



ESJ Natural/Life/Medical Sciences

## **Financement Solidaire des Mutuelles Communautaires de Nutrition (MCN) et l'Amélioration de la Résilience Alimentaire et Nutritionnelle des Enfants: Une Revue Systématique de Littérature**

***Romaric Dagbeto***

Laboratoire de Recherche en Dynamique Economie et Sociale  
(LARDES – UP), Université de Parakou, Bénin

***Souleïmane A. Adekambi***

Institut Universitaire de Technologie (IUT), Centre de Recherche en  
Entrepreneuriat-Création et Innovation (CRECI) & Laboratoire de  
Recherche en Dynamique Economie et Sociale (LARDES – UP)

Laboratoire de Recherche en Dynamique Economie et Sociale  
(LARDES – UP), Université de Parakou, Bénin

***Jacob A. Yabi***

Laboratoire de Recherche en Dynamique Economie et Sociale  
(LARDES – UP), Université de Parakou, Bénin

Institut Universitaire de Technologie (IUT), Centre de Recherche en  
Entrepreneuriat-Création et Innovation (CRECI) & Laboratoire de  
Recherche en Dynamique Economie et Sociale (LARDES – UP)

Laboratoire de Recherche en Dynamique Economie et Sociale  
(LARDES – UP), Université de Parakou, Bénin

[Doi:10.19044/esj.2023.v19n6p92](https://doi.org/10.19044/esj.2023.v19n6p92)

Submitted: 22 August 2022  
Accepted: 21 February 2023  
Published: 28 February 2023

Copyright 2023 Author(s)  
Under Creative Commons BY-NC-ND  
4.0 OPEN ACCESS

*Cite As:*

Dagbeto R., Adekambi S.A. & Yabi J.A. (2023). *Financement Solidaire des Mutuelles Communautaires de Nutrition (MCN) et l'Amélioration de la Résilience Alimentaire et Nutritionnelle des Enfants: Une Revue Systématique de Littérature*. European Scientific Journal, ESJ, 19 (6), 92. <https://doi.org/10.19044/esj.2023.v19n6p92>

### **Résumé**

La présente étude s'est penchée sur les acquis scientifiques concernant la contribution des mutuelles communautaires de nutrition (MCN) à la sécurité alimentaire et nutritionnelle des enfants en Afrique et surtout au Bénin. L'objectif de l'étude était de faire un point systématique des revues

scientifiques en lien direct ou indirecte avec la thématique d'étude. Pour ce faire, les principales bases de données numériques AGORA, Google Scholar, Pubmed et Scopus ont été consultées. AGORA a permis de constituer la base de données des revues scientifique pour un traitement statistique. Les combinaisons booléennes utilisées sont (Mutuelle communautaire) AND (Nutrition) ((Sécurité alimentaire) OR (sécurité nutritionnelle)) AND ((Afrique) OR (Mutuelle santé) AND/OR (Enfant). Au total, 1213 articles ont été répertoriés sur le serveur de recherche. L'insertion des critères d'exclusion a permis de recenser 321 articles, qui étaient en lien indirect ou ayant des thématiques similaires avec notre sujet de recherche. Somme toute, après lecture des résumés et ou texte, 34 articles sont en relation de similitude avec la thématique de recherche. Il s'agit de 33 articles de revue et 1 chapitre de livre. L'analyse des données a révélé que la majorité des articles ont été publiés entre 2000 et 2021. Par ailleurs, du point de vue des domaines d'études abordés, le traitement des informations recueillies a montré que les domaines ayant enregistré plus de publication sont : la santé publique, la médecine, l'économie, la sociologie, l'éducation, la science politique et la littérature. Cependant, on note de façons générale un grand vide en ce qui concerne les informations faisant état ou faisant le lien entre les mutuelles et la sécurité alimentaire et nutritionnelle (SAN) chez les enfants. A l'issue de cette revue il ressort que les mutuelles, de par la solidarité entre les membres et la participation démocratique qu'elles favorisent, contribueraient à améliorer significativement le bien-être des populations. Il est également à noter que ces mutuelles ressentent beaucoup d'insuffisances sur le plan socio-économique en occurrence un faible taux d'adhésion et de pénétration qu'il urge à corriger pour les rendre encore plus performant.

---

**Mots-clés :** Mutuelle communautaire de nutrition, Sécurité alimentaire, Sécurité nutritionnelle, SAN, Enfants

---

# **Mutual Community Nutrition (MCN) and Food and Nutritional Security of Children, Improving Household Nutritional Resilience in a Context of Sustainable Development in Africa: A Systematic Literature Review**

*Romarc Dagbeto*

Laboratoire de Recherche en Dynamique Economie et Sociale  
(LARDES – UP), Université de Parakou, Bénin

*Souleïmane A. Adekambi*

Institut Universitaire de Technologie (IUT), Centre de Recherche en  
Entrepreneuriat-Création et Innovation (CRECI) & Laboratoire de  
Recherche en Dynamique Economie et Sociale (LARDES – UP)  
Laboratoire de Recherche en Dynamique Economie et Sociale  
(LARDES – UP), Université de Parakou, Bénin

*Jacob A. Yabi*

Laboratoire de Recherche en Dynamique Economie et Sociale  
(LARDES – UP), Université de Parakou, Bénin  
Institut Universitaire de Technologie (IUT), Centre de Recherche en  
Entrepreneuriat-Création et Innovation (CRECI) & Laboratoire de  
Recherche en Dynamique Economie et Sociale (LARDES – UP)  
Laboratoire de Recherche en Dynamique Economie et Sociale  
(LARDES – UP), Université de Parakou, Bénin

---

## **Abstract**

This study looked at the scientific findings concerning the contribution of community mutuals to the food and nutritional security of children in Africa and especially in Benin. It has set itself the objective of systematically reviewing scientific journals directly or indirectly related to the study theme. To do this, the main digital databases consulted are AGORA, GoogleScholar, Pubmed and Scopus. Agora made it possible to constitute the database of scientific journals for statistical processing. The Boolean combinations used are (Community mutual) AND ((Food security) OR (nutritional security)) AND ((Africa) OR (Health mutual) AND / OR (Child). A total of 1213 articles were listed on the server. After inclusion of the exclusion criteria, 321 articles were directly or indirectly related to our research topic. All in all, after reading the abstracts and / or text, 34 articles are directly related to the research topic of 33 journal articles and 01 book chapter. Analysis of the data revealed that the majority of articles were published between 2000 and 2021. In addition, from the point of view of the fields of study covered, the treatment of the information collected showed that the fields which registered more publication

are: public health, medicine, economics, sociology, education, political science and literature. However, it is important to notify that of the 1213 articles identified, only 37 articles dealt with the contribution of mutual health organizations to food and nutritional security for children in Africa once the interest of this study. At the end of this review, it appears that the mutuals, basing themselves more on criteria such as solidarity and democratic participation, play a significant role in the well-being of the populations. It should also be noted that these mutuals have a lot of shortcomings that need to be corrected to make them even more efficient.

---

**Keywords:** Community mutual, Food security, Nutritional security, SAN, children

## 1. Introduction

En Afrique, pendant les années 70, les aides provenaient principalement des bailleurs de fonds des pays occidentaux. Après une crise majeure survenue au cours de cette période, ils n'ont eu d'autres choix que de suspendre ces flux de capitaux, mettant ainsi fin aux subventions en Afrique (Waelkens, 2004). En conséquence, de nombreuses familles n'ont pas accès à certains services à cause des coûts qui y sont associés. Il était donc devenu ardu pour les habitants des milieux ruraux africains de profiter de certains services sans mettre en péril leur revenu financier (Vanlee, 2017 ; Nyssens & Vermer, 2012).

C'est dans ce contexte d'exclusion induite par une perte d'accessibilité financière, que des programmes d'assurances et de micro finances voient le jour dans les années 1990 en Afrique, à travers les institutions de micro finances (IMFs) (LC, 2018). Malheureusement, ces institutions instaurées ont peine à s'ancrer durablement en Afrique. De nombreux chercheurs ont déploré le faible taux d'adhésion des populations, ce qui a remis fortement en question la viabilité de ces institutions ( Defourny et Failon, 2011 ; Bastin et De Leener, 2013 ; Higuette et De Leener, 2018 ; Defourny et Failon, 2011 ; Gankpe et al., 2018 ; Niang et Fall, 2017 ). Plusieurs études ont été réalisées pour mettre en exergue les raisons du faible taux d'adhésion. Celles-ci se manifestent principalement par le manque de ressources financières, la qualité des services fournis par les prestataires, le faible niveau d'éducation et le manque de compréhension des concepts établis par les institutions de microfinance. (Defourny et Failon, 2011, Kagambega, 2011 ; Gbénahou, 2019).

Suite à ces constats et soucieuse d'augmenter les taux de pénétration ou d'adhésion au niveau des structures (...), les institutions ont opté pour une nouvelle stratégie d'approche, qu'est l'inscription collective des groupements

ou associations à une mutuelle donnée, appelé la « mutuelle communautaire » (Gueyie, 2010 ; Boidin, 2015, Ridde et al., 2021 ; Richard, 2015 ; Buchenrieder, 2019 ; Lekane, 2003 et 2011 ; Boidin, 2012 ; OMS, 2006 ; Nzongang, 2020). Cette stratégie de mutualisme offre plusieurs possibilités aux adhérents. En effet, de nombreuses petites activités, généralement des activités commerciales, ont toujours existé. Ces activités sont développées par des petits-entrepreneurs qui rencontrent d'importantes difficultés ou ne peuvent pas obtenir de financement, ce qui freine leur développement. En raison du manque de garanties, ils ont manqué pendant longtemps des fonds nécessaires (De Briey, 2005) et adhèrent donc à des institutions d'entraide communautaire pour apporter plus de garanties aux institutions de micro finance. Nombreux sont les auteurs qui se sont penchés sur ce système d'approche des IMFs et des programmes d'aide en Afrique (Nzongang, 2003 ; Boidin, 2012 ; Turcotte, 2021).

C'est dans ce contexte, à la fois marqué par une nécessité d'améliorer l'accessibilité financière des populations face à la résilience alimentaire et nutritionnelle que différents systèmes de financement de la nutrition ont vu le jour en Afrique, notamment au Bénin. Ces derniers prennent des formes diverses comme les mutuelles communautaires de nutrition, le prépaiement à travers les systèmes d'épargne-nutrition (constitution d'un fonds d'épargne par un groupe d'adhérents), etc (Nyssens, 2012).

Les défis auxquels sont confrontées ces mutuelles ne sont pas négligeables : au départ, elles suscitent l'enthousiasme auprès des populations cibles, ensuite nombre d'entre elles connaissent des taux d'adhésion inférieurs aux prévisions, un pourcentage faible de renouvellement et des problèmes dans la collecte des cotisations qui sont versées sur base volontaire et non obligatoire (Lona, 2017)

La présente étude se donne pour objectif de faire une revue de littérature sur la thématique « les Mutuelles Communautaires de Nutrition (MCN) face aux risques de la malnutrition chez les enfants de 0 à 59 ans: Une Revue Systématique de Littérature », afin de voir si ce sujet a été largement abordé.

## **2. Matériels et méthodes**

### **2.1. Méthodologie de recherche**

Une revue systématique a été réalisée sur la thématique de recherche et a inclus les mots-clés et expressions suivantes dans diverses combinaisons : (Mutuelle communautaire) AND (Nutrition) ((Sécurité alimentaire) OR (sécurité nutritionnelle)) AND ((Afrique) OR (Mutuelle santé) AND/OR (Enfant). Les principales bases de données numériques consultées sont AGORA, Google Scholar, Pubmed et Scopus. AGORA a permis non seulement de constituer la base de données des revues scientifique pour un

traitement statistique mais aussi d'élaborer les différentes combinaisons d'expressions avec les mots booléens, de même que les synonymes. Des termes d'exclusion ont été également introduits pour éliminer les articles relatifs au domaine de la politique et les notes et rapports non scientifiques. Les termes de recherche finales, y compris les opérateurs booléens, étaient les suivants : ("Mutuelles" ET "Communautaire" OU "Santé" OU "Communauté" ET "SAN" OU "Sécurité alimentaire" ET "Nutritionnelle") ET/OU financement solidaire '

## **2.2. Critères d'inclusion et d'exclusion**

Toutes les études faisant cas de mutuelles de santé, d'épargne, de tontine, d'accompagnement en Afrique a été inclus pour des analyses supplémentaires. Les études publiées en anglais de même que les résumés en liens avec notre thématique ont été prises en comptes. Les études en espagnol, en portugais, les études modélisant l'évolution future des mutuelles ont été exclues. Les études analysant les mutuelles dans les pays en voie de développement ont été sélectionnées, par souci de cohérence. Nous avons étendu le champ de l'analyse en ajoutant des recherches qui portent sur les affiliations à d'autres types de mutuelles.

Ce processus a été entrepris en trois phases, d'abord sur la base des titres, puis des résumés et enfin les mots clés. Les titres et les résumés ont été examinés indépendamment par une équipe. Les titres comprenant le mot-clé « Mutuelle communautaire » et/ou « mutuelle de santé » et/ou « SAN », sont passés à la phase abstraite de sélection. Les résumés contenant une phrase suggérant l'approche mutualiste et/ou traitante de la SAN ont été choisis. Toutes les analyses ont été faites avec le logiciel R.

## **3. Résultats**

### **3.1. Description statistique des données de l'état de l'art**

D'après les données issues de l'état de l'art, 1213 articles ont été répertoriés sur le serveur de recherche d'AGORA (figure 1), après la première requête. L'insertion des critères d'exclusion a permis de recenser 321 articles, qui étaient en lien indirect ou ayant des thématiques similaires avec notre sujet de recherche. Somme toute, après lecture des résumés et ou texte, 34 documents sont en relation de similitude avec la thématique de recherche (Figure 2). Il s'agit de 33 articles de revue et 1 chapitre de livre. L'analyse des données a révélé que la majorité des articles ont été publiés entre 2000 et 2021 (Figure 3). Les domaines de publication sont : la santé publique, la médecine, l'économie, la sociologie, l'éducation, la science politique et la littérature (Figure 4). On note de façons générale un grand vide en ce qui concerne les informations faisant état ou faisant le lien entre les mutuelles et la SAN chez les enfants

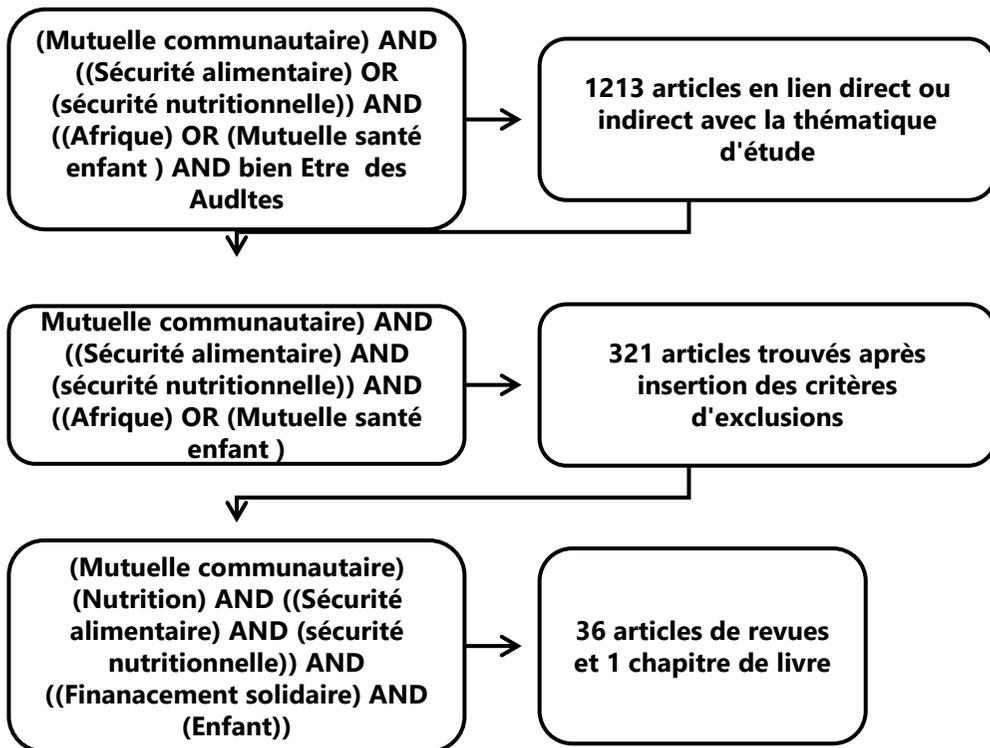


Figure 1. Organigramme de recherche avec les indicateurs booléens

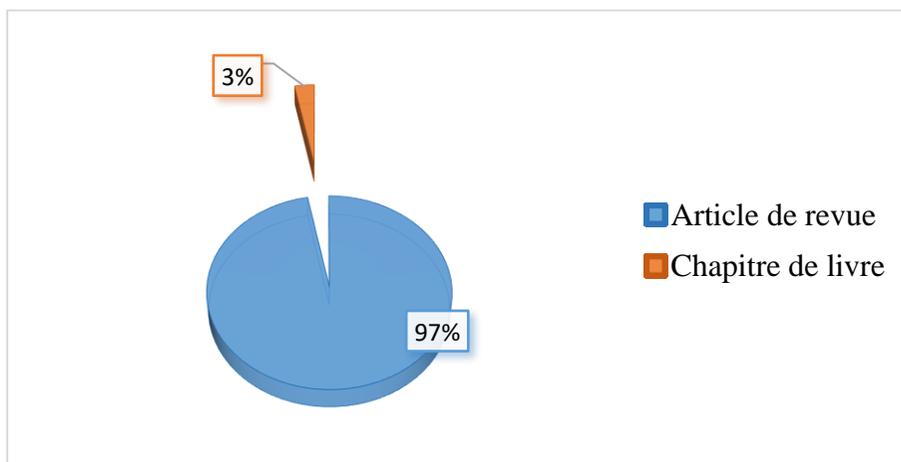
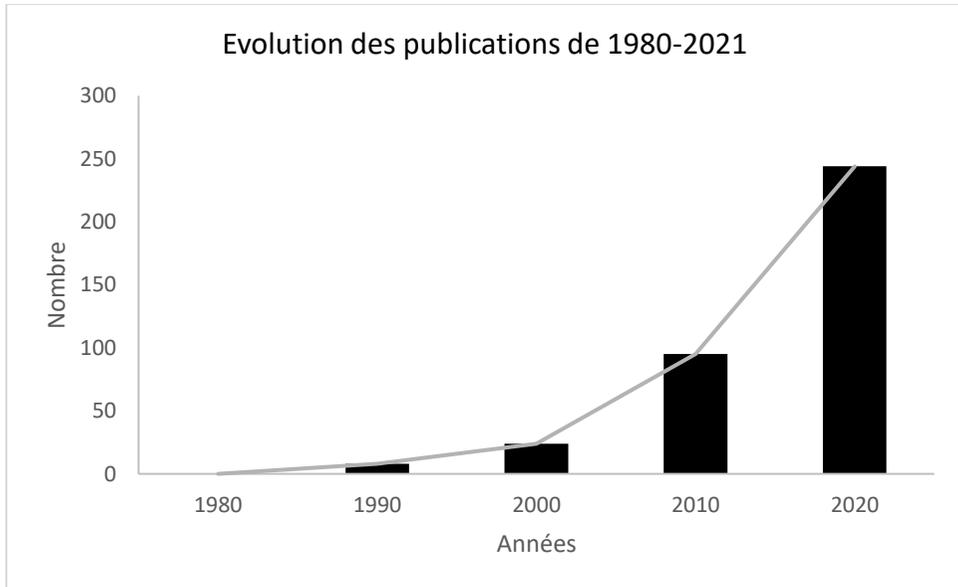
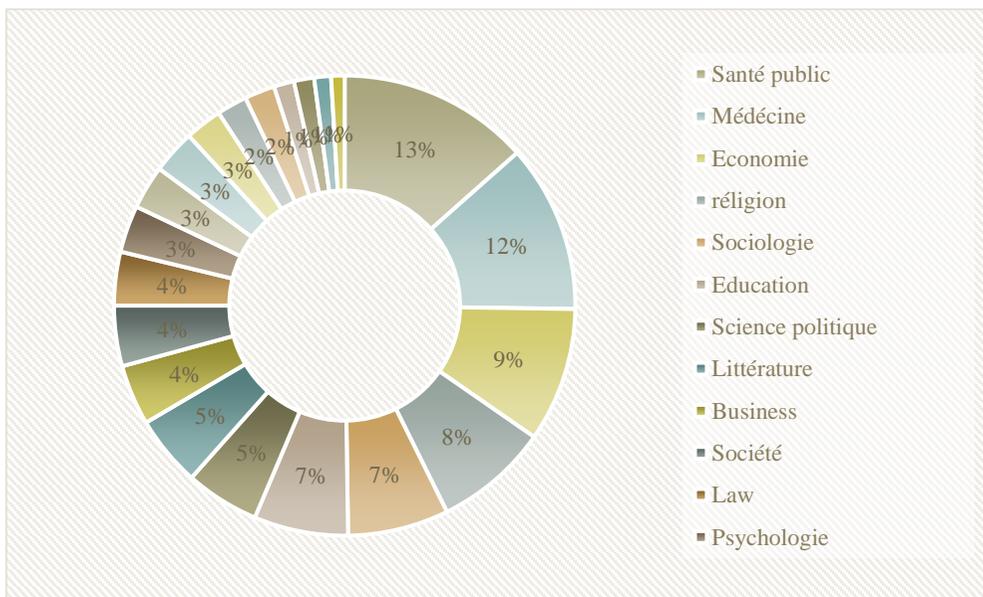


Figure 2. Documentations en lien directe avec la thématique d'étude



**Figure 1.** Evolution des publications depuis 1980



**Figure 4.** Les différents domaines de publication

### 3.2. Solidarité et mutualité

Le concept de solidarité a été largement développé dans plusieurs études pour démontrer qu'il n'y pas de mutualité sans un préalable dépendance réciproque. Au total 17 études sur les 33 s'accordent généralement sur le fait que l'adhésion à une mutuelle ne semble pas

liée au genre (De Allegri et al., 2006b ; Jütting, 2005 ; Musango et al., 2004 ; Dubois, 2002, Seck et al., 2017, etc.). les valeurs de solidarité semblent similaires et primordiales chez les membres et les non-membres de la mutuelle de Zabré (Dubois, 2002).

Les milieux qui ne se qualifient pas encore de solidaire prêchent un partage, une unification des différents milieux sociaux ; ils désirent une étroite universelle des hommes. La solidarité ainsi prônée entrevoit la communion et la délivrance collective (Blais, 2008). Atim (2000) indique par ailleurs que, parmi les mutuelles à adhésion volontaire couvertes par son étude, seules deux mutuelles dont le groupe cible était solidairement soudé sont parvenues à atteindre un taux de pénétration élevé (supérieur à 50%).

Même si les mutuelles sont d'abord considérées comme un moyen de couvrir des risques personnels, les membres et anciens membres approuvent les principes de solidarité sur lesquels se basent les mutuelles. Les mécanismes de solidarité informels existants ne suffisent pas à couvrir les risques de santé des ménages. Les mutuelles peuvent donc être un complément opportun à ces mécanismes (Lona, 2017)..

### **3.3 Déterminants de l'adhésion et de la fidélisation aux mutuelles**

Cette partie fait une analyse à partir des études existantes, les raisons pour lesquelles les personnes s'affilient à une mutuelle et renouvellent cette affiliation (Lona, 2017). Nous nous sommes concentrés sur les facteurs principaux qui sont souvent invoqués dans la littérature. Il s'agit principalement de :

- L'accessibilité financière,
- La compréhension de l'assurance
- La confiance,

#### **a. Accessibilité financière**

La raison qui est sans doute le plus souvent avancée pour expliquer le faible pourcentage d'affiliations est le fait que les personnes ne peuvent pas payer leur cotisation. Ce motif est en effet régulièrement mentionné par les membres eux-mêmes. C'était également la principale explication du non-renouvellement des membres à une assurance santé au Burkina Faso (Dong et al., 2009). Nous constatons par ailleurs que le montant de la cotisation a une incidence sur les affiliations. Lorsque le montant diminue de 10 %, les affiliations augmentent de 4 à 11 % (Cole et al., 2013 ; Dercon et al., 2011 ; Karlan et al., 2014).

Mais l'accessibilité financière de la cotisation n'est certainement pas la seule cause de ces faibles taux d'affiliation. Dans le cadre des assurances agricoles, Cole et al. (2013) et Karlan et al. (2014) en étudiant des assurances qui ont été vendues à un prix fortement réduit ont montré que malgré tout,

moins de 50 % des personnes ont souscrit à ces assurances. Dans le cadre des assurances santé, tant Bonan et al. (2012) que Thornton et al. (2010) ont octroyé une assurance gratuite dans un premier temps, mais le pourcentage d'affiliation n'atteignait qu'environ 30 %. L'accessibilité financière est donc une raison importante des faibles taux d'affiliation, mais un prix plancher n'est pas un élément suffisant pour générer de nombreuses affiliations.

### **b. Compréhension de l'assurance**

Après l'engouement autour du microcrédit dans les politiques de développement, la micro-assurance suscite l'intérêt croissant de nombreux bailleurs de fonds du développement. Parmi le large éventail de pratiques que revêt ce concept, les mutuelles de santé sont caractérisées par un partage solidaire des risques entre ses membres (Nyssens, 2012). La moitié des articles étudiés se sont accordées sur le fait qu'une bonne compréhension de la notion d'assurance par les adhérents potentiels constitue un grand défi pour les mutuelles. Le concept d'assurance - verser de l'argent en échange d'un remboursement potentiel pour un problème potentiel - n'est pas si simple. Une compréhension limitée du concept d'assurance pourrait donc avoir un impact important sur les taux d'affiliation (Kestemont, 2020). Les études disponibles en donnent toutefois une image plutôt contrastée. Le fonctionnement de l'assurance est bien souvent mal compris. Le fait que les nouveaux membres demandent régulièrement s'ils récupéreront leur cotisation lorsqu'ils n'ont pas bénéficié d'un remboursement pendant un an, en constitue probablement le meilleur exemple (Basaza et al., 2008). Il est possible que leur niveau plus élevé d'éducation leur permette de mieux comprendre le concept d'assurance et facilite leur affiliation (Lona, 2017).

Une bonne compréhension des assurances semble toutefois bel et bien être un facteur important pour les affiliations à long terme. Platteau et Ugarte (2016) ont remarqué, dans une assurance santé en Inde, qu'en général, les membres ne renouvelaient pas leur affiliation lorsqu'ils ne recevaient pas de remboursement pendant un an, sauf lorsqu'ils avaient bien compris le concept des assurances. Pour mettre en place une assurance durable qui peut conserver ses membres et en attirer de nouveaux, il semble dès lors important que la notion d'assurance soit bien comprise par les membres.

### **c. Confiance**

Parmi les facteurs qui influencent l'adhésion, la part de la confiance reste sous-documentée même si son importance est reconnue. En s'affiliant à une mutuelle, un membre accepte de commencer par payer une cotisation et ne recevoir des remboursements que plus tard. Il faut donc avoir la certitude que les montants soient effectivement remboursés en temps voulu. La réaction des membres aux remboursements est un facteur indiquant que la confiance

est un élément important dans la décision de devenir membre et de le rester. Les membres qui bénéficient de remboursements renouvellent beaucoup plus souvent leur affiliation (Fitzpatrick et al., 2011 ; Dong et al., 2009 ; Platteau et Ugarte, 2016). Plusieurs explications sont possibles, mais la plus probable est que les membres qui reçoivent des remboursements font davantage confiance à la mutuelle. Dans le cadre des assurances agricoles, Cole et al. (2013) ainsi que Karlan et al. (2014) pensent par exemple que les personnes souscrivent plus souvent des assurances si elles constatent que leurs connaissances reçoivent des remboursements. Une confiance suffisante semble donc être un facteur important dans la décision de s'affilier.

Les discussions de groupes tenues dans le cadre de la mutuelle Maliando mettent en exergue deux dimensions de la confiance : d'abord il y a la confiance dans la gestion du système, ce qui est fonction de la compétence et de l'intégrité des gestionnaires ; et d'autre part la confiance dans la capacité du système pour mise en place pour l'atteinte des résultats escomptés (Waelkens, 2004)

### **3.4. Rôles et potentiels des mutuelles communautaires de nutrition**

Le concept de mutuelles communautaires de nutrition n'a pas été évoqué dans aucune des études que nous avons explorées au cours de notre recherche. La plupart des études se sont penchées sur les mutuelles de santé communautaires, micro-assurance santé, Community-based Health Insurance etc.

L'environnement conceptuel qui est à la base de l'étude et de la classification des systèmes financiers de mutualisation des risques maladie est fondamentalement différent dans la littérature francophone et anglophone. Cette différence d'approche s'exprime d'abord dans la terminologie utilisée (Waelkens, 2004). Atim (1998) constate qu'il n'y a pas d'équivalent anglais précis pour traduire le terme français mutuel de santé parce que le concept ne semble pas exister dans la culture anglo-saxonne. Il a proposé le terme *Mutual Health Organisations* pour définir les mutuelles qui se sont formées en Afrique de l'Ouest et en Afrique Centrale francophone. Le terme qui prévaut dans les études de l'Afrique de l'Est anglophone est l'assurance maladie communautaire (« *community-(based) health insurance* »).

Toutesfois, la population cible des mutuelles communautaires est toute la population d'une aire définie, par exemple la population d'un village, d'un quartier ou d'une ville. La gestion en est généralement assurée par des membres de la communauté. Plusieurs mutuelles communautaires offrent un crédit mutuel aux membres et n'ont pas (encore) adopté l'assurance. L'Association togolaise d'entraide en santé (ATES) au Togo (Broohm, 2000) et la mutuelle. La famille, associée au centre de santé Alodo à Cotonou au Bénin (Gbaguidi, 1998), sont des mutuelles d'épargne-crédit. Les mutuelles

de la région de Luweero en Ouganda offrent un crédit jusqu'à un certain montant et font appel à l'assurance pour les sommes qui dépassent cette limite (McCord et Osinde, 2002a). Les mutuelles communautaires les mieux connues sont celles de la région de Thiès au Sénégal (Wade, 2001). Comme toutes les mutuelles de santé décrites au Sénégal, elles ont adopté le mécanisme d'assurance.

Le concept de mutualité est soumis à une large gamme d'interprétations. Depuis son origine, il admet des traductions très variées (Blais, 2008). Aux premières lueurs des années 90, Borgetto (cité par Pratte, 2010, p. 21) annonce que « mutualité » est le maître mot du champ social et politique en Afrique. Plusieurs auteurs se sont intéressés au concept. Pour mieux cerner les contours, il nous semble nécessaire d'étudier les analyses faites par ceux-ci et de mettre en exergue les propriétés communes. Ainsi, la mutualité communautaire se voit remodelée autour du principe de « responsabilisation » reposant sur les facultés des hommes à décider, choisir et exécuter (Léonard, 2013).

De cette idée de responsabilité mutuelle découle la notion de « dette sociale » qui s'ancre dans la théorie du solidarisme de Léon Bourgeois (Mièvre, 2001). Il est fréquent d'entendre dire que l'Afrique est renommée pour être une société « solidaire ». Pour certains auteurs, ce serait un phénomène évident, voire même légendaire. Toujours selon les mêmes auteurs, les traditions africaines valoriseraient plus qu'ailleurs les relations sociales à un échelon villageois et plus largement ethnique et communautaire. Ainsi, il existerait, tant sur les plans social, économique et culturel, des coopérations constituant des lieux de rencontre et d'associations formelles ou informelles pour la valorisation des intérêts individuels et collectifs (Balse et al., 2015 ; Pollet, 2009 et Tadjudje, 2016).

La mutuelle communautaire, comme n'importe quelle autre organisation sociale, est basée sur des principes qui régissent son fonctionnement. Les principes fondamentaux de la mutuelle sont la solidarité, la participation démocratique, l'autonomie et la liberté dans le respect des lois, l'épanouissement de la personne, la responsabilité dans la gestion et le comportement des membres, la dynamique d'un mouvement social et le but non lucratif (Richard, 2005 ; Atchoua, 2017 ; Mangenot, 2001 ; Mossoux, 2012 ; Demonchy, 2013 ; Synteta, 2010 ; Millet, 2021 ; Nicolai, 2012). Mais de tous ces principes, la solidarité et la participation démocratique constituent la pierre angulaire des mutuelles (Gauthé, 2003). La doctrine mutualiste retient trois (03) modèles : Le modèle mutualiste participatif, le modèle mutualiste géré par le ou les prestataires et le modèle mutualiste de prépaiement (Criel et al., 2005 ; Boidin, 2021).

### **3.5. Mode de fonctionnement des mutuelles communautaires**

Plusieurs études ont expliqué le mode de fonctionnement des mutuelles communautaires en insistant sur son caractère solidaire. La mutuelle communautaire est une association facultative de personnes, à but non lucratif, dont la base de fonctionnement est la solidarité entre tous les membres. Au moyen de la cotisation de ses membres principalement et sur la base de leurs décisions elles mènent en leur faveur et en celle de leur famille, une action de prévoyance d'entraide et de solidarité dans le domaine de risques sociaux (Gueye et al, 2001). L'adhérent d'une mutuelle désigne la personne morale ou physique qui souscrit au système. Dans les mutuelles ou les coopératives, l'adhérent est membre de l'Assemblée générale et dispose, à ce titre, de responsabilités en matière de gestion. L'adhérent, suivant les systèmes et les zones, peut être désigné par d'autres termes comme « affilié », « titulaire », ou « membre » (Kadio, 2017).

La cotisation d'un membre d'une mutuelle désigne une somme d'argent déterminée que l'adhérent de la mutuelle verse à cette dernière pour pouvoir bénéficier de ses services. Elle est encore appelée prime ou contribution. Le droit d'adhésion, est la contribution versée lors de l'adhésion par le nouvel adhérent (Ridde, 2021). Le droit d'adhésion est différent de la cotisation et n'est versé généralement qu'une fois par l'adhérent. Il couvre le plus souvent des frais administratifs et n'est pas récupérable par l'adhérent lorsque celui-ci met fin à son adhésion (Deville, 2018). Les droits d'adhésion sont aussi appelés « droits d'admission » « droits d'entrée », « droits d'inscription ». Toutefois, plusieurs de ces termes peuvent être utilisés dans un même système par exemple, droits d'adhésion pour les adhérents et droits d'inscription pour les autres bénéficiaires (Boidin, 2015).

### **3.6. Principales typologies des mutuelles répertoriée dans notre étude**

Pour différencier les types de mutuelles de santé, deux séries d'études des mutuelles de santé de l'Afrique de l'Ouest<sup>1</sup> se basent sur les liens sociaux entre les membres. On y distingue essentiellement les formes suivantes :

- Les mutuelles corporatistes ;
- Les mutuelles communautaires : parmi celles-ci, Tine (2001) pour le Sénégal, distingue :

---

<sup>1</sup> Les séries d'études « Contribution actuelle et potentielle de mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé », résumée dans Atim, 1998 ; la série d'études « Banque de données sur les mutuelles de santé et leurs structures d'appui » qui avait pour objectif de faire l'inventaire des mutuelles de santé dans neuf pays, coordonnée par la « Concertation » <[www.concertation.org](http://www.concertation.org)>.

- Les mutuelles communautaires villageoises ou de quartier qui cherchent à atteindre toute la population d'une aire géographique définie ;
- Les mutuelles initiées et gérées par le prestataire.

Cette typologie met en lumière une classification sur la base d'adhésion des membres : unis par une appartenance professionnelle (mutuelles corporatistes du secteur formel, travailleurs du secteur informel) ou sur base géographique (mutuelles communautaires rurales ou urbaines ; mutuelles initiées par le prestataire). A cela s'ajoute le modèle traditionnel axé sur l'appartenance ethnique (Atim, 1998a)

Ce modèle de classification montre uniquement le lien entre membres mais l'identité du gestionnaire n'est pas mise en exergue.

Sans doute pour contourner ce dilemme, Atim, sur base d'observations au Ghana (1998a), a groupé les mutuelles selon leur mode d'affiliation et participation communautaire à la gestion. Il différencie quatre types (modèles) de mutuelles de santé :

- le modèle à participation communautaire réduite : la gestion est assurée par le prestataire;
- le modèle basé sur un mouvement social : ce modèle est le plus développé parmi les employés du secteur formel urbain (ce qui équivaut aux mutuelles corporatistes, mais inclut également les mutuelles initiées par des coopératives, syndicats, etc.) ;
- le modèle basé sur un réseau d'appartenance ethnique ;
- le modèle complexe de financement communautaire, caractérisé par une forte participation des membres<sup>2</sup>.

### **3.7. Sécurité alimentaire et nutritionnelle (SAN) des ménages**

Dans les pays africains, les interventions des gouvernements et acteurs au développement se poursuivent dans la lutte contre l'insécurité alimentaire et nutritionnelle. Toutefois, force est de constater que le nombre de personnes qui sont privées de la nourriture dont elles ont besoin pour mener une vie saine et active reste inacceptable (FAO, 2015). Selon la FAO, 2018, l'insécurité alimentaire et nutritionnelle des enfants est notamment liée à la disponibilité alimentaire inégalement réparties dans les pays et à une forte incidence de pauvreté dans un contexte récurrent de hausse des prix des denrées alimentaires de base.

