la réussite de mouvements associatifs ? Quelles sont les structures financières indispensables pour qu'une mutuelle de santé puisse exister ?
- l'environnement socio-économique : y a-t-il des conditions plus favorables dans les villes pour le développement de systèmes mutualistes ? En Europe, les conditions socio-économiques spécifiques des villes et le phénomène de l'industrialisation ont profondément changé la nature de l'organisation sociale (encadré 22) ;

Encadré 22 Conditions socio-économiques différentes, liens de solidarité différents

Parce que les membres des guildes étaient entièrement dépendants de leur salaire et qu'ils avaient peu de réserves financières, les interventions de sécurité sociale des guildes avaient une importance capitale. Ces arrangements collectifs étaient plus importants pour les salariés que pour les indépendants, qui employaient des apprentis et des compagnons. L'entraide y fonctionnait de façon plus « familiale » : le maître était en quelque sorte le patriarche, le protecteur et le pourvoyeur, la ressource pour tout besoin. En revanche, les apprentis et compagnons prenaient la relève et assuraient la continuité de la maison et du revenu quand le maître tombait malade (Bos, 1998).

Pour le travailleur de l'usine, il devenait de plus en plus difficile de recourir à l'agriculture en temps difficiles (De Swaan, 2001).

- dans les pays africains, c'est surtout en milieu urbain qu'il y a dépendance d'un revenu salarial. Est-ce que cette situation socio-économique va de pair avec des liens de solidarité en évolution ? Est-ce que cela a une conséquence pour le choix d'un type donné de mutuelle de santé ?
- l'environnement urbain semble présenter plusieurs avantages techniques :
 - il y a plus de chance de trouver des soins de qualité et de faire valoir la concurrence pour améliorer la qualité ;
 - il y a plus de chance de trouver un nombre suffisant de personnes qui peuvent payer les cotisations ;
 - le milieu urbain est un laboratoire social ;
- pays anglophones et francophones : faut-il des modèles différents dans des systèmes de santé développés à partir des paradigmes différents des anciens pays colonisateurs ?
- quelles conditions socio-économiques, culturelles, techniques ou politiques indiqueraient que les circonstances sont trop défavorables à l'introduction d'un système de mutualisation des risques maladies ?

Malgré le fait que les facteurs techniques d'organisation et de gestion ont reçu le plus d'attention, les sujets suivants méritent d'être explorés davantage :

- la question de la participation communautaire : est-ce que la participation communautaire est indispensable ou pas ?

Concernant l'Afrique de l'Est, certains auteurs observent que la population semble prête à payer pour un système qui fonctionne, mais qu'elle est beaucoup moins intéressée à participer à son organisation (McCord, 2000) ; d'autres, par contre, notent que les membres demandent une plus grande participation à la prise de décision (Chee *et al.*, 2002 ; Musau, 1999).

Dans les expériences développées en Afrique de l'Ouest, par contre, l'une ou l'autre forme de participation communautaire est quasi toujours recherchée. Cependant, le système de Bwamanda est parmi les plus performants, alors qu'il y a relativement peu de participation communautaire – mais une grande confiance dans les initiateurs. À Nkoranza, par contre, la participation était une solution pour améliorer la confiance (Atim et Sock, 2000).

Il reste donc utile d'examiner la volonté et les opportunités des habitants pour participer à la gestion du système ;

- la question de la gestion volontaire : ne demandons-nous pas trop de bénévolat dans les systèmes communautaires ? Est-ce que le volontariat des gestionnaires ne limite pas l'expansion des mutuelles de santé ?

Il faudrait connaître l'opinion des habitants à ce sujet, leur demander quelles sont les tâches qui doivent être rémunérées ou prises en compte par des bénévoles et lesquelles nécessitent un recours à un professionnel ;

- lié à la question de la gestion volontaire est aussi celle de la petite taille des mutuelles. Il faudrait étudier davantage les opportunités pour élargir le *pool* : une rémunération pour les gestionnaires ? La mise en place préférentielle de mutuelles pour groupes existants ? La fédération de petites mutuelles existantes ? Ou encore la protection financière des petites associations par la réassurance ?
- les bénéfices et limites du contrôle social, ainsi que ses effets sur l'accès aux soins, devraient être mieux documentés ;
- il convient de mieux définir ce qui est entendu par un ménage ;
- le choix de techniques financières : quelle est l'articulation optimale entre épargne, crédit et assurance ?

L'organisation de l'appui aux systèmes :

- quel est le rôle des organisations d'appui ? Quel degré optimal d'interventionnisme ?
- quelle est l'influence du facteur temps dans le développement des mutuelles de santé ? Il faut en effet du temps pour que le processus d'organisation sociale s'engage et se développe ;
- l'utilisation de subventions : il faudrait réfléchir sur l'utilisation la plus appropriée de l'appui financier ;
- il faudrait finalement étudier les opportunités d'inclusion des plus démunis, tout en évitant les abus et les désaccords communautaires à ce sujet, et sans nuire au fonctionnement du système.

AFFINER LA TYPOLOGIE

UN OUTIL DE TRAVAIL POUR LA RECHERCHE ET LA PRISE DE DECISION

La grille que nous proposons pour situer les systèmes financiers de mutualisation des risques maladie regroupe les deux déterminants principaux retenus dans les typologies existantes – la base d'adhésion et le modèle gestionnaire – et permet de comparer les différents systèmes. Les comparaisons devront se faire entre les trois (ou plus ?) modèles de gestion et entre les six (ou plus ?) types d'adhésion.

La différenciation explicite des trois modèles de gestion – systèmes initiés et gérés par le prestataire, systèmes gérés par les membres, et systèmes gérés par un assureur séparé – permet d'étudier la performance des systèmes de mutualisation des risques maladie en fonction de ces différentes formes d'interaction entre membres et prestataires, un aspect insuffisamment examiné jusqu'à présent.

La comparaison des bases d'adhésion nous aidera à mieux connaître la population cible. Elle dirigera la recherche vers une analyse plus sociologique et sera utile pour choisir le modèle le mieux adapté aux caractéristiques de la population à atteindre.

Cette comparaison des bases d'adhésion permet aussi d'étudier ce qui se passe hors du secteur informel. Les pouvoirs publics en Afrique s'intéressent de plus en plus à la création de mutuelles de santé pour les travailleurs du secteur formel, ou bien parce que la performance des systèmes étatiques de sécurité sociale est décevante (surtout en Afrique de l'Ouest), ou bien parce que les gouvernements cherchent une alternative au financement des soins de santé par l'État (surtout en Afrique de l'Est).

