



---

# Analyse du choix d'inscription à une micro-assurance santé transnationale par la diaspora congolaise de Belgique

Le cas de Solidarco

Mémoire réalisé par

**Eva Ridremont**

Promoteur

**François Maniquet**

Lecteur

**Jean-Marie Baland**

Année académique 2017- 2018

En vue de l'obtention du titre académique de  
**Master (120) en sciences économiques, orientation générale**  
**à finalité spécialisée**



Après un an de réflexion sur le sujet, après un an de recherches et plusieurs mois d'écriture, je tiens à remercier toutes les personnes qui, de près ou de loin, ont contribué à l'aboutissement de ce mémoire.

***Merci !***

Je tiens à remercier en premier lieu mon Promoteur, François Maniquet. À travers ses précieux conseils, ses réflexions, sa patience et toute sa pédagogie, il a su apporter une aide plus qu'indispensable à la rédaction de ce mémoire.

Ensuite, je tiens à remercier les personnes que j'ai eu la chance d'interviewer. Leurs connaissances et expériences m'ont permis de comprendre les réalités de terrain au-delà des recherches théoriques. Merci à Joseph Manzambi qui m'a permis de me familiariser avec la réalité de son pays, la République Démocratique du Congo. Merci à Martini Hagiefstratiou qui m'a accueilli dans les bureaux de Solidarco et expliqué le fonctionnement de cette micro-assurance. Et enfin, merci à Jean-Marie Lafleur de m'avoir partagé son expérience et ses réflexions sur cette micro-assurance santé.

Enfin, je tiens à remercier tout particulièrement ma famille et mes amis pour leur soutien quotidien et incommensurable. Merci à *tous* de m'avoir aidé, à votre échelle, à la rédaction de ce mémoire ! Merci Pépé d'avoir soutenu ta petite fille du début à la fin, Maman pour la confiance que tu as toujours eu en moi, à Papa de m'avoir tenu la main dans la dernière ligne droite de ce marathon, à Cataldo pour tes mots et conseils réconfortants et merci petit frère pour tes pauses piscine et footballistiques.

Ce mémoire marque la fin de cinq années d'étude, et je tiens à remercier à nouveau l'ensemble de mes proches pour votre amour (et patience) qui m'a mené jusqu'ici.

***Merci à tous !***



# Table des matières

<b>TABLE DES MATIÈRES .....</b>	<b>I</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>REVUE DE LA LITTÉRATURE .....</b>	<b>3</b>
CHAPITRE 1 : L'ACCÈS À LA SANTÉ, UN DROIT UNIVERSEL .....	3
1. État des lieux : Inégalités Nord-Sud .....	3
2. Échec de l'État et du marché .....	4
3. Solutions mises en place.....	6
3.1 Micro-assurances santé.....	7
3.2 Stratégies transnationales .....	9
3.2.1 Envois de fonds .....	11
3.2.2 Assurance maladie dans le pays d'origine.....	13
3.2.3 Assurance santé transnationale : Solidarco .....	14
CHAPITRE 2 : SITUATION SANITAIRE EN RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO.....	17
1. Du Congo-Belge à la République Démocratique du Congo.....	17
1.1 Instabilité politique et difficultés économiques .....	17
1.2 Réalité du secteur sanitaire .....	18
1.2.1 Quelques chiffres .....	18
1.2.2 Prestation des soins de santé.....	19
2. Émigration de la population .....	21
CHAPITRE 3 : FONCTIONNEMENT DE SOLIDARCO .....	23
1. Mise en place de Solidarco .....	23
2. Micro-assurance : averse au risque ? .....	24
2.1 Mise en commun du risque.....	24
2.2 Indépendance des risques .....	25
2.3 Risque de l'asymétrie d'information .....	27
3. Comment garantir le paiement des frais de santé ?.....	28
<b>PARTIE PRATIQUE .....</b>	<b>31</b>
CHAPITRE 4 : SOLIDARCO, CONSÉQUENCE D'UN ALTRUISME PATERNALISTE ? .....	31
1. Les agents du modèle .....	32
1.1 La famille .....	32
1.2 Le migrant .....	32
1.3 L'assureur .....	33
2. Modélisation : .....	34
2.1 Modélisation du comportement de la famille.....	34
2.2 Modélisation du comportement du migrant.....	35
3. Envoi de fonds vs Micro-assurance santé.....	36

3.1 Le recours aux envois de fonds .....	36
3.1.1 Montant nul d'envoi de fonds.....	36
3.1.2 Montant positif d'envois de fonds .....	38
3.1.3 Montant optimal d'envois de fonds.....	40
3.2 L'inscription à une micro-assurance santé .....	42
3.2.1 Des préférences semblables .....	42
3.2.2 Des préférences antagonistes.....	45
4. Le recours à Solidarco, conséquence d'un altruisme paternaliste ?.....	49
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>53</b>
<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>55</b>

# Introduction

Depuis de nombreuses décennies, l'accès aux soins de santé est au cœur des efforts de nombreuses organisations nationales et internationales. Pourtant, malgré les innombrables actions menées, les chiffres officiels du Centre National de Coopération au Développement évalué en 2018 le nombre d'individus ne pouvant accéder à des soins de santé abordables et de qualité à 1,3 milliards. Bien que ces chiffres évoquent la situation mondiale, il n'est pas surprenant d'apprendre que ce sont avant tout les pays à bas revenus qui les font grimper, et plus particulièrement ceux d'Afrique Sub-Saharienne (ASS).

Dans ce contexte, de nombreux ménages d'ASS ne voient dès lors pas d'autres solutions que d'envoyer un membre de leur famille vivre à l'étranger dans l'espoir d'accroître le revenu disponible. À travers le recours à des envois de fonds, par exemple, les membres ayant migrés parviennent alors à participer financièrement aux besoins que rencontrent leur famille restée au pays. Néanmoins, plusieurs recherches actuelles soulignent la réticence de certains migrants à recourir à cette stratégie étant donné la distance géographique les séparant de leurs proches. Une fois l'argent envoyé, l'usage qui en est fait est entièrement dans les mains du destinataire et les migrants ne sont ni en mesure de contrôler les besoins réels de la famille ni de vérifier si les fonds envoyés sont effectivement utilisés pour le motif souhaité.

En Belgique, des membres de la diaspora congolaise désireux de répondre aux besoins de santé de leur famille restée en République Démocratique du Congo (RDC) mais réticents à l'idée de voir l'argent envoyé utilisé pour une autre finalité, ont décidé de mettre en place une nouvelle forme de micro-assurance santé (MAS) : *Solidarco*. Sa particularité ? Les cotisations sont payées par la diaspora depuis la Belgique bien que les avantages soient offerts en RDC. En d'autres mots, les migrants congolais s'y inscrivant payent une cotisation mensuelle de 30€ afin de pouvoir couvrir les soins de santé de sept proches résidants à Kinshasa.

Alors que l'étude de Kabki (2007) montre que les familles restées au pays préfèrent généralement recourir à des paiements directs plutôt que de se voir inscrites à un programme d'assurances santé, se pose la question de savoir : « *Comment se fait-il qu'à un moment donné, il puisse être plus intéressant pour certains migrants congolais de cotiser mensuellement à Solidarco, afin de répondre aux besoins de santé de leur famille, plutôt que d'envoyer ce même montant sous forme de fonds ?* ».

À travers les outils et concepts de l'économie comportementale, ce mémoire permet de montrer qu'une explication plausible est que ces migrants font preuve envers leur famille d'un altruisme paternaliste. Autrement dit, c'est le niveau de santé de la famille, et non son utilité, qui impacte positivement l'utilité du migrant. Ainsi, sachant que s'il envoie des fonds à sa famille, l'entièreté du montant risque de ne pas être allouée à l'achat de soins de santé, il préfère recourir à Solidarco qui lui offre une garantie sur l'utilisation faite de son argent.

Ce travail est organisé en quatre chapitres.

Le premier, permet de contextualiser le problème sanitaire mondial contemporain, de mettre l'accent sur les obstacles rencontrés par de nombreux pays en Afrique Sub-Saharienne et d'aborder différentes stratégies qui ont été mises en place au sein des familles afin d'y faire face.

À travers le second chapitre, l'histoire de la République Démocratique du Congo est rapidement retracée. Il s'agit d'y souligner les difficultés politiques et économiques auxquelles le pays fait face depuis plusieurs décennies. Ces périodes de crises ayant directement impacté les conditions sanitaires actuelles.

Ensuite, le troisième chapitre se concentre sur Solidarco. Bien que depuis quelques années, les MAS connaissent une réelle effervescence et sont étudiées par de nombreux intellectuels de notre époque, pratiquement aucune recherche n'a été faite sur Solidarco. Ainsi, il s'agit au sein de ce chapitre de comprendre la manière dont elle fonctionne, d'analyser les stratégies qu'elle a mises en place pour parvenir à garantir un paquet de soins de santé aux assurés kinois et ce, tout en assurant sa propre viabilité.

Enfin, au sein du quatrième chapitre, il s'agit de voir dans quelle mesure l'hypothèse selon laquelle le migrant a recours à Solidarco, étant donné son altruisme paternaliste, est effectivement plausible.

# Revue de la littérature

## Chapitre 1 : L'accès à la santé, un droit universel

« Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour [...] les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires » (Assemblée Générale des Nations Unies, 1948).

### 1. État des lieux : Inégalités Nord-Sud

Le droit à la santé est un droit fondamental dont devrait pouvoir bénéficier chaque être humain sans exception. Depuis déjà de nombreuses années, divers projets et organisations internationaux ont été mis en place avec pour objectif l'amélioration de la santé aux quatre coins du monde. Dès sa mise en place en 1945, l'Organisation des Nations Unies (ONU) s'est penchée sur les questions relatives à la santé et a créé, dans les trois années qui suivent, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), dont l'objectif principal est l'amélioration des « perspectives d'avenir et la santé future pour toutes les populations du monde » (OMS, 2018). La Banque Mondiale, de son côté, s'est engagée à aider les gouvernements nationaux à atteindre la couverture santé universelle pour 2030. Ou encore, l'UNICEF, une des agences de l'ONU, qui, depuis sa création en 1946, œuvre pour améliorer la santé des enfants à travers le monde.

A côté de ces larges organisations, de nombreux autres projets et initiatives tentent, à leur échelle, d'avoir un impact positif sur la santé mondiale.

Et pourtant, à l'heure actuelle, l'accès à la santé est encore étroitement limité pour la majorité de la population. En 2015, *The Lancet*, une revue scientifique médicale britannique, affirme que deux tiers de la population mondiale, soit plus ou moins cinq milliards d'êtres humains, ne peuvent accéder à des soins de santé abordables et de qualité (The Lancet, 2015). Ce lourd bilan est déterminé principalement par la situation des pays à bas et moyens revenus. En plus d'une insuffisance de personnel, les individus vivant trop loin d'un centre de santé ou le manque d'équipements et de médicaments nécessaires, constituent des obstacles limitant l'accès au soin. Par exemple, au niveau mondial, le nombre moyen de médecins pour 10 000 habitants est de 13,9. En revanche, si l'on compare un pays développé à un pays en développement, la différence est frappante. L'Europe détient en moyenne 32,1 médecins pour 10.000 habitants,

alors que l'Afrique en possède 2,7 pour la période comprise entre 2007 et 2013 (Médecins Sans Frontières, 2016).

La contrainte financière permet d'expliquer ces chiffres dans une large mesure. Au début des années 2000, l'ONU a tenté de calculer les dépenses en soin de santé des individus pour différents pays. En ce qui concerne les individus vivant dans les pays considérés comme les moins développés, la dépense annuelle moyenne se situe aux alentours de 11 dollars par individu<sup>1</sup>. Toujours dans les pays à faibles revenus, mais avec un statut relativement supérieur au premier groupe, le montant s'élève à 23 dollars. Si l'on passe aux pays à moyens revenus intermédiaires, c'est 93 dollars par individu contre 1907 dollars pour les pays à hauts revenus, soit 173 fois supérieur à la première catégorie (OMS, 2001). Bien qu'aucun consensus n'existe quant aux dépenses en frais de santé qu'un pays devrait afficher, des chercheurs ont tout de même cherché à évaluer ce nombre. Ils suggèrent que « un pays qui dépense moins d'une valeur seuil estimée à 80 dollars par habitant / par an, n'atteindrait pas son potentiel de soins et ce si on le compare à un pays similaire qui lui dépense par habitant au moins ce seuil, voire plus » (OMS, 2000, p.58). Les pays à bas-revenus sont, par conséquent, bien loin de ce niveau.

Possédant un capital financier trop faible, de nombreux individus se trouvent alors dans l'incapacité de répondre seuls à leurs besoins de santé. Mais qu'en est-il de l'aide étatique ou des services proposés par les marchés privés ?

## 2. Échec de l'État et du marché

« Les gouvernements des pays à bas et moyens revenus ont tenté [et tentent toujours] de subvenir aux besoins de ces populations marginalisées à travers la mise en place de cliniques publiques et d'hôpitaux » (Dror et Preker, 2002, p.1). Afin de financer ces services de santé, les autorités publiques ont cherché à se calquer sur les « mécanismes de financement utilisés dans les pays industrialisés occidentaux » (*ibid*). Tels que le recours à une taxation ou bien l'établissement d'une assurance maladie. Selon Carrin *et al.* (2005), ces deux stratégies sont des méthodes puissantes lorsqu'il s'agit de mettre en place une couverture santé universelle.

Pourtant, force est de constater que de nombreux pays à faibles revenus font face à de réels obstacles quant à l'achèvement d'une couverture santé universelle (Van Ginneken, 1999 cités dans Carrin *et al.*, 2005). Les mécanismes de financement formels présents dans les pays

---

<sup>1</sup> Étude menée pour la période de 1997-1999

développés ne fonctionnent pas aussi bien une fois transposés dans leur État (Dror et Preker, 2002). En effet, il peut s'avérer difficile de « développer un système de santé financé par les impôts en l'absence d'une assiette fiscale solide ou d'une réelle capacité institutionnelle à percevoir effectivement les impôts » (Carrin *et al.*, 2005, p.799)

En outre, réussir à un atteindre un accord entre les différents partenaires nationaux quant aux règles de base régissant une assurance maladie (i.e. « la garantie de bénéficier des mêmes services de santé pour des individus rencontrant des besoins similaires, et ce peu importe le niveau de leur contribution » (*ibid.*)) peut être particulièrement complexe et ce, d'autant plus dans les pays marqués par de fortes inégalités de revenus (*ibid.*). En effet, les individus jouissant d'un revenu élevé peuvent s'opposer à l'idée de devoir contribuer considérablement plus que les individus disposant d'un revenu largement plus faible (Lautier, 2003).

Le manque d'infrastructures adéquates, une incapacité à collecter les impôts ou encore à organiser les remboursements sont autant d'obstacles à la mise en place de ce système (Carrin *et al.*, 2005).

Enfin, les pays en développement connaissent généralement une faible stabilité politique, ce qui impacte négativement et directement le secteur de la santé. Il est alors difficile d'imaginer le développement d'une assurance maladie en l'absence d'un véritable soutien politique et ce sur le long terme (*ibid.*). Ainsi, la couverture de santé universelle est largement diffusée dans les pays détenant les capacités politiques et économiques nécessaires à sa mise en place, tels que les pays du Nord (généralement considérés comme les pays à hauts revenus) ainsi que dans certains pays à revenus intermédiaires (Shaw, 2007 ; Carbone, 2011). Néanmoins, cette politique semble difficilement vivable pour les pays à faibles revenus (Shaw, 2007 ; Banque Mondiale, 1993).

A côté du mauvais fonctionnement, voire de l'absence d'un système d'assurance maladie, au niveau étatique, s'ajoute le développement insuffisant (si développement il y a) des assurances privées. Étant donné les frais importants d'adhésion et de participation que celles-ci réclament aux potentiels bénéficiaires, très peu parmi ces derniers sont en mesure d'y avoir recours. Leurs revenus sont trop faibles. C'est ainsi que certains individus, démunis de toute forme de protection sociale, sont financièrement incapables de se protéger contre les aléas de l'existence (Defourny et Failon, 2008). Ils ne peuvent s'offrir un service santé de qualité, celui-ci étant soit trop cher, soit simplement inexistant. Face à l'échec de l'Etat et des marchés, les patients

doivent souvent supporter eux-mêmes les coûts de traitement, ce qui marginalise alors les familles à bas-revenus.

