

## ACTES DU COLLOQUE GRAP OSC

### La performance des systèmes de micro-assurance et des mutuelles de santé en Afrique Questions majeures pour la recherche

Séminaire organisé par le Centre d'Economie Sociale de l'Université de Liège  
avec la plateforme belge MASMUT

Le vendredi 27 janvier 2006 de 10 h à 16 h  
à l'Université de Liège



## Introduction

Dans le cadre du projet Groupe de Recherche en Appui à la Politique : « Organisation des Sociétés Civiles au Sud : développement, économie sociale et coopération » initié par la CUD et financé par la DGCD, un séminaire scientifique a réuni des acteurs, des chercheurs et des organisations de soutien de la micro-assurance santé, mutuelle de santé. Soulignons que par la suite, ces deux expressions seront utilisées l'une pour l'autre, même si elles ne recouvrent pas exactement les mêmes réalités.

Ce séminaire, organisé à l'Université de Liège le 27 janvier 2006, a été le lieu, pour les chercheurs impliqués dans l'axe économie sociale du GRAP OSC de mettre en débat leurs cadres d'analyse relatifs aux déterminants d'adhésion à la micro-assurance santé et à l'articulation entre les dynamiques de micro-assurance santé et de micro-finance. Ces deux questions de recherche ont été précédées d'une présentation plus générique du phénomène de la micro-assurance santé. Par ailleurs, cette journée a été l'occasion de la première présentation officielle de la plateforme belge d'étude et d'expertise en micro-assurance santé et mutuelles de santé (MASMUT) qui a appuyé le Centre d'Economie Sociale de l'Université de Liège pour l'organisation de cet évènement.

Cette journée a été très dense et très animée. Le temps des débats, comme de coutume trop court, a montré l'intérêt d'un échange constant entre les différents acteurs de la micro-assurance santé et l'enrichissement réciproque qui peut découler du partage des compétences. Cet échange constitue d'ailleurs une concrétisation de l'objet de la plateforme MASMUT, à savoir, créer des synergies entre les chercheurs, les intervenants et les bailleurs en la matière.

## A. Introduction générale

### Jacques Defourny, CES-ULg



Jacques Defourny accueille chaleureusement les participants et orateurs du séminaire et remercie les personnes et institutions qui ont permis la tenue de cet évènement, en particulier, les collègues de la plateforme MASMUT dont Bénédicte Fonteneau pour la mise au point du programme, la CUD et la DGCD pour le soutien à cet évènement.

Ensuite, il retrace brièvement l'historique de l'intérêt du Centre d'Economie Sociale pour cette thématique et ses grands jalons. Il s'agit de la conférence organisée à Ostende en 1997, à l'origine d'un ouvrage intitulé : « L'Economie Sociale au Nord et au Sud », la participation au programme STEP du BIT en tant qu'expert scientifique, les séminaires organisés à Liège en 2003 et à Cotonou en 2004 sur la question de la micro-assurance santé et le suivi de nombreux étudiants dans la réalisation de leurs travaux en la matière.

## **Charles Tollenaere, DGCD**

Charles Tollenaere, expert en économie sociale de la DGCD, a situé la thématique de la micro-assurance santé au vu de la politique de la DGCD.



Le séminaire de 1997 évoqué par Jacques Defourny a donné naissance au programme STEP du BIT, soutenu par la DGCD et a introduit dans la loi sur la coopération belge, la thématique transversale de l'économie sociale comme instrument de lutte contre la pauvreté. En 2002, la note « économie sociale » de la DGCD avait mis l'accent sur la micro-assurance santé. Deux axes ont été privilégiés: la prise en compte du SIDA et l'articulation de la micro-assurance santé et de la micro-finance. Une série d'études ont été menées par HIVA pour la prise en compte du SIDA dans les systèmes de micro-assurance santé. En ce qui concerne la question de l'articulation, les travaux du GRAP OSC et de ce séminaire guideront la DGCD dans ses interventions. En 2006, il y aura une obligation d'évaluer et de mettre à jour la note politique sur l'économie sociale. Or, il y a un changement de paradigme dans la coopération via les PRSP. Il convient donc de considérer que cette mutation paradigmatique sera la ligne de conduite de la DGCD les années qui suivent. La nouvelle note devra l'intégrer. Cette dernière devra aussi tenir compte des notes des autres institutions européennes. Par ailleurs, il y a lieu de souligner les acquis majeurs en matière d'économie sociale: la plateforme IMF, la plateforme MASMUT, le Fairtrade Center et la mise en place du programme GRAP OSC.

## **Marc Poncelet, CSD - ULg**



Marc Poncelet, coordonnateur du GRAP OSC, présente le programme de recherche dans lequel s'inscrit ce séminaire. Dans un premier temps, il explique bon nombre d'acronymes utilisés. Tout d'abord, qu'entend-on par GRAP, à savoir Groupe de Recherche en Appui aux Politiques? Il s'agit d'un outil de la Commission Universitaire au Développement (CUD), développé récemment dans l'axe « Action Nord » de cette institution. Les GRAP remplacent les Recherches en Appui à la Politique (RAP). L'objectif de cette évolution a été de mobiliser des équipes universitaires pointues sur des programmes de recherche plus ambitieux et de s'assurer que les résultats soient utilisables par les institutions belges de la coopération. Le GRAP est une formule qui veut concentrer les ressources, stabiliser les collaborations entre universités et rendre la recherche utile à la décision politique.

L'objet de notre GRAP est les OSC : Organisations de la Société Civile. Cela comprend les ONG mais aussi les associations, les entreprises d'économie sociale, etc. Ces organisations ont un rôle croissant dans le développement. Soulignons que par ailleurs, il existe le GRAP-SWAP et le GRAPAX.

En ce qui concerne le GRAP OSC, il y a eu un long dialogue sur les objets et les méthodologies de recherche entre les équipes et la DGCD. Un des premiers moments de ce GRAP, le séminaire de Cotonou de décembre 2004, a permis de dégager deux thématiques majeures pour la recherche :

- l'articulation des dynamiques de micro-finance et de micro-assurance santé ;
- le rôle des OSC dans le secteur de l'éducation.

La problématique transversale à ces deux objets sera la régulation. Soulignons que cette thématique de la régulation devrait permettre de rencontrer la demande de la DGCD en matière de recherche utilisable par les institutions.

Pour conclure, Marc Poncelet souligne que l'ULg confirme, entre autres par cet événement, son intérêt en matière de coopération et de développement. L'existence d'un DEA et d'un DES en développement devront permettre par la suite la tenue d'évènements de ce genre.