La démarche à suivre serait donc de :

- perfectionner et valider la typologie que nous avons proposée ;
- documenter les différents modèles existants au-delà de ceux qui sont les mieux connus ;
- procéder à des études comparatives des différents types.

ÉLÉMENTS DE COMPARAISON

Plusieurs thèmes de comparaison nous semblent pertinents pour enrichir nos connaissances sur les initiatives de mutualisation des risques maladie.

La comparaison entre mutuelles de santé simples et celles qui couvrent une variété d'autres domaines de la vie sociale

C'est surtout en l'Afrique de l'Ouest qu'ont été décrits les systèmes mutualistes créés pour faire face aux besoins sociaux autres que les soins de santé, et qui, dans un deuxième temps, ont intégré la couverture des soins de santé.

Il semble y avoir un mélange de procédures qui relèvent des systèmes modernes de sécurité sociale d'une part, et des modalités inspirées par ce qui existe dans les dispositifs traditionnels d'autre part. Cette dynamique dans laquelle modernité et tradition interagissent et s'influencent mutuellement s'observe d'ailleurs aussi dans les tontines (Lespès, 1990).

La description des mutuelles de type corporatiste au Mali (encadré 23) montre que ces associations évoluent constamment et qu'elles s'adaptent à des besoins changeants. Il est possible que la séquence des étapes suivies au Mali soit nécessaire pour arriver à créer la confiance mutuelle et à maîtriser certaines techniques gestionnaires avant de procéder à l'intégration d'une couverture des soins de santé.

Encadré 23 L'évolution des mutuelles de type corporatiste au Mali

Au Mali, la plupart des mutuelles de type corporatiste ont été créées comme fonds d'entraide entre travailleurs. Elles ont débuté comme des mécanismes d'épargne-crédit. Ensuite, les membres ont créé un système d'approvisionnement de produits de première nécessité à des prix avantageux. Encore plus tard, ils ont créé des fonds pour protéger les ménages de pertes brutales de revenus suite à un décès, la vieillesse ou une invalidité. Dans ces cas, la mutuelle verse une allocation unique au membre ou à ses ayants-droit. L'orientation vers la couverture des coûts de la santé est plus récente, et il n'y a encore que peu d'expériences aujourd'hui (Évrard, 1998).

Bien que l'évolution sur le terrain aille dans le sens du développement de systèmes simples ou monovalents, c'est-à-dire qui ont le financement des soins de santé pour seul objectif, il y a des choses à apprendre des mutuelles polyvalentes qui, à un moment de leur vie, intègrent l'une ou l'autre forme de couverture des soins de santé.

Nous pensons aux exemples suivants :

- les raisons invoquées pour inclure les soins de santé dans le paquet de bénéfices, ou par contre les raisons avancées par ceux qui s'y opposent ;
- la capacité financière nécessaire à cet élargissement des bénéfices couverts ;
- le processus de prise de décision suivi ;
- les contacts pris (ou ne pas pris) avec des prestataires, des conseillers techniques ou d'autres professionnels ;
- les mécanismes financiers retenus, etc.

Une comparaison des systèmes d'entraide à travers le monde

La comparaison des systèmes d'entraide à travers le monde et à différents moments de l'histoire pourrait nous aider à mieux comprendre l'importance du contexte pour le développement, ou l'absence de développement, de dispositifs collectifs d'entraide.

Comparer les mécanismes d'entraide Africains et les guildes européennes

Le développement et le fonctionnement des *guildes*, c'est-à-dire des systèmes d'entraide corporatistes qui existaient en Europe dans le XVII^e et XVIII^e siècle (voir Bos, 1998), présentent bien des similitudes avec les associations africaines d'aujourd'hui – les mécanismes traditionnels aussi bien que les systèmes introduits récemment.

En voici quelques-unes :

- les dynamiques d'entraide fonctionnent dans des catégories socio-économiques relativement homogènes, les plus pauvres étant exclus ;
- l'enterrement des morts est un objectif premier de ces mouvements d'entraide ;
- les contributions des membres sont modestes et suffisent rarement pour couvrir les besoins en sécurité sociale ;
- les riches bénéficient le plus des dispositifs mis en place pour la protection des pauvres ;
- le but premier des associations est de préserver un revenu minimum à leurs membres : par exemple une indemnisation pour compenser la perte de revenu ou encore une subvention pour couvrir les dépenses majeures ;
- le contrôle social est considérable ;
- de la même façon que des partenaires externes jouent un rôle important dans le développement des mutuelles de santé en Afrique, ce sont les autorités locales des villes qui poussaient à la création des guildes.

À une époque où la tendance est d'accentuer la *différence* entre personnes, groupes et sociétés, il est significatif de constater à quel point les mécanismes collectifs – développés pour faire face à des besoins sociaux – peuvent être semblables dans différentes cultures et à différents moments de l'histoire.

Comparer l'histoire des mouvements mutualistes en Europe et en Afrique

Dans le même ordre d'idée, mais probablement avec une utilité plus directe pour l'appui à donner aux systèmes mutualistes africains, on peut comparer l'évolution du mouvement mutualiste en Europe et en Afrique. En effet, la mondialisation de l'économie du marché a créé dans les pays du Sud des conditions sociales et économiques qui commencent à ressembler à celles qui ont existé dans l'histoire économique des pays occidentaux (Favreau, 1999).

Ici encore, une série d'interrogations et d'observations appellent à une comparaison des contextes respectifs dans lesquels les systèmes européens et africains se sont développés :

- la participation au système de sécurité sociale en Europe est devenue obligatoire à un moment donné de son histoire et plusieurs mutuelles corporatistes en Afrique introduisent de leur propre initiative une participation obligatoire et/ou un système de contributions retenues à la source. Est-ce qu'il n'y a pas trop d'insistance en Afrique sur le caractère volontaire des mutuelles de santé ?
- de Swaan (2001) affirme que les mutuelles de santé sont un phénomène transitoire entre la réciprocité familiale d'une part et l'assurance-maladie sociale organisée par l'État d'autre part. Est-ce un point de vue eurocentriste ou s'agit-il d'un mouvement universel ?
- la sécurité sociale en Europe n'est devenue réellement efficace que lorsque l'État est intervenu. Or, en Afrique les mutuelles sont souvent introduites pour subvenir au financement insuffisant du gouvernement, et donc pour pallier une déficience de l'État. N'y a-t-il pas là une contradiction ?

