

L'extension de la couverture maladie par les mutuelles communautaires en Afrique : mythes et réalités

Extension of health coverage and community based health insurance schemes in Africa: Myths and realities

B. Boidin

Reçu le 24 décembre 2013 ; accepté le 25 mars 2014
© Société de pathologie exotique et Lavoisier SAS 2014

Résumé Cet article étudie les perspectives et les limites de l'extension de la couverture maladie portée par le développement des mutuelles de santé communautaires en Afrique. En effet, malgré leur contribution incontournable à l'extension de la couverture maladie, celles-ci présentent plusieurs faiblesses. Nous distinguons trois volets : la fragilité financière ; la prise en compte limitée des caractéristiques et des besoins des bénéficiaires ; l'insuffisance des leviers organisationnels et institutionnels. Le développement des mutuelles communautaires constitue alors une solution transitoire qui doit nécessairement s'appuyer sur un engagement des pouvoirs publics dans le processus d'extension de la couverture maladie.

Mots clés Assurance maladie · Couverture universelle · Mutuelles de santé communautaires · Sénégal · Mali · Burkina Faso · Ghana · Rwanda · Afrique intertropicale

Abstract This article tackles the perspectives and limits of the extension of health coverage based on community based health insurance schemes in Africa. Despite their strong potential contribution to the extension of health coverage, their weaknesses challenge their ability to play an important role in this extension. Three limits are distinguished: financial fragility; insufficient adaptation to characteristics and needs of poor people; organizational and institutional failures. Therefore lessons can be learnt from the limits of the institutionalization of community based health insurance schemes. At first, community based health insurance schemes are to be considered as a transitional but insufficient solution. There is also a stronger role to be played by public

actors in improving financial support, strengthening health services and coordinating coverage programs.

Keywords Health insurance · Universal coverage · Community based health insurance schemes · Senegal · Mali · Burkina Faso · Ghana · Rwanda · Sub-Saharan Africa

Introduction

Les pays à faible revenu sont concernés depuis plusieurs années par des objectifs d'extension de la couverture maladie, souvent préconisée par les acteurs de l'aide au développement. Cependant, l'impossibilité de construire des systèmes de protection sociale sur le modèle des pays à revenu élevé tient à la faiblesse des sources de financement, contrairement à celles généralement mobilisées dans les pays riches, qu'il s'agisse de la fiscalité dans le système *beveridgien* ou des cotisations patronales et salariales dans le système *bismarckien*. Après plus de vingt ans d'ajustement structurel souvent destructeur de protection sociale, les acteurs de l'aide ont alors orienté leurs préconisations vers la valorisation des mutuelles de santé communautaires qui privilégient des principes de fonctionnement proches de l'économie dite populaire et/ou sociale et solidaire, en particulier la participation des usagers (y compris financière) au fonctionnement de la mutuelle.

Malgré la place centrale qui leur est accordée dans les politiques récentes d'extension de la couverture maladie, les mutuelles communautaires présentent un certain nombre de failles que cet article cherche à mettre en évidence, tout en reconnaissant leur place potentielle dans un élargissement progressif de la couverture maladie. À cet effet, l'Afrique subsaharienne est étudiée compte tenu à la fois de l'ampleur des besoins de cette région et de l'importance de l'argumentaire en faveur des mutuelles de santé qui s'y est développé.

B. Boidin (✉)
Centre lillois d'études et de recherches sociologiques
et économiques, UMR, 8019, Faculté des sciences économiques
et sociales, Université Lille 1, GISPE (groupe d'intervention
en santé publique et épidémiologie), France
e-mail : Bruno.boidin@univ-lille1.fr

La première section aborde les difficultés rencontrées par les mutuelles communautaires. La deuxième section analyse les leviers d'une transition vers une couverture maladie étendue.

Les mutuelles communautaires, miracle ou mirage ?

À l'encontre des discours convenus sur les logiques communautaires, les tentatives d'évaluation des expériences de mutuelles communautaires mettent en évidence les nombreuses difficultés auxquelles celles-ci sont soumises. Plusieurs sources de faiblesses peuvent être mises en exergue. Nous distinguons trois volets :

- les leviers financiers ;
- la prise en compte des caractéristiques et des besoins des bénéficiaires ;
- les leviers organisationnels et institutionnels.