Résultat : à l'échelle mondiale, 1,3 milliards d'individus n'ont toujours pas accès aux médicaments, à la chirurgie ou autres interventions efficaces et abordables.

### 3. Solutions mises en place

« Face à ces circonstances, beaucoup de populations rurales et de travailleurs dans le secteur informel se sont tournés vers des organisations à financements communautaires afin de pouvoir répondre à leurs besoins en matière de soins de santé » (Dror et Preker, 2002, p.2).

Face à l'échec du gouvernement, incapable de mettre en place les outils nécessaires à une protection sociale de leur population marginalisée, ainsi que face à l'échec du marché à fournir une assurance maladie qui réponde à la demande des individus (*ibid*), un nombre croissant de nouvelles initiatives a vu le jour avec la volonté d'améliorer l'accès à la santé dans les pays en développement. De nouvelles méthodes de financement sont pensées, qui tentent de contourner les difficultés politiques et organisationnelles présentes dans ces pays (Carrin *et al.*, 2005, p. 799).

Ainsi, au cours de ces vingt dernières années, se développent des organisations où les communautés sont directement impliquées dans le financement de la santé : les *Assurances Maladie à Base Communautaire*. Ces assurances font références « à un mécanisme où les ménages présents dans une communauté (la population dans un village, un district ou une autre zone géographique, socio-économique ou ethnique) financent ou cofinancent les coûts liés à un ensemble de services de santé » (*ibid*, p.800).

Ces programmes d'assurance se sont largement développés au fil des années, mais l'appellation « assurance » est loin d'être unanime lorsqu'on brasse rapidement les recherches sur le sujet (Waelkens et Criel, 2004). Au sein de la littérature francophone, on trouve notamment le terme « mutuelles de santé » pour en parler. La littérature anglo-saxonne quant à elle, utilise les termes *Community Health Insurance* et *Community-Based Health Insurance*. En 1999, « sur initiative du Bureau international du Travail (BIT), le terme générique de *micro-assurance santé* a fait son apparition dans les deux régimes linguistiques » (*ibid*, p.5).

### 3.1 Micro-assurances santé

Émergeant dans la seconde moitié des années 1980, ces micro-assurances santé (MAS) ont pour but de fournir aux individus une protection financière face aux coûts des biens et services médicaux et ce, « à travers des prépaiements volontaires des membres de la communauté » (Mladovsky, 2014, p.78). L'idée est simple : ces organisations collectent les primes régulières des utilisateurs au niveau local et organisent alors l'accès aux soins avec les fournisseurs. « En permettant aux communautés de contribuer aux soins de santé, et en diffusant leur contribution à travers le temps entre les personnes malades et les personnes en bonne santé, les ressources supplémentaires pour les soins de santé peuvent être mobilisées » (Bennett *et al.*, 1998, p.1).

Bien qu'il n'existe pas un profil type de MAS, plusieurs points communs peuvent être soulignés entre les différents profils existants :

- 1) *Rôle prédominant des actions collectives* : en ce qui concerne « la collecte, la mise en commun, l'allocation, l'achat et la supervision de la gestion des dispositifs de financement de la santé » (Dror et Preker, 2002, p.2).
- 2) *Protection sociale unique* : les personnes couvertes par un de ces programmes n'ont en général pas d'autre protection financière ou arrangement collectif pour pouvoir payer leurs soins de santé, « et les services fournis par le gouvernement ne les atteignent pas » (*ibid*).
- 3) *Caractère volontaire de l'adhésion* : tout adhérent est libre de s'inscrire et de se retirer du programme quand il le souhaite.
- 4) *Objectif social et non lucratif* : les MAS ne visent pas à faire du profit. La mise en place de ces programmes est avant tout de fournir une couverture santé aux individus dans le besoin. Néanmoins, si un résultat financier positif est possible, celui-ci est souhaitable dans la mesure où il sert à « constituer une réserve, à améliorer la qualité des services ou à réduire la contribution des membres » (Develtere *et al.*, 2004, cités dans Lizin, 2013, p.6).

Face aux manques d'infrastructure de santé ou de prise en charge des coûts médicaux au niveau étatique, ce type de programme semble être un moyen efficace pour accéder à un meilleur niveau de santé. De nombreux pays à faibles et moyens revenus tendent aujourd'hui à promouvoir ces MAS. Ainsi, il n'est pas étonnant de trouver dans la littérature une grande quantité d'articles en faveur de ce type d'assurances et certains y voient une véritable opportunité de remplacer ou suppléer les systèmes de santé publics faibles de certains pays

(Morduch, 2006). Plusieurs études démontrent l'impact positif que ces programmes ont sur le financement de la santé dans les pays à faibles revenus (Dror et Preker, 2002), ou encore l'aide qu'ils fournissent aux individus pauvres en termes de protection financière et leur permettant ainsi d'améliorer leur accès aux soins.

Ces dernières décennies, suite à cet entrain et à l'espoir soulevé par ces programmes, des agences de développement ont alors entrepris d'énormes investissements dans le but de contribuer à une diminution de la pauvreté via l'offre d'une protection aux pauvres (Platteau *et al.*, 2017). Ces investissements ont été vus comme plus que nécessaires étant donné les performances déplorables des programmes d'assurances conventionnels et formels (*ibid*). De plus, étant donné les chocs économiques et sociaux fréquents dans les pays en développement et le niveau d'aversion contre les risques supposés relativement élevés chez les individus pauvres, les recherches théoriques s'attendent à un taux d'adhésion élevé (Churchill, 2002). Pourtant, les résultats sont bien en-dessous des attentes : « l'inscription aux programmes largement subventionnés est basse, rarement au-dessus de 30% » (Platteau *et al.*, 2017, p.139). Les plus optimistes y voient cependant un taux relativement important compte tenu de la nouveauté de ces programmes. Selon Dror et Jacquier (1999, cités dans *ibid*) un nombre important de personnes n'auraient pu avoir accès aux services de santé sans le recours à ces programmes. De plus, leurs résultats semblent déjà bien au-dessus de ceux obtenus par les programmes d'assurances conventionnels. Certes ces arguments sont importants mais le problème des taux d'inscriptions bas se trouve renforcé par les faibles taux de renouvellement qui se situent entre 10 et 70% (*ibid*).

Si on regarde la situation du Sénégal, par exemple, le nombre de MAS a connu une nette augmentation au cours des années, comme en Afrique Sub-Saharienne en général, avec un nombre qui atteint les 139 entre 1997 et 2004 (Hygea, 2004 cités dans Mladovsky, 2014, p.78). Pourtant, la couverture de la population totale reste très basse, 4% voire moins des Sénégalais sont inscrits à une MAS (Soors *et al.*, 2010). De plus, une fois inscrit, encore faut-il participer aux programmes à travers le paiement des primes demandées régulièrement. Au Sénégal toujours, on estime qu'en 2004, « 47% de la population inscrite dans une MAS a arrêté de payer la prime d'assurance, perdant alors l'accès aux bénéfices offerts par le programme » (Hygea, 2004 cités dans Mladovsky, 2014, p.78). Ce taux de *drop-out* important nuit directement à la viabilité du programme. Lorsque les membres ne cotisent pas, un risque d'insolvabilité plane alors sur la micro-assurance maladie avec la menace que celle-ci ne détienne plus les ressources nécessaires pour tenir ses promesses.

Comprendre les raisons de cette faible adhésion a été le sujet de recherche de nombreux chercheurs. Une étude qualitative menée en Guinée-Conakry (Criel et Waelkens, 2003) établit que les MAS couvraient 8% de la population cible lors de leur mise en place mais que ce taux est descendu à 6% l'année d'après. Pour les individus pauvres, ces assurances restent trop chères pour leur permettre d'y avoir accès. Selon Clarke (2011), le prix de certaines assurances non-subsidées est tellement élevé que les individus cherchant à maximiser leur utilité ont intérêt à ne pas y avoir recours.

De nombreuses études ayant randomisé le prix de l'assurance, ont trouvé une élasticité importante de la demande par rapport au prix, se situant entre 0,44 et 1,1 (Dercon *et al.*, 2001 ; Cole *et al.*, 2013 ; Karlan *et al.*, 2014, cités dans Platteau *et al.*, 2017). Pourtant, ces recherches montrent également que lorsque le prix d'une assurance est significativement en-dessous du prix actuariellement juste, le taux d'adhésion reste en-dessous de 50%. Même lorsque l'assurance maladie est offerte gratuitement sur une période donnée, l'adhésion stagne aux alentours de 30% (Bonan *et al.*, 2012 ; Thornton *et al.*, 2010 cités *ibid.*).

Ainsi, bien qu'un prix jugé raisonnable ne soit pas une condition suffisante pour pouvoir atteindre une forte demande, il reste néanmoins une condition nécessaire. Les ménages ne possédant pas le capital suffisant pour payer les primes demandées, se retrouvent *de facto* dans l'incapacité de rejoindre le programme et ce sans même la possibilité de poser un choix quant à l'envie de le rejoindre ou non. Malgré la volonté des MAS de venir en aide aux plus pauvres, l'exclusion sociale et financière persiste.

De plus, bien que certains individus disposent d'un (faible) capital financier leur permettant d'avoir recours à ce type d'assurance, encore faut-il s'assurer qu'ils le détiennent sur le long-terme de manière à pouvoir continuer à payer les cotisations demandées. Face aux risques de l'existence, les ménages doivent trouver une manière de réduire le danger de perdre leurs rentrées d'argent suite à un choc économique, agricole ou autre.

### **3.2 Stratégies transnationales**

« Pour beaucoup de familles à travers le monde aujourd'hui, les stratégies d'accès au soin de santé sont devenues transnationales » (Lafleur et Lizin, 2017, p.212).

Selon Sumata (2002, p.620), « une manière de réduire le risque pour les ménages en l'absence de marchés d'assurance, est d'allouer leur force de travail dans des sources diversifiées de revenus ». Supposons qu'un ménage n'assure sa rentrée d'argent qu'à travers sa production

agricole. Une période prolongée de mauvais temps, peut alors réduire à zéro le revenu de la famille pour cette période. Ainsi, s'assurer que les membres de la famille travaillent dans différents secteurs peut permettre de diminuer le risque de subir une nette réduction du revenu familial.

Malheureusement, les possibilités de diversifier les activités rémunératrices sont, la plupart du temps, assez limitées dans les pays en développement. En République Démocratique du Congo (RDC) par exemple, des années d'instabilité politique ont amené le pays dans des crises économiques sans précédent, détruisant une grande quantité d'activités rémunératrices. Face à ces lacunes, la meilleure stratégie semble alors être la migration internationale (*ibid*). En envoyant un membre de la famille (le migrant) vivre à l'étranger, le ménage permet alors de diversifier ses sources de revenu. Le revenu détenu par le migrant reste indépendant des chocs négatifs susceptibles de se produire dans le pays d'origine. L'accès à des sources de rémunération plus sûres permet alors également d'assurer une certaine sécurité dans les paiements des soins de santé du ménage et du migrant lui-même.

Bien qu'à l'heure actuelle, et face à un monde largement globalisé, les raisons des flux migratoires soient diverses, hétéroclites et difficilement explicables par un seul déterminant, le rôle joué par la santé comme moteur de migration a déjà été un sujet de recherche pour de nombreux intellectuels tels que Johnson et Whitelaw en 1974, Massey *et al.* en 1993 ou encore Stark et Bloom en 1985. Les individus émigrent de manière à obtenir des services de santé qui ne sont tout simplement pas disponibles dans leur pays d'origine (Massey *et al.*, 1993 ; Tjadens, 2013), ainsi que pour subvenir aux besoins de leur famille restée au pays, notamment à travers les envois de fonds. « Les soins de santé restent une des raisons majeures d'envoyer des fonds pour 45.000 citoyens congolais résidant en Belgique [ou] citoyens belges d'origine congolaise » (Schoovaere, 2010, cité dans Lafleur et Lizin, 2017, p.219).

En montrant que ces familles, dites transnationales<sup>2</sup>, continuent à échanger au-delà des frontières physiques, ces recherches s'opposent à l'idée que la distance géographique serait susceptible d'impacter négativement les relations familiales (Merla, 2011).

---

<sup>2</sup> Ce terme de « familles transnationales » fait référence à ces « familles qui vivent tout ou la plupart du temps séparées, mais qui tiennent ensemble et créent ce qui pourrait être considéré comme un sentiment de bien-être collectif et d'unité, autrement dit un "sens de la famille", même par-delà des frontières nationales » (Bryceson et Vuorela, 2002, p.18 cités dans Merla (2011, p.146)).

De nombreux soutiens et aides aux soins de santé peuvent être échangés par-delà la distance. À travers le soutien pratique par exemple, qui fait référence à « l'échange de conseils et d'informations pratiques sur divers aspects de la vie comme la santé, l'éducation des enfants, la vie professionnelle, les investissements financiers, etc. » (*ibid*, p.145). Ou encore, à travers le soutien émotionnel qui reprend « les activités qui visent à améliorer le bien-être émotionnel d'autrui » (*ibid*). Bien que ces types de soutien ne soient pas développés dans la suite de ce travail, il est néanmoins important de garder à l'esprit qu'ils existent et qu'au-delà de l'aide financière, ils représentent un certain nombre de stratégies qui permettent au migrant de continuer à jouer un rôle dans l'accès à la santé de ses proches restés au pays. Des idées, des pratiques ou encore des comportements susceptibles d'impacter les perceptions et pratiques liées aux soins de santé peuvent donc être échangés à distance.

A côté de ça, il y a le soutien matériel. Par exemple, le migrant peut répondre aux besoins de santé de sa famille de manière indirecte. À travers des « Hometown Associations » (HTA) par exemple, les immigrants peuvent participer aux financements d'infrastructures dans leur pays d'origine. Ces associations collectent ainsi l'argent envoyé et construisent des centres de santé, des hôpitaux, etc. (Lacroix 2003 ; Smith 2006 ; Alarcón 2002 ; Mazzucato et Kabki 2009, cités dans Lafleur et Lizin, 2015).

Le soutien financier peut également prendre une forme directe, quand le migrant envoie une part de son revenu directement aux proches de son choix. Cette stratégie, hautement étudiée par les chercheurs est connue sous le nom d'*envois de fonds* ou *remittance* dans la littérature anglo-saxonne. A l'heure actuelle, pour beaucoup de ménages dans les pays en développement, ces envois de fonds internationaux constituent une part importante de leurs revenus.

### 3.2.1 Envois de fonds

Cette pratique, consistant à l'envoi, par le migrant, d'une partie de son revenu à des proches qui résident dans son pays d'origine, n'a cessé de faire l'objet de nombreuses études depuis des années.

Cet intérêt croissant se comprend aisément. Depuis les années septante, le volume des envois de fonds n'a (presque) jamais cessé de croître. « Entre 2000 et 2006, les envois de fonds vers les pays en développement ont, dans leur ensemble, plus que doublé, pour atteindre environ 180 milliards de dollars américains, soit près de deux fois le montant de l'aide publique au développement destinée à ces pays » (Rocher et Pelletier, 2008, p.28). En 2007, la Banque

Mondiale, quant à elle, estime que le volume total des envois de fonds reçus dans les pays en développement est à hauteur de 240 milliards de US dollars (Ratha et Xu, 2008).

Aujourd'hui, les envois de fonds continuent de faire l'objet de nombreuses études au sein de la littérature. On y étudie leur impact présumé positif en termes d'accumulation de capital humain ou physique, leur rôle joué quant à la réduction des inégalités tel que la diminution de la pauvreté, leur impact en termes de croissance économique, etc.

Et puis, certains chercheurs ont, quant à eux, cherché à étudier l'impact des envois de fonds sur la santé. Bien qu'il n'y ait pas de consensus quant à la part des dépenses consacrées aux soins de santé dans l'ensemble des envois de fonds reçus par les ménages (Frank *et al.*, 2009), il y a toutefois de larges preuves du rôle joué par ceux-ci pour faciliter l'accès aux soins de santé, l'achat de médicaments et de traitements (Lindstrom et Munoz-Frano, 2006 ; Chauvet et Mesplé-Somps, 2007 ; Drabo et Ebeke, 2010 ; López-Cevallos et Chi, 2012 cités dans Lafleur et Lizin, 2015).