- à partir de quel moment le remboursement des frais des soins de santé a-t-il été intégré dans les mécanismes d'entraide européens à côté du paiement d'une somme forfaitaire pour dédommager la perte de revenus ? Est-ce quand la médecine est devenue plus performante ou est-ce du à une perception d'une meilleure qualité des soins de santé ? Est-ce suite à une évolution du sentiment de solidarité que déboursier des sommes différentes aux bénéficiaires devenait acceptable ? Ou est-ce simplement lié à une meilleure capacité administrative ?

Comparer les initiatives mutualistes dans différents continents

Les systèmes de mutualisation des risques maladie de pays en voie de développement dans différents continents sont parfois comparés. Cette comparaison se base sur un nombre limité de systèmes relativement bien documentés et soulève encore beaucoup de questions – peut-être parce que ces systèmes sont structurellement trop différents ? Une telle comparaison pourrait néanmoins nous aider à identifier les conditions contextuelles favorables à un développement harmonieux de systèmes de mutualisation.

RECHERCHES SUR LES RAISONS DE FAIBLE ADHESION

- Les raisons du faible degré de participation aux initiatives de mutualisation des risques maladie doivent être documentées davantage par des études de terrain faites dans une variété de contextes. Deux orientations de recherche essentiellement devraient être explorées :
- des comparaisons entre membres et non-membres et des comparaisons entre systèmes différents pour identifier les raisons possibles de faible participation ;
- une analyse plus approfondie de trois éléments qui paraissent aujourd'hui fort importants :
 - la qualité des soins de santé ;
 - la confiance des habitants dans la réussite de l'entreprise ;
 - la capacité financière de la population cible.

COMPARER POUR DETECTER LES RAISONS DU FAIBLE DEGRE D'ADHESION

La recherche devrait se concentrer sur :

1. La comparaison, dans plusieurs contextes, des *opinions* de ceux qui participent et de ceux qui ne le font pas, dans le but de cerner :
 - i.) les différents déterminants de l'adhésion ;
 - ii.) l'importance relative de ces déterminants (les principaux et les secondaires, les universels et les circonstanciels) ;
 - iii.) l'interdépendance des déterminants (par exemple : quand la qualité des soins s'améliore, les personnes qui disent ne pas avoir les ressources financières sont peut-être prêtes à payer la cotisation dans ces nouvelles circonstances).
2. La comparaison, dans plusieurs contextes, des *caractéristiques* de ceux qui participent et de ceux qui ne le font pas. Pour que cette comparaison puisse apporter de nouveaux éléments, il faudrait que davantage de facteurs d'ordre socioculturel soient étudiés. Il paraît peu utile de répéter des enquêtes qui ne reprennent que les facteurs classiques tels que la distance entre le domicile et l'établissement de santé, le sexe et l'âge, le niveau d'éducation, la religion ou l'appartenance ethnique, etc.

3. La comparaison des caractéristiques des systèmes à grande et faible couverture :
 - est-ce que certains types attirent plus de membres que d'autres ? Et pourquoi ?
 - à l'intérieur d'un même type, comparaison de celles qui fonctionnent bien et celles qui ne le font pas.
4. L'étude de systèmes de mutualisation qui ont disparu afin de connaître les raisons de l'échec (Baeza *et al.*, 2002).

Il faut privilégier le choix de méthodes qui encouragent l'expression de tous les déterminants possibles, qui incitent à la créativité dans les réponses et qui évitent que les répondants répètent simplement ce que les initiateurs du projet ont dit. Des discussions de groupes focalisées paraissent particulièrement indiquées.

Il faudrait adopter l'approche suivie dans l'étude de la mutuelle Maliando en Guinée qui a consisté à organiser des discussions de groupes avec quatre catégories de répondants : les membres fidèles, les membres qui se sont inscrits récemment, les non-membres perpétuels et les abandons.

Des projets avec une composante recherche-action ont permis de tester une série d'interventions. Cette approche a été utilisée avec succès à Nkoranza au Ghana où les modifications introduites après l'étude ont mené à une augmentation considérable du nombre d'adhérents.

LA QUALITE DES SOINS

Plusieurs études qualitatives ont mis en avant les différents éléments de la qualité des soins importants aux yeux des utilisateurs. La même attention n'a cependant pas été donnée à l'étude de la perspective des prestataires. Ainsi, il nous semble pertinent de mieux documenter les perceptions et problèmes des prestataires, ainsi que les moyens à mobiliser et stratégies à mettre en place pour les aider à améliorer la qualité de l'offre.

Des projets de recherche-action pourraient contribuer à apporter des éléments de réponse aux questions suivantes :

- dans quelle mesure est-ce que l'amélioration de la qualité des soins augmente l'adhésion ?
- comment sensibiliser les prestataires à offrir des soins de qualité ?
- quelle type d'appui à apporter aux professionnels de santé ? Et comment changer le style de supervision ?
- comment optimiser le contre-pouvoir des mutualistes sans pour autant alarmer les prestataires ?
- comment favoriser le dialogue entre les utilisateurs et les professionnels de santé ?

Dans la mesure où l'influence de la qualité des soins resterait encore à prouver, il serait intéressant de valider son importance dans le cas de mutuelles de santé qui émergent spontanément.

Des questions spécifiques de recherche seraient alors :

- est-ce que les initiatives spontanées émergent toutes dans un environnement où des soins de qualité existent ?
- certains systèmes proposent un salaire de remplacement ou une somme forfaitaire à leurs membres, d'autres proposent le remboursement des frais des soins. Est-ce que ce choix est fonction de la qualité de l'offre ou simplement de considérations administratives et gestionnaires ?
- au Nigeria, parmi les 150 compagnies d'assurance qui existaient au moment notre étude, il n'y en avait que 10 qui offraient une assurance santé (Atim, 1998b). Etait-ce là où des soins de qualité étaient offerts ?

LA CONFIANCE

Les composantes de la confiance et les facteurs qui la favorisent ou la freinent méritent d'être explorées davantage.

La question de la participation communautaire s'impose. Est-ce une condition pour créer des relations de confiance entre prestataires et utilisateurs ? Quelle est la part de la volonté des membres et quelle est celle d'une attitude 'dirigiste' des promoteurs de mutuelles de santé?

LA CAPACITE FINANCIERE

Il faut documenter la part relative du facteur capacité financière parmi l'ensemble des obstacles à l'adhésion. Les composantes de la capacité financière, les éléments perçus autant que les éléments objectifs doivent être déterminés avec plus de précision.

Afin d'éviter l'échec des systèmes de mutualisation des risques maladie dans les régions économiquement défavorisées, il faudrait définir un seuil de pauvreté en dessous duquel il n'est pas opportun de lancer de tels systèmes.

