Banque malheur, équité et prévention au Cameroun

Ethnographie d'un outil local de promotion de solidarité devant la santé, maladie et mort

André Wamba

Docteur en anthropologie (de la santé) – École normale supérieure de Yaoundé – Université de Yaoundé I – Cameroun

Revue *Éducation, Santé, Sociétés* Vol. 6, No 1 | pp. 41-56

Reçu le : 08/08/2019 | Accepté le : 18/11/2019

Résumé : La *banque malheur* est un système local/traditionnel de protection sociale servant à financer les dépenses de santé des populations, tout en réduisant les inégalités sociales d'accès aux soins. Elle enregistre au Cameroun plus de 98,5 % d'adhérents, contre 1,5% pour les mutuelles de santé. Très peu d'études ont abordé ses potentialités de solidarité et la manière dont elle parvient à produire de l'équité d'accès aux soins. À partir d'une ethnographie des comportements/réactions devant la maladie, l'article analyse les raisons du fort taux d'adhésion à la *banque malheur* ; et rend compte des types de solidarités qu'elle promeut. L'étude est ethnographique et a concerné 45 participants. Les résultats montrent l'existence de trois types de solidarités. (1) la *caisse maladie* : somme cumulée et remise à un bénéficiaire éprouvé par la maladie ou un décès. (2) la *main levée* à travers les rituels de visites au malade, où s'opèrent les dons de soi, en nature et en argent. (3) le soutien financier familial. La solidarité s'inscrit dans le don endetté. L'étude suggère un dialogue entre la *banque malheur* et les mutuelles de santé, dans une perspective de la renforcer et non pas de la supplanter. Une extension des mutuelles de santé à tous les camerounais, sans une politique intégrée de santé, conduirait à la mort de la *banque malheur* et augmenterait, paradoxalement, les inégalités sociales de santé qu'elles sont sensées combattre.

Mots-clés : *banque malheur*, main levée, solidarités invisibles, rituels de visites, Cameroun

1 Introduction

L'Afrique subsaharienne propose un ensemble de systèmes de protection sociale, dont les mutuelles de santé et/ou l'assurance maladie universelle, version occidentale, dans lesquels ne figure pas la *banque malheur*. Or, elle est un département des finances autonome à l'intérieur des associations informelles des villages, de clans, de tribus, de quartiers ou de régions. Elle a un devoir moral et une obligation éthique de réduire, voire d'éliminer

les inégalités sociales d'accès à la santé et aux soins face à la maladie et la mort. C'est un système local/traditionnel de protection sociale qui sert à financer les dépenses de santé des salariés et non salariés. Elle s'adresse à « la misère de conditions sociales », en redonnant une nouvelle existence sociale aux « vies ordinaires » (Le Blanc, 2007) précarisées par les conditions socioéconomiques difficiles ; et à « la misère de position de pouvoir » (Bourdieu, 1971), en reconnaissant les capacités/pouvoirs d'agir des porteurs de ces vies. Cette double misère constitue au Cameroun les principaux déterminants de santé et comporte, sur le plan de l'équité d'accès aux soins, des éléments de vulnérabilité auxquels les mutuelles de santé ne peuvent répondre qu'imparfaitement dans des contextes sociaux où le secteur informel prime ; où moins de 14% de la population occupent un travail salarié (Minepat, 2010). Ainsi, cet article propose d'analyser la manière dont les camerounais, salariés et non salariés, ne possédant pas une mutuelle de santé répondent aux inégalités sociales en santé, en convoquant la *banque malheur*.

En effet, la *banque malheur* enregistre plus de 98,5% d'adhérents, contre 1,5% pour les mutuelles de santé auxquelles l'adhésion reste encore un luxe. Ses potentialités de solidarité sont bien connues, mais peu prises en considération dans la lutte pour l'équité d'accès aux soins. Pourtant elle continue à moduler, grâce aux tontines d'argent (cotisations périodiques des adhérents à la *banque malheur* d'un montant égal ou variable remises entre les mains d'un seul membre : le bénéficiaire du jour) (Fouomene, 2013, p. 46), et aides mutuelles des adhérents, leurs réactions/comportements devant la maladie et la santé. Elle s'attaque aux principaux déterminants d'inaccessibilité aux soins tels que le peu de propension à utiliser les services de santé disponibles ; l'inaccessibilité financière : l'incapacité et l'indisposition à payer les frais médicaux directement sur les points de livraison de la santé ; et l'inaccessibilité culturelle, quant au sens de la maladie. On sait qu'elle promeut, comme tout système de protection sociale, l'équité d'accès à la santé en corrigeant, suivant la perspective de Whitehead (1991), « les variations de santé [...] considérées comme inéquitables ou injustes » (Bouchard et *al.*, 2012, p. 43). On reconnaît aussi qu'elle tente, à travers les mécanismes des solidarités encore invisibles que cet article veut mettre en évidence, à offrir, dans un contexte où le système de santé a été mis en faillite (Hours, 1992) par de multiples ajustements structurels ayant provoqué la démission de l'État du domaine de la santé, aux populations la possibilité d'accéder aux mêmes services de soins, de même qualité et dans les mêmes conditions d'accès.

Mais la difficulté est qu'on ignore comment elle compose avec les ressources financières limitées des adhérents pour faire face aux déterminants des inégalités sociales de santé ; et comment elle procède, à partir de cette situation de vulnérabilité socioéconomique et politique, pour produire des réactions et comportements de socialité solidaire devant les évènements heureux (santé, naissance) et malheureux (maladie, accident, perte de travail, mort). En effet, la manière dont la *banque malheur* parvient à produire de l'équité d'accès aux soins et la solidarité devant la maladie et la mort reste peu documentée et analysée. Il manque des connaissances sur les mécanismes de production d'équité d'accès aux soins de santé et sur les formes de solidarités devant la santé, maladie et mort qu'elle promeut.

Dans cette perspective, l'objectif de cet article est d'élucider la manière dont la *banque malheur* promeut l'équité d'accès à la santé et aux soins, et la solidarité devant la naissance, la maladie et la mort. Il s'agit de documenter d'autres modes de production de

l'équité et de la prévention à travers lesquels se révèlent les solidarités familiales, sociales et socioéconomiques invisibles devant la maladie, la santé et la mort, en mettant en évidence les mécanismes qui en rendent compte chez les populations camerounaises.

