



EMES CONFERENCES

SELECTED PAPERS SERIES

"The Third Sector and Sustainable Social Change: New Frontiers for Research"
Barcelona (Spain) - July 9-12, 2008

8th ISTR International Conference
2nd EMES-ISTR European Conference
in partnership with CINEFOGO

LES DETERMINANTS DE L'ADHESION AUX MUTUELLES DE SANTÉ EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE : UN INVENTAIRE DES TRAVAUX EMPIRIQUES

Jacques Defourny et Julie Failon
Centre d'Economie Sociale, Université de Liège, Belgique

Copyright © 2009 J. Defourny et J. Failon

Any portion of these materials is freely available for information and educational purposes, but cannot be re-published in any format that may entail fees or royalties without the express permission of the copyright holders.

ABOUT THE EMES CONFERENCES SELECTED PAPERS SERIES:

This series aims to ensure that selected papers from conferences in which EMES has been involved will be accessible to a larger community interested in the third sector and social enterprise.

EMES Conferences Selected Papers have not undergone any editing process.

All the papers of the series are available for download at www.emes.net.

TABLE DES MATIERES

Introduction.....	3
1. L'émergence des mutuelles de santé	4
2. La problématique de l'adhésion : approche théorique et études empiriques	5
3. Les déterminants d'adhésion relatifs aux ménages	6
3.1. Caractéristiques individuelles.....	6
Âge et sexe	6
Niveau d'éducation	7
Ethnie	7
Religion.....	8
Croyances culturelles.....	8
Statut professionnel du chef de ménage.....	8
3.2. Caractéristiques socio-économiques des ménages	8
Capacité financière des ménages	8
Taille du ménage	9
Régime matrimonial	9
Etat de santé moyen du ménage	9
Recours thérapeutiques et perceptions de la santé.....	10
Cohésion du groupe cible.....	10
Passé associatif	10
4. Les déterminants relatifs aux prestataires de soins.....	11
4.1. La qualité des soins de santé	11
4.2. La confiance dans les compétences des prestataires de soins	12
4.3. La distance géographique.....	13
4.4. Le choix des structures de soins	13
5. Les paramètres propres aux mutuelles de santé	13
5.1. Les modalités d'affiliation et les prestations offertes aux membres.....	14
Montant de l'adhésion et des cotisations	14
Périodicité des cotisations	14
Affiliation familiale ou seulement partielle	14
Prestations offertes.....	15
Règles internes.....	15
5.2. La confiance dans la mutuelle de santé.....	15
5.3. Information et compréhension.....	16
6. Tableau de synthèse.....	17
7. L'adhésion vue par les agents promouvant les mutuelles.....	19
Conclusion	21
Bibliographie.....	22

INTRODUCTION

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

Face à ces difficultés, on voit émerger, depuis une quinzaine d'années, des systèmes de micro-assurance santé en Afrique subsaharienne. Leur principal objectif étant d'améliorer l'accès des populations démunies aux soins de santé, ils peuvent constituer une alternative pertinente pour les personnes ne bénéficiant d'aucune protection sociale. C'est pourquoi ils suscitent un vif intérêt auprès d'une multitude d'acteurs tant publics que privés. Bien que ces systèmes de micro-assurance santé soient relativement récents, ils ne cessent de prendre de l'ampleur. Leur nombre semble en effet en constante progression, l'inventaire de la Concertation (2004) entre les acteurs de développement des mutuelles de santé en Afrique dénombrant pas moins de six cent vingt-deux organismes en 2004 dans onze pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre¹. Néanmoins, nombre de ces initiatives demeurent au stade expérimental et rencontrent une multitude d'obstacles à leur développement².

Parmi les problèmes rencontrés, la question de l'adhésion apparaît comme un élément central. Malgré le développement et la multiplication des mutuelles de santé, le nombre de bénéficiaires demeure particulièrement faible. En tout cas, force est de constater actuellement que les taux d'adhésion et de pénétration restent très bas, atteignant rarement plus de 10% de la population cible³. Les raisons de cette faible participation des populations ont suscité un certain nombre d'enquêtes, mais celles-ci ont souvent été réalisées avec des méthodologies et dans des contextes difficilement comparables. C'est pourquoi l'objectif de cet article est de dresser un état des lieux des recherches menées dans le domaine afin de dégager ce que l'on sait de plus sûr quant aux déterminants d'adhésion aux mutuelles de santé.

Dans une première partie, nous présenterons brièvement le contexte d'émergence et les caractéristiques des systèmes de micro-assurance santé et des mutuelles de santé en Afrique subsaharienne. Puis, une seconde partie abordera la problématique de l'adhésion sous un angle plus théorique et présentera ensuite les études dignes d'intérêt pour notre exercice de synthèse. Dans un troisième temps, nous passerons en revue les différents déterminants d'adhésion mis évidence par les enquêtes. Pour cela, nous traiterons successivement les facteurs liés aux ménages, aux prestataires de soins et aux mutuelles elles-mêmes.

¹ Notons toutefois que le manque de données et de documentation ne permet pas d'établir un inventaire exhaustif. Aucune mise à jour de cet inventaire n'a été réalisée depuis 2003 et il apparaît que ces chiffres sont aujourd'hui dépassés en raison de l'expansion du mouvement en Afrique de l'Ouest.

² À titre d'exemple, sur les 622 systèmes de micro-assurance santé répertoriés par la Concertation, seuls 366 paraissaient vraiment fonctionnels (La Concertation, 2004).

³ De Allegri et al., 2006a ; Waelkens & Criel, 2004.

1. L'ÉMERGENCE DES MUTUELLES DE SANTÉ

Durant la période coloniale, les soins de santé en Afrique subsaharienne étaient généralement dispensés gratuitement. Une fois leur indépendance acquise, la plupart des Etats émergents privilégièrent des programmes verticaux ciblant la lutte contre les grands fléaux en raison du contexte épidémiologique de l'époque, mais ne tenant guère compte de la dimension économique. Face aux difficultés croissantes de financement, d'accessibilité et d'équité dans le domaine de la santé que rencontraient ces gouvernements, la Conférence d'Alma Ata préconisa en 1978 une réforme fondamentale des systèmes sanitaires et érigea une stratégie d'accès aux soins de santé primaires pour tous. Si cette dernière fût appliquée de différentes manières selon les pays, tous disposaient de trop peu de moyens financiers pour garantir l'équité dans l'accès aux soins de santé jugés prioritaires. L'Initiative de Bamako en 1987 émergea dans ce contexte de couverture inégalitaire, de médiocre qualité des soins et de dégradation des infrastructures sanitaires. Elle privilégia le financement communautaire des soins de santé dans le cadre d'une politique de recouvrement des coûts dans les structures de santé publique.

Cette logique est aujourd'hui lourde de conséquences pour les plus démunis, souvent dans l'incapacité financière de recourir aux structures sanitaires. Les gouvernements n'apportent qu'une réponse insuffisante, la sécurité sociale couvrant uniquement les travailleurs du secteur formel et les fonctionnaires, soit environ 10% de la population en Afrique de l'Ouest⁴. De même, les compagnies d'assurance privées restent peu nombreuses et financièrement inaccessibles pour le plus grand nombre. Enfin, si face aux difficultés qu'elles rencontrent, les communautés organisent une solidarité autour de mécanismes informels d'entraide, ceux-ci demeurent le plus souvent insuffisants pour pallier aux problèmes de financement des soins de santé⁵. Dès lors, dans un contexte de démocratisation et d'émergence de la société civile, différents systèmes de financement communautaires de la santé ont vu le jour en Afrique subsaharienne afin d'améliorer l'accès à des soins de santé de qualité et la protection sociale d'une plus large part de la population.

Différents termes définissent ces nouvelles initiatives. La notion de "micro assurance santé", désignant une large variété de systèmes, a été proposée par le BIT/STEP afin de rendre compte d'une part des faibles cotisations versées par les membres et, d'autre part, de la proximité entre ceux-ci et l'organisation⁶. Ainsi le vocable "micro" renvoie au faible degré d'organisation sociale dans lequel l'activité se déroule⁷.

Les mutuelles de santé constituent l'une des formes les plus abouties et les plus développées en Afrique subsaharienne parmi la diversité de ces initiatives⁸. Le BIT/STEP définit la mutuelle de santé comme *"une association à but non lucratif, basée sur les principes de solidarité et d'entraide entre les personnes physiques qui y adhèrent de façon libre et volontaire"*⁹. Grâce aux cotisations des membres, non liées aux risques individuels, et son principe de démocratie participative, la mutuelle de santé vise avant tout à garantir le paiement ou le remboursement d'une partie ou de la totalité des frais des soins de santé, en accord avec les contrats négociés avec les prestataires. Bien que neuf initiatives de micro-

⁴ BIT-STEP, 2000.