Les mesures qui peuvent améliorer la capacité contributive pourraient être testées dans des projets de recherche-action. Par exemple : intégrer des dispositifs d'épargne dans les systèmes de mutualisation, proposer des modalités de paiement des cotisations plus attractives pour les familles nombreuses, mettre en place une allocation judicieuse de subventions.

CONCLUSION

Les systèmes de santé africains sont en crise. Ils font face à un sous-financement qui va de mal en pis. Il y a quarante ans, au moment des indépendances, la plus grande partie des dépenses pour les soins de santé était prise en charge par les deniers publics de l'État. Aujourd'hui ce sont les patients qui financent de leur poche la majorité des coûts du système de soins. Il va sans dire que cela a créé un immense problème d'accessibilité aux soins. Le droit à des soins de santé de base pour tous se trouve ainsi bafoué tous les jours.

Un deuxième aspect de cette crise concerne la qualité médiocre des soins offerts dans beaucoup de services de santé publics – qui restent encore les principaux prestataires de soins dans la majorité des pays africains. Les patients se plaignent d'un manque d'écoute et de respect de la part des agents de santé. Le bilan a été fait : les soins sont insuffisamment centrés sur le patient. Mais que faire ? Un des défis pour cette première décennie du XXI^e siècle sera la formulation de stratégies adéquates pour y remédier. Sans préjuger de la nature précise des mesures à prendre pour améliorer la qualité de l'offre, nous pouvons anticiper qu'elles seront complexes, difficiles, et avec peu d'espoir de résultats probants à court terme. Quelle que soit la forme que prendront ces mesures, elles devront mettre au cœur du débat la culture organisationnelle actuelle du système de soins et la nécessité de la changer.

Le corps des professionnels de santé est lui-même également en crise : obligé de travailler dans des conditions financières et sociales souvent difficiles, à la recherche de modèles de rôle adéquats et valorisants, ne pouvant s'appuyer sur une solide tradition de professionnalisme, et pris dans l'engrenage de systèmes excessivement bureaucratiques, ils restent souvent désemparés.

Quel rôle les systèmes mutualistes peuvent-ils jouer dans cette situation ? Leur mise en place, sous quelle forme que ce soit, n'est évidemment pas une panacée. Comme nous l'avons montré dans ce travail, il

s'agit de systèmes hautement complexes, lents à mettre en place, et confrontés à des obstacles de toutes natures.

Leur développement représente néanmoins une stratégie pertinente qui mérite l'attention des planificateurs et des chercheurs. Nous voyons principalement deux raisons pour justifier cet intérêt. D'abord, il y a le fait que les systèmes mutualistes se basent sur d'autres modalités de financement que les paiements directs à charge des utilisateurs. En mettant en œuvre les principes d'un partage solidaire du risque maladie, ils peuvent donc contribuer à améliorer l'accès aux soins. Ensuite, les systèmes mutualistes sont aussi un modèle social d'organisation des utilisateurs qui peut contribuer à rééquilibrer les relations de pouvoir entre patients et prestataires de soins – et peut-être même constituer un levier puissant pour agir sur la qualité des soins et la satisfaction des usagers.

Les systèmes mutualistes dans les pays d'Afrique sub-saharienne sont un mouvement en plein essor. Même si les résultats (quantifiables) sur le terrain restent encore souvent modestes, le mouvement mutualiste est porteur de valeurs comme la solidarité, la démocratie et l'émancipation. Nous ne pouvons pas nous permettre de le négliger.

REFERENCES

- Adams, M. (1999) La mutuelle de santé solidaire ; une alternative de sécurisation des populations pauvres contre les aléas sanitaires. *ADA Dialogue 1999*. Luxembourg : Appui au Développement Autonome.
<<http://www.globenet.org/horizon-local/ada/c183.html>>
- Agyepong-Amarteyfio I., Ansah, E. & Gyapong, M. (2002) *Dangme West Health Insurance Scheme (Dagdme Hewaminami Kpee). Annual report of the first insurance year (1st October 2000 – 30th September 2001)*. Dodowa (Ghana): Dangme West District Management Team.
- AIM (2001) Mutualism and micro-insurance: A convergence of ideas and practices? *AIMS*: November 2001, Special edition.
- ANMC/BIT-ACOPAM/WSM (1996) *Mutuelles de santé en Afrique : Guide pratique à l'usage des promoteurs, administrateurs et gérants*. Bruxelles : Solidarité mondiale.
- Arhin-Tenkorang, D. (2001) *Health insurance for the informal sector in Africa: Design features, risk protection and resource mobilisation*. CMH Working Paper Series. Paper N° WG3: 1. Geneva, World Health Organisation, Commission on Macroeconomics and Health.
<http://www.cmhealth.org/docs/wg3_paper1.pdf>
- Arhinful, D. (2003) *The solidarity of self-interest. Social and cultural feasibility of rural health insurance in Ghana*. PhD thesis, University of Amsterdam.
- Atim, C. (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*. Bethesda, MD: Abt Associates Inc. <www.concertation.org>
- Atim, C. (1998a) *Contribution actuelle et potentielle des mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé: Etude de cas au Ghana*. Dakar: USAID/PHR, BIT/ACOPAM, BIT/STEP and ANMC/WSM. <<http://www.concertation.org/>>
- Atim, C. (1998b) *Contribution of Mutual Health Organizations to Financing, Delivery, and Access to Health Care: Nigeria Case Study*. Geneva: International Labour Organisation.
<<http://www.ilo.org/public/english/protection/socsec/step/download/knigeria.doc>>
- Atim, C. (1999) Social movements and health insurance: A critical evaluation of voluntary, non-profit insurance schemes with case studies from Ghana and Cameroon. *Social Science and Medicine*. **48**: 881-896.
- Atim, C. & Sock, M. (2000) *An External Evaluation of the Nkoranza Community Financing Health Insurance Scheme, Ghana*. Technical Report No. 50. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates Inc. <<http://www.phrproject.com/publicat/tech/africa/download/te50/te50fin.pdf>>
- Atim, C., Grey, S., Apoya, P., Anie, S. & Aikins, M. (2001) *A survey of health financing schemes in Ghana*. Bethesda, MD: Partners for Health Reformplus ; Abt Associates Inc.
<<http://www.concertation.org>>

Baeza, C., Montenegro, F. & Nuñez, M. ILO (2002) *Extending social protection in health through community based health organisations. Evidence and challenges. Discussion paper*. Geneva: International Labour Organisation; STEP/Social Security Policy and Development Branch.

Bärnighausen, T. & Sauerborn, R. (2002) One hundred and eighteen years of the German health insurance system: are there any lessons for middle- and low-income countries? *Social Science and Medicine*. **54**: 1559-1587.