2 Contexte de la recherche

2.1 Déterminants socioéconomiques de santé : un enjeu d'accès inégal aux soins

Les déterminants socioéconomiques conditionnent les démarches d'offre et de demande thérapeutiques et peuvent constituer de puissantes barrières à l'équité d'accès aux soins (Nougtara et Ridde, 2004 ; Rosny, 1992, 1996). Ainsi, nous avons voulu savoir comment et pourquoi certaines familles camerounaises très pauvres parviennent pourtant à rencontrer, suite à un problème de santé, à la fois le guérisseur, le prêtre et le biomédecin, alors même qu'elles ne disposent pas, comme les familles riches qui opèrent le même cheminement thérapeutique, des ressources financières suffisantes pour supporter la triple consultation ? Pour autant que l'accès aux services de soins des guérisseurs n'est pas gratuit, et il n'est pas certain que les ménages pauvres continuent encore à s'adresser à eux par souci de minimiser les dépenses de santé (Rosny, 1992), comme on le pense souvent. D'ailleurs, certaines prestations des guérisseurs sont parfois plus onéreuses que celles des médecins (Wamba et *al.*, 2015), ce qui est susceptible d'en limiter l'accès des familles riches et pauvres. Or, les dépenses qu'elles engendrent, encore peu maîtrisées par les politiques de santé (inter)nationales, sont rarement chiffrées, et méconnues des théories de l'anthropologie économique et de l'économie de la santé qui ont encore du mal à les intégrer aux dépenses de santé en contexte africain. Elles posent, en retour, un réel problème d'accessibilité financière à certains ménages riches qui, même s'ils disposent d'une mutuelle de santé couvrant les frais médicaux des médecins, ils ne peuvent pas, paradoxalement, non seulement la faire valoir lorsqu'ils s'adressent au prêtre/guérisseur en cas de maladie, mais aussi et surtout, ils doivent payer directement de leur poche les frais des prestations médicales de celui-ci au point de délivrance lors des épisodes de maladie (Nkoa et Ongolo-Zogo, 2012).

Ainsi, l'accessibilité économique constitue pour les familles – pauvre ou riche – un critère fondamental d'utilisation des services de soins biomédicaux et des guérisseurs/prêtres. Par ailleurs, si les dépenses de santé sont évaluées à l'aune des services de soins offerts par les structures hospitalières, on comprend que leur calcul, s'il n'est pas faux, ne reflète pas la réalité à laquelle sont confrontés les usagers de soins. Puisqu'elles intègrent les seuls coûts des prestations biomédicales, et ignorent ceux des prestations des guérisseurs. Ainsi, la question reste posée du comment sont prises en compte les coûts des prestations de ceux-ci lorsque l'Organisation mondiale de la santé (OMS) évalue en Afrique les dépenses mensuelles et annuelles de santé par ménage ?

Au Cameroun, la dépense annuelle moyenne de santé par ménage est estimée entre 48 000 Fcfa (73,28 euros) et 148 000 Fcfa (225,95 euros) dont 81% pour l'achat des médicaments et examens médicaux (OMS, 2010 ; Nkoa et Ongolo-Zo, 2012). L'OMS (2009, 2010) l'a estimé en 2009 à plus de 680 milliards de Fcfa (soit 1 038 167, 931 euros), dont plus de 75% à la charge des ménages ; et près de 95% sont déboursés « au point de délivrance des soins lors des épisodes de maladie » (Nkoa et Ongolo-Zogo, 2012, p. 4). Soulignons que ces estimations ne tiennent pas en compte les dépenses annuelles moyennes par

ménage des frais de santé engendrés par les consultations de prêtres ou guérisseurs. Reste questionnée alors la pertinence de ces chiffres aux yeux du Camerounais qui, en plus des frais de santé biomédicaux, doit encore débourser des frais pour le guérisseur et prêtre ?

En effet, les objets thérapeutiques prescrits par les guérisseurs – bouteilles d'huile versée sur le crâne des ancêtres, offrandes aux dieux pour expier un mal, herbes et écorces d'arbres, rituels de propitiation pour demander pardon lorsqu'on a brisé un tabou, etc. –, ne concernent pas ces estimations, même s'ils constituent une source d'énormes dépenses pour les ménages. De même n'entrent pas dans ces estimations, le coût des bougies, des encens, des huiles d'olive et du sel qu'utilisent les prêtres à des fins thérapeutiques et de prévention des mauvais sorts qui sont, suivant une certaine conception de l'étiologie de la maladie en Afrique, à l'origine de certains problèmes de santé. On ne connaît pas le coût des messes et prières prescrites aux familles éprouvées par la maladie ou le décès d'un membre.

Par ailleurs, la majorité des Camerounais vit en métropoles (Bafoussam, Yaoundé, Douala, etc.). Une pratique socioculturelle veut qu'un membre de la famille qui y décède soit inhumé au village. C'est une obligation morale et exigence éthique de reconduire le corps au bercail, quel que soit le lieu où le décès est survenu. Les Camerounais de la diaspora ne dérogent pas à cette pratique, parce qu'elle constitue un acte psycho-socio-thérapeutique pour les familles endeuillées. La difficulté ici est que le coût des dépenses qu'elle engendre n'est pas maîtrisé, et les mutuelles de santé y accèdent difficilement. On se demande comment les familles pauvres parviennent-elles à y répondre, comme les familles riches, alors même qu'il est admis qu'elles disposent moins d'un dollar par jour ? Il est donc certain que pour y répondre, les familles disposeraient d'autres mécanismes de subvention de la santé et de production d'une socialité solidaire devant la maladie et la mort que les politiques de santé ignorent, ne veulent pas reconnaître et dont il faut en rendre compte.

2.2 Protection sociale et adhésion aux mutuelles de santé en Afrique

En Afrique subsaharienne, sont presque inexistants les « systèmes nationaux d'assurance maladie obligatoire » (Criel et Van Dormael, 1999), selon le modèle occidental, comme par exemple le Régime d'Assurance Maladie du Québec (RAMQ) au Québec (Canada) ; la Sécurité Sociale en France ou l'Assurance maladie (LAMAL) en Suisse. Là où ils existent en Afrique ils couvrent seulement « 15 à 30% de la population, les autres couches de la population n'ont d'autres choix que de recouvrir aux systèmes de couverture spontanés » (Maugeis et *al.*, 2006). Il existe depuis 2004 en Afrique des régimes volontaires tels que les mutuelles de santé qui enregistrent un faible taux d'adhésion : moins de 1% de la population (Waelkens et Criel, 2004 ; Defourny et Failon, 2011). En Afrique de l'Ouest (Preker et Velenyi, 2006) et Francophone (Letourmy, 2006), des études ont analysé les contraintes et possibilités d'étendre les programmes nationaux d'assurance maladie obligatoire à tous les pays, ainsi que les facteurs favorisant ou entravant l'adhésion à ces programmes (Boidin, 2018 ; Goita, 2018).