Enfin, Marc Poncelet remercie la DGCD de l'intérêt porté aux OSC entendues dans un sens large, à savoir qu'elles ne se réduisent pas aux ONG et qu'elles couvrent aussi des dynamiques d'économie sociale et d'associations nationales ou internationales.

## **B. Johannes Jutting, CAD OCDE - Paris**

### **L'assurance santé dans les pays en développement : aperçu général**



Pour introduire son sujet, Johannes Jutting précise que la question de l'assurance santé qu'il avait développée dans le cadre de sa thèse de doctorat et de son travail de recherche, n'est pas une thématique traditionnellement développée au sein du CAD. Néanmoins, la question de la pauvreté y est centrale et les bailleurs de fonds de l'OCDE se sont intéressés à la santé et au financement de la santé. La question de la micro-assurance santé pourrait donc être mise à l'ordre du jour, d'autant que, pour le programme 2007, la sécurité humaine a été choisie comme priorité. Cette thématique inclut assez naturellement la protection de la maladie dans le contexte de lutte contre la pauvreté.

L'orateur précise ensuite qu'il va tenter de broser un aperçu général de l'assurance santé dans le temps imparti en mettant un accent sur les systèmes communautaires.

En guise de remarque préliminaire, il souligne qu'il existe une sous estimation des coûts de la maladie. Les économistes distinguent traditionnellement les coûts directs et les coûts indirects. Les coûts souvent négligés sont ceux liés à la vente du capital de production (animal de trait, etc.) et qui réduisent donc les capacités productives. La santé est, à contrario, un facteur de croissance. Pour illustrer son propos, J. Jutting présente les résultats d'une étude de la Banque Mondiale (2001) sur l'Inde par rapport à la probabilité de tomber sous le seuil de pauvreté suite au paiement d'une hospitalisation d'un membre du ménage. La situation est fort différente d'un État à l'autre.

L'orateur aborde ensuite les différents points de son exposé.

#### **1. Pourquoi est-ce un défi de parler de l'assurance santé ?**

Les problèmes dans les pays en développement

Différents problèmes dans les pays en développement rendent difficile le financement de la santé : la sécurité sociale qui ne touche pas les pauvres, les dépenses limitées pour la santé et la régression des systèmes de santé. Le système du paiement direct à l'acte reste la source principale de financement de la santé.

Ce problème a stimulé l'imagination et on observe bon nombre de nouveautés institutionnelles destinées à couvrir le risque santé. L'assurance santé à base communautaire en est une.

L'auteur schématise ensuite les impacts théoriques de l'assurance santé parmi lesquels on peut souligner : la meilleure répartition du risque, le moindre coût de cotisation, la diminution des frais fixes d'administration, la meilleure qualité de soin et l'amélioration de l'accès aux soins, la meilleure productivité au travail, etc. Il s'agit bien sûr d'effets théoriques mais qui ont le mérite de donner une typologie des impacts potentiels.

## **2. Les innovations récentes dans le financement de la santé**

L'assurance maladie à base communautaire fait partie de ces innovations. Elle a plusieurs caractéristiques dont la participation volontaire et à base communautaire, la solidarité, le but non lucratif et la mutualisation des risques.

L'assurance santé communautaire se développe partout dans le monde. En ce qui concerne l'Afrique, on observe une concentration en Afrique de l'Ouest (avec un maximum au Sénégal) et aussi en Afrique Centrale mais peu de mutuelles en Afrique du Sud. Certains pays comme le Ghana ont même formalisé une loi sur l'assurance maladie à base communautaire. Par ailleurs, l'articulation entre les systèmes de micro-finance et de micro-assurance santé se développe car l'assurance maladie permet de sécuriser le remboursement des prêts. Ces nouveaux systèmes connaissent néanmoins encore beaucoup de limites : pas de grande ampleur, difficultés d'attirer les membres, nécessité de subsides, etc.

En outre, il y a lieu de s'interroger sur leur capacité à réduire la pauvreté. À ce propos, Alain Letourmy qui a travaillé avec la concertation a recensé 600 types de mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre. Ces dynamiques comprennent 1 500 000 membres au total alors qu'en Inde, un seul système de santé regroupe ce même nombre de membres. Dès lors, la question de leur impact potentiel sur la pauvreté se pose.

L'exemple développé de la mutuelle de Thiès au Sénégal met en lumière un problème lié à cette structure : les membres paient pour ne pas être assurés pour tous les risques et sont plus mal traité que les autres par le personnel de santé.

## **3. L'impact des assurances de santé**

L'auteur donne dans un premier temps les références des données utilisées. Il expose ensuite un résumé des résultats observés quant aux impacts de l'assurance santé (membres versus non-membres). On peut noter que : la participation augmente avec les revenus (les plus pauvres ne peuvent payer les cotisations et sont exclus); l'accès au système de santé s'est amélioré de façon marginale et enfin, la protection financière est augmentée de façon marginale. Ces aspects sont ensuite développés.

### **A. La participation**

Ces enquêtes ont mis en avant les déterminants de la participation aux assurances maladies en général : les revenus ; l'éducation et la résidence (urbain, rural). Il y a lieu de souligner que la couverture est faible : 5% de la population. Soulignons qu'il existe un risque d'exclusion sociale liée à l'abandon de l'entre aide traditionnelle. En ce qui concerne le nombre de membres par mutuelles, le travail réalisé par la Concertation (2001) montre que la taille moyenne est entre 5000 et 10 000 membres

Ces travaux ont également mis en évidence la question de qui participe ?. L'orateur présente un modèle économétrique sur les déterminants probables d'adhésion et leur impact. Les

résultats présentés portent sur le Sénégal. On peut remarquer que, dans le cas de Thiès, la religion a un impact important.

#### B. L'accès aux systèmes de santé

Pour évaluer l'impact de l'assurance santé, il est pertinent de voir si les personnes qui ont une assurance maladie ont un plus grand accès aux soins. Au vu des résultats, on peut souligner qu'il n'y a pas d'impact évident sur l'accès aux soins mais bien sur la probabilité de pouvoir être hospitalisé le jour même et d'obtenir un lit à l'hôpital.

#### C. La protection financière

Quels sont les impacts en matière de dépenses de santé qui font basculer le ménage dans la pauvreté ? Cet impact sur la protection financière dépend des pays et la protection contre ce risque de paupérisation liée à l'assurance est seulement très légèrement meilleure.