Basaza, R. & Namarah, L. (2003) *Situation report on community health insurance schemes in Uganda*. Kampala: Uganda Community Based Health Financing Association and Ministry of Health.

Bennett, S., Creese, A. & Monasch, R. (1998) *Health insurance schemes for people outside formal sector employment. WHO/ARA/CC/98.1; ARA paper number 16*. Geneva: WHO, Division of analysis, research and assessment.

<http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_ARA_CC_98.1.pdf>

BIT (2001) *Mutuelles de santé et associations de micro-entrepreneurs*. Guide. Genève : Bureau international du travail, STEP/SEED.

BIT (2002) *Sécurité sociale : un nouveau consensus*. Genève : Bureau international du travail.

Bos, S. (1998) « Uyt liefde tot malcander ». *Onderlinge hulpverlening binnen de Noord-Nederlandse gilden in internationaal perspectief (1570-1820)*. Amsterdam: Stichting beheer IISG.

Broohm, N. (2001) *Les mutuelles de santé au Togo : Situation et perspectives*. *Banque de données sur les mutuelles de santé et leurs structures d'appui*. Dakar : Concertation. <<http://www.concertation.org/>>

Brouillet, P., Wade, M., Kambé, M. & Ndao, M. (1997) Émergence de mutuelles de santé en Afrique. Enseignements et perspectives tirés d'une enquête sur les mutuelles de santé au Sénégal. *L'enfant en milieu tropical*. N°. 228 : 40-54.

Brown, W. & Churchill, C. (2000) Insurance provision in low-income communities. Part II: Initial lessons from micro-insurance experiments for the poor. Bethesda, Maryland, USA: USAID; Micro enterprise Best Practices Project, Development Alternatives. <[http://www.mip.org/pdfs/mbp/ insurance_provision-art2_lessons_learned.pdf](http://www.mip.org/pdfs/mbp/insurance_provision-art2_lessons_learned.pdf)>

Burnier, E. (2001) Les Mutuelles Pharmacies Communautaires de Madagascar : Une initiative locale – victime de la mondialisation ? *Bulletin Medicus Mundi*. Nr. 80, April 2001. <<http://www.medicusmundi.ch/bulletin/bulletin8005.htm>>

Carrin, G., De Graeve, D & Deville, L. (1999) Introduction to special issue on the economics of health insurance in low and middle-income countries. *Social Science and Medicine*. **48**: 859-864.

Cazal-Gamelsy, R., Bellem, A. & Korgo, P. (2001) *Système de prépaiement en zone cotonnière au Burkina Faso*. Ouagadougou.

CE (2000) Protection sociale et lutte contre la pauvreté dans les PVD. *Briefing papers on SHCD Issues*. N° 20, April 2000. Bruxelles : Commission européenne; Social, Human & Cultural Development. <http://europa.eu.int/comm/development/briefing/briefing20_fr.pdf>

Chee, G., Smith, K. & Kapinga, A. (2002) *Assessment of Community Health Fund in Hanang District, Tanzania*. Bethesda, MD: The Partners for Health Reformplus Project, Abt Associates Inc. <www.phrproject.com/publicat/tech/africa/te015_fin.pdf>

Ciss, M. (2002) Sébikotane et Diamniadio lancent leur mutuelle de santé. Le Soleil, jeudi 22 août 2002. <http://www.lesoleil.sn/societe/article.CFM?articles__id=17092>

Concertation (2002) *Le boom des mutuelles de santé au Bénin*. Courrier de la Concertation. N°7, janvier 2002. <http://www.concertation.org/Docs/Lettreinfo/HTML/LettreInfo_7.HTML#ancre492075>

Concertation (2003) *Système de suivi du développement des mutuelles de santé en Afrique. Actualisation répertoire : Inventaire 2003. FT2 : Questionnaire*. Dakar : La Concertation. <<http://www.concertation.org/>>

Coulibaly, A. (1998) Éléments d'appréciation et perspectives pour la mise en place d'un mécanisme d'entraide et de solidarité dans le district sanitaire de Fada N'Gourma (Burkina Faso). *Atelier sur : Les mutuelles de santé en Afrique : Concept importé ou réalité émergente? Expériences et perspectives*. Paris, Centre International de l'Enfance et de la Famille, 27, 28, 29 mai 1998. Paris : CIDEF. <<http://www.concertation.org/>>

Criel, B. & Kegels, G. (1997) A health insurance scheme for hospital care in Bwamanda district, Zaire: Lessons and questions after 10 years of functioning. *Tropical Medicine and International Health*. 2: 654-672.

Criel, B. (1998) *District-based health insurance in sub-Saharan Africa; part 2: Case studies*. Studies in health service organisation and policy, 10. Antwerp: ITG Press.

Criel, B., Van Dormael, M., Lefèvre, P., Menase, U. & Van Lerberghe, W. (1998) Voluntary health insurance in Bwamanda, Democratic Republic of Congo. An exploration of its meanings to the community. *Tropical Medicine & International Health*. 3 (8): 640-653.

Criel, B. (2000) *Local health insurance systems in developing countries: A policy research paper*. Antwerp: Institute for Tropical Medicine.

Criel, B. (2002) Réflexions finales. In : *Le projet PRIMA en Guinée Conakry. Une expérience d'organisation de mutuelles de santé en Afrique rurale*. ed. Criel, B., Barry, A. et von Roenne, F. Bruxelles : Medicus Mundi Belgique.

Defourny, J. & Develtere, P. (1999) Origines et contours de l'économie sociale au nord et au sud. In : *L'économie sociale au Nord et au Sud*, ed. Defourny, J., Develtere, P. et Fonteneau, B. Bruxelles : De Boeck Université.

DGCI (2002) *Note stratégique Economie Sociale*. Coopération belge au Développement ; Direction générale de la coopération au développement.

Diop, F. (1998) *Contribution actuelle et potentielle de mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé: Cas du Bénin*. USAID/PHR, BIT/ACOPAM, BIT/STEP, ANMC et WSM. <www.concertation.org>

Dong, H., Mugisha, F., Gbangou, A., Kouyate, B. & Sauerborn, R. (2003) The feasibility of community-based health insurance in Burkina Faso. *Health Policy*, article soumis pour publication.

Dror, D. (2001) Reinsurance of health insurance for the informal sector. *Bulletin of the World Health Organization*. **79**: 672-678.

Dror, D. & Jacquier, C. (1999) *Micro-insurance: Extending Health Insurance to the excluded*. Geneva: International Labour Organisation. <<http://www.ilo.org/public/english/protection/socsec/step/download/aissjacd.doc>>

Évrard, D. (1998) *Contribution actuelle et potentielle de mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé: Cas du Mali*. USAID/PHR, BIT/ACOPAM, BIT/STEP, ANMC et WSM. <www.concertation.org>

Évrard, D. (1998a) Programme de formation des mutualités en Afrique francophone : Quels enseignements ? *Atelier sur : Les mutuelles de santé en Afrique : Concept importé ou réalité émergente ? Expériences et perspectives*. Paris, Centre international de l'enfance et de la famille, 27, 28, 29 mai 1998. Paris : CIDEF. <<http://www.concertation.org>>

Fall, C. (2002) *Extending health insurance in Senegal: Options for statutory schemes and mutual organisations*. ESS paper no 9. Geneva: International Labour Office.

Favreau, L. (1999) Économie sociale et mondialisation. In : *L'économie sociale au Nord et au Sud*, ed. Defourny, J., Develtere, P. et Fonteneau, B. Bruxelles : De Boeck Université.

Fonteneau, B. (2000) *L'émergence de pratiques d'économie sociale en matière de financement de la santé au Burkina Faso*. Leuven: Hoger Instituut voor de Arbeid. <<http://www.concertation.org>>

Galland, B., Kaddar, M. & Debaig, G. (1997) Mutualité et systèmes de prépaiement des soins de santé en Afrique sub-saharienne. *L'enfant en milieu tropical*. N°. 228 : 9-22.

Garba, M. & Cyr, V. (1998) Présentation mutuelles du Sud Borgou et Zou Nord au Bénin. *Atelier sur : Les mutuelles de santé en Afrique : Concept importé ou réalité émergente ? Expériences et perspectives*. Paris, Centre international de l'enfance et de la famille, 27, 28, 29 mai 1998. Paris : CIDEF. <<http://www.concertation.org>>

Gauthé, B. (1997) Sécurité sociale pour le secteur informel au Bénin : Etude de faisabilité du projet national. In: *Social security for the informal sector: Investigating the feasibility of pilot projects in Benin, India, El Salvador and Tanzania. Issues in social protection. Discussion paper No. 5*, ed. van Ginneken, W. Geneva: International Labour Office: Social Security Department. <<http://www.ilo.org/public/english/protection/socsec/publ/discus5.htm#ch0>>

Gbaguidi, G. (1998) Projet de synthèse sur l'expérience de l'I.P.B. *Atelier sur : Les mutuelles de santé en Afrique : Concept importé ou réalité émergente ? Expériences et perspectives*. Paris, Centre international de l'enfance et de la famille, 27, 28, 29 mai 1998. Paris : CIDEF.
<<http://www.concertation.org/>>

HealthPartners (2002) Overview. <<http://www.healthpartners.com/Menu/0,1791,5080,00.html>>

Hohmann, J., Weber, A., Herzog, C. & Criel, B. (2001) *InfoSure. Health insurance evaluation methodology and information system*. Eschborn: Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ).

Huber, G., Hohmann, J. & Reinhard, K. (2003) *Mutual health organisation (MHO) – Five years experience in West Africa. Concernes, controversies and proposed solutions*. Eschborn: Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ).

ILO-STEP. (2000) *Health Micro-insurance. A compendium*. Strategies and tools against social exclusion and poverty. Geneva: International Labour Organisation. <<http://www.gdrc.org/icm/step.pdf>>

Jakab, M. & Krishnan, C. (2001) Community involvement in health care financing: Impact, strengths and weaknesses. A synthesis of the literature. In: *Health Care Financing for Rural and Low-Income Populations: The Role of Communities in Resource Mobilization and Risk Sharing*, ed. Preker, A. Washington: World Bank.

Jütting, J. & Tine, J. (2000) *Micro insurance schemes and health care provision in developing countries: An empirical analysis of the impact of mutual health insurance schemes in rural Senegal*.
<<http://www.zef.de/download/Artikel/KV-Senegal.pdf>>

Kiwara, A. & Heijnis, F. (1997) Health insurance for informal sector workers: Feasibility study on Arusha and Mbeya, Tanzania. In: *Social security for the informal sector: Investigating the feasibility of pilot projects in Benin, India, El Salvador and Tanzania. Issues in social protection. Discussion paper No. 5*, ed. van Ginneken, W. Geneva: ILO: Social Security Department.
<<http://www.ilo.org/public/english/protection/socsec/publ/discus5.htm#ch0>>

Kone, Y., Ouattara O. & Balique, H. (1998) Un projet de création d'une mutuelle en zone rurale au Mali: La mutuelle des cotonniers de Nongon. *Atelier sur : Les mutuelles de santé en Afrique: Concept importé ou réalité émergente ? Expériences et perspectives*. Paris, Centre international de l'enfance et de la famille, 27, 28, 29 mai 1998. Paris : CIDEF. <<http://www.concertation.org/>>

Koto-Yerima, A (2001) Communication : Mutualité et techniques de communication. *Le partenariat mutualiste international : du rêve à la réalité ? Colloque international organisé par le Service de coopération internationale ANMC, le 21.06.2001*. <<http://www.concertation.org/>>

Le Moustarder, M. (2000) *Rapport annuel d'activités. 1ère année de la phase 1 (18 avril 1999 - 15 avril 2000)*. Autrèches, France, Centre international pour le développement et la recherche (CIDR).

Lespès, J. (1990) Les informalités tontinières : Traditions et innovations. In : *La tontine. Pratique informelle d'épargne et de crédit dans les pays en voie de développement*, ed. Lelart, M. Montrouge, France : Editions John Libbey Eurotext.

Letourmy, A (1998). Étude pour une stratégie d'appui aux mutuelles de santé. Rapport à l'intention du ministère des Affaires étrangères, Paris.

Letourmy, A. (2003) l'État et la couverture maladie dans les pays à faible revenu. *XXVIèmes Journées des Economistes Français de la Santé « Santé et Développement »*, Clermont-Ferrand 9 - 10 janvier 2003. Centre d'études et de recherche sur le développement international.
<<http://www.cerdi.org/colloque/Sante2003/Letourmy.pdf>>

Letourmy, A. (2003a) Les mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest. *Symposium international sur la solidarité et protection sociale dans les pays en voie de développement*, Turin, 23-25 avril 2003.

Lichtenberger, J. (2003) Essai de création d'un fonds de solidarité spécifique VIH/SIDA au sein d'une population de mutualistes d'entreprises en Côte d'Ivoire. *Symposium international sur la solidarité et protection sociale dans les pays en voie de développement*, Turin, 23-25 avril 2003.

Mariam, D. (2003) Indigenous social insurance as an alternative financing mechanism for health care in Ethiopia (the case of Eders). *Social Science and Medicine*. **56**: 1719-1726.

Massiot, N. (1998) *Contribution actuelle et potentielle de mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé : Cas du Sénégal*. USAID/PHR, BIT/ACOPAM, BIT/STEP, ANMC et WSM.
<www.concertation.org>

McCord, M. (2000) *Microinsurance: A case study of an example of the mutual model of microinsurance provision: UMASIDA*. Nairobi: MicroSave-Africa.
<<http://www.microfinancegateway.org/static/2099.htm>>

McCord, M. (2000a) *Microinsurance in Uganda: A case study of an example of the partner-agent model of microinsurance provision. NHHP/FINCA UGANDA – Health care financing plan*. Nairobi: MicroSave-Africa. <<http://www.microfinancegateway.org/static/2138.htm>>

McCord, J. & Osinde, S. (2002) *Microcare Ltd. Health Plan (Uganda). Notes from a visit 17-21 June 2002. Research conducted for Micro-Save-Africa*.
<<http://www.microinsurancecentre.org/index.cfm?fuseaction=resources.documents>>

McCord, M. & Osinde, S. (2002a) *International Centre for Development and Research (CIDR-Uganda) Community Based Health Prepayment Programme, Luweero, Uganda. Notes from a visit 24-25 June 2002. Research conducted for MicroSave-Africa*. <<http://www.microinsurancecentre.org/>>

McCord, M. & Osinde, S. (2002b) *Kitovu Patients Pre-payment Scheme (Kitovu Hospital, Masaka, Uganda). Notes from a visit 27-28 June 2002. Research conducted for MicroSave-Africa*. <<http://www.microinsurancecentre.org/>>

McCord, M. & Osinde, S. (2003) Reducing vulnerability: The supply of health microinsurance in East Africa. A synthesis report. <www.MicroSave-Africa.com>

Meessen, B., Criel, B. & Kegels, G. (2002) Les arrangements formels de mise en commun des risques maladie en Afrique subsaharienne : Pistes de réflexion sur les obstacles rencontrés. *Revue Internationale de Sécurité Sociale*. **55**(2) : 91-116.

Meessen, B., Zhang, Z., Van Damme, W., Devadasan, N., Criel, B. & Bloom, G. (2003) Iatrogenic poverty. Editorial. *Tropical Medicine and International Health*. **8**(7) : 581-676.

MEMISA (2001) *Côte d'Ivoire : Mutualité pour le développement des soins de santé dans deux quartiers d'Abidjan*. <<http://www.memisa.be/fr/projets/MUDESSA.HTM>>

Midou, K. (2001) *Banque de données sur les mutuelles de santé en Afrique : Niger*. Dakar: Concertation. <<http://www.concertation.org/>>

Moens, F. (1990) Design, implementation, and evaluation of a community financing scheme for hospital care in developing countries: A pre-paid health plan in the Bwamanda health zone, Zaire. *Social Science and Medicine*. **30**: 1319-1327.

Musau, S. (1999) *Community-based health insurance: Experiences and lessons learned from East and Southern Africa. Technical report N° 34*. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform; Abt Associates Inc. <<http://www.phrproject.com/publicat/tech/africa/download/te34/te34fin.pdf>>

Ndaye, I. (2001) La Fonction publique aura sa mutuelle de santé en avril 2002. *Le soleil*. 27 Décembre 2001. <<http://www.concertation.org/>>

Olivier de Sardan, J.P. (2003) Pourquoi le malade anonyme est-il si « mal traité » ? Culture bureaucratique commune et culture professionnelle de santé. In : *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, ed. Jaffré, Y. et Olivier de Sardan, J.P. Paris : Editions Karthala.

Organisation International de Travail (2001) *Mutuelles de santé et associations de micro-entrepreneurs. Guide*. Genève: Bureau international du Travail, STEP/SEED.

Ortiz, C. & Dogaud, H. (1998) Les formations sanitaires à base communautaire à Abidjan: Un système naissant de prépaiement non mutualisé. *Atelier sur : Les mutuelles de santé en Afrique : Concept importé ou réalité émergente ? Expériences et perspectives*. Paris, Centre international de l'enfance et de la famille, 27, 28, 29 mai 1998. Paris : CIDEF. <<http://www.concertation.org/>>

Ouattara, O., Sissouma, I. & Masson, G. (1998) Union technique de la mutualité malienne. Les intentions stratégiques. *Atelier sur : Les mutuelles de santé en Afrique : Concept importé ou réalité émergente ? Expériences et perspectives*. Paris, Centre international de l'enfance et de la famille, 27, 28, 29 mai 1998. Paris : CIDEF. <<http://www.concertation.org/>>

Ouattara, O. (2002) Assurance-maladie volontaire. Bilan technique et financier 2001. *Forum 2002 de la Concertation*. Dakar : 16-18 septembre 2002.

Pawson, R. and Tilley, N. (1997) *Realistic evaluation*. London: Sage Publications.

Preker, A., Carrin, G., Dror, D., Jakab, M., Hsiao, W. & Arhin-Tenkorang, D. (2001) The Role of Community in Resource Mobilization and Risk Sharing: A Synthesis Report. In: *Health Care Financing for Rural and Low-Income Populations: The Role of Communities in Resource Mobilization and Risk Sharing*, ed. Preker, A. Washington: World Bank. <<http://www1.worldbank.org/hnp/HNP%20Pubs%20-%20Discussion/Preker-role%20of%20communities-whole.pdf>>

Rapanoël, O. (1998) *Les mutuelles pharmacies communautaires à Madagascar*.

<<http://www.planetfinance.org/PlanetFinance/Library/keeboo/dossiers/Microassurance/contents/grqq2g.htm>>

Sanou, B. (1998) La mutuelle de santé de Bobo-Dioulasso. Un projet, une matrice culturelle. *Atelier sur : Les mutuelles de santé en Afrique : Concept importé ou réalité émergente ? Expériences et perspectives. Paris, Centre international de l'enfance et de la famille, 27, 28, 29 mai 1998.* Paris : CIDEF.

<<http://www.concertation.org/>>

Schneider, P. & Diop, F. (2001) Synopsis of results on the impact of community-based health insurance on financial accessibility to health care in Rwanda. In: *Health Care Financing for Rural and Low-Income Populations: The Role of Communities in Resource Mobilization and Risk Sharing.* ed. Preker, A. Washington: World Bank.

<<http://www1.worldbank.org/hnp/HNP%20Pubs%20-%20Discussion/Schneider-%20Synopsis%20of%20Results-whole.pdf>>

Schneider, P. & Diop, F. (2001a) *Impact of Prepayment Pilot on Health Care Utilization and Financing in Rwanda: Findings from Final Household Survey.* Bethesda, MD: The Partners for Health Reformplus Project, Abt Associates Inc.

<http://www.phrproject.com/publicat/tech/africa/download/te002_fin.pdf>

Sery, J. (1998) Les principaux axes de la réforme du financement de la santé en Côte d'Ivoire: Le recouvrement des coûts des actes de santé et l'assurance-maladie auto-financée. *Atelier sur : Les mutuelles de santé en Afrique : Concept importé ou réalité émergente ? Expériences et perspectives. Paris, Centre international de l'enfance et de la famille, 27, 28, 29 mai 1998.* Paris : CIDEF.

<<http://www.concertation.org/>>

Sery, J., Ortiz, C. & Ouattarra, A. (2001) *Étude sur le répertoire des organisations de prise en charge collective de la santé en Côte d'Ivoire. Banque de données sur les mutuelles de santé et leurs structures d'appui.* Dakar : Concertation. <<http://www.concertation.org/>>

Shaw, P. (2002) *Tanzania's Community Health Fund: Prepayment as an alternative to user fees.* Article proposé au forum de discussion de la Banque Mondiale: Flagship On-line Journal on Health Sector Reform and Sustainable Financing : <onlinejournal@lists.worldbank.org>.

<www.worldbank.org/wbi/healthflagship/oj_tanzania.doc> consulté le 18.02.2003.

Sissouma, I. (2001) Le marketing social vu par la mutuelle malienne. *Le partenariat mutualiste international : du rêve à la réalité ? Colloque international organisé par le Service de coopération internationale ANMC, le 21.06.2001.* <<http://www.concertation.org/>>

Sogloun, P. (2001) *Banque de données sur les mutuelles de santé et leurs structures d'appui : Bénin.* Dakar : La Concertation. <<http://www.concertation.org/>>

Some, M. (1998) Rôle des états et des organisations de coopération. *Atelier sur : Les mutuelles de santé en Afrique : Concept importé ou réalité émergente ? Expériences et perspectives. Paris, Centre international de l'enfance et de la famille, 27, 28, 29 mai 1998.* Paris : CIDEF.

<<http://www.concertation.org/>>

Steinwachs, L. (2002) *Extending health protection in Tanzania: Networking between health financing mechanisms.* ESS Paper no. 7. Geneva, International Labour Organisation.

Sylla, M., Barry, A., Diallo, Y., Yoboundo, M., Keita, A. & Condé, S. (2002) Test du modèle de Mutuelle Communautaire d'Aire de santé (MUCAS) en Guinée Forestière dans la période 1996-2000. In : *Le projet PRIMA en Guinée Conakry. Une expérience d'organisation de mutuelles de santé en Afrique rurale*, ed. Criel, B., Barry, A. et von Roenne, F. Bruxelles : Medicus Mundi Belgique.

Tambalou, R. (2001) *Actualisation de l'inventaire des mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre. Pays : Guinée Conakry. Rapport final*. Dakar : La Concertation. <<http://www.concertation.org/>>

Tine, J. (2001) *Banque de données sur les mutuelles de santé et leurs structures d'appui : Sénégal*. Dakar : La Concertation. <<http://www.concertation.org/>>

Thompson, C. (2002) *Social health insurance in English speaking sub-Saharan Africa. Background paper for the DFID Health Insurance Workshop, April 9-10, 2002, London*. London: DFID, Health Systems Resource Centre.

van Ginneken, W. (2003) Extending social security: Policies for developing countries. ESS Paper No. 13. Genève : Bureau International du Travail.

Vanheers, J. (2002) *Nieuwsbrief CDI-Bwamanda VZW*. Leuven: CDI-Bwamanda-België. <www.cdibwamanda.be>

Wade, A. (2001) *L'éclosion du mouvement mutualiste dans la région de Thiès au Sénégal. Le partenariat mutualiste international : du rêve à la réalité ? Colloque international organisé par le Service de coopération internationale ANMC, le 21.06.2001*. <<http://www.concertation.org/>>

Waelkens, M. et Criel, B. (2002) Étude de la perception sociale de la MUCAS Maliando. In : *Le projet PRIMA en Guinée Conakry. Une expérience d'organisation de mutuelles de santé en Afrique rurale*, ed. Criel, B., Barry, A. et von Roenne, F. Bruxelles : Medicus Mundi Belgique.

Walford, V., Basaza, R., Magezi, A., Masiko, A., Noble, G., Somerwell, F., Thornberry, J. & Yates, R. (2000) *Uganda Community Health Financing Project – Output to purpose review*. London: Institute for Health Sector Development.

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 : *Le projet PRIMA en Guinée Conakry. Une expérience d'organisation de mutuelles de santé en Afrique rurale*, ed. Criel, B., Barry, A. et von Roenne, F. Bruxelles : Medicus Mundi Belgique.

Wilson, L. (2002) *Final project evaluation report. Community health financing project*. Kampala: Uganda Community Based Health Financing Association and DFID.

Zett, J. (2001) *Actualisation de l'inventaire des mutuelles de santé au Burkina Faso. Banque de données sur les mutuelles de santé et leurs structures d'appui*. Dakar : La Concertation. <http://www.concertation.org/>



HEALTH, NUTRITION,
AND POPULATION



HUMAN DEVELOPMENT NETWORK

THE WORLD BANK

About this series...

This series is produced by the Health, Nutrition, and Population Family (HNP) of the World Bank's Human Development Network. The papers in this series aim to provide a vehicle for publishing preliminary and unpolished results on HNP topics to encourage discussion and debate. The findings, interpretations, and conclusions expressed in this paper are entirely those of the author(s) and should not be attributed in any manner to the World Bank, to its affiliated organizations or to members of its Board of Executive Directors or the countries they represent. Citation and the use of material presented in this series should take into account this provisional character. For free copies of papers in this series please contact the individual authors whose name appears on the paper.

Enquiries about the series and submissions should be made directly to the Managing Editor Joy de Beyer (jdebeyer@worldbank.org) or HNP Advisory Service (healthpop@worldbank.org, tel 202 473-2256, fax 202 522-3234). For more information, see also www.worldbank.org/hnppublications.



THE WORLD BANK

1818 H Street, NW
Washington, DC USA 20433
Telephone: 202 473 1000
Facsimile: 202 477 6391
Internet: www.worldbank.org
E-mail: feedback@worldbank.org