⁵ Fonteneau, 2000.

⁶ Fonteneau, 2003.

⁷ Toutefois, le terme serait parfois critiqué par certains promoteurs de mutuelles de santé car il ne refléterait pas suffisamment le caractère participatif, non lucratif et solidaire de ces associations (Develtere, Doyen, Fonteneau, 2004).

⁸ BIT/STEP, 2000 ; Fonteneau, 2000.

⁹ BIT/STEP, 2000, p. 25.

assurance santé sur dix se définissent comme mutuelles de santé¹⁰, il se peut que, dans les faits, leurs mécanismes et leurs principes présentent pas mal de différences¹¹.

2. LA PROBLÉMATIQUE DE L'ADHÉSION : APPROCHE THÉORIQUE ET ÉTUDES EMPIRIQUES

Parmi les différents défis auxquels les mutuelles de santé doivent faire face, la problématique de l'adhésion apparaît actuellement prépondérante. En effet, bien que le mouvement mutualiste n'ait de cesse de se développer en Afrique subsaharienne, le pourcentage de la population couverte n'atteint généralement guère plus d'1%¹². Partout, un constat s'impose : les taux de pénétration des mutuelles de santé demeurent relativement faibles, remettant parfois en question la viabilité même de l'organisation¹³. En contraste avec l'enthousiasme que suscitent au départ les mutuelles de santé auprès des populations cibles, nombre de ces organisations connaissent par la suite des taux d'adhésion généralement inférieurs aux prévisions, un taux élevé de non renouvellement des adhésions et des problèmes dans le prélèvement des cotisations¹⁴.

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

En théorie, une série d'indicateurs sont concevables pour apprécier la dynamique d'adhésion : le taux de croissance brut permettant d'estimer l'évolution du nombre d'adhérents et de bénéficiaires ; le taux de fidélisation, calculé sur base du renouvellement des adhésions des membres ; le taux de pénétration, c'est-à-dire le pourcentage d'individus membres par rapport à la population cible de départ ; les taux de croissance interne et externe qui permettent d'apprécier l'évolution en termes de nouveaux membres dans d'anciennes ou de nouvelles zones (croissance interne et croissance externe) ; le taux de recouvrement des cotisations pouvant indiquer une désaffiliation des membres. Dans l'étude des facteurs influençant l'adhésion à une mutuelle de santé, il conviendrait également de distinguer la primo-adhésion du renouvellement de l'adhésion¹⁵.

La dynamique d'adhésion peut également être envisagée sous l'angle de la disposition à payer des individus pour un système de micro-assurance santé. Bien que cette approche teste moins la décision d'adhérer, elle permet toutefois d'évaluer la somme maximum qu'un individu est prêt à dépenser pour un tel produit. La disposition à payer pour une mutuelle de santé constitue donc un indicateur de l'utilité de celle-ci pour les individus ou de leur degré de satisfaction (effective ou attendue) à leur égard¹⁶.

Dans la pratique, les études empiriques abordant les déterminants de la participation aux mutuelles de santé se heurtent pratiquement toujours au manque de données disponibles au

¹⁰ La Concertation, 2004.

¹¹ Fonteneau, 2003.

¹² Waelkens & Criel, 2004 ; Fonteneau, 2003.

¹³ De Allegri et al., 2006a ; De Allegri et al., 2006b ; De Allegri et al., 2005 ; Musango et al., 2004 ; Criel et al., 2002 ; Tine, 2000.

¹⁴ De Allegri et al., 2006a ; Fonteneau, 2003.

¹⁵ Fonteneau, 2006 et 2003.

¹⁶ Dong et al., 2003.

sein des organisations¹⁷. En effet, bien peu parmi ces dernières disposent d'informations sur le profil des membres et les différents registres sont bien souvent lacunaires. Bien qu'ils soient nécessaires pour étudier le phénomène de l'adhésion, les différents indicateurs évoqués sont donc difficilement calculables. Par ailleurs, les études consacrées exclusivement à la dynamique de l'adhésion demeurent peu nombreuses, bien qu'elles soient en augmentation au cours des dernières années¹⁸.

Dans un tel contexte de "pauvreté statistique", il nous paraît d'autant plus intéressant et nécessaire de tenter un état des lieux des connaissances empiriques concernant les déterminants d'adhésion aux mutuelles de santé en Afrique subsaharienne. Pour cela, nous nous sommes basés sur quinze études empiriques¹⁹ qui ont toutes été menées en Afrique de l'Ouest²⁰ ou en Afrique de l'Est et du Centre²¹. En outre, trois recherches qui se voulaient elle aussi comparatives ont également été prises en compte²².

Un tableau récapitulatif des principaux paramètres de ces travaux d'enquête est présenté en annexe. On retiendra notamment que certaines analyses se concentrent spécifiquement sur la problématique de l'adhésion aux mutuelles de santé, tandis que d'autres l'abordent entre divers autres questionnements. Par ailleurs, ces études s'inscrivent dans différents champs disciplinaires tels que l'économie, la sociologie et la santé publique.

Un autre point de divergence entre ces études empiriques réside dans la méthodologie employée. Quelques-unes se sont basées sur une approche quantitative²³. D'autres ont privilégié des analyses qualitatives²⁴ en s'appuyant sur des "focus groups" et/ou des entretiens individuels semi structurés. Le nombre de mutuelles prises en compte ainsi que le mode de sélection des individus interrogés varient aussi, parfois fortement. Enfin, les mutuelles étudiées sont également dissemblables tant au niveau du "membership" que des prestations offertes, de l'appui extérieur, etc.

3. LES DÉTERMINANTS D'ADHÉSION RELATIFS AUX MÉNAGES

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

3.1. Caractéristiques individuelles

L'âge, le sexe, l'ethnie, la religion, le niveau d'éducation et le statut professionnel des individus constituent autant de caractéristiques pouvant potentiellement influencer la décision d'adhérer ou non à une mutuelle de santé.

Âge et sexe

Les études s'accordent généralement sur le fait que l'adhésion ne semble pas liée au genre²⁵. Néanmoins, l'étude de Dong et al. (2003) au Burkina Faso indique que les hommes sont disposés à payer davantage que les femmes pour une mutuelle de santé. Ceci tiendrait au fait

¹⁷ Fonteneau, 2006 ; Fonteneau, 2003, Dubois ; 2002 ; Atim, 2000.

¹⁸ De Allegri et al., 2006a ; Fonteneau, 2006 ; De Allegri et al., 2005.

¹⁹ Un tableau récapitulatif de ces études est présenté en annexe.

²⁰ De Allegri et al., 2006a ; De Allegri et al., 2006b ; De Allegri et al., 2005 ; Jütting, 2005 ; Criel & Waelkens, 2003 ; Dong et al., 2003 ; Fonteneau, 2003 ; Dubois, 2002 ; Criel et al., 2002 ; Tine, 2000.

²¹ Basaza et al., 2008 ; Schneider, 2005 ; Musango et al., 2004 ; Criel, 1998.

²² Fonteneau, 2006 ; Waelkens & Criel, 2004 ; Atim, 2000.

²³ De Allegri et al., 2006b ; Jütting, 2005 ; Musango et al., 2004 ; Dong et al., 2003 ; Dubois, 2002.

²⁴ Basaza et al., 2008 ; De Allegri et al., 2006a ; De Allegri et al., 2005 ; Schneider, 2005 ; Criel & Waelkens, 2003 ; Fonteneau, 2003 ; Dubois, 2002 ; Criel et al., 2002 ; Atim, 2000 ; Criel, 1998.

²⁵ De Allegri et al., 2006b ; Jütting, 2005 ; Musango et al., 2004 ; Dubois, 2002.

que les femmes ont un niveau d'éducation plus bas, des revenus plus faibles et des taux de mariage plus élevés que les hommes.

Des résultats contradictoires sont relevés en ce qui concerne l'âge des individus. Dubois (2002) constate un nombre important de personnes âgées (plus de 60 ans) parmi les mutualistes. D'autres études indiquent que l'âge semble ne pas exercer d'influence, les plus jeunes, comme les plus âgés, n'étant jamais sous ou sur-représentés parmi les adhérents²⁶. Enfin, Criel (1998) rapporte le fait que les personnes plus âgées sont davantage exclues économiquement et socialement de la communauté et éprouvent donc plus de difficultés à participer à la mutuelle de santé. Dans le même sens, Dong et al. (2003) constatent que les personnes âgées seraient disposées à payer moins que les jeunes pour une mutuelle de santé.