Comment se comportent les ménages face à la survenance du risque ? Ils vendent leurs biens ou ils obtiennent un prêt des proches ou de tiers (usuriers). On observe parmi la tranche des pauvres que les personnes assurées sont moins obligées de vendre leurs biens. Cet impact sur la protection financière liée à l'assurance santé mériterait de plus amples recherches.

Par ailleurs, l'orateur souligne l'importance d'aborder cette question par d'autres biais que la question du financement, par exemple l'importance de la prévention.

De façon globale, les observations faites en matière d'impact montrent des effets limités. C'est le cas sur la question de l'impact favorable aux pauvres des systèmes d'assurance santé à base communautaire. Il y a lieu d'affiner les études et de ne pas mettre trop d'attentes sur ces systèmes.

Les études des expériences existantes ont néanmoins permis de tirer des leçons sur ce type de dynamique. Le management des systèmes est important. Il y a lieu de prévoir des procédures de paiement de cotisations adaptées, de contrôler la « sélection adverse » et le « moral hazard », etc. Par ailleurs, l'offre de soins doit être de qualité et enfin, les caractéristiques des ménages et des communautés doivent être prises en compte (perception de la maladie, aide sociale existante, etc.)

Quels sont les défis politiques en la matière ? Comment lier ces dynamiques avec le système de santé, les PRSP ? Comment augmenter la couverture ? Enfin, l'appui des bailleurs de fonds doit se coordonner.

Les questions de recherche suivantes doivent encore être creusées.

- Quel est l'impact de l'assurance santé ?
- L'extension de la couverture, comment y arriver ?
- Quelles politiques cohérentes pour l'assurance santé ?

Soulignons que, traditionnellement, deux champs de recherche se penchent sur la question, à savoir, la santé publique (comment organiser l'assurance maladie ?) et l'économie du développement (quel impact sur les ménages ?). Aujourd'hui, les approches « santé publique » et « économique » commencent à se croiser.





## **C. Tomas LIEVENS - Université de Nottingham** **Comment évaluer l'efficacité de l'assurance santé dans des pays en voie de développement? Proposition d'un cadre théorique et économétrique.**

Les ménages dans les pays en voie de développement font face à un grand nombre de risques liés au revenu. Ces risques sont de nature très diverses et comprennent par exemple la guerre civile, les chocs macro-économiques, la sécheresse. Les risques liés à la santé en font également partie. L'impact potentiel des risques liés à la santé sur le revenu – et par conséquent également sur la consommation – a été observé à maintes reprises. Stefan Dercon, par exemple, observe que des problèmes de travail à cause de maladies sont cités comme troisième source de mal-être par des paysans pauvres en Ethiopie.

Face à ces risques, les ménages développent des stratégies de réponse dites "informelles"<sup>1</sup>. Il est possible de classer ces stratégies dans deux groupes : celles développées antérieurement et celles développées postérieurement à la réalisation du risque. Il est important d'observer que la première catégorie des stratégies entraîne souvent une allocation inefficace des ressources du ménage et, par conséquent, une diminution du revenu moyen. Ces stratégies n'empêchent néanmoins pas que, périodiquement, le revenu et la consommation du ménage se situent en dessous du minimum.

Comme les ménages n'arrivent pas à gérer de manière satisfaisante les risques liés au revenu (et par là même les risques liés à la santé) des réponses dites « formelles » sont développées ou en cours de développement. Celles-ci sont mises en œuvre par les Etats (sécurité sociale, assistance sociale, programmes de "travail-contre-nourriture", etc.) et les entreprises (assurances santé). Plus récemment, des initiatives « à base communautaire » émergent et sont généralement désignées comme systèmes de micro-assurance santé, dont les mutuelles de santé qui sont relativement bien connues en Afrique de l'Ouest par exemple. Economiquement parlant, ce type d'initiative est basé sur l'abondance de réseaux sociaux, caractéristique de beaucoup de pays en voie de développement. Dans ces réseaux, les acteurs interagissent régulièrement et les relations s'inscrivent dans le temps, ce qui permet de mieux gérer l'asymétrie d'information, souvent obstacle au développement du marché commercial des assurances santé.

Là où les stratégies de réponse dites « informelles » ont été qualifiées comme inefficaces, la question demeure si les stratégies dites « formelles » – et plus spécifiquement l'assurance santé mise en œuvre par l'Etat, les entreprises et l'assurance-santé à base communautaire – le sont. Cet article propose un cadre théorique et des modèles économétriques pour évaluer l'efficacité de ces stratégies.

Il ne semble pas exister une théorie économique unique permettant d'analyser l'efficacité d'une assurance santé dans des pays en voie de développement. Par contre, la Théorie de l'Utilité Attendue (voir des auteurs comme von Neumann, Morgenstern, Allais, Tversky, Khaneman, Humphrey, Starmer), des modèles décrivant les stratégies de réponse basées sur des biens (Deaton, Bardhan) et des personnes (Bardhan, Townsend, Platteau, Dercon, Fafchamps) fournissent des bases permettant de spécifier un ensemble d'hypothèses. Concrètement, en comparant deux ménages absolument identiques, mais dont l'un bénéficie

---

<sup>1</sup> L'utilisation de la désignation 'informelle' provient de la littérature économique. Elle a peut-être trouvé son origine dans le fait que des contrats signés sont normalement absents dans de tels contextes.

de la couverture d'une assurance santé efficace et l'autre pas, on doit observer cinq différences entre ces ménages :

- (1) la variation du revenu du ménage couvert est moins importante que celle du ménage non-couvert ;
- (2) les frais de santé directs liés à une consultation médicale sont moindres pour le ménage couvert ;
- (3) il est plus probable qu'un ménage couvert se rende à un centre de santé en cas de maladie d'un de ces membres ;
- (4) le revenu moyen du ménage couvert est plus élevé ;
- (5) le ménage couvert se désengage des réseaux d'entraide dont il était membre avant d'être couvert par l'assurance santé efficace.

La non-observation de ces différences permettrait de conclure que l'assurance santé n'est pas efficace.

Une deuxième question qui se pose est de savoir si l'économétrie – méthodologie de recherche appliquée souvent utilisée dans des études économiques – est appropriée pour ce type de question de recherche ? Pour répondre à cette question, il est nécessaire d'examiner la possibilité de construire des relations structurelles entre variables quantifiables, et ceci pour chaque hypothèse citée ci-dessus. Plus spécifiquement, il est nécessaire de pouvoir isoler l'impact de l'assurance santé sur les phénomènes étudiés, c'est à dire les cinq différences entre le ménage couvert et le ménage non couvert. Ceci implique que tous les facteurs déterminant les phénomènes étudiés soient connus<sup>2</sup>.

Il s'avère que des relations structurelles solides ne sont établies que pour deux des cinq hypothèses attestant l'efficacité de l'assurance santé : la variabilité du revenu et la probabilité de se rendre à la formation sanitaire en cas de maladie. Pour les autres hypothèses, il semble que les déterminants des frais directs d'une consultation médicale, du revenu du ménage et du « membership » des réseaux d'entraide soient pas suffisamment connus pour isoler avec certitude l'impact éventuel de l'assurance santé.<sup>3</sup>

En conclusion, l'article suggère qu'il est possible de développer un cadre théorique pour évaluer l'efficacité d'une assurance santé dans des pays en voie de développement. Par rapport à l'application de ce cadre, l'économétrie en tant que méthodologie de recherche appliquée, ne peut que tester certaines hypothèses évaluant cette efficacité. En plus, dans ce cas, il est crucial que des données de base de qualité soient disponibles et que des techniques économétriques appropriées soient utilisées.

Deux pistes de recherche découlent directement de l'article :

- développer davantage la théorie économique par rapport aux hypothèses d'efficacité dont les déterminants des phénomènes étudiés ne sont pas suffisamment connus ;
- tester les modèles économétriques robustes, utilisant des données de qualité et des techniques économétriques appropriées. Les résultats de ces tests sont déjà informatifs par rapport à l'évaluation de l'efficacité de l'assurance santé.

---

<sup>2</sup> Cette condition n'implique que la faisabilité théorique de mesurer l'efficacité de l'assurance santé. Il est par exemple possible qu'une certaine variable déterminante soit connue, mais qu'il n'est pas possible de la quantifier. La qualité des données sur les ménages ou des caractéristiques spécifiques des relations structurelles entre variables peuvent également rendre l'évaluation empirique très difficile, voir impossible.

<sup>3</sup> Il est important de noter que certains auteurs, comme Wagstaff et Preker par exemple, testent la deuxième hypothèse, en indiquant les dangers d'interprétation des résultats économétriques dus à l'incertitude liée à la relation structurelle sous-jacente entre variables.



## Discussion de l'article

### Jacques Defourny, CES – ULg

L'exercice de Tomas Lievens qui consiste à appliquer des cadres d'analyse théoriques et économétriques à la question de l'efficacité de l'assurance maladie dans un pays en voie de développement est bienvenu car, entre l'existence de ce risque santé et les organisations d'assurance santé, il existe une boîte noire. Tomas Lievens tente d'ouvrir cette boîte noire en choisissant une démarche économique. Or, l'option majeure de cette discipline est l'individualisme méthodologique qui analyse tout à travers le comportement, les choix de l'individu. Cette posture épidémiologique a pour limite la dimension communautaire, dimension qui se retrouve dans la dynamique des mutuelles. Cette réalité ne peut donc s'expliquer complètement par l'observation de l'individu. Par ailleurs, le corollaire de cet individualisme méthodologique est la maximisation de l'utilité. Or, dans la réalité, la rationalité peut être limitée, par exemple par des croyances traditionnelles où la maladie est perçue comme le résultat de mauvais sort, etc et donc l'utilité n'est pas toujours optimale. Le cadre théorique de l'utilité attendue est dès lors intéressant, mais des cadres anthropologiques peuvent interférer.

Ces remarques destinées à relativiser les hypothèses de départ, n'enlèvent en rien l'intérêt de cadres théoriques et méthodologiques précis pour faire avancer la recherche en la matière. Soulignons, en outre, la possibilité de tenir compte de variables explicatives supplémentaires et la difficulté d'obtenir des données précises.

Enfin, on peut supposer que la décision d'adhérer à un système d'assurance santé est le résultat d'une évaluation subjective de tous les chefs de famille. On pourrait donc faire l'hypothèse que celui qui décide d'adhérer fait une évaluation des avantages : qualité, éléments culturels,.... Les facteurs d'adhésion peuvent également être des lieux d'observation des facteurs de performance.

### Issa Sarambe, Université de Ouagadougou

Issa Sarambe rejoint la critique de Jacques Defourny tout en illustrant les remarques par des exemples concrets.

#### **1. Absence d'une série de variables explicatives qui n'interviennent pas dans le modèle économétrique.**

L'influence des tradi-praticiens (médecine traditionnelle)

Les tradi-praticiens ont une grande influence sur les ménages de l'Afrique Sub Saharienne. Au Burkina faso, il existe une tentative de l'Etat d'instaurer des passerelles de collaboration entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne.

Exemple

Une étude de Dubois (2002) sur une mutuelle de santé au Burkina Faso a montré que 19% des membres ont comme premier recours le tradi-praticien pour traiter leur maladie. En



deuxième recours, ce taux est plus important au niveau des ménages membres d'une mutuelle que des non membres.

## **2. Certaines données sont difficiles à rassembler**

Par exemple, en ce qui concerne la variable revenu. L'estimation du revenu est difficile à faire dans les PVD. L'INSD (l'Institut National de la Statistique et de la Démographie au Burkina Faso) a des difficultés dans ce sens et, souvent, procède par une approche de la consommation. Une autre porte d'entrée pour aborder la performance des micro-assurances ou mutuelles de santé?

## **3. Il est possible d'imaginer une autre approche de la performance des micro-assurances ou mutuelles de santé**

Pour évaluer la performance de la micro-assurance santé, au lieu de partir d'une situation de membre, on pourrait partir de la situation de l'individu avant son adhésion. Ce qui permet de prendre en compte d'autres facteurs expliquant la décision d'adhésion d'un individu à un système d'assurance santé. Ces facteurs d'adhésion permettent de cerner les facteurs de performance au travers de l'appréciation par un individu des avantages et inconvénients de l'adhésion.

### Exemples

- La taille du noyau familial
- Le niveau de maîtrise des mécanismes de fonctionnement de la mutuelle par l'adhérent.
- La qualité des soins (qualité des relations entre les prestataires de soins et les responsables de la micro-assurance ou la mutuelle de santé, qualité des prestations du corps soignant, qualité de l'accueil, etc.)
- La religion et la croyance (mutuelles du Sénégal (Thiès)).
- La perception de la maladie : le simple fait de parler d'une maladie peut l'attirer (Bationo, 2001).

### Débat

Daniel Arnoldussen, Centre d'anthropologie culturelle de l'ULB constate qu'il existe un intérêt manifeste pour les systèmes communautaires afin de contrer les risques de l'existant. Néanmoins, l'exposé tend à souligner le peu de performance des systèmes communautaires. Sur quoi base-t-on cette assertion ? S'agit-il d'un lieu commun, de résultats d'études scientifiques, ... ? Par ailleurs, pourquoi opposer formel et informel dans cette question?

Tomas Lievens répond que des analyses empiriques ont montré que s'il y a des chocs de type macro (sécheresse), les mécanismes informels ne permettent pas de les contrer. Néanmoins, la frontière est floue, les mécanismes formels viennent souvent de l'informel. Bénédicte Fonteneau souligne pour sa part que ce n'est pas le caractère formel ou non qui est important mais la certitude ou non d'avoir la possibilité d'avoir recours au système quand survient le risque maladie. Or, dans les systèmes formalisés, le caractère certain de pouvoir être pris en charge est plus élevé. Enfin, la mondialisation, l'individualisme fait une pression sur l'informel.

Marc Labie fait une remarque au sujet de l'exposé quant à la performance des systèmes d'assurance santé. Il relève que ces systèmes permettent une réduction de la variance des

revenus et c'est une bonne chose. Néanmoins, ils n'augurent et n'influencent en rien le niveau de revenu.

Enfin, l'intérêt de conjuguer les efforts des économistes et des professionnels de santé publique pour augmenter les impacts de la recherche est souligné.



## **D. Maria Pia Waelkens – IMT – Anvers**

### **Présentation de la plateforme belge de la micro-assurance santé et des mutuelles de santé**

#### **1. Origine**

Comment est venue l'idée de créer une plateforme belge au sujet de la micro-assurance santé et des mutuelles de santé? Parmi les organisations qui sont actives dans des projets de micro-assurance santé et de mutuelles de santé dans les pays du Sud, les organisations belges sont bien représentées. La plateforme est une initiative de plusieurs de ces organisations belges pour promouvoir l'échange et la collaboration entre eux.

#### **2. Membres**

La plateforme réunit dix organisations. Il y a les mutualités (ANMC, UNMS), des organisations non gouvernementales (FOS, SOLSOC FC&D, WSM), des universités et institutions de recherche (CES, HIVA, IMT) et la coopération belge au développement.

Chaque organisation apporte une approche et des connaissances spécifiques grâce à la mise en commun des connaissances de chacun et à la complémentarité entre les praticiens, les chercheurs et les décideurs.

#### **3. Pourquoi le nom MASMUT ?**

Le terme « Micro-assurance santé », issu du terme micro-finance n'a pas encore de définition uniforme. Dans son acceptation la plus large, le terme micro-assurance santé renvoie aux systèmes d'assurance santé qui sont mis en place pour faciliter l'accès financier aux soins de santé des populations qui sont exclues des systèmes formels de protection sociale.

La plateforme veut promouvoir certaines caractéristiques de la micro-assurance santé qui contribuent à des politiques équitables d'accès aux soins de santé et de protection sociale. La mutuelle de santé qui rencontre ces caractéristiques retient particulièrement l'attention des membres de la plateforme.

#### La solidarité

La solidarité peut s'exprimer à plusieurs niveaux.

- Le partage des risques entre les membres (le principe de l'assurance).

- La contribution d'un membre est indépendante de son risque individuel (donc pas de primes plus élevées pour les personnes âgées, ou pas d'exclusion de personnes à haut risque).
- Le partage des risques tend vers l'inclusion la plus complète possible (c'est-à-dire qu'il faut chercher à inclure les plus pauvres qui ne sont pas capables de payer la prime prévue pour la majorité des membres).

#### Une dynamique sociale

L'adhésion se fait sur base communautaire ; elle regroupe des personnes qui partagent des caractéristiques sociales communes.

#### La participation démocratique

La question est de savoir si la participation des adhérents à la prise de décisions et au contrôle de la gestion développe par ailleurs la culture démocratique et une certaine démocratie décentralisée.

La non-lucrativité et la priorité accordée au service aux membres.

### **4. La MASMUT en perspective**

La plateforme inscrit la micro-assurance santé/mutuelle de santé dans plusieurs problématiques.

La problématique centrale constitue l'accès des populations à des soins de santé de qualité avec un accent sur l'accessibilité financière et la qualité des soins. Outre cette problématique, les thématiques suivantes permettent de mettre la micro-assurance santé/mutuelle de santé en perspective.

#### *La protection sociale*

La micro-assurance santé et les mutuelles de santé doivent être situées parmi d'autres mécanismes de protection sociale. Les différents mécanismes de protection sociale, notamment les systèmes nationaux de sécurité sociale, la micro-assurance santé/mutuelles de santé et les mécanismes d'assistance sociale doivent (à terme) être articulés pour constituer un seul système qui tend vers la couverture universelle et, à long terme, vers l'assurance obligatoire.

#### *La démocratisation des systèmes de santé*

La micro-assurance santé/mutuelles de santé fait partie d'une dynamique plus large qu'est la démocratisation des systèmes de santé. Cette démocratisation se traduit par un changement des relations entre les acteurs impliqués dans les systèmes de santé. La micro-assurance santé/mutuelles de santé introduit dans la société les instruments de la démocratie tels que l'assemblée générale, le droit à la parole et accorde une voie à des populations souvent exclues des processus décisionnels.

Une question qu'on peut se poser est dans quelle mesure les mutuelles, par leur structure et procédures démocratiques, présentent une opportunité concrète d'apprentissage de la démocratie.

#### *La promotion de soins de santé de qualité*

La qualité des soins est une condition pour le succès des mutuelles de santé, mais d'autre part, la qualité des soins est aussi un objectif auquel la micro-assurance santé/mutuelles de

santé peut contribuer tant en ce qui concerne les services rendus (le paquet de soins) que les relations entre patients et soignants.

#### *La lutte contre la pauvreté*

Il y a trois aspects de la micro-assurance santé/mutuelles de santé qui en font un instrument de lutte contre la pauvreté :

- un meilleur accès à des soins de santé de qualité peut accroître la productivité des ménages ;
- l'assurance santé peut éviter les dépenses catastrophiques engendrées par les soins de santé ;
- les stratégies de lutte contre la pauvreté préconisent une dynamique de démocratisation.

## **5. Objectif**

L'objectif général de la plateforme est de contribuer à la performance des systèmes de micro-assurance santé/mutuelles de santé à travers l'échange d'information et une plus grande coordination des acteurs belges qui sont actifs dans le domaine de la micro-assurance santé/mutuelles de santé dans les pays du Sud.

Les objectifs spécifiques de la plateforme sont les suivants.

- Constituer un forum d'échanges, de discussion et de réflexion pour améliorer nos connaissances et nos interventions. Les sujets qui nous paraissent importants y sont débattus. (Nous avons discuté du sujet qui sera présenté par Marc Labie et Marthe Nyssens. Notre prochain sujet de discussion : intégrer les fonds d'assistance sociale dans les systèmes d'assurance sociale.)
- Promouvoir la collaboration et la complémentarité pour renforcer la pertinence des systèmes de micro-assurance santé/mutuelles de santé (projets de recherche appliquée ; tests de stratégies ; descriptions de 'best practices').
- Rendre accessibles et publics les résultats des réflexions et travaux du groupe (par exemple sur un site Internet qui est en développement ; par l'organisation de conférences ou la présentation de travaux de la plateforme à des conférences internationales).
- Contribuer au renforcement des compétences des experts des pays du Sud.
- Favoriser la collaboration entre experts belges et internationaux et améliorer la visibilité de l'expertise belge.

## **6. Activités**

Concrètement, la contribution de la plateforme au développement de la micro-assurance santé/mutuelle de santé sera de quatre types :

- (1) dans le domaine de l'action ;
- (2) dans le domaine de la conceptualisation ;
- (3) dans le domaine de la prise de décision ;
- (4) dans le domaine de la formation.

## 7. Stratégies

### Synergie de partenariat

- Complémentarité entre les organisations qui appuient des systèmes de micro-assurance santé/mutuelles de santé au Sud et les institutions de recherche pour un échange continu entre l'expérience pratique et la réflexion théorique.
- Complémentarité entre praticiens, chercheurs et décideurs pour orienter les interventions et les politiques en matière d'accès aux soins.
- Complémentarité des approches et des cadres de référence – économie de la santé, économie sociale, protection sociale, sociologie des organisations, systèmes de santé, etc.
- Complémentarité de disciplines différentes (anthropologie, droit, économie, santé publique, sociologie, etc.)

### Enracinement dans la réalité locale

Attention portée au contexte: chaque système doit être adapté aux besoins locaux, à la demande des populations et au contexte du pays.

### Approche holistique

Approche holistique pour l'accessibilité des soins de santé qui tient compte des dimensions culturelles économiques, politiques, sociales et techniques.

### Pertinence pour la pratique et la prise de décision

Nos discussions, nos projets de recherche appliquée et nos travaux de recherche théoriques doivent avoir une pertinence pour la pratique et la prise de décision. Les activités de la plateforme doivent avoir une utilité pratique pour les institutions de micro-assurance santé, leurs partenaires et les décideurs politiques pour orienter les interventions et les politiques d'accès aux soins.

## 8. Logo et devise



l'union fait la différence  
samen maken we het verschil  
together we make a difference  
juntos hacemos la diferencia

Notre logo et notre devise expriment nos ambitions, notre principale stratégie, et les atouts de la plateforme.

Le logo représente un réseau d'organisations qui sont unis dans une même dynamique à savoir une diversité d'organisations partenaires qui apportent chacune leur expertise spécifique et leur complémentarité pour renforcer la micro-assurance santé et les mutuelles de santé.

Notre devise, très belge, écrite en quatre langues fait le lien entre la Belgique et le monde.





**E. Marc Labie, Centre de Recherche Warocqué - UMH**  
**Ilère Ngongang, Solidarité Mondiale - Cotonou**  
**Marthe Nyssens, Cerisis - UCL**  
**Pascal Wele, doctorant - ULg**



**A la recherche d'un cadre d'analyse pour l'articulation entre micro-finance et micro-assurance santé au Bénin**

Dans le cadre du projet GRAP OSC (Groupe de Recherche en Appui à la Politique consacré aux Organisations de la Société Civile), il a été décidé d'étudier la manière dont peuvent se combiner micro-finance et micro-assurance santé au Bénin et ce afin de voir si des articulations adéquates de ces deux domaines sont susceptibles ou non de permettre une meilleure inclusion économique et sociale des populations (les plus) démunies.

En effet, si la problématique de la micro-finance est largement développée depuis de nombreuses années, celle de la micro-assurance santé est, quant à elle, émergente. En effet face à l'implémentation de « la politique de recouvrement des coûts » dans le domaine de la santé notamment en Afrique de l'Ouest et son corollaire la mise en place de systèmes payants dans l'accès aux soins tant primaires que secondaires, se pose la question de l'accès aux soins de santé pour toute une partie de la population. Dans ce contexte, la mise en place d'un dispositif d'assurance santé en faveur des populations économiquement faibles constitue un moyen de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (Dror et Preker, 2002) dans la mesure où elle favorise un plus large accès des populations aux soins de santé.

Compte tenu de certaines similitudes notamment du point de vue de la cible des bénéficiaires, du know how accumulé dans le domaine de la micro-finance, les différents acteurs sociaux concernés par ces problématiques se posent la question de la pertinence du couplage entre la microassurance santé et la micro-finance.

Pour tenter d'apporter des éléments de réponses à cette question fondamentale, l'équipe du Grap OSC a suggéré de réaliser une première étude exploratoire de terrain en observant différents modèles institutionnels d'articulation entre micro-crédit et micro-assurance santé.

Dans le cadre de l'exposé effectué lors du séminaire, il nous a semblé important de situer les caractéristiques fondamentales des mécanismes existant en matière de micro-finance et de micro-assurance santé et ce afin de pouvoir développer des hypothèses quant aux effets (avantages, synergies, mais aussi risques) pouvant résulter du couplage micro-finance/micro-assurance santé tel que pratiqués par plusieurs organisations au Bénin.

Cette réflexion théorique effectuée, nous avons ensuite présenté les divers modèles de couplage qui nous semblaient possibles et nous avons illustré notre propos en étudiant trois cas : Promusaf (une mutuelle de micro-assurance santé qui intègre un programme de micro-crédit), Assef (une coopérative d'épargne-crédit qui intègre une Micro-assurance santé) et

enfin, un projet de Louvain Développement (qui développe une structure de chaque type en parallèle).

Sur base des premiers travaux ainsi réalisés, on peut en tirer les constatations suivantes: l'accès à du micro-crédit peut motiver des individus à adhérer à la micro-assurance santé, surtout si les conditions du micro-crédit sont perçues comme avantageuses.

L'hypothèse que l'accès au micro-crédit favorise le développement d'activités génératrices de revenus qui permettent notamment de mieux faire face aux cotisations en matière de micro-assurance santé ne peut être ni confirmée ni infirmée sur base des informations disponibles.

Il n'y a pas à ce stade d'éléments qui permettent de penser que la participation à la micro-assurance santé améliore le taux de remboursement du micro-crédit (mais ce sujet mérite d'être approfondi).

Sur le plan institutionnel, on constate un alignement sur les objectifs de l'organisation faitière ; la structure « parallèle » développée par Louvain Développement est intéressante en matière de transparence dans le partage des coûts.

Toutefois, il y a lieu de prendre avec beaucoup de prudence ces premières constatations tant qu'il ne s'agit là que de travaux préliminaires.

## **Discussion de l'article**

### **Bénédicte Fonteneau, HIVA - KUL**

Le travail de l'équipe de recherche est remarquable de part le scepticisme de l'approche alors que ce n'est pas toujours le mot d'ordre dans la recherche.

Par ailleurs, l'effet et la pertinence du couplage peut s'analyser d'un point de vue institutionnel. En effet, les trois cas présentés montrent, par leur dénomination même, que les logiques d'appui ont un impact important sur la dynamique. Par exemple, le premier cas est présenté comme « Promusaf » alors qu'il s'agit du nom du promoteur et non pas de l'acteur. Le second cas, Assef, constitue la structure béninoise appuyée par le programme STEPdu BIT et le troisième, Louvain Développement, est également un promoteur et non pas l'acteur de terrain.

Le problème qui est rencontré est celui du recouvrement des cotisations. L'articulation est recherchée car l'apport en crédit va permettre de payer les cotisations de l'assurance santé. Or on ne sait pas pourquoi les gens n'adhèrent pas ou ne paient pas leurs cotisations (trop peu de recherche sur ces questions). Est-ce lié au revenu ? A l'insatisfaction au vu des services ? Il est donc pertinent de se demander si cette articulation a pour objectif de répondre aux besoins de l'individu ou à celui de l'institution qui a un problème de recouvrement?

Enfin, en ce qui concerne les expériences étudiées, on peut relever que dans le cas de Promusaf, il faut être en ordre de cotisation pour avoir accès au crédit. Il n'y a pas d'approche globale de la question de la mise à disposition d'un crédit. En effet, la question sur les conséquences du crédit pour les emprunteurs n'a pas été étudiée. L'octroi d'un crédit implique, par exemple, un changement d'activité qui ne sera pas nécessairement plus



rentable à long terme. Par ailleurs, le fait de se voir octroyer un crédit, soumet l'emprunteur à des pressions sociales plus élevées.

Le couplage de l'assurance santé avec la micro-finance est souvent basée sur l'argument de pouvoir bénéficier du développement au sein des IMF, de compétences de gestion technique et financière qui font cruellement défaut à l'assurance santé. Néanmoins, le cas d'Assef montre peut être un autre agenda dans le chef de STEP BIT. En effet, le programme STEP est spécialisé dans les micro-assurance santé en milieu rural ou tout est lourd du point de vue gestion (manque de compétence, bénévolat, etc.). C'est pourquoi l'idée du couplage a fait son chemin mais, en même temps, le groupe-cible a changé. On passe à des femmes en milieu urbain, moins défavorisées (revenus moins variables, plus élevés,...). Dès lors, que fait-on du premier groupe-cible, quand même trop riche que pour bénéficier de l'aide prévue pour les indigents ?

### **Dominique Evrard, Alliance des Mutualités Chrétiennes**



Dominique Evrard souligne tout d'abord la pertinence de cette thématique de recherche. En 1998, il a réalisé une étude pour l'OMS sur les prémices de l'articulation entre crédit et assurance santé qui a abouti à la création des Mutuelles FAARF-OMS au Burkina Faso. Il avait été constaté que 75% des impayés dans le portefeuille de crédit venait d'un problème de santé familial. L'objectif annoncé étant d'améliorer les revenus et la santé des adhérents et par là de lutter contre la pauvreté. A ce propos, Dominique Evrard souligne que le crédit et l'assurance santé ne sont ni suffisants, ni nécessairement les plus déterminants ; une formation en santé pour les populations, un accès à l'eau potable sont des facteurs de santé

plus importants.

Par ailleurs, il existe d'autres modèles d'articulation possibles que ceux développés par les orateurs. Par exemple, le cas de Thiès au Sénégal constitue une articulation intéressante. Les micro crédits sont organisés à l'intérieur de mutuelles de santé. Ce fond de micro crédit a été lancé dans 7 mutuelles. Outre l'amélioration des revenus et de la santé familiale, ce système tend à éviter l'exclusion due au retard de paiement de cotisation. Ce paiement peut être financé par un micro crédit. Les activités développées sur base de ces crédits, diversifiées au départ, se sont concentrées sur le petit commerce. Le problème de ce type d'activités est qu'il s'agit de spéculation et non d'activités génératrices de revenu.

Différents types d'impacts ont été observés.

En ce qui concerne les mutuelles, on a observé une diminution du retard de paiement et de l'exclusion, un bon taux de remboursement des prêts, l'adhésion de nouveaux membres, un paquet de prestations plus important qu'avant (hospitalisation), une diversification et un accroissement des revenus, ce qui pose la question du placement.

En ce qui concerne l'impact sur les bénéficiaires, il y a lieu de souligner une amélioration des revenus directs mais pas de capacité de capitalisation. La capitalisation ne se fait en effet pas en un crédit mais sur 5 ou 6 crédits.

Enfin, une mutuelle de santé n'a pas qu'une fonction assurancielle, elle est aussi constitutive de capital social (éducation à la santé, école de démocratie, bonne gouvernance de la santé, émancipation pour les femmes, renforcement de la cohésion sociale, etc.)

Dominique Evrard termine son exposé par une proposition de thème de recherche : en quoi la mutuelle de santé a-t-elle une fonction sociale (cohésion sociale/capital social) ? Et quels pourraient être les indicateurs pour la mesurer ?

Last but not least, il applaudit l'approche pluridisciplinaire du GRAP en se référant à un proverbe bariba : « Ensemble, les fourmis peuvent porter l'éléphant ». Ce proverbe se rapproche de la devise de la plateforme belge MASMUT.

## **Débat**

Michel Vanderheyden, DGCD, interroge la pertinence des travaux et leur mise en perspective au vu de la tendance vers un retour à la gratuité de soins primaires. Dominique Evrard pense que cette mode n'est pas soutenable à long terme. Par exemple, au Mali, la césarienne est gratuite pour tous et les ARV aussi, mais qui va payer les soins gratuits ? Les Etats ne peuvent supporter ce coût. Or, mettre en place des programmes gratuits non pérennes, c'est criminel. Ce qui va se développer c'est que les patients vont devoir payer des « dessous de table ».

Denis Porignon relève le lien avec le GRAP-SWAP où on essaie d'avoir une vision des préoccupations de la population. Dans le système de santé, l'échelle est beaucoup plus grande. Pour lui, on parle ici non pas de micro-assurance mais de nano assurance santé. Comment injecter de l'argent dans ces systèmes pour couvrir des populations plus ou moins larges ? Peut-on imaginer un système de financement de la santé par un financement de la demande où un projet de santé injecterait de l'argent dans des mutuelles pour payer les soins à des populations plus larges ? L'intervention des bailleurs de fonds pourrait être pensée autour de ce type d'articulation mettant en œuvre le financement de la santé par la demande.

En ce qui concerne la petite taille, Marc Labie souligne que les organismes de micro-finance ont été de petite taille et qu'aujourd'hui, la croissance est terrible. Une des raisons est que le subventionnement a servi au renforcement institutionnel et non à payer le coût direct aux individus (taux d'intérêt, cotisation,...). Il ne sert en effet à rien de construire un système sur des coûts non pérennes. Les dynamiques de micro-assurance santé devraient tenir compte de cet enseignement.

Dominique Evrard estime lui que le système formel peut couvrir 20% de la population, la mutuelle pourrait recouvrir 60% de cette population et les indigents seraient pris en charge par un Fond d'indigence, via éventuellement les mutuelles de santé. Un exemple intéressant est constitué par la mutuelle RAMA au Rwanda qui a une grande couverture (secteur formel – fonctionnaires). Cette mutuelle compte 300 mutuelles de district.

Pour Maria-Pia Waelkens, cette technique de financement par la demande est une mode qui fait suite aux désappointements liés au financement à l'offre. Néanmoins, le financement par la demande pourrait être plus intéressant pour garantir la qualité des soins. Il y a encore lieu de tester ces hypothèses.

Jean-Marie Henrion des Mutualités chrétiennes se demande s'il ne serait pas plus intéressant de tenir compte d'une analyse anthropologique plus qu'économique. Peut-être y aurait-il lieu de réexaminer des systèmes plus traditionnels comme l'épargne-santé ? À ce propos, Marc Labie souligne que, par définition, la technique de l'épargne est plus naturelle pour couvrir des risques de santé. Il s'agit donc d'une piste de recherche à considérer.

Marc Poncelet attire notre attention sur la modicité des sommes en jeux au regard des sommes investies dans les cérémonies. Qu'en tire-t-on comme leçon au niveau des organismes d'appui ? Certaines expériences s'autonomisent-elles mieux ? Cette remarque a aussi été faite par Bénédicte Fonteneau.

Issa Sarambe rappelle que le cadre d'analyse relatif à l'articulation entre les organismes de micro-finance et de micro-assurance santé, ne doit pas évoluer dans un vase clos et qu'il y a lieu de tenir compte de l'environnement économique (existe-t-il des autres structures sur ce marché), sanitaire, etc.

## F. Conclusions

### Sybille Mertens, CES - ULg

Sybille Mertens se propose de résumer brièvement la journée afin de donner une vue d'ensemble de ce séminaire.



Pour commencer, Marc Poncelet et Charles Tollenaere ont insisté sur l'intérêt de la pluridisciplinarité et de l'interculturalité pour aborder le sujet des systèmes de micro-assurance santé. L'utopie de la plateforme, « l'union fait la différence », est concrétisée à la fois dans la démarche du GRAP OSC et par ce séminaire, ce qui permet de « secouer le cocotier » des chercheurs.

Johannes Jutting a pour sa part montré le cercle vertueux de la micro-assurance santé qui, même s'il est fort théorique, permet d'identifier les nœuds et les acteurs en la matière. Par ailleurs, son exposé a fourni une bibliographie en la matière et a mis en exergue des questions de recherche qui restent à développer.

Tomas Lievens a quant à lui lancé une série de pistes pour la recherche à venir. Il a montré l'utilité de s'appuyer sur des éléments théoriques et des outils d'analyse éprouvés. Néanmoins, cette approche souligne aussi la difficulté à énoncer les hypothèses et à obtenir des données de qualité. La discussion de cet article, menée par Jacques Defourny et Issa Sarambe a mis en évidence l'importance du dialogue pour éclairer ce type de recherche et de se concentrer sur les déterminants d'adhésion ou de paiement des cotisations.

L'après-midi a été initiée par la première présentation officielle de la plateforme belge de la micro-assurance de santé et mutuelles de santé dite « MASMUT » qui a participé à l'organisation de ce séminaire.

Ensuite, quatre orateurs ont présenté la question de l'articulation entre les systèmes de micro-assurance santé et de micro-finance. L'approche proposée est restée modeste et honnête, ce qui est à souligner. En effet, le travail des chercheurs, bien que déconnecté de la réalité, doit faire la différence entre ce qu'on souhaiterait voir confirmer et les réalités. Dans la discussion qui a suivi, Bénédicte Fonteneau a souligné l'intérêt du scepticisme des chercheurs. Cette articulation entre la micro-assurance santé et la micro-finance est pensée

par les organismes d'appui pour rencontrer aussi le problème du manque de recouvrement des cotisations. Elle souligne donc l'intérêt de revenir aux questions des déterminants d'adhésion, à l'intérêt pour les individus d'obtenir du crédit, etc.

Dominique Evrard a pour sa part proposé une vision plus holistique de la santé. Il a terminé son intervention en nous proposant un thème de recherche intéressant : cohésion sociale et capital social créé par les entreprises d'économie sociale.



Contact:

Centre d'Economie Sociale  
Université de Liège  
Sart Tilman – B33 – Bte 4  
B-4000 Liège  
Tél.: +32 4 366 27 51  
E-Mail: [economiesociale@ulg.ac.be](mailto:economiesociale@ulg.ac.be)