

Les approches de l'économie sociale et de l'économie solidaire face aux mutuelles de santé en Afrique

Jacques DEFOURNY

Centre d'Economie Sociale, Université de Liège (Belgique)

Julie FAILON

Centre d'Economie Sociale, Université de Liège (Belgique)

et

Issa SARAMBE

CEDRES/ Groupe d'études et de recherche sur l'économie des organisations et des institutions, Université de Ouagadougou (Burkina Faso)

Centre d'Economie Sociale

Working Paper

Jun 2008

Introduction

Depuis trois décennies, un nombre croissant de scientifiques dans la plupart des sciences humaines se penchent sur l'ensemble des organisations généralement à base associative, qui, dans les pays industrialisés, ne font partie ni du secteur privé à but lucratif, ni du secteur public, nonobstant le fait qu'est aussi laissée de côté la sphère des activités strictement domestiques.

Selon les contextes nationaux ou régionaux qui ont marqué l'émergence de ces organisations et contribuent souvent encore à les façonner, différentes approches conceptuelles et analytiques ont été forgées pour tenter de les appréhender, alors que pendant les "Trente Glorieuses", leurs spécificités et leur importance avaient souvent été négligées et méconnues. C'est que la régularité de la croissance économique assurée pour l'essentiel par des dynamiques de type capitaliste depuis la 2e guerre mondiale et la redistribution de la richesse par des pouvoirs publics de plus en plus interventionnistes, avaient largement contribué à faire passer à l'arrière-plan le rôle des acteurs privés non capitalistes, qui pourtant s'était développé depuis plus d'un siècle.

Si le monde anglo-saxon est surtout marqué par une littérature fondée sur le concept de "non-profit sector" d'origine américaine¹, deux autres types d'approches ont été construites en Europe que nous voudrions interroger ici dans leur capacité à éclairer une réalité émergente en Afrique, d'essence également associative, à savoir les mutuelles de santé et les systèmes apparentés de micro-assurance santé.

La notion d'économie sociale est apparue en France à la fin des années 70 pour appréhender l'ensemble des entreprises coopératives, des organisations mutualistes et des associations, toutes formes d'initiatives privées non centrées prioritairement sur la recherche d'un profit maximum. Aujourd'hui reprise dans bien d'autres pays et à l'échelle européenne, les analyses en termes d'économie sociale reposent notamment sur la parenté historique de ces différentes formes d'organisations, nées dans le creuset de l'associationnisme ouvrier et paysan du 19e siècle en Europe.²

Après une série de travaux comparatifs couvrant l'économie sociale dans divers pays industrialisés,³ des efforts ont été entrepris pour confronter ce type d'analyse aux réalités du Sud.⁴ Une originalité de cette démarche a été de soumettre explicitement une première conceptualisation Nord-Sud de l'économie sociale à un vaste ensemble de chercheurs et acteurs des pays en développement et de leur demander une évaluation critique à la lumière des terrains qu'ils connaissaient. Ce processus a généré de nombreuses contributions provenant de 25 pays qui ont permis une première appréciation de la pertinence de l'approche "économie sociale" au Sud.⁵

¹ Pour un récent aperçu général de cette littérature, voir par exemple Powell et Steinberg (2006).

² Sur cet enracinement historique, voir Gueslin (1998). On notera que les fondations sont de plus en plus souvent incluses dans l'ensemble "économie sociale". En témoigne notamment l'acronyme CMAF, (coopératives, mutuelles, associations et fondations) parfois utilisé dans les enceintes de l'Union Européenne pour surmonter les difficultés à traduire la notion même d'économie sociale dans certains contextes nationaux..

³ Defourny et Monzon (1992) ou Defourny, Favreau et Laville (1998).

⁴ Defourny, Develtere et Fonteneau (1999).

⁵ Develtere et Fonteneau (2003).

Un autre type d'approche repose sur une conception "tripolaire" des acteurs socio-économiques (entreprises privées, pouvoirs publics et ménages) et des ressources pouvant être mobilisées (sur base de logiques de marché, de redistribution publique ou de réciprocité). Dans une telle perspective, il s'agit moins de délimiter un tiers-secteur au sens strict que de situer les organisations visées dans un espace intermédiaire où interagissent différentes catégories d'agents et leurs logiques respectives.⁶ Au sein de ce courant, l'approche fondée sur le concept d'économie solidaire est certainement la plus influente dans le monde francophone et latin en général.

Les théoriciens de l'économie solidaire ont dès l'abord cherché des résonances Nord-Sud,⁷ même si celles-ci n'étaient pas évidentes au regard de la densité théorique d'une approche elle aussi forgée dans un contexte de pays industrialisés. Cette intention s'est néanmoins concrétisée par un dialogue fécond avec des chercheurs d'Amérique latine et par des travaux conjoints, notamment sur l'économie solidaire au Brésil⁸. On peut aussi noter qu'en Amérique latine le concept d'économie populaire, largement utilisé pour désigner les initiatives économiques, individuelles ou collectives des populations défavorisées, croise souvent celui d'économie solidaire, en particulier en ce qui concerne les dynamiques socio-économiques de type associatif.

Dans cet article, nous nous proposons de contribuer modestement au débat sur la pertinence, pour le Sud, des approches de l'économie sociale et de l'économie solidaire. Pour cela, nous allons nous intéresser, comme annoncé, à un phénomène observable depuis le milieu des années 90 dans un nombre croissant de pays en développement, notamment en Afrique, à savoir l'émergence d'initiatives de micro-assurance santé qui prennent souvent la forme de "mutuelles de santé" ou de "Community-Based Health Insurance Schemes". Plus précisément, notre démarche consistera à décrire en premier lieu ces initiatives et les différentes configurations qu'elles peuvent adopter, en particulier en Afrique de l'Ouest (section 1), et ensuite à interroger les approches conceptuelles évoquées pour voir dans quelle mesure elles peuvent apporter un éclairage pour comprendre les pratiques en cours. Nous mobiliserons ainsi dans chacune d'elles ce qui nous paraît le plus pertinent (sections 2 et 3), mais nous viserons aussi à faire apparaître leurs limites, sans perdre de vue que les mutuelles de santé peuvent elles aussi être vues comme une pratique largement importée du Nord.

1. La micro-assurance et les mutuelles de santé en Afrique subsaharienne

Sur fond de crise des politiques publiques et de plans d'ajustement structurel, l'Initiative de Bamako lancée en 1987 comportait deux grands volets à savoir l'introduction de systèmes de recouvrement des coûts dans les structures sanitaires publiques et la participation communautaire. Sur le premier plan, l'IB ambitionnait d'une part une politique de financement des soins de santé primaires par le paiement des médicaments et des services par les usagers, d'autre part, le renforcement de l'équité par le renforcement et l'amélioration des soins de santé dits primaires. Le deuxième volet visait la gestion conjointe des ressources générées par le personnel de la santé et la communauté ainsi que la décentralisation du secteur de la santé par la création et la mise en place de districts sanitaires.

⁶ Voir par exemple Evers, Laville (2004).

⁷ Laville (1994).

⁸ Voir notamment Laville et Cattani (2005).

Les études qui ont analysé l'impact de l'Initiative de Bamako convergent pour souligner que le bilan de celle-ci est pour le moins mitigé⁹. Si, au Bénin, les taux de fréquentation des formations sanitaires semblent être restés stables de 1991 à 1997, dans d'autres pays comme le Sénégal et le Burkina Faso, le système de recouvrement des coûts a réduit très sensiblement l'utilisation des services de santé par les populations pauvres (Fonteneau, 2003). Foirry (2001) va jusqu'à affirmer que « le principal constat que l'on peut faire au bout de 10 ans est le suivant : la priorité donnée par l'IB à l'amélioration de l'accessibilité physique, de la disponibilité en médicaments et des ressources humaines et financières a rendu plus évident le caractère inachevé de la réforme des soins de santé primaires. Car ce qui compte fondamentalement en matière de santé, c'est que la fréquentation des formations sanitaires augmente et que l'Etat de santé des populations s'améliore. Dans ces deux domaines, l'IB a historiquement échoué ». En d'autres termes, si l'IB a parfois contribué à améliorer la qualité des soins, elle a par contre écarté, à travers son système de tarification, une grande partie de la population de l'accès aux soins de santé.

Par ailleurs, la solidarité au sein des communautés, qui s'organise autour de mécanismes informels d'entraide tels que la collecte ou le prêt d'argent, la vente de produits agricoles ou de bétails, ou des systèmes informels d'épargne et de crédit comme les tontines, comporte plusieurs limites dans le cadre du financement de la santé. Tout d'abord, ces différentes pratiques d'entraide présentent généralement un caractère *ex post*, la mobilisation des ressources ne faisant l'objet d'aucune prévoyance (Fonteneau, 2000). Ensuite, si le recours à ces réseaux d'entraide permet le plus souvent de financer des événements divers liés aux cérémonies familiales autour de la naissance, du mariage, des funérailles, etc. (Vuarin, 2000), il concerne peu les frais liés à la santé. Enfin, sollicitées à l'extrême, les solidarités communautaires s'amenuiseraient face aux difficultés socio-économiques des populations, imposant dès lors « un individualisme de nécessité » (Marie, 2002). Dans le même sens, Platteau (1997) souligne que la plupart des systèmes traditionnels d'entraide ont souvent été érodés ou affaiblis en raison de l'impact conjoint de la pénétration du marché, de la croissance de la population et de l'aggravation de la pauvreté.

C'est dans ce contexte de recherche de solutions alternatives pour le financement et l'accès aux soins de santé que sont apparus des systèmes d'assurance maladie au niveau des communautés locales ou de groupes formés sur une base professionnelle. Même si le phénomène est récent et encore fort limité, on constate sur l'ensemble du continent africain un réel développement de ces formes d'organisation (Waelkens et Criel, 2004).

La « Concertation entre les acteurs du développement des mutuelles de santé en Afrique »¹⁰ a mené trois tentatives d'inventaire en 1997, 2000 et 2003 et ce pour 11 pays d'Afrique francophone. Cette plate-forme dénombrait 622 systèmes d'assurance maladie en 2003. Le nombre d'adhérents au niveau des systèmes réellement fonctionnels dans les 11 pays s'élevait à environ 202 000 personnes avec une moyenne de 698 membres par structure et le nombre total de bénéficiaires était estimé à environ 1 725 000 personnes (voir Tableau 1). Sans être

⁹ Ridde (2005) ; Foirry (2001).

¹⁰ La Concertation entre les acteurs du développement des mutuelles de santé en Afrique est un réseau de partage d'informations et d'expériences sur les mutuelles. Par des études de cas, des inventaires, ses recueils et diffusions des pratiques, la Concertation se positionne notamment comme un observatoire utile au mouvement mutualiste, à ses partenaires et aux structures d'appui (Concertation, 2003).

du tout insignifiants, ces chiffres indiquent néanmoins à suffisance combien la part de la population concernée par ces développements est encore extrêmement faible.

Tableau 1: Une tentative d'inventaire des systèmes d'assurance maladie et de leurs bénéficiaires dans 11 pays d'Afrique de l'Ouest en 2003

Pays	Nombre de systèmes d'assurance maladie		Nombre de bénéficiaires (estimé)
	Créés	Fonctionnels	
Bénin	54	43	43 387
Burkina Faso	92	36	14 580
Cameroun	38	22	10 098
Côte d'Ivoire	40	36	858 348
Guinée	111	55	96 635
Mali	80	56	499 856
Mauritanie	7	3	13 056
Niger	19	12	84 372
Sénégal	149	87	294 060
Tchad	7	7	2 072
Togo	25	9	22 500
Total	622	366	(1 725 000)

Source : adapté de la Concertation (2003)

Toutefois, aucune mise à jour de cet inventaire n'a été réalisée depuis 2003 et il apparaît que ces chiffres sont aujourd'hui dépassés en raison de l'expansion du mouvement en Afrique de l'Ouest. Ainsi, à titre d'exemple, le Bénin comptait environ 145 systèmes d'assurance santé fin 2007, au lieu de 54 répertoriés en 2003 par la Concertation.

Par contre, il reste vrai que de nombreuses initiatives ne sont pas encore fonctionnelles. Ceci tient à différents problèmes et contraintes auxquels ces organisations doivent faire face. Tout d'abord, les systèmes de MAS n'atteignent souvent que de faibles taux d'adhésion (généralement au-deçà de 1000 personnes). Cette faible pénétration des populations cibles¹¹ s'explique notamment par le manque de moyens financiers des communautés, la mauvaise qualité des soins de santé délivrés, l'introduction récente du mécanisme et les problèmes de marketing sociaux. On observe aussi parfois une certaine discontinuité dans la gestion technique, financière et administrative, principalement due à un manque de formation, de compétences et de motivation des gestionnaires locaux, le plus souvent bénévoles. Ces initiatives peuvent également rencontrer des problèmes dans le recouvrement des cotisations en raison de la précarité et de l'irrégularité des revenus d'une part, et de la périodicité et des modes de collecte de ces cotisations d'autre part. Ces primes sont relativement basses afin de toucher un public le plus large possible, ce qui limite le développement des mutuelles. Enfin, d'autres difficultés concernant, par exemple, la contractualisation avec les prestataires de soins, la surconsommation de prestations médicales ou la sélection adverse des risques peuvent aussi apparaître. Ces différents éléments permettent d'expliquer le faible degré de fonctionnalité de certaines mutuelles de santé à l'heure actuelle.

¹¹ Malgré le développement et la multiplication des systèmes de micro-assurance santé, le nombre de bénéficiaires demeure particulièrement faible. Ainsi, l'ensemble des différents systèmes de micro-assurance santé ne toucherait environ qu'1% de la population en Afrique de l'Ouest (Waelkens & Criel, 2004 ; Fonteneau, 2003). Les taux d'adhésion et de pénétration restent très bas, atteignant rarement plus de 10% de la population cible (De Allegri et al., 2006 ; Waelkens & Criel, 2004).

En réalité, les chiffres évoqués cachent une grande diversité de pratiques désignées de plus en plus souvent sous le terme générique de « micro-assurance santé » (MAS). Cette diversité tient notamment à la variété des intervenants, des formes et des choix organisationnels. Bien que la distinction entre ces différents systèmes paraisse importante afin de clarifier cette hétérogénéité et de mieux identifier les acteurs en présence, aucune typologie commune ne se dégage actuellement de la littérature. Deux grands courants de pensée se dessinent néanmoins concernant l'étude des systèmes de MAS (Waelkens & Criel, 2004). D'une part, l'école « anglo-saxonne » privilégie le mécanisme financier de l'assurance maladie et les modes économiques d'organisation. D'autre part, l'école « dans la tradition de l'Europe continentale » met davantage l'accent sur les liens et les interactions entre les assurés. Ces deux courants développent ainsi des approches différentes de la micro-assurance santé, notamment en ce qui concerne la définition des groupes cibles ou l'attention accordée aux mécanismes de financement des soins. En outre, ces environnements conceptuels dissemblables donnent lieu à des appuis différents sur le terrain.

Sans nous étendre sur les typologies, assez différentes, élaborées par chacune des écoles, nous nous contentons ici d'illustrer cette diversité des initiatives en reprenant les catégories identifiées par Fonteneau (2000) pour le Burkina Faso et que nous illustrons aussi pour l'un ou l'autre pays supplémentaire:

- **Les caisses de solidarité** encore appelées **mutuelles corporatistes** se limitent uniquement aux travailleurs d'un même service ou d'une même entreprise (par exemple, la Mutuelle des agents du Trésor) ou bien elles regroupent les travailleurs d'un même domaine d'activité ; les fonds d'entraide qui sont dégagés servent le plus souvent à couvrir les frais occasionnés par les événements sociaux déjà mentionnés (mariages, etc.). Seules certaines d'entre elles prennent en charge les prestations liées aux soins de santé.

A titre d'exemple, le Fonds National de Retraite du Bénin (FNRB) prévoit, outre les prestations familiales, des dispositions concernant l'assurance maladie et les accidents de travail pour les agents permanents de l'Etat (fonctionnaires, personnel militaire, personnel de la magistrature) et leurs ayants droit¹². Un autre exemple réside dans l'Association nationale des enseignants du Ghana qui regroupe les 150 000 enseignants du pays. Mis en place à l'origine pour aider les membres à surmonter des événements difficiles tels que des funérailles, ces fonds de solidarité ont progressivement développé une assurance maladie afin de compléter les soins de santé gratuits offerts par l'Etat aux enseignants et à leur famille (Atim, 2000).

- **Les systèmes de prépaiement** émanent souvent des structures sanitaires et s'adressent notamment aux individus qui courent un risque d'indigence saisonnière. Leur principe de fonctionnement consiste, pour l'usager membre, à payer annuellement un montant fixe afin de bénéficier des soins tout au long de l'année. La participation y est volontaire et le risque est partagé, mais les prises de décision relèvent essentiellement du personnel sanitaire et les usagers n'y sont pas réellement associés comme dans les autres formes de mutuelles. Cette gestion par le personnel de santé implique des prises de décision parfois

¹² Le FNRB rembourse en principe 80% des dépenses santé, à l'exception des frais pharmaceutiques, aux fonctionnaires assurés. Il est financé par les cotisations de ces derniers, équivalent à 20% de leur traitement. Néanmoins, ce fonds rencontre actuellement des problèmes de fonctionnement. Suite aux plaintes d'agents de l'Etat et de prestataires de soins, l'Etat travaille actuellement, avec l'appui du BIT/STEP, à mettre en place une structure spécialisée (mutuelle de santé) pour gérer les soins de santé des fonctionnaires.

davantage dans l'intérêt de la structure sanitaire que dans celui des membres. Cependant, certains systèmes de prépaiement tendent à devenir des mutuelles classiques (Soulama, 2005).

L'exemple le plus connu au Burkina Faso est celui de la Mutuelle de santé de Bouahoun qui a joué un rôle pionnier dans l'émergence du mouvement mutualiste. Organisée autour d'un Centre de Santé et de Promotion Sociale (CSPS), cette mutuelle a été mise en place par des médecins de l'hôpital de district soucieux d'améliorer l'accès des populations aux CSPS. De même, le système d'assurance santé de Bwamanda, en République Démocratique du Congo fût créé à l'initiative de l'hôpital de district afin de renforcer le recours des populations locales aux soins de santé modernes, tout en garantissant la viabilité financière de la structure hospitalière (Criel, 1998).

- **Les mutuelles de santé dites classiques** se définissent comme des associations volontaires de personnes à but non lucratif et fonctionnant sur la base de solidarité entre les membres. Leur principale ressource provient des cotisations des membres, qui leur permettent de réaliser au bénéfice de ceux-ci et de leur famille des actions de prévoyance et d'améliorer leur accès aux soins de santé.

Au Bénin, les trente mutuelles de santé rurales et urbaines mises en place par le CIDR (Centre International de Développement et de Recherche), avec l'appui financier de la Coopération suisse, dans la région cotonnière du Borgou, ont pour objectif prioritaire d'améliorer l'accessibilité financière des populations cibles aux soins de santé. Les prestations couvertes (par exemple, les hospitalisations d'urgence, les petits soins ambulatoires) sont exclusivement financées par les droits d'adhésion et les cotisations des membres.

- **Le couplage crédit/santé** est de plus en plus souvent rencontré en Afrique subsaharienne. Deux modes d'articulation entre micro-assurance santé et microfinance sont envisageables (Nyssens, Ngongang & Wele, 2005). Sous un premier angle, les adhérents à une mutuelle de santé peuvent recourir à la microfinance, en cas de difficultés à payer leurs cotisations, afin d'accroître leurs capacités productives. Sous un second angle, la mutuelle de santé permet d'éviter que les membres d'une institution de microfinance ne dépensent leur épargne ou n'utilisent leurs crédits pour financer les soins de santé. Dans ce cas, la mutuelle de santé est davantage conçue comme une manière de gérer les risques et de renforcer les impacts de la microfinance¹³.

Parallèlement à la mise en place de la mutuelle de santé de Honhoué au Bénin, les ONG Louvain Développement et GROPERE¹⁴ ont développé une Caisse d'Autopromotion d'Épargne et de Crédit (CAEC), dans une perspective de projet intégré. Ce programme de micro-crédit a pour but de renforcer les capacités financières des villageois. Ces micro-crédits sont octroyés aux membres de la CAEC à concurrence de trois fois le montant épargné. Toutefois, afin d'éviter qu'ils ne servent à financer les soins de santé des épargnants, l'appartenance à la CAEC est subordonnée à l'adhésion à la mutuelle de santé et au paiement

¹³ Des expériences de ce genre sont par exemple nées de l'examen des impayés du Fonds d'Appui aux Activités Rémunératrices des Femmes (FAARF) : 75 à 80 % de ces impayés s'expliquaient par un problème de santé rencontré par les femmes ou leurs enfants. Le dispositif mis en place affecte une partie de l'épargne collectée auprès des femmes à une caisse commune qui couvre leurs dépenses de santé.

¹⁴ Groupement pour l'Exploitation des Ressources de l'Environnement.

régulier des cotisations¹⁵. Ce couplage des deux volets permet aux deux structures de partager les coûts de fonctionnement et de communication. En outre, il suscite l'adhésion de nouveaux mutualistes qui souhaitent bénéficier de micro-crédits¹⁶.

Cette classification ne constitue en rien un relevé exhaustif des systèmes de MAS. Un des principes de base de ces organisations étant l'adaptation à leur environnement local, les initiateurs sont généralement amenés à faire preuve de créativité. Les expériences sur le terrain sont donc bien plus diversifiées et s'écartent plus ou moins des modèles présentés ci-dessus. Mais en réalité, c'est surtout la catégorie des mutuelles de santé plus ou moins « classiques » qui nous intéressera, en particulier parce qu'elle correspond aux réalités les plus répandues en Afrique de l'Ouest. En outre, parmi la diversité des initiatives, elles constituent une des formes les plus abouties de micro-assurance santé (Fonteneau, 2000).

2. Mutuelles de santé et économie sociale

L'inscription des mutuelles de santé dans l'économie sociale telle que conceptualisée au Nord est une tautologie: les organisations mutualistes constituent l'une des composantes majeures de l'économie sociale, aux côtés des coopératives, des associations et des fondations¹⁷. Mais l'enjeu ici est plutôt de voir dans quelle mesure un éclairage d'économie sociale est ici pertinent. Nous allons tenter l'exercice en nous interrogeant d'une part sur les conditions d'émergence des mutuelles de santé, d'autre part sur leurs modes de fonctionnement, deux problématiques particulièrement soulignées dans la littérature sur l'économie sociale.

a. *Les conditions d'émergence*

L'émergence des mutuelles de santé en Afrique subsaharienne s'opère dans un contexte particulier. D'une part, la lutte contre la maladie demeure un défi permanent pour les ménages dans de nombreux contextes africains. Elle apparaît avec une acuité et une gravité toutes particulières depuis le désengagement de nombreux Etats du Sud dans le cadre de leurs plans d'ajustement structurel et, dans le domaine de la santé, avec les stratégies de recouvrement des coûts des soins à la suite de l'Initiative de Bamako. Aujourd'hui, une large part des populations subsahariennes se voit dans l'incapacité financière d'accéder à des soins de santé de qualité. Elles sont souvent contraintes à bricoler des trajectoires thérapeutiques combinant en alternance plantes médicinales, « pharmacie par terre »¹⁸, guérisseurs traditionnels ou organisations confessionnelles. Les agents de santé déplorent fréquemment le recours tardif des malades aux structures sanitaires, qui contribue à l'inefficience des soins délivrés. Dans ce contexte, ces besoins vitaux, non satisfaits ni par les pouvoirs publics, ni par le secteur privé formel, peuvent être envisagés comme une « condition de nécessité » à l'origine des

¹⁵ Néanmoins, s'il est débiteur de cotisations, le mutualiste peut obtenir un crédit auprès de la CAEC. Dans ce cas, elles seront déduites du montant du prêt sollicité.

¹⁶ Malgré ces avantages indéniables, le risque de confusion entre les deux structures par les bénéficiaires n'est cependant pas écarté. De même, ce couplage comporte des risques d'exclusion d'épargnants incapables de financer leurs cotisations à la mutuelle.

¹⁷ Voir Gueslin (1987) pour une perspective historique. Selon les pays, les organisations mutualistes visant le risque maladie peuvent se trouver au cœur même des systèmes nationaux de protection sociale (par exemple en Allemagne et en Belgique) ou jouer un rôle complémentaire à celui des dispositifs publics (comme en France notamment).

¹⁸ L'expression « pharmacie par terre » désigne la vente informelle de médicaments sur les marchés ou via le colportage.

initiatives mutualistes dans la sous-région, à l'instar de ce qui a souvent été mis en évidence pour de nombreuses émergences d'économie sociale dans l'Europe du 19^e siècle¹⁹.

D'autre part, les mutuelles de santé qui se développent en Afrique s'appuient généralement sur une forte homogénéité sociale au départ. Celle-ci s'exprimera tantôt par l'appartenance à une même communauté villageoise, tantôt par une même appartenance ethnique, tantôt enfin sur une base professionnelle : les mutuelles de fonctionnaires sont parmi les plus solides, certes parce que les revenus stables et réguliers de ceux-ci permettent un paiement régulier de cotisations, mais aussi parce que cette condition sociale partagée est pour chaque membre une source de confiance dans les comportements des autres mutualistes, même non connus. En ce sens, les mutuelles de santé répondent à la seconde condition d'émergence d'initiatives d'économie sociale, la « condition de cohésion sociale » qui fait qu'une certaine dynamique communautaire, plutôt que des stratégies purement individuelles, unit les personnes concernées dans la recherche et la mise sur pied de solutions collectives à cette nécessité (Defourny et Develtere, 1999).

Toutefois, les deux conditions susdites sont sans doute le plus souvent nécessaires, mais pas forcément suffisantes. En premier lieu, au-delà de la nécessité pour les populations d'accéder à des soins de santé de qualité, il importe que celles-ci prennent conscience elles-mêmes de ces besoins impérieux et envisagent la mutuelle de santé comme une solution potentielle. Comme le souligne la vaste consultation internationale déjà mentionnée sur le concept d'économie sociale (Develtere et Fonteneau, 2003), la question du leadership est cruciale: même dans une situation où la nécessité est ressentie par beaucoup, la présence d'un agent catalyseur est indispensable à l'émergence et au développement des organisations mutualistes.

La plupart des mutuelles de santé en Afrique subsaharienne sont mises en place à l'initiative d'intervenants extérieurs et n'émanent pas des communautés elles-mêmes. C'est que les principes mutualistes sont essentiellement inspirés des systèmes de prévoyance construits dans les pays industrialisés. Leur transposition dans les contextes subsahariens peut rencontrer des difficultés nécessitant d'importants efforts de sensibilisation de la part de leurs promoteurs. En effet, la prévoyance et le partage d'un risque futur en matière de maladie peuvent s'avérer peu ou prou contradictoires par rapport aux modes de pensée traditionnels. D'une part, ces deux notions y sont moins facilement envisageables, essentiellement en raison des conditions de vie difficiles tendant à imposer une vision à court terme. D'autre part, la maladie est parfois perçue comme le résultat d'une faute, d'un mauvais sort ou d'une quelconque cause "extérieure". Prévenir la maladie, penser par avance à elle, peut alors apparaître comme un comportement inopportun risquant d'attirer celle-ci vers soi. Dès lors, le développement de la mutuelle de santé est largement tributaire de la capacité des intervenants à mobiliser la communauté, à susciter l'adhésion et à créer une dynamique participative.

Il ne faut toutefois pas négliger la part d'initiative locale dans la mise en place de mutuelles de santé dans les régions subsahariennes. Il existait des mutuelles de santé avant le développement de ce modèle d'organisations par des intervenants extérieurs. Il semble d'ailleurs que ce soient ces initiatives qui aient suscité l'intérêt des gouvernements et des institutions internationales pour les mutuelles de santé (Waelkens & Criel, 2004)²⁰.

¹⁹ Il est courant d'étendre à toute l'économie sociale l'affirmation de H. Desroche (1976) selon laquelle les coopératives sont « filles de la nécessité ».

²⁰ Par exemple, la Mutuelle pharmaceutique de Tounama, la plus ancienne au Burkina Faso, a vu le jour en 1985 grâce à l'initiative de quelques travailleurs laïcs de la paroisse (Fonteneau, 2000). De même, les Mutuelles Pharmacies Communautaires à Madagascar ont été créées en 1973, par quelques leaders communautaires et

En second lieu, on constate que l'un des principaux obstacles à l'adhésion aux mutuelles de santé réside dans la faible capacité financière des communautés : une part plus ou moins large de la population ne dispose pas de revenus suffisants pour s'affilier, ou y inscrire l'ensemble des membres du ménage. Ainsi, malgré la cohésion sociale régnant dans le groupe cible, les taux d'adhésion d'une mutuelle de santé peuvent demeurer particulièrement faibles, compromettant la viabilité même de l'organisation.

En troisième lieu, si une forte mobilisation obtenue lors du lancement de l'initiative peut créer une réelle dynamique collective, il n'est pas sûr que cet engagement communautaire se maintienne aisément, en particulier si la mutuelle connaît des difficultés pour assurer sa viabilité financière, ou plus généralement pour rencontrer les besoins de ses membres. A titre d'exemple, Criel constate en Guinée Conakry la déception de nombreux membres de la mutuelle de santé de Maliando face à l'incapacité de l'organisation à tenir ses promesses, principalement en ce qui concerne l'amélioration de la qualité des soins dans le centre de santé conventionné (Criel, 2002). La cohésion sociale n'a pas suffi dans ce cas à pallier l'insatisfaction des adhérents, entraînant d'importants taux de désaffiliation à la mutuelle de santé.

Pourtant, il se peut tout autant que le fonctionnement de la mutuelle contribue au développement de la cohésion des groupes concernés. Il n'est d'ailleurs pas rare que la cohésion (plutôt qu'une certaine homogénéité initiale) apparaisse comme un effet des initiatives d'économie sociale, autant sinon plus que comme une "cause première"²¹. Ainsi, les mutuelles de santé peuvent également créer des réseaux ou procéder à des fusions afin d'accroître leurs poids politique, d'une part, et de renforcer leurs mécanismes de sécurisation, d'autre part. C'est par exemple le cas des mutuelles mises en place, puis appuyées par le CIDR dans le département du Borgou au Bénin, qui se sont fédérées pour constituer le réseau *Alliance Santé*, renforçant de la sorte la cohésion entre ces différentes organisations, leur poids face aux différents partenaires et leur stabilité financière²².

Il est évident que d'autres facteurs pourraient encore être soulignés, susceptibles de favoriser la mise sur pied et le succès des mutuelles de santé: un environnement macro-économique favorable, une stabilité politique, une ouverture des autorités publiques permettant un certain espace d'initiative, etc. Ainsi, l'absence de cadre réglementaire concernant la mutualité dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne constitue actuellement un obstacle au développement de ces organisations²³. Leur reconnaissance légale présenterait pourtant

membres de la section locale de la Croix-Rouge, avec l'appui technique de l'infirmier chef du poste sanitaire (Burnier, 2001). Cette initiative repose sur l'entraide communautaire et la solidarité locale. Elle a suscité un nombre important de mutuelles dans la région, entraînant un véritable mouvement mutualiste. Ce n'est que bien plus tard que ces mutuelles ont reçu un appui technique des organisations nationales, puis internationales.

²¹ Certaines analyses s'inscrivant dans un cadre d'économie sociale soulignent qu'une spécificité des organisations d'économie sociale est de mobiliser et de reproduire de manières particulières du capital social (Evers, 2001; Laville et Nyssens, 2001).

²² *Alliance Santé* est une fédération de 25 mutuelles de santé, mises en place dès 1994 par le CIDR. L'association, qui représentait environ 26 000 bénéficiaires en 2007, fournit, avec l'aide du CIDR, un appui technique et financier aux mutuelles de santé membres. Propriétaire d'un fonds de garantie, l'alliance octroie des prêts à ces dernières lorsqu'elles ont épuisé leurs réserves, en échange de 10% de leurs contributions. Elle constitue également un fonds de réassurance afin d'aider ces mutuelles à développer leurs activités. Pour ce faire, *Alliance Santé* dispose d'une unité technique, composée d'un médecin et d'un spécialiste de la gestion des risques et chargée des contrôles financiers.

²³ Nombre d'Etats subsahariens ne disposent d'aucun cadre réglementaire concernant les mutuelles de santé. En Afrique de l'Ouest, seuls le Mali et le Sénégal disposent d'un plan de régulation des mutuelles en général (Mali) ou des mutuelles de santé en particulier (Sénégal). Le plus souvent, c'est le statut d'association qui sert à

différents avantages tels que l'amélioration de leur visibilité et de leur crédibilité auprès des populations et des prestataires de soins, la clarification du statut des mutuelles et une certaine garantie de services de qualité par le biais de contrôle et de sanctions (Vermer, Nyssens & Wélé, 2007).

b. Les modes de fonctionnement de l'économie sociale

Il existe différentes formulations pour définir l'économie sociale, mais toutes pratiquement soulignent quelques principes essentiels que sont censées partager les organisations qui la composent.

En premier lieu, les organisations ou entreprises de l'économie sociale réunissent des personnes sur une base volontaire et ce caractère collectif les distingue des entreprises individuelles. Ensuite, elles ne visent que secondairement la rémunération du capital, ce qui les différencie des entreprises capitalistes. Enfin, par leur caractère privé et leurs organes de décision propres, elles se distinguent nettement du secteur public. Ces traits se retrouvent dans les mutuelles tant au Sud qu'au Nord, même si le second principe vise plus spécifiquement les coopératives, les mutuelles n'ayant aucun capital à rémunérer.

On soulignera tout particulièrement ici la démarche volontaire des membres, bien mieux respectée dans le chef des mutuelles de santé que dans celui de nombreuses coopératives en Afrique. En effet, ces dernières ont longtemps été tellement promues par les politiques publiques, coloniales et post-coloniales, qu'elles apparaissaient bien souvent comme des "coopératives d'Etat" auxquelles l'adhésion était quasiment obligatoire pour avoir accès à certains services. Par contraste, le caractère libre et volontaire de l'affiliation mutualiste détonne quelque peu et reflète bien le défi central des mutuelles de santé : convaincre les membres potentiels des avantages d'une telle adhésion. C'est la raison pour laquelle diverses recherches ces dernières années ont visé à identifier les déterminants d'adhésion aux mutuelles de santé²⁴, sujet qu'il importe encore de creuser.

Autre principe majeur, la finalité des organisations d'économie sociale est de développer une activité au service de leurs membres ou d'une collectivité plus large plutôt que de réaliser un profit maximum. Avec les mutuelles de santé, on est clairement dans le premier cas de figure, celui du service aux membres, à condition de considérer qu'à travers son affiliation, chaque membre représente aussi tout ou partie de sa famille qu'il vise à faire bénéficier des services de la mutuelle²⁵. En cela, les mutuelles rejoignent en théorie les coopératives dans cette caractéristique jugée si essentielle par G. Fauquet (1935) puis par C. Vienney (1980): la

l'homologation et l'agrément de ces organisations. Face à ce vide juridique, le BIT/STEP a mis en place un projet d' « Appui à la construction d'un cadre régional de développement des mutuelles de santé dans les pays de l'UEMOA ». Ce projet a pour but d'accompagner les Etats dans l'élaboration d'un cadre législatif concernant les mutuelles de santé, en concertation avec les différents acteurs concernés, et ainsi, d'harmoniser les différents textes au niveau de la sous-région. Le forum de la Concertation à Dakar (novembre 2007) a permis d'avancer dans la construction de ce cadre régional qui devrait être adopté prochainement.

²⁴ Waelkens et Criel (2004) ont réalisé un excellent inventaire des études déjà réalisées et des principaux facteurs qui tendent à expliquer jusqu'à présent la faiblesse de l'adhésion aux systèmes existants de micro-assurance et de mutuelles de santé en Afrique. Dans une synthèse plus récente, Defourny et Failon (2008) ont prolongé ce travail en dégagant les convergences et divergences entre analyses et statistiques cherchant des liaisons significatives entre l'adhésion et différentes variables caractérisant les membres de mutuelles et l'environnement socio-sanitaire.

²⁵ Comme il est fréquent qu'une cotisation vaille pour un nombre de personnes strictement plafonné (par exemple à six), le chef de ménage peut, en raison du coût, choisir de n'assurer qu'une partie de sa famille.

double qualité des membres qui sont à la fois usagers et « sociétaires » de l'organisation. Mais on pourrait affirmer aujourd'hui que les mutuelles restent la seule composante de l'économie sociale à respecter strictement ce principe. En effet, alors qu'au départ, les coopératives d'usagers (consommateurs, épargnants, etc.) visent en général à servir leurs seuls membres (coopérateurs), leur développement les amène très souvent à offrir leurs produits et services à des personnes, physiques ou morales, dont elles n'exigent pas qu'elles deviennent membres de la coopérative. Du côté des associations, il est clair depuis longtemps que l'on peut distinguer, d'une part des associations d'intérêt mutuel, organisées par et pour les membres, d'autre part des associations d'intérêt général (ou à tout le moins visant un but plus large que les intérêts des membres). En ce sens, il n'y a plus que la mutuelle qui puisse au sens strict être vue comme "la combinaison d'un groupement de personnes (association) et d'une entreprise réciproquement liés par un double rapport d'activité et de sociétariat" (Vienney, 1980). En Afrique subsaharienne, les mutuelles de santé semblent bien présenter cette double qualité, mais on ne peut pas en dire autant de la plupart des autres organisations de micro-assurance santé qui n'impliquent pas leurs cotisants-assurés dans une dynamique associative censée soutenir l'activité assurantielle.

Autre clé de l'économie sociale, les organisations mutualistes sont en principe gérées ou du moins contrôlées par leurs membres à travers une assemblée générale souveraine fonctionnant de manière démocratique. Celle-ci est notamment censée approuver les comptes et les budgets ainsi que décider des grandes orientations de la mutuelle. La gouvernance des membres s'exerce aussi par le biais de représentants élus démocratiquement, responsables de la gestion quotidienne et de la mise en place de mécanismes de contrôle (règles internes, contrôle financier, collecte des plaintes). On est ici au noyau dur de l'économie sociale qui affirme ainsi la primauté des personnes sur le capital et l'égalité fondamentale entre les membres. Mais dans la mesure où le projet est très ambitieux, cette quête de la démocratie économique revêt pratiquement toujours une double dimension, de pratique effectivement en cours et d'horizon jamais atteint.

Les mutuelles de santé en Afrique expérimentent cette tension de différentes manières. Ainsi l'autonomie et le caractère souverain de leurs organes peuvent se trouver limités en raison de leurs difficultés à atteindre une autonomie financière: assez rares sont en effet les mutuelles dont la survie ne dépend pas d'aides fournies par des opérateurs extérieurs, privés ou publics, plus ou moins interventionnistes. En 2007, aucune des mutuelles de santé répertoriées au Bénin n'avait acquis une autonomie totale sur les plans technique et/ou financier.

Ensuite la notion même de démocratie doit être questionnée et à tout le moins déclinée en fonction des contextes locaux. Par exemple, le rôle des autorités traditionnelles et la place de l'autonomie individuelle est loin d'être partout identique.²⁶ Au Bénin, les promoteurs de mutuelles de santé insistent sur l'importance d'impliquer dès le départ les leaders communautaires dans la mise en place d'une initiative mutualiste : mis à l'écart, ces derniers peuvent effectivement jouer un rôle de contre-information à l'encontre de l'organisation. En outre, leur participation à la mutuelle renforce dans certains cas la confiance des communautés et les incite à s'affilier. Il en va bien souvent de même en ce qui concerne les élus locaux.

Enfin, au-delà de certaines phases de mobilisation particulière comme lors de leur fondation, les mutuelles de santé ont souvent du mal à rassembler leurs affiliés pour les assemblées

²⁶ Certaines ethnies donnent aux chefs traditionnels une grande importance tandis que d'autres sont moins liées pour leurs initiatives à l'assentiment de ceux-ci.

générales: ceux-ci ne sont pas "organiquement" liés à leur mutuelle par une activité régulière (contrairement aux membres d'une coopérative d'artisans ou de pêcheurs par exemple), mais bien par des prestations très occasionnelles. En outre, le coût d'opportunité d'une implication effective dans les instances de la mutuelle peut s'avérer élevé, surtout à certaines périodes de l'année.

Nombre de ces organisations souffrent actuellement d'un manque d'appropriation de la part de leurs membres. Au Bénin, les responsables de structures d'appui aux mutuelles de santé attestent que l'implication de la majorité des bénéficiaires se limite généralement aux assemblées générales²⁷. En outre, il n'est pas rare que ces assemblées servent parfois davantage à sensibiliser et à recruter de nouveaux membres, plutôt qu'à permettre aux mutualistes de participer à la gestion et aux prises de décisions. Ce manque de participation et d'appropriation du système tient surtout, selon les responsables mutualistes, à la jeunesse de ces organisations.

D'une manière plus générale d'ailleurs, c'est l'ensemble des dynamiques associatives, creuset supposé de toute l'économie sociale, qu'il importe de scruter pour éviter les transpositions hâtives. En Europe, c'est bien le foisonnement associatif du 19^e siècle qui a engendré les mouvements mutualistes et coopératifs. Mais de la même manière que plane sur ces débuts le risque d'approches quelque peu romantiques²⁸, la tentation est souvent grande de surestimer la dimension associative de nombreux projets au Sud. Au Burkina Faso par exemple, la majorité de la population est ou a été membre d'une association formellement enregistrée, mais tout le monde sait aussi que de nombreuses associations représentent des façades construites pour attirer des bailleurs de fonds autour de projets portés avant tout par une personne.

En dépit de toutes ces remarques, et si l'on veut bien dépasser les formes européennes du mutualisme, il n'est pourtant pas interdit de penser, comme le suggère Y. Assogba (2003) "qu'en Afrique, l'économie sociale tire directement ses racines de sa composante mutualiste" (p. 154), bien plus que de sa composante coopérative, importée par les puissances coloniales et maintenue par les Etats indépendants. Cet auteur rappelle ainsi que "c'est au cœur des communautés locales que sont nées et se sont développées de multiples formes traditionnelles d'entraide et de solidarité, notamment pour faire face à ces événements sociaux particuliers et coûteux comme l'organisation de funérailles, un mariage, une naissance, etc." (*ibidem*).

Pour en terminer avec l'approche "économie sociale", on soulignera enfin sa capacité à intégrer la recherche individuelle de gain financier. En effet, alors que les approches anglo-saxonnes fondées sur le concept de « non-profit organizations » (NPO) stipulent nettement une interdiction de distribuer aux membres tout profit, le concept d'économie sociale, très marqué par l'héritage coopératif, envisage explicitement la répartition de tout ou partie des surplus éventuels entre les membres, que ce soit sous la forme d'une rémunération limitée des parts sociales ou d'une ristourne sur les transactions des membres avec l'organisation. Même si l'expérience des mutuelles de santé est encore loin d'ouvrir de telles possibilités, il est à noter que des organisations mutualistes prospères peuvent affecter une partie de leurs bénéfices à une réduction des cotisations demandées aux membres. En cela, la grille analytique de l'économie sociale paraît plus adaptée que l'approche "NPO" à des contextes de

²⁷ En fait, la participation effective des membres à de telles réunions n'est pas encore très bien documentée (Fonteneau, 2003).

²⁸ On oublie souvent par exemple, que ce sont seulement certaines élites (par exemple les ouvriers les plus qualifiés) et non les masses populaires dans leur ensemble qui ont lancé ces mouvements.

pays pauvres et à des situations de précarité où très logiquement un projet collectif intègre la recherche de gains individuels, matériels ou financiers.

3. Mutuelles de santé et économie solidaire

La forte présence, sinon la prédominance dans bien des milieux ruraux, de pratiques médicales traditionnelles²⁹ constitue l'un des principaux paramètres pour comprendre l'environnement dans lequel évoluent les mutuelles de santé. Alors que les mutuelles se présentent en général comme un type nouveau d'organisation facilitant l'accès à une médecine de type "occidentale", les tradi-praticiens incarnent au contraire un enracinement des soins de santé dans un contexte social et culturel très marqué: diagnostic posé comme un service dû aux autres en vertu d'un don particulier reçu des ancêtres, prescription de produits fabriqués dans le cadre d'une pharmacopée traditionnelle, paiement du traitement pouvant prendre des formes diverses et souvent laissé à l'appréciation du patient une fois guéri.

On note néanmoins une tendance croissante à la marchandisation des services offerts par cette médecine traditionnelle et aux yeux de beaucoup, une telle monétarisation va de pair avec une efficacité déclinante de ces pratiques: absorbés de plus en plus par la recherche de gains financiers et voulant élargir leur "clientèle" au-delà de leurs compétences propres, certains tradi-praticiens accorderaient moins d'attention à l'approfondissement de leurs savoirs; en outre, ils iraient à l'encontre des volontés des ancêtres en marchandisant des dons indissociables d'un esprit de service à la communauté.

Ce type de "désencastrement" social et culturel voire religieux trouve un écho intéressant dans la perspective historique qui fonde l'approche de l'économie solidaire telle que proposée par Laville (1994). En effet, celui-ci se réfère régulièrement aux travaux socio-anthropologiques de K. Polanyi qui a étudié l'évolution des principes de comportement économique dans l'histoire des sociétés humaines. Selon ce dernier, les activités économiques ont très longtemps été régies par les principes d'administration domestique, de réciprocité ou de redistribution (par une autorité centrale), l'échange marchand ne se pratiquant que dans des cadres relativement limités. En ce sens, elles étaient profondément encadrées dans les relations sociales. Ce n'est qu'au cours des deux derniers siècles que l'activité économique des hommes se serait émancipée de ses cadres normatifs sociaux, politiques et culturels pour être désormais régie par le mécanisme auto-régulateur du marché. Dans une telle perspective et pour faire court, le

²⁹ A ce sujet, on peut distinguer les savoirs techniques populaires, relevant de la « culture médicale locale », des représentations de la maladie qu'ont les individus (Olivier De Sardan, 1995). Si « toute pratique thérapeutique peut avoir un aspect magico-religieux qui sera indissociable et indiscernable de sa composante « technique » (Olivier De Sardan, 1995, p. 150), certaines relèvent davantage de savoirs prosaïques, plutôt que de croyances magico-religieuses. Ainsi, nombre de remèdes populaires constituent des stocks de connaissances pragmatiques et opérationnelles, soit largement partagés par les populations, soit plus spécialisés, voire monopolisés, par certains tradi-praticiens. Les maladies considérées comme naturelles (relevant de la fatalité ou du destin) orientent généralement les recours de soins vers ces savoirs techniques populaires ou vers la biomédecine. Lorsque la responsabilité de la maladie est imputée à un agent surnaturel (ancêtre, fétiche, envoûtement dû à la malveillance), les populations recourent à des guérisseurs traditionnels ou à des « charlatans », aptes à éloigner le mal ou à guérir les symptômes. Ces savoirs, ces différentes perceptions de la maladie ainsi que les recours qui leur sont associés peuvent également influencer le recours ou non aux services d'une mutuelles de santé par ses membres (Failon, 2007).

projet d'économie solidaire consiste à reconstruire les liens entre l'économie et la société, ou encore de réencastrer la première dans un lien social et une visée politique.

La dimension politique de l'économie solidaire est aussi sensée s'exprimer par le fait que les initiatives qui la constituent sont forgées, selon ses théoriciens, au sein d'"espaces publics de proximité" où les personnes se réapproprient les questions qui les concernent, en débattent et construisent ensemble des réponses concrètes. Par l'implication des différentes "parties prenantes" (communauté locale, usagers, travailleurs rémunérés ou bénévoles, pouvoirs publics locaux, etc.), de tels espaces réintègrent des dynamiques démocratiques au sein même d'activités économiques.

Dans quelle mesure retrouve-t-on de tels éléments dans les mutuelles de santé africaines? Il est difficile d'affirmer que dès le départ, celles-ci comportent une dimension politique explicite. D'ailleurs, on l'a dit, la participation des membres aux organes de décision fait souvent problème. Néanmoins, les mutuelles de santé incluent presque toujours l'éducation à la santé dans leurs services aux membres (Fonteneau & Galland, 2006). Elles constituent donc des lieux privilégiés pour discuter des grands problèmes de santé (le paludisme, le VIH/Sida, les maladies sexuellement transmissibles, etc.) et leurs membres sont souvent mieux informés que les non membres en ces matières. En ce sens, elles contribuent à rendre davantage publiques des questions auparavant cantonnées dans le domaine privé ou régies par la tradition. De plus, devant la tendance de plus en plus répandue des prestataires de soins à "exploiter" leurs patients (en termes de prix à payer, de qualité de soins ou tout simplement d'attention aux personnes), les mutuelles qui parviennent à bien s'organiser et à atteindre une taille significative sont susceptibles d'agir à la manière d'un groupe de pression, en particulier pour combattre les pratiques de surfacturation³⁰. Il n'est d'ailleurs pas rare que des médecins voient d'un mauvais œil ces patients mutualistes qui tendent à mieux connaître leurs droits que les autres et avec lesquels il est plus difficile de tirer profit d'une position dominante³¹.

Autre trait majeur de l'économie solidaire, sa dimension économique insiste d'abord sur la prédominance initiale de la réciprocité et de l'engagement mutuel entre les personnes. Peut-on en ce sens parler d'une "impulsion réciprocaire" au fondement même de l'émergence des mutuelles de santé? Les expériences en Afrique de l'Ouest suggèrent plutôt que la naissance de celles-ci est généralement liée à l'intervention d'ONG étrangères et aux efforts de sensibilisation, souvent considérables, que celles-ci entreprennent auprès des communautés locales. L'enjeu de telles campagnes est surtout de convaincre les adhérents potentiels des vertus du principe assurantiel élémentaire (la mutualisation des risques). Dans une telle perspective, les pratiques réciprocaires traditionnelles, au lieu de constituer un socle sur lequel s'appuyer, peuvent apparaître comme une difficulté à surmonter. En effet, ces mécanismes reposent avant tout sur l'entraide, engendrant ainsi une logique de réciprocité ou

³⁰ Ainsi, avec le temps, bien organisés, les membres de la mutuelle de santé de Sérarou (une des mutuelles du Réseau *Alliance Santé*), au Bénin, ont pu exprimer leurs revendications à l'égard des prestataires de soins et sont parvenus à remplacer toute l'équipe de la structure sanitaire conventionnée parce qu'ils n'en étaient pas satisfaits.

³¹ Néanmoins, la capacité des mutuelles à exercer de réelles pressions reste globalement problématique. Le poids des mutuelles de santé serait encore trop faible pour pouvoir exercer une réelle influence sur les comportements des agents de santé. D'une part, les mutualistes (et non mutualistes) perçoivent trop peu le rôle de contre-pouvoir qu'ils pourraient jouer auprès des prestataires de soins. D'autre part, ces derniers, peu habitués au dialogue avec les patients, ne sont pas suffisamment préparés à ce type de relation avec les usagers (Waelkens et Criel, 2004). Certains mutualistes se plaignent ainsi d'être moins bien traités au centre de santé que des non mutualistes (Criel, 2002 ; Criel, 1998), notamment en raison de la perte d'avantages financiers des agents de santé (vente illicite de médicaments, surfacturation, « cadeaux ») suite à la mise en place de la mutuelle de santé.

« logique de la dette » : tout acte d'entraide représente en réalité un investissement, impliquant une aide en retour lorsque le besoin s'en fait sentir (Marie, 2002 et 1995). Or, loin d'être symétriques, les bénéficiaires retirés par chacun d'un système mutualiste peuvent au contraire s'avérer très asymétriques, puisque résultant des seuls aléas de santé chez les membres. Contrairement aux systèmes d'entraide traditionnels, rien ne garantit au membre qu'il recevra une contrepartie des cotisations versées. Il n'est pas rare d'ailleurs que des membres exigent le remboursement de leur cotisation ou décident de se retirer s'ils n'ont pas bénéficié du système pendant un certain temps³².

Une autre différence concerne les motivations à participer à un système communautaire : alors qu'une certaine obligation morale incite à aider les membres de la famille (dans le cas des systèmes solidaires familiaux), les mutuelles de santé nécessitent des efforts collectifs, conscients et planifiés, dans une logique de solidarité plus large (Fonteneau, 2000). En outre, les contraintes liées à la participation à une mutuelle de santé (formalisation de certains rôles et de certaines pratiques, gestion, etc.) sont le plus souvent absentes des mécanismes traditionnels.

Enfin, dans un éclairage par l'économie solidaire, il est certainement possible de parler d'une "hybridation des ressources" des mutuelles de santé, à condition de décliner celle-ci en fonction des contextes locaux. En principe, les cotisations des membres devraient globalement couvrir les dépenses de la mutuelle, du moins au terme d'une période de consolidation. Dans les faits cependant, seules certaines mutuelles de type "corporatiste", comme celles rassemblant des fonctionnaires au revenu stable et régulier, parviennent à un tel équilibre, sans toutefois toujours parvenir à couvrir elles-mêmes leurs dépenses de fonctionnement (personnel de gestion en particulier). Dans les autres cas, le soutien financier d'ONG étrangères ou de pouvoirs publics s'avère généralement indispensable à la survie des mutuelles, soit que les montants fixés pour les cotisations s'avèrent insuffisants, soit que le paiement régulier de ces cotisations, en espèces ou en nature, fasse problème. Quant à la place du bénévolat, elle doit elle aussi être analysée d'une manière adaptée au contexte. Certains membres acceptent des responsabilités non rémunérées dans la gestion des mutuelles, mais c'est souvent dans la perspective d'en retirer des avantages matériels ou autres (par exemple, en termes de pouvoir).³³ En outre, il arrive régulièrement qu'un tel engagement bénévole cesse lorsque son coût d'opportunité devient trop élevé : l'ampleur et la difficulté de la tâche, ainsi que le fait de devoir parfois assumer les frais, en transport ou perte de temps consacré à d'autres activités, contribuent au découragement et à la démotivation de certains responsables mutualistes bénévoles.

En tout état de cause, il y a donc bien dans les mutuelles de santé différents types de ressources qui sont mobilisés et qui se combinent selon des modalités variables. Comme on l'a vu, ces organisations apparaissent également comme le résultat d'interactions entre différentes catégories d'acteurs. En ce sens, elles occupent bien davantage un espace intermédiaire entre les acteurs privés à but lucratif, les autorités publiques, la sphère domestique et les intervenants extérieurs de la coopération.

³² Selon Platteau, déjà cité (1997), c'est bien cette absence de « réciprocité équilibrée » (« balanced reciprocity ») qui rend problématique le développement des mutuelles de santé dans les sociétés traditionnelles.

³³ Il ne s'agit en aucune manière de sous-entendre que le bénévolat dans les pays riches est quant à lui purement désintéressé. Les "gratifications" que l'on peut retirer d'un engagement bénévole peuvent dans tous les contextes, être d'ordres très divers.

Conclusions

Nous avons tenté dans cet article d'interroger des grilles de lecture forgées dans les pays industrialisés pour saisir leur degré de pertinence et leur capacité d'éclairage sur un phénomène assez récent en Afrique: l'émergence et le développement, encore très modeste il est vrai, des mutuelles de santé.

Il nous faut rappeler en premier lieu que les concepts d'économie sociale et d'économie solidaire ne sont jusqu'à présent utilisés en Afrique que dans des sphères restreintes, essentiellement de type académique, et qu'elles restent très peu connues au niveau du terrain.³⁴ Il n'en demeure pas moins qu'au-delà des initiatives abordées ici, les réalités visées par ces notions sont massives si l'on veut bien décliner ces dernières de manière souple, et surtout en essayant de saisir la complexité et les particularités des dynamiques communautaires ou associatives à l'œuvre dans les villes et les campagnes africaines.

De la même manière, il ressort assez clairement de notre analyse que les « costumes » de l'économie sociale et de l'économie solidaire taillés pour le Nord exigent de très sérieuses retouches et parfois bien plus pour s'adapter peu ou prou aux mutuelles de santé émergentes en Afrique subsaharienne. Mais finalement, la question des habillages conceptuels ou des étiquettes est ici secondaire.

Par contre, il nous semble que les grilles de lecture interrogées ont le mérite d'attirer l'attention sur des dimensions qui sont peu soulignées par les approches les plus instrumentales de la micro-assurance santé. En effet, en insistant presque exclusivement sur les questions d'impact et de résultats, une large part de la littérature se focalise d'une part sur le nombre d'adhérents et les facteurs d'adhésion aux mutuelles, d'autre part, sur les « outcomes » en termes d'accès et de fréquentation des formations sanitaires. Sans nier l'importance évidente de ces paramètres, les approches mobilisées ici soulignent la complexité des processus qui mènent à la formation des mutuelles de santé, les stratégies individuelles et collectives qui permettent de comprendre les modes de fonctionnement interne de ces organisations ainsi que leurs rapports étroits avec leur univers socio-culturel et leur environnement socio-économique.

Enfin, loin d'apparaître comme concurrentes, les approches "économie sociale" et "économie solidaire" ont ici montré des complémentarités assez remarquables qui, d'une manière plus générale, méritent d'être mieux mises en lumière pour d'autres réalités que les mutuelles de santé.

³⁴ Une exception notable concerne les régions couvertes par un vaste projet de la coopération belge au Burkina Faso dans le cadre duquel d'importants efforts ont été réalisés pour sensibiliser les populations locales à la notion et aux principes de l'économie sociale.

Bibliographie

Assogba Y. (2003), L'autre mondialisation, le développement et l'économie populaire en Afrique », *Economie et Solidarités*, hors série, pp. 151-165.

Atim, C. (1999) « L'émergence d'un mouvement mutualiste au Sud », in *L'économie sociale au Nord et au Sud*, (Defourny J., Develtere P. et Fonteneau B., eds), Editions De Boeck, Bruxelles et Paris, 1999.

Atim, C. (2000), *Contribution financière des mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé : Synthèse de travaux de recherche menés dans neuf pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre*, STEP, Bureau International du Travail, Genève.

Atim, C., Grey, S., Apoya, P., Anie, S. & Aikins, M. (2001) *A survey of health financing schemes in Ghana*. Bethesda, MD: Partners for Health Reform; Abt Associates Inc.
<<http://www.concertation.org>>

Burnier, E. (2001) « Une initiative locale victime de la mondialisation? Les Mutuelles Pharmacies Communautaires de Madagascar », in *Bulletin de Medicus Mundi Suisse*, n°80.

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

Concertation (2002) *Le boom des mutuelles de santé au Bénin*. Courrier de la Concertation. N°7, janvier 2002.

http://www.concertation.org/Docs/LettreInfo/HTML/LettreInfo_7.HTML#ancre492075

Concertation (2003) *Système de suivi du développement des mutuelles de santé en Afrique. Actualisation répertoire*, Dakar : La Concertation.

<http://www.concertation.org/>

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

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

De Allegri, M. et al., (2006), « Understanding enrolment in community health insurance in sub-Saharan Africa : a population-based case-control study in rural Burkina Faso », in *Bulletin of World Health Organisation*, 84 (11), pp. 852-858.

Defourny, J. & Develtere, P. (1999) « Origines et contours de l'économie sociale au nord et au sud », in *L'économie sociale au Nord et au Sud*, (Defourny, J., Develtere, P. et Fonteneau, B., eds), De Boeck, Bruxelles et Paris, pp. 25-56.

Defourny J. et Monzon Campos, J.-L., eds. (1992), *Economie sociale – The Third Sector*, Be Boeck, Bruxelles et Paris.

Defourny, J., Favreau L. et Laville J.-L., eds. (1998), *Insertion et nouvelle économie sociale. Un bilan international*, Desclée de Brouwer, Paris.

Defourny, J. et Failon, J. (2008), *Les déterminants d'adhésion aux mutuelles de santé en Afrique Subsaharienne : un inventaire des travaux empiriques*, Papier présenté à la 8^e Conférence Internationale de l'International Society for Third-Sector Research, Barcelone, 9-12 juillet

Desroches, H. (1976), *Le projet coopératif*, Editions ouvrières, Paris.

Develtere, P. et Fonteneau, B. (2003), « L'économie sociale : conçue au Nord, pertinente au Sud ? », in *Economie et Solidarités*, hors série, pp. 30-52.

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

Evers, A. & Laville, J.-L., eds. (2004), *The Third Sector in Europe*, Edward Elgar, Cheltenham.

Failon, J. (2007), *Approche socio-anthropologique de la micro-assurance santé*, Université de Liège, Institut des Sciences Humaines et Sociales.

Fall A.S. et Sy O.S. (2003), « Les économies domestiques ouest-africaines dans un contexte de mondialisation », Cahiers de la CRDC, Université du Québec, Hull.

Fauquet, G. (1935), *Le secteur coopératif*, Editions de l'Institut des Etudes Coopératives, Paris

Foirry, J.-P. (2001), « L'initiative de Bamako : quels bénéfices pour les populations africaines ? », in *La santé au risque du marché. Incertitudes à l'aube du XXI^e siècle*, Presses Universitaires de France, Paris, pp. 53-69.

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

Fonteneau, B., (2003), *Les défis des systèmes de micro-assurance santé en Afrique de l'Ouest. Cadre politique, environnement institutionnel, fonctionnement et viabilité*, Hoger Instituut voor de arbeid, Leuven

Fonteneau, B. et Galland, B., (2006), « The community-based model : mutual health organizations in Africa », in *Protecting the poor. A microinsurance compendium*, ILO, Munich

Gueslin A., (1987), *L'invention de l'économie sociale*, Economica, Paris.

ILO-STEP. (2000) *Health Micro-insurance. A Compendium*. Strategies and Tools against Social Exclusion and Poverty, Geneva: International Labour Organisation.
<http://www.gdrc.org/icm/step.pdf>

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

Jütting, J. & Tine, J. (2000) "Micro insurance schemes and health care provision in developing countries: An empirical analysis of the impact of mutual health insurance schemes in rural Senegal", STEP Working Papers, Geneva.

Laville, J.-L., (1994), *L'économie solidaire. Une perspective internationale*, Desclée de Brouwer, Paris.

Laville, J.-L. et Nyssens, M., (2001), « The social enterprise : towards a theoretical socio-economic approach », in *The emergence of social enterprise* (Borzaga, C. et Defourny, J., eds), Routledge, London, pp. 312-332.

Laville J.-L. et Cattani A. D. eds., (2005), *Dictionnaire de l'Autre Economie*, Desclée de Brouwer, 2005.

Marie, A., (1995), " "Y a pas l'argent" : l'endetté insolvable et le créancier floué, deux figures complémentaires de la pauvreté abidjanaise", in *Revue Tiers Monde*, Paris, t. XXXVI, n°142, avril-juin 1995, pp. 303-324

Marie, A., (2002), "Une anthropologie communautaire à l'épreuve de la mondialisation. De la relation de dette à la lutte sociale (l'exemple ivoirien)", in *Cahiers d'Etudes Africaines*, 166, XLII-2, pp. 207-255.

Nyssens, M., Ngongang, I., Wélé, P., (2005), "Recherche d'un cadre d'analyse pour l'articulation entre la microfinance et la micro-assurance santé au Bénin", GRAP/OSC, Cotonou

Olivier De Sardan, J.-P., (1995), *Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social*, Editions Karthala (coll. Hommes et Sociétés), Paris.

Platteau, J.P., (1997) "Mutual Insurance as an Elusive Concept in Traditional Societies", in *Journal of Development Studies*, vol. 33, no. 6, pp. 764-796

Powell W.W. & Steinberg R., eds. (2006), *The Nonprofit Sector. A Research Handbook*, Yale University Press, New Haven & London.

Preker, A., Carrin, G., Dror, D., Jakab, M., Hsiao, W. & Arhin-Tenkorang, D. (2001) "The Role of Communities in Resource Mobilization and Risk Sharing: A Synthesis" in: *Health Care Financing for Rural and Low-Income Populations: The Role of Community in Resource Mobilization and Risk Sharing* (Preker, A., ed.), Washington: World Bank.

Ridde V. (2005), *Politiques publiques de santé et équité en Afrique de l'Ouest. Le cas de l'Initiative de Bamako au Burkina Faso*, Thèse de doctorat, Université Laval, Québec.

Soulama S. (2005), *Micro-finance, pauvreté et développement*, Editions des Archives Contemporaines, Vrin.

Vermer, M.-C., Nyssens, M. et Wélé, P., (2007), “La régulation des mutuelles de santé au Bénin”, GRAP/OSC, Louvain-la-Neuve

Vienney C. (1980), *Socio-économie des organisations coopératives*, tomes 1 et 2, CIEM, Paris

Vuarin, R., (2002), « Tendances évolutives de la sociabilité populaire à Bamako : clientèles, réseaux, mutuelles », Actes du colloque « Citadins d’Afrique : quoi de neuf après 20 ans de crise ? », Université de Liège, mai 2002

Waelkens, M. et Criel, B. (2004), « Les Mutuelles de santé en Afrique Sub-saharienne : Etat des lieux et réflexions sur un agenda de recherche », HNP Discussion Paper, Washington : The World Bank.