Niveau d'éducation

Les données empiriques révèlent par ailleurs que l'éducation influence la participation à une mutuelle de santé, un niveau d'éducation plus élevé favorisant l'adhésion²⁷. L'hypothèse de Dubois (2002) est que les individus ayant bénéficié d'une instruction formelle accorderaient une plus grande attention aux risques sanitaires, seraient plus ouverts à l'innovation et auraient de plus grandes facultés à comprendre l'intérêt du système mutualiste.

L'étude de Jütting (2005) au Sénégal indique que plus le niveau d'éducation est élevé, plus la probabilité d'adhérer à une mutuelle de santé est grande et ce, que l'on mesure le niveau d'éducation en nombre d'années de scolarité ou en termes d'aptitude à lire et à écrire. Ainsi, parmi la population couverte par la recherche, environ 80% des individus ayant suivi des études secondaires et 90% des individus ayant un titre universitaire sont membres d'une mutuelle de santé. Les chefs de ménage ayant reçu un minimum d'instruction formelle sont plus enclins à participer. De même, les personnes sachant lire et écrire sont davantage susceptibles d'adhérer à une mutuelle de santé que les personnes illettrées (respectivement 70% et 55% d'adhérents).

Ethnie

Deux études empiriques constatent une plus grande affiliation de certaines ethnies aux mutuelles de santé²⁸. Une recherche menée au Burkina Faso par De Allegri et al. (2006b) révèle un lien significatif entre l'ethnie Bwaba (pourtant minoritaire dans la région ciblée) et l'adhésion à la mutuelle de santé en évoquant une ouverture d'esprit plus grande des Bwaba face à l'innovation, notamment en matière de santé, et leur perception du risque maladie différente de celle des autres ethnies.

De même, selon l'étude de Jütting (2005) au Sénégal, l'ethnie Wolof présente un taux de participation à la mutuelle de santé nettement supérieur (90%) à celui d'autres ethnies comme les Sérères (68%) et les Peulh (35%). Tout comme les Bwaba au Burkina Faso, les Wolofs seraient en général davantage ouverts à l'innovation. Une autre explication possible réside dans le fait que les Wolofs ont en moyenne un niveau de vie plus élevé que les autres groupes ethniques (leurs dépenses moyennes étant deux fois plus élevées que celles des Sérères, par exemple). La faible adhésion des Peulh paraît quant à elle assez logique : nomades, ces populations sont moins enclines à adhérer à une mutuelle de santé en raison de leur difficulté à recourir aux services conventionnés, très spécifiquement localisés.

²⁶ De Allegri et al., 2006b ; Jütting, 2005.

²⁷ De Allegri et al., 2006b ; Jütting, 2005 ; Dong et al., 2003 ; Dubois, 2002.

²⁸ De Allegri et al., 2006b ; Jütting, 2005.

Religion

Bien qu'elle soit peu envisagée comme déterminant d'adhésion dans les études sélectionnées, la religion pourrait également avoir une influence sur l'adhésion des ménages à un système de financement communautaire pour la santé²⁹. Ainsi, selon l'enquête réalisée par Jütting (2005) dans la région de Thiès au Sénégal, le pourcentage de la population chrétienne adhérant à un système d'assurance santé (80%) est plus élevé que celui de la communauté musulmane (50%). Par ailleurs, parmi les mutualistes, 60% sont de religion chrétienne, contre 35% de musulmans. Le niveau de vie ne semble pas ici en cause, les musulmans ayant un revenu moyen plus important que celui des chrétiens. Mais cet engagement plus conséquent de la communauté chrétienne peut s'expliquer par l'appui important du diocèse dont a bénéficié la mutuelle de santé étudiée. En effet, il apparaît que la promotion des activités de l'organisation mutualiste a été plus intense dans les villages où l'Eglise catholique était présente et active. Ainsi, si la population musulmane semble moins motivée que la communauté chrétienne, elle est également moins bien informée. Des niveaux de sensibilisation différents pourraient donc *in fine* également expliquer ces taux d'adhésion fort différents.

Croyances culturelles

L'influence éventuelle des croyances culturelles sur l'adhésion à une mutuelle de santé est peu envisagée dans les différentes études empiriques. Celle de De Allegri et al. (2006a) mentionne que les individus interrogés (adhérents et non adhérents) sont réticents à expliquer les faibles taux d'adhésion par certaines croyances qui décourageraient les adhérents potentiels. Néanmoins, pratiquement toutes ces mêmes personnes reconnaissent que le fait d'épargner (ou de contribuer à l'avance) pour la santé comporte le risque d'attirer la maladie, bien qu'elles disent ne pas se reconnaître pas dans une telle croyance, systématiquement attribuée à d'autres. Selon Jütting (2005), cette conception de l'épargne pour la santé, fréquemment évoquée au Sénégal, constitue un réel obstacle à l'adhésion à un système d'assurance.

Statut professionnel du chef de ménage

Au sens strict, le métier du chef de ménage semble ne pas exercer d'influence sur la décision d'adhérer ou non à une mutuelle de santé³⁰, si ce n'est que les Peulh, comme on l'a déjà dit, s'affilieraient peu en raison de leur mode de vie nomade³¹.

3.2. Caractéristiques socio-économiques des ménages

Nous envisagerons ici la capacité contributive des ménages, leur taille, leur régime matrimonial, l'état de santé moyen des membres du ménage, la cohésion sociale au sein du groupe cible de la mutuelle et l'expérience de la communauté en termes de vie associative.

Capacité financière des ménages

Le niveau de revenus des ménages apparaît comme un paramètre essentiel de l'adhésion. En effet, les données empiriques indiquent qu'une faible capacité contributive des ménages constitue un frein majeur à l'affiliation à une mutuelle de santé³². Le manque de ressources financières est souvent la première raison invoquée tant par les mutualistes que par les non

²⁹ Jütting, 2005 ; Dong et al., 2003.

³⁰ De Allegri et al., Musango et al., 2004.

³¹ Jütting, 2005.

³² Basaza et al., 2008 ; De Allegri et al., 2006a ; De Allegri et al., 2005 ; Jütting, 2005 ; Criel & Waelkens, 2003 ; Fonteneau, 2003 ; Criel et al., 2002 ; Tine, 2000 ; Criel, 1998.

mutualistes pour expliquer la faible participation à la mutuelle de santé³³. Il ressort d'ailleurs de plusieurs études que le niveau socio-économique des adhérents est plus élevé que celui des non adhérents³⁴. Bien que les individus considèrent le plus souvent que le montant de la cotisation individuelle est juste ou "abordable" (surtout comparée aux frais à supporter sans affiliation), nombre d'entre eux ne peuvent prendre en charge les cotisations pour l'ensemble des membres du ménage³⁵.

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

Taille du ménage

Concernant la taille des ménages, les travaux empiriques présentent des résultats quelque peu contradictoires. Selon Dubois (2002), la taille des ménages n'aurait pas d'influence significative. Si une participation plus importante des ménages de grande taille peut être constatée³⁶, elle tiendrait essentiellement au niveau de revenu plus important de ceux-ci, les familles de petite taille ayant globalement une capacité contributive plus faible³⁷. A l'inverse, d'autres études mentionnent la plus grande difficulté des ménages de grande taille à participer à un système de mutualisation des risques maladie³⁸. Bien que ces familles ne soient pas considérées comme parmi les plus pauvres au sein de la communauté, elles se voient généralement dans l'incapacité de supporter les cotisations pour l'ensemble des membres du ménage³⁹.

Régime matrimonial

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

Etat de santé moyen du ménage

Deux études indiquent que l'état de santé moyen des membres du ménage n'exerce pas d'influence sur l'adhésion⁴⁰. Ainsi, dans le district de Kabutare, au Rwanda, la morbidité des

³³ Basaza et al., 2008 ; De Allegri et al., 2006a ; Jütting, 2005 ; Waelkens & Criel, 2004 ; Criel et al., 2002 ; Criel, 1998.

³⁴ De Allegri et al., 2006b ; Jütting, 2005 ; Musango et al., 2004 ; Dubois, 2002.

³⁵ De Allegri et al., 2006a ; De Allegri et al., 2006b ; De Allegri et al., 2005 ; Criel & Waelkens, 2003.

³⁶ Musango et al., 2004 ; Dubois, 2002.

³⁷ Dubois, 2002.

³⁸ Basaza et al., 2008 ; Criel & Waelkens, 2003 ; Fonteneau, 2003 ; Criel et al., 2002.

³⁹ Criel & Waelkens, 2003.

⁴⁰ De Allegri et al., 2006b ; Musango et al., 2004.

ménages des membres et des non membres n'est pas significativement différente (respectivement 43% et 38%). De même, une proportion identique de mutualistes (85%) et de non mutualistes (84%) déclarent avoir été atteint d'une affection grave (Musango et al., 2004). A l'inverse, l'étude de la mutuelle de santé de Zabré, au Burkina Faso, atteste que l'état de santé des mutualistes est globalement meilleur que celui des non adhérents (Dubois, 2002).

Recours thérapeutiques et perceptions de la santé

Selon Dubois (2002), les adhérents à la mutuelle de santé accordent davantage d'importance à la santé que les non membres. En outre, les résultats d'une autre recherche au Burkina Faso indiquent que les adhérents à une mutuelle de santé ont une perception plus négative des soins traditionnels que les non adhérents, les jugeant souvent médiocres ou inefficaces (De Allegri et al., 2006b). Cependant, un recours antérieur aux services de santé ne semble pas influencer une décision d'adhésion, membres et non membres ayant en gros des recours thérapeutiques analogues⁴¹. Ainsi Jütting (2005) constate que, dans la région de Thiès, 90% des individus ont pour premier recours le centre de santé local, sans qu'il y ait de différence entre les adhérents et les non adhérents. En ce qui concerne les mesures de prévention de la maladie, l'étude de Jütting et Tine (2000) indique que les adhérents recourent davantage que les non adhérents à des techniques telles que l'épuration de l'eau ou l'utilisation de moustiquaires. Néanmoins, ces différences tiendraient essentiellement au niveau de revenus plus élevé des adhérents.

Cohésion du groupe cible

Des divergences apparaissent entre les auteurs quant à l'impact de la cohésion du groupe cible sur l'adhésion à une mutuelle de santé. Selon certains, le climat de confiance et la solidarité au sein d'une communauté ne semblent pas avoir d'influence sur la décision d'adhérer ou non à une mutuelle de santé⁴². Ainsi, dans la mutuelle de santé de Thiès, au Sénégal, adhérents et non adhérents évaluent de manière identique le degré de confiance et de solidarité au sein de leur village (Jütting, 2005). De même, les valeurs de solidarité et d'entraide semblent similaires chez les membres et les non membres de la mutuelle de Zabré (Dubois, 2002). Par contre, Atim (2000) indique que, parmi les mutuelles de santé à adhésion volontaire couvertes par son étude, seules deux mutuelles dont le groupe cible était restreint et particulièrement soudé, sont parvenues à atteindre un taux de pénétration élevé (supérieur à 50%).

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

Passé associatif

L'existence d'associations informelles de partage de risque semble faciliter l'implantation d'une mutuelle de santé⁴³. Néanmoins, la logique des institutions traditionnelles d'entraide étant différente, elle pourrait aussi induire des malentendus et des déceptions chez les adhérents (Jütting, 2005). A ce sujet, Criel et Waelkens constatent pourtant que les adhérents comme les non adhérents distinguent clairement les spécificités propres à la mutuelle de santé et aux systèmes traditionnels d'entraide (Criel & Waelkens, 2003 ; Criel et al., 2002). De Allegri et al. (2006b) indiquent quant à eux que l'introduction d'une assurance santé communautaire est plus aisée dans les communautés déjà habituées au partage de risque.

⁴¹ De allegri et al., 2006b ; Jütting, 2005.

⁴² Jütting, 2005 ; Dubois, 2002 ; Jütting & Tine, 2000.

⁴³ De Allegri et al., 2006b ; Jütting, 2005 ; Dubois, 2002.

Toutefois, comme ils trouvent parmi les membres et non membres une proportion identique d'individus impliqués dans un autre système formel ou informel de partage de risque, l'influence de ce facteur sur l'adhésion reste douteuse.

A l'inverse, selon l'étude de Dubois (2002), les membres de la mutuelle de santé sont davantage impliqués dans la vie associative de la communauté que les non membres. Ainsi, 58% des adhérents de la mutuelle de santé de Zabré sont membres d'une des deux associations à l'origine de la création de la mutuelle. L'influence positive de l'expérience associative des individus s'expliquerait notamment par les prédispositions plus grandes des membres à s'impliquer dans un système de partage communautaire, par l'effet d'entraînement de personnes participant déjà à une association, par une sensibilisation accrue au profit de la mutuelle au sein des systèmes préexistants et par la quasi obligation d'adhérer à la mutuelle pour ne pas perdre l'argent investi dans l'une des associations initiatrices.

Néanmoins, comme on le verra plus loin (section 6), des expériences antérieures négatives peuvent altérer la confiance des populations et constituer un frein à l'adhésion à une mutuelle de santé⁴⁴.

4. LES DETERMINANTS RELATIFS AUX PRESTATAIRES DE SOINS

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

4.1. La qualité des soins de santé

La qualité des soins de santé peut elle-même être abordée sous un double aspect: d'une part, elle peut constituer une condition indispensable au succès des mutuelles de santé, d'autre part, ces dernières peuvent contribuer à l'amélioration de la qualité des soins dispensés dans les formations sanitaires conventionnées⁴⁵.

La qualité "objective" des soins ou la perception plus subjective qu'en ont les populations peut motiver ou décourager celles-ci à s'affilier à un système de mutualisation des risques santé. L'adhésion serait toutefois davantage influencée par la perception qu'ont les usagers de la qualité de l'offre⁴⁶. Or, il ressort des études empiriques que les populations sont généralement insatisfaites de la qualité des soins de santé, en particulier dans les structures sanitaires publiques⁴⁷. Les principaux critères d'évaluation de la qualité de l'offre de soins concernent l'accueil (disponibilité des prestataires de soins, temps d'attente, respect et considération de la part des soignants), la prescription et la disponibilité des médicaments ainsi que la rapidité des résultats du traitement⁴⁸. Alors que certaines études stipulent que les principales critiques émises par les adhérents tiennent à la mauvaise qualité des médicaments prescrits⁴⁹ et aux ruptures de stock des produits⁵⁰, d'autres mentionnent que le mécontentement des bénéficiaires est davantage lié aux sur-prescriptions de médicaments et à la façon dont les agents de santé traitent différemment les patients selon leur statut socio-économique⁵¹. Enfin, certains mutualistes se plaignent également du fait d'être moins bien

⁴⁴ Basaza et al., 2008 ; Schneider, 2005, Criel & Waelkens, 2003 ; Criel et al., 2002 ; Dubois, 2002.

⁴⁵ Waelkens & Criel, 2004 ; Atim, 2000.

⁴⁶ Waelkens & Criel, 2004.

⁴⁷ Schneider, 2005 ; Waelkens et Criel, 2004 ; Fonteneau, 2003 ; Criel, 2002 ; Criel, 1998.

⁴⁸ Waelkens & Criel, 2004 ; Criel et Waelkens, 2003 ; Fonteneau, 2003 ; Criel et al., 2002 ; Atim, 2000.

⁴⁹ Criel et al., 2002.

⁵⁰ Basaza et al., 2008 ; Criel & Waelkens, 2003.

⁵¹ De Allegri et al., 2006a, De Allegri et al., 2005 ; Schneider, 2005 ; Criel, 2002.

traités que les non membres⁵². Selon eux, cette différence de traitement entre mutualistes et non mutualistes tient à la perte d'avantages pour les agents de santé, résultant de la présence du nouvel acteur qu'est la mutuelle (sans elle, il est plus facile d'imposer aux patients des paiements supplémentaires en espèces ou en nature). En outre, certains adhérents déclarent qu'ils ne renouvelleront pas leur adhésion si la qualité des soins dispensés dans les centres de santé conventionnés ne s'améliore pas⁵³. Ainsi une médiocre qualité de l'offre sanitaire apparaît bien comme un facteur prépondérant de non adhésion et un motif important de désaffiliation d'une mutuelle de santé.

Malgré tous les manquements qui persistent dans le chef des formations sanitaires, bien des bénéficiaires reconnaissent que les mutuelles de santé contribuent souvent à renforcer et à faciliter l'accès aux centres de santé, notamment en termes de rapidité et de fréquence de consultations⁵⁴. Certaines mutuelles parviendraient même à obtenir des résultats en termes d'amélioration de la qualité de l'offre de soins. En effet, des bénéficiaires constatent parfois qu'un meilleur accueil leur est réservé dans les centres de santé conventionnés depuis leur adhésion à la mutuelle⁵⁵. En outre, une mutuelle de santé peut envisager de mettre en place ses propres services sanitaires afin de garantir une offre de qualité⁵⁶. Néanmoins, Waelkens et Criel (2004) soulignent que la pauvreté des expériences de ce type ne permet pas d'attester qu'une amélioration de la qualité des soins survient souvent grâce à la mise en place d'une mutuelle de santé.

Le poids des mutuelles de santé serait encore trop faible pour pouvoir exercer une réelle influence sur les comportements des agents de santé⁵⁷. D'une part, nombre de mutualistes (et de non mutualistes) ne percevraient que trop peu le rôle de contre-pouvoir que pourraient jouer les mutuelles de santé auprès des prestataires de soins. D'autre part, les agents de santé, peu habitués au dialogue avec les populations ne seraient pas suffisamment préparés à établir ce type de relation avec les usagers⁵⁸. Par ailleurs, une certaine résistance des prestataires de soins est parfois constatée lors de la mise en place de systèmes mutualistes⁵⁹. Ainsi, une amélioration de la qualité des soins nécessite un changement de comportement de la part des professionnels de la santé, bien que la capacité d'incitation des mutuelles de santé ne soit pas contestée.

4.2. La confiance dans les compétences des prestataires de soins

Outre l'insatisfaction des usagers concernant l'attitude des soignants à l'égard des patients, des recherches empiriques attestent de la méfiance des populations à l'égard des compétences des agents de santé⁶⁰. Selon l'étude de Schneider (2005), adhérents comme non adhérents se plaignent d'incompétences techniques de la part des prestataires de soins. Certains bénéficiaires reprochent également à ceux-ci de ne pas respecter leurs engagements à l'égard du système mutualiste. L'étude suggère que le scepticisme des communautés envers le personnel des formations sanitaires altère leur confiance dans la mutuelle et a donc un effet négatif sur l'adhésion⁶¹.

⁵² Criel et al., 2002 ; Criel, 1998.

⁵³ Criel et al., 2002.

⁵⁴ Schneider, 2005 ; Criel & Waelkens, 2003.

⁵⁵ Fonteneau, 2003 ; Atim, 2000.

⁵⁶ Atim, 2000.

⁵⁷ Criel et al., 2002.

⁵⁸ Waelkens & Criel, 2004.

⁵⁹ Waelkens & Criel, 2004 ; Fonteneau, 2003 ; Criel et al., 2002.

⁶⁰ Schneider, 2005 ; Criel et al., 2002.

⁶¹ Schneider, 2005.

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

4.3. La distance géographique

Les résultats des enquêtes divergent concernant l'influence que peut avoir la distance à parcourir pour rejoindre les centres de santé conventionnés. Certaines mettent en avant la barrière géographique comme obstacle non négligeable à l'adhésion, voire comme motif de désaffiliation⁶². D'autres indiquent que la distance séparant les mutualistes de la formation sanitaire ne constitue pas un frein pour les mutuelles de santé⁶³. Des recherches dans un système d'assurance communautaire au Burkina Faso indiquent même que l'adhésion serait plus élevée dans les communautés les plus éloignées du centre de santé⁶⁴. Ce résultat a priori étonnant s'expliquerait, d'une part, par la campagne de promotion intense menée auprès des populations les plus distantes, et d'autre part, par la prise en charge des frais de transport par la mutuelle de santé, d'autre part. Enfin, le problème de la distance géographique se poserait, pour certains bénéficiaires, à travers la non visibilité des bienfaits du système mutualiste pour les non membres⁶⁵.

Criel (1998) rapporte que l'équipe responsable du système d'assurance hospitalisation de Bwamanda au République Démocratique du Congo avait remarqué que les coûts indirects (transport, nourriture, logement de la famille, etc.) d'une prise en charge étaient plus élevés pour les individus les plus éloignés de l'hôpital de district. Ceux-ci avaient par ailleurs moins souvent recours à l'hôpital. Face à ce constat, un système d'échelle mobile selon la distance entre le centre de santé et l'hôpital fut instauré : plus la distance séparant le centre de santé et l'hôpital était grande, plus la prime d'admission était faible. Néanmoins, la mise en place de ce système n'a pas eu d'impact sur le recours des membres les plus éloignés, indiquant que la distance géographique demeure un frein important à la participation à la mutuelle de santé.

4.4. Le choix des structures de soins

De Allegri et al. (2005) mentionnent le mécontentement des adhérents face à l'assignation d'un centre de santé qu'ils n'ont pas choisi. Selon les bénéficiaires, cette décision découragerait certains ménages d'adhérer à la mutuelle de santé en raison de la qualité des soins proposés et des relations avec les prestataires. Ainsi, certains préféreraient se rendre dans un centre de santé plus éloigné, mais où ils ont davantage d'affinités avec les soignants. Le choix du centre de santé conventionné par les communautés elles-mêmes influencerait positivement l'adhésion, la difficulté résidant ici dans l'offre limitée de structures sanitaires en milieu rural⁶⁶.

5. LES PARAMETRES PROPRES AUX MUTUELLES DE SANTE

Concernant la problématique de l'adhésion, la mutuelle de santé en tant que telle peut être envisagée selon trois dimensions : tout d'abord, les modalités d'affiliation et les services qu'elle propose à ses membres, ensuite la confiance que les communautés lui accordent et

⁶² Fonteneau, 2003 ; Dong et al., 2003 ; Dubois, 2002 ; Criel, 1998.

⁶³ De Allegri et al., 2006a.

⁶⁴ De Allegri et al., 2006b.

⁶⁵ De Allegri et al., 2006a.

⁶⁶ Fonteneau, 2003.

enfin, la manière dont elle met en place et s'investit dans l'information et la sensibilisation des populations cibles.

5.1. Les modalités d'affiliation et les prestations offertes aux membres

Montant de l'adhésion et des cotisations

Comme évoqué précédemment, les montants des cotisations et des primes d'adhésion⁶⁷ sont généralement jugés acceptables par les individus, malgré le manque de ressources financières de nombre d'entre eux⁶⁸. Le ticket modérateur ne serait pas remis en question, principalement en raison du faible montant qu'il représente. Toutefois, selon Criel (1998), les usagers semblent ne pas bien comprendre le motif pour lequel il a été instauré.

Périodicité des cotisations

La périodicité du paiement de la cotisation semble influencer l'adhésion. En effet, il apparaît que l'obligation de verser la prime d'adhésion et/ou les cotisations annuelles en une fois constitue un frein important, en particulier pour les familles nombreuses⁶⁹. Les ménages expriment ainsi leur volonté d'une possibilité d'échelonnement des cotisations et des primes d'adhésion⁷⁰. La période durant laquelle les primes d'adhésion et/ou les cotisations annuelles sont collectées peut également favoriser l'adhésion ou, au contraire, constituer une barrière, selon qu'elle tient compte ou non des fluctuations saisonnières des revenus⁷¹. Toutefois, la collecte des cotisations en période de récolte, plus appropriée dans certains contextes, ne garantit pas la capacité des gens à verser la somme due⁷².

Affiliation familiale ou seulement partielle

L'adhésion familiale obligatoire semble constituer un réel obstacle⁷³, d'autant plus que les adhérents n'établissent pas de lien entre une telle formule et la nécessité pour la mutuelle de contrer une "sélection adverse" des risques (qui survient si le chef de ménage n'affilie que les membres les plus vulnérables de sa famille, ce qui déséquilibre évidemment le système d'assurance)⁷⁴. On constate que seuls certains membres du ménage sont généralement inscrits à la mutuelle, ce qui suggère que l'adhésion familiale est perçue comme financièrement déraisonnable. Par ailleurs, les adhérents se plaignent des primes individuelles à tarif uniforme⁷⁵ et apprécient le fait que la prime soit différenciée pour les adultes et pour les enfants⁷⁶, ceci étant perçu comme un moyen culturellement approprié pour contrebalancer la tendance à favoriser les adultes dans l'allocation des ressources, souvent limitées, pour les soins de santé⁷⁷.

La définition de la famille utilisée dans les mutuelles de santé, bien que socialement acceptable, ne refléterait pas adéquatement les processus de décision familiaux au quotidien et ne prendrait pas suffisamment en compte le contexte de polygamie et de composition changeante des ménages⁷⁸. Une étude de De Allegri et al. (2005) au Burkina Faso mentionne

⁶⁷ Dans certaines mutuelles de santé, l'individu ou le ménage doit payer des droits d'adhésion afin d'être inscrit en tant que membre.

⁶⁸ De Allegri et al., 2006a ; De Allegri et al., 2005 ; Criel & Waelkens, 2003.

⁶⁹ De Allegri et al., 2006a ; De Allegri et al., 2005 ; Criel, 1998.

⁷⁰ De Allegri et al., 2005 ; Criel, 2002 ; Criel, 1998.

⁷¹ De Allegri et al., 2005 ; Atim, 2000 ; Criel, 1998.

⁷² Criel & Waelkens, 2003 ; Criel et al., 2002.

⁷³ De Allegri et al., 2006a.

⁷⁴ Criel & Waelkens, 2003 ; Criel et al., 2002.

⁷⁵ Criel, 1998.

⁷⁶ De Allegri et al., 2005.

⁷⁷ De Allegri et al., 2006b.

⁷⁸ De Allegri et al., 2005 ; Criel, 2002.

à ce sujet la critique adressée par les adhérents concernant la définition du ménage appliquée par la mutuelle de santé. De même, à propos du projet PRIMA en Guinée Conakry, Waelkens et Criel (2003) soulignent que la définition de "la famille" n'est pas suffisamment précise.

Prestations offertes

Le paquet de services proposés par les mutuelles de santé semble globalement apprécié par les membres⁷⁹. Toutefois, il semble que les adhérents et les non adhérents connaissent relativement peu les services offerts par la mutuelle, bien qu'ils sachent que certains services sont exclus en raison du faible niveau des cotisations et du nombre peu élevé de mutualistes⁸⁰. Certains expriment leur souhait de voir s'élargir le paquet de prestations avec le temps⁸¹. Ainsi, le fait d'inclure une prestation supplémentaire dans le paquet de services de la mutuelle aurait une influence positive sur l'adhésion. Par exemple, durant les trois premières années, la mutuelle Wer Werlé à Thiès ne prenait pas en charge les accouchements, malgré la demande des populations. Les responsables craignaient de devoir trop augmenter le niveau de cotisation. Cet obstacle a finalement pu être contourné en modifiant légèrement le taux de prise en charge afin de maintenir l'adéquation du couple cotisation-prestation. L'introduction de la prise en charge des soins liés à la maternité a eu des effets positifs sur l'adhésion⁸².

A l'inverse, la non prise en charge de certaines prestations constituerait un obstacle à l'affiliation de certains individus⁸³. Selon, Basaza et al. (2008), le fait que la mutuelle de santé Ishaka, en Ouganda, ne prenne pas en charge les maladies chroniques et le transport en ambulance apparaît comme une des causes des faibles taux d'adhésion. A fortiori, l'exclusion d'un service exercerait un effet négatif sur la dynamique de l'adhésion⁸⁴.

Règles internes

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

5.2. La confiance dans la mutuelle de santé

La confiance dans la mutuelle de santé influence également la décision de s'affilier ou non⁸⁵. Waelkens et Criel (2004) distinguent deux dimensions de la confiance des populations cibles à l'égard de la mutuelle de santé : d'une part, la confiance dans la gestion du système, tributaire des compétences et de l'intégrité des gestionnaires de la mutuelle et, d'autre part, la confiance dans la capacité de la mutuelle de santé à atteindre les objectifs énoncés.

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

⁷⁹ De Allegri et al., 2005 ; Fonteneau, 2003.

⁸⁰ De Allegri et al., 2005.

⁸¹ De Allegri et al., 2005 ; Criel, 1998.

⁸² Fonteneau, 2003.

⁸³ Basaza et al., 2008 ; Fonteneau, 2003 ; Criel, 1998.

⁸⁴ Fonteneau, 2003.

⁸⁵ De Allegri, 2006a ; Schneider, 2005 ; Waelkens & Criel, 2004.

Les populations cibles adopteraient fréquemment une attitude prudente lors du lancement d'une mutuelle de santé, préférant observer avant d'adhérer⁸⁶. Ce comportement s'expliquerait essentiellement en raison d'expériences antérieures de gestion malhonnête dans d'autres systèmes d'épargne ou de crédit, coopératives, associations informelles, etc. Toutefois, si ce type de suspicion explique des adhésions tardives à une mutuelle de santé, elle n'apparaît pas, pour certains, comme un motif majeur de non adhésion⁸⁷. Par contre, d'autres études indiquent que les doutes quant à l'honnêteté des responsables de la mutuelle ou des expériences antérieures de détournement de fonds auraient bien un impact négatif sur l'adhésion⁸⁸.

Diverses études indiquent aussi que l'intégrité des responsables et les compétences des gestionnaires du système mutualiste, tant sur le plan administratif qu'organisationnel, ne sont pas remises en cause par les membres⁸⁹. Cependant, un reproche majeur peut alors tenir au fait que l'organisation ne respecte pas ses engagements et n'atteint pas ses objectifs. Ces déceptions concernent essentiellement la qualité des soins et la défense des membres vis-à-vis des prestataires de soins⁹⁰. Cela aussi érode évidemment la confiance de la population.

5.3. Information et compréhension

Alors que certaines études soulignent une très bonne compréhension des principes mutualistes, tant par les membres que par les non adhérents⁹¹, d'autres attestent du faible degré de connaissance de la mutuelle de santé par les populations⁹². Dans ce dernier cas, la transmission de l'information serait déficiente en raison de campagnes de sensibilisation peu attrayantes ou non adaptées à des populations analphabètes.

L'impact de l'information et de la sensibilisation des populations est surtout envisagé en termes de confiance. Assez logiquement, selon De Allegri et al. (2006a), un faible degré de connaissance contribuerait à renforcer le scepticisme des populations à l'égard de la mutuelle et exercerait une influence négative sur l'adhésion. A l'inverse, une bonne campagne d'information contribuerait à construire la confiance des communautés à l'égard des promoteurs et des responsables de la mutuelle⁹³. Dans le même sens, l'étude de Basaza et al. (2008) indique que les membres ont une meilleure compréhension des principes mutualistes que les non adhérents, suggérant l'influence directe des campagnes d'information et de sensibilisation sur l'adhésion. Quant à l'étude de Jütting (2005) au Sénégal, elle indique que 15% de la population ignorent carrément l'existence des mutuelles de santé dans la région de Thiès, en raison d'une information lacunaire de certaines franges de la communauté.

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

⁸⁶ Schneider, 2005 ; Criel & Waelkens, 2003 ; Criel et al., 2002.

⁸⁷ Criel & Waelkens, 2003 ; Criel et al., 2002.

⁸⁸ Basaza et al., 2008 ; De Allegri et al., 2006a ; Schneider, 2005.

⁸⁹ Criel & Waelkens, 2003 ; Dubois, 2002 ; Criel et al., 2002.

⁹⁰ Criel & Waelkens, 2003 ; Criel et al., 2002.

⁹¹ Waelkens & Criel, 2003 ; Criel et al., 2002.

⁹² Basaza et al., 2008 ; De Allegri et al., 2006a ; Schneider, 2005.

⁹³ Waelkens & Criel, 2004.

6. TABLEAU DE SYNTHÈSE

Afin de synthétiser les résultats précédents, nous classons ici les différents déterminants d'adhésion relevés dans les études empiriques selon quatre catégories : les déterminants d'adhésion majeurs en raison de la convergence d'un grand nombre d'études ; les facteurs sur lesquels s'accordent un nombre plus restreint d'études ; les facteurs sur lesquels les études divergent ; et enfin les facteurs qui n'exercent pas d'influence sur l'adhésion.

En premier lieu, comme l'indique le tableau ci dessous, un large consensus entre les différentes études se dégage concernant deux déterminants d'adhésion majeurs. D'une part, il apparaît que le faible niveau de revenu des populations limite leur capacité contributive et affecte l'adhésion des ménages. En d'autres termes, le manque de ressources financières demeure la principale raison invoquée par les ménages pour expliquer leur non participation à une mutuelle de santé (et ce, dans toutes les régions couvertes par les études sélectionnées). De façon étrange et a priori contradictoire, les populations cibles considèrent pourtant que le montant des primes d'adhésion et/ou des cotisations est juste et abordable. La contradiction n'est cependant qu'apparente car la plupart des enquêtes demandent aux populations cibles dans quelle mesure le montant de la cotisation est jugé juste ou acceptable en regard des prestations auxquels ces cotisations donnent accès. Sur ces questions précises, les adhérents, comme les non membres, concèdent généralement qu'il ne s'agit pas de cotisations trop élevées, en particulier sur base de leur connaissance des coûts qui leur seraient imposés par les formations sanitaires en dehors de tout circuit mutualiste. Par contre, il n'en demeure pas moins que pour l'ensemble des membres d'un ménage, voir une partie seulement de celui-ci, le paiement effectif des cotisations s'avère souvent impraticable.

Tableau 1 - Les facteurs déterminant l'adhésion à une mutuelle

Facteurs majeurs (convergence de nombreuses études)

- La capacité financière des populations cibles

(9 études : Burkina Faso – Guinée Conakry – Ouganda – RDC - Rwanda – Sénégal)

- La qualité des soins de santé

(8 études : Burkina Faso – Guinée Conakry – Ouganda – RDC - Rwanda - Sénégal)

Facteurs significatifs (convergence, mais pour un nombre d'études moins important)

- Confiance dans les mutuelles de santé (7 études)

- Information et sensibilisation (7 études)

- La périodicité du paiement des cotisations (5 études)

- Les modalités d'affiliation (5 études)

- Le niveau d'éducation (4 études)

- Les prestations offertes (3 études)

Facteurs légèrement significatifs (convergence, mais pour un nombre d'études très restreint)

- La confiance dans les compétences des soignants (2 études)

- Les croyances culturelles (2 études)

- L'ethnie (2 études)
- La religion (2 études)
Divergence des études
- Age
- Taille du ménage
- État de santé du ménage
- Perception de la santé
- Cohésion du groupe cible
- Adhésion des leaders communautaires
- Passé associatif
- Distance géographique
- Choix du centre de santé conventionné
Facteurs n'ayant pas d'influence sur l'adhésion
- Genre
- Statut professionnel
- Régime matrimonial
- Recours thérapeutiques

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

En second lieu, d'autres facteurs, bien que moins souvent observés dans les études, semblent aussi jouer un rôle significatif dans la dynamique de l'adhésion. Concernant les paramètres relatifs aux mutuelles de santé, trois dimensions principales ressortent. Tout d'abord, l'obligation de verser les cotisations en une fois tend à décourager les ménages. A l'inverse, le fait de prendre en compte les fluctuations saisonnières des revenus incite un plus grand nombre à adhérer. Ensuite, il arrive très souvent que seuls quelques membres du ménage adhèrent effectivement. Ceci semble indiquer que l'adhésion globale et obligatoire de toute la famille est considérée comme déraisonnable sur le plan financier. Par contre, les ménages préfèrent généralement des primes individuelles à tarifs différenciés pour les enfants et les adultes. Ainsi, les mutuelles faisant preuve d'une plus grande souplesse dans le prélèvement et la périodicité des cotisations et dans les modalités d'adhésion susciteraient davantage la participation des communautés. Quant aux services pris en charge par la mutuelle, ils sont généralement décidés en accord avec les populations cibles, en fonction du montant qu'elles sont prêtes à verser. Elles en sont donc généralement satisfaites. Mais si l'inclusion d'un

nouveau service peut attirer de nouveaux membres, l'exclusion d'une prestation peut écarter certains membres de la mutuelle.

La décision d'adhérer peut également être liée à des caractéristiques plus individuelles. Quelques études s'accordent sur l'influence de l'éducation, un niveau élevé garantissant une plus grande ouverture à l'innovation que constitue l'assurance maladie et une meilleure compréhension du système mutualiste et des avantages qu'il comporte. De même, l'appartenance ethnique et la religion peuvent également avoir une influence. Mais il est possible que ces paramètres soient en réalité secondaires et qu'ils soient associés à des facteurs plus décisifs comme le niveau de revenu ou l'appartenance religieuse des organisations initiatrices de la mutuelle de santé.

Par ailleurs, le petit nombre d'études empiriques envisageant les campagnes d'information, et donc le niveau de compréhension des communautés, paraît relativement étonnant. L'influence directe de l'information et de la sensibilisation des populations n'est pratiquement pas étudiée. Nous y reviendrons dans la section suivante.

Quant aux autres facteurs, soit ils font l'objet de divergences entre les études, soit aucune influence ne peut être mise en évidence. Ils n'apparaissent donc pas pour nous comme déterminants, mais des études plus approfondies seraient peut-être utiles.

7. L'ADHESION VUE PAR LES AGENTS PROMOUVANT LES MUTUELLES

Avant de conclure, nous voudrions confronter les résultats que nous venons de synthétiser à ceux d'une enquête menée par J. Failon (2008) au Bénin, non plus auprès des ménages mais auprès de responsables de la quasi-totalité des organisations qui travaillent à la promotion et au soutien des systèmes de micro-assurance santé (MAS). Cette enquête était centrée sur les freins à l'adhésion que ces responsables pouvaient identifier⁹⁴. Globalement, elle a largement confirmé les résultats susdits mais il nous semble utile de mettre ici en évidence quelques éléments complémentaires par rapport aux résultats déjà mentionnés.

Les acteurs de terrain attestent que le faible niveau de revenus des ménages constitue le premier frein à l'adhésion aux systèmes de micro-assurance santé. Les promoteurs constatent en particulier que les ménages les plus démunis restent exclus de toute participation à une organisation de MAS. La crise du coton, l'une des principales cultures au Bénin⁹⁵, qui affecte une large part de la population du secteur informel, est souvent évoquée pour justifier des non adhésion ou des diminutions des taux d'adhésion. Face à ces difficultés financières des communautés, chaque organisation de MAS met en place des stratégies différentes : faire coïncider la période de collecte des cotisations avec la période à laquelle le paysan a des rentrées d'argent ; incitation à la diversification des ressources financières ; couplage de la mutuelle de santé avec une institution de micro-crédit.

Certains promoteurs ont par contre un avis mitigé quant à l'importance accordée par la littérature à la question de la qualité des soins. La perception de la qualité des soins des populations serait extrêmement variable, notamment entre usagers en milieu urbain et en milieu rural ou selon le niveau d'éducation. En outre, plusieurs exemples semblent attester

⁹⁴ Cette enquête (novembre 2007) est basée sur des entretiens auprès de différents acteurs en jeu dans le champ des mutuelles de santé au Bénin : les différents promoteurs de mutuelles de santé, plusieurs responsables mutualistes, les structures d'appui au développement des mutuelles de santé, les bailleurs de fonds et agences techniques de coopération, ainsi que les autorités compétentes en matière de micro-assurance santé (Ministère de la Santé, Ministère du Travail et de la Fonction Publique).

⁹⁵ Le coton représenterait environ 80% des recettes d'exportation au Bénin et 18% du PIB.

de la capacité de certaines mutuelles de santé à négocier des soins de meilleure qualité auprès des prestataires de soins⁹⁶.

Un problème propre au Bénin mais susceptible d'exister ailleurs tient à la situation monopolistique de la CAME (Centrale d'Achat en Médicaments Essentiels⁹⁷), qui entraîne de fréquentes ruptures de stock des médicaments essentiels. Par ailleurs, le monopole de la CAME est souvent invoqué par les agents de santé pour justifier le manque de médicaments génériques dans un centre de santé et vendre des produits illicites aux patients, non pris en charge par les organisations de MAS.

Par ailleurs, le fait que les mutuelles de santé représentent aujourd'hui une innovation culturelle et sociale implique, selon les acteurs consultés, la nécessité d'un long travail d'information et de communication afin de promouvoir ces mutuelles. En effet, que la difficulté à concevoir le risque santé relève ou non d'une certaine conception du malheur, l'utilité d'une assurance maladie n'est pas évidente pour les communautés et requiert donc une sensibilisation particulière. Alors que certaines études notent qu'un niveau élevé d'information des populations cibles n'engendre pas nécessairement des taux d'adhésion plus importants, les promoteurs de mutuelles de santé au Bénin insistent particulièrement sur ces actions de sensibilisation continues et sur l'influence qu'elles peuvent avoir. Les promoteurs mettent également en avant l'importance d'une sensibilisation continue, envisagée dans le long terme, jusqu'à ce que le "réflexe" soit acquis.

Enfin, plusieurs promoteurs insistent sur l'importance d'identifier les pôles de pouvoir et d'impliquer les leaders communautaires dans la mise en place des mutuelles de santé afin d'éviter un phénomène de contre-information émanant des autorités locales "mises à l'écart". Par ailleurs, le fait de s'appuyer sur les organisations pré-existantes et de les associer à la mise en place d'une mutuelle de santé constituerait une condition nécessaire de la réussite du système. Pour d'autres toutefois, le risque est réel de voir l'organisation mutualiste accaparée par des groupes particuliers. Il s'agirait donc de trouver un équilibre entre ces deux types de risque afin d'assurer la meilleure intégration possible de la mutuelle de santé parmi les associations locales⁹⁸.

⁹⁶ C'est par exemple le cas de la mutuelle de santé de Sérarou, une des mutuelles mises en place par le CIDR (Centre International de Développement et de Recherche) dans le département du Borgou, faisant aujourd'hui partie du Réseau Alliance Santé. Insatisfaite de l'équipe sanitaire du centre de santé conventionné, les mutualistes de Sérarou sont parvenus à la remplacer, démontrant ainsi la capacité de systèmes de micro-assurance santé bien organisés à exprimer leurs revendications et à exercer une pression non négligeable sur les prestataires de soins.

⁹⁷ La CAME, association à but non lucratif, est une structure d'achat et d'approvisionnement qui vend des médicaments génériques essentiels aux formations sanitaires publiques, aux associations à but non lucratif, au secteur privé et grossistes.

⁹⁸ Ainsi, à titre d'exemple, l'association SOLIDDEV (Solidarité et Développement), promotrice de mutuelles de santé dans le département de l'Atacora au Bénin, insiste sur cette implication des leaders, en particulier les organisations paysannes et sur la connaissance du milieu. Les responsables de l'ADMAB (Association pour le Développement d'une Mutualité Agricole au Bénin), autre structure d'appui aux mutuelles de santé dans plusieurs départements béninois, considèrent l'implication des chefs de village nécessaire afin de renforcer la confiance de la communauté dans la mutuelle et de susciter un certain conformisme social. Une autre ONG, Louvain Développement recrute des leaders communautaires au sein des comités d'initiative des mutuelles. Enfin, les responsables de PISAF (Projet Intégré de Santé Familiale) impliquent au fur et à mesure les maires dans la mise en place des mutuelles.

CONCLUSION

Parmi les défis auxquels les mutuelles de santé doivent faire face, la problématique de l'adhésion apparaît actuellement prépondérante. En effet, bien que le mouvement mutualiste ne cesse de se développer en Afrique subsaharienne, les taux de pénétration demeurent relativement faibles, mettant parfois en question la viabilité même de ces organisations. Depuis le début des années 2000, un certain nombre d'enquêtes ont visé à mieux saisir les raisons de cette faible participation des populations. Mais comme ces travaux se sont révélés fort différents dans leurs démarches, avec des résultats parfois contradictoires, nous avons tenté de réaliser une synthèse de ces derniers, susceptible de mettre en évidence tant les déterminants d'adhésion les plus marquants que les facteurs qui semblent peu ou pas significatifs.

Cependant, au-delà des facteurs pris en compte dans ces enquêtes auprès des ménages, il nous semble que d'autres éléments mériteraient d'être examinés. Ainsi, les modes de participation des mutualistes dans l'organisation ainsi que les modalités de contrôle des mutuelles par leurs membres ou par voie externe pourraient aussi avoir une influence sur les adhésions. En outre, les mutuelles de santé pourraient également souffrir de la concurrence d'autres mécanismes informels d'entraide, voire d'une certaine concurrence entre elles dans des milieux spécifiques, en particulier urbains. Enfin, ces organisations étant les plus souvent créées à l'initiative d'intervenants extérieurs, la crédibilité de ceux-ci auprès des communautés nécessiterait aussi d'être étudiée plus profondément.

En outre, il faut souligner que l'appréhension des déterminants d'adhésion ne constitue qu'un angle d'approche pour aborder une problématique aussi complexe. En effet, les différentes études prises en compte se concentrent essentiellement sur les enjeux locaux. Elles n'envisagent guère les relations entre les mutuelles de santé et leur environnement plus global, tels que le contexte politique national ou régional, l'espace occupé par les ONG qui les promeuvent ou encore le système sanitaire public à l'échelle nationale. Ce sont là des dimensions qui, elles aussi, mériteraient des analyses approfondies.

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

De même, le type de contractualisation entre mutuelles de santé et structures sanitaires constitue une autre manière d'envisager ce secteur, puisqu'il conditionne à la fois les relations entre les deux partenaires et l'amélioration de la qualité des soins. Enfin, l'articulation des mutuelles de santé avec d'autres acteurs, par exemple des institutions de microfinance, pourrait également faire l'objet d'une réflexion plus approfondie en termes de renforcement possible des organisations mutualistes.

BIBLIOGRAPHIE

- Atim, C., 2000, *Contribution financière des mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé : Synthèse de travaux de recherche menés dans neuf pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre*, STEP, Bureau International du Travail, Genève.
- Basaza, R. et al., 2008, "Community health insurance in Uganda: Why does enrolment remain low? A view from beneath", *Health Policy*.
- Bennet, S., Gotsadze, G., 2003, "Le renforcement des capacités et la consolidation des conditions de mise en œuvre au niveau communautaire", in Dror, D., Preker, A. (sous la direction de), 2003, *Réassurance sociale. Stabiliser les micro-assurances santé dans les pays pauvres*, Editions ESKA, Washington DC, pp.225-244.
- BIT/STEP, 2000, *Micro-assurance santé. Guide d'introduction aux mutuelles de santé en Afrique*, Organisation internationale du Travail, Genève.
- Concertation, 2004, *Inventaire des mutuelles de santé en Afrique. Synthèse des travaux de recherche dans 11 pays*, La Concertation entre les acteurs de développement des mutuelles de santé en Afrique, Dakar (En ligne)
- <http://www.concertation.org>
- Criel, B., Waelkens, M.-P., 2003, "Declining subscriptions to the Maliando Mutual Health Organisation in Guinea-Conakry (West Africa): what is wrong?", *Social Science Medicine*, vol. 57, n° 7, pp. 1205-1219.
- Criel, B., Barry, A., Von Roenne, F., 2002, *Le projet PRIMA en Guinée Conakry. Une expérience d'organisation de mutuelles de santé en Afrique rurale*, Bruxelles, Medicus Mundi Belgique.
- Criel, B., 1998, *District-based health insurance in sub-Saharan Africa, Part II: Case-studies*, Studies in Health Services Organisation & Policy, Anvers.
- De Allegri, M., Sanon, M., Sauerborn, R., 2006a, "'To enrol or not enrol?': A qualitative investigation of demand for health insurance in rural West Africa", *Social Science Medicine*, 62 (6), pp. 1520-1527.
- De Allegri, M., Kouyanté, B., Becker, H., Gbangou, A., Pokhrel, S., Sanon, M., Sauerborn, R., 2006b, "Understanding enrolment in community health insurance in sub-Saharan Africa: a population-based case-control study in rural Burkina Faso", *Bulletin World Health Organisation*, 84 (11), pp. 852-858.
- De Allegri, M., Sanon, M., Bridges, J., Sauerborn, R., 2006, "Understanding consumers' preferences and decision to enrol in community-based health insurance in rural West Africa", *Health Policy*, 76(1), pp. 58-71.
- Defourny, J., Failon, J. & Sarambe, I., 2008, "Les approches de l'économie sociale et solidaire face aux mutuelles de santé en Afrique", Centre d'Economie Sociale, Université de Liège.
- Dong, H. et al., 2003, "Gender's effect on willingness-to-pay for community-based insurance in Burkina Faso", *Health Policy*, 64, pp. 153-162.

- Dubois, F., 2002, *Les déterminants de la participation aux mutuelles de santé : Etude appliquée à la mutuelle Leeré Laafi Bolem de Zabré*, Mémoire de fin d'études, Université de Liège, DES en Gestion du Développement.
- Failon, J., 2007, *Approche socio-anthropologique de la micro-assurance santé. Etude de deux systèmes au Bénin*, Institut des Sciences Humaines et Sociales, Université de Liège.
- Fonteneau, B., 2006, "Déterminants d'adhésion aux mutuelles de santé : proposition de grille d'analyse et résultats de quelques recherches", Communication lors du séminaire du GRAP-OSC "Le croisement des regards : déterminants d'adhésion aux mutuelles de santé", Liège, 6 octobre 2006.
- Fonteneau, B., 2003, *Les défis des politiques de micro-assurance santé en Afrique de l'Ouest. Cadre politique, environnement institutionnel, fonctionnement et viabilité*, Hoger Instituut voor de arbeid, Leuven.
- Jütting, J., Tine, J., 2001, L'impact des mutuelles de santé en milieu rural africain. Une analyse empirique dans la région de Thiès au Sénégal.
- Jütting, J., 2005, *Health insurance for the poor in developing countries*, Ashgate publishing, England.
- Musango, L., Martiny, P., Porignon, D., Dujardin, B., 2004, "Le profil des membres et des non membres des mutuelles de santé du Rwanda : le cas du district sanitaire de Kabutare", *Cahier de santé*, vol. 14, n° 2, pp. 93-99.
- Nyssens, M., Vermer, M.-C., Wélé, P., 2007, "La régulation des mutuelles de santé au Bénin", GRAP/OSC, Louvain-la-Neuve.
- Schneider, P., 2005, "Trust in micro-health insurance: an exploratory study in Rwanda", *Social Science & Medicine*, 61, pp. 1430-1438.
- Waelkens, M.-P., Criel, B., 2004, *Les mutuelles de santé en Afrique subsaharienne. Etat des lieux et réflexions sur un agenda de recherche*, HNP Discussion Paper, Banque Mondiale, Washington DC.