Une fragilité financière structurelle

Plusieurs travaux ont mis en évidence les défaillances financières des mutuelles. Ainsi, l'étude de Atim et al [1], portant sur les mutuelles de santé de la région de Thiès au Sénégal, montre que, parmi les causes majeures d'instabilité financière, on peut retenir la sélection adverse (inscription des personnes dont les membres de famille présentent des risques élevés), le faible taux de recouvrement, des changements fréquents dans le paquet de bénéfices sans modification concomitante des cotisations, enfin une utilisation limitée de la gestion financière. De son côté, Dupré [11] apporte une autre contribution intéressante sur les limites financières des mutuelles au Sénégal. Ses résultats indiquent le montant très faible des adhésions (1400 FCFA en moyenne) et des cotisations mensuelles (177 FCFA en moyenne), s'expliquant par le fait que les populations cibles, largement concentrées dans l'économie informelle, sont celles qui disposent des revenus les plus faibles. Si cette information témoigne bien de l'adaptation des mutuelles communautaires aux contraintes des usagers, elle montre en même temps que l'équilibre financier est difficile à trouver. En effet, la faiblesse des ressources tirées des cotisations individuelles nécessite une large base de cotisants et une régularité dans le versement des cotisations qui font souvent défaut à ces mutuelles. Plusieurs indices de la fragilité des mutuelles peuvent alors être mis en exergue. D'abord, le taux de disparition des mutuelles est important, certes compensé par leur remplacement par des mutuelles plus récentes. Ensuite, leur taux de pénétration demeure faible, ne dépassant pas 15% de la population des quartiers concernés pour l'Afrique de l'Ouest, le Sénégal et le Rwanda

[7,11,15]. Enfin, la capacité contributive des adhérents étant très faible, le taux de recouvrement est largement insuffisant (40 à 45 %) et suit des variations saisonnières importantes en fonction des pics ou des creux d'activité et des pratiques coutumières (fêtes familiales et religieuses).

De façon plus générale, ces résultats convergent avec les réflexions sur les conditions d'une extension réussie de la couverture sanitaire. Dans son rapport sur la santé 2010, l'OMS insiste ainsi sur le fait que la non-fonctionnalité des systèmes de financement constitue l'une des trois causes (à côté des systèmes de santé faibles et des facteurs d'exclusion extérieurs au système de santé) de la couverture très limitée des besoins de santé dans les pays à faible revenu. Un système de financement faible constitue en effet un obstacle majeur à l'extension de la couverture maladie. De leur côté, Carrin, James et Evans [6] estiment que l'assurance maladie communautaire ne peut constituer une étape ultime de la couverture universelle. Au contraire, elle constitue une étape intermédiaire avant l'instauration d'un système solide fondé sur la mise en œuvre d'un financement associant l'impôt et les autres sources de recettes, ainsi qu'un système d'assurance maladie obligatoire. Comme l'indiquent en outre Bennett, Kelley et Silvers [3], appuyer l'extension de la couverture maladie uniquement sur de multiples mutuelles de faible envergure augmenterait la fragmentation du système et créerait des coûts administratifs. On est donc loin des principes de financement principalement assuré par les adhérents et basés sur l'inscription volontaire. D'une certaine façon, les mutuelles de santé communautaires présentent de ce point de vue des caractéristiques similaires à l'économie informelle : leur dynamisme est inhérent au caractère volontaire de ces activités et ce même volontariat rend illusoire l'idée de rendre l'adhésion obligatoire, à l'échelle territoriale ou nationale, car le rôle des communautés s'en trouverait alors affaibli et marquerait le coup d'arrêt du dynamisme du secteur.

Une insuffisante prise en compte des caractéristiques et des besoins des bénéficiaires

Même si l'esprit dans lequel les mutuelles ont été créées est généralement cohérent avec une logique de réponse aux besoins « au plus près des usagers », la situation est en réalité plus mitigée.

Les plus pauvres demeurent exclus

Plusieurs études ont mis en évidence le faible impact des mutuelles communautaires sur la situation des ménages les plus pauvres. Pour ces derniers, la faiblesse du revenu et du capital social défavorise l'accès aux mutuelles [3,13]. Les plus pauvres sont en réalité les moins susceptibles

d'adhérer à des mutuelles. Celles-ci répondent d'abord aux besoins de la classe moyenne rurale et des travailleurs de l'informel dont les revenus permettent de cotiser.

La connexion avec l'offre de soins est limitée

La mise à disposition de soins de qualité constitue une condition indispensable de la couverture maladie universelle, par des mesures telles que par exemple l'existence d'un poste de sage-femme par communauté rurale, ou d'un hôpital départemental dans chaque département offrant des services de chirurgie et de gynéco-obstétrique de même que des services d'aide au diagnostic de base et de dépistage. Or l'insuffisante connexion entre les mutuelles de santé communautaires et l'offre de soins est soulignée par plusieurs études [10,11,22]. En dehors de cas relativement isolés de contractualisation réussie entre des mutuelles et des offreurs de soins, d'importantes difficultés sont constatées dans la relation entre les mutuelles et les prestataires de soins.

La communauté et les perceptions sont insuffisamment prises en compte

Les problèmes de recouvrement des cotisations sont étroitement liés à la perception que les mutualistes auront de la qualité des services rendus par leur mutuelle. Ce problème doit être mis en perspective avec les études sur les causes de non-recours aux mutuelles de santé dans les pays pauvres. Defourny et Failon [8] mettent en évidence plusieurs explications communes à différents terrains d'étude. La situation de précarité des individus les empêche de se projeter dans l'avenir et de voir l'intérêt des systèmes de cotisation ou de mutuelle ; la préférence pour le présent rend les patients réticents à payer à deux reprises en s'acquittant d'une cotisation et en payant ensuite l'acte, même à un tarif plus faible ; les fluctuations et la faiblesse des revenus nécessiteraient une grande souplesse dans le prélèvement et la périodicité des cotisations ; les campagnes de sensibilisation sont insuffisamment développées et adaptées aux populations rurales. Ces différentes pistes d'explication reflètent les causes des difficultés rencontrées par de nombreuses mutuelles en Afrique (*cf.* par exemple Boidin, Laidet, Manier, pour la région de Kayes au Mali [5]).

Cette question de la perception doit en outre être rapprochée de l'insuffisante prise en compte de la communauté dans les mutuelles de santé. Cette situation peut sembler paradoxale, mais elle est pourtant mise en exergue au Sénégal par Sow [20]. En effet, le statut des indigents ne leur permet pas de prendre part aux décisions de la mutuelle. Les valeurs d'ancrage communautaire des mutuelles ne sont donc pas réellement appliquées dans toute leur extension.

La faiblesse des leviers organisationnels et institutionnels

Deux volets peuvent ici être distingués.

L'insuffisante adaptation aux spécificités locales

Le mouvement mutualiste repose en principe sur l'idée d'une adaptation des procédures, des règles de tarification et de gestion, des statuts, aux spécificités des communautés sous toutes leurs formes (taille de la population prise en charge, caractéristiques socio-économiques, ethniques ou religieuses, etc.). Or plusieurs études ont souligné que, dans bien des cas, la création d'une mutuelle consistait simplement à dupliquer l'expérience d'autres mutuelles sans étude préalable des adaptations nécessaires. Ce constat est fait au Sénégal par Vilane [22] : les mutuelles qui fonctionnent le moins bien dans la région de Dakar sont les mutuelles de quartier dont les caractéristiques communes sont l'hétérogénéité ethnique, l'importance du taux de pauvreté, le surpeuplement. Il existe une solidarité importante entre les sous-groupes présentant des traits d'homogénéité sociale et ethnique mais une solidarité très faible entre les sous-groupes présentant peu de traits communs parmi ceux indiqués. Ainsi, la création d'une mutuelle nécessiterait une étude préalable des membres potentiels, des tarifs et prestations adaptés, du risque d'absentéisme dû aux contraintes économiques lors des assemblées, etc. De telles études ne sont en général pas menées. En somme, l'absence d'une réelle dynamique de solidarité dans des quartiers où les communautés cohabitent sans échanges véritables rend difficile d'assurer la pérennité de la mutuelle.