Pour plusieurs auteurs, la sécurité alimentaire et nutritionnelle comprend plusieurs dimensions : (i) la disponibilité de la nourriture dans les ménages, aux niveaux local et régional et aux marchés,(Janin, 2012) (ii)

---

<sup>2</sup> Ce type de modèle est celui des Mutuelles communautaire de nutrition dont cette étude fait objet.

l'accès à la nourriture pour les ménages (accès physique et financier) (Touzard et Temple, 2012, (iii) la nutrition des membres du ménage (y inclus accès à l'eau potable, repas nutritifs, etc.) (Lankouande et Sirpe, 2020), (iv) la stabilité de ces trois dimensions, (v) l'accès de la population aux services sociaux de base (Klennet, 2006), ainsi que (vi) la capacité défensive des ménages en cas de chocs (Blaney, 2008) et (vii) la participation institutionnelle de la population (à travers des organisations de producteurs, des réseaux locaux, dans les dynamiques communales,...) (Touzard, 2014).

Les ménages sont fortement dépendants des marchés pour s'approvisionner et ont du mal à y accéder financièrement, les IMFs et les systèmes d'entraides communautaires instaurés permettent à ces ménages accès facile aux financements de base au niveau des institutions.

Les pratiques d'alimentation du jeune enfant constituent des facteurs déterminants de l'état nutritionnel des enfants. L'alimentation de complément chez les enfants est très insuffisante. Les stratégies souvent adoptées par les ménages sont la réduction des dépenses non-alimentaires (Namulondo, 2021). C'est une stratégie plus souvent adoptée par les ménages les plus défavorisés et qui ont une consommation alimentaire limite. En revanche, les ménages appartenant aux groupes de l'indice de richesse moyen ont tendance à dépenser leur épargne plus fréquemment. Dépenser l'épargne est une stratégie légèrement plus utilisée par les ménages avec une consommation acceptable que les ménages avec consommation limite. L'expérience a démontré que les plus riches ont plus le réflexe et la possibilité d'épargner et de réinvestir afin de maintenir leur niveau de vie, contrairement aux pauvres qui consacrent la grande partie de leur revenu à leur alimentation et à leurs moyens de production (Mulumeoderhwa et al., 2020).

### **3.8. Contraintes et particularités des analyses d'impact des mutuels communautaires de nutrition sur la SAN**

Les mutuelles communautaires de nutrition ne disposent pas encore d'une documentation suffisante en matière d'analyses d'impact approfondies sur la SAN contrairement aux analyses en termes de viabilité et sur les causes profondes de la pauvreté qui justifient l'existence des IMFs mais le besoin de cette étude nous amène à faire une articulation précise sur deux problématiques :

- La contribution des mutuelles sur le revenu et la consommation des ménages pauvres ;
- l'impact de ce système collectif d'entraide sur la sécurité alimentaire et nutritionnelle des enfants des ménages.

L'essentiel de la revue de la littérature s'est basé sur les systèmes de micro-finances étudiés par certains chercheurs de 1980 à 2020.

Les études de Malik en 1999 intitulées «Poverty and rural credit» se fondent sur trois enquêtes de ménages pakistanais effectuées au niveau national en 1973, 1985 et 1990. Les résultats obtenus indiquent que l'accès au crédit a un impact positif direct sur la richesse des usagers grâce au lissage efficient de leur consommation combiné à la facilitation des gains de productivité. Les micro-crédits restent indéniablement un mode de financement et de refinancement des activités génératrices de revenu des ménages.

Par ailleurs, les résultats de l'estimation probit des déterminants de l'accès au crédit institutionnel indiquent que la probabilité d'accès au crédit institutionnel augmente significativement avec le montant de la demande. Le niveau d'éducation et les ratios de dépendance (nombre d'enfants par adultes) ont respectivement un impact positif et négatif sur l'accès au crédit institutionnel. De la même manière, la probabilité d'accès augmente significativement avec la valeur des actifs détenus par le demandeur.

Concernant la question de l'adaptation de la micro-finance aux plus pauvres, une des analyses les plus importantes est celle que proposent Hulme et Mosley (1996) dans leur ouvrage « finance against poverty ». En s'appuyant sur les données d'institutions de micro-finance de sept pays, ils comparent la croissance des revenus des emprunteurs avec ceux d'un groupe témoin. Selon leurs conclusions, les institutions qui contribuent avec succès à la réduction de la pauvreté sont particulièrement efficaces dans l'amélioration du statut des segments intermédiaire et supérieur de la population pauvre. En revanche, les personnes se trouvant en deçà du seuil de pauvreté voient leur situation se détériorer après avoir bénéficié d'un crédit. Par ailleurs, l'impact sur les revenus des clients semble être directement lié à leur niveau de revenu initial, ce qui renforce la tendance des institutions de micro-finance soucieuses de préserver leur viabilité à se consacrer aux moins pauvres. En conséquence, la mise au point et l'amélioration des produits de micro-finance continuent d'être orientées vers les segments intermédiaire et supérieur de la population pauvre, au détriment des plus pauvres. Hulme et Mosley estiment que la reconnaissance de l'hétérogénéité des pauvres devrait favoriser l'innovation et l'expérimentation et permettre aux services financiers de toucher davantage les plus pauvres. Toutefois, il existe encore, parmi les pauvres «bancaisables» (ayant une capacité d'endettement) une forte demande en services financiers non satisfaite.

On observe le développement d'un type de système financier non institutionnel au Sénégal et au Bénin qu'on appelle la tontine. L'objectif de ce mode de financement est de permettre de lever les contraintes de crédit mais aussi de partager le risque. Les principes de base qui fondent cette pratique sont: la proximité, l'absence de barrière à l'entrée, simplicité, souplesse,

procédures orales, instantanéité du prêt, occasion de rencontrer et de convivialité, arrangement à l'amiable, coûts faibles.

### **3.9 Financement communautaires des mutuelles**

La question de financement des mutuelles de communautaires nutrition n'a pas fait objet des études ont nous avons parcouru. Plusieurs recherches se sont focalisées sur les financements de mutuelles de santé communautaires. Ainsi dans la mesure où l'État est le premier garant de la santé de la population, celui-ci peut soutenir financièrement les mutuelles de nutrition. À l'exception des mutuelles de sécurité sociale qui bénéficient d'un appui du Ministère du travail, l'État n'intervient pas actuellement financièrement dans ce secteur. Bien que cet appui soit envisagé dans l'avant-projet d'acte communautaire, les ressources financières limitées dont dispose l'État, ne lui permettent pas de soutenir directement les mutuelles. Celui-ci envisage plutôt un rôle de plaider vis-à-vis des partenaires internationaux pour obtenir des financements.

En cas de financement, divers types d'appui sont envisageables. Des soutiens directs peuvent être octroyés. Ainsi, les mutuelles pourraient être financées non seulement par les cotisations des membres mais aussi par des ressources publiques, logique qui est développé au Rwanda (Musango, 2005). Dans la même optique, certains sont favorables à un soutien financier de l'État pour faciliter l'accessibilité des indigents.

Depuis 2001, le Fonds de secours et d'aides sociales cogéré par les Ministères béninois de la santé et des affaires sociales, vise à améliorer l'accès des plus démunis à la santé ; toutefois, par manque d'information, les bénéficiaires potentiels le sous-utilisent. Celui-ci pourrait être mobilisé pour rendre solvable la demande des indigents à travers une prise en charge des cotisations à la mutuelle. Enfin, cibler un soutien financier auprès d'un public particulier peut engendrer certains effets pervers tels qu'une discrimination négative néfaste pour les non-bénéficiaires.