Les études menées en Afrique de l'Ouest soulignent des hésitations à l'adhésion : « to enrol or not enrol » (De allegri et *al.*, 2006) ; d'autres réalisées en Guinée-Conakry se demandent ce qui n'a pas marché : « What is wrong » (Criel et Waelkens, 2003) ; et d'autres encore effectuées en Ouganda s'interrogent sur le pourquoi de la faible adhésion des

populations : « Why does enrolment remain low ? » (Basaza et *al.*, 2008). Deux catégories de variables multifactorielles expliqueraient l'hésitation et le faible taux d'adhésion des ménages africains aux mutuelles de santé (Deforunny et Failon, 2011, p. 10-15). Les variables individuelles – (1) *âge et sexe,* (2) *niveau d'éducation,* (3) *ethnie,* (4) *religion,* (5) *croyances culturelles,* (6) *statut professionnel du chef de ménage* – et socioéconomiques – (7) *capacités financières des ménages,* (8) *taille des ménages,* (9) *régime matrimonial,* (10) *état de santé moyen du ménage,* (11) *recours thérapeutiques et perceptions de la santé,* (12) *cohésion du groupe cible et* (13) *passé associatif*. Seul le facteur (7)– capacités financières des ménages – serait un paramètre essentiel/décisif qui pèserait sur les décisions d'adhésion ou non aux mutuelles de santé, et expliquerait l'importance des déterminants socioéconomiques de santé. L'influence éventuelle des autres facteurs serait peu envisagée, voire douteuse, sur l'adhésion à une mutuelle de santé.

Au Cameroun, Nkoa et Ongolo-Zogo (2012) estiment les mutuelles de santé à plus de 134. Sur près de 25 millions d'habitants, seulement 1,5% en bénéficient soit 375 000. Ce faible taux s'explique, entre autres, par la pauvreté et l'inflation du secteur informel où se recrute près de 80,6% de la population active (Minepat, 2010) ; l'inaccessibilité des primes d'assurance qui sont largement au-dessus de la dépense de santé moyenne des ménages, et donc inaccessibles à la majorité des employés du secteur informel. Il y existe aussi une protection sociale de l'État : la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS) qui connaît un faible taux d'adhésion. Les statistiques montrent qu'elle couvre, sur une « population active estimée à 8,4 millions, seules 580 200 personnes, soit un taux de 7% » (Okolouma, 2018, p. 33). Elle ignore le risque maladie et protège seulement ses employés (Tsama, 2001). Or, la *banque malheur* qui intéresse cette réflexion-ci ne discrimine pas les adhérents entre salariés et non salariés.

2.3 *Banque malheur* : une solidarité autrement, sa spécificité par rapport à la mutuelle de santé ?

La *banque malheur* est une pratique sociale, économique et sociopolitique qui a cours dans les différentes associations en Afrique (Abéga et Ngo Yebga, 2001 ; Semin, 2007). Celles-ci sont fondées sur la dynamique socioéconomique des « tontines traditionnelles » reconnues sous le néologisme de « Ndjangui » – cotisation –, en référence aux Bamiléké, un peuple de l'Ouest-Cameroun. Ces tontines « que nombre de Camerounais pratiquent, s'inscrivent dans la logique des vertus socioculturelles de la solidarité africaine » (Kemayou et *al.*, 2011, p. 163-164). En Afrique de l'Ouest, les adhérents doivent compter, comme l'a relevé Baumann (2010, p. 1) au Sénégal, « sur leurs propres ressources, sur la solidarité des proches et sur les liens tissés au sein de leur communauté de résidence, de confession, de convivialité ». Les migrants africains exportent les tontines traditionnelles en France (Semin, 2007) et au Canada (Wamba et *al.*, 2015).

La *banque malheur* apparaît tantôt sous le nom de « caisse décès » (Okalla et Vigouroux, 2001), selon qu'il convient d'individualiser les prestations que l'on verse à celui qui est frappé par un deuil ; tantôt sous le nom de « Retour au Pays Natal » (RPN), comme au Canada ; et tantôt sous le nom de « caisse santé/maladie » (Abéga et Ngo Yebga, 2001) ou *banque secours* (Wamba et *al.*, 2015), selon qu'il s'agit de subventionner les dépenses de santé des adhérents. Quelle que soit l'appellation, la *banque malheur* « sert à aider », écrivent Abéga et Ngo Yebga (2001), « ceux qui doivent prendre en charge les soins

en cas de maladie, ou qui ont perdu un membre de leur famille nucléaire en ligne directe ascendante (père, mère), descendante (enfant), ou un conjoint ». Elle constitue une forme d'épargne traditionnelle, à caractère socioculturel, basée sur les valeurs d'entraide, de solidarité, de sociabilité et surtout de préservation du patrimoine culturel de la famille ou de la région. Faute d'une adhésion à une mutuelle de santé qui donnerait droit au crédit santé, elle permet aux adhérents d'épargner durant toute l'année. Une meilleure connaissance de ses mécanismes de fonctionnement permettrait de régler certains problèmes liés à l'iniquité d'accès aux soins.

La *banque malheur* diffère des mutuelles de santé et de la CNPS, voire du RAMQ ou du LAMAL, car elle offre une diversité de possibilités de recours à une pluralité d'aides répondant, singulièrement, aux besoins socioéconomiques et de santé particuliers à la fois des ménages riches et pauvres, et auxquelles l'assurance maladie obligatoire ou les mutuelles de santé ne peuvent facilement faire rentrer dans leur système de protection sociale. Elle présente un avantage sur les mutuelles de santé et la CNPS au Cameroun, parce qu'elle n'a aucune relation au travail salarié ; offre une protection sociale aux agriculteurs, aux travailleurs urbains et ruraux du secteur informel (guérisseur, prêtre) et du secteur formel (médecin, magistrat), aux personnes à faible revenu non régulier, etc.

Notons que les tentatives d'extension des mutuelles de santé aux non salariés ont pratiquement échoué au Cameroun (Pougoué, 2006) et en Afrique (Goita, 2018 ; Boidin, 2018). Mais on ignore pourquoi les pays africains veulent les imposer au détriment de la *banque malheur*, un système transgénérationnel préexistant de protection sociale dont les mécanismes de solidarité ont été très peu documentés ; échappant aux politiques de santé qui doivent encore en être informés. Il est urgent de connaître sa spécificité par rapport aux mutuelles de santé. D'où la question de savoir comment la banque malheur réalise-t-elle l'équité dans l'accès aux soins et à la santé, ainsi qu'une socialité solidaire devant la santé, maladie et la mort, là où les mutuelles de santé échouent.

3 Méthodologie

Les données présentées ici sont issues d'une étude de thèse de doctorat effectuée au Centre mère enfant de la Fondation Chantal Biya à Yaoundé/Cameroun (ci-après : Fondation) concernant 60 personnes, dont 30 agents de soins (guérisseurs, prophètes guérisseurs et biomédecins) et 30 mères. L'échantillon du présent article est composé de 30 mères. 3 mères étaient issues d'origine sociale favorisée, car 2 étaient enseignantes dans les collèges publics et 1 comptable dans une entreprise privée. Elles possédaient une mutuelle de santé et étaient adhérentes en même temps à la *banque malheur*, comme les autres 27 mères. Cet échantillon a été complété par des observations et entretiens informels (Brunetaux et Lanzarini, 1997) réalisés avec les membres du Groupe d'Action pour la Solidarité et le Développement (GASOD), une association à laquelle nous appartenons et qui regroupe 15 Camerounais bamiléké résidant à Montréal (Québec, Canada). Les deux échantillons de populations ont en commun d'être membres d'une association caractérisée par les tontines traditionnelles rotatives qui se tiennent à leur domicile.