À travers ces envois de fonds, le ménage peut utiliser cet argent afin d'effectuer des achats directs de biens et/ou de services médicaux tels que le paiement d'une consultation à la suite d'une visite dans un centre de santé, l'achat de médicaments nécessaires au traitement dans une pharmacie ou encore le paiement d'une opération chirurgicale. Dans ces cas-ci, l'argent envoyé est directement utilisé pour payer les différents fournisseurs des services de santé. La littérature utilise alors le terme de *paiements directs - out-of-pocket payments* dans la littérature anglo-saxonne -.

Bien que de nombreuses recherches soulignent la corrélation positive entre les envois de fonds et la santé du ménage, d'autres études mettent en garde sur l'impact dangereux que peut avoir le recours à ces paiements directs. McIntyre *et al.* (2006) ont cherché à calculer les coûts directs et indirects que représentent les soins de santé pour les ménages des pays à bas et moyens revenus, autrement dit le « coût économique totale de la maladie pour les ménages » (*ibid*, p.861). Bien qu'ils soulignent les larges variations observées de pays à pays, ils parviennent à obtenir un chiffre moyen de 10%. Ainsi, 10% du budget d'un ménage seraient en moyenne alloués aux biens et services médicaux dans les pays à bas et moyens revenus. Ce chiffre est alarmant pour certains chercheurs (Ranson, 2002 cités dans *ibid*). Un tel niveau de dépenses dans les services de santé à travers des paiements directs peut contraindre les individus à devoir diminuer leur consommation d'autres éléments essentiels tels que la nourriture ou le logement (Russel, 2004). Ne disposant pas d'un revenu assez élevé pour couvrir l'ensemble des coûts, ils

peuvent être forcés de vendre des actifs pourtant productifs. Ce qui peut provoquer une augmentation des dettes et conduire ainsi à davantage d'appauvrissement économique (*ibid*). Il arrive que les familles éprouvent « de grandes difficultés à payer les services de santé. Elles persistent à utiliser les services parce qu'elles n'ont pas le choix si elles veulent sauver leurs proches. L'argent utilisé pour payer les soins de santé aurait autrement été utilisé pour l'alimentation, le développement agricole ou l'éducation. Le paiement des services de santé se fait donc à un coût social considérable pour la famille (...) » (Waddington et Enyimayew, 1989, p.38 cités dans Dror et Preker, 2002).

Ainsi, McIntyre *et al.* (2006, p.859) soulignent le fait qu'avoir recours à « des mécanismes de financements alternatifs tels que l'assurance peut être préférable ».

### 3.2.2 Assurance maladie dans le pays d'origine

Le recours à une assurance maladie est une seconde stratégie transnationale possible pour le migrant désirant répondre aux besoins de santé de sa famille. Spontanément, ou sur base de l'incitation du migrant, les membres d'une famille peuvent décider de s'inscrire à une (micro) assurance maladie et ainsi utiliser les envois de fonds de manière à payer les primes d'assurance. Alternativement, le migrant peut lui-même payer, depuis son pays d'accueil, les cotisations à l'assurance dans son pays d'origine.

Si les migrants semblent avoir une préférence pour ce type de stratégie, il n'en est pas de même pour les ménages résidant dans le pays d'origine. Une recherche a été menée dans les pays ayant peu de tradition avec les assurances santés publiques, privées ou à base-communautaire tels que les pays d'Afrique Sub-Saharienne. Elle a montré que les proches restés au pays préfèrent en général recourir à des paiements directs plutôt que de se voir inscrire à un programme d'assurances santé (Kabki, 2007) et ce pour deux raisons principales. Premièrement, le recours aux paiements directs permet aux bénéficiaires des envois de fonds de gérer cet argent avec plus de souplesse. Et ce, contrairement « aux politiques d'assurances formelles qui doivent être payées indépendamment de l'occurrence de la maladie » (Lafleur et Lizin, 2017, p.214). Deuxièmement, la plupart des programmes d'assurances fonctionnent en partenariat avec des centres de santé ou autres, imposant alors aux bénéficiaires de se rendre dans un de ces lieux afin de recevoir les services de santé. Or, le recours aux paiements directs permet aux patients de décider librement du choix du prestataire de soins (*ibid*).

Du côté des migrants pourtant, beaucoup semblent vouloir éviter le recours à des envois de fonds destinés à des paiements directs. En plus d'être coûteux, ils entraînent plus d'incertitude

quant à l'utilisation de leur argent. Etant donné la distance géographique entre les deux parties, il est difficile de contrôler à la fois les besoins réels de la famille ainsi que les dépenses effectuées en soin de santé par celle-ci. Une fois l'argent envoyé, l'usage qui en est fait est entièrement dans les mains du destinataire et le migrant n'est pas en mesure de vérifier si l'argent réclamé est effectivement utilisé pour le motif de l'envoi.

« Il est arrivé qu'un migrant paie pour sa mère malade depuis de nombreux mois et qu'en arrivant par surprise au pays pour prendre des nouvelles de la famille, il se rend compte que sa mère est morte depuis plusieurs mois » (Gestionnaire de la micro-assurance Solidarco cité dans Lizin, 2012, p.68).

Est-ce dû, en partie, à cette crainte d'un comportement « abusif » de la part de la famille qu'un troisième type de stratégie a vu le jour il y a quelques années ?

### 3.2.3 Assurance santé transnationale : Solidarco

« Certains immigrants ont voulu aller plus loin que simplement encourager leur proche à s'inscrire à une micro-assurance par le biais des envois de fonds » (Lafleur et Lizin, 2015, p.9)

Il y a quelques années, certains membres de la diaspora congolaise résidant en Belgique ont voulu mettre en place une assurance maladie pour leur famille restée au pays mais dont les cotisations seraient payées directement depuis leur pays d'accueil. En effet, face aux demandes récurrentes de leurs proches de subvenir à leurs besoins de santé, la réponse de la diaspora congolaise, influencée directement par leur propre accès aux soins de santé en Belgique, a été d'imaginer cette nouvelle forme d'assurance maladie.

C'est ainsi que naît en 2010, après deux ans de réflexion, « Solidarité-Congo » appelée plus communément *Solidarco*.

Cette MSA à caractère transnational, est la seule qui soit actuellement proposée à l'échelle mondiale. En effet, bien que les micro-assurances connaissent une véritable montée quantitative dans les pays en développement, le principe d'une micro-assurance dont les cotisations seraient payées dans le pays d'accueil par le migrant mais les bénéfices reçus dans le pays d'origine, est bien loin de suivre cette même tendance. Pour cette raison, seules les travaux effectués par Lafleur et Lizin (2014, 2016, 2017) ont traité, à l'heure actuelle, de ce type d'assurance.

Parvenir à comprendre les raisons de mise en œuvre d'une telle micro-assurance santé par la diaspora congolaise, c'est-à-dire l'intérêt de payer 30€ par mois à Solidarco au lieu d'envoyer directement cet argent en République Démocratique du Congo, est l'intérêt de ce mémoire.

Autrement dit, « *Comment se fait-il qu'à un moment donné, il puisse être plus intéressant pour certains migrants congolais de cotiser mensuellement à Solidarco, afin de répondre aux besoins de santé de leur famille, plutôt que d'utiliser ce même montant sous forme d'envois de fonds ?* »



## **Chapitre 2 : Situation sanitaire en République Démocratique du Congo**

Le chapitre précédent a permis de mettre l'accent sur les difficultés rencontrées aux quatre coins du monde, et particulièrement en Afrique Subsaharienne, en ce qui concerne l'accès à des soins de santé de qualité. De nombreux obstacles s'opposent à l'atteinte de ce droit universel, et ce, malgré la mise en place de nombreuses actions, stratégies, institutions formelles ou informelles. C'est dans ce contexte que Solidarco voit le jour sous l'impulsion de la diaspora congolaise.

Du Congo-Belge à la République Démocratique du Congo, le pays n'a cessé de faire face à des instabilités que ce soit au niveau politique ou économique. Ces années de déséquilibre ont directement impacté la situation sanitaire du pays, le plongeant notamment dans une pauvreté croissante.

Ce deuxième chapitre s'attardera un instant sur l'histoire de ce pays afin de saisir le contexte dans lequel Solidarco voit le jour.

### **1. Du Congo-Belge à la République Démocratique du Congo**

#### **1.1 Instabilité politique et difficultés économiques**

C'est en 1960, que le Congo-Belge, proclame son indépendance, après plus de 50 années sous domination coloniale belge. Le 24 novembre 1965, Joseph-Désiré Mobutu saisit le pouvoir et le pays, qui prend alors le nom de Zaïre, vit sous un régime de dictature durant ses trente années de règne (Irenees, 2015 ; Trésor, 2017). À cette période, la corruption extrême que connaît le pays ainsi que l'effroyable gestion de celui-ci laissent les services publics sur le côté, menant (davantage) le pays dans une pauvreté impressionnante et entraînant une mauvaise santé chronique de la population (Herp *et al.*, 2003). Au cours de ces trois décennies, le produit national par habitant diminue annuellement de 4% (Tcheta-Bampa et Mankinda, 2016), entraînant le pays « vers le bas de la hiérarchie mondiale des nations et laissant la population dans la misère aussi mauvaise, voire pire, que celle dont elle souffrait sous le régime colonial belge » (*ibid*, p.1).

En mai 1997, après une guerre de neuf mois faisant plusieurs milliers de morts, Laurent-Désiré Kabila renverse Mobutu avec le soutien de son Alliance Régionale, le Rwanda et l'Ouganda. Kabila devient alors le nouveau président de ce qui s'appelle encore aujourd'hui la République Démocratique du Congo. La situation du pays ne s'améliore pas : la première guerre du Congo

continue et en 1999, lorsque Kabila décide de rompre son alliance avec le Rwanda et l'Ouganda, une seconde voit le jour (Reyntjens, 1999).

Le contexte économique dans lequel Kabila arrive au pouvoir est catastrophique. Durant les années 80, les dettes extérieures du pays augmentent à un point tel qu'elles atteignent les 12,5 milliards de dollars en 1997 et le taux d'inflation annuel tourne autour des 4 737% entre 1990 et 1996 (CEA, 2015).

Après seulement cinq années de présidence, Kabila est assassiné. C'est alors son fils Joseph Kabila qui lui succède en 2001. La guerre, elle, continue encore durant une année. À cette période, début du 21<sup>ème</sup> siècle, la situation reste effrayante. Le PIB est de 3,9 milliards de dollars, là où, à peine quelques décennies plus tôt, il était de 10 milliards. En 2002, l'inflation atteint jusqu'à 511% (*ibid*).

Dix-sept ans après ses débuts de gouvernance, Joseph Kabila est aujourd'hui toujours au pouvoir, malgré la fin de son second mandat fin 2016. Il ne pourra néanmoins pas se présenter aux prochaines élections présidentielles ayant lieu fin de cette année 2018. Malgré cette annonce, la stabilité politique et économique du pays est loin d'être à l'ordre du jour.

## **1.2 Réalité du secteur sanitaire**

### *1.2.1 Quelques chiffres*

La population pâtit directement de ces crises politiques et économiques à répétition. Les périodes de guerre prolongées, par exemple, requièrent des dépenses financières gigantesques destinées à les soutenir. Ainsi, face à la baisse des recettes publiques, des coupes budgétaires importantes sont rendues nécessaires au sein du pays afin de pouvoir financer ces conflits. Une éviction des dépenses publiques dans les secteurs productifs et sociaux s'opère au profit du secteur de la défense (CEA, 2015). Dès la fin des années 70, l'État diminue ainsi nettement le financement du secteur de la santé. En 1995, c'est 2,2% du budget qui est alloué à ce secteur. Ce chiffre diminue à 1,8% au début du 21<sup>ème</sup> siècle avant d'atteindre 1,2% en 2010 (*ibid*). Le budget de maintenance des infrastructures étant, par exemple, une cible facile, s'observe alors une dégradation progressive des routes, des écoles ou encore des hôpitaux.

Lors de son rapport annuel, Global Health Facts (2009 cités dans Gerstl *et al.*, 2013) estime que 59% des habitants du pays (soit plus ou moins 66 millions de personnes) vivent avec un revenu quotidien inférieur à 1,25\$. Selon Ribesse et Macq (2010 cités dans *ibid*), les ménages dépensent annuellement 7 \$ en moyenne par personne pour les services de santé. Lorsque l'on

sait que le coût de la simple guérison d'un épisode de paludisme (pathologie la plus rapportée dans le pays), à travers les paiements directs, s'élève aux alentours de 100 € (Manzambi, 2018), on comprend comment, au cours des dernières décennies, 82% de la population congolaise déclarent être dans l'incapacité de répondre de manière autonome à ses frais de santé (Manzambi et Reginster, 2013). Début du 21<sup>ème</sup> siècle, il est calculé qu'environ 75% de la population kinoise nécessite une aide externe afin de pouvoir payer des frais médicaux supérieurs à 20 000 francs congolais (i.e. 12\$) (BIT-STEP, 2002 cités dans Lafleur et Lizin, 2017). Face au manque de financement gouvernemental, s'observe alors une diminution « du taux d'utilisation des services de santé qui est passé de 25% en 1997 à 15% en 2006 » (Manzambi *et al.*, 2013, p.48).

De plus, dû à l'absence d'une réelle régulation des soins de santé ou du prix des médicaments, le personnel au sein des infrastructures de santé jouit d'une large autonomie quant à la tarification de leurs services. Selon le prix fixé, la rémunération en sera plus ou moins importante. Entravant leur accès aux soins de santé les plus basiques, ce manque de standardisation, porte directement préjudice aux individus pauvres.

Aujourd'hui, la République Démocratique du Congo, se retrouve parmi les plus mauvais élèves en ce qui concerne les mesures standards de développement social et humain. En 2009, le pays est dans la liste des top dix des Crises Humanitaires. Et ce, pour la 11<sup>ème</sup> année consécutive (MSF, 2009 cités dans Gerstl *et al.*, 2013). En 2013, l'index de développement humain, classifiant les réalisations en matière de santé, d'éducation et de revenu, place la RDC en dernière position d'une liste de 187 pays. La performance générale du système des soins de santé congolais fait partie des plus pauvres du monde (WHI 2014 cités dans *ibid*). La situation sanitaire générale du pays s'est détériorée à un point tel qu'à cette même période, la mortalité et l'espérance de vie atteignent des niveaux non expérimentés depuis les années 50 et 60 (Gerstl *et al.*, 2013).

### 1.2.2 Prestation des soins de santé

Ayant été influencée par le système de soins mis en place avant l'indépendance du pays par les colonisateurs belges, l'organisation du système de santé en RDC est fortement semblable à celui de Belgique.

De nombreux centres de santé, offrant les soins de santé dit « basiques », sont présents dans le pays. Ceux-ci sont alors organisés en réseau de 10 à 15 autour d'un hôpital de référence, où les individus sont alors envoyés lorsque leur situation demande de recevoir des soins plus

spécifiques (Lafleur et Lizin, 2017). Le système est ainsi organisé en palier : plus le patient est soigné par un prestataire se trouvant dans le haut de la pyramide (i.e. un hôpital), plus les soins reçus sont coûteux. Il est alors difficile pour un large pan de la population congolaise d'avoir accès à ce dernier palier. Cela pose un problème majeur car non seulement on est susceptible d'y recevoir des soins de médecines spécifiques, mais c'est aussi au sein de ces hôpitaux que les services prestés sont généralement de bonne qualité.

Or, la mauvaise qualité des soins constitue un obstacle majeur empêchant le niveau de santé du pays de s'améliorer.

La qualité des formations médicales a énormément baissé ces dernières années. Ainsi, les individus sortant avec un diplôme de médecin, d'infirmier, de pharmaciens ou tout autre métier du secteur médical ont, pour la plupart, reçu une formation de sous-qualité. Les compétences acquises ne sont alors pas à la hauteur des exigences (Manzambi, 2018). Selon une étude menée par Manzambi (2014), plus de 90% des tenanciers des pharmacies, n'ont ni diplôme de pharmacien, ni aucun profil paramédical. Ces pharmacies fonctionnent sans n'avoir reçu aucune autorisation. Conséquence : de nombreux médicaments circulant à Kinshasa sont falsifiés ou périmés. Environ 80% des médicaments en circulation dans le pays « seraient contrefaits ou de qualité inférieure » (*ibid*, p.15).

Prenons un individu kinois souffrant d'un mal quelconque et supposons que cet individu détienne un capital financier suffisant pour se rendre dans un centre de santé afin d'y être ausculté : encore faut-il que le médecin qui l'ausculte ait reçu une formation de qualité afin qu'il puisse poser le juste diagnostic. Si cela s'avère être le cas, ce prestataire de soins prescrira le traitement adéquat. Néanmoins, cette étape franchie, encore sera-t-il nécessaire que l'individu se procure des médicaments de qualités. Les médicaments constituent un autre frein à la possibilité d'améliorer la situation sanitaire du pays.

Le faible pouvoir d'achat, la mauvaise qualité de la formation et par conséquent des cadres et du personnel de santé, ainsi que la mauvaise qualité des médicaments, sont des faiblesses majeures freinant l'action de toute institution, programme ou action se mettant en place dans le pays. Que ce soit les mutuelles de santé, les assurances privées, les micro-assurances etc, leur aide semble être *de facto* limitée dans la mesure où elles ont recours aux prestataires de soins et aux médicaments présents en RDC.

## 2. Émigration de la population

Dans cette situation d'hyperinflation prolongée, de diminution du pouvoir d'achat et d'un manque crucial d'accès à des services de santé de qualité, les habitants congolais ont de plus en plus marqué la volonté de quitter le pays et ce, de manière définitive (Takeyuli Tsuda, 1999).

Entre 1971 et 2002, c'est plus de 1,7 millions de congolais qui émigrent. On observe alors des déplacements de population en direction de pays tels que la France, le Royaume-Uni, l'Afrique du Sud ou encore la Belgique. Un pays prospère, des institutions saines et de qualité, la présence d'un réseau de connaissances, sont divers éléments pouvant expliquer ce choix des destinations (Ariu *et al.*, 2016). L'histoire coloniale connectant certains pays d'Europe à leurs anciennes colonies est également un facteur explicatif (Audberet et Kamel Doraï, 2010). Ainsi, Sumata (2002) souligne que les liens coloniaux entre la Belgique et la RDC semblent être un facteur clef pour expliquer le flux migratoire de ce dernier à destination de la Belgique. Le 1<sup>er</sup> janvier 1991, c'est 17 451 individus nés congolais qui sont répertoriés sur le territoire belge. Quinze ans plus tard, ce chiffre atteint les 82 926 individus, soit 4,6% de la population totale immigrée en Belgique (Lafleur et Marfouk, 2017).



## **Chapitre 3 : Fonctionnement de Solidarco**

### **1. Mise en place de Solidarco**

C'est dans ce contexte de pauvreté, d'émigration et de croissance des mouvements mutualistes que le projet Solidarco émerge en 2008 sous l'impulsion de la diaspora congolaise.

Faute de connaissance en la matière, les membres de la diaspora demandent alors à la mutualité socialiste Solidaris un soutien d'expertise afin de mettre en place une assurance vivable sur le long terme. Parallèlement, l'organisation Wallonie Bruxelles International décide de subventionner cette MAS durant ses deux premières années de lancement. Étant donné le faible nombre d'adhérents lors des premiers mois, cette subvention est vitale. Elle permet de garantir une mise en commun suffisante des ressources pour établir un partenariat avec des prestataires de soins en RDC. À cette époque, Solidarco décide de travailler avec le Bureau Diocésain des Œuvres Médicales (BDOM) pour ce qui est de la prestation des soins médicaux. Le BDOM est une « organisation professionnelle chargée de coordonner toutes les interventions du secteur de la santé de l'archidiocèse de Kinshasa » (Lizin, 2014, p.22). À l'époque, Sœur Thérèse, la représentante de cette organisation, connaissant le mouvement mutualiste, était fort favorable au projet Solidarco. Elle avait alors décidé d'y prendre part (Hagiefstratiou, 2018).

À la suite d'une étude de faisabilité, Solidarco décide de proposer l'offre suivante : en échange d'une cotisation mensuelle de 30€ par mois, elle garantit la prise en charge d'un certain panier de soins définis et ce, pour sept individus résidant à Kinshasa. Lors de l'inscription, l'adhérent désigne ces sept individus. Les travailleurs de Solidarco établis à Kinshasa sont alors chargés de les contacter. Cette prise de contact a pour objectif de fixer avec les individus le centre de santé du BDOM dans lequel ils désirent se faire soigner en cas de besoin. Une carte de membre leur est alors attribuée.

Depuis six ans, Solidarco fonctionne seule. Aucun système de réassurance n'est présent derrière elle et seules les cotisations reçues par ses adhérents constituent les fonds disponibles pour cette organisation. Pour se faire, l'ensemble du personnel travaillant au sein de Solidarco en Belgique est bénévole. Aucun salarié n'est engagé. Néanmoins, compte tenu du contexte socio-économique difficile en RDC, les deux travailleurs établis à Kinshasa sont rémunérés sur base des cotisations : 5€ sur les 30€ leurs reviennent afin de compenser les frais administratifs engendrés par la gestion de la micro-assurance.

Ce chapitre permet de comprendre la manière dont cette MAS fonctionne, d'analyser les stratégies qu'elle a mise en place pour parvenir à garantir un paquet de soins de santé aux assurés kinois et ce tout en assurant sa propre viabilité.

## 2. Micro-assurance : averse au risque ?

Pourquoi Solidarco est prête à endosser le risque que les membres de la diaspora congolaise ne sont pas prêts à supporter ?

Rappelons en une phrase la mission d'une (micro) assurance : supporter les risques à la place de ses clients. Ces derniers, supposés averse aux risques, ne désirent pas supporter à eux seuls la menace de devoir payer des frais de santé importants engendrés à la suite d'une maladie, d'une visite médicale, de l'achat de médicaments ou d'autres raisons. Ainsi, les individus sont prêts à payer un certain montant afin que ce risque soit supporté par quelqu'un d'autre, et c'est ainsi qu'une assurance prend de la valeur.

Pourtant, une question se pose : une micro-assurance n'est-elle pas, elle-même, averse au risque ?

La réponse est oui ! C'est notamment le cas pour Solidarco. L'ensemble des stratégies mises en place par cette MAS ont alors pour objectif de réduire - voire d'annuler- le risque qu'elle supporte afin de pouvoir fonctionner convenablement. C'est à travers la mise en pratique du principe de la loi des grands nombres que Solidarco est en mesure d'y parvenir.

### 2.1 Mise en commun du risque

Le principe de cette loi est simple. Supposons que, chaque jour, monsieur Jean prenne son vélo et que la probabilité qu'il tombe et doive se faire opérer soit de 1 sur 1000. Bien que ce soit une petite probabilité, elle engendrerait des coûts dont monsieur Jean ne désire pas prendre le risque. Ainsi, il décide d'avoir recours à une assurance maladie et accepte de payer une certaine cotisation mensuelle. De son côté, bien que la compagnie d'assurance soit également averse au risque, celle-ci n'assure pas seulement monsieur Jean, mais bien des milliers d'autres individus en même temps. S'il s'avère que monsieur Jean ait effectivement besoin de subir une opération, ou d'avoir recours à tout autre service engendrant des frais médicaux, 999 autres individus sont, eux en bonne santé et ne demandent rien. Ainsi, en collectant les cotisations de ses clients, une compagnie d'assurance détient, a priori, une somme suffisamment élevée pour couvrir les frais de santé de ses malades potentiels.

À travers la mise en commun des risques, l'assurance parvient à réduire l'exposition face à ceux-ci : au plus le nombre d'individus assurés est grand, au plus la variation des personnes tombant effectivement malades sur une période donnée, est faible. Ce principe est une application directe de la loi des grands nombres.

Solidarco, comme toute assurance, fonctionne sur ce principe. C'est pour en assurer le bon fonctionnement que cette micro-assurance a élargi, au fil des années, le profil des personnes pouvant cotiser. De cette manière, elle s'assure de détenir un nombre plus large de cotisations et de posséder suffisamment d'argent pour être en mesure de rembourser les frais de santé d'un assuré lorsque cela s'avère être nécessaire.

Initialement, cette micro-assurance était réservée exclusivement aux migrants congolais résidants en Belgique à destination de leurs proches à Kinshasa. À l'heure actuelle, ce sont des migrants résidant également au Canada, en Amérique du Nord, ou un autre pays européen qui assurent leur famille via cette assurance belge. De plus, les individus résidant à Kinshasa peuvent à présent s'assurer directement eux-mêmes. Solidarco prend alors davantage le rôle de mutualité. Elle permet également aux entreprises d'assurer directement leurs travailleurs kinois. Enfin, tout individu désireux de prendre part à l'assurance peut soit faire une donation, soit parrainer un enfant à Kinshasa, en payant 30€ par mois pour lui assurer ses soins de santé (Solidarco, 2018).

Pourtant, bien que le nombre d'adhérents continue d'augmenter au fil des années (200 donateurs à l'heure actuelle), ce chiffre n'est pas suffisant. Au vu de l'environnement physique de Kinshasa et de la pauvreté du pays, « si on regarde le profil dans le ménage, chaque personne pourrait tomber malade chaque mois » (Manzambi, 2018). Ainsi, comme le souligne Hagiefstratiou (2018) « le projet reste encore modeste et pour être à l'équilibre devrait atteindre le nombre de 280 donateurs ».

## **2.2 Indépendance des risques**

La mise en commun du risque constitue une première condition pour assurer le bon fonctionnement d'une micro-assurance. Encore faut-il en remplir une seconde : l'indépendance des risques.

Imaginons. Une compagnie d'assurance maladie assure en même temps 1000 individus résidant tous dans le même quartier. Supposons que pour une raison inconnue, l'eau de ce quartier soit infectée. La probabilité que l'ensemble de ces personnes tombent malades est extrêmement

élevée. En revanche, si la compagnie fournit des assurances maladie à l'ensemble du pays, la condition d'indépendance est remplie : la probabilité de tomber malade n'est plus corrélée entre les individus. Une autre manière de répartir le risque est la diversification : plus la compagnie propose de types divers d'assurances, plus l'indépendance des risques a des chances d'être vérifiée.

Le cas des mutuelles en Belgique illustre bien ce principe de mise en commun des risques et d'indépendance. En rendant l'adhésion à une mutuelle obligatoire pour tout citoyen belge désireux de couvrir ses soins de santé, les mutuelles sont alors assurées qu'il existe une diversité dans le profil de risque de ses milliers d'assurés.

Cependant, l'adhésion à l'assurance n'étant pas obligatoire, Solidarco ne peut se vanter d'avoir cet avantage. Aussi, une autre stratégie a dû être trouvée pour l'assurance afin d'atteindre l'indépendance des risques. Tout d'abord, Solidarco est une assurance disponible pour l'ensemble des habitants de Kinshasa, et ce, sans discrimination. Comme le confirme Hagiefstratiou (2018), les individus assurés sont présents dans l'ensemble de la ville, étendue sur une superficie de 9 965km<sup>2</sup>. La possibilité qu'une affection, un virus ou autre, impacte l'ensemble de la ville est assez minime.

De plus, le groupe de sept personnes devant être désigné par le migrant, les personnes assurées présentent des profils très diversifiés. Lors d'un voyage en République Démocratique du Congo, afin d'interroger les familles congolaises bénéficiant de Solidarco, Lizin (2014) identifie deux types de bénéficiaires : les principaux et les secondaires. Le premier groupe rassemble les membres de famille à qui le migrant donne déjà une partie de son salaire à travers les envois de fonds. Il s'agit en majorité « des personnes âgées, soit des jeunes enfants, soit des mères de famille en situation précaire » (*ibid*, p.64). Ces individus étant considérés par les assurances comme les plus à risque de tomber malade. À côté de ces bénéficiaires principaux, il y a les secondaires. Étant donné que le migrant cotisant à Solidarco doit choisir sept individus, il complète généralement le groupe d'assurés par cette seconde catégorie. Lizin (2014) souligne que ceux-ci présentent des profils hautement diversifiés que ce soit au niveau de leur âge, leur genre, leur profession, etc. Ainsi, du fait de cette obligation de choisir sept individus pour un seul adhérent, Solidarco s'assure que les individus sélectionnés ne présentent pas de risques dépendants. Ce point de contrat permet également d'éviter le risque de sélection averse, abordé ci-dessous.

### **2.3 Risque de l'asymétrie d'information**

Étant donné l'asymétrie d'informations existante au sein de toute assurance, le risque de sélection aversive et d'aléa moral est présent et représente des risques majeurs en ce qui concerne la viabilité d'une assurance.

Lors de sa mise en place, il a fallu que Solidarco se protège contre ces deux menaces. D'une part, en évitant qu'un migrant congolais décide d'inscrire à l'assurance uniquement ses proches les plus à risque, tels que les petits enfants et les personnes âgées, et d'autre part en évitant que les ménages congolais assurés par Solidarco adoptent des comportements plus à risque ou fassent preuve de moins de prévoyance une fois assurés.

Tout d'abord, afin d'empêcher le risque d'aléa moral, un système de contrôle des prestations est mis en place afin d'éviter tout abus du programme. Si un individu se rend cinq fois au cours du même mois au BDOM pour recevoir des médicaments contre le paludisme, le système détecte automatiquement un problème. À partir du moment où un fraudeur est repéré, il est *de facto* exclu de Solidarco sans possibilité de s'y réinscrire par la suite. Inévitablement, le recours à Solidarco par la prise en charge des frais de santé, pousse les individus à se rendre de manière plus fréquente dans les centres de santé. Mais cela, c'est l'objectif même poursuivi par cette micro-assurance. Est-ce pour autant que les individus prennent moins de précautions qu'au préalable ? Rien n'est moins certain.

Pour ce qui est de la sélection aversive, la menace est d'autant plus probable que le montant des cotisations à payer est indépendant du niveau de risque des assurés. Afin de s'assurer que ce ne sont pas uniquement les personnes les plus à risque qui s'inscrivent à Solidarco, tout individu désirant jouir des bénéfices de la micro-assurance est soumis au préalable à une période de stage (Solidarco, 2018). Au cours de celle-ci, bien que les cotisations soient déjà payées par l'adhérent, aucun frais de santé n'est encore en mesure d'être remboursé. Cette période de stage varie de trois à six mois, pour les opérations de moyennes chirurgies.

L'idée derrière cette clause du contrat est d'éviter que les adhérents décident d'inscrire leur famille uniquement lorsque celle-ci a besoin de soins médicaux. Si les personnes décidaient de s'inscrire à Solidarco uniquement lorsqu'ils ont besoin de soins de santé, cette micro-assurance serait incapable de perdurer : l'ensemble des cotisations devraient être directement utilisées pour assurer le paiement des soins de santé et un problème de liquidité apparaîtrait rapidement.

Ainsi, cette période de stage permet à Solidarco de constituer un fond de réserve nécessaire et de se couvrir contre les comportements opportunistes (*ibid* ; Kaissa, 2016).

### 3. Comment garantir le paiement des frais de santé ?

« Dans ce contexte local, (...) chaque membre de la famille, par an, va faire trois, quatre, voire six épisodes rien que de paludisme. Si on regarde les frais de santé pour un épisode de paludisme, on atteint facilement les 100 dollars » (Manzambi, 2018).

Comment, sachant le risque élevé de tomber malade en République Démocratique du Congo ainsi que le coût des frais de santé dans le pays, Solidarco parvient-elle à financer les soins de santé de ses assurés en recevant mensuellement 30€ par mois pour sept individus ?

Lorsqu'une assurance se met en place, il existe différentes manières de payer les centres de santé dans le conventionnement.

Par exemple, une première méthode consiste à rémunérer à l'acte. Dans ce cas, les prestataires de soins et l'assurance fixent une tarification pour chaque soin fourni. Par exemple, tout épisode de paludisme est facturé à 100€, tout épisode de grippe à 50€, etc. Ainsi, l'adhérent de l'assurance paie les soins qu'il reçoit selon cette nomenclature préétablie et l'assurance s'engage à lui rembourser ultérieurement ses frais de santé.

Une seconde manière de procéder est par capitation. Cette méthode de paiement se base sur un forfait négocié entre l'assurance et les prestataires de soins. Les deux parties définissent le panier de soins auquel l'adhérent a accès et le forfait à payer pour y accéder. Ainsi, pour chaque groupe de personne à sa charge, le prestataire de soin reçoit cette somme d'argent fixe de la part de l'assurance.

C'est à cette seconde stratégie que Solidarco a recours. Comme dit précédemment, cette micro-assurance travaille en collaboration avec le Bureau Diocésain des Œuvres Médicales (BDOM). Lors de sa mise en place, une étude de faisabilité a été menée. Il a alors été décidé du paquet de soins assurés par Solidarco, du nombre de personnes pris en compte dans ce forfait et, enfin, de son tarif. Ne désirant pas être en compétition avec les autres services mutualistes proposés dans le pays, Solidarco avait décidé de fixer sa prime de cotisation au niveau moyen du pays, soit 3,5 euros. Autrement dit, 25€ pour sept individus. Ainsi, tous les mois Solidarco verse les 25€ reçus aux centres de santé du BDOM. Cet argent garanti la prise en charge gratuite des soins et

des biens médicaux prédéfinis pour chaque groupe de sept individus référencés (Hagiefstratiou, 2018).

C'est cette rémunération à la capitation qui permet à la micro-assurance de fonctionner. Si les prestations étaient payées à l'acte, il serait nécessaire d'augmenter la prime de cotisation afin de s'assurer que les frais de santé ne dépassent pas les cotisations. Solidarco perdrait alors un nombre considérable d'adhérents.

La capitation est également importante pour prévenir les risques d'aléa moral entre le BDOM et Solidarco. En effet, si le BDOM était rémunéré à l'acte, il pourrait être tenté de falsifier le nombre de consultations, de patients pris en charge, etc. afin de recevoir un remboursement (non justifié) de la part de Solidarco. Or, à travers la capitation, le prestataire de soins reçoit un revenu fixe et indépendant du nombre de patients pris en charge. Le médecin n'est alors pas tenté de mentir. Compte tenu de la distance géographique séparant le centre de gestion de Solidarco (en Belgique) et le BDOM (à Kinshasa) ce point est important.

Un dernier point est important à souligner : étant donné que c'est le BDOM qui est chargé de délivrer les soins de santé, théoriquement c'est cette organisation qui porte le risque d'aléa moral et de sélection aversive susceptibles de survenir chez les bénéficiaires de Solidarco. Cependant, dans la pratique, c'est Solidarco qui serait la première victime dans le cas où ces comportements opportunistes venaient à se réaliser. En effet, le BDOM ne voudrait plus renouveler son contrat avec la micro-assurance et elle serait alors dans l'obligation de fermer. Pour cette raison, c'est Solidarco qui s'est chargé de mettre en place les différentes stratégies permettant de contrôler ces menaces.



# Partie pratique

## Chapitre 4 : Solidarco, conséquence d'un altruisme paternaliste ?

Le chapitre précédent ayant permis de comprendre comment fonctionne Solidarco, il est temps de répondre à la question de recherche :

*« Comment se fait-il qu'à un moment donné, il puisse être plus intéressant pour certains migrants congolais de cotiser mensuellement à Solidarco, afin de répondre aux besoins de santé de leur famille, au lieu d'envoyer ce même montant sous forme d'envois de fonds ? »*

Alors que les ménages semblent éprouver une préférence pour les envois de fonds qui leur offrent la possibilité d'allouer librement l'argent aux besoins rencontrés, diverses recherches ont montré que certains migrants étaient quant à eux réticents à l'idée de recourir à cette stratégie. En effet, compte tenu de la distance physique le séparant de sa famille, le migrant n'est pas en mesure de s'assurer que l'argent envoyé est effectivement utilisé pour le motif désiré.

Sur base de ces éléments, l'hypothèse qui va être testée afin de répondre à la question de recherche, est de supposer que *le choix du migrant d'inscrire sa famille à Solidarco est la conséquence d'un altruisme paternaliste du premier envers la seconde*. Le migrant privilégie le niveau de santé de sa famille avant de considérer l'utilité de cette dernière. C'est le conflit existant entre le migrant et sa famille qui tend à faire penser cela. De plus, une explication donnée par la diaspora congolaise au sujet de la mise en place de Solidarco est la volonté de cette dernière de renforcer son contrôle quant à l'usage fait de l'argent envoyé *a priori* pour des raisons médicales à la famille. Cette volonté de contrôle, renforce l'idée d'un altruisme paternaliste.

Il s'agit dans la suite de ce mémoire, de développer un modèle économique afin de démontrer le caractère plausible de cette hypothèse.

## 1. Les agents du modèle

Le modèle développé ci-dessous est composé de trois agents économiques : le *migrant* (M), sa *famille* (F) et *l'assureur* (A). Chacun cherchant à maximiser sa fonction d'utilité et agissant en conséquence.

### 1.1 La famille

Le premier agent est la famille. Elle représente les membres du ménage restés en République Démocratique du Congo dont un membre, le migrant, est parti s'installer à l'étranger.

Elle cherche à répondre à l'ensemble de ses besoins et dispose pour ce faire d'un revenu à hauteur d' $Y_F$ . Elle est alors libre d'allouer cet argent de la manière qu'elle souhaite entre son bien de consommation ( $c_F$ ) d'une part, et les soins de santé ( $s_F$ ) de l'autre. Ces deux biens représentent l'ensemble des besoins susceptibles d'être rencontrés par la famille.

Le premier bien,  $c_F$ , peut être vu comme tout bien et/ou service en dehors du champ médical tel que les frais liés au logement, à l'achat de nourriture, à la scolarité des enfants ainsi qu'à tout autre besoin rencontré par la famille. Le coût de ce bien est normalisé à un, pour des raisons de simplification et afin qu'il ne soit pas sujet à des variations des prix.

Le second bien,  $s_F$ , concerne les soins de santé tels que le paiement d'une consultation chez le médecin, l'achat de médicaments, le recours à une opération, etc. (i.e. l'ensemble des biens et/ou services relatifs au secteur médical). Le prix des soins de santé est représenté par la variable  $p_S$ , il peut ainsi être plus ou moins facile d'obtenir des soins en RDC.

Enfin, il est supposé que la famille a un besoin connu et fixe en santé ( $b_F$ ). Si la famille désire répondre à ce besoin, elle doit acheter des soins de santé. Au plus la famille consacre une part élevée de son revenu aux soins, au plus elle répond à son besoins de santé et atteint par conséquent un niveau de santé élevé. Afin d'y répondre, la famille reçoit une aide financière de la part du migrant. Cette contribution peut prendre soit la forme d'envois de fonds, soit être le recours à un assureur (i.e. l'inscription à une micro-assurance maladie).

### 1.2 Le migrant

Le second agent est le migrant. Il est défini comme le membre d'une famille congolaise faisant le choix d'aller vivre en Belgique afin de participer financièrement aux soins de santé sa famille.

Le migrant cherche à répondre à la fois à l'ensemble de ses besoins et également à participer financièrement aux soins de santé de sa famille. Pour ce faire, il détient un revenu à hauteur d' $Y_M$  qu'il peut allouer entre son bien de consommation personnelle ( $c_M$ ) d'une part et une participation financière aux soins de santé de sa famille d'autre part. Afin de répondre aux besoins de santé de sa famille, deux stratégies s'offrent à lui : soit il lui envoie une partie de son revenu sous la forme d'envois de fonds ( $r$ ), soit il décide de payer des cotisations ( $a$ ) à une micro-assurance maladie.

### 1.3 L'assureur

Pour terminer, le dernier agent à prendre en compte est l'assureur. Pour chaque niveau de cotisation reçu par un adhérent, il assure un certain paquet de soins et garantit alors à l'assuré d'atteindre un certain niveau de santé.

La fonction  $g(a)$  modélise cet agent. Elle permet de savoir combien cela coûte en cotisation ( $a$ ) pour bénéficier d'un certain niveau de santé garanti. Le graphique 5.1 ci-dessous illustre cette fonction.

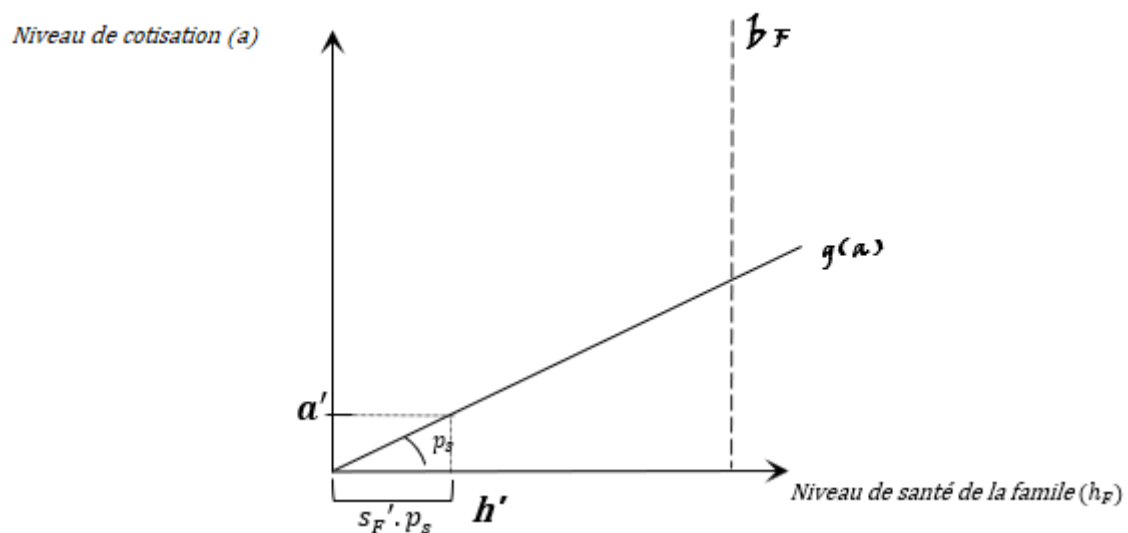


Figure 5.1

En payant un niveau de cotisation à hauteur de  $a'$ , l'assureur garantit le paquet de soins  $s_F'$  à la famille. Une fois ce paquet de soins garanti, encore faut-il savoir le niveau de santé correspondant.

Le niveau de santé de la famille est calculé par l'équation :  $h_F = \min \{s_F - b_F; 0\}$ . Ainsi, si la famille reçoit une quantité de soins qui ne couvrent pas l'ensemble de ses besoins en santé, son niveau de santé est négatif. Dans le « pire » scénario, si la famille ne reçoit aucun soin, elle atteint le niveau de santé de  $-b_F$ . Dans le « meilleur » scénario, si elle acquiert une quantité de soins à hauteur de son besoin, son niveau de santé est alors à 0. Ce niveau correspondant au niveau maximal que la famille peut atteindre.

Afin de représenter graphiquement cette idée au sein du graphique 5.1 - ainsi que dans les graphiques ultérieurs - il convient de donner une valeur positive au niveau de santé. Ainsi, la santé est représentée sur l'ensemble des graphiques constituant ce travail à travers l'équation :

$$h_F = b_F + \min \{s_F - b_F; 0\}$$

Il s'agit d'une translation de  $b_F$  par rapport à l'équation précédente. À présent, si aucun soin n'est acheté, le niveau de santé de la famille est de 0. En revanche, si elle acquiert des soins à hauteur de son besoin en santé, alors la santé atteint graphiquement le niveau  $b_F$ . Par conséquent, la quantité de soins achetée équivaut au niveau de santé que la famille atteint sur les représentations graphiques.

Dans le cas de la figure 5.1, par exemple, en garantissant le paquet de soins  $s_F'$ , l'assureur permet à la famille d'atteindre *de facto* le niveau de santé  $h_F'$ .

Qu'en-est-il de l'efficacité de la micro-assurance ?

Il est supposé qu'elle n'est pas plus efficace que le recours aux paiements directs quant à l'acquisition de soins. En d'autres mots, le prix d'achat de soins de santé est le même pour la micro-assurance que pour une personne lambda se rendant directement auprès du même prestataire de soins. Par conséquent, afin d'acquérir des soins de santé à hauteur de  $s_F'$ , la micro-assurance doit payer le prix coûtant de  $p_s$ . Ainsi,  $a = p_s s_F'$ .

## 2. Modélisation :

### 2.1 Modélisation du comportement de la famille

Afin de maximiser son utilité, la famille cherche à allouer de manière optimale le revenu dont elle dispose entre les deux biens de consommation à sa disposition. Le panier de consommation qu'elle décide d'acquérir dépend de la contrainte budgétaire à laquelle elle fait face. Selon que

le migrant décide de lui envoyer des fonds ou de l'assurer via la micro-assurance, cette contrainte budgétaire est différente et son choix en est par conséquent modifié.

Le problème de maximisation de la famille peut être défini de la manière suivante :

$$\begin{aligned}
 \mathbf{Max} \quad & U(c_F, h_F) = c_F + h_F \\
 \mathbf{s.c.} \quad & Y_{F+r} = c_F + p_s s_F \quad (1) \\
 & \left. \begin{aligned} Y_F &= c_F \\ Y_F &= c_F + p_s s_F \end{aligned} \right\} \begin{aligned} & \text{si } h_F \leq \bar{h}_F \\ & \text{si } \bar{h}_F < h_F \end{aligned} \quad (2)
 \end{aligned}$$

Comme nous pouvons voir, l'utilité de la famille dépend positivement de la quantité consommée du bien de consommation ainsi que de son niveau de santé.

Qu'en est-il des contraintes budgétaires ?

La première (1) est claire : la famille jouissant d'envois de fonds détient comme revenu total son salaire personnel auquel se rajoute le montant des envois de fonds. Cette somme globale sert à acquérir une certaine quantité du bien de consommation, ainsi que des soins de santé. En effet, étant donné que, dans ce cas de figure, la famille n'est pas assurée pas une assurance maladie, c'est directement à elle de prendre en charge le paiement des soins désirés.

La seconde contrainte budgétaire (2), quant à elle, illustre la situation où le migrant inscrit sa famille à une micro-assurance. Selon le montant des cotisations, la famille se voit garantir un certain niveau de santé ( $\bar{h}_F$ ). Jusqu'à ce niveau garanti, la famille peut allouer l'ensemble de son revenu à l'acquisition du bien  $c_F$ . Pour cette raison, la contrainte budgétaire fait abstraction du bien  $h_F$  dans un premier temps. Par la suite, si la famille désire atteindre un niveau de santé supérieur à ce niveau garanti, elle doit alors payer de sa poche les soins de santé supplémentaires qu'elle désire acquérir, au prix de  $p_s$ .

## **2.2 Modélisation du comportement du migrant**

Afin de maximiser son utilité, le migrant cherche à allouer de manière optimale le revenu dont il dispose entre, d'une part, sa consommation personnelle et, d'autre part, la participation financière aux soins de santé de sa famille.

Le problème de maximisation du migrant est défini comme suit :

$$\mathbf{Max} \quad U_M(c_M, h_F) = c_M + h_F$$

$$\mathbf{s.c.} \quad Y_M = c_M + r \quad (1)$$

$$Y_M = c_M + a \quad (2)$$

Sa fonction d'utilité dépend positivement de la quantité consommée du bien de consommation ainsi que du niveau de santé de sa famille étant donné son altruisme paternaliste.

Quant à sa contrainte budgétaire, elle varie selon la stratégie à laquelle il désire recourir pour participer aux soins de santé de sa famille. S'il décide d'utiliser les envois de fonds, il fait face à la première contrainte budgétaire (1). Si en revanche, il décide de recourir à une micro-assurance et donc de payer des cotisations il se retrouve face à la seconde (2).

Afin de savoir quelle stratégie choisir, il convient pour le migrant de comparer l'utilité qu'il retire de chacune d'entre elle.

### 3. Envoi de fonds vs Micro-assurance santé

#### 3.1 Le recours aux envois de fonds

*Problème de maximisation du migrant :*

$$\mathbf{Max} \quad U(c_M, h_F) = c_M + h_F$$

$$\mathbf{s.c.} \quad Y_M = c_M + r$$

*Problème de maximisation de la famille :*

$$\mathbf{Max} \quad U(c_F, h_F) = c_F + h_F$$

$$\mathbf{s.c.} \quad Y_F = c_F + p_s s_F$$

Commençons par analyser le cas où le migrant décide d'avoir recours aux envois de fonds. Étant donné son altruisme paternaliste, il aimerait que la famille alloue l'entièreté de cet argent à l'achat de soins de santé. Néanmoins, compte tenu de l'ensemble des besoins que rencontre la famille, le modèle suppose qu'elle ne va allouer qu'une partie de cet argent à ce bien, et l'autre partie est consacrée à l'achat du bien de consommation.

#### *3.1.1 Montant nul d'envoi de fonds*

Regardons d'abord la situation où le migrant décide de ne rien envoyer à sa famille. Le graphique 5.2 ci-dessous illustre cette situation.

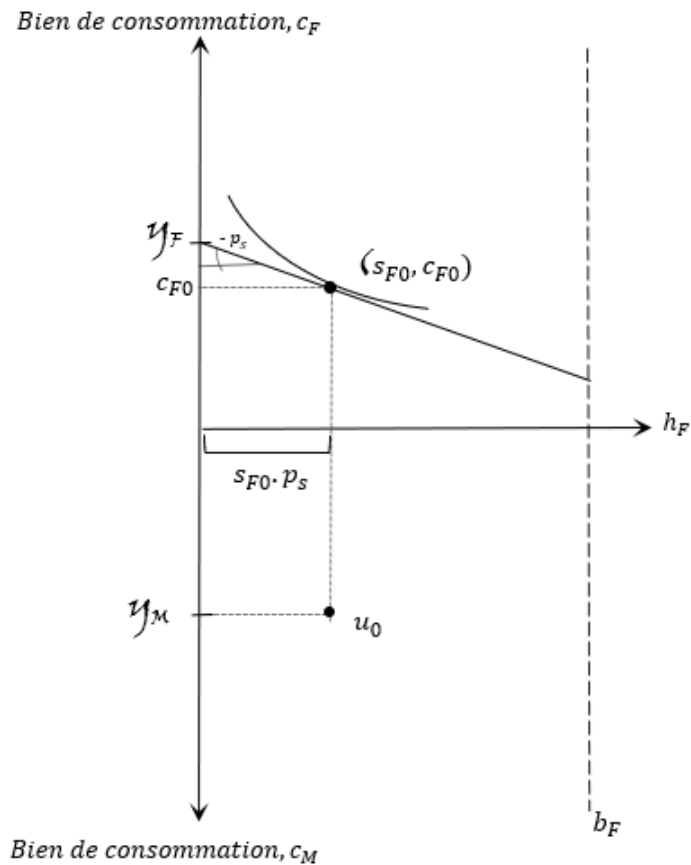


Figure 5.2

La droite budgétaire de la famille est représentée par la droite décroissante présente dans la partie supérieure du graphique. La pente de cette droite équivaut au rapport des prix des deux biens. Étant donné que le prix du bien de consommation a été normalisé à un, la pente est  $-p_s$ .

L'ensemble des paniers de consommation se trouvant sur cette droite est accessible pour la famille étant donné son revenu. Le panier qu'elle choisit est celui se situant au point de tangente entre cette droite budgétaire et une de ses courbes d'indifférence, à savoir le panier  $(s_{F0}, c_{F0})$ . Ainsi, en détenant un revenu de  $Y_F$ , la famille alloue ce montant de manière à détenir une quantité  $c_{F0}$  du bien de consommation et achète des soins de santé à hauteur de  $s_{F0}$  de manière à atteindre le niveau de santé  $h_{F0}$ .

Comme nous pouvons le voir, la famille alloue spontanément une partie du salaire à l'achat de soins de santé. Néanmoins, compte tenu de l'ensemble de ses besoins, elle choisit délibérément de ne pas acheter une quantité de soin lui permettant d'être pleinement en bonne santé.

Qu'en est-il du migrant ?

La situation du migrant se trouve dans la partie inférieure du graphique 5.2. Étant donné sa décision de ne pas participer aux frais de santé de sa famille, il peut alors allouer l'entièreté de son revenu à l'achat de son bien de consommation. Graphiquement, le point de croisement entre le niveau de santé de la famille ( $h_{F0}$ ) et la quantité qu'il achète du bien de consommation ( $Y_M$ ) équivaut au niveau d'utilité qu'il retire de cette situation, à savoir  $u_0$ .

### 3.1.2 Montant positif d'envois de fonds

Supposons à présent que le migrant décide d'envoyer effectivement des fonds à sa famille. Le montant  $r_I$  par exemple.

Dans ce cas, la famille voyant son revenu augmenter d'une quantité  $r_I$ , fait à présent face au problème de maximisation suivant :

$$\mathbf{Max} \quad U(c_F, h_F) = c_F + h_F$$

$$\mathbf{s.c.} \quad Y_M + r_I = c_F + p_s s_F$$

De son côté, le migrant voit son revenu diminuer de cette même quantité, et il dispose alors du montant restant pour acheter son bien de consommation. Le problème de maximisation auquel il fait face est le suivant :

$$\mathbf{Max} \quad U(c_M, h_F) = c_M + h_F$$

$$\mathbf{s.c.} \quad Y_M = c_M + r_I$$

Le graphique 5.3 ci-dessous permet d'analyser le choix d'allocation de la famille face à cette nouvelle contrainte budgétaire ainsi que d'observer l'utilité qu'en retire le migrant.

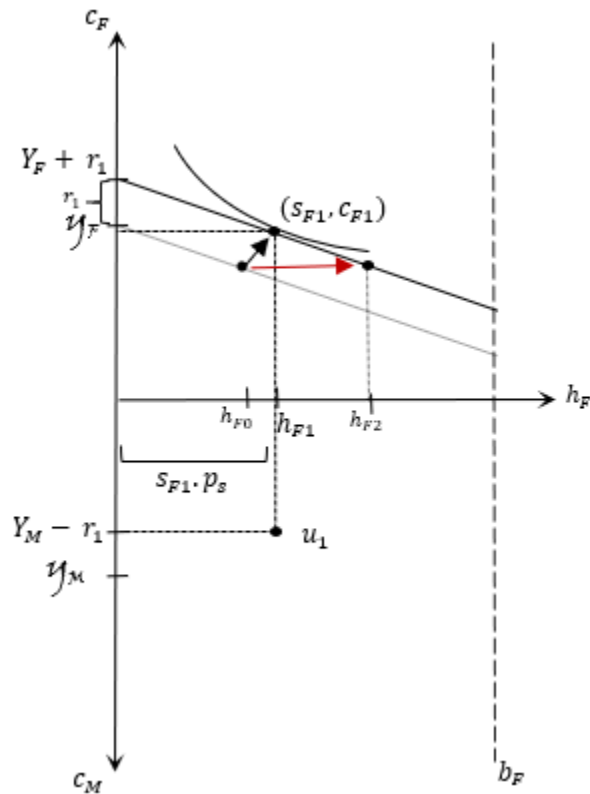


Figure 5.3

Regardons d'abord la partie supérieure du graphique 5.3.

À présent, la droite budgétaire de la famille se situe au-dessus de sa droite budgétaire initiale, et ce à une distance de  $r_1$ . Il s'agit pour la famille de trouver le panier de consommation lui permettant de maximiser son utilité étant donné cette nouvelle droite budgétaire. À nouveau, ce panier se trouve au point de tangente entre sa droite budgétaire et une de ses courbes d'indifférence. Ainsi, comme l'illustre le graphique ci-dessus, la famille alloue son revenu de manière à acquérir une quantité  $c_{F1}$  du bien de consommation et achète une quantité de soins de santé à hauteur de  $s_{F1}$  ce qui lui permet d'atteindre le niveau de santé  $h_{F1}$ .

Ce graphique permet ainsi d'observer le comportement « abusif »<sup>3</sup> de la famille. Si la famille avait dépensé l'ensemble des fonds uniquement pour le motif désiré par le migrant, elle aurait atteint le niveau de santé  $h_{F2}$ . La flèche rouge sur le graphique 5.3 illustre la hausse du niveau de santé correspondant à cette allocation. Or, étant donné que la famille ne consacre qu'une partie des fonds reçus à l'achat de soins de santé, c'est la flèche noire qui représente la hausse effectivement observée. Comme nous pouvons voir, cette flèche est nettement plus petite que

<sup>3</sup> Le terme « abusif » est utilisé dans la suite de ce travail afin de parler du comportement de la famille consistant à n'allouer qu'une partie des fonds envoyés par le migrant à l'achat des soins de santé.

la précédente, ce qui illustre le fait que la famille choisit d'atteindre un niveau de santé inférieur au niveau potentiellement accessible :  $h_{F1} < h_{F2}$ .

Qu'est-ce que cela implique du point de vue du migrant ?

En envoyant le montant  $r_I$  à sa famille, le migrant alloue l'ensemble du revenu restant à l'achat de son bien de consommation. Graphiquement, c'est le point de croisement entre cette quantité  $Y_M - r_I$  du bien de consommation et le niveau  $h_{F1}$  de santé qui représente l'utilité que le migrant retire de cette stratégie (i.e.  $u_I$ ).

Cependant, étant donné que son utilité dépend positivement à la fois de la quantité qu'il consomme de  $c_M$ , ainsi que du niveau de santé de sa famille, il aurait joui d'une plus haute utilité si la famille n'avait pas eu un comportement « abusif ». En effet, dans ce cas, le migrant aurait consommé le même niveau du bien de consommation - et en aurait donc retiré le même niveau d'utilité - mais il aurait en revanche joui d'une plus haute utilité par le fait que la famille aurait atteint un niveau de santé supérieure à celui actuellement choisi, le niveau de santé  $h_{F2}$  étant supérieur à  $h_{F1}$ .

Le comportement « abusif » de la famille n'est donc pas à l'avantage du migrant et de son altruisme paternaliste.

### *3.1.3 Montant optimal d'envois de fonds*

Sur base du raisonnement ci-dessous, il est possible de regarder le comportement adopté par chacun de ces deux acteurs pour chaque fonds susceptible d'être envoyé par le migrant.

Afin de maximiser son utilité, la famille alloue systématiquement le revenu total à sa disposition de manière à obtenir le panier de consommation se situant au point de tangente entre sa droite budgétaire et une de ses courbes d'indifférence. Le graphique 5.4 ci-dessous illustre ces différents paniers de consommations choisis par la famille selon différents niveaux d'envois de fonds.

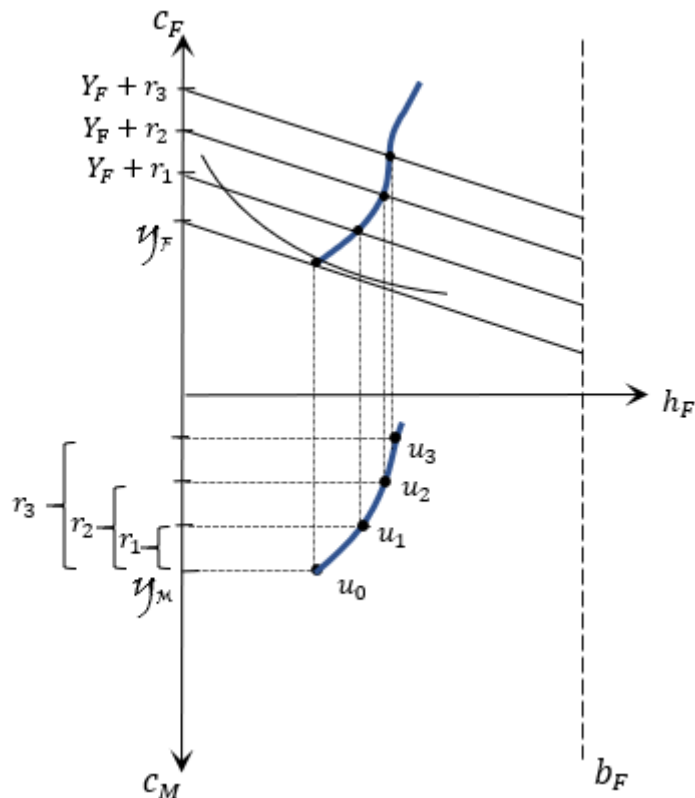


Figure 5.4

En reliant l'ensemble de ces paniers de consommation optimaux, nous obtenons la courbe d'Engel de la famille. Cette courbe, représentée en bleu dans la partie supérieure du graphique 5.4, permet de visualiser la manière dont la famille va décider d'allouer les fonds reçus entre les deux biens à sa disposition.

La partie inférieure du graphique permet de visualiser la situation du migrant. Celui-ci jouit d'un niveau d'utilité différent selon le montant des fonds qu'il envoie. Comme déjà répété précédemment, c'est le croisement entre la quantité consommé du bien de consommation et le niveau de santé de la famille qui permet de visualiser graphiquement le niveau d'utilité du migrant. Ainsi, en reliant ces différents niveaux, nous obtenons la courbe d'Engel du migrant. Cette courbe représente, en quelque sorte pour le migrant, *l'ensemble-des-possibles-via-le-mécanisme-r*. Elle illustre les différentes utilités que le migrant peut atteindre selon le niveau de fonds qu'il choisit d'envoyer à sa famille.

Comme le montre le graphique 5.5 ci-dessous, la courbe d'indifférence tangente à cette courbe permet de trouver le niveau optimal d'envoi de fonds pour le migrant, à savoir  $r^*$ . Ce montant étant celui qui maximise son utilité.

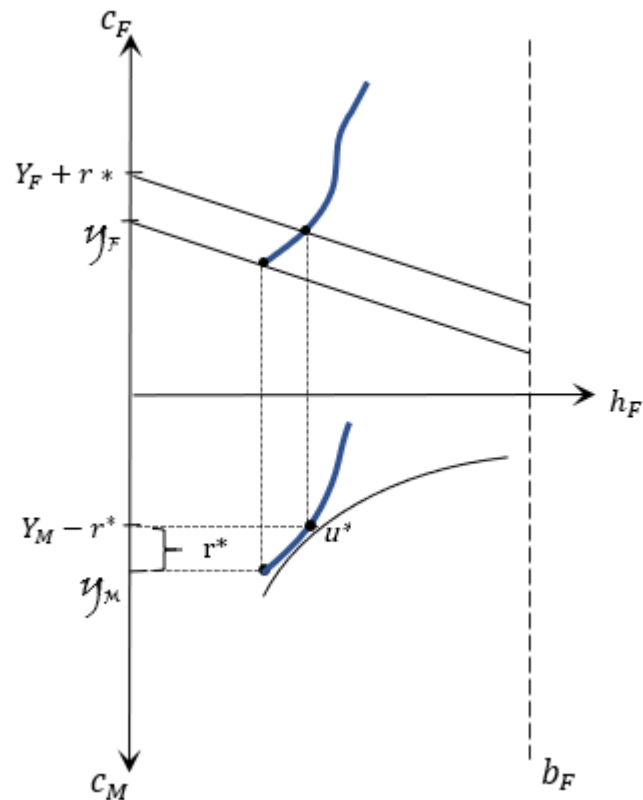


Figure 5.5

### 3.2 L'inscription à une micro-assurance santé

La deuxième stratégie possible pour le migrant désireux de participer financièrement aux soins de santé de sa famille est le recours à une micro-assurance santé. Dans ce cas, il s'engage à payer mensuellement une certaine cotisation et il reçoit en échange la certitude qu'un certain paquet de soins est garanti à sa famille. Au plus le niveau de cotisation payé est élevé, au plus le niveau de santé garanti par l'assureur l'est également.

Comme dans le cas du recours aux envois de fonds, il convient pour cette seconde stratégie de regarder la manière dont la famille va se comporter selon le niveau de santé qu'elle se voit garanti. Ensuite, il s'agira d'observer l'utilité qu'à la fois le migrant et la famille retirent de cette situation.

#### *3.2.1 Des préférences semblables*

Pour commencer, supposons qu'au lieu d'envoyer à sa famille le montant  $r_t$  sous forme d'envoi de fonds, le migrant décide d'utiliser ce montant afin de payer les cotisations d'une micro-assurance. Ce niveau de cotisation est alors représenté par le terme  $a'$ .

Le graphique 5.6 ci-dessous analyse cette situation.