Une gestion défaillante

Le problème de la gestion des mutuelles est en particulier souligné par plusieurs travaux. Ainsi, Dupré [11] constate que la faible professionnalisation des mutuelles pose des problèmes de qualité de la gestion. Le statut de bénévole ou de quasi-bénévole (assorti d'une petite indemnité) des gérants entraîne des problèmes financiers récurrents et une absence de conservation des données financières d'une année à l'autre.

Ces constats soulèvent un paradoxe déjà évoqué plus haut : le dynamisme de l'informel mutualiste trouve précisément sa source dans les valeurs d'une économie populaire à but non lucratif. Or, le bénévolat financier se trouve au cœur de cette économie. Comment alors garantir que la professionnalisation, que les pouvoirs publics et les partenaires au développement appellent de leurs vœux, sera gage d'une poursuite de l'extension des mutuelles ?

Quels leviers de transition vers une extension de la couverture maladie ?

La typologie de Peter Uvin [21] est utile pour analyser le processus d'extension des mutuelles de santé dans les pays pauvres. Uvin distingue en effet le processus d'extension par le bas (*bottom up*) et le processus d'extension par le haut (*top down*). Le premier décrit le mouvement par lequel les acteurs communautaires se rapprochent des autres acteurs, en particulier l'Etat, pour améliorer les chances d'atteindre leurs objectifs. Le second explicite, à l'inverse, un mouvement par lequel l'Etat et les autres acteurs de développement accroissent leurs interactions avec les acteurs communautaires [4]. Cette typologie est éclairante pour montrer que le développement des mutuelles communautaires constitue une solution transitoire qui doit nécessairement s'appuyer sur un engagement des pouvoirs publics dans le processus d'extension de la couverture maladie. Cette nécessité est également argumentée au regard de l'expérience des pays considérés comme des réussites relatives.

L'extension par le bas : un levier réel mais transitoire

Les réflexions conduites par différents acteurs internationaux montrent que les expériences d'extension des mutuelles se sont généralement heurtées aux limites du volontariat mutualiste. Comme l'indique l'OMS [16], la mise en place d'une couverture universelle sans instauration de contributions obligatoires poserait de sérieux problèmes de financement à long terme. En particulier, sans la participation des ménages aisés à la santé des plus démunis, aucun système pérenne et équitable ne peut être construit. À cet égard, les mutuelles communautaires autofinancées ne constituent pas une solution viable, à l'inverse de cotisations obligatoires ou d'autres modalités de financement (par exemple la taxation des entreprises à effet négatif sur la santé, parfois qualifiée de « financement innovant »). Bennett, Kelley et Silvers [3] estiment en outre que le financement de la couverture santé par les seules mutuelles de santé communautaires se heurterait à plusieurs difficultés, en particulier la fragmentation du système de financement (également crainte par Carrin, James et Evans [6]) et la perte de pouvoir des communautés qui suivrait l'obligation d'adhésion.

On peut donc conclure, à l'instar de Carrin, James et Evans [6], que le développement de l'assurance communautaire constitue une étape potentiellement importante de la transition vers la couverture universelle plutôt qu'un objectif final. L'assurance communautaire peut alors perdurer dans le système final, mais ce dernier devrait nécessairement s'appuyer sur l'impôt comme élément central du système de financement mixte finalement établi. Cependant, nous n'abordons pas ici la question du caractère nécessaire ou accessoire voire contraignant des mutuelles dans le chemin

vers la couverture maladie. Pourtant, on pourrait s'interroger sur les inconvénients d'une extension par les mutuelles, tant du point de vue des efforts importants à mobiliser en comparaison du nombre de personnes couvertes qu'au regard des difficultés que rencontrerait l'effort d'unification ultérieur d'un système de couverture éparpillé à travers de multiples mutuelles. (Je remercie l'un des relecteurs de cet article d'avoir rappelé les réserves concernant le caractère nécessaire de l'extension des mutuelles comme passage vers une couverture universelle.)

L'extension par le haut : une nécessité sous l'impulsion des pouvoirs publics

L'amélioration de l'offre de soins comme condition d'une extension réussie

Une condition essentielle de la réussite des programmes d'extension de la couverture maladie relève de la résorption des défaillances de l'offre de santé. L'Organisation mondiale de la santé a régulièrement pointé la pénurie aiguë de personnel de santé en Afrique. Par ailleurs, de façon liée aux carences d'ordre quantitatif, se pose de façon cruciale le problème de l'insuffisante qualité des soins au regard des besoins. L'amélioration de la qualité des soins offerts constitue une condition d'incitation à l'adhésion aux mutuelles. On peut alors s'interroger sur les déséquilibres potentiellement causés par une extension de la couverture maladie qui ne tiendrait pas compte des défaillances de l'offre de santé et pourrait déstabiliser les systèmes de santé.

On touche ici à la nécessité de changements systémiques plutôt que simplement sectoriels. Le Groupement d'intérêt public santé et protection sociale international (GIP SPSI) [12] et l'OMS [16] posent de façon générale la nécessité d'améliorer l'accès à l'offre de soins comme condition *sine qua non* de l'atteinte des objectifs de couverture maladie. La connexion entre les populations et l'offre de soins (*cf. supra*) est une question lancinante dans le cadre des mutuelles. Si, comme le suggère Vilane [22], les mutuelles ont intérêt à développer des conventions cadres avec les hôpitaux, encore faut-il que, d'une part, ces derniers proposent des services de qualité, d'autre part, les mutuelles disposent de la compétence nécessaire pour entrer en négociation avec les gestionnaires des hôpitaux. Or, ces deux conditions sont largement du ressort des pouvoirs publics en tant que garants de l'amélioration de l'offre de soins publique et du soutien à la formation des responsables de mutuelles.

A cet égard, l'extension de la couverture maladie soulève des problèmes similaires aux politiques de gratuité des soins, réactivées depuis quelques années. La mise en œuvre de la gratuité est indubitablement un levier important d'accès des plus démunis aux soins mais elle soulève également des

difficultés tenant aux défaillances du cadre institutionnel et des stratégies d'ensemble portant sur le système de santé. De récents travaux mettent en évidence que la mise en place isolée de l'instrument d'exemption ne modifie pas structurellement les conditions globales d'accès à une meilleure santé même si elle rend des services aux populations concernées. Sans modification des objectifs globaux et des cadres institutionnels [18], sans réformes globales de refinancement durable des services de santé, d'amélioration de leur qualité et de leur capacité de réponse à une demande croissante [14], les effets des politiques d'exemption de paiement demeurent limités. Ainsi la gratuité de la santé ne peut améliorer la santé des plus pauvres que si les systèmes de santé sont à même d'absorber la demande insolvable. Au contraire la gratuité pourrait renforcer les inégalités dans la qualité des soins proposés aux patients, dans un contexte où les prestataires de santé sont tiraillés entre l'éthique professionnelle (soigner chacun selon ses besoins) et les motivations économiques (soigner selon les capacités financières des patients).

La nécessité d'une coordination des dispositifs et des échelles d'intervention

Le manque de coordination et d'articulation des dispositifs a été largement souligné dans les différents rapports et analyses. Waelkens et Criel [23] ont déjà abordé ce problème comme trait commun à de nombreuses expériences mutualistes en Afrique. Dans un système faisant intervenir de multiples acteurs aux intérêts parfois contradictoires, la cohérence de l'approche globale reste à construire. Ainsi, un enjeu important porte sur l'articulation entre les approches « top down » et « bottom up » de l'extension de la couverture maladie. Les premières sont des initiatives de l'État, à l'instar de l'extension de la couverture maladie pour certains corps de métier ou certaines sous-populations. Les secondes répondent à des besoins locaux et communautaires et impliquent en principe la participation des populations. Ces deux échelles d'action doivent être considérées comme complémentaires et être articulées pour que le processus d'extension de la couverture soit une réussite.

Le rôle central de l'État comme appui à l'extension des mutuelles

Les expériences des pays ayant tenté avec un certain succès le développement des mutuelles de santé communautaires ont en commun le rôle central et volontariste de l'État. Ainsi, le Ghana et le Rwanda ont réussi à faire passer en une dizaine d'années la population couverte par une assurance maladie de moins de 1 % à plus de 50 % pour le premier et plus de 80 % pour le second en s'appuyant sur une politique volontariste.

À l'inverse du manque de coordination et d'articulation généralement constaté dans les initiatives d'extension de la couverture maladie, il existe une cohérence globale dans les initiatives menées au Ghana et au Rwanda. En effet, une étroite synergie est promue entre les niveaux local et national de solidarité, grâce au leadership du ministère de la Santé fortement impliqué dans la supervision du développement des mutuelles [9]. Au Rwanda, le ministère de la Décentralisation a également accompagné le processus d'extension des mutuelles par une démarche volontariste et en s'appuyant sur ses prérogatives en termes de protection sociale (l'adhésion à une assurance santé y est, de fait, obligatoire). Le volet financier a également été fortement soutenu. Le Ghana a ainsi mis en place en 2003 un système national d'assurance maladie basé sur les districts [2]. Les systèmes mutualistes d'assurance santé de district permettent d'arrimer le financement des mutuelles de santé à un système national décentralisé qui sécurise leur fonctionnement. Au Rwanda, un Fonds national de garantie et un Fonds de solidarité de district furent créés en 2006 pour soutenir financièrement l'expansion des mutuelles de santé [24]. L'important soutien financier de la communauté internationale a également joué un rôle majeur au Rwanda.

Le Ghana et le Rwanda se caractérisent ainsi par une volonté politique forte, un appui organisationnel et technique aux mutuelles communautaires et un objectif de soutien financier au système mutualiste permettant d'assurer les objectifs d'équité. Ces différents leviers de réussite semblent encore faire en partie défaut à d'autres pays dont les pouvoirs publics ont pourtant annoncé l'extension de la couverture maladie comme une priorité nationale, à l'exemple du Sénégal.

Conclusion : deux questions en suspens, le modèle d'intervention publique et la préservation des valeurs communautaires

À l'issue de cet article, force est de constater que le mouvement d'extension de la couverture maladie appuyé sur les logiques communautaires ne peut fournir à lui seul les clés d'une extension réussie et pérenne. En conséquence, deux questions nous semblent incontournables pour tout pays souhaitant adosser la couverture maladie aux mutuelles de santé communautaires.

L'État : directif ou accompagnateur ?

Les expériences africaines de valorisation des mutuelles communautaires montrent qu'il peut exister une diversité de modèles et qu'il est illusoire de proposer une approche universelle de l'intervention de l'État. Néanmoins, il est important de pouvoir définir le modèle d'intervention en

fonction des caractéristiques nationales. Reconnaître la nécessité de combiner les approches « bottom up » et « top down » ne répond pas à la question du choix du modèle d'intervention publique.

Si certains analystes se prononcent en faveur d'une intervention centrale de l'Etat dans le mouvement d'extension des mutuelles, d'autres craignent qu'une telle intervention ne ralentisse au contraire ce mouvement d'extension [3,22]. Les premiers mettent l'accent sur les limites des mutuelles communautaires pour justifier un appui fort et directif, les seconds mettent au contraire en avant la nécessité de maintenir le caractère spontané des activités mutualistes et les craintes concernant les dysfonctionnements de l'Etat (corruption, lenteurs administratives) qui entraîneraient les mutuelles dans une inertie fatale.

Quelle que soit l'option retenue, il semble que de nombreux pays n'ont pas encore clairement choisi le modèle correspondant à leurs spécificités. En témoigne le rôle souvent ambigu et flou des collectivités territoriales. Celles-ci ne semblent pas avoir trouvé leur place dans un programme général dont l'Etat serait le meneur ou l'accompagnateur.

D'une certaine façon, l'usage sans distinction de tous les outils et dispositifs préconisés par les partenaires de l'aide est le résultat de politiques de développement encore trop pilotées par les bailleurs de fonds. On est bien loin de l'appropriation prônée par le Comité d'aide au développement. Les conférences de Rome (2003), de Paris (2005) et d'Accra (2008) préconisaient pourtant toutes un alignement des bailleurs sur les priorités nationales définies de façon endogène.

Comment préserver les valeurs communautaires ?

Il ne s'agit pas ici d'adopter une vision angélique de la communauté « à l'africaine », biais fréquent des analyses développementistes. Il convient cependant de revenir à une question lancinante relative à l'appui que les pouvoirs publics ou les acteurs du développement apportent à l'économie informelle (terme controversé et utilisé ici par commodité). L'économie informelle est souvent rapprochée de l'économie sociale et solidaire en ce qu'elle s'appuie en grande partie – mais pas seulement – sur le principe de participation des populations aux activités de production et d'échange. En ce sens les mutuelles de santé communautaires constituent bien des activités informelles car elles sont peu répertoriées, non contrôlées, et accordent une place importante à ce principe de participation des usagers ou des adhérents. On peut à cet égard les analyser en référence au concept polanyien de principe d'intégration économique. Polanyi [17] indique que les principes d'intégration économique donnent unité et stabilité aux économies, fonctionnant comme des idéaux-types d'organisation de la production, de la consommation, des transferts de biens et ser-

vices et de financement. Ces principes sont ceux de la recherche du gain (par l'échange marchand), de la redistribution, de la solidarité et réciprocité et enfin du partage. Ces différents principes coexistent et sont articulés mais l'un d'entre eux est dominant selon les époques et les sociétés.

Le principe de réciprocité, proche de l'économie sociale et solidaire, fait référence à la symétrie des relations entre les membres de la société. En effet, chaque membre de la société a besoin des activités des autres pour subvenir à ses propres besoins. Les obligations sont donc réciproques. Mais, à la différence du principe marchand ou de celui de redistribution, la réciprocité est motivée non pas par les intérêts privés ou la contrainte publique mais plutôt par la conscience d'autrui comme se trouvant en dépendance symétrique par rapport à soi. La concurrence et la contrainte sont ici remplacées par la complémentarité. Or, comme l'indique Servet [19], cette grille polanyienne permet de montrer que ce n'est que lorsque le principe de réciprocité joue un rôle dominant par rapport aux principes marchand et de redistribution que l'on se trouve en présence d'une organisation qualifiable d'économie sociale et solidaire. En effet, seule la primauté du principe de réciprocité limite le poids de l'exploitation et de la domination pouvant résulter de la concurrence marchande ou le poids de la protection sans participation résultant de la logique de redistribution.

L'extension des mutuelles de santé communautaire pose alors la question de la transformation que ce secteur pourrait connaître durant son intégration dans le système de couverture maladie. Assisterons-nous à une disparition progressive du principe de réciprocité, alors que ce principe fonde la nature et le dynamisme de ces initiatives ?

Répondre à cette question nécessiterait de longs développements et des enquêtes approfondies. Tel n'est donc pas notre objectif ici. Il convient cependant de souligner les incertitudes concernant l'avenir des mutuelles de santé communautaires dans le vaste mouvement d'intégration aux programmes d'extension de la couverture maladie, sous la tutelle proche ou lointaine des partenaires au développement.

L'incertitude tient en grande partie à l'imprégnation des standards internationaux dans tout programme élaboré dans les pays pauvres sous l'impulsion, l'injonction ou avec l'appui des bailleurs de fonds. Le domaine de la santé est révélateur de cette standardisation des mots, des indicateurs et des dispositifs : la contractualisation des relations entre les acteurs est bien un mécanisme apporté de l'extérieur et que les autorités locales doivent intégrer dans leurs objectifs. Le prépaiement constitue un autre dispositif en vogue depuis une dizaine d'années. Ces différentes approches entrent largement dans une logique quasi-marchande de la santé. Or, les mutuelles de santé communautaires sont supposées être le terrain de prédilection de tels dispositifs si l'on en croit les rapports et analyses des organisations internationales (Banque mondiale, OMS) ayant adopté le langage et

les modèles de « bonne gouvernance » comme des leviers d'amélioration des systèmes de santé.

Dans ce contexte d'assimilation permanente de dispositifs apportés de l'extérieur, on peut alors s'interroger sur les capacités d'élaboration de programmes originaux par les pouvoirs publics locaux. Ces derniers sont généralement limités dans leur marge de manœuvre. La standardisation des mutuelles de santé communautaire constitue ainsi un risque majeur qui pourrait nuire à leur apport dans la couverture maladie. Ce risque devrait être pris au sérieux par les décideurs nationaux et internationaux.

Conflit d'intérêt : l'auteur déclare ne pas avoir de conflit d'intérêt

Références

- Atim C, Diop F, Bennett S (2005) Déterminants de la stabilité financière des mutuelles de santé : une étude menée dans la région de Thiès au Sénégal. Bethesda, MD: The Partners for Health ReformPlus Project, Abt Associates Inc
- Baffoe-Twum M, Oppong RA (2004) Institutional Aspects of Scaling-up Community-based Health Insurance : the case of Ghana. Ghana, AWARE-RH Project
- Bennett S, Kelley AG, Silvers B (2004) 21 questions sur le financement communautaire de la santé : les mutuelles de santé. PHRplus, 20 p
- Bennett S (2004) The role of community-based health insurance within the health care financing system: a framework for analysis. Health Policy Plan 19(3):147-58
- Boidin B, Laidet E, Manier R (2012) Community health and its failures in the Kayes region of Mali. Field Actions Science Reports, Special Issue 8, 7 p
- Carrin G, James C, Evans D (2006) Atteindre la couverture universelle : le développement du système de financement In: Dus-sault G, Fournier P, Letourmy A (eds) L'Assurance maladie en Afrique francophone : Améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté Washington DC, The World Bank, 2006:149-161
- De Allegri M, Sanon M, Sauerborn R (2006) "To enrol or not enrol?": A qualitative investigation of demand for health insurance in rural West Africa. Soc Sci Med 62(6):1520-7
- Defourny J, Failon J (2011) Les déterminants de l'adhésion aux mutuelles de santé en Afrique subsaharienne : un inventaire des travaux empiriques. Mondes en développement 39(153):7-26
- Diop F, Ba A (2010) Mutual Health Insurance, Scaling-up and the Expansion of Health Insurance in Africa, USAID/Abt Associates, Health Systems 20/20
- Diop I, Fournier P, Koné A, Haddad S (2005) Performance des mutuelles communautaires au Sénégal : le rôle de l'offre de soins Communication au colloque « Financement de la santé dans les pays en développement », CERDI, Clermont Ferrand, 1-2 décembre
- Dupré M (2010) « Quelles alternatives au financement direct de la santé dans les pays à faible revenu ? Le cas des mutuelles de santé au Sénégal », in D Kerouedan (dir), Santé internationale Les enjeux de la santé au Sud Paris : Presses de la Fondation nationale des sciences politiques
- Groupe d'Intérêt Public Santé et Protection Sociale International (2012), Note de réflexion stratégique du GIP SPSI sur informel et protection sociale Septembre
- Jütting J (2003) Health Insurance for the Poor? Determinants of Participation in Community Based Health Insurance Schemes in Rural Senegal. OECD Development Center Working paper, n° 204, 1-32
- Meessen B, Gilson L, Tibouti A (2011) User-fee removal in low-income countries: sharing knowledge to support managed implementation. Health Policy Plan 26 Suppl 2:ii1-4
- Musango L, Martiny P, Porignon D, Dujardin B (2004) Le profil des membres et des non-membres des mutuelles de santé du Rwanda : le cas du district sanitaire de Kabutare, Cahier de santé 14(2):93-9
- OMS (2010) Rapport sur la santé dans le monde. Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle, 144 P
- Polanyi K (2001) The Great Transformation The Political and Economic Origins of our Time. Beacon Press, 360 p
- Ridde V, Queuille L, Kafando Y (2012) Capitalisations de politiques publiques d'exemption du paiement des soins en Afrique de l'Ouest Ouagadougou : CRCHUM/HELP/ECHO
- Servet JM (2012) Les sociétés civiles entre risques ploutocratiques de la philanthropie et alternatives solidaires : une lecture polanyienne. Mondes en développement 40(159):89-104
- Sow O (2007) Couverture des indigents à travers les mutuelles de santé : étude de cas sur les expériences du Sénégal. FPS/USAID, 93 p
- Uvin P (1999) Scaling Up, Scaling Down: NGOs Paths to Overcoming Hunger. In: Thomas J Marchione (ed), Scaling Up, Scaling Down: Overcoming Malnutrition in Developing Countries Gordon and Breach Publishers
- Vilane C (2006) Etude sur le rôle des mutuelles de santé au Sénégal Research Matters, Document de travail, juin, 27 p
- Waelkens MP, Criel B (2004) Les mutuelles de santé en Afrique subsaharienne État des lieux et réflexions sur un agenda de recherche. Washington DC, Banque Mondiale, Health, Nutrition, and Population Family Discussion Paper
- World Bank (2009) Rwanda: A Country Status Report on Health and Poverty. The Rwanda Ministry of Health and World Bank Africa Region Human Development