Des soutiens de nature plutôt indirecte peuvent être également déployés. Ils présentent l'avantage, par rapport aux soutiens directs, de préserver l'autonomie du mouvement mutualiste par rapport aux pouvoirs publics.

Ainsi, l'État peut favoriser le développement des mutuelles de nutrition en contribuant à mettre en place un environnement qui leur soit favorable. Cette contribution se manifeste à travers une sensibilisation des populations à la prévoyance et à la culture de l'assurance etc. (Trommershäuser, 2006). Il peut également constituer un fonds de garantie pour les mutuelles communautaires.

La Commission macroéconomie et santé propose une classification qui met l'accent sur la participation communautaire dans les méthodes de

financement des soins de santé (Jakab et Krishnan, 2001). Ils regroupent les différents mécanismes sous le terme de financement communautaire (*community financing*). Par ce terme, les auteurs entendent des systèmes dans lesquels les usagers, qui doivent désormais payer pour les soins de santé, participent à la prise de décision ou à la gestion des systèmes de financement. Ils différencient quatre systèmes :

1. *Community cost sharing* ou *community-managed user fees* : un système de paiement à l'acte, dans lequel les usagers sont activement impliqués dans la détermination des tarifs et des modalités de paiement. Il s'agit en fait de la participation communautaire mise en place dans le cadre de l'Initiative de Bamako ;
2. *Community prepayment* ou *community-based prepayment schemes* ou *mutual health organisations* : les membres de la communauté sont responsables de la collecte des contributions et du paiement des prestataires ;
3. *Provider-based community health insurance* : les prestataires collectent et gèrent les contributions ;
4. *Government or social insurance supported community driven scheme* ou *community-based prepayment linked to government or social insurance system* : un système organisé en annexe d'un régime de sécurité sociale et co-financé par celui-ci ou par l'État.

#### **4.0 Sources de financement des adhérents aux mutuelles**

La problématique de source de financement a été évoquée dans plusieurs études (Arhin-Tenkorang, 2001 ; Fonteneau, 2001 ; Ginneken, 2003 ; ACF, 2018) et notamment avec Musango et al. (2004) où il note deux sources importantes des contributions à la mutuelle: l'épargne personnelle d'une part, et le recours à un tiers d'autre part (essentiellement des associations communautaires et/ou des organismes de coopération). Le financement de la contribution par la famille est toujours resté un phénomène marginal. Au cours des quatre ans de fonctionnement de la mutuelle, la première source de financement a progressivement gagné en importance. Ils ont en effet constaté dans les années 2002–2003, que 2/3 des membres ont financé l'adhésion avec des ressources propres.

Pour ce qui est de la fidélisation des adhérents à la mutuelle, la première cohorte annuelle de 115 membres à des taux de fidélisation respectivement 85%, 76% et 96% après un, deux et trois ans. Pour la seconde cohorte ce taux est de 83% pour la première année et de 88% la deuxième année. La troisième cohorte, qui en est à sa seconde année d'adhésion, a un taux de fidélisation de 91% ce qui suggère que le système mutualiste semble suffisamment attractif aux populations. (Musango et al., 2004). Quand un

ménage décide de ré-adhérer à une mutuelle de santé ou à un autre type d'assurance maladie, il compare les avantages de son adhésion précédente à la prime payée (Meessen et al. 2002).

## Conclusion

Cette revue systématique de littérature a révélé qu'aucune des études n'ont été réalisées sur la contribution des mutuelles communautaires de nutrition à la sécurité alimentaire et nutritionnelle des ménages mais plutôt sur les mutuelles de santé. D'après les données analysées seulement 35 articles scientifiques traitent réellement de ce sujet. Néanmoins, les statistiques et la recherche documentaire ont montré qu'il y a une bonne documentation dans le domaine de la mutualité communautaire.

Mais les différents ouvrages parcourus ne proposent pas de réflexion sur les impacts des mutuelles communautaires de nutrition e. En somme, des 1213 articles identifiés de la plateforme AGORA à travers le moteur de recherche research4life, seulement 321 avaient un lien direct ou indirect la dite thématique L'analyse de ces articles a montré que la majorité de ces ouvrages ont été publiés entre 2010 et 2020. Cependant, on note de façons générale un grand vide en ce qui concerne les informations faisant état ou faisant le lien entre les mutuelles et la SAN chez les enfants. Il serait donc intéressant de se pencher sur cette recherche afin d'approfondir les recherches dans ce domaine et d'apporter des outils de prise de décision aux acteurs du développement. D'après nos études, il ressort que les activités de sécurité alimentaire doivent prendre en compte le climat, la géographie, les systèmes socioéconomiques, ou les structures politiques. Voilà pourquoi les programmes sont conçus pour répondre aux besoins spécifiques de chaque crise et de chaque communauté.

## References:

1. Atim, C. (1998) The contribution of Mutual Health Organizations to Financing, Delivery, and Access to Health Care: Synthesis of research in nine West and Central African Countries. Bethesda, MD: Abt Associates Inc. <[www.concertation.org](http://www.concertation.org)>
2. Atim, C. (1998a) Contribution actuelle et potentielle des mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé: Etude de cas au Ghana. Dakar: USAID/PHR, BIT/ACOPAM, BIT/STEP and ANMC/WSM. <<http://www.concertation.org/>>
3. Atchouta, R. A. (2017). De la mutualisation de la santé communautaire à la gouvernance de santé publique: Analyse des déterminants d'adhésion aux mutuelles de santé dans un contexte de dynamique sociale au Centre-Bénin. *Africa Development*, 42(1), 33–54.

4. Balse, M., Ferrier, C., Girard, P., Havard, M., Herbel, D., & Larue, F. (2015). Une expérience originale de mécanisation partagée en Afrique. Les Coopératives d'utilisation de matériel agricole au Bénin.
5. Bastin, M., & De Leener, P. (s. d.). " Les mutuelles de santé dans le nord du Bénin : En quoi la mise en place d'un mécanisme d'adhésions collectives destiné aux groupements socioculturels peut booster le taux de pénétration des mutuelles de santé?"
6. Boidin, B. (2012a). Extension de l'assurance maladie et rôle des mutuelles de santé en Afrique : Les leçons de l'expérience sénégalaise. *Économie publique/Public economics*, 28-29, 47-70.
7. Boidin, B. (2015a). L'extension de la couverture maladie par les mutuelles communautaires en Afrique : Mythes et réalités. *Bulletin de la Société de pathologie exotique*, 108(1), 63-69.
8. Boidin, B. (2021). Les mutuelles en Afrique : Enjeux et perspectives. *MTSI*, 1(2).
9. Buchenrieder, G., Gnilachi, J. N., & Benjamin, E. O. (2019). Poverty alleviation through microcredit in Sub-Saharan Africa revisited : New evidence from a Cameroonian village bank, the Mutuelle Communautaire de Croissance. *Agricultural Finance Review*.
10. Criel, B., Diallo, A. A., Vennet, J. V. der, Waelkens, M.-P., & Wiegandt, A. (2005). La difficulté du partenariat entre professionnels de santé et mutualistes : Le cas de la mutuelle de santé Maliando en Guinée-Conakry. *Tropical Medicine & International Health*, 10(5), 450-463.
11. OMS. (2006). Mutuelles communautaires au Maroc et l'OMS.
12. Defourny, J., & Failon, J. (2011). Les déterminants de l'adhésion aux mutuelles de santé en Afrique subsaharienne : Un inventaire des travaux empiriques. *Mondes en développement*, 1, 7-26.
13. Demonchy, M. (2013). Mutualisation : La boîte à outils juridiques. *Gazette des archives*, 232(4), 19-32.
14. Deville, C., Fecher-Bourgeois, F., & Poncelet, M. (2018). Les mutuelles de santé subventionnées comme instruments de la Couverture Maladie Universelle au Sénégal.
15. Dunia, G. M. B. (2013). Implantation des sites de soins communautaires en République Démocratique du Congo : Consécration d'un double standard dans l'accès aux soins. *The Pan African Medical Journal*, 14.
16. Faye, A., Amar, S., & Tal-Dia, A. (2016). Déterminants de l'adhésion aux mutuelles de santé en milieu rural sénégalais. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 64, S259.

17. Gankpe, G. F., Gankpe, E. C., Baleba, A. N., Zinsou, L., & Mesenge, C. (2018). Les mutuelles de santé reproduisent-elles les inégalités de santé au Bénin? *Santé Publique*, 30(3), 389–396.
18. Gbénahou, H. B. M. (2019). Comprendre les faibles taux d'adhésion et de cotisation aux mutuelles de santé : Exploration dans quatre communes du Bénin. *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, 18.
19. Gueyie, J.-P., Nishimikijimana, É., & Kamdjoug, J. R. K. (2010). Efficience des institutions de microfinance regroupées en réseau : Cas des mutuelles communautaires de croissance du Cameroun. *La revue des Sciences de Gestion*, 3, 103–109.
20. Higuët, E., & De Leener, P. (s. d.). " Les mutuelles de santé dans le nord du Bénin En quoi la mise en place d'un mécanisme d'adhésions collectives destiné aux groupements socio-économiques peut booster le taux de pénétration des mutuelles de santé?
21. Huber, G., Hohmann, J., & Reinhard, K. (2003). *Mutuelles de santé-5 années d'expérience en Afrique de l'Ouest*. Eschborn, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit GmbH (GTZ).
22. Janin, P., & De Suremain, C.-E. (2012). *L'insécurité alimentaire : Dimensions, contextes et enjeux*. La Documentation française.
23. Kadio, K., Ouedraogo, A., Kafando, Y., & Ridde, V. (2017). Émergence et formulation d'un programme de solidarité pour affilier les plus pauvres à une assurance maladie au Burkina Faso. *Sciences sociales et santé*, 35(2), 43–68.
24. Kagambega, M. (2011). *l'assurance maladie au Burkina Faso : De la logique thérapeutique des acteurs sociaux, à l'appropriation des systèmes de mutualisation des risques sanitaires [PhD Thesis]*. Bordeaux 2.
25. Kestemont M., UCLouvain & Paul E. *Le rôle des mutuelles de santé et des initiatives d'économie sociale dans l'extension des mécanismes de protection sociale aux travailleurs ruraux du Bénin*
26. Klennert, K. (2006). *Assurer la sécurité alimentaire et Nutritionnelle*. ImVent. Stuttgart, 303.
27. Lankouande, E., & Sirpe, G. (2020). *Analyse Dimensionnelle de La Sécurité Alimentaire et Nutritionnelle : Approche des Capabilités*.
28. Laverentz, M. (2010). *Mutualité, Passage à l'échelle et extension de l'assurance maladie*.
29. Lekane, T. D. (2003). *Mutuelle communautaire de croissance (MC2) et de développement rural à Baham (Cameroun)*. *Les Cahiers d'Outre-Mer. Revue de géographie de Bordeaux*, 56(221), 67–86.
30. Lekane Tsobgou, D. (2011). *Micro finance et développement communautaire au Cameroun : Le cas du réseau des mutuelles*

- communautaires de croissance (MC<sup>2</sup>) [PhD Thesis]. Université de Yaoundé I, Yaoundé, Cameroun.
31. Malik, S. J. (1999). Poverty and rural credit : The case of Pakistan.
  32. Mangenot, F., & Miguet, M. (2001). Suivi par Internet d'un cours de maîtrise à distance : Entre individualisation et mutualisation. Cinquième colloque hypermédias et apprentissages, 259–266.
  33. Marchandon, G. (2000). L'avenir du concept " mutualiste". La Revue des Sciences de Gestion: Direction et Gestion, 186, 5.
  34. Meessen, B., Criel, B. et Kegels, G. (2002) Les arrangements formels de mise en commun des risques maladie en Afrique subsaharienne : Pistes de réflexion sur les obstacles rencontrés. Revue Internationale de Sécurité Sociale. 55(2) : 91-116.
  35. Millet, P.-A. (2021). L'avenir de l'intercommunalité–Blog Vénissian de Pierre-Alain Millet.
  36. Mossoux, Y. (2012). L'application du principe du pollueur-payeur à la gestion du risque environnemental et à la mutualisation des coûts de la pollution. Lex electronica, 17(1).
  37. Laurent Musango, Bruno Dujardin, Michel Dramaix and Bart Criel (2004). Le profil des membres et des non membres des mutuelles de santé au Rwanda: le cas du district sanitaire de Kabutare. Cahiers Santé 14.
  38. Niang, B. B., & Fall, Nd. (2017). La couverture maladie universelle et les mutuelles de santé. L'économie informelle, l'entrepreneuriat et l'emploi, 103.
  39. Nicolaï, J.-P. (2012). Financement du budget communautaire et "valeur de l'union". Document de travail du Centre d'Analyse Stratégique, 2012-10.
  40. Nyssens, M., Vermer, M.-C., & Wélé, P. (2007). La régulation des mutuelles de santé au Bénin. GRAP/OSC, Louvain-la-Neuve.
  41. Nzongang, J., & Nimpa, A. T. (2020). Gouvernance communautaire et pérennité des Institutions de Micro Finance au Cameroun : Le cas du réseau MC<sup>2</sup> (Mutuelle Communautaire et Croissance). Revue internationale des sciences de l'organisation, 1, 33–55.
  42. Pollet, I. (2009). Coopératives en Afrique : L'âge de la reconstruction– Synthèse d'une étude menée dans neuf pays africains. International Labour Organization.
  43. Richard, V. (2005a). Financement communautaire de la santé en Afrique : Les mutuelles de santé. Médecine Trop, 65, 87–90.
  44. Richard, V. (2005b). Financement communautaire de la santé en Afrique : Les mutuelles de santé. Médecine Trop, 65, 87–90.

45. Ridde, V., Antwi, A. A., Boidin, B., Chemouni, B., Hane, F., & Touré, L. (2021a). Les défis des mutuelles communautaires en Afrique de l'Ouest. Vers une couverture sanitaire universelle en 2030?
46. Ridde, V., Antwi, A. A., Boidin, B., Chemouni, B., Hane, F., & Touré, L. (2021b). Les défis des mutuelles communautaires en Afrique de l'Ouest. Vers une couverture sanitaire universelle en 2030?
47. Rubel, K. (2002). Le concept de mutualité et l'évolution des assurances sociales en Europe [PhD Thesis]. Paris 2.
48. Synteta, D. K. S.-V. (s. d.). Community building, mutualisation de connaissances et knowledge management.
49. Tadjudje, W. (2016). Le cautionnement mutuel et l'inclusion financière en Afrique.
50. Touzard, J.-M., & Temple, L. (2012). Sécurisation alimentaire et innovations dans l'agriculture et l'agroalimentaire : Vers un nouvel agenda de recherche? *Cahiers Agricultures*, 21(5), 293–301.
51. Turcotte-Tremblay, A.-M., Gali-Gali, I. A., & Ridde, V. (2021). Le financement basé sur les résultats a engendré des conséquences non intentionnelles dans des centres de santé au Burkina Faso. Vers une couverture sanitaire universelle en 2030?
52. Maria-Pia Waelkens, and Bart Criel (2004). Les mutuelles de santé en Afrique Sub-saharienne : État des Lieux et Réflexions sur un Agenda de Recherche.