L'étude a reposé sur une approche ethnographique faisant appel à la méthode des entretiens individus. La collecte des données s'est effectuée à l'aide d'un guide des entretiens thématiques analysant les réactions à l'annonce de la maladie, en étant attentive aux

attitudes des familles et proches lorsqu'elles sont confrontées aux évènements heureux (santé) et malheureux (maladie). Les données ont été analysées grâce à la méthode des analyses de contenu thématique, en considérant ce que font les familles pour résoudre un problème de santé dont l'un des leurs en est victime. La référence au RAMQ tient lieu d'analyseur, dans une perspective de comparaison des modes de solidarité, selon qu'on est au bénéfice d'une mutuelle de santé ou de la *banque malheur*.

4 Résultats et discussions

Les résultats ci-dessous concernent les réactions/comportements des adhérents à la banque malheur et aux mutuelles de santé, et l'analyse de deux formes d'expression de la solidarité devant la maladie : la « main levée » lors des visites à l'hôpital, au domicile du guérisseur ou familial ; et une comparaison des réactions selon les systèmes de protection sociale, tels que la banque malheur, les mutuelles de santé ou l'assurance maladie.

4.1 Les réactions à l'annonce de la maladie : attitudes du malade et de ses proches

Les réactions à l'annonce de la maladie concernent les attitudes des adhérents à la banque malheur, aux mutuelles de santé ou à l'assurance maladie. Au Québec, le réflexe du malade adhérent au RAMQ serait de composer le 911, un numéro d'urgence disponible sur appel gratuit qui met en branle à la fois les services d'ambulance, de police et des sapeurs pompiers. Ses proches seront informées de la maladie plus tard, après qu'il ait été enregistré au point de tri de l'hôpital ; qu'il ait consulté un médecin et reçu les premiers soins, grâce à la présentation de la carte du RAMQ. L'infirmier lui nouera autour du bras un bracelet d'identification qui porte et révèle son identité. C'est après le rituel d'installation que le patient se verra posé par l'infirmier de chambre la question de savoir : « *avez-vous une personne qu'on peut contacter ?* » Tout québécois qui a fait l'expérience de la maladie a été confronté d'une manière ou d'une autre à cette question. Cette manière de réagir devant la maladie commence à gagner progressivement les milieux hospitaliers camerounais, notamment chez les adhérents à une mutuelle de santé.

Au Cameroun, la première réaction du malade est d'appeler un proche : les parents, un oncle, ou un ami qui veilleront, chacun, à relayer l'information auprès des associations auxquelles il adhère, afin de déclencher le mécanisme de solidarité. Ainsi, « lorsque la maladie s'est déclarée », note une mère, « j'ai appelé les grands-parents de l'enfant, et puis son oncle, mon grand frère, qui vit et travaille à Yaoundé. Lorsque je leur ai annoncé la maladie de l'enfant, les grands-parents sont arrivés quelques minutes après. Mon grand-frère ne pouvait pas être là immédiatement » [Mère d'enfant drépanocytaire, ménagère].

Le choix du lieu où sera conduit le malade dépend de plusieurs facteurs, dont la gravité de la maladie et le statut socioéconomique de celui qui décide du choix de ce lieu. Le choix relève, généralement, de la responsabilité du plus âgé – les parents – qui, de concert avec la communauté d'assistance constituée autour du malade, décideront, en fonction de l'auto-évaluation de celle-ci, soit de l'hôpital si la maladie requiert l'intervention d'un médecin ; de la maison de soins, si elle est du ressort du guérisseur ; ou encore des thérapeutes religieux, si le patient présente des signes de possession ou d'envoûtement. Dans ce dernier cas, le

patient sera adressé, en fonction des convictions religieuses de sa famille soit au prêtre exorciste, si elle est catholique ; au pasteur, si elle est protestante ; au prophète, si elle est fidèle à des nouveaux mouvements religieux charismatiques qui gagnent l'Afrique. Les propos suivants résument la démarche :

> « Mon grand-frère a demandé qu'on discute avec les grands-parents et on l'informe de la décision prise. Comme ma voisine connaissait la maladie, elle nous a conseillé d'aller à la Fondation. Aussitôt, j'ai appelé mon grand-frère pour lui dire, et il a donné son accord. Entre-temps, les grands-parents de l'enfant se sont rendus, au même moment, chez le guérisseur du village qui a donné des herbes et des écorces qu'on devrait laver l'enfant avec après le soin du médecin. Quelques jours après, ils ont fait venir le guérisseur au chevet du lit de l'enfant à l'hôpital et il a donné une poudre blanche qu'on doit mettre sur le corps de l'enfant. Aussi, il a dit aux grands-parents d'aller sur le crâne des ancêtres verser de l'huile [. . .]. » [Mère d'enfant drépanocytaire, enseignante]

Si on choisit l'hôpital, il arrive, régulièrement, qu'un membre de la famille, qui n'est pas le père, supporte les frais du ticket de cession [droits exigibles pour l'accès à l'hôpital] qui donne droit et accès à la consultation du médecin et aux soins. Si on s'adresse au guérisseur ou au prêtre, ils recevront leurs honoraires à la fin des services de soins offerts sous forme de rétribution en nature ou en argent, pour le guérisseur ; et pour le prête sous forme de don de bougies ou de bancs à l'église, ou encore d'inscription de messes et prières spéciales à l'intention du malade, dont le montant peut varier en fonction du statut socioprofessionnel des familles. On est là dans le registre de la solidarité familiale devant la maladie, comme l'attestent les propos suivants :

> « Tout demande beaucoup d'argent, puisqu'il faut faire des examens de sang pour l'enfant et pour nous aussi, chose qu'on n'a pas prévu. Je ne peux pas vous dire combien ont coûté les services du guérisseur : ce sont les grands-parents qui ont payé. Je ne sais pas combien ont coûté les examens de sang : c'est l'oncle de l'enfant qui les a payés. Je me suis occupée des médicaments et d'autres dépenses, à l'aide de ma banque malheur. Tu sais, cela aide beaucoup puisqu'il faut sortir de l'argent tout le temps. » [Mère d'enfant drépanocytaire, comptable]

Pour deux autres mères :

> « La banque malheur sert à répondre aux malheurs qui surviennent brusquement, car on ne dispose pas toujours de l'argent à la maison, et ni à la banque, pour autant qu'on n'a même pas souvent un compte bancaire. Mon compte bancaire, c'est le compte de la banque malheur. Si une situation survient, on m'avance de l'argent en urgence aussi. » [Mère d'un enfant drépanocytaire, ménagère] ;
>
> « Mais je peux prendre le remède chez le guérisseur et payer après le montant dû. Vous voyez. » [Mère d'un enfant drépanocytaire, ménagère]

À travers ces discours, se révèlent trois types de solidarité devant la maladie. Le premier type est issu de la famille, qu'on pourrait qualifier, pour reprendre un concept de Paugam et Zoyem (1998), de « soutien financier familial ». Le second, système traditionnel de protection sociale : la *banque malheur,* offre un soutien associatif par le biais des tontines traditionnelles dont bénéficie chaque membre lorsqu'il est éprouvé par un décès. Le dernier type de solidarité est offert par la mutuelle de santé. Chez les personnes adhérentes à celui-ci, la carte de l'assurance maladie sert à payer les frais de santé. Les trois types de solidarité sont mis à contribution lorsque survient une maladie. La question reste donc posée du pourquoi les adhérents camerounais à une mutuelle de santé, et ceux à une assurance maladie universelle – l'exemple des adhérents du RAMQ – sont aussi affiliées à la *banque malheur* ? Quelle serait la spécificité de la *banque malheur* par rapport aux mutuelles de santé et à l'assurance maladie, version occidentale ? Qu'est-ce qui peut amener un camerounais adhérent à une mutuelle de santé ou à une assurance maladie universelle à solliciter obligatoirement la protection sociale qu'offre la *banque malheur* ?

C'est qu'en réalité, la mutuelle n'assure pas les risques sociaux pris en charge par les guérisseurs et prêtres ; exclut « les fonctionnaires et personnes régies par le statut général de la fonction publique [...] » (Fouomene, 2013, p. 155-156) : magistrat, policiers, militaires, qui sont clients résolus de la *banque malheur*. Wamba, Fortin et Koki (2015) montrent qu'au Cameroun les ménages riches et pauvres adhèrent à la fois aux mutuelles de santé et à la *banque malheur*. Au Québec, les membres du GASOD adhèrent, pour marquer leur rattachement aux traditions/coutumes qui modulent encore leurs comportements socioéconomiques et sociopolitiques, à la *banque malheur* (Wamba, 2014), alors même qu'ils sont tous affiliés au RAMQ qui les protège des risques sociaux de santé et socioprofessionnels. Si les mutuelles de santé africaines et la CNPS au Cameroun constituent des systèmes de protection sociale, elles sont construites sur la relation de travail salarié (Pougoué, 2006, p. 26) et concernent uniquement des personnes salariées : une discrimination que ne fait pas la *banque malheur* et c'est ce qui fait sa spécificité.

Par ailleurs, les adhérents à *banque malheur* et aux mutuelles de santé ne sont pas soumis aux mêmes exigences, en matière de paiement des frais de prestations médicales. En effet, chez les guérisseurs, l'exigence d'un ticket de cession, d'emblée, ne se pose pas comme à l'hôpital, car, la proximité spatio-temporelle des relations sociales entre le guérisseur et la communauté familiale du patient constitue, selon une formule empruntée à Giddens (1994, p. 34), un « gage symbolique » de recouvrement des honoraires dus. Ce gage fonctionne parce qu'il est fondé sur deux principes : la communauté locale et/ou le système de parenté sur lesquels le guérisseur peut compter ; et la croyance largement partagée selon laquelle un manquement à l'acquittement de ses honoraires a pour effet la résurgence de la maladie (de Rosny, 1996, 2002). De même, le ticket de cession ou la carte d'une mutuelle de santé dans un hôpital camerounais et la carte du RAMQ dans un hôpital québécois jouent aussi le rôle de gages symboliques, mais d'un autre ordre. Ils s'inscrivent dans des systèmes experts ou abstraits (Giddens, 1994, p. 3), c'est-à-dire de savoir-faire professionnel formel et technique (Freidson, 1988). À la différence du système de parenté qui s'exprime dans des engagements de face à face où les contacts sociaux sont établis dans les contextes de coprésence, les systèmes experts tendent à séparer le temps de l'espace et, à délocaliser les relations sociales pour les relocaliser dans des contextes où les engagements sont anonymes entre les individus.

Ces trois ordres de gages symboliques peuvent coexister dans le même contexte spatio-temporel, et reposent tous sur la confiance, une notion théorisée par Simmel (1987) dans *Philosophie de l'argent* et synthétisée par Giddens dans *Les conséquences de la modernité*. Cette notion est au fondement des relations sociales dans les sociétés traditionnelles et modernes. Elle est, dira Giddens (1994, p. 35), une foi dans laquelle l'assurance de résultats probables exprime un engagement plutôt qu'une simple compréhension d'ordre cognitif (1994, p. 35). Il y a confiance, écrira Simmel, lorsqu'il y a croyance en quelqu'un ou quelque principe. La différence entre ces deux types de sociétés est la figure métaphorique en laquelle la confiance est fondée. Dans les sociétés traditionnelles, il s'agit d'une confiance vis-à-vis d'individus : les relations sociales personnalisées dans le système de parenté. Dans les sociétés modernes, la confiance est impersonnelle et fait intervenir des personnes morales : les mutuelles de santé. Elle repose sur l'utilisation d'un instrument abstrait, dont la réplique, dans le versant moderne de la société camerounaise contemporaine, est le ticket de session.

4.2 *Main levée*, rites de visites : autres formes de solidarités économiques invisibles

Les patients québécois et camerounais sont tous deux installés sur leur lit d'hôpital. Dans le cas du Québec, une fois la personne de contact du malade informée de la maladie et de son internement, elle peut marquer son assistance en téléphonant ou en se rendant, lorsque son emploi du temps permet, à l'hôpital pour la visite. Le proche du malade québécois peut ne pas passer la nuit à son chevet, comme garde malade. Et si le malade est mineur, l'un des deux parents est admis à dormir dans la chambre de l'enfant, mais sous le contrôle de l'infirmier désigné institutionnellement comme garde malade.

Dans le cas du malade camerounais, une fois installé, un garde malade fixe est désigné par la famille, quel que soit le type de protection sociale auquel il est affilié. Pour les personnes bénéficiant de la couverture d'une mutuelle de santé, il arrive qu'il y ait parfois conflit entre le garde malade commis par l'institution hospitalière et le garde malade désigné par la famille. En effet, dans les deux cas, le garde malade de la famille a préséance sur celui commis par l'hôpital, et veillera, jour et nuit, au chevet du lit du malade, et sera relayé de temps en temps par un autre, lorsque besoin se fera sentir. Un défilé de visiteurs va s'ouvrir, qui du matin, qui de l'après midi, qui du soir, etc.

La visite est souvent le moment approprié à l'opération de la « main levée » : une quête spontanée qui vient suppléer, selon Abéga et Ngo Yebga (2001), en cas de maladie ou de décès, la *banque malheur*. Pour les plus nantis, l'un déposera subrepticement, c'est-à-dire loin du regard des autres visiteurs, un billet de 5000 Fcfa [7.60 euros] dans le creux de la main du garde malade à l'arrivée ou au départ ; l'autre un billet de 2000 Fcfa [3.05 euros]. Pour les moins nantis, l'un glissera de la même manière un billet de 1000 Fcfa ou de 500 Fcfa [1.52 euros ou 0.76 euros]. Chacun contribue selon ses moyens et les contributions peuvent différer selon le sexe. Si les hommes sont enclins à contribuer financièrement, les femmes font généralement des dons alimentaires. Elles déposeront au chevet du lit un sac dans lequel se trouve un repas pour le malade. En fin de journée, le malade se retrouvera non seulement avec un certain montant d'argent, mais aussi avec un stock de nourriture, alors même qu'il ne peut manger le tiers d'une ration de 200g. Chez les ressortissants camerounais résidant aux Canada la « main levée » est une nécessité et s'inscrit dans

l'opération Retour au Pays Natal (RPN). Elle est obligatoire, et sert au rapatriement du corps, selon une pratique qui veut que le membre décédé doit être enterré dans la terre de ses ancêtres.

Le garde malade fera le rapport au malade, s'il est lucide ; ou au représentant immédiat de la famille, s'il est dans l'impossibilité de reconnaître ses visiteurs, des contributions financières ou en nature. La nourriture reçue retournera au domicile du malade, car on suppose que la mère ne peut pas à la fois être à l'hôpital et faire le repas pour la famille : « *Ça fait trop pour elle seule* », dira une visiteuse. Les contributions financières servent à payer, sans doute insuffisamment, une partie des frais d'ordonnance et de médicaments, et la facture d'hospitalisation. Tous les dons sont consignés dans un cahier que le malade conservera.

Par ailleurs, si le malade québécois reçoit relativement moins de visiteurs que le malade camerounais, ce n'est pas parce que les visiteurs québécois sont moins solidaires. Dans le contexte québécois, les visiteurs sont malheureusement limités par deux facteurs : la division du travail, une caractéristique des sociétés modernes qui est aussi en train de gagner progressivement les sociétés africaines traditionnelles. Dans les premières, les fonctions des travailleurs sont interdépendantes ; tandis que dans les secondes, les gens sont, en majorité, paysans et cultivateurs et donc gèrent leur emploi de temps et leur temps. Le facteur temps en est un corollaire important. Il faut donc compter, comme le notait Ségalen (1975, p. 88), entre autres facteurs, le manque de temps liés à des emplois du temps au caractère de plus en plus contraignant. Il est plus contraignant chez celles-là, et relativement souple chez celles-ci. L'absence de visite, dans le cas du Québec, traduirait une mutation des attitudes. Là est la première transformation qu'on peut repérer.

4.3 *Banque malheur* et mutuelles de santé : formes d'expression de la solidarité en santé

La *banque malheur* et la mutuelle de santé ou l'assurance maladie universelle sont, respectivement, au Cameroun et en occident des outils d'expression de la solidarité en santé. Au Québec par exemple, le malade solitaire dans sa chambre et sur son lit d'hôpital n'a cependant pas besoin que ses visiteurs lui apportent le repas ou l'assistent financièrement, tant il est vrai qu'une telle assistance n'est pas exclue. La carte du RAMQ, par exemple, couvre ses besoins alimentaires. Il en est ainsi du malade camerounais adhérent à une mutuelle de santé. Dans les deux cas, l'hôpital s'occupe de leur repas, et les frais d'hospitalisation sont pris en charge par leur assurance maladie, comme c'est le cas de nos deux interlocutrices. Ce qui n'est pas du tout le cas pour le malade n'ayant pas une mutuelle de santé. D'une part, il doit alors compter sur le support financier du système de parenté de sa communauté familiale et tribale, s'il ne dispose pas de ressources financières. Dans certaines communautés africaines, les membres de la famille, *haut placés* et riches, sont obligés de supporter les frais médicaux et d'hospitalisation. L'exemple que donne Tinta (1993, p. 214) au Mali en est une parfaite illustration :

> « Si les ascendants directs de l'enfant n'ont pas de moyens financiers, et si dans sa parenté certains ont les moyens d'intervenir mais refusent de le faire, on peut user de la force de pression que sont les neveux utérins [enfants des sœurs et cousines] : ces derniers peuvent obliger le chef du lignage à prendre

> en charge, dans la mesure de ses moyens, l'enfant malade. Éventuellement, les neveux utérins [qui peuvent être les petits neveux du chef] pourraient menacer ce dernier, s'il ne s'exécutait pas, de casser la jarre des ancêtres. Comme il en est le gardien, il mourra si on la casse, et par conséquent, il préférera s'exécuter. »

D'autre part, la *banque malheur,* tout comme la « main levée », jouent un rôle de soutien financier et couvrent une majeure partie des dépenses de santé. Mais soulignons que la « main levée » est discriminatoire, parce qu'elle ne concerne que les adhérents à la banque malheur. Mais interpréter la régularité des visiteurs dans le seul et unique sens de la solidarité humaine, c'est s'interdire de comprendre les logiques socioéconomiques et politiques, voire assurancielles qui s'y cachent et les motivent. « *On ne va pas voir le malade, les mains vides ou bras balans* », nous dira spontanément une mère rencontrée à la Fondation. « *Si je suis malade tu ne me rends pas visite, il va de soi que je ne vienne pas te voir lorsque tu seras frappé de maladie* », dira une autre. Autrement dit, durant les moments difficiles de la vie, chacun fait l'expérience d'accumulation d'un capital humain et économique par sa conduite et ses gestes auprès des autres. Lorsqu'une maladie survient, ce capital humain et financier est réinvesti pour soutenir l'un des membres de la communauté locale du groupe auquel il se réfère. Ce capital constitue une forme de sécurité ontologique, pour reprendre une expression de Giddens (1994, p. 98), et représente par extension, une forme de solidarité généralisée d'assurance sociale : base d'équité d'accès aux soins, et de réduction des inégalités sociales devant la maladie.

Analysant le rituel des visiteurs camerounais dans un article intitulé *De la demande thérapeutique au Cameroun,* Tsala Tsala (1989, p. 116) rapporte que l'accompagnement social et familial dans les hôpitaux dépasse la seule exigence de solidarité dans le malheur, dans la mesure où chaque visiteur se « sent interpelé par la maladie du malade qui pourrait être la sienne présente ou à venir ». Hormis cet effet de miroir qui sous-tend le rituel de visite, il inscrit les relations des visiteurs dans un rapport de donnant-donnant : « *la maladie, c'est comme un rendez-vous du donné et du recevoir* », affirmera une mère. « *Si tu me cotises mon malheur, t'es assurée lorsque tu auras aussi un événement malheureux* », dira une autre mère rencontrée chez un guérisseur. Ainsi, « *quand on cotise pour le malheur de l'autre » ; poursuit-elle, « on tontine en même temps pour sa maladie à soi, présente ou à venir ; pour celle d'un membre de la famille, ou encore pour une naissance présente ou à venir ; pour une situation de décès présent ou à venir* ».

Le rituel de visites n'est pas un luxe, mais un mode d'expression de la solidarité devant la maladie. Dès lors, les dons apparemment inconditionnels des visiteurs deviennent des dons endettés (Marie, 2012). La réciprocité qu'exige le rituel de visiteurs camerounais repose sur un rapport de confiance sous-tendue par une logique assurancielle fondée inéluctablement sur le support économique qui l'accompagne. Vu de l'extérieur, ce rituel dirige l'attention de l'observateur vers la logique de solidarité humaniste, alors que l'important ici c'est la solidarité économique qui garantit une protection sociale aux personnes éprouvées et à leur famille.

Par ailleurs, la *banque malheur* passe inaperçu un autre aspect très important : la division qu'elle opère, non pas entre les malades et non malades, mais entre les visiteurs solvables et les visiteurs insolvables. Les insolvables sont alors parfois menacés d'exclusion, même s'ils

ne le seront jamais . Bien qu'elle s'utilise en cas de maladie, la *banque malheur* protège d'abord le camerounais solvable non malade, avant d'être au service du camerounais malade. Chaque adhérent, pour rester solvable, y contribue par le truchement des tontines correspondant à la prime mensuelle que paie un adhérent à la mutuelle de santé pour ceux qui exercent un travail salarié.

La solidarité économique instituée par le rituel des visiteurs au malade et la *banque malheur*, devenue socialement et moralement obligatoire, constitue un gage de l'équité devant la santé et la maladie et un geste de solidarité. Elle est au malade camerounais ce qu'est le RAMQ au malade québécois, ou encore la carte de la mutuelle de santé aux Camerounais qui en sont adhérents. C'est un gage symbolique d'un système traditionnel de protection sociale dont le gestionnaire est le système de parenté ou la communauté sociale à laquelle on appartient. Le RAMQ joue le même rôle de sécurité sociale dans la société québécoise moderne. Autrement dit, la solidarité reste dans les deux sociétés un invariant anthropologique. Mais ce qui change, lorsqu'on passe de la société québécoise à la société camerounaise, c'est le manipulateur du gage symbolique de la solidarité qui passe du système collectif de solidarité fondé sur les relations de parenté dans les sociétés traditionnelles, à un instrument abstrait institutionnalisé dans les sociétés occidentales : la carte du RAMQ.

Mais la banque malheur, la mutuelle de santé ou encore l'assurance maladie version occidentale ne s'inscrivent pas de la même manière dans la lutte contre les inégalités sociales de santé. Dans la *banque malheur*, les champs de l'économie, du politique et du social sont indissociables, et les adhérents sont tous coactionnaires, tandis qu'une mutuelle de santé repose sur une économie de marché qui n'offre pas cette possibilité aux adhérents. La banque malheur fait partie du fonctionnement de la société, alors que la mutuelle de santé tend à se constituer en secteur libéral, et n'est, en Afrique, autre chose qu'un alibi institutionnel servant à exclure la *banque malheur* du marché d'assurance maladie, devenu un enjeu économique pour les promoteurs qui luttent pour avoir le monopole de la protection sociale dans les systèmes de santé en faillite. On a des raisons de le penser, car ceux qui promeuvent et apportent un appui institutionnel et technique nécessaire au développement des mutuelles de santé sont extérieurs à la société africaine (Criel et Van Dormael, 1999), alors que la *banque malheur* est portée de l'intérieur par une histoire sociopolitique et socioéconomique qui l'a créée. Les promoteurs sont des natifs du terroir camerounais. Autrement dit, la dynamique qui la sous-tend est endogène et repose sur un système traditionnel d'entraide sociale entre individus de différentes communautés, comme c'est le cas des associations qui ont aujourd'hui pignon sur rue au Cameroun et qu'on retrouve à l'étranger. Et c'est peut-être cet aspect qui expliquerait le fort taux d'adhésion à la *banque malheur*.

5 Conclusion

Les résultats montrent l'existence de trois systèmes de solidarité. D'abord, la *banque malheur* : une caisse dont la somme cumulée est remise, à tour de rôle, à un bénéficiaire éprouvé par un malheur (maladie, décès). Le second est la « main levée » à travers les rituels de visites au malade à l'hôpital ou chez le guérisseur, où s'opère le don de soi : s'offrir au malade par sa présence ; le don en nature : offrir un repas au malade ;

et le don en argent : offrir de l'argent au malade. Le troisième est le soutien financier familial : un parent, oncle, tante, etc. peut avancer les frais des dépenses engendrés par la maladie d'un membre de la famille. Les trois systèmes de solidarité promeuvent la réduction des inégalités sociales de santé, l'équité d'accès aux soins et la mutualisation des dépenses devant la santé, maladie et mort. L'aide financière reçue s'inscrit dans la logique de don endetté : base d'une socialité solidaire humaine, économique et ontologique devant l'épreuve de la maladie, à travers les mécanismes sociaux de solidarités invisibles dont les politiques de santé se doivent d'en être informés. À travers chaque don, se réalise finalement, l'opération de prévention des risques sociaux de santé par le biais de la solidarité qui est une opportunité que s'offre chaque donneur pour augmenter ses chances d'accès aux soins de santé ; réduire les inégalités sociales devant la maladie et la mort.

En effet, ce qui est proposé à travers la *banque malheur*, c'est bien un système d'assurance sociale qui renverse et concurrence la dynamique institutionnelle des mutuelles de santé. Elle est incontournable en Afrique et au Cameroun. À ce propos, comment arrimer les mutuelles de santé à la *banque malheur*, considérée comme une pratique de protection sociale transgénérationnelle ? Faut-il la renforcer ou la supplanter par les mutuelles de santé qui restent étrangères aux mécanismes de solidarité largement partagés par les populations camerounaises ? L'extension de la solidarité en santé par la promotion des seules mutuelles de santé ne risquerait-elle pas de conduire les africains et camerounais à un impérialisme assurantiel qui constitue un facteur de sous-développement de l'Afrique ? Autrement dit, l'adoption et l'imposition d'une couverture sociale universelle dans un pays comme le Cameroun où plus de 80,6 % de la population travaillent dans le secteur informel, et ce, sans qu'il y ait au préalable une politique intégrée de santé analysant les obstacles de sa mise en place, ainsi qu'une stratégie d'articulation rigoureuse avec le système de protection préexistant, *la banque malheur*, auquel adhèrent toutes les couches sociales, risque d'augmenter plutôt, contre toute attente, les inégalités d'accès à la santé, alors même que le but visé était de les réduire, combattre. L'étude suggère un dialogue entre la *banque malheur* et les mutuelles de santé.