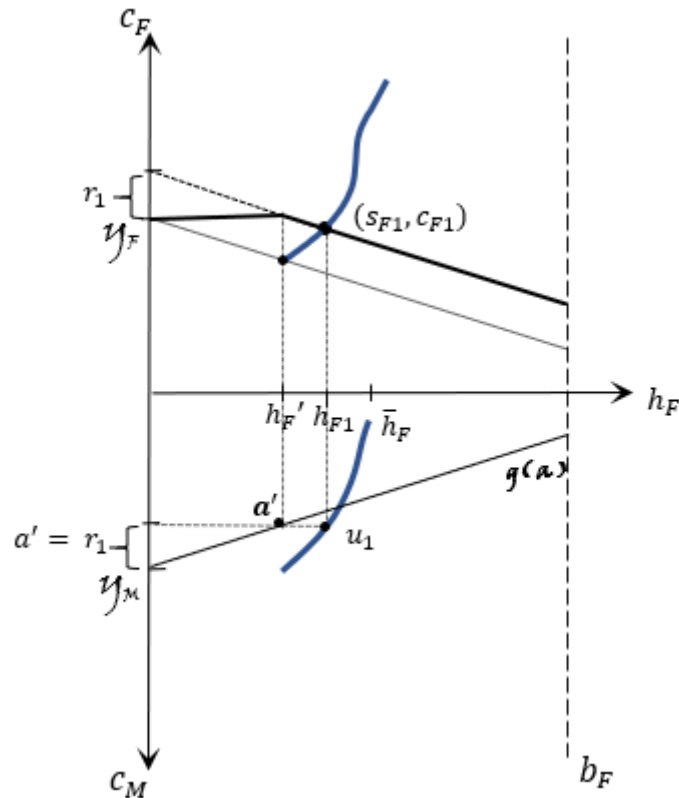


Figure 5. 6

La droite croissante dans la partie inférieure du graphique représente la fonction  $g(a)$ . Comme expliqué auparavant, cette fonction permet de voir le niveau de santé garanti par l'assureur selon le niveau de cotisation payé. Dans ce cas-ci, en payant une cotisation à hauteur de  $a'$ , le migrant assure à sa famille le niveau de santé  $h_F'$  correspondant.

Néanmoins, si la famille le désire, elle peut atteindre un niveau de santé plus élevé à condition d'acheter à ses frais les soins de santé supplémentaires voulus. La famille fait face au problème de maximisation suivant :

$$\begin{array}{ll}
 \mathbf{Max} & U(c_F, h_F) = c_F + h_F \\
 \mathbf{s.c.} & \left. \begin{array}{l} Y_F = c_F \\ Y_F = c_F + p_s S_F \end{array} \right\} \begin{array}{l} \text{si } h_F \leq h_F' \\ \text{si } h_F' < h_F \end{array}
 \end{array}$$

Sa contrainte budgétaire est représentée via la droite noire épaisse sur le graphique 5.6. Jusqu'au niveau de santé  $h_F'$  garanti par l'assureur, la famille n'a pas à payer pour ses soins. Le prix peut alors être considéré comme étant nul, la droite budgétaire est alors horizontale et la famille peut consacrer l'entièreté de son revenu à l'achat du bien de consommation. Néanmoins, une fois ce niveau de santé atteint, la famille devra payer le prix  $p_s$  pour tout niveau de soin

supplémentaire désiré. Ainsi, à partir du  $h_F'$ , la droite budgétaire de la famille est décroissante avec une pente de  $-p_s$ .

Afin de savoir quel niveau de santé la famille souhaite atteindre, il s'agit de trouver le panier de consommation se trouvant au point de tangente entre sa droite budgétaire et une de ses courbes d'indifférence. Cependant, étant donné que nous disposons à présent de la courbe d'Engel de la famille, le panier de consommation optimal se situe directement au point d'intersection entre sa droite budgétaire et cette courbe. Ainsi, en regardant le graphique 5.6, nous pouvons voir que lorsque la famille se voit garantir un niveau de santé à hauteur de  $h_F'$ , elle va allouer le revenu dont elle dispose de manière à atteindre le panier  $(s_{FI}, c_{FI})$  et donc un niveau  $h_{FI}$  de santé.

Ce panier de consommation n'est pas inconnu. Il correspond à celui choisi par la famille lorsqu'elle reçoit le montant  $a'$  sous forme d'envoi de fonds. Cette situation ayant été illustrée par le graphique 5.3.

Ainsi, que la famille reçoive le montant  $r_I$  sous forme d'envoi de fonds ou que le migrant utilise ce même montant pour payer les cotisations  $a'$  à une micro-assurance, le panier de consommation choisi par la famille est le même :  $(s_{FI}, c_{FI})$ . Autrement dit, la famille est indifférente entre recevoir ce montant sous forme d'envoi de fonds ou en nature à travers la garantie d'un paquet de soins de santé.

De son côté, le migrant est également indifférent entre les deux stratégies. Étant donné que le niveau de santé atteint par sa famille est identique dans les deux cas, il en retire la même utilité. Il en est de même avec l'utilité qu'il retire de son bien de consommation étant donné que la même part de son revenu  $y$  est allouée ( $Y_M - r_I = Y_M - a'$ ). Graphiquement, nous pouvons voir que le migrant jouit alors de l'utilité  $u_I$  qu'il décide d'envoyer le montant  $r_I$  à sa famille (cf. graphique 5.3) ou qu'il utilise cet argent pour payer les cotisations  $a'$  à la micro-assurance (cf. graphique 5.6).

Ainsi, dans cette situation, le migrant, tout comme la famille, est indifférent entre les deux stratégies. Mais est-ce toujours le cas ?

Rappelons que le migrant fait preuve d'altruisme paternaliste envers sa famille et qu'il jouit dès lors d'une haute utilité s'il parvient à lui garantir un niveau de santé élevé. Ainsi, que se passe-t-il cette fois si le migrant veut garantir au minimum le niveau  $\bar{h}$  (cf. figure 5.6) à sa famille ? Est-il toujours indifférent entre les deux stratégies ?



le fasse pas, elle ne désire pas non plus acquérir de soins supplémentaires et consomme *in fine* le panier  $(\bar{s}_F, Y_F)$ . L'utilité dont jouit le migrant de cette stratégie est  $\bar{u}_a$ .

Une première chose peut être dite sur base de ce graphique 5.7 : contrairement à la situation étudiée précédemment, la famille n'est cette fois pas indifférente entre recevoir le montant  $\bar{a}$  sous forme de santé ou à travers des envois de fonds. En effet, si la famille reçoit ce montant à travers des envois de fonds, le panier qu'elle décide d'acquérir n'est pas  $(\bar{s}_F, Y_F)$ . Graphiquement, le panier qu'elle choisirait se situe au point d'intersection entre la droite budgétaire correspondant au revenu  $Y_F + \bar{a}$  et la courbe d'Engel de la famille. Ce panier est représenté par un point rouge sur le graphique 5.7. Comparé au panier  $(\bar{s}_F, Y_F)$ , il contient une quantité plus grande du bien de consommation et, par conséquent, un niveau plus faible de soins de santé. Étant donné que ce second panier se trouve sur une courbe d'indifférence plus élevée que le premier, il procure une plus grande utilité à la famille. Autrement dit, la famille éprouve, dans ce cas-ci, une préférence pour les envois de fonds par rapport à la micro-assurance.

Afin de savoir si migrant préfère lui aussi recourir aux envois de fonds, il convient d'étudier cette seconde stratégie.

#### Envois de fonds :

Les envois de fond constituent la deuxième manière pour le migrant de garantir au minimum le niveau de santé  $\bar{h}_F$  à sa famille. Le graphique 5.8 ci-dessous étudie cette stratégie.

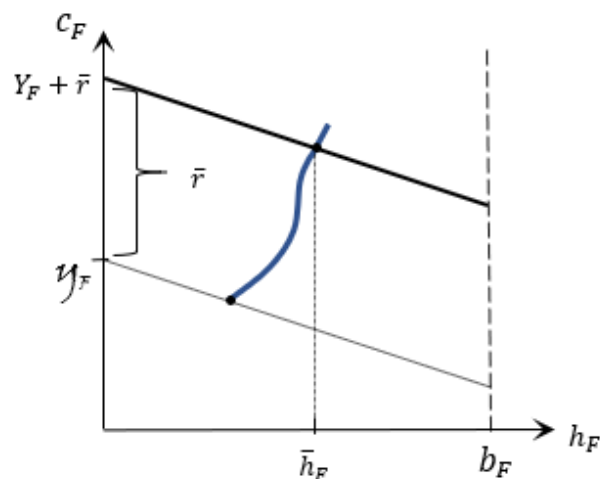


Figure 5.8

Afin de savoir quel montant le migrant se doit d'envoyer à sa famille afin que celle-ci s'achète au minimum une quantité de soins  $\bar{s}_F$ , il est nécessaire de regarder sur la courbe d'Engel de la



Le graphique 5.9 illustre clairement la tension existante entre le migrant et sa famille quant à la meilleure stratégie à mener.

La famille a une préférence pour les envois de fonds qui lui offre la possibilité d'allouer librement son revenu aux divers besoins qu'elle rencontre. Le migrant quant à lui préfère cotiser à une micro-assurance santé car cette seconde stratégie lui permet de garantir un haut niveau de santé à sa famille. Sans le recours à une micro-assurance, il ne serait certainement pas possible pour lui de garantir un tel niveau, le montant devant être envoyé étant bien trop élevé. Cette volonté de vouloir garantir un niveau de santé élevé à sa famille peut s'expliquer par son altruisme paternaliste.

Les préférences antagonistes entre la famille et le migrant n'ont pas uniquement lieu lorsqu'il s'agit pour le migrant de garantir le niveau de santé  $\bar{h}_F$  à sa famille. Si nous regardons à nouveau le graphique 5.9, c'est pour tout niveau de santé strictement supérieur à  $H_F$  que les préférences entre le migrant et la famille divergent.

Pour tout niveau strictement supérieur à  $H_F$ , la famille préfère systématiquement recevoir l'argent sous forme d'envoi de fonds. Cette stratégie lui permet d'accéder à un panier de consommation se situant plus haut sur sa courbe d'Engel que le panier qu'elle acquiert avec une micro-assurance. De son côté, le migrant préfère invariablement recourir à la micro-assurance dès lors qu'il désire garantir à sa famille un niveau de santé strictement supérieur à  $H_F$ . En effet, cette stratégie lui permet de jouir d'une utilité plus élevée que ce que lui autorise le recours aux envois de fonds.

Ainsi, la courbe d'Engel présente dans la partie inférieure du graphique 5.9 représente *l'ensemble-des-possibles-via-le-mécanisme-r* (i.e. l'ensemble des utilités susceptibles d'être atteintes par le migrant selon le montant d'envoi de fonds). La droite orange représente quant à elle *l'ensemble-des-possibles-via-le-mécanisme-a* (i.e. l'ensemble des utilités potentiellement atteignables par le migrant selon le montant qu'il cotise à la micro-assurance).

Pour des niveaux de santé relativement faibles, ces courbes se juxtaposent. Cette juxtaposition représente l'indifférence du migrant de recourir à l'une ou l'autre stratégie étant donné qu'il en retire le même niveau d'utilité. En revanche, à partir du niveau de santé  $H_F$ , ces deux courbes d'Engel se séparent et la droite orange se trouve systématiquement au-dessus de la bleue. Cette domination représente le fait que le migrant jouit d'une plus grande utilité à recourir à cette stratégie.

Un dernier point est à préciser : si famille allouait l'entièreté des fonds reçus à l'achat de soins de santé, il n'y aurait alors pas de tension entre elle et le migrant. En effet, comme l'illustre le graphique 5.10 ci-dessous, le migrant aurait également une préférence pour cette stratégie.

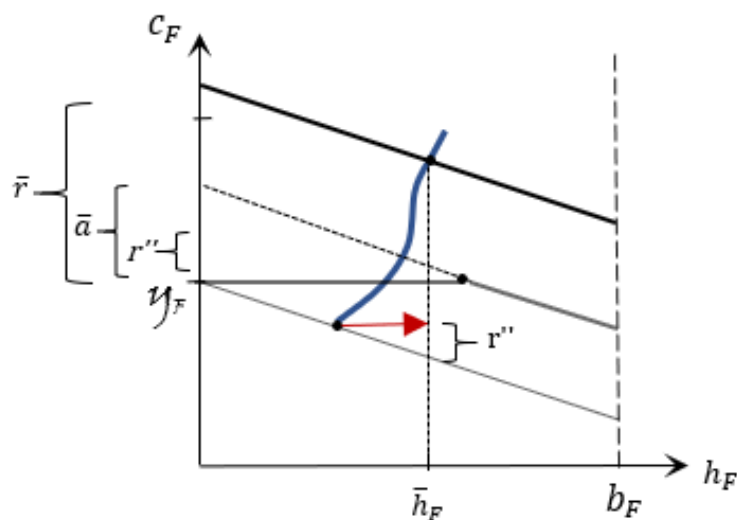


Figure 5.10

Seul un montant  $r''$  de fonds serait dans ce cas nécessaire pour atteindre le niveau  $\bar{h}_F$ . Et, comme nous pouvons voir, ce montant est nettement plus petit que le niveau de cotisation  $\bar{a}$  nécessaire pour atteindre ce même niveau de santé.

Néanmoins, les besoins de la famille sont tels que le migrant sait pertinemment que ce cas de figure n'est pas possible. Pour cette raison, et malgré le mécontentement de la famille, le recours à la micro assurance est la stratégie la plus intéressante pour le migrant.

#### 4. Le recours à Solidarco, conséquence d'un altruisme paternaliste ?

Le fait que le migrant préfère cotiser à une micro-assurance dès lors qu'il désire garantir à sa famille un niveau de santé élevé, alors même que la famille subit une perte d'utilité en étant assuré par une MAS, démontre bien que l'hypothèse supposant que le migrant porte envers sa famille un altruisme paternaliste est une explication plausible pour expliquer sa volonté de recourir à Solidarco. En effet, si son utilité dépend du niveau de santé qu'atteint sa famille, alors il est dans son intérêt de s'assurer que l'argent qu'il dédie à l'achat de soins soit entièrement dédié cette fin. L'inscription à une micro-assurance est alors une alternative aux envois de fonds qui permet au migrant de contourner le comportement « abusif » de sa famille et qui lui permet de garantir un niveau de santé élevé à sa famille à moindre coût.

Un point est tout de même à modifier. Une hypothèse faite a été de supposer que lorsque le migrant cotise à une micro-assurance, cet argent est entièrement dédié à l'achat de soins de santé. Autrement dit,  $a = p_s s_F$ . Or, en réalité, Solidarco utilise une partie de cet argent afin de rémunérer ses travailleurs vivant à Kinshasa<sup>4</sup>. Par conséquent :  $a = p_s s_F + g$ , où  $0 < g$ . Cette valeur  $g$ , permettant de couvrir, entre autres, les frais de gestions, explique pourquoi Solidarco accepte de faire la transaction et représente dès lors un coût pour le migrant désirant recourir à ses services.

Le graphique 5.11 ci-dessous illustre le niveau de cotisation que le migrant doit à présent payer pour assurer le niveau de santé  $\bar{h}_F$  à sa famille. Ce montant correspond au même niveau de cotisation ( $\bar{a}$ ) que celui trouvé lors du graphique 5.7 auquel s'ajoute à présent le montant  $g$ .

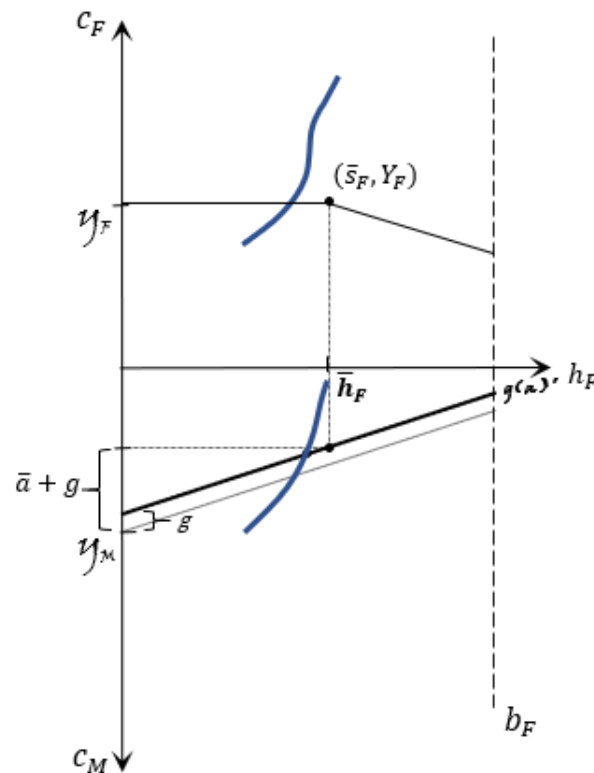


Figure 5.11

Une fois ce coût pris en considération, le migrant préfère-t-il recourir à Solidarco plutôt qu'aux envois de fond, lorsqu'il désire garantir à sa famille un niveau de santé relativement élevé ?

Pour répondre à cette question, il s'agit de voir si l'utilité que retire le migrant à cotiser à la micro-assurance Solidarco est supérieure à celle qu'il obtient en envoyant des fonds à sa

<sup>4</sup> Comme expliqué lors du chapitre 3, Solidarco utilise 5€ sur les 30€ cotisés par un adhérent afin de payer les travailleurs résidant à Kinshasa.

famille. Pour ce faire, il faut comparer le montant que le migrant se doit de cotiser à Solidarco pour assurer le niveau de santé  $\bar{h}_F$  à sa famille (cf. figure 5.11), par rapport à la quantité d'envoi de fonds nécessaires pour que la famille atteigne d'elle-même ce niveau (cf. figure 5.8). Le graphique 5.12 ci-dessous permet d'analyser cette situation.

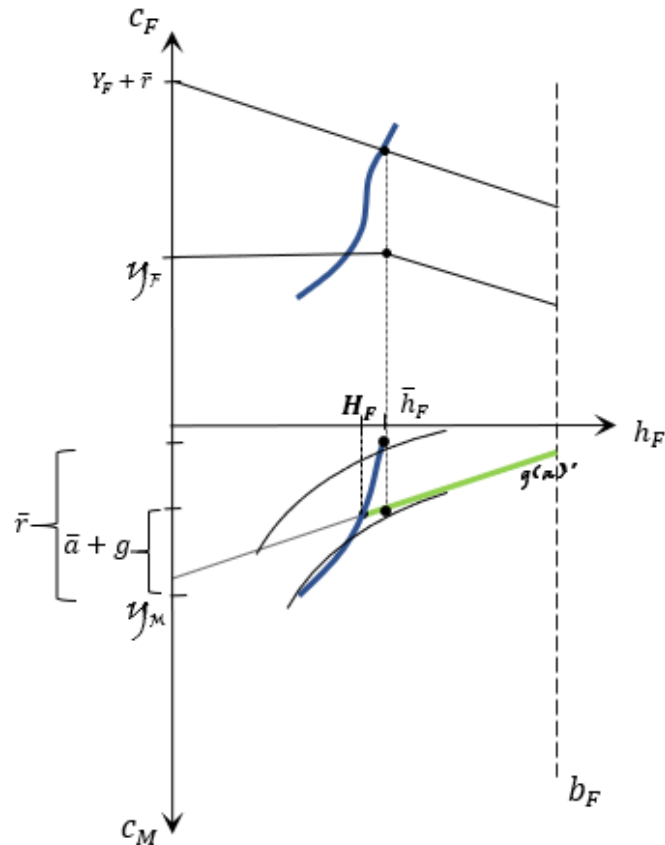


Figure 5.12

Ce graphique permet de voir que si le migrant désire garantir à sa famille le niveau de santé  $\bar{h}_F$ , il préfère alors recourir à Solidarco. En effet, cette stratégie lui permet d'atteindre une courbe d'indifférence plus élevée que celle qu'il atteint en ayant recours aux envois de fonds. Ainsi, même si le migrant subit un coût «  $g$  » en cotisant à Solidarco, cette perte est moins coûteuse que celle engendrée par le comportement « abusif » de sa famille.

À nouveau, cette préférence a lieu à partir du moment où le migrant désire garantir à sa famille un niveau de santé relativement élevé (*i.e.* tout niveau de santé  $> H_F$ ). Comme l'illustre le graphique, au-delà du niveau de santé  $H_F$ , l'ensemble-des-possibles-via-le-mécanisme-r (courbe bleue) et l'ensemble-des-possibles-via-Solidarco (droite verte) se divisent et c'est alors la dernière qui se trouve systématiquement au-dessus. Comme dit auparavant, cette domination représente le fait que le migrant éprouve une préférence pour Solidarco compte tenu du fait que

cette stratégie lui permet d'atteindre une courbe d'indifférence plus élevée que ce que lui permet le recours aux envois de fond<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> Pour des niveaux de santé relativement faible le migrant est indifférent entre les deux stratégies. Graphiquement cette idée se représente par le fait que pour tout niveau de santé  $< H_F$ , l'*ensemble-des-possibles-via-le-mécanisme-r* (courbe bleue) et l'*ensemble-des-possibles-via-Solidarco* (courbe verte) se confondent.

## Conclusion

À travers ce travail, il a été possible de montrer qu'il est plausible que la principale raison pour laquelle le migrant accepte de dépenser 30 euros pour souscrire une micro-assurance santé Solidarco soit dûe à son altruisme paternaliste. C'est cet altruisme qui pousse le migrant à vouloir assurer à sa famille un niveau de santé suffisant et le recours à Solidarco lui permet d'atteindre ce résultat à moindre coût.

Cet altruisme est d'autant plus indispensable que, sans l'intervention du migrant, il y a fort peu de chances que les familles restées en RDC souscrivent à une quelconque assurance. En effet, lorsque les individus sont dans l'impossibilité de répondre aux besoins qu'ils rencontrent sur le moment, il semble difficilement envisageable qu'ils dédient le peu qu'ils possèdent aux paiements de cotisations ayant pour but de se prévenir de coûts financiers qu'engendrerait la survenance éventuelle la maladie d'un membre de la famille.

*« Dans une communauté, trouve une maman qui se bat pour nourrir ses enfants le soir, qui n'est pas certaine d'y arriver, va lui demander de payer une cotisation ce jour-là pour une maladie qui arrivera dans un mois : ce n'est pas logique, pas pertinent ! » (Manzambi, 2018).*

Culturellement et socialement, certaines populations, dont les plus pauvres, gèrent les problèmes lorsqu'ils surviennent, au jour le jour. Prévenir les risques, anticiper les problèmes et les assurer est une notion plus occidentale envers laquelle les familles restées au pays se montrent dubitatives, pour ne pas dire réticentes.

Il ne fait aucun doute que chaque migrant arrivant en Europe souhaite gagner de l'argent et veuille en faire profiter sa famille en lui envoyant des fonds, mais il n'est pas interdit de penser qu'en arrivant en Europe le migrant se mette à penser « à l'européenne » et considère que prendre une assurance santé soit plus important que d'envoyer de l'argent qui sera utilisé à d'autres fins. En faisant cela, il se comporte « en bon père de famille », et fait sans aucun doute preuve de cet altruisme paternaliste évoqué dans ce travail.



# Références bibliographiques

## Ouvrages

---

Becker, G. (1981), *A treatise on the family*, Cambridge: Harvard University Press.

Bowles, S. (2009), *Microeconomics: behavior, institutions, and evolution*, Princeton: Princeton University Press.

Clarke, D. J. (2011), *A theory of rational demand for index insurance*, Oxford: University of Oxford.

Lafleur, J-M. et Lizin, O. (2017), « Transnational Health Insurances as Social Remittances: The Case of Congolese Immigrants in Belgium », in *Migration and Social Remittances in a Global Europe*, Longres: Palgrave Macmillan, pp. 211-238.

## Articles scientifiques

---

Agarwal, R. et A. W. Horowitz (2002), « Are international remittances altruism or insurance? Evidence from Guyana using multiple-migrant households. », *World development*, 30, 11, pp. 2033-2044.

Ariu, A., Docquier, F., et Squicciarini, M. P. (2016). « Governance quality and net migration flows. », *Regional Science and Urban Economics*, 60, pp. 238-248.

Carbone, G. (2011), «Democratic demands and social policies: the politics of health reform in Ghana. », *The Journal of Modern African Studies*, 49, 3, pp.381-408.

Carrin, G., *et al.* (2005), «Community-based health insurance in developing countries: a study of its contribution to the performance of health financing systems. », *Tropical medicine & international health*, 10, 8, pp. 799-811.

Chanel, O., *et al.* (2004) « Les consentements à payer pour des programmes de prévention sanitaire incluent-ils de l'altruisme? », *Revue économique*, 55, 5, pp.923-945.

Churchill, C. (2000), «Banking on customer loyalty. », *Journal of Microfinance/ESR Review* 2, 2, pp. 1-21.

Churchill, C. (2002), «Trying to understand the demand for microinsurance. », *Journal of International Development*, 14, 3, pp.381-387.

- Criel, B. et M. P. Waelkens (2003), «Declining subscriptions to the Maliando mutual health organisation in Guinea-Conakry (West Africa): What is going wrong? », *Social Science & Medicine*, 57, 7, pp. 1205-1219.
- Defourny, J. et Failon, J. (2008), «Community-Based Health Insurance Schemes in Sub-Saharan Africa: Which Factors Really Influence Enrolment? », *Center for Social Economy*, pp.1-25
- Ekman, B. (2004), «Community-based health insurance in low-income countries: a systematic review of the evidence. », *Health policy and planning*, 19, 5, pp.249-270.
- Francis, E. (1998), «Gender and rural livelihoods in Kenya», *The Journal of Development Studies*, 35, 2, pp.72-95.
- Frank, R., *et al.* (2009), «The relationship between remittances and health care provision in Mexico. », *American journal of public health*, 99, 7, pp.1227-1231.
- Gerstl, S., Sauter, J., Kasanda J. et Kinzelbach, A. (2013), «Who Can Afford Health Care? Evaluating the Socio-Economic Conditions and the Ability to Contribute to Health Care in a Post-Conflict Area in DR Congo. », *PLoS one* 8, 10, pp. 1-10.
- Gupta, S., Pattillo, C.A. et Wagh, S. (2009), «Effect of remittances on poverty and financial development in Sub-Saharan Africa. », *World development*, 37, 1, pp. 104-115.
- Herp, M.V., Parqué, V., Rackley, E. et Forn N. (2003), «Mortality, violence and lack of access to healthcare in the Democratic Republic of Congo. », *Disasters*, 27, 2, pp.141-153.
- Lafleur J-M. (2016), « Migration and State Concerns about the Emigration & Welfare of their Citizens », pp. 1-31.
- Lafleur, J.-M. et O. Lizin (2015), « Transnational Health Insurance Schemes: A New Avenue for Congolese Immigrants in Belgium to Care for Their Relatives' Health from Abroad? », *TSI Working Paper*, 3, pp. 1-24.
- Lautier, B. (2003), « Mutual and universal social protection: the condition for effectiveness in the struggle against poverty in Latin America » *International Symposium on Solidarity and Social Protection in Developing Countries*, pp. 120-134.

- Manzambi, J., Guillaume, M., Balula Semutsari, M. P., Tshiana Kabongo, E., Mayamba Kilela, J., Bruyère, O., et Reginster, J. Y. (2013), « Etudes des conditions de vie et d'accessibilité aux soins de santé et qualité des populations en situation de précarité, dans la zone de santé de Bandalungwa à Kinshasa (Congo). Grâce à la micro-assurance santé en 2008. », *Journal d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 12, pp.47-61.
- Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling T. et Taylor, S. (2008), «Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. », *The lancet*, 372, 9650, pp.1661-1669.
- McIntyre, D., Thiede, M., Dahlgren, G., et Whitehead, M (2006), «What are the economic consequences for households of illness and of paying for health care in low-and middle-income country contexts? », *Social Science & Medicine*, 62, 4, pp. 858-865.
- Mladovsky, P. (2014), «Why do people drop out of community-based health insurance? Findings from an exploratory household survey in Senegal. », *Social Science & Medicine*, 107, pp. 78-88.
- Morduch, J. (2006), «Microinsurance: The next revolution. » *Understanding poverty*, pp. 337-356.
- Platteau, J.-P., De Bock, O., et Gelade, W. (2017), «The Demand for Microinsurance: A Literature Review. », *World development*, 94, pp. 139-156.
- Ranson, M. K. (2002), «Reduction of catastrophic health care expenditures by a community-based health insurance scheme in Gujarat, India: current experiences and challenges. », *Bulletin of the World Health Organization*, 80, 8, pp. 613-621.
- Reynthens, F. (1999), «Briefing: the second Congo War: more than a remake. », *African Affairs*, 98, 391, pp.241-250.
- Russell, S. (2004), «The economic burden of illness for households in developing countries: a review of studies focusing on paludisme, tuberculosis, and human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome. », *The American journal of tropical medicine and hygiene*, 71, pp. 147-155.
- Sumata, C. (2002), « Migradollars & poverty alleviation strategy issues in Congo (DRC). », *Review of African Political Economy*, 29, 93/94, pp. 619-628.
- Thecta-Bampa, A. et Mankinda, B. (2016), « Instabilité gouvernementale en République démocratique du Congo : dépendance au chemin suivi. », pp. 1-8.

Van Ginneken, W. (1999), «Social security for the informal sector: A new challenge for the developing countries. », *International Social Security Review*, 52, 1, pp.49-69.

Waddington, C. J. et K. Enyimayew (1989), «A price to pay: The impact of user charges in ashanti-akim district, Ghana. », *The International Journal of Health Planning and Management*, 4, 1, pp.17-47.

## Rapport

---

Atime, C. et Criel, B. (2004), *Rapport de mission : Faisabilité de la mise en oeuvre de Mutuelles de Santé en République Démocratique du Congo*, Anvers : Ministère de la Santé Publique République Démocratique du Congo, Coopération Technique Belge République Démocratique du Congo et Institut de Médecine Tropicale Anvers Belgique.

Bennett, S., Creese, A. et Monasch, R. (1998), *Health insurance schemes for people outside formal sector employment*, Suisse : Organisation Mondiale de la Santé.

Commission économique pour l'Afrique des Nations Unies (2015), *Conflits en République Démocratique du Congo. Causes, impact et implications pour la région des Grands Lacs*, Addis-Abeba : Commission économique pour l'Afrique des Nations.

Dror, D. M. et Preker, A. S. (2002), *Social reinsurance: a new approach to sustainable community health financing*, Washington: The World Bank.

Ratha, D. et Xu, Z. (2008), *Migration and Remittances Factbook: Philippines*, Washington: The World Bank.

Shaw, R. P. (2007), *Social health insurance for developing nations*, Washington: The World Bank.

Waelkens, M.-P. and B. Criel (2004), *Les mutuelles de santé en Afrique sub-Saharienne. Etats des lieux et réflexions sur un agenda de recherche*, Washington : The World Bank.

## Sites web

---

Irénees (2015), « L'instabilité en République Démocratique du Congo : entre conflit ouvert, corruption et ingérence économique », *Site de Irénees.net*, [en ligne], [http://www.irenees.net/bdf\\_fiche-analyse-1036\\_fr.html](http://www.irenees.net/bdf_fiche-analyse-1036_fr.html) (consulté le 10 février 2018).

Kaissa (2016), « Solidarco, pionnier de l'assurance santé solidaire ! », *Site de Kaissa*, [en ligne], <http://www.knowledge.kaissa-consulting.fr/index.php/knwbase/solidarco-pionnier-de-lassurance-sante-solidaire/> (consulté le 04 avril 2018).

Médecins Sans Frontières (2017), « L'accès aux soins est un droit fondamental pour tous », *Site de Médecins Sans Frontières*, [en ligne], <http://acesauxsoins.msf.lu/> (consulté le 09 mars 2018).

Organisation Mondiale de la Santé (2018), « Qui sommes-nous et ce que nous faisons ... », *Site de l'Organisation Mondiale de la Santé*, [en ligne], <http://www.who.int/about/fr/> (consulté le 10 février 2018).

Résolution du 10 décembre 1948, « Déclaration Universelle des Droits de l'Homme », *Site de l'Organisation des Nations Unies*, [en ligne], <http://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/> (consulté le 02 février 2018).

Solidarco (2018), *Site de Solidarco*, [en ligne], <https://www.solidarco.org/> (consulté le 20 novembre 2017).

The Lancet (2015), «Five billion people “have no access to safe surgery” », *Site de la BBC*, [en ligne], <https://www.bbc.com/news/health-32452249> (consulté le 05 février 2018).

Trésor, K. (2017), « Ce jour-là : le 24 novembre 1965, Mobutu prend le pouvoir », *Site de jeunefrique*, [en ligne], <http://www.jeunefrique.com/281121/politique/rdc-y-a-50-ans-24-novembre-1965-mobutu-prenait-pouvoir/> (consulté le 10 février 2018)

## **Autres**

---

Lizin, O. (2013), *Analyse des pratiques, représentations et interactions des acteurs investis dans les projets mutualistes internationaux. De Bruxelles à Kinshasa, de Kinshasa à Bruxelles : Solidarco et MNK Œuvre de Santé, Mémoire, Département des Sciences de la Population et du Développement, Université Libre de Liège.*

