

UNIVERSITE LAVAL
FACULTE DE MEDECINE
Département de médecine sociale et préventive

**Analyse d'une réforme du financement des systèmes
de santé africains au niveau local :
le cas des mutuelles de santé**

Valéry Ridde

Affiche présentée aux
Journées Annuelles de Santé Publique 2001
En ouverture sur le monde
5-8 novembre 2001, Montréal, Canada

INTRODUCTION :

Depuis quelques lustres, les gouvernements africains sont confrontés à de multiples défis pour adapter leurs systèmes de santé au double fardeau de la transition démographique et épidémiologique (Mosley *et al.*, 1990). De plus, les économies des pays au sud du Sahara éprouvent certaines difficultés à améliorer leur croissance dont l'une des résultantes pourrait être l'augmentation des ressources financières disponibles pour les systèmes de santé. Ajoutons à cela le poids de la dette et nous comprendrons aisément que depuis ces 15 dernières années, les gouvernements de l'Afrique subsaharienne ont cherché de nouvelles solutions à leurs problèmes et par là même, tenté de réformer leur système de santé. Globalement, les décideurs africains ont focalisé leurs réformes sur les deux fonctions essentielles des systèmes que sont : le financement et l'organisation des services (Gilson et Mills, 1995). Les deux autres fonctions déterminantes de la performance des systèmes de santé (l'administration générale et la création de ressources (Murray et Frenck, 2000)) ont moins attiré l'attention des « réformateurs ».

Dans le présent document, nous avons délibérément choisi d'analyser les réformes concernant le financement des services. En outre, nous concentrerons notre analyse sur une innovation en cours d'implantation depuis quelques années dans les pays de l'Afrique en général et de l'Afrique de l'Ouest en particulier, que sont les mutuelles de santé, ou autrement appelées par le Bureau International du Travail, les micro-assurances (Dror et Jacquier, 1999).

Cependant, contrairement à l'habitude (Rathwell, 1998), ce n'est pas une analyse du contenu et des mécanismes proprement dits que nous nous proposons de réaliser. Nous pensons plus pertinent, à l'instar de Walt (1998) et Reich (1996), d'étudier l'implantation des mutuelles de santé, sous l'angle d'une analyse politique.

En premier lieu, nous planterons le décor et présenterons en détail cette réforme locale du financement des services au niveau décentralisé. En deuxième lieu, le cadre d'analyse politique utilisé sera abordé, tant dans ses composantes que dans sa pertinence pour notre travail. En troisième lieu, nous étudierons, au regard de ce cadre d'analyse, les facteurs facilitants et contraignants la mise en œuvre de cette réforme financière. Enfin, en quatrième lieu et à l'aide de notre expérimentation dans l'utilisation du cadre d'analyse, nous discuterons, d'une part, des chances de réussite des mutuelles de santé, et d'autre part, de l'intérêt de l'analyse politique des réformes des systèmes de santé.

1. LES MUTUELLES DE SANTE EN AFRIQUE DE L'OUEST

L'émergence des mutuelles de santé :

Alors que dans les pays industrialisés le mode de financement des services (accessibles quasiment universellement) est essentiellement fondé sur deux outils (taxes ou assurances nationales), en Afrique, la taxonomie est un peu plus complexe et étendue. Aucun pays au monde ne dispose d'un système de financement des services de santé exclusivement public ou exclusivement privé. Malgré la réputation des Etats-Unis, le financement de la santé demeure public à hauteur d'environ 40%. Au Québec, 70% des dépenses sont publiques (Chapain et Vaillancourt, 1999). En Afrique subsaharienne (ASS), qui compte 10% de la population mondiale et seulement 1% du revenu mondial, le secteur public de la santé représente 54% des dépenses totales. Dans les pays riches, la proportion de la richesse nationale accordée au secteur de la santé est de l'ordre de 9%, alors qu'elle est de seulement 4% en ASS (Schieber et Maeda, 1997). Ainsi, à l'exception des Etats-Unis, on peut affirmer que l'on dépense, toute proportion gardée, beaucoup moins pour le secteur de la santé en ASS que dans les pays riches et que de surcroît, la part des dépenses financée par le privé (principalement les usagers des services) est bien plus importante.

A l'heure actuelle, quatre mécanismes de financement des services de santé existent en ASS.

Le système national de frais aux usagers demande que tous les utilisateurs des services de santé paient l'acte médical (par visite, épisode de maladie ou service). Ces sommes sont ensuite reversées à l'Etat centralisateur qui les intègre dans la «colonne recettes» de son budget global. Le taux de recouvrement des coûts est faible puisqu'il est habituellement de moins de huit pour cent des budgets sanitaires nationaux (Knippenberg *et al.*, 1997). Ce modèle de financement est appelé par Nolan et Turbat, le modèle de la Banque Mondiale (Nolan et Turbat, 1995), tant cette dernière, à l'occasion de son fameux rapport de 1987 («*financing health services in developing countries : an agenda for reform*»), a incité les gouvernements à le mettre en œuvre (Watkins, 1997). Nous pouvons avancer que ce type de financement est principalement organisé dans les pays anglophones de l'Afrique.

L'assurance sociale (privée ou publique) fonctionne le plus souvent au niveau national. Les « acheteurs de soins » assurent les consommateurs grâce au paiement d'une prime d'assurance (souvent payée par l'employeur) puis, remboursent les producteurs de services. En Afrique, l'impact de ce type de mécanisme reste très limité puisque la couverture de la population demeure faible, allant de 0,01% en Ethiopie à un record de 25% au Kenya (Shaw et Ainsworth, 1995).

Les pays d'ASS bénéficient également de prêts ou donations car, entre autres, le système de taxation n'est pas encore viable.

Enfin, il existe la stratégie de financement communautaire. Elle est décentralisée au niveau communautaire. Elle joue un rôle important dans le renforcement du pouvoir de la communauté et dans l'amélioration de la transparence des services offerts à la population. Au sein de cette stratégie, on peut distinguer deux modes distincts d'organisation. Le premier se concrétise par le paiement de frais par les usagers, soit direct (= tickets modérateurs à 100%), soit anticipé sous la forme d'un abonnement. Le second mode instaure un système local de partage des risques et l'on a donc affaire à un système d'assurance locale, appelé également mutuelles de santé.

Les conditions favorables à l'élargissement de l'assiette fiscale pour augmenter les ressources budgétaires directes de l'Etat ne sont pas réunies (Kaddar et Galland, 1997). De même, le développement des systèmes d'assurances nationales n'est pas à l'ordre du jour compte tenu du très faible pourcentage de travailleurs présents dans le secteur formel et de la réticence de ceux agissant dans le secteur informel à cotiser pour financer des prestations de sécurité sociale dont ils ne voient pas l'intérêt (van Ginneken, 2000). En outre, les conséquences négatives de l'intensification du paiement direct des frais par les usagers, sans une amélioration de la qualité des services, sont aujourd'hui bien documentées (Creese et Kutzin, 1997). De plus, alors qu'à l'origine des stratégies de financement communautaire il avait été précisé qu'il était nécessaire de mettre en place des systèmes de solidarité locale (subventions ciblées, financement des services préventifs par le paiement des services curatifs, progressivité du paiement, exemptions...), nous constatons que très peu de districts africains se sont attelés à la tâche (Knippenberg *et al.*, 1997).

Pour mieux comprendre le développement des mutuelles de santé, il faut les placer dans le contexte de la définition de l'exclusion des services de santé. Il existe deux types d'exclusions (de La Roque, 1996) : l'exclusion temporaire due essentiellement à un manque de ressources à un moment donné de l'année d'une part, et l'exclusion permanente qui a pour conséquence une impossibilité totale, à tout moment, de bénéficier des soins modernes d'autre part.

L'exclusion de premier type peut être atténuée par le système de pré-paiement avec partage des risques. *Grosso modo*, nous pouvons délimiter deux catégories : les assurances nationales (dont nous avons

évoqué les difficultés d'extension) et les mutuelles au niveau communautaire. L'engouement récent pour la mise en place des mutuelles de santé se veut donc, dans un premier temps, une réponse au problème de l'accessibilité temporaire aux services de santé. Les mutuelles sont vues comme une alternative aux carences du financement public étatique et aux conséquences négatives du paiement direct par les usagers. Dans un second temps, comme tout mode de financement, ce système de partage des risques s'est aussi fixé l'objectif d'accroître les recettes des centres de santé communautaires.

Les principes de fonctionnement des mutuelles de santé peuvent être définis par les éléments suivants. Il s'agit de partager les risques d'être malade entre l'ensemble des adhérents de la mutuelle. L'adhésion est volontaire et le paiement est la plupart du temps annualisé et demandé au moment de l'année où les ressources pécuniaires sont les plus importantes (saison des récoltes). Une gamme de services est déterminée à l'avance par les gestionnaires du système. Un contrat est alors passé entre l'adhérent et la mutuelle où l'ensemble des exigences des deux contractants est précisé. La mutuelle est gérée par un administrateur, représentant des adhérents, qui doit leur rendre des comptes régulièrement. Il est habituel de passer une entente avec les services de santé de la région. Certaines mutuelles décident, en plus du paiement de la prime annuelle, de demander aux adhérents de payer un ticket modérateur lors de l'utilisation des services de santé. En résumé, les mutuelles de santé se caractérisent par les points communs suivants : « *l'entraide volontaire, la solidarité entre les membres, la non lucrativité et l'auto-promotion (Kaddar et Galland, 1997, p.15)* ».

De la pertinence de l'étude de cette réforme du financement communautaire :

Nous avons voulu analyser en profondeur la mise en œuvre de cet aspect des réformes des systèmes de santé en Afrique au sud du Sahara pour plusieurs raisons.

Primo, il semble que depuis quelques années, ce type de financement prenne une ampleur très importante dans la région comme le montre très bien le tableau suivant, issu du dernier bulletin de l'Association Internationale de la Mutualité.

Tableau 1 : Evolution des mutuelles dans quatre pays d'Afrique de l'Ouest, adapté de (Evrard, 2000)

| PAYS | Nbre en 1997 | Nbre en 2000 | Nbre de bénéficiaires | Nbre en gestation | Nbre en projet | Total |
|--------------|--------------|--------------|-----------------------|-------------------|----------------|------------|
| MALI | 7 | 10 | 34 000 | 12 | | 22 |
| SENEGAL | 19 | 29 | 71 500 | 26 | 31 | 86 |
| BURKINA | 6 | 26 | 20 000 | 18 | | 44 |
| BENIN | 11 | 23 | 30 000 | 4 | 15 | 42 |
| TOTAL | 43 | 88 | 155 500 | 60 | 46 | 194 |

Secundo, nous nous interrogeons sur la pérennité de telles initiatives exogènes. Car ce mouvement est largement appuyé et initié par l'extérieur, de grands bailleurs de fonds (GTZ, BIT/STEP...) comme des organisations non gouvernementales internationales (CIDR) ou des groupements de mutuelles européens (ANMC, AIM). Ces initiatives se sont concrétisées par la mise en place de la « Plate-forme d'Abidjan » (Plate-forme d'Abidjan, 1998), par l'organisation de plusieurs réseaux - tels que ceux basés au Sénégal (Concertation¹) et au Burkina Faso (PROMUSAF) – et par la méthodologie standardisée d'évaluation élaborée par la GTZ².

Et enfin, le troisième motif à l'analyse de cet outil des réformes de financement concerne l'objectif d'amélioration de l'accès aux soins. En effet, il nous semble important de réfléchir aux conséquences néfastes que pourrait avoir une attention trop focalisée sur ces initiatives. Il serait bon de s'interroger sur l'accroissement des inégalités que pourrait produire une diffusion irraisonnée des mutuelles sur le continent. Par exemple les sociétés de secours mutuels (comme en Indonésie) auraient accentué ces inégalités par un accès aux soins facilité pour les classes moyennes au détriment des plus pauvres (Guillaume, 1995). Il ne s'agit pas de croire que les mutuelles permettront de donner un meilleur accès aux soins pour les plus pauvres, les indigents. Les mutuelles ne sont pas la panacée. Tout comme la politique de l'Initiative de Bamako semble s'être d'abord préoccupée de l'efficacité plutôt que de l'équité, les stratégies de partage des risques de santé semblent emprunter les mêmes voies. La prise en charge des plus pauvres est encore mise à la marge des expériences actuelles.

Ces trois interrogations, émanant à la fois des objectifs d'équité que sous-tendent les politiques sanitaires de l'Afrique subsaharienne (Soins de santé primaires puis l'Initiative de Bamako) et de nos propres réflexions au regard des premiers résultats documentés de ces mutuelles de santé, nous incitent à effectuer une analyse politique de l'implantation d'une telle réforme. Car nous l'avons vu plus haut, il s'agit effectivement d'une implantation qui semble prendre une certaine ampleur et qui, subséquemment, se propose de réformer les modes de financement des services de santé décentralisés. L'objectif essentiel de notre travail est d'identifier les facteurs qui influencent la mise en place de cette nouvelle politique de financement. Il ne s'agit pas de nous contenter d'étudier le contenu de cette réforme, mais plutôt de placer notre travail dans le nouveau «paradigme » proposé en 1994 par les experts londoniens (Walt et Gilson, 1994) et repris plus tard (en tout ou en partie) par Walt et Rathwell dans l'ouvrage consacré aux challenges des réformes des systèmes de santé européens (Saltman *et al.*, 1998). Ce cadre d'analyse est décrit dans le chapitre suivant.

¹ <http://www.concertation.org>

² <http://www.health-insurances.org>

2. LE CADRE D'ANALYSE DES REFORMES DES SYSTEMES DE SANTE

Présentation du cadre

Le cadre proposé en première instance³ par Walt et Gilson (1994) pour l'analyse des réformes du secteur de la santé dans les pays en développement prend ses racines dans les échecs relatifs des politiques sanitaires. Effectivement, selon ces derniers, la plupart des politiques proposées pour réformer les systèmes de santé se sont surtout focalisées sur les recettes et les moyens de les mettre œuvre. En d'autres termes, « *much attention on health care reforms has focused on technical features of policy (Walt, 1998, p. 368)* » Or, il semble déterminant de prendre en compte d'autres éléments fondamentaux, tels que les stratégies d'implantation et les personnes clefs affectées. En effet, « *reform is a profoundly political process that affects the allocation of resources in society, and often imposes significant cost on well-organized, politically powerful groups (Glassman et al., 1999, p.115)* ». Ainsi, le peu de succès de la plupart des réformes serait dû à cette absence de considération, préalablement ou durant le processus, de l'ensemble des facteurs influençant l'organisation des réformes (Walt et Gilson, 1994). Il semble que cela soit particulièrement le cas dans le secteur de la santé publique (Reich, 1996).

D'après les concepteurs de ce cadre, les facteurs à prendre en compte sont au nombre de quatre : le contenu des réformes, les stratégies d'implantation, le contexte dans lequel elles se déroulent et enfin, les acteurs affectés ou influents vis-à-vis de cette nouvelle politique.

Le contenu des réformes fait référence à l'ensemble des composantes techniques introduites dans ce cadre. Il s'agit donc de la nature même des réformes. Les stratégies correspondent aux dispositions prises pour atteindre le but visé par la nouvelle politique ou le changement implanté. Le contexte est à prendre au sens large du terme, c'est-à-dire qu'il englobe les aspects sociaux, économiques et organisationnels de la réforme. Enfin, l'analyse des acteurs nous permet de mettre en relief tant les personnes influentes dans la mise en œuvre de la réforme que les personnes devant en subir les conséquences (positives ou négatives). Il peut s'agir d'individus ou de groupes, qui peuvent avoir des divergences ou des convergences d'intérêts.

³ Gil Walt nous a informé qu'elle a commencé à développer son cadre d'analyse dans son ouvrage de 1994 où elle précisait que l'analyse des politiques de santé doit principalement se concentrer sur l'étude des processus et du pouvoir (Walt, 1994).

Reproduisant la représentation schématique de ce cadre d'analyse des politiques de santé, nous pouvons nous rendre compte de sa relative simplicité.

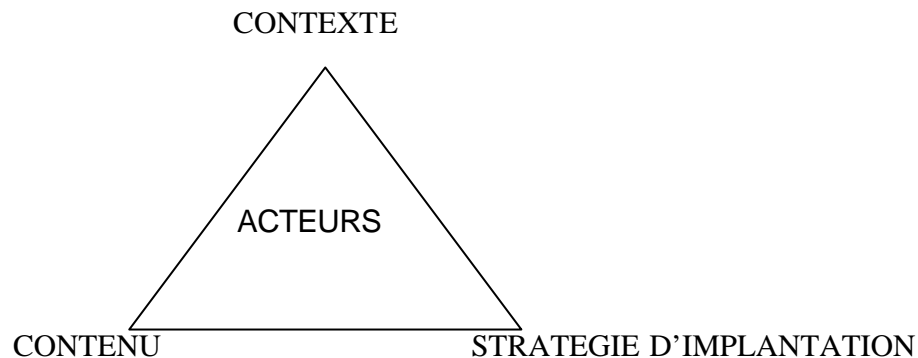


Figure 1 : Cadre d'analyse des politiques de santé, selon (Walt et Gilson, 1994; Walt, 1998)

Néanmoins, il ne faut pas se méprendre sur cette simplicité schématique. Elle est inversement proportionnelle à la complexité des relations qu'entretiennent ces quatre facteurs fondamentaux pour l'analyse des politiques de santé. Walt (1998) rappelle ce sur quoi elle avait déjà insisté lors de la première présentation de son cadre en 1994 avec Lucy Gilson : « *a highly simplified framework of an extremely complex set of interrelationships* (Walt, 1998, p.366)».

De la pertinence de l'utilisation du cadre d'analyse

Selon Glassman et al (1999), une réforme dans le secteur de la santé concerne les activités : « *undertaken cooperatively between the international development banks and a national government to alter in fundamental ways the nation's health financing and health provision policies* (Glassman et al., 1999, p.115)». La mise en contexte présentée dans notre premier chapitre nous laisse croire que l'ampleur actuelle de l'instauration des systèmes de partage des risques au niveau communautaire correspond à cette définition des réformes de santé. Car, les acteurs étrangers sont nombreux dans la dynamique actuelle. Comme nous l'avons déjà précisé, de multiples bailleurs de fonds ainsi que plusieurs organisations internationales sont en relations permanentes avec les représentants « centraux » ou « décentralisés » des ministères de la santé. En outre, bien que ce nouveau mécanisme de financement n'ait pas encore la prétention d'avoir un impact au niveau national, à l'échelle d'un district africain, il peut avoir une incidence particulière. C'est notamment le cas de la célèbre assurance de Bwamanda au Zaïre (Criel et al., 1999). En effet, une réforme du secteur de la santé ne peut être cantonnée à ses aspects techniques, car c'est aussi un processus de changement social (Gilson, 1999).

Nous allons utiliser ce cadre d'analyse de façon prospective. En effet, bien que les expériences en cours commencent à être mieux documentées, la plupart des mutuelles sont d'origines récentes (Atim, 1998). De plus, nous souhaitons utiliser le cadre pour tenter de répondre à nos trois interrogations et examiner comment l'implantation des mutuelles peut y répondre. C'est bien des chances de réussite de ces systèmes de partage des risques que nous voulons étudier.

Enfin, pour terminer sur la pertinence de l'utilisation d'un tel cadre d'analyse, il s'agit de préciser que nous avons bien affaire à l'introduction d'un changement dans le mode de financement des services de santé. Ce changement s'opère par la mise en commun et le partage des risques d'être malade entre les différents adhérents. Qui plus est, une nouvelle notion apparaît pour ces derniers. C'est l'obligation de résultat, contrairement aux modes de solidarités traditionnelles (Evrard, 1998). En effet, l'adhérent a passé un contrat avec une société mutualiste qui doit obligatoirement être en mesure d'y faire face et rembourser les dépenses prévues. De même, l'adhérent doit comprendre qu'il y a partage, c'est-à-dire qu'il peut très bien payer sa cotisation mais ne jamais rien recevoir en échange. On le voit, c'est toute la « mécanique » de l'assurance qui entre en jeu dans un tel contexte. Mais au-delà de ces considérations techniques de l'innovation, Criel citant Rushing, précise qu'il est important de comprendre que les mutuelles peuvent également « mener à des transformations qualitatives en termes de relations sociales [...] et sur la cohésion et l'intégration sociale au sein des sociétés (Criel, 2000, p.116) ». Assurément, il s'agit de l'implantation d'une réelle innovation pour les populations locales (Gilson et Mills, 1995), que nous allons analyser dans le chapitre suivant.

3. ANALYSE DES ÉLÉMENTS INFLUENÇANT L'IMPLANTATION DES MUTUELLES DE SANTÉ

A partir de la littérature à notre disposition et de nos propres connaissances empiriques des systèmes de santé africains, nous allons tenter de préciser, à la lumière du cadre d'analyse préalablement présenté, les conditions de réussite ou d'échec de l'implantation des mutuelles de santé. N'ayant pas effectué de collecte de données spécifiques à un pays, notre analyse restera ancrée dans le continent africain et plus précisément dans les pays de l'Afrique de l'Ouest. Elle nous permettra, dans notre discussion, d'amorcer des éléments de réponse à nos interrogations préalables.

Les contextes

Bien que les mutuelles de santé instaurent une certaine solidarité, cela ne remet aucunement en cause la nécessité, pour les adhérents, de payer les primes mensuelles ou annuelles. Effectivement, pour qu'une mutuelle soit viable, il faut qu'elle soit financièrement en mesure d'honorer ses contrats. Ainsi, le *contexte économique* est un déterminant important dans l'implantation des micro-assurances en Afrique de l'ouest (Fonteneau et van der Hallen, 1998). D'un point de vue macro-économique, nous savons que ce continent demeure dans une situation des plus précaires. Même si les pays africains constituent un ensemble disparate, on peut constater que la croissance économique du continent en 1999 (2%) a été deux fois moins importante que celle de l'économie mondiale dans sa globalité (Bensidoun et Chevallier, 2000). En outre, les experts précisent que la médiocre productivité est surtout concentrée dans les pays fortement dépendants des exportations de matières premières agricoles. D'un point de vue micro-économique, les mutuelles ont depuis longtemps compris qu'il était préférable de demander le paiement des primes au moment de la vente des récoltes. Car la population de l'Afrique subsaharienne vit en majorité en zone rurale et ses revenus sont aussi maigres qu'ils sont saisonniers (Arhin, 1995). Si cela a l'avantage indéniable de faire payer les gens au moment où ils possèdent du numéraire, cela peut présenter l'inconvénient d'être dépendant du marché et donc de fluctuer d'une année à l'autre. Certaines mutuelles ont décidé de laisser une certaine marge de manœuvre et permettent ainsi aux adhérents de payer sur une période de quelques semaines, concentrée au moment de la période de vente des matières premières. C'est notamment le cas pour les mutuelles de la zone cotonnière de Bouahoun au Burkina Faso (Cazal-Gamelsy *et al.*, 2001). Par contre, les mutuelles qui, soit n'ont pas pensé à ce type d'aménagement, soit ne sont pas à même de le mettre en place (pour des raisons de gestion dont nous parlerons plus loin), écartent de leur accessibilité les travailleurs du secteur informel. Alors que les employés du secteur formel disposent de salaires mensuels réguliers, les travailleurs du secteur informel (90%) sont payés à la tâche et de façon très irrégulière. Ajoutons enfin à ce contexte économique qu'il est évident que les adhérents potentiels ne doivent pas vivre en mode de survie (Kaddar et Galland, 1997). Or, nous savons que beaucoup d'africains sont dans cette situation et il est clair que ces derniers n'auront jamais la possibilité de thésauriser et encore moins de vouloir partager les risques d'être malade avec d'autres au sein d'une mutuelle de santé. Voilà pourquoi certains préconisent une «*action globale sur les revenus des populations et la création d'une mutuelle de santé*» (Ruhana-Mirindi et Evrard, 1998) en parallèle, comme ce fut le cas pour la zone de santé d'Idjwi sur une île du lac Kivu, en République Démocratique du Congo.

Le *contexte social* est à prendre en compte, surtout lorsque l'on sait que l'une des prédispositions à la mutualisation est la notion de solidarité. Les sociologues nous apprennent que la solidarité africaine est générale, dynamique mais aussi et surtout sélective. En d'autres termes, les étrangers ou les exclus de la communauté ne bénéficieront pas forcément de la solidarité collective (Vuarin, 1993). Ainsi, certains pensent qu'il serait préférable de parler, non pas de solidarité, mais plutôt de pratique d'entraide. La nuance est dans le fait que ces systèmes populaires se caractérisent par le principe d'une «réciprocité balancée». C'est-à-dire que l'on attend à être aidé, en retour de relations durables, mais que cette aide n'est pas forcément corrélée. Précisons également que ces mécanismes traditionnels ne couvrent généralement jamais un seul risque et que la plupart de temps sont majoritairement mobilisés «ex-post», c'est-à-dire, une fois l'événement survenu (Fonteneau et van der Hallen, 1998).

Dror et son collègue du BIT précisent que la «*société civile n'organise habituellement pas spontanément de programmes permettant d'obtenir l'accès aux soins de santé au niveau communautaire (Dror et Jacquier, 1999, p.94)*». En outre, il semble que dans les situations extrêmes de misère et de pauvreté, la solidarité peut également devenir difficilement mobilisable et souvent être mise à mal. Dans sa thèse de l'Université de Montréal, Illunga a montré que la présence d'une tradition locale d'entraide était un facteur prédisposant à l'adhésion des membres de communauté de Bwamanda à l'assurance hospitalière (Illunga, 1992). Terminons en notant qu'une recherche au Zaïre a montré que les populations avaient tendance à confondre, au regard des mutuelles, la notion d'alliance (caractéristique des systèmes d'entraide) et celle de contrat (associée aux mutuelles⁴) (Criel, 2000).

Pour ce qui est du *contexte organisationnel*, on peut affirmer que l'implantation des mutuelles s'inscrit dans la logique du processus de décentralisation, qu'elle soit pour l'administration en générale ou pour le système de santé en particulier. L'un des chefs de famille interviewé par Arhin (1995) au Ghana à propos des mutuelles précisait toute l'importance de limiter les modes de financement au niveau local et l'auteur d'ajouter «*the consensus was that such an association should be locality specific or otherwise decentralised (Arhin, 1995, p.45)*». La décentralisation de la responsabilité de l'organisation des systèmes de santé africains au niveau des districts sanitaires est un élément favorable aux mutuelles. Les responsables des mutuelles, qui par essence sont locales puisque idéalement à l'initiative des populations et gérées par ces dernières, sont en mesure de traiter localement avec les responsables sanitaires. Ils le font avec les médecins chefs de districts, mais également avec les chefs de postes de santé, qui sont la plupart du temps des infirmiers. En outre, comme Carrin l'affirmait déjà

⁴ l'étude a également montré que les systèmes traditionnels d'entraide ont également été influencés par l'introduction de la mutuelle hospitalière (par exemple l'obligation d'être affilié à la mutuelle pour entrer dans le réseau d'entraide)

en 1987, les mutuelles ont l'avantage, d'une part, de conserver la collecte des revenus au niveau local, et d'autre part, de mieux répondre aux besoins et préférences régionales (Atim, 1999). Le niveau du district serait donc le plus efficient pour servir de base à la mise en place des mutuelles (Ilunga *et al.*, 1997). Dans sa thèse sur l'assurance de santé au niveau district, Criel avance deux arguments principaux pour justifier ce niveau de déconcentration administrative : 1) le rôle du district n'est pas limité aux aspects techniques, mais il est également politique et 2) le district constitue un juste compromis entre le « *smallness et le largeness (Criel, 1998, p. 114)*».

Le *contexte légal* nous semble aussi important à relever puisque les mutuelles s'insèrent dans un corpus général de mode de financement des services de santé et puisqu'elles instituent une relation contractuelle double⁵ (avec les adhérents et avec les prestataires). Ce contexte légal peut avoir des impacts positifs sur le développement des mutuelles par l'intermédiaire d'une législation souple et adaptée à ce type d'organisation. En revanche, il peut être contraignant dans les pays où les libertés d'expression et d'associations ne sont pas vraiment respectées (Atim, 1998). Dans son étude sur plus de 50 mutuelles en Afrique de l'Ouest, Atim (1998) précisait que plus de 50% de ces dernières n'avaient aucun statut légal. Cependant, il stipule également que ces dernières années l'environnement institutionnel s'est largement amélioré et que les gouvernements regardent ces expériences sous un angle de plus en plus positif. Signalons par contre qu'à l'époque de cette étude (1998), seulement un seul des neuf pays (le Mali) faisant partie de la recherche disposait d'une législation particulière aux mutuelles. De toute façon, comme aime à le rappeler Evrard, dans sa comparaison des mouvements mutualistes belges avec ceux originaires d'Afrique, « *la loi a toujours entériné l'évolution de la mutualité souvent avec un large décalage dans le temps, mais ne l'a pas précédée. En effet, généralement la loi reconnaît et renforce un fait social émergent (Evrard, 2000, p.7)*».

La nature de l'innovation

Afin d'analyser la nature de l'innovation qu'est l'implantation des mutuelles de santé, il faut revenir sur la définition même de ces systèmes. La définition la plus souvent citée, et à juste titre, est celle provenant du guide pratique, à l'intention des promoteurs, écrit par un consortium d'organisations internationales soutenant fortement la mise en œuvre de ces structures. Ce guide précise qu'une mutuelle est :

⁵ dans le cas du modèle participatif, voir le chapitre sur la prestation de services

« une association de personnes, à adhésion facultative, à but non lucratif dont la base de fonctionnement est la solidarité entre tous les membres. Au moyen des cotisations des membres, et sur base de leurs décisions, elle mène des actions de prévoyance, d'entraide et de solidarité dans le domaine de la prise en charge des risques de maladie » (Evrard, 1998; Fonteneau et van der Hallen, 1998).

Il s'agit de regarder plus en détail les caractéristiques propres du changement apporté par les mutuelles de santé et d'en relever la complexité. A la lecture des différentes études de cas en notre possession, nous avons identifié les caractéristiques suivantes, dont la complexité mérite que l'on s'y arrête : les conditions d'initiations, la mobilisation des ressources, la gestion, les prestations de services et la gouvernance démocratique.

En ce qui concerne *l'origine de la création* des mutuelles de santé, on peut affirmer qu'elle est relativement hétérogène. Au Burkina Faso, Fonteneau (1998) précise dans son étude de 13 systèmes solidaires de financement de la santé, que dans la majorité des cas l'initiative est exogène à la communauté ou au groupe ciblé par la mutuelle. Néanmoins, pour nombre d'entre eux, un besoin social avait été exprimé par ce groupe-cible. Des promoteurs extérieurs ont par la suite proposé des solutions nouvelles (de type mutualiste) pour répondre à ces requêtes spécifiques et mis en œuvre toute une procédure de sensibilisation et d'information des communautés vis-à-vis de l'innovation offerte. Au Zaïre, l'implantation de l'assurance hospitalière de Bwamanda s'est réalisée dans le cadre d'un projet de développement intégré, dans un contexte de retrait presque total du gouvernement et avec une forte présence de personnels techniques belges. En outre, c'est la double préoccupation d'accroissement des revenus et d'accessibilité aux soins qui est à l'origine de la réflexion (Criel, 2000). Au Sénégal, la mutuelle hospitalière de Thiès est née de la volonté de l'église et notamment du Diocèse. Puis, cette expérience a fait boule de neige et aujourd'hui, plus d'une dizaine de mutuelles existent dans cette région sanitaire (Evrard, 1998). Au Mali, la création d'une caisse mutuelle pour le financement des références des centres de santé périphériques vers le centre régional, est à l'initiative des responsables sanitaires du centre de référence de Kolokani (Evrard, 1998).

Quant à la *mobilisation des ressources* financières, l'étude d'une cinquantaine de mutuelles en Afrique de l'ouest a montré qu'elle était relativement réduite, même si l'auteur de la recherche souligne que le potentiel demeure important (Atim, 1998). L'influence des mutuelles sur le budget des structures sanitaires est restreinte. Par exemple, alors qu'une quinzaine de mutuelles se concentrent autour de l'hôpital de Thiès au Sénégal, la proportion des mutuelles dans le chiffre d'affaire de la structure hospitalière n'est que de 2,5%, soit 10 millions sur 280 millions de F CFA (Massiot, 1998). Au Ghana,

la mutuelle de santé proche de l'hôpital du district de West Gonja, contribue au chiffre d'affaire à hauteur de seulement 4% (Atim, 1998).

La *gestion* de ces mutuelles, notamment à la lumière de l'étude de cas du Burkina Faso, semble être de deux ordres : autonome et assistée (Fonteneau et van der Hallen, 1998). Dans les modèles de gestion autonome, on remarque que subsistent les mêmes difficultés que pour les comités de gestion des centres de santé. C'est-à-dire que les responsables éprouvent certaines difficultés à concilier ce travail bénévole avec leurs activités professionnelles. Il est aussi compliqué d'acquérir les connaissances de base en gestion comptable et financière pour être capable de piloter les mutuelles de santé. Il est assez rare, en effet, que les gestionnaires suivent des formations spécifiques (Fonteneau et van der Hallen, 1998). Pour les mutuelles à gestion assistée, la situation est opposée car elles bénéficient d'un appui extérieur et d'une assistance technique substantielle. Cette assistance peut se traduire soit par un suivi régulier, soit par une gestion conjointe avec les prestataires de services. Nous avons personnellement assisté, lors de notre mission au Burkina Faso, au premier cas de figure. Une assistante technique, fonctionnaire des services sociaux, soutenait fortement le développement de mutuelles de santé (couplées avec un système de crédit) au profit des groupements féminins du district sanitaire de Kongoussi. Quant à l'autre forme d'assistance, tout en restant dans le même pays, nous pensons au cas des mutuelles de la zone cotonnière ou à celles de Bobo-Dioulasso, bénéficiant de l'appui d'experts de la coopération française (un coopérant français pendant un an) (Fonteneau et van der Hallen, 1998). Les mutuelles doivent également s'organiser pour faire face aux deux risques classiques des assurances : le risque moral et la sélection adverse⁶. Il est donc essentiel qu'elles se dotent de mécanismes de *gestion des risques*. Le risque moral est la tendance, pour un assuré, à utiliser à mauvais escient les systèmes de santé puisqu'il sait qu'il est couvert par l'assurance. La sélection adverse est la tendance des gestionnaires à sélectionner les adhérents et finalement à exclure les personnes dont le risque de tomber malade, et donc de consommer des services, est trop élevé. Dans les mutuelles où le pouvoir social est fort, le risque moral est socialement contrôlé. Au Burkina Faso, Fonteneau (1998) nous explique que le risque moral semble peu d'actualité puisqu'aux dires des personnes interrogées, il n'est pas dans les mentalités locales de vouloir surconsommer les soins de santé. Pour se prémunir contre le risque moral, les autres types de mutuelles utilisent différentes techniques largement éprouvées dans les pays industrialisés (Saltman et Fugueras, 1997) : obtenir une référence par une

⁶ deux autres risques existent mais nous ne les traiterons pas dans ce présent document : l'escalade des coûts et les fraudes ou abus

personne mandatée, exiger un co-paiement ou des déductibles, limiter la durée où les services sont pris en charge. Au Sénégal, par exemple, les mutuelles de la région de Thiès limitent la couverture aux 15 premiers jours d'hospitalisation (Atim, 1998). Au Mali, la mutuelle de Kolokani requiert un co-paiement (ticket modérateur) de 25% (Evrard, 1998). A l'hôpital Bwamanda, un adhérent ne pourra obtenir le remboursement que s'il est référé par une structure de niveau inférieur (Criel *et al.*, 1999). Pour contrer la sélection adverse, les mutuelles du Burkina Faso ont pour la plupart imposé un stage d'attente de 3 à 6 mois (Fonteneau et van der Hallen, 1998). D'autres préfèrent limiter les périodes d'inscriptions, comme c'est le cas au Ghana. Il est intéressant de noter que la mutuelle de Lalane Diassap au Sénégal a réussi à réduire au maximum la sélection en ayant un taux de pénétration important (82%) de sa population cible (Atim, 1998). Ainsi, la grande majorité de la population est adhérente de la mutuelle et les risques sont « idéalement » partagés, comme dans le cas d'une assurance sociale nationale et obligatoire.

Au niveau de la *prestation des services*, nous devons considérer deux tendances particulières à propos du type de risque couvert⁷. La première est de circonscrire la prestation de services aux « gros » risques, à savoir les risques les plus incertains mais les plus coûteux. Il s'agit notamment des risques hospitaliers. Selon Atim (1998), 55% des mutuelles choisissent cette option. Huit mutuelles sénégalaises sur dix de l'étude de Brouillet et al. (1997) couvrent ce risque. La mutuelle de Kolokani, dont nous avons déjà parlé, se situe tout à fait dans cette prise en charge puisqu'elle ne couvre que les risques liés à l'obligation de référer les patients de première ligne vers l'hôpital de second niveau. De même, l'assurance de Bwamanda ne couvre que les risques hospitaliers (Criel *et al.*, 1999). La seconde tendance est de s'assurer pour les risques quotidiens, les soins de santé primaires. Mais à peine 20% des mutuelles étudiées par Atim (1998) proposent de couvrir uniquement les services de première ligne. Il semble que les populations aient une propension à demander la couverture du second type de risque ou à tout le moins, ne comprennent pas pourquoi seuls les risques hospitaliers sont couverts (Criel, 2000). Dans les mutuelles cotonnières de l'ouest du Burkina Faso, c'est essentiellement « *les petits risques à fortes probabilité de survenue* (Cazal-Gamelsy *et al.*, 2001, p.2) » qui sont pris en charge. Des soins correspondants sont fournis par les structures situées au niveau le plus bas de la pyramide sanitaire.

⁷ en annexe, nous reproduisons un schéma explicite (de l'OMS) sur les types de risques au regard des événements de santé selon deux critères : la fréquence et le coût. Bien que ce schéma présente quatre types de risques, il semble que les populations et les promoteurs des mutuelles n'en retiennent que deux, présentés dans notre document.

Les relations entre les gérants des mutuelles et les prestataires de services sont des éléments importants à examiner. Car, pour que les mutuelles soient efficaces et intéressantes pour les adhérents, il faut qu'elles s'assurent que le niveau des prestations fournies par les prestataires correspond à ce qu'elles se sont engagées à offrir aux adhérents. La mutuelle joue le rôle d'acheteur entre ses membres et les fournisseurs de services de santé. Il existe deux types de modèles dans les systèmes d'assurances volontaires. Criel (2000) distingue ainsi le modèle participatif du modèle technocratique. Dans le premier cas la mutuelle est un intermédiaire entre la source de financement et le destinataire des fonds tandis que dans le second cas, il n'y a pas d'intermédiaire et le prestataire de services est aussi l'assureur. Ceci peut être schématisé comme suit :

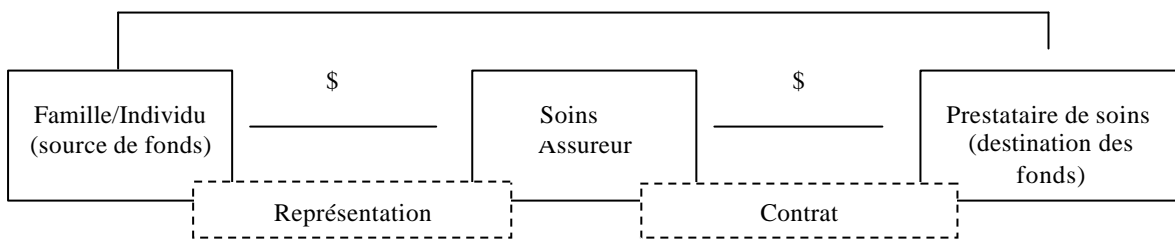


Figure 2 : Modèle participatif

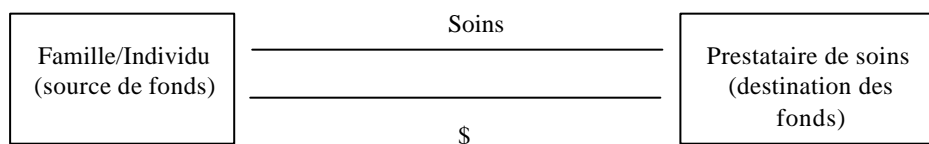


Figure 3 : Modèle technocratique

Il semble que le premier modèle soit le plus efficace tant le second a eu des résultats récents décevants (Kaddar et Galland, 1997).

Bien que le poids financier des mutuelles de la région de Thiès au Sénégal demeure relatif par rapport au budget de l'hôpital, comme nous l'avons mentionné précédemment, leur présence semble avoir malgré tout permis de créer une certaine capacité à négocier avec les instances hospitalières. Prises individuellement, il est clair qu'elles ne peuvent se prévaloir facilement d'une capacité de négociation, mais il n'en demeure pas moins que leur nombre relativement important (plus d'une dizaine) dans un périmètre sanitaire restreint a eu un effet significatif (Massiot, 1998). Cette capacité à négocier explique certainement pourquoi l'approche contractuelle, de plus en plus usitée en Europe (Saltman et Fugueras, 1997), est actuellement impulsée par l'OMS Afrique, bien que les expériences soient encore très diverses, peu documentées et souvent inconnues des gouvernements (OMS/AFRO, 2000).

A Bouahoun, l'infirmier chef du poste de santé primaire est le pivot du système que ce soit pour les décisions à prendre ou pour la gestion quotidienne (Cazal-Gamelsy *et al.*, 2001). Comme à Bwamanda où c'est l'équipe de district qui gère le système (Criel *et al.*, 1999), on se trouve dans le cas du modèle technocratique. Brouillet *et al.* (1997) vont même jusqu'à affirmer que les mutuelles rurales se trouvent dans une situation de dépendance vis-à-vis des centres de santé. La mutuelle de Nkoranza au Ghana est dans cette même situation d'impossible négociation (Atim, 1999).

Mais toutes les mutuelles ne passent pas forcément de contrats ou de conventions avec les prestataires de services. Au Burkina Faso, par exemple, seulement cinq des 13 organisations revues par Béatrice Fonteneau (1998) avaient passé une convention avec les centres de santé. Cet état de faits est également présent au Sénégal où il subsiste un «*faible niveau de relation entre mutuelles et prestataires de soins* (Brouillet *et al.*, 1997, p.46)». En outre, il est important de rappeler que ce type de relations avec les prestataires de services aura des conséquences sur la qualité et la quantité des services rendus. On se retrouve ici dans la problématique bien connue des modes d'allocation de ressources pour les fournisseurs de services. Selon Atim (1998) la majorité des mutuelles de son étude utilisent la méthode du paiement à l'acte. Or, nous savons combien ce type de paiement peut avoir des incidences particulières sur l'augmentation de la demande induite (Saltman et Fugueras, 1997).

Enfin, la *gouvernance démocratique* est un élément essentiel du contenu de cette innovation au niveau des modes de financement des services de santé en Afrique subsaharienne. Au Bénin, les représentants de mutuelles ont réussi à se faire entendre des autorités sanitaires au sujet des nombreuses pratiques parallèles et des comportements indésirables du personnel de santé. Au Sénégal, comme nous venons de le voir, le pouvoir de ces nombreuses mutuelles se renforce chaque jour d'avantage compte tenu de leur présence ancienne et relativement imposante (Atim, 1998). Selon certains auteurs, les mutuelles seraient mieux armées que les comités (communautaires) de gestion des centres de santé, pour développer le système sanitaire local (Galland *et al.*, 1997). Pourtant, comme le rappelle très bien Evrard dans son étude de cas malien avec la mutuelle de la MUTEK, «*il ne faut toutefois pas surestimer le poids des « simples » membres dans ce fonctionnement démocratique* (Evrard, 1998)». En faisant la comparaison avec les mutuelles européennes, cet expert remarque que les discussions internes ont tendance à rapidement se concentrer sur les aspects techniques et actuariels, reléguant ainsi au second plan les néophytes. Soulignons pour terminer ce chapitre que le modèle technocratique décrit plus haut semble être celui dont la capacité à promouvoir la gouvernance démocratique soit la plus faible. On le comprend aisément puisque dans ce cas, l'ensemble de la « mécanique » se trouvent entre les mains du personnel de santé, qui est à la fois le prestataire de services et le gestionnaire de l'assurance. Un membre d'une mutuelle de ce type précisait à Bart Criel (2000) : «*dans la mutuelle on*

ne se connaît pas, si l'argent est détourné on ne peut pas punir le trésorier » ou encore *«le CDI [gestionnaire de la mutuelle] se moque de nous car toutes les décisions sont déjà prises (p. 129)»*.

Les groupes d'acteurs

Lors d'une réunion internationale de travail en Belgique à propos de l'articulation des initiatives mutualistes avec les mouvements endogènes d'entraide en Afrique, les discussions ont permis d'aboutir cette conclusion : *«l'introduction de mécanismes de partage du risque-maladie dans une société entraîne une multitude d'effets systémiques (plus ou moins prévisibles). On ne peut donc pas faire l'économie d'une analyse préliminaire des attentes et craintes des principaux acteurs impliqués (Criel, 2000, p.163) »*. C'est ce que nous allons tenter de réaliser dans les prochaines lignes.

Dans la mise en œuvre d'une telle innovation, nous avons recensé l'implication des groupes d'acteurs suivants : la population, les patients, les prestataires de services, l'administration sanitaire, les organisations internationales (gouvernementales ou non) et les gouvernements. Il est évidemment essentiel d'aller un peu plus loin dans la description de ces acteurs et de réaliser une enquête en profondeur pour être en mesure d'identifier, non plus des groupes d'acteurs, mais des groupes stratégiques. Ces groupes stratégiques étant compris comme *«une sorte de «groupe virtuel » [...] dont on peut supposer qu'il partage une même position face à un même «problème» (Olivier de Sardan, 1995, p.179)»*. Toutefois, eu égard à la méthodologie utilisée pour écrire notre document, nous avons, contrairement à ce que propose Olivier de Sardan, *a priori* déterminé les groupes stratégiques. Ainsi nous allons tenter d'identifier les différentes stratégies déployées par ces groupes au regard de l'introduction de cette innovation financière.

La *population locale* n'est assurément pas homogène. Les luttes de pouvoir sont incessantes. Ces luttes sont largement illustrées et connues concernant les instances «démocratiques» de gestion communautaire des services de santé. Il serait naturellement surprenant qu'on ne réitère pas ce type de comportements dans les conseils d'administrations des mutuelles du type participatif. En outre, comme le souligne Ilunga et al (1997), la participation des adhérents à l'ensemble des tâches de gestion est un *«facteur de stabilisation de la confiance entre les parties prenantes (p. 26)»*. Cela explique certainement que les mutuelles du Sud Borgou au Bénin sont complètement indépendantes des structures sanitaires ou des comités de gestion (CIDR, 1997). Le peu de représentation du comité de gestion de la mutuelle de Muranda au Rwanda serait un facteur déterminant de l'échec constaté (Roenen et Criel, 1997). Pour les mutuelles plus technocratiques, cela pourrait être la même chose,

comme nous l'avons illustré plus haut. La population risque de ne pas se sentir réellement concernée par les activités de l'assurance. Or, nous savons, par exemple, que le contrôle social est essentiel pour limiter les abus et autre risque moral.

Pour l'instant, les mutuelles de santé ont un taux de pénétration de leur population cible souvent faible et qui plus est, la majorité d'entre elles représentent moins d'un millier d'adhérents, comme le montre le tableau ci-dessous.

Tableau 2 : Répartition des mutuelles de 9 pays d'Afrique de l'ouest et centrale, adapté de (Atim, 1998)

| Nbre de membres | Nbre de mutuelles | Pourcentage |
|---------------------|-------------------|-------------|
| Moins de 100 | 6 | 27 |
| De 100 à 1000 | 8 | 36 |
| De 1001 à 10.000 | 3 | 14 |
| De 10.001 à 100.000 | 4 | 18 |
| Plus de 100.000 | 1 | 5 |
| TOTAL | 22 | 100 |

Enfin, dans une recherche au Ghana et au Cameroun, Atim (1999) affirme que rien ne prouve que la dynamique sociale d'un groupe est le seul ou le plus influent facteur de performance des systèmes de partage des risques.

Les patients, que nous pouvons confondre avec les adhérents pour le présent travail, ont des intérêts divergents dans l'utilisation des services de la mutuelle. Nous les avons largement abordés dans les sections précédentes. Nous pensons notamment à la problématique du risque moral selon laquelle l'assuré, se sachant remboursé, aura une fâcheuse tendance à utiliser plus facilement les services de santé. Toutefois, cette augmentation de l'utilisation des services est souvent un objectif en tant que tel pour les promoteurs de ces initiatives. Certaines expériences semblent montrer que les adhérents ont une tendance plus grande à utiliser les services (Caza-Gamelsy *et al.*, 2001). Mais le risque n'est pas cela, car il suppose que l'utilisation est abusive.

Les prestataires de services sont dans la plupart des cas, soit l'hôpital du district soit les centres de santé de première ligne. Pour le personnel de santé, c'est toute la question du transfert du pouvoir qui se pose. En effet, par essence, les mutuelles sont gérées et organisées par leurs adhérents et ceux-ci doivent jouir de l'ensemble des pouvoirs de décision. Un contrat est passé entre la mutuelle et les prestataires de service afin de bien délimiter les prises en charges et les conditions de prestation de services rendus par le centre de santé (notamment en terme de qualité et de disponibilité des services). En outre, nous savons que l'une des deux approches à la notion de contractualisation permet la mise en

place d'une certaine forme de compétitivité et de choix plus éclairant du prestataire⁸ (Saltman et Fugueras, 1997). Cependant, cette approche ne semble pas encore complètement intégrée au processus puisque, par exemple au Sénégal, Brouillet (1997) signale que l'une des raisons expliquant les carences constatées au niveau de la gestion des mutuelles serait le peu de relations existant entre les mutuelles et les prestataires de services. Précisons que l'approche contractuelle nous paraît quelque peu biaisée dans le contexte rural. D'abord, l'offre de soins n'est pas diversifiée et les centres de santé disposent bien souvent d'un monopole puisqu'ils sont les seuls à proposer des services de santé moderne (cet adjectif est important car les offres traditionnelles subsistent encore largement). Ensuite, les centres de santé en Afrique de l'ouest ne disposent pas tous encore de statut juridique facilitant la signature de contrat, comme c'est le cas au Burkina Faso (Fonteneau et van der Hallen, 1998). Enfin, les rapports de forces entre les mutualistes et les agents de santé sont encore largement dominés par ces derniers. L'avènement de contrats et la présence d'un groupe organisé face aux personnels de santé est nouveau pour ces derniers. C'est un changement relationnel profond auquel les prestataires de services ne sont pas encore habitués. C'est leur capacité à tirer des bénéfices substantiels (augmentation des ressources) qui pourrait les rendre intéressés par ces assurances (Normand, 1999). Quant aux populations locales, en milieu rural, elles ne sont pas toujours les mieux armées pour négocier et faire face à ceux que tout le monde appelle « docteur », quel que soit leur statut (Jaffré, 1999). De plus, dans le cas des assurances hospitalières, Roenen (1997) note que la rotation trop importante du personnel de santé est un facteur contraignant dans l'amélioration du dialogue entre les populations et les prestataires de services.

L'*administration sanitaire* locale, dans un contexte de décentralisation où le district sanitaire constitue l'échelon inférieur de la pyramide nationale, est dotée de moyens somme toute relatifs à l'occasion de l'introduction des mutuelles dans le paysage du financement des services de santé. Nous pensons qu'elle présente un certain nombre de caractéristiques handicapantes. Premièrement, le personnel cadre des districts est très souvent absent du niveau local. Une enquête au Burkina Faso a montré que l'absentéisme moyen était de 37%, autrement dit un district se trouve sans médecin pendant 135 jours par an (Bodart *et al.*, 2000). Pour plusieurs raisons, dépassant le cadre de ce document, ils se retrouvent plus souvent au niveau central qu'au cœur du district. Deuxièmement, ces équipes de district ne disposent pas toujours d'une grande légitimité auprès de la population, bien qu'elles ne soient pas exemptes de responsabilités quant à l'origine des conflits. Troisièmement, les cadres de

⁸ L'autre approche de la contractualisation est celle de l'administration et de la planification des services de santé

l'administration sanitaire locale ne possèdent que très rarement les compétences techniques nécessaires pour appuyer et accompagner les dynamiques mutualistes locales. Ceci explique les nombreux ateliers de formations et réunions de concertation depuis quelques années, ainsi que le préconisait Pascal Brouillet et ses collaborateurs sénégalais en 1997. Cette carence pourrait donc être comblée dans les prochaines années, si tant est que le problème de la rotation perpétuelle du personnel soit réglé. Au Burkina Faso, Fonteneau (1998) constate qu'il est indispensable de (re) sensibiliser les nouveaux infirmiers à l'intérêt des mutuelles en expliquant le fonctionnement et la nécessité de leur implication.

Durant les « décennies perdues pour le développement de l'Afrique », les *organisations internationales* (gouvernementales ou non) ont semble-t-il ignoré l'ensemble des innovations sociales et quelque peu étouffé le potentiel des acteurs « d'en bas ». En d'autres termes, Assogba nous explique que dans les années 60 et 70, les politiques interventionnistes des Etats post-coloniaux aidés en cela par les organisations internationales, n'ont à aucun moment souhaité accompagner l'émergence des pratiques d'économie sociale populaire rendues nécessaires par l'accroissement des besoins essentiels et non satisfaits (Assogba, 2000). Dans les années 80, pour faire suite aux conséquences aujourd'hui bien connues de l'accroissement des politiques de paiement des frais par les usagers, nous avons vu la naissance de quelques expériences, éparées, de système de partage des risques au niveau local. Dans les années 90, et principalement depuis ces dernières années, face à l'échec de nombreuses politiques de développement, on assiste à un changement de « paradigme » pour une plus grande prise en compte des pratiques locales. Pourtant, comme le note Bénédicte Fonteneau (1998) dans le cas du Burkina Faso, peu de mutuelles sont épaulées financièrement ou appuyées techniquement. Evidemment, compte tenu de la multitude des expériences en cours, il serait délicat pour les organisations internationales de soutenir toutes les pratiques émergentes. Mais, quelques indices récents nous laisse croire à une forte volonté de la part de ces organisations de mieux s'organiser pour aider techniquement ou financièrement les dynamiques locales mutualistes. Nous en voulons pour preuve, comme nous l'avons mentionné dans notre premier chapitre, la tentative récente de coordination des appuis et consolidation des expériences. Il s'agit notamment de la mise sur pieds de la « Plate-forme d'Abidjan » (1998), de l'organisation de plusieurs réseaux (au Sénégal et au Burkina Faso), de la création d'une organisation locale d'appui aux mutuelles guinéennes (DynaM) et de la méthodologie standardisée d'évaluation de la coopération allemande. Nous pouvons également citer le travail de Bart Criel (2000) qui répond à une commande de la coopération belge afin de soutenir sa politique d'appui aux assurances locales de santé. Ces organisations internationales ont avantage à se pencher sur ces perspectives puisque malgré les nombreux projets internationaux de santé communautaire, il subsiste encore des taux d'utilisation

des structures sanitaires modernes excessivement bas (jamais plus de 0,4 nouvelle consultation par habitant et par an) et que des milliers d'africains demeurent exclus pour, entre autres, des raisons financières (de La Roque, 1996).

Les gouvernements manifestent un intérêt croissant pour ces initiatives. Toutefois, cet intérêt n'est pas sans poser de problèmes particuliers concernant le financement des services de santé. Selon certains (Fonteneau et van der Hallen, 1998; Normand, 1999), l'engouement de quelques gouvernements pour promouvoir le développement des mutuelles pourrait être une bonne façon pour les Etats, d'une part, de se décharger encore plus et ainsi continuer à faire porter le fardeau financier à la population⁹, et d'autre part, de focaliser les interventions sur les mutuelles au détriment des questions essentielles d'accessibilité financière aux soins de santé. En outre, le développement des mutuelles serait également une réponse aux limites (politique, administrative, financière...) des Etats et notamment leur capacité à développer des systèmes d'assurances à l'échelon national (Ilunga *et al.*, 1997; Criel, 2000).

Les stratégies d'implantation

A propos des stratégies d'implantation, nous croyons avoir décelé des expériences en cours, deux pratiques particulières.

La première est une stratégie d'implantation allant du sommet vers la base, traduite par «top-down approach». Dans leur article de synthèse du numéro spécial de la revue *Social Science and Medicine* à propos de l'économie des assurances de santé dans les pays à revenus faibles et moyens, Carrin et ses collègues indiquent que l'approche contraire «bottom-up» est préconisée par tous les participants à ce numéro spécial. Cette recommandation traduit donc une volonté de contrecarrer l'effet dominant de l'approche du sommet vers la base selon laquelle l'innovation est plus imposée qu'intégrée dans les pratiques sociales traditionnelles. En outre, Criel (2000) nous montre combien le mouvement mutualiste africain est différent de l'histoire européenne. En effet, selon lui, la protection sociale quasi-universelle européenne s'explique par l'intégration des pratiques solidaires locales et communautaires dans le système national de l'Etat-providence. A l'inverse, en Afrique, ce sont les carences étatiques de la couverture maladie qui ont rendu nécessaire l'implantation des innovations telles que les mutuelles de santé. Evrard (2000) signale que l'approche par projets qui est actuellement l'occasion de la mise en place des mutuelles de santé (comme dans la plupart des cas pour le développement international) n'est

⁹ est-ce vraiment possible de faire plus?

certainement pas la meilleure alternative pour la pérennité des mutuelles. Cette approche du sommet à la base s'est concrétisée au Mali, dans la mutuelle de référence de Kolokani, où tout a été initié puis piloté par les responsables du centre de santé de référence (Evrard, 1998). Dans ce même pays sahélien, Brouillet et al (1997) décrivent comment l'Etat malien s'est fortement impliqué « *auprès d'une population réceptive à ses sollicitations (p.48)* ».

La seconde stratégie identifiée est exogène, en ce sens que cette innovation dans le financement des services de santé semble avoir plus été importée qu'ancrée dans une dynamique sociale locale. Même si certaines caractéristiques des mutuelles se rapprochent de mécanismes traditionnels d'entraide, il semble que les expériences européennes aient fortement inspiré leur émergence (Fonteneau et van der Hallen, 1998). Les partenaires au développement ont joué un rôle crucial dans l'apparition et le développement des mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest (Atim, 1998). La mutuelle de Bwamanda n'aurait certainement pas existé sans l'appui d'une organisation non gouvernementale belge (Criel, 2000). De même, les mutuelles du Sud Borgou au Bénin sont fortement soutenues par une organisation française, le CIDR (1997). En dehors du Sénégal, il semble bien que les expériences mutualistes authentiques soient relativement rares (Evrard, 1998). Criel (2000) précise que l'une des lacunes des systèmes de partage de risques actuels est « *un développement d'initiatives en dehors, et à côté, de ce qui existe déjà (p.159)* ». C'est ce qu'il faut retenir de ce type de stratégie. Plus qu'une substitution par l'intermédiaire des appuis extérieurs, la seconde caractéristique des stratégies d'implantation identifiée est celle d'une superposition des mutuelles sur les pratiques traditionnelles d'entraide, comme ce fût le cas à Bwamanda (Criel, 2000). Non seulement elles se superposent, mais de surcroît, les mutuelles ne semblent pas prendre en compte les potentialités des pratiques locales endogènes. C'est une des hypothèses formulées par les responsables du projet PRIMA en Guinée pour expliquer les problèmes d'acceptabilité de la mutuelle : « *la dynamique lancée par PRIMA ne s'est pas suffisamment « greffée » sur des initiatives d'entraide pré-existantes (Criel, 2000, p.165)* ».

Pour clore cette section, précisons que des initiatives émanant des « gens d'en bas », et souhaitant répondre à un besoin initialement identifié par ces derniers, sont visibles dans quelques pays, notamment au Sénégal (Brouillet *et al.*, 1997). Néanmoins elles ne peuvent constituer une troisième stratégie. D'une part, elles sont relativement modestes, et d'autre part, elles ne peuvent être assimilées à l'objet de notre article. En effet, même si les populations expriment un besoin particulier quant à la prise en charge des risques de tomber malade, la complexité de la nature de l'innovation à mettre en

œuvre les obligent à faire appel à des compétences et expertises extérieures à la communauté (Fonteneau et van der Hallen, 1998).

4. DISCUSSION

A propos des chances de réussite des mutuelles au regard de nos interrogations initiales

L'utilisation du cadre d'analyse de Walt et Gilson (1995) nous a permis de brosser un tableau relativement consistant des facteurs facilitant et contraignant la mise en œuvre de cette innovation de financement des services de santé en Afrique. L'étude du contexte dans lequel se déroule cette initiative, de son contenu, des acteurs en jeu ainsi que des stratégies d'implantation nous permet maintenant d'inférer sur les chances de réussite des mutuelles de santé dans cette région du monde. Nous souhaitons analyser ces chances au regard de deux éléments essentiels que sont la pérennité de tel système de partage des risques au niveau local et leur capacité à améliorer l'accès aux soins pour la population en générale et pour les plus pauvres en particulier.

Nous avons vu qu'hormis quelques rares exceptions, les mutuelles de santé sont soutenues et impulsées par des intervenants extérieurs. Il semble que bien souvent ces appuis exogènes répondent à des besoins exprimés par les populations locales qui ne savent pas trop comment faire pour les satisfaire. Dans ce cas, comme le souligne Béatrice Fonteneau (1998), les chances de réussite et de pérennité des mutuelles ne seraient pas compromises. En effet, la complexité de cette innovation (pensons notamment aux calculs actuariels) et la présence d'organisations extérieures à la communauté pour son implantation, seraient largement contrebalancées par la volonté des membres de la communauté de répondre à leurs besoins. Ainsi, la participation de la population locale, partie prenante de la définition d'une mutuelle, serait le gage de la pérennité des mutuelles. Mais nous souhaitons ici insister sur le fait que ce n'est pas la participation en elle-même qui est primordiale, mais plutôt le type de participation. Il ne s'agirait pas de reproduire les erreurs du passé au sein des projets de développement internationaux (par exemple les échecs des coopératives (Fonteneau et van der Hallen, 1998; Assogba, 2000)). Yao Assogba précise que le premier type de participation est inspiré du paradigme déterministe tandis que le second est issu des perspectives interactionnistes de type wébérien. En d'autres termes et adaptés aux pratiques du développement, si le premier type néglige les acteurs sociaux et ne prend en compte ni leurs perceptions ni leurs valeurs, le second type prend en considération les motivations et les stratégies des populations de même que les croyances et la rationalité économique des bénéficiaires (Assogba, 1989).

L'autre point important à relever concernant la pérennité de ce processus concerne le caractère global du projet. Nous savons que les déterminants de la santé sont nombreux et que l'accès aux systèmes de soins n'est pas le seul à être en mesure d'améliorer l'état de santé des populations. Les promoteurs de la mutuelle d'Idjwi en République Démocratique du Congo l'ont tout à fait compris (Ruhana-Mirindi et Evrard, 1998). L'amélioration des revenus de la population peut être un gage de meilleure santé, mais de notre point de vue, il est aussi un facteur essentiel à la pérennisation des mutuelles de santé. L'action globale et multidimensionnelle mise en œuvre dans cette île du lac Kivu est un facteur facilitant capital. Nous en voulons pour preuve l'expérience certainement la mieux documentée en ce qui concerne les mutuelles de santé : Bwamanda, au Zaïre. Cette assurance locale hospitalière a été développée dans le cadre d'un projet intégré belge. En d'autres termes, c'est toute une région qui bénéficiait, non seulement d'un appui sanitaire mais également d'un soutien au niveau de l'éducation, de l'agriculture, des moyens de communications... (Criel, 2000). Rappelons que si aujourd'hui la santé des populations de l'État du Kerala en Inde est aussi bonne que celle des « étatsuniens », alors que son PNB n'est que de 275\$ par habitant, c'est largement parce que s'est opéré un investissement massif en faveur de l'éducation des filles et parce que s'est organisé un programme de développement global (Thankappan et Valiathan, 1998).

Les chances de réussite et de pérennité de cette innovation semblent donc relativement importantes mais dans la mesure où, les appuis extérieurs (indispensables) se situent dans un paradigme interactionnisme de type wébérien, et en plus les conditions économiques et sociales sont en voie d'amélioration. En ce sens, il serait particulièrement pertinent d'inscrire ces initiatives mutualistes au cœur de programme de développement intégré visant l'ensemble des déterminants de la santé.

L'utilisation du cadre d'analyse nous permet également d'étudier l'apport de cette innovation à l'amélioration de l'accès aux soins. Certes, les mutuelles ne se donnent pas forcément cet unique objectif, mais il n'en demeure pas moins essentiel de sonder leur aptitude à contribuer au renforcement des possibilités d'accès aux soins. Nous avons vu que les mutuelles pouvaient avoir un rôle fondamental dans la dynamique de solidarité sociale. La cohésion sociale peut permettre de faire évoluer le rapport de forces entre le personnel de santé et la population. Mais ce rapport de forces peut aussi profiter des apports techniques des mutuelles pour basculer un tant soit peu au profit de la population en générale et des adhérents en particulier. Lorsque les mutuelles sont de type participatif, elles peuvent être en mesure de passer des contrats avec les prestataires et ainsi s'assurer d'une certaine qualité des services dispensés. Or, nous savons que la qualité des services est déterminante dans

l'utilisation des centres de santé (Haddad et Fournier, 1995). En ce sens, nous croyons que les mutuelles peuvent contribuer à l'amélioration de l'accès aux soins. En revanche, même en ce qui concerne les mutuelles, l'un des autres déterminants de l'accès aux soins demeure : l'incapacité financière de certaines couches de la population. Comme nous l'avons présenté dans notre première partie, l'exclusion temporaire des services de santé peut être contrée par l'adhésion à une mutuelle. L'exclusion permanente, quant à elle, n'est aucunement résorbée par ce type d'initiative. Ainsi, les plus pauvres resteront encore en marge des systèmes de santé. La plupart des auteurs s'accordent pour affirmer qu'il ne faut pas en blâmer les promoteurs des mutuelles. Ils soutiennent que la responsabilité de la prise en charge des indigents revient aux Etats et à leurs politiques de financement des services de santé (Brouillet *et al.*, 1997; Atim, 1998). Pour notre part, nous pensons que l'un n'empêche pas l'autre. C'est-à-dire qu'il est évidemment important que les gouvernements ne se déchargent pas de leurs responsabilités sociales envers les plus pauvres, mais nous pensons que l'ampleur des initiatives actuelles à propos des mutuelles de santé ne doit pas uniquement concentrer les interventions sur leur pérennité et leur efficacité. En d'autres mots, nous pensons que l'innovation introduite par ces systèmes de partage des risques est justement une bonne occasion pour les populations locales et pour les intervenants extérieurs, de remettre la solidarité au cœur du débat. Et lorsque l'on évoque la solidarité, il s'agit d'une solidarité globale et non sélective comme cela peut-être souvent le cas en Afrique (Vuarin, 1993). Cette solidarité devrait largement déborder les simples adhérents des mutuelles et nous devrions voir comment et dans quelles mesures, envisager l'intégration de la prise en charge des plus pauvres, encore aujourd'hui incapables de payer les primes d'assurances. Cela pourrait être une première étape à la réflexion sur les assurances nationales car, comme Evrard (2000) nous le rappelle : *« l'histoire de la mutualité en Belgique nous apprend qu'un système performant et fiable d'assurance maladie sociale se construit lentement, mais sûrement, à partir de la base et des initiatives concrètes d'entraide et de solidarité qui naissent spontanément sur le terrain (p.6) ».*

A propos du cadre d'analyse des politiques de santé

L'avantage principal de l'utilisation du cadre d'analyse de Walt et Gilson (1994) est de nous contraindre à examiner toutes les composantes qui influencent l'implantation d'une innovation, d'un changement. Les critiques émises par ces auteurs, à propos des analyses des politiques se concentrant uniquement sur le contenu, nous paraissent d'autant plus justifiées depuis que nous avons eu l'opportunité d'employer ce cadre à quatre volets. Son application à l'implantation des mutuelles de santé en Afrique nous a permis d'être systématique dans notre analyse et de n'omettre aucun facteur

essentiel à la compréhension du phénomène. Il a l'avantage d'être exigeant puisqu'il s'agit d'être systématique, cohérent et le plus exhaustif possible.

A juste titre, la représentation schématique d'un triangle où les acteurs se retrouvent au centre, nous paraît essentielle. A l'instar de Rathwell (1998) et de bien d'autres auteurs présentés dans l'article original de Walt et Gilson (1994) ou dans une revue de la littérature sur le sujet (Gilson, 1997), nous pensons que le rôle des acteurs est central dans la mise en œuvre et l'appropriation d'un changement. La critique que nous pourrions exprimer à l'égard des auteurs du cadre est de ne pas l'associer à certains modèles explicatifs de l'influence et de l'interaction des acteurs. Certes, les auteurs présentent un cadre d'analyse des politiques et non un modèle d'analyse des interactions. Cependant, ces deux démarches gagneraient à être combinées. Nous croyons qu'il serait pertinent d'associer l'utilisation du cadre de Walt et Gilson (1994) à un modèle nous facilitant la compréhension des relations entre les acteurs concernés par l'introduction du changement. Ainsi il serait possible de dépasser la « simple » analyse des acteurs clefs, autrement appelée par Reich (1996) « *stakeholder analysis (p.4)* ». Il nous semble qu'une cartographie des acteurs permettant de les positionner au regard de leur adhésion/opposition à l'égard du changement introduit, ne suffit pas. Il serait intéressant d'avoir recours aux analyses et de tenter de comprendre pourquoi de telles attitudes se manifestent. Pour ce faire, nous pourrions nous inspirer des théories du changement social, puisque le système de santé, dans notre acception non étatsunienne, est un système social à part entière. Sommairement, que nous disent ces théories dans le contexte du développement ?

La première école qui a retenu notre attention est celle de la socio-anthropologie du développement conçue notamment par Olivier de Sardan et ses collègues de l'Association Euro-Africaine pour l'Anthropologie du Changement Social et du Développement (APAD) (Olivier de Sardan, 1995)¹⁰. Cet auteur précise que l'on doit se concentrer sur l'analyse des interactions entre les acteurs sociaux dont les cultures sont différentes. Pour lui, il est important de faire l'inventaire des contraintes subies par les uns et les autres et de décrypter les stratégies déployées par ceux-ci. Il précise, reprenant en partie le concept d'*agencéité* de Giddens, que les acteurs disposent d'une marge de manœuvre et qu'ils ne sont pas uniquement sous la dépendance de déterminants sociaux ou de pesanteurs culturelles. Il ajoute qu'il faut « *décrire les représentations et systèmes de sens mobilisés par les groupes en interaction et [étudier] les dynamiques de transformation de ces représentations et systèmes de sens (p.6)* ». Dans le

¹⁰ Enfin cette école de pensée n'est pas la seule dans ce domaine puisqu'un sociologue anglais développe depuis plus de 15 ans le même type d'approche « action oriented (Long et A., 1992)».

contexte du développement où, comme nous l'avons vu, les innovations sont souvent d'origine exogène, il est fondamental d'analyser le décalage entre les divers intérêts et rationalités des « développeurs » mais également des « développés ». On le constate, cet auteur ne met aucunement en avant de théories ou de modèles d'explications. Plutôt qu'une théorie ou un modèle explicatif, il préfère construire et analyser ses études de cas autour de concepts exploratoires que sont : savoirs-techniques populaires, logiques, courtage, arène et groupes stratégiques. Bien que cette perspective nous laisse un peu à notre propre sort au niveau de l'explication des interactions, elle présente l'avantage de ne pas nous cantonner dans un paradigme rigide. En outre, la pertinence de suivre, tout ou partie, des concepts d'Olivier de Sardan (1995) est renforcée par la définition qu'il donne à l'objet de son ouvrage de référence : « *comment des propositions de changement induites de l'extérieur se confrontent-elles à des dynamiques locales ? (p.22)* ». Utilisant ce type d'approche dans l'écriture de son ouvrage doctoral à propos d'un projet de santé publique au Mali, Thierry Berche émet l'hypothèse suivante « *l'élucidation des logiques et des stratégies d'action des acteurs sociaux pertinents permettra de connaître, au moins partiellement, la nature, le degré, les raisons et les conditions de la dynamique d'appropriation éventuelle ou de non-appropriation (Berche, 1998, p.35)* ».

La seconde école que nous aimerions mettre en évidence est celle de la sociologie de l'action et notamment de l'interactionnisme de type wébérien utilisé par Assogba dans ses recherches en Afrique (Assogba, 1989). Contrairement à Olivier de Sardan (1995), Assogba (1989) situe ses travaux au cœur de fondements théoriques et de modèles explicatifs, principalement ceux de Raymond Boudon. Alors que dans les années 60-70 les échecs des projets de développement sont mis sur le compte des valeurs et des structures traditionnelles, suivant ainsi les théories déterministes et holistiques (Assogba, 1993), Boudon, appuyé plus tard par Assogba (1989), voit les choses différemment. L'un des principes fondamentaux de ce paradigme est que « *le changement social doit être analysé comme la résultante d'un ensemble d'actions individuelles (Boudon, 1984, p.39)* ». Pour définir ce paradigme, il faut introduire trois concepts clefs que sont les notions d'effets pervers, de rationalité des acteurs et d'individualisme méthodologique.

L'agrégation des actions individuelles d'un ensemble d'acteurs provoque des effets, qui, lorsqu'ils sont négatifs, indésirables ou non recherchés, sont appelés par Boudon (1984) des effets pervers. En d'autres mots, si des comportements individuels provoquent des résultats non recherchés *a priori*, nous sommes en présence d'effets pervers. En outre, Boudon a élaboré une typologie des différents effets pervers possibles (Assogba, 1999). Cette notion n'est toutefois compréhensible que si l'on part du principe que l'acteur est doté d'une rationalité. C'est-à-dire que l'action qu'entreprendra l'individu sera dirigée vers

un but en adéquation avec la situation dans laquelle il se trouve. Autrement dit, l'acteur social a « de bonnes raisons », compte tenu du contexte dans lequel il se trouve, d'avoir réalisé telle ou telle action (Assogba, 1999). Mais, il faut noter que selon Boudon, la rationalité n'est pas pure, car elle est limitée, dans la mesure où l'acteur possède une certaine intentionnalité. Pour l'illustrer à travers les deux grands paradigmes sociologiques, nous pouvons dire que l'acteur de Boudon est en mesure d'échapper au déterminisme. De même que pour les effets pervers, Boudon s'est muni d'un certain nombre de types de rationalité (utilitaire, téléologique, axiologique, traditionnel, cognitif) (Assogba, 1999). Cette notion nous permet d'analyser les actions accomplies en tentant de les comprendre par l'identification des intentions et des motivations des acteurs sociaux. Enfin, ces deux principes sont évidemment très liés à celui de l'individualisme méthodologique. Certes, les contraintes (institutionnelles par exemple) influencent les actions, mais ici, le principe est « *de rechercher le sens pour le sujet dans la situation qui est la sienne de son action (Boudon, 1984, p.66)* ». Cette vision ne nous enferme nullement dans la seule compréhension des motivations et intentions des acteurs, mais au contraire, elle nous oblige également à disposer d'informations suffisantes sur l'environnement social dans lequel baigne le sujet (comme justement nous le permet le cadre de Walt (1998)).

5. CONCLUSION

L'analyse d'une réforme de santé, qu'elle soit qualifiée avec un grand «R » ou un petit (Berman et Bossert, 2000), nécessite l'utilisation d'un cadre d'analyse englobant. En ce sens que limiter l'étude au simple contenu nouvellement apporté, ne permet pas de prendre toute la mesure de l'ampleur du phénomène. En appliquant le cadre proposé par Walt et Gilson (1994) à l'innovation que constitue les mutuelles de santé en Afrique, nous avons justement pu comprendre, dans un premier temps, cette affirmation initiée par ces experts de la London School. Dans un deuxième temps, nous en avons déduit les chances de réussite et de pérennité de cette innovation. Nous pensons qu'elles peuvent être importantes dans la mesure où, d'une part, les appuis étrangers à la communauté prennent en compte les motivations et intentions des populations, et d'autre part, les conditions économiques et sociales s'améliorent. Dans un troisième temps, nous avons montré que les mutuelles de santé ne résoudre pas les problèmes d'exclusion permanente des services de santé, mais que cela constituerait une occasion unique de remettre la solidarité au cœur du débat et de trouver une solution pragmatique. Enfin, dans un dernier temps, nous avons pu tenter une première approche, dans la limite de nos connaissances, d'une certaine adaptation du cadre d'analyse de Walt et Gilson (1994). Dans le cadre de

l'analyse d'une réforme implantée dans un pays en développement, cette dernière gagnerait à être complétée par les propositions de la socio-anthropologie du développement. Ces propositions de concepts exploratoires auraient l'avantage de nous permettre de mieux classer et distinguer les acteurs en jeu ainsi que leurs interactions. Car il semble que les acteurs constituent la pierre angulaire des réformes, et que la complexité des interactions soit essentielle à analyser, ainsi que Walt et sa collègue (1994) en ont noté l'importance. Enfin, pour mieux comprendre ces interactions et « les bonnes raisons » qui les sous-tendent, nous pensons pertinent de faire appel à la sociologie de l'action et notamment aux théories développées par Raymond Boudon et adaptées à l'Afrique par le sociologue Yao Assogba (1999).

6. REFERENCES :

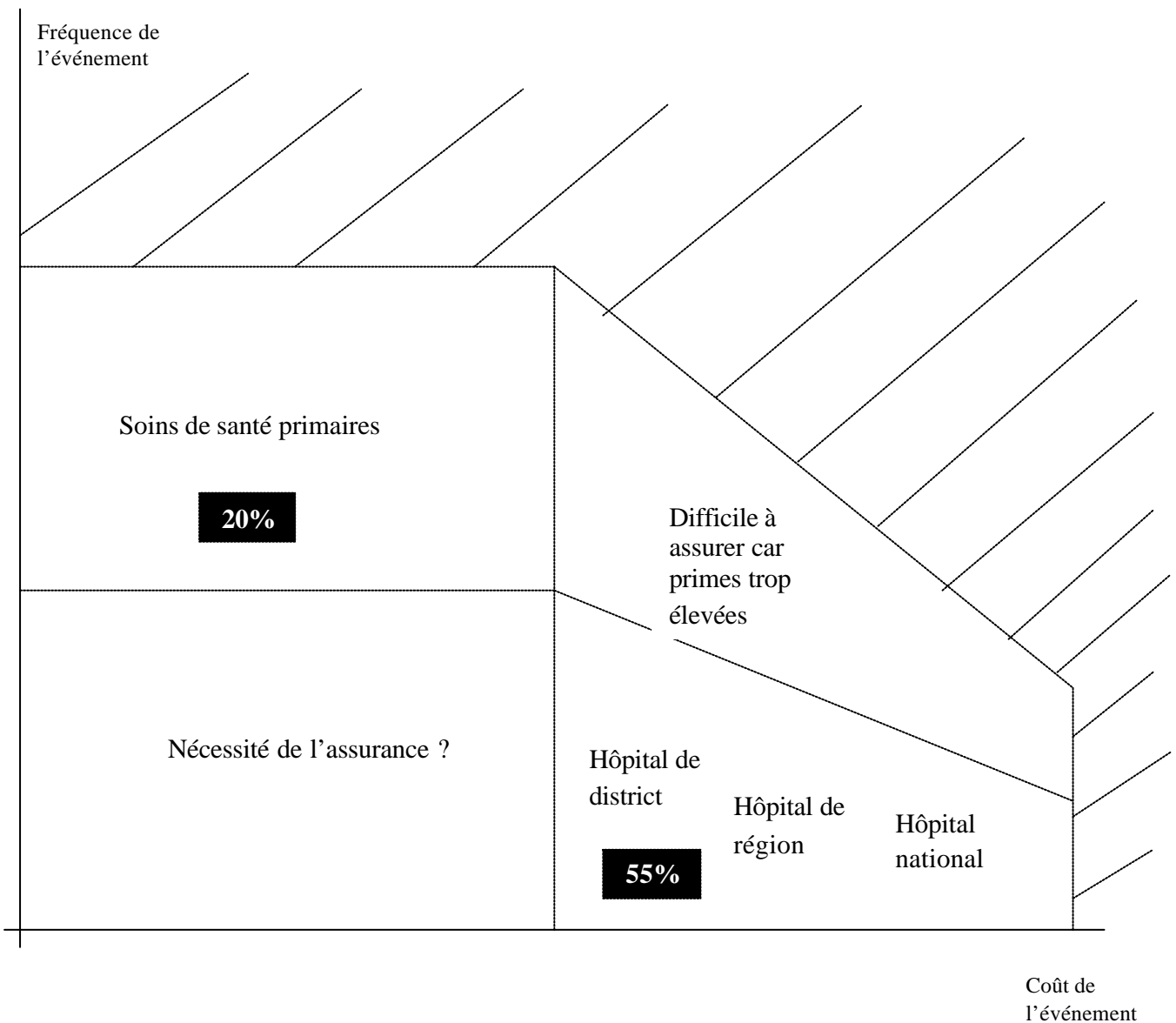
- Arhin, D. (1995). "Health insurance in rural Africa." The Lancet **315**.
- Assogba, Y. (1989). "Pratiques participatives des ONG en Afrique. Le cas du PHV-CUSO au Togo." Nouvelles pratiques sociales **2**(1): 147-164.
- Assogba, Y. (1993). "Entre la rationalité des intervenants et la rationalité des populations bénéficiaires : l'échec des projets en Afrique noire." Cahiers de géographie du Québec **37**(100): 49-66.
- Assogba, Y. (1999). La sociologie de Raymond Boudon. Essai de synthèse et applications de l'individualisme méthodologique. Québec, Les presses de l'Université Laval-L'Harmattan.
- Assogba, Y. (2000). Gouvernance, économie sociale et développement durable en Afrique. Hull, Université du Québec à Hull. Chaire de recherche en développement communautaire : 18.
- 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. Genève, BIT/STEP.
- 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.
- Bensidoun, I. et A. Chevallier (2000). Economies émergentes et pays en développement : la reprise. L'économie mondiale 2001. CEPII. Paris, Editions La découverte: 34-54.
- Berche, T. (1998). Anthropologie et santé publique en pays dogon. Paris, APAD-Karthala.
- Berman, P. A. et T. J. Bossert (2000). A decade of health sector reform in developing countries : what have we learned? Appraising a decade of health sector reform in developing countries, Washington, DC, Data for Decision Making Project- Harvard School of Public Health.
- Bodart, C., G. Servais, Y. M. Lamine et B. Schmidt-Ehry (2000). "Is the health system in Burkina Faso ill? Impact of more than a decade of health sector reform and external assistance on health indicators." Accepté par Health Policy and Planning (selon www.shared.de).
- Boudon, R. (1984). La place du désordre. Critique des théories du changement social. Paris, Presses Universitaires de France.
- Brouillet, P., M. Wade, M. Kambé et M. Ndao (1997). "Emergence des mutuelles de santé en Afrique. Enseignements et perspectives tirés d'une enquête sur les mutuelles de santé au Sénégal." L'enfant en milieu tropical **228**: 40-54.
- Cazal-Gamelsy, R., A. Bellem et P. Korgo (2001). Système de pré-paiement en zone cotonnière au Burkina Faso. Ouagadougou.
- Chapain, C. et F. Vaillancourt (1999). Le financement des services de santé au Québec. Le système de santé québécois. Un modèle en transformation. C. Bégin, P. Bergeron, P.-G. Forest et V. Lemieux. Montréal, Les presses de l'université de Montréal: 101-121.
- CIDR (1997). "Mutuelles de santé au Bénin au Sud Borgou." L'enfant en milieu tropical **228**: 64-65.
- Creese, A. et J. Kutzin (1997). Lessons from cost recovery in health. Marketizing education and health in developing countries, miracle or mirage ? C. Colclough. Oxford, Clarendon press : 37-62.
- Criel, B. (1998). District-based health insurance in sub-saharian Africa, Part I. Antwerp, Belgium, ITG Press.
- Criel, B. (2000). Local health insurance systems in developing countries : a policy research paper. Antwerpen, Department Volksgezondheid, Instituut voor Tropische Geneeskunde: 172.
- Criel, B., P. Van der Stuyft et W. Van Lerberghe (1999). "The Bwamanda hospital insurance scheme : effective for whom? A study of its impact on hospital utilization patterns." Social science and medicine **48**(7): 897-911.
- de La Roque, M. (1996). "Equité et exclusions services de santé. De la recherche à l'action, l'expérience d'une ONG." Cahiers Santé **6**(6): 341-344.
- Dror, D. M. et C. Jacquier (1999). "Micro-assurance : élargissement de l'assurance maladie aux exclues." Revue Internationale de Sécurité Sociale **52**(1/99): 87-119.
- Evrard, D. (1998). Contribution actuelle et potentielle des mutuelles au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé. Etudes de cas au Mali, BIT/STEP: 40.
- Evrard, D. (1998). "La mutualité, association autogérée, une alternative aux problèmes d'accès aux soins de santé en Afrique?" Echos du COTA **80**(3): 3-8.
- Evrard, D. (1998). "L'essor de la mutualité au Sénégal." Echos du COTA **80**(3): 7-8.
- Evrard, D. (2000). La mutualité dans une perspective historique. l'évolution des caisses de secours mutuel vers l'assurance maladie généralisée en Belgique. Une telle évolution est-elle envisageable en Afrique? Atelier national sur la promotion des mutuelles de santé, 28-30 juin 1999, Ouagadougou, Burkina Faso.
- Evrard, D. (2000). Mutuelles de santé en Afrique, une dynamique qui s'accélère. Info de l'Association Internationale de la Mutualité **11**: 3-4.

- Evrard, D., P. Hubert, P. Katerpilari et J. Perrot (2000). La mise en place de mutuelles de santé en milieu rural africain. Une expérience au Burkina Faso. Genève, OMS. Département de l'organisation de la prestation des services de santé. Groupe : bases factuelles et information à l'appui des politiques: 30.
- Fonteneau, B. et P. van der Hallen (1998). Réalités de l'économie sociale au Burkina Faso, Université Catholique de Louvain.
- Galland, B., M. Kaddar et G. Debaig (1997). "Mutualité et systèmes de prépaiement des soins de santé en Afrique subsaharienne." L'enfant en milieu tropical **228**: 9-21.
- Gilson, L. (1997). Implementing and evaluating health reform processes : lessons from the literature. Bethesda, PHR-Abt Associates : 26.
- Gilson, L. (1999). "Implementing and evaluating health reform processes : lessons from the literature." Informing&Reforming (10-11): 2-3.
- Gilson, L. et A. Mills (1995). Health sector reform in sub-Saharan Africa : Lesson of the last 10 years. Health sector reform in developing countries. Making Health development sustainable., P. Berman. Boston, Harvard University Press : 277-316.
- Glassman, A., M. R. Reich, K. Laserson et F. Rojas (1999). "Political analysis on health reform in the Dominican Republic." Health Policy and Planning **14**(2): 115-126.
- Guillaume, P. (1995). La mutualité dans tous ses états. Mutualités de tous les pays "un passé riche d'avenir". M. Dreyfus et B. Gibaud. Paris, Mutualité française: 459-469.
- Haddad, S. et P. Fournier (1995). "Quality, cost and utilization of health services in developing countries. A longitudinal study in Zaïre." Social Science and Medicine **40**(6): 743-753.
- Ilunga, T. B. (1992). L'évaluation d'un mécanisme de financement des soins hospitaliers de premier recours par la méthode de paiement anticipé : le cas de la communauté rurale de Bwamanda au Zaïre. Faculté de médecine. Montréal, Université de Montréal.
- Ilunga, T. B., P. Fournier, A.-P. Contandriopoulos et J. Ette (1997). "Mutuelle et assurance rurales de la santé : quelles approches pour l'Afrique." L'enfant en milieu tropical **228**: 23-28.
- Jaffré, Y. (1999). "Les services de santé "pour de vrai". Politiques sanitaires et interactions quotidiennes dans quelques centres de santé (Bamako, Dakar, Niamey)." Bulletin de l'APAD **17**: 3-17.
- Kaddar, M. et B. Galland (1997). Prépaiement des soins de santé. Paris, Centre International de l'Enfance.
- Knippenberg, R., E. Alihonou, S. A., J.-M. Ndiaye, J.-P. Lamarque et A. El Abassi (1997). "Huit ans d'expérience de l'Initiative de Bamako." L'enfant en milieu tropical(229/230): 1-108.
- Long, N. et L. A., Eds. (1992). Battlefields of knowledge. The interlocking of theory and practice in social research and development. London, Routledge.
- Massiot, N. (1998). Contribution actuelle et potentielle des mutuelles au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé. Etudes de cas au Sénégal, BIT/STEP: 60.
- Mosley, W. H., D. T. Jamison et D. A. Henderson (1990). "The health sector in developing countries : problems for the 1990's and beyond." American Review of Public Health **11**: 335-358.
- Murray, C. J. L. et J. Frenck (2000). "A framework for assessing the performance of health systems." Bulletin of the WHO **78**(6): 717-731.
- Nolan, B. et V. Turbat (1995). Cost recovery in public health services in Sub-saharian africa. Washington, DC, World Bank.
- Normand, C. (1999). "Using social health insurance to meet policy goals." Social Science and Medicine **48**: 865-869.
- Olivier de Sardan, J.-P. (1995). Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social. Paris, APAD-KARTHALA.
- OMS/AFRO (2000). Réunion sur l'approche contractuelle dans les services de santé décentralisés en Afrique. Rapport de mission. Dakar 19-22 juin 2000. Harare, OMS Bureau régional de l'Afrique: 6.
- Plate-forme d'Abidjan (1998). Stratégies d'appui aux mutuelles de santé en Afrique. Genève, BIT/STEP.
- Rathwell, T. (1998). Implementing health care reform : a review of current experience. Critical challenges for health care reform in Europe. R. B. Saltman, J. Figueras et C. Sakellarides. Buckingham Philadelphia, Open University Press: 385-399.
- Reich, M. R. (1996). "Applied political analysis for health policy reform." Current Issues in Public Health **2**: 186-191.
- Roenen, C. et B. Criel (1997). "La mutualité du Kanage : leçons à tirer d'un échec. Une expérience d'un système d'assurance pour soins de santé à l'hôpital de Murunda au Rwanda." L'enfant en milieu tropical **228**: 29-39.
- Ruhana-Mirindi, B. et D. Evrard (1998). "La mutuelle d'Idjwi : démarrer une mutuelle dans un contexte de précarité." Echos du COTA **80**: 5-7.
- Saltman, R. B., J. Figueras et C. Sakellarides (1998). Critical challenges for health care reform in Europe. Buckingham Philadelphia, Open University Press.
- Saltman, R. B. et J. Figueras (1997). European Health Care Reform - Analysis of Current Strategies. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

- Schieber, G. et A. Maeda (1997). A curmudgeon's guide to financing health care in developing countries. Innovations in Health Care Financing, World Bank Conference, March 10-11 1997, World Bank.
- Shaw, R. P. et M. Ainsworth, Eds. (1995). Financing health services through user fees and insurance, case studies from sub-saharian africa. World Bank Discussion Papers. Washington, World Bank.
- Thankappan, K. R. et M. S. Valiathan (1998). "Health at low cost-the Kerala model." The Lancet **351**(april 25): 1274-1275.
- van Ginneken, W. (2000). Sécurité sociale pour la majorité exclue, étude de cas dans les pays en développement. Genève, BIT.
- Vuarin, R. (1993). Quelles solidarités sociales peut-on mobiliser pour faire face au coût de la maladie? Se soigner au Mali, une contribution des sciences sociales. J. Brunet-Jailly. Paris, France, Karthala -ORSTOM : 299-316.
- Walt, G. (1994). Health policy : an introduction to process and power. London and Johannesburg, Zed Press and University of Witwaterstand.
- Walt, G. (1998). Implementing health care reform : a framework for discussion. Critical challenges for health care reform in Europe. R. B. Saltman, J. Figueras et C. Sakellarides. Buckingham Philadelphia, Open University Press: 365-384.
- Walt, G. et L. Gilson (1994). "Reforming the health sector in developing countries. The central role of policy analysis." Health Policy and Planning **9**: 353-370.
- Watkins, K. (1997). Cost-recovery and equity in the health sector : issues for developing countries, OXFAM UK & Ireland Policy Department.

ANNEXE

RELATION ENTRE LA FREQUENCE ET LE COUT DES EVENEMENTS DE SANTE, SELON (Evrard *et al.*, 2000)



1

Types de risques décrits dans notre document