6 Références bibliographiques

Basaza, R., Criel, B. et Van Der Stuyft, P. (2008). Community health insurance in Uganda : Why does enrolment remain low ? A view from beneath, *Health Policy*, 87(2), 172-184.

Boidin, B. (2018). Une couverture santé universelle sans politique intégrée de la santé est-elle possible en Afrique, *Revue française des affaires sociales,* 1, 85-105.

Bouchard, L., Beaulieu, M. et Desmeules, M. (2012). L'offre active de services de santé en français en Ontario : une mesure d'équité. *Reflets*, 18(2), 38–65.

Bourdieu, P. (1993). *La Misère du monde*. Paris : Seuil.

Brunetaux, P. et Lanzarini, C. (1997). Les entretiens informels, *Sociétés contemporaines,* 30, 157-180.

Criel, B. et Waelkens M.-P. (2003). Declining subscriptions to the Maliando Mutual Health Organisation in Guinea-Conakry (West Africa) : what is wrong ? *Social Science Medicine*, 57(7), 1205-1219.

De Allegri, M., Sanon, M. et Sauerborn, R. (2006a) To enrol or not enrol ? A qualitative investigation of demand for health insurance in rural West Africa, *Social Science Medicine*, 62(6), 1520-1527.

De Bourguesdon, M., Serrier, H. et Ulman, P. (2006). Résumé. In G. Dussault, P. Fournier et A. Letourmy (éds.), *L'assurance maladie en Afrique francophone : améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté* (p. xvii). Washington : Série Santé Nutrition Population, Banque Mondiale.

Defourny, J. et Failon, J. (2011). Les déterminants de l'adhésion aux mutuelles de santé en Afrique subsaharienne : un inventaire des travaux empiriques, *Mondes en développement,* 153 (39), 7-26.

Fouomene, E. (2013). Les protections traditionnelles et le développement du système de sécurité social au Cameroun. These de doctorat, université de Genève, no. D. 865. Genève : Suisse.

Freidson, E. (1988). *Professional powers : a study of the institutionalization of formal knowledge*. Chicago : University of Chicago Press.

Giddens, A. (1994). *Les conséquences de la modernité*. Paris : L'Harmattan.

Goita, S. O. (2018). Les difficultés de mise en place de l'assurance maladie obligatoire au Mali : le cas des enseignants du supérieur, *Revue française des affaires sociales,* 1, 199-204.

Haddad, S., Nougtara, A. et Ridde, V. (2004). Les inégalités d'accès aux services de santé et leurs déterminants au Burkina Faso, *Santé, Société et Solidarité*, 2, 199-210.

Hours, B. (1992). La santé publique entre soins de santé primaires et management. *Cahiers des sciences humaines*, *35*(1), 123–140.

Le Blanc, G. (2007). *Vies ordinaires, vies précaires*. Paris : Seuil.

Letourmy, A. (2006). Assurance maladie : un cadre général d'analyse en vue de son implantation dans les pays d'Afrique francophone. Dans G. Dussault, P. Fournier, et A. Letourmy, L'assurance maladie en Afrique francophone. Améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté. Washington : Série Santé Nutrition Population, Banque Mondiale.

Marie, A. (2012). Le don est un marché (de la dette). Field Actions Science Reports [Online], Special Issue 4 | 2012, Online since 31 January 2012, connection on 21 August 2019. URL : http://journals.openedition.org/factsreports/1249

Minepat (2010). *Document de stratégie pour la croissance et l'emploi*. Yaoundé : Minepat.

Nkoa, F.C. et Ongolo-Zogo, P. (2012). Promouvoir l'adhésion universelle aux mécanismes d'assurance maladie au Cameroun. Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé – Hôpital Central. Yaoundé, Cameroun.

Okolouma, Alex. (2018). Protection sociale et développement économique au Cameroun : une approche historique, *Revue française des affaires sociales,* 1, 33-61.

Paugam, S. et Zoyem, J.-P. (1998). Le soutien financier familial : une forme essentielle de solidarité, *Économie et statistique,* 308-310, 187-210.

Preker, A. S. et Velenyi, E. (2006). Expansion des programmes gouvernementaux d'assurance maladie obligatoire en Afrique de l'ouest : possibilités et contraintes. In G. Dussault, P. Fournier. et A. Letourmy (éds.), *L'assurance maladie en Afrique francophone. Améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté*. Washington : Série Santé Nutrition Population, Banque Mondiale.

Pougoué, P. G. (2006). Cameroun : Situation de travail et protection des travailleurs, http://www.ilo.org/public/english/dialogue/ifpdial/downloads/wpnr/cameroon.pdf (consulté le 19 juillet 2019).

Rosny, É. de. (1992). Les Afriques de guérison. Paris : Karthala.

Rosny, É. de. (1996). *La nuit, les yeux ouverts : récit*. Paris : Seuil.

Rosny, É. de. (2002). Un ministère chrétien de la voyance à Douala. In R. Massé et J. Benoist (Eds.), *Convocations thérapeutiques du sacré* (pp. 353–373). Paris : Karthala.

Segalen, M. (1975). Rituels funéraires en Normandie, *Archives des sciences sociales des religions,* 39, 79-88.

Semin, J. (2007). L'argent, la famille, les amies : ethnographie contemporaine des tontines africaines en contexte migratoire. *Civilisations*. [En ligne], 56, consulté le 30 décembre 2018. URL : http://civilisations.revues.org/636

Simmel, G. (1987). *Philosophie de l'argent*. Paris : PUF.

Tinta, S. (1993). Les services de santé du cercle de Bandiagara. In J. Brunet-Jailly (éd.), *Se soigner au Mali. Une contribution des sciences sociales : douze expériences de terrain* (p. 211–227). Paris : Karthala.

Tsama, E. (2001). La *sécurité sociale au Cameroun*. Yaoundé.

Tsala Tsala, J.-P. (1989). De la demande thérapeutique au Cameroun. *Revue de médecine psychosomatique*, *19*, 109–124.

Wamba, A., Fortin, S. et Koki Ndombo, P. (2015). Le poids relatif de l'accessibilité économique et culturelle : les déterminants du recours aux soins gynéco-pédiatriques vus par les mères, guérisseurs et biomédecins en contexte de pluralisme thérapeutique. In Y. B. Djoudja Feudjo, H., B. Nguendo Yongsi et A. Socpa (éds.), *Offres, recours*

et accès aux soins de santé « parallèles » en Afrique : Des acteurs en quête de légitimité médicale, sociale et institutionnelle (p. 223-255). Québec – Canada : Différence Pérenne.

Wamba, A. (2014). Reconnaître pour choisir, orienter et rencontrer. Les mères, guérisseurs et biomédecins à l'épreuve des rencontres et reconnaissances en milieux pédiatriques camerounais. Thèse de doctorat. Département d'anthropologie. Université de Montréal (Montréal, QC), Canada.

Whitehead, M. (1991). The Concepts and principles of equity in health. *Health Promotion International*, 6(3), 217-228.