

# La micro-assurance de santé dans les pays à faible revenu

Alain Letourmy  
Aude Pavy-Letourmy

Numéro

26

décembre 2005



Agence Française de Développement

---

# **La micro-assurance de santé dans les pays à faible revenu**

---

Alain Letourmy, CERMES-CNRS  
Aude Pavy-Letourmy, CERDI

Agence Française de Développement  
Département de la Recherche



Les auteurs de cet ouvrage et de l'étude dont il est issu sont Alain Letourmy, économiste, chercheur au CNRS (CERMES) et Aude Pavy-Letourmy, économiste, chercheur doctorante au CERDI.

Les termes de référence de l'étude ont été conçus par l'Agence Française de Développement (département du Développement humain et département Systèmes financiers et développement du secteur privé) et le CERMES (unité de recherche conjointe CNRS/EHESS). Cette étude, cofinancée par l'AFD et le CNRS, a été supervisée par un comité de pilotage composé de représentants du ministère des Affaires étrangères (DGCID/DCTH), du Bureau international du travail (programme STEP) et du groupe AFD.

Les analyses et appréciations figurant dans le texte restent néanmoins de la seule responsabilité des auteurs.



# Sommaire

<b>RÉSUMÉ</b> .....	9
<b>INTRODUCTION</b> .....	21
<b>1. UN PANORAMA DE LA MICRO-ASSURANCE DE SANTÉ</b>	
<b>DANS LES PAYS EN DÉVELOPPEMENT</b> .....	25
1.1. L'organisation de l'activité de micro-assurance de santé .....	25
1.1.1. <i>Des expériences variées de micro-assurance de santé :</i>	
<i>quelques exemples</i> .....	25
1.1.2. <i>Les points communs des diverses expériences</i> .....	27
1.1.3. <i>Qu'est-ce que la micro-assurance de santé ?</i> .....	29
1.2. Les modèles de la micro-assurance de santé .....	31
1.2.1. <i>Le modèle de mutuelle de santé</i> .....	32
1.2.2. <i>Mutuelle et micro-assurance de santé</i> .....	35
1.2.3. <i>Les classifications des organismes de micro-assurance de santé</i> ..	37
1.2.4. <i>Une grille de lecture des expériences</i> .....	42
1.3. Conclusion de la première partie .....	47

<b>2. TROIS ÉTUDES DE CAS : MALI, AFRIQUE DU SUD ET BANGLADESH</b>	<b>49</b>
2.1. La micro-assurance et les mutuelles de santé au Mali	50
2.1.1. <i>Le mouvement mutualiste malien</i>	51
2.1.2. <i>Les autres formes de micro-assurance           et la mutuelle de santé Kènèya So</i>	55
2.1.3. <i>Mutuelles, pauvreté et protection sociale</i>	69
2.2. L'accès aux soins et l'assurance maladie en Afrique du Sud	71
2.2.1. <i>Le système de soins et les dispositifs d'assurance maladie</i>	73
2.2.2. <i>Les problèmes de financement de la santé</i>	76
2.2.3. <i>La régulation des Medical Schemes et l'émergence           d'un marché pour les personnes aux revenus modestes</i>	77
2.2.4. <i>La stratégie et les activités de Medscheme</i>	80
2.2.5. <i>Les résultats obtenus</i>	84
2.2.6. <i>L'impact social de Medscheme</i>	88
2.2.7. <i>L'apport du secteur privé à la lutte contre la pauvreté</i>	89
2.3. Santé et développement communautaire au Bangladesh	91
2.3.1. <i>L'action du Bengladeshi Rural Advancement Committee</i>	92
2.3.2. <i>L'action de Grameen Kalyan</i>	101
2.3.3. <i>L'action de Dushta Shasthya Kendra</i>	109
2.3.4. <i>Les enseignements des expériences de micro-assurance           de santé au Bangladesh</i>	116
<b>3. DÉVELOPPER LA MICRO-ASSURANCE DE SANTÉ ET L'ASSURANCE MALADIE DANS LES PAYS A FAIBLE REVENU</b>	<b>121</b>
3.1. Les orientations du développement de la micro-assurance de santé dans les PED	121
3.1.1. <i>La population couverte par les dispositifs de micro-assurance</i>	122
3.1.2. <i>Les garanties proposées</i>	132
3.1.3. <i>Les modes d'organisation de la micro-assurance de santé</i>	137

3.2. La contribution de la micro-assurance aux objectifs de développement	147
3.2.1. <i>L'amélioration du fonctionnement du secteur de la santé</i>	148
3.2.2. <i>La lutte contre la pauvreté</i>	150
3.2.3. <i>L'extension de la protection sociale au secteur informel</i>	151
3.2.4. <i>La participation sociale et la contribution à la démocratie</i>	153
3.2.5. <i>L'extension du marché de l'assurance</i>	154
<b>4. EN GUISE DE CONCLUSION : ÉLÉMENTS DE STRATÉGIE D'APPUI</b>	<b>157</b>
4.1. Les stratégies d'appui selon l'objectif	157
4.1.1. <i>Le scénario de contribution à la réduction de la pauvreté</i>	159
4.1.2. <i>Le scénario d'amélioration du fonctionnement du secteur de la santé</i>	163
4.1.3. <i>Le scénario d'extension du marché de l'assurance</i>	167
4.2. Les stratégies d'appui selon le contexte	169
4.3. Les stratégies d'appui selon le secteur	171
4.3.1. <i>L'appui au secteur public</i>	172
4.3.2. <i>L'appui au secteur privé commercial</i>	173
<b>ANNEXE 1. QUELQUES EXEMPLES DE MICRO-ASSURANCE DE SANTÉ</b>	<b>175</b>
<b>ANNEXE 2. LES GARANTIES DE SEWA (INDE)</b>	<b>183</b>
<b>ANNEXE 3. LES EFFECTIFS DE LA MUTUALITÉ MALIENNE</b>	<b>185</b>
<b>ANNEXE 4. DONNÉES SUR L'AFRIQUE DU SUD</b>	<b>187</b>
<b>ANNEXE 5. DONNÉES SUR LE BANGLADESH</b>	<b>199</b>
<b>LISTE DES ACRONYMES</b>	<b>203</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>207</b>





La micro-assurance de santé connaît des résultats contrastés selon les pays en développement (PED) où elle est mise en place. Cet ouvrage analyse les conditions du développement de ce type d'activité et les stratégies d'appui envisageables afin d'augmenter l'impact de ces systèmes.

Pourquoi appuyer le développement de la micro-assurance de santé ? Quel est l'intérêt de formes intégrées où elle se combine à d'autres services comme des activités de microfinance ou de distribution de soins ? Quels modes d'organisation faut-il encourager selon les pays, quel type de participation sociale à la gestion et à la décision ? Comment l'appui à la micro-assurance de santé peut-il favoriser le marché des assurances et du secteur privé ?

## **Méthode, démarche et résultats**

L'étude a été menée en combinant :

- une analyse de la littérature disponible sur les expériences de micro-assurance de santé dans le monde ;
- une recherche d'informations plus détaillées sur plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre ;

- la réalisation de trois études de cas : au Mali, en Afrique du Sud et au Bangladesh.

### ***Un panorama de la micro-assurance de santé***

L'étude rend compte de la diversité des expériences de micro-assurance de santé et propose une rapide analyse du concept. La notion de micro-assurance de santé repose sur la combinaison de plusieurs caractéristiques : un fonctionnement démocratique ; une adhésion volontaire ; l'autonomie ; une gestion participative, communautaire et désintéressée ; l'inscription dans des réseaux ; le choix des exclus comme principaux bénéficiaires ; la mise en application des principes de l'assurance. Le modèle des mutuelles est confronté à la notion de micro-assurance. Les principales classifications de la micro-assurance de santé utilisées dans la littérature sont ensuite présentées. Enfin, les auteurs proposent une grille de lecture des expériences de terrain organisée en deux volets : un volet technique et un volet centré sur les objectifs spécifiques des projets.

### ***Les études de cas***

10

La première étude de cas concerne le Mali. Elle porte sur les mutuelles de santé, qui y ont connu un développement remarquable. Après une présentation générale des différentes mutuelles, la mutuelle *Kènèya So* fait l'objet d'une analyse plus précise. Cette mutuelle a été créée par l'institution de microfinance *Nyéta Musow*, dans le cadre d'un projet du Centre international de développement et de recherche (CIDR) appuyé par l'Agence Française de Développement (AFD) via la Banque nationale de développement agricole du Mali (BNDA).

L'étude de cas malienne aboutit à un constat mitigé. Le mouvement mutualiste y est dynamique, mais ne réussit pas une percée en termes d'effectifs. Des expériences comme celle de *Kènèya So* sont positives, mais demeurent limitées. Il semblerait

nécessaire de prêter davantage d'attention à l'offre de soins pour stimuler le développement de la micro-assurance de santé.

La deuxième étude de cas concerne l'accès aux soins et l'assurance maladie en Afrique du Sud. L'analyse porte sur la contribution d'entreprises commerciales privées aux objectifs de la micro-assurance de santé. PROPARCO participe à un fonds d'investissement de Praxis, qui finance notamment un réseau intégré de soins primaires (*Primecure*) et un administrateur de *Medical Schemes (Medscheme)*.

Les prestations des opérateurs privés sont de grande qualité, mais le contexte sud-africain se caractérise par un marché de l'assurance maladie saturé et un système de soins dual, l'un pour les couches favorisées et l'autre pour les personnes démunies. Les opérateurs privés d'assurance ont bâti leur activité pour une clientèle disposant de revenus satisfaisants et ils ont du mal à l'adapter à une clientèle à plus faible revenu. Leur réticence à baisser les coûts constitue une première explication. Une autre raison est liée à la tendance du secteur privé de l'assurance à privilégier la surenchère technologique et les activités financières, ce qui augmente les coûts de transaction et interdit la baisse des tarifs des primes.

La troisième étude de cas traite de la micro-assurance au Bangladesh. L'étude concerne plus spécifiquement trois organisations non gouvernementales (ONG) : *Bangladeshi Rural Advancement Committee* (BRAC), *Grameen Kalyan* (GK) et *Dushta Shasthya Kendra* (DSK). Elles animent, depuis de longues années, des programmes de développement pour les populations pauvres, en milieu rural pour les deux premières, en milieu urbain pour la troisième. Ces programmes possèdent un volet santé important, récemment complété par des produits d'assurance maladie.

Plusieurs leçons peuvent être tirées des expériences de micro-assurance de ces trois ONG. Tout d'abord, elles ont réussi à créer des relations fortes avec les populations

ciblées. Ensuite, elles réalisent toutes un effort important en faveur des catégories vulnérables : les femmes et les personnes très pauvres. Elles mettent en place des dispositifs de sécurité financière qui reposent sur les surplus dégagés par d'autres activités ou bien des fonds spéciaux. Ces ONG demeurent néanmoins très prudentes dans le lancement de leur produit et en suivent les évolutions de très près. Cette prudence se traduit par une offre de produits d'assurance très progressive, avec des garanties encore assez limitées. Les prestations reposent sur l'utilisation des infrastructures de soins mises en place par chaque ONG, ce qui pose la question de la qualité des soins dispensés. Les garanties demandées et les réticences des populations envers l'assurance expliquent que la diffusion des produits n'ait pas toujours répondu aux attentes des ONG.

L'étude menée au Bangladesh prouve qu'il est possible de mener des actions spécifiques, intégrant la micro-assurance de santé, en direction de populations pauvres. Elle montre aussi que, même si certaines grandes organisations travaillent en direction des communautés démunies, elles possèdent des stratégies entrepreneuriales précises qui ne s'accordent pas complètement avec une gestion participative des activités de terrain.

## **Les enseignements du développement de la micro-assurance de santé**

### ***La population couverte***

Le bilan quantitatif du nombre de personnes couvertes par la micro-assurance demeure assez modeste. Quant à la pénétration de la micro-assurance, c'est-à-dire l'adhésion des populations sensibilisées, les résultats semblent meilleurs en Asie qu'en Afrique. Deux facteurs favorables à la sensibilisation en Asie sont mis en avant : la relation

de proximité avec la population établie par les organismes qui assurent la promotion de la micro-assurance et les expériences antérieures de gestion d'activités collectives.

Le souci en Afrique d'adapter la sensibilisation au contexte amène à privilégier des cibles minimales. La majorité des mutuelles créées sont des organismes de petite taille dont la viabilité se révèle fragile.

La micro-assurance cible effectivement les exclus de la protection sociale, plutôt que les populations pauvres. Dans la plupart des régimes d'adhésion volontaire, la capacité financière effective de la population joue un rôle déterminant : ce sont les plus solvables des exclus qui adhèrent.

### ***Les garanties proposées***

Les garanties offertes sont généralement modestes, car elles dépendent des ressources des populations. La couverture des petits risques occupe ainsi une place privilégiée. Cette tendance s'expliquerait par divers facteurs : la rareté des hôpitaux, la difficulté à négocier avec eux, les préférences des populations elles-mêmes. Les expériences menées divergent des recommandations de plusieurs experts. Il est vrai aussi que l'analyse des besoins de santé des populations et de l'efficacité des services n'est pas identique. Quoiqu'il en soit, plus la population ciblée est pauvre, plus la couverture du petit risque prend de l'importance parmi les garanties de la micro-assurance.

13

### ***Les modes d'organisation***

L'étude montre que les organismes se passent actuellement de statuts juridiques adaptés à la nature de l'activité et à leur caractère communautaire. Toutefois, un contrôle interne existe au sein des réseaux ou dans le cadre des actions pilotées par les ONG.

La participation sociale des assurés est plutôt faible : c'est à la fois le fait des promoteurs des régimes et parfois celui des intéressés qui ne souhaitent pas toujours s'impliquer dans la gestion et la gouvernance.

Les avantages de l'intégration de la micro-assurance à une autre activité sont relatifs. L'intégration de la micro-assurance à l'offre de soins paraît ainsi peu intéressante. En revanche, la microfinance apporte des avantages incontestables pour le lancement et la logistique de gestion. Mais la cohésion sociale acquise grâce à l'activité financière paraît plus importante que la nature de l'activité de microcrédit elle-même. A terme, le poids des relations avec l'offre de soins en assurance maladie rend inévitable la séparation des deux activités.

### ***L'atteinte des objectifs***

L'atteinte des objectifs de la micro-assurance est très visible à l'échelle locale, au niveau du terrain, et très faible sur le plan macro-économique.

La micro-assurance n'a pas d'apport significatif au niveau du fonctionnement des soins dispensés dans les hôpitaux. En revanche, quelques centres de santé profitent de l'existence de l'assurance. La consommation en soins de santé des personnes couvertes est toujours plus forte que celle des non-assurés. Le risque implique une gestion très fine et attentive, car les comportements sont réactifs aussi bien aux copaiements trop élevés qu'à des garanties trop généreuses.

En matière de lutte contre la pauvreté, la micro-assurance a obtenu des succès locaux, attestés essentiellement par la satisfaction exprimée par les intéressés. L'étude montre toutefois que les régimes qui ne ciblent pas les pauvres tendent naturellement à les exclure. La mise en place de mécanismes de solidarité, palliant les limites de la capacité contributive, demande une détermination particulière.

En matière d'extension de la protection sociale, l'impact de la micro-assurance de santé est positif et bénéficie au secteur informel. Mais pour obtenir un effet significatif au niveau national, il faut qu'une démarche adaptée soit mise en œuvre. Par des voies différentes, le processus descendant observable au Mali, la méthode ascendante suivie au Bénin et l'action des grandes ONG du Bangladesh atteignent des résultats similaires. Dans chacun de ces processus, l'intervention de l'État paraît nécessaire en appui à l'action des opérateurs privés.

La promotion de la micro-assurance de santé a pour l'instant un effet minime sur le développement du marché des assurances. Les ressources limitées des populations du secteur informel nécessitent des formules souvent incompatibles avec les exigences de rentabilité des entreprises commerciales, comme le montre l'exemple de l'Afrique du Sud. Deux situations sont potentiellement plus intéressantes : le partenariat entre un réseau de caisses d'épargne et de crédit et une union technique de mutuelles (c'est le cas au Mali) ; l'adossement de produits d'assurance à une organisation de développement économique et social (situation relevée en Inde). Dans les deux cas, la combinaison fonctionne bien.

## Quelles stratégies d'appui ?

Les stratégies d'appui des partenaires du développement dépendent des objectifs privilégiés, des contextes spécifiques et des secteurs d'intervention (public, privé communautaire ou privé commercial) .

### ***Les stratégies selon les objectifs***

Tout projet de micro-assurance de santé gagne à être conçu autour d'un objectif privilégié. Trois scénarii différents sont déclinés en fonction de trois grands objectifs



généraux que peuvent poursuivre des programmes d'appui à la micro-assurance de santé : la lutte contre la pauvreté, l'amélioration du fonctionnement du secteur de la santé ou l'extension du marché des assurances. Dans tous les cas, la micro-assurance de santé s'adosse à d'autres activités.

Dans le cadre de la lutte contre la pauvreté, la micro-assurance de santé complète le développement d'activités génératrices de revenu et permet d'effectuer une discrimination positive en faveur des plus pauvres. Elle s'appuie nécessairement sur une offre de soins adaptée à la population ciblée, idéalement une offre publique facile d'accès. L'absence fréquente de cette offre de soins peut être contournée par un dispositif spécifique conçu, soit en privilégiant des soins de premier niveau et de prévention peu coûteux, soit en facilitant l'installation d'une offre médicalisée, *a priori* plus efficace. La mise en place de fonds d'assistance pour les indigents vient compléter la micro-assurance elle-même.

16 Pour l'objectif d'amélioration du secteur des soins, la qualité des services rendus à la population est déterminante et l'assurance doit être développée le plus possible parmi les catégories sociales solvables. La sensibilisation concerne aussi bien la population du secteur formel que celle du secteur informel. Un travail important est nécessairement mené sur l'offre de soins, en lien direct avec les autorités sanitaires nationales ou locales. L'assurance propose forcément des garanties sur un panier de biens et services aussi large que possible. Elle doit être organisée de façon à fonctionner durablement et contribuer à la régulation du secteur.

Dans le cadre de l'objectif d'extension du marché de l'assurance, la micro-assurance de santé cible des catégories solvables et, autant que possible, des groupes possédant déjà une certaine cohésion économique. L'activité nouvelle ciblera des réseaux de production ou d'épargne crédit de taille suffisante et se mettra en place par juxtaposition de métiers. La spécificité de l'assurance maladie nécessite qu'elle soit proposée par

des opérateurs compétents et déjà expérimentés et non uniquement ajoutée à un portefeuille d'activités d'une autre nature. L'assurance maladie gagnera à être proposée avec d'autres produits, comme l'assurance vie ou des produits répondant à des risques sociaux importants dans le pays.

### **Les stratégies selon les contextes**

Le contexte de développement de la micro-assurance de santé en conditionne fortement l'impact. L'assurance maladie peut contribuer à la lutte contre la pauvreté à condition qu'il existe une démarche préalable de développement plus large concernant des groupes à faible revenu. Sa contribution à l'amélioration du secteur de la santé est liée à la situation de l'offre de santé. Pour qu'elle soit un levier efficace de développement du marché de l'assurance, il doit exister des réseaux potentiels de distribution mobilisables. La réussite de la micro-assurance dépend de conditions favorables préalables. Si elles existent, il est possible de la promouvoir avec succès, en tirant profit de ces facteurs favorables.

L'objectif principal de la micro-assurance de santé varie donc selon les contextes. Si l'offre de soins pour le secteur informel est de médiocre qualité, le point d'achoppement de la micro-assurance se situera dans les partenariats avec les formations sanitaires existantes. Viser l'amélioration du secteur des soins risque d'être trop ambitieux. En revanche, s'il existe un processus important de développement intégré, la mise en place pragmatique d'une offre de soins combinée à la micro-assurance de santé pourra contribuer à la lutte contre la pauvreté.

En Afrique de l'Ouest, il n'existe pas d'équivalent au processus de développement conduit par les grandes ONG en Asie. Les organismes qu'il est possible de créer sont *a priori* de petite dimension. Il existe néanmoins aussi des lieux de soins de bonne qualité et un potentiel d'amélioration. Dans ce contexte, il vaut mieux s'orienter vers l'appui

à l'organisation des mutuelles et au développement conjoint de l'assurance et de la qualité de l'offre.

Les opportunités d'extension du marché de l'assurance au secteur informel ne sont certainement pas très nombreuses dans les pays en développement. Repérer de « grands » réseaux de distribution d'épargne et de crédit sur lesquels greffer des activités de micro-assurance constitue un préalable à d'éventuels projets dans le secteur.

De façon générale, l'appui à l'offre de soins devrait tenir compte des possibilités de développement de la micro-assurance dans la zone. Dans la plupart des pays en développement, il existe des organismes de micro-assurance de santé ou des projets d'en créer. Il serait opportun de les appuyer et surtout d'envisager comment les rattacher à un réseau ou une fédération pour améliorer leur viabilité. L'appui à la microfinance ne nécessite pas la même attention, car il n'est pas nécessaire de chercher à monter une activité d'assurance maladie au sein de ces organismes. La situation est différente si des organismes de microfinance fonctionnels souhaitent couvrir le risque maladie. Se pose alors la question de leur rattachement à un réseau, comme pour les entités de micro-assurance existantes.

### **Les stratégies selon les secteurs**

L'appui doit être conçu de façon différente selon qu'il concerne le secteur public, privé communautaire ou privé commercial. Le secteur privé communautaire est *a priori* le secteur privilégié de développement de la micro-assurance de santé. L'appui au développement de la micro-assurance de santé dans le secteur public ou privé commercial est moins répandu. Il peut néanmoins être envisagé à certaines conditions.

L'appui au secteur public concerne surtout le cadre législatif réglementaire de l'activité de micro-assurance. Ce cadre peut être spécifique, comme pour les mutuelles,

ou relever d'un cadre plus général, adapté aux traits particuliers des organismes de micro-assurance, comme le code des assurances aménagé.

Le soutien au secteur privé commercial peut être intéressant si l'action des entreprises privées concernées, assureurs maladie ou prestataires de soins, a des retombées sociales. Ces retombées peuvent être de deux ordres : soit les entreprises mettent sur le marché des produits de qualité pour des franges de population qui n'y avaient pas accès ; soit elles participent efficacement à la gestion d'un produit subventionné et contribuent à sa diffusion. La pertinence de l'appui peut être décidée selon deux critères : la reproductibilité des activités et l'articulation avec la politique publique. Ces éléments devraient conditionner la décision d'appuyer telle ou telle entreprise privée, en dehors de toute considération de rendement financier.



---

# Introduction

---

Depuis environ une décennie, la micro-assurance de santé fait l'objet d'une promotion soutenue, aussi bien par les gouvernements des pays à faible revenu que par les partenaires du développement. Toute une série d'arguments sont donnés pour justifier sa pertinence. Sa contribution à l'amélioration de l'accès aux soins et du financement de la santé, à l'extension de la protection sociale et à la lutte contre la pauvreté, ou bien à l'élargissement du marché de l'assurance sont tout à coup mis en avant pour encourager son développement. Sur le terrain, les résultats varient selon les pays. Aussi est-il maintenant important de s'interroger sur les conditions du développement de la micro-assurance de santé, au regard des fortes attentes qu'elle a suscitées.

21

Il convient notamment de réfléchir au type d'organismes qui peuvent mener des activités de micro-assurance de santé et aux façons concrètes de les organiser : en effet, ces activités sont censées reposer sur une forte implication de groupes issus de la société civile. La micro-assurance de santé se présente schématiquement comme un dispositif d'assurance volontaire fonctionnant sur une base communautaire. Elle implique donc une gestion décentralisée associant des représentants des groupes

ciblés. Ce mode de gestion, forcément privé, présente des points communs avec celui des mutuelles et suppose une relation de non-dépendance à l'égard de l'État. Mais la référence au système mutualiste ne suffit pas à comprendre la micro-assurance. Celle-ci s'est d'ailleurs mise en place dans de nombreux contextes, sans que de véritables mutuelles aient été créées. Tous les pays en développement n'ont d'ailleurs pas une tradition mutualiste, dans le sens où on emploie ce terme au Nord.

Parfois l'activité d'assurance, éminemment technique et complexe, a été développée comme une action complémentaire à une autre activité principale, celle-ci pouvant relever du secteur des soins ou de l'épargne-crédit. Dans le premier cas, la combinaison d'activités fait penser à la première génération des *Health Maintenance Organizations* (HMO) américaines. Dans le second cas, la proximité entre microfinance et micro-assurance s'impose comme une évidence. La microfinance s'est développée pour que des catégories exclues du système bancaire classique accèdent à l'épargne et au crédit. De même, la micro-assurance doit pouvoir offrir à ces mêmes catégories de population des services auxquels elles ne peuvent accéder aujourd'hui car les prix proposés par les compagnies commerciales ne sont pas suffisamment bas. Le marché des assurances étant traditionnellement adossé au marché financier, le niveau de développement des institutions de microfinance dans certains pays incite à les utiliser pour proposer aussi de la micro-assurance.

La promotion de la micro-assurance de santé pose la question de la diversification des formes de coopération et de l'appui au secteur privé à but lucratif : ce secteur peut-il apporter un soutien au développement de la micro-assurance de santé dans les pays en développement ? Il peut être intéressant pour l'AFD de s'interroger sur la pertinence d'un appui à la micro-assurance de santé, notamment sous forme intégrée, en liaison avec les activités de soins ou avec celles de microfinance. Si cet intérêt est reconnu, quelles modalités d'organisation de l'activité devrait-elle encourager selon des pays donnés, pour les adapter à leurs spécificités ? Enfin, quelles possibilités y a-t-il, à travers

l'appui à la micro-assurance, de favoriser l'extension du marché des assurances, là où cette tendance est porteuse de croissance économique et de développement social ?

Cet ouvrage apporte une contribution à ce questionnement stratégique, sans prétendre répondre de façon précise à toutes les interrogations que pose la mise en place de programmes de coopération sur ce sujet. La problématique de la micro-assurance a besoin d'être affinée sur de nombreux aspects. Les expériences de terrain constituent un ensemble hétéroclite, qu'il est d'abord nécessaire d'appréhender plus clairement. En outre, peu d'expériences ont une durée suffisante pour que leurs résultats soient démonstratifs, d'autant plus que le caractère artisanal des opérations dans ce domaine a pour corollaire la rareté ou la mauvaise qualité des données disponibles.

L'étude qui sert de support à cet ouvrage a été réalisée en 2003. Elle avait pour première ambition de collecter des informations et de les classer, puis de procéder à une investigation plus poussée sur des terrains particuliers. Trois études de cas, réalisées au Mali, en Afrique du Sud et au Bangladesh, ont permis d'approfondir des points soulevés par l'analyse de la littérature internationale disponible : l'intérêt de l'association avec la microfinance au Mali ; l'apport potentiel du secteur privé en Afrique du Sud ; et enfin, l'articulation de la micro-assurance de santé avec des actions de lutte contre la pauvreté au Bangladesh. Les enseignements de cette étude ont ensuite été complétés par des données générales tirées de l'Inventaire des mutuelles de santé réalisé par la Concertation en 2003<sup>1</sup>.

La première partie de ce livre propose un panorama d'ensemble de la micro-assurance de santé dans les pays en développement. Il présente d'abord des formes

1. La concertation des acteurs du développement des mutuelles de santé est un réseau mis en place à l'initiative du programme STEP du BIT, à la suite de la Plate-forme d'Abidjan en 1998. Les premiers résultats de l'Inventaire sont présentés dans Letourmy A. *et al.*, 2003.



d'organisation de la micro-assurance, telles qu'on peut les répertorier dans la littérature (1.1). Ensuite, les modèles qui constituent la référence pour définir et représenter l'activité de micro-assurance sont discutés (1.2). Enfin, une grille de lecture des expériences est proposée. Elle porte à la fois sur leurs dimensions techniques et sur les objectifs de la micro-assurance.

La deuxième partie du livre présente les trois études de cas réalisées : au Mali (2.1), en Afrique du Sud (2.2) et au Bangladesh (2.3). Chacune d'elles traite d'un aspect de la question de la micro-assurance. Au Mali, la micro-assurance s'est mise en place de façon classique sous la forme de mutuelles de santé. En Afrique du Sud, la tendance n'est pas de développer la micro-assurance, mais de faire accéder les populations défavorisées à l'assurance maladie et aux soins, en tenant compte de la place dominante du secteur privé dans le pays. Au Bangladesh, l'assurance santé s'est greffée sur le développement communautaire, animé par de puissantes ONG, qui accordent une place importante à la diffusion du microcrédit.

La troisième partie du livre (3.1) présente un certain nombre d'analyses sur le développement de la micro-assurance de santé dans les pays à faible revenu. Elle aborde trois questions essentielles de son développement : l'intégration de l'activité d'assurance, la relation avec l'État et le lien entre santé et pauvreté. En conclusion sont proposées quelques orientations stratégiques.

# Un panorama de la micro-assurance de santé dans les pays en développement

1

## 1.1. L'organisation de l'activité de micro-assurance de santé

La conception intuitive de la micro-assurance la présente comme un dispositif d'assurance volontaire fonctionnant sur une base communautaire. Il s'agit donc d'organismes de statut privé, relevant d'une gestion décentralisée et participative, qui associe à des degrés divers des représentants des adhérents ou de la population ciblée. Cela suffit pour recenser un certain nombre d'expériences, mettre en lumière l'application variable de cette définition sur le terrain et dégager les points communs de toutes ces formules. On cherchera ensuite à affiner la définition.

25

### **1.1.1. Des expériences variées de micro-assurance de santé : quelques exemples**

Les mutuelles d'Afrique de l'Ouest francophone sont bien connues et ont été recensées en 2003, dans le cadre de l'Inventaire de la Concertation. Elles ne

représentent qu'une figure de la micro-assurance de santé parmi d'autres. Ces autres figures peuvent être évoquées à l'aide de quelques exemples<sup>2</sup>.

Au Guatemala, l'*Association por Salud* de la ville de Barillas (65 000 habitants), créée en 1996, donne accès aux soins primaires et à l'hôpital en cas d'urgence pour une cotisation annuelle de 100 euros environ par famille. Elle est gérée par des personnalités locales de la société civile.

Au Cameroun, la *Mutuelle Famille Babouantou de Yaoundé* s'adresse aux membres de la communauté babouantou. Créée en 1992 sous forme de société d'aide mutuelle, elle couvre forfaitairement le gros risque, pour une cotisation familiale de moins de 20 000 FCFA.

Aux Philippines, l'ONG internationale *Organizing for Educational Resources and Training* (ORT) propose, dans le cadre d'activités dédiées à la protection de la mère et de l'enfant, une garantie maladie assez large (soins primaires et secondaires) pour une cotisation adaptée aux ressources de la population cible : la population des villages ruraux isolés de la province de La Union. La gestion assez complexe de ce régime est assurée de façon professionnelle.

26

En Tanzanie, *Umasida* est une association mutuelle qui gère depuis 1995 un régime d'assurance maladie au sein de coopératives de travailleurs du secteur informel, à Dar es-Salam. Chaque coopérative propose sa propre garantie et *Umasida* en gère tout ou une partie, en particulier les prestations hospitalières. En moyenne, la cotisation est de l'ordre de 5\$ par personne et par an.

Au Ghana, la direction de l'hôpital catholique de Nkoranza a lancé au début des années 1990 une assurance maladie couvrant les soins dispensés dans l'établissement,

2. Les exemples sont présentés avec plus de détails en annexe, avec les références correspondantes.

pour une cotisation de l'ordre de 1 euro par personne et par an. Le régime est la propriété de l'hôpital, qui le gère.

En Inde, *Self Employed Women's Association* (SEWA) est un syndicat créé en 1972 pour les femmes du secteur informel. Il mène diverses actions dans le domaine des soins de base et de la protection de la mère et de l'enfant. Il a lancé une assurance santé dans un panier couvrant d'autres risques et auquel il faut adhérer globalement. Ce régime, dont la garantie est assez limitée, propose plusieurs options. Sa gestion est à la fois participative et professionnelle.

Ces exemples témoignent de la multitude des expériences de micro-assurance de santé dans les pays en développement. Cette diversité reflète la vogue pour l'assurance de santé et aussi la créativité déployée en la matière. Les expériences décentralisées et participatives d'assurance maladie se multiplient rapidement. Elles possèdent des points communs, mais présentent également des formes très variables. Les exemples cités plus haut montrent qu'aucune expérience ne possède toutes les caractéristiques de l'autre, que des adaptations sont réalisées et que des choix sont effectués qui donnent à chaque projet sa spécificité.

### 1.1.2. Les points communs des diverses expériences

Malgré leur diversité, les nombreuses expériences décentralisées et participatives d'assurance maladie sont fondées sur des principes communs pour les objectifs visés, les mécanismes utilisés ou le mode de financement.

Les formes de micro-assurance de santé permettent *a priori* :

- **de mobiliser des ressources supplémentaires et stables**, exclusivement pour le financement des soins de santé. Les ressources privées des ménages collectées servent à prévenir les risques de maladie, plutôt que d'être dépensées au moment

de la maladie, facteur aggravant la plupart du temps la situation financière des ménages ;

- **de lever la barrière financière d'accès aux soins** dans un cadre de recouvrement des coûts, correspondant aux politiques instaurées dans la majeure partie des pays en développement. Les soins de santé devenant accessibles aux personnes ayant contracté une assurance, l'utilisation de l'offre de soins augmente en conséquence, comme cela a pu être constaté à maintes reprises (Criel *et al.*, 1999) ;
- **d'opérer une redistribution des ressources** entre les différents assurés.

Un ensemble de mécanismes similaires se retrouve d'une expérience à l'autre. Presque tous les régimes sont fondés sur **l'adhésion volontaire** des assurés. Ce principe provient essentiellement de la « nouveauté » du concept d'assurance pour les populations visées. La perte des cotisations en cas de non-survenue du risque n'est pas facilement admise par la population, aussi l'affiliation peut difficilement être posée comme obligatoire. L'expérience de l'assurance de SEWA témoigne ainsi de l'importance du principe du volontariat. La première assurance de SEWA en 1992 affiliait obligatoirement 50 000 membres de la coopérative. C'est à cette condition que la *Life Insurance Corporation of India* (LIC) acceptait de gérer la composante assurance vie du panier d'assurances proposé par SEWA. Jusqu'en 1994, l'assurance a donc été obligatoire. Face aux réticences de ses membres, l'assurance est devenue volontaire à partir de 1994 et SEWA a constaté une chute brutale du nombre de ses assurés (10 000 assurés en 1994). Les effectifs n'ont pas encore retrouvé le niveau de départ.

Cet exemple montre que le principe de l'assurance est loin d'être acquis et que le volontariat reste nécessaire pour faire accepter le mécanisme. Néanmoins, le volontariat n'est pas sans poser de problème. En effet, l'affiliation peut être remise en cause à tout moment et le nombre d'assurés peut avoir du mal à progresser. La *Mutuelle Famille Babouantou de Yaoundé* illustre ce cas. Le nombre d'affiliés ne parvient pas à dépasser

le seuil des 25 % de la population cible. L'une des raisons de cette stagnation est que la population cible étant exclusivement constituée de migrants babouantou, les retours annuels au village ne permettent pas d'espérer une croissance des effectifs.

Le **partage des risques** régit chacun des régimes rencontrés, « *la mutualisation de risques non liés entre eux permettant la division statistique entre un grand nombre de cas* » (Dror et Jacquier, 1999). D'où l'importance des effectifs assurés. Les difficultés de la garantie santé de l'*Association por Salud de Barillas* au Guatemala sont directement liées au petit nombre d'assurés. Avec 40 familles affiliées au régime par rapport à une population cible de 200, le partage des risques est limité et le régime peine à couvrir les frais des prestations dispensées. A l'inverse, l'assurance de santé proposée aux membres de la coopérative SEWA avec ses 29 000 membres permet un partage des risques plus efficace entre les assurés.

Enfin, le **financement à base communautaire** est fondé sur le principe du paiement de cotisations en échange de prestations et se retrouve dans tous les régimes existants. La population devant participer à ses frais de santé depuis la mise en place des politiques de recouvrement des coûts, elle le fait *via* l'assurance de santé.

### 1.1.3. Qu'est-ce que la micro-assurance de santé ?

Il n'est pas simple de trouver dans la littérature une définition claire de ce qu'est la micro-assurance, alors que le terme est utilisé de façon constante. Un article écrit par deux auteurs appartenant au Bureau international du travail (BIT) est le texte qui est allé le plus loin dans l'explicitation du concept.

Dans un article publié en 1999, « *Micro-assurance : élargissement de l'assurance maladie aux exclus* », Dror et Jacquier présentent la « micro-assurance » comme un nouveau concept, mais sans en donner une définition univoque. L'article propose un

concept d'assurance maladie basée sur les groupes ou « micro-assurance », en précisant que l'expression « *couvre des expériences différentes sur de nombreux points* ». Ils conçoivent « *la micro-assurance comme une entreprise autonome, indépendante des opérateurs extérieurs ou de lignes de crédit permanentes* ». Selon eux, « *le mot micro fait référence au niveau social de l'interaction. Il s'agit de régimes plus petits que les régimes nationaux et le mot assurance fait référence à l'instrument économique* ». Le concept serait celui de « *régimes volontaires de groupes pour l'auto-assistance en matière d'assurance maladie sociale* ».

D'autres éléments de l'article contribuent à cerner le concept. La micro-assurance cible l'ensemble des populations exclues, qu'il ne faut pas confondre avec les catégories pauvres. Les secondes manquent de ressources, les premières souffrent d'un déficit de participation sociale. La micro-assurance complète la stratégie des assureurs qui peuvent alors proposer des produits adaptés à des conditions de vie et de travail généralement spécifiques. Les dimensions de la micro-assurance découlent des caractéristiques de l'activité d'assurance, conçue sous l'angle économique et contractuel. La motivation des assurés reflète d'abord leur intérêt individuel et « *parfois contraste avec les sentiments altruistes des personnes adhérant à une « société amicale* ». La place donnée aux techniques de l'assurance est confirmée par l'attention accordée à plusieurs problèmes classiques : le risque moral, le comportement du passager clandestin, la sélection adverse, la sous-assurance, l'asymétrie de l'information, l'escalade des coûts et la mutualisation des risques. Toutefois, les auteurs considèrent que la motivation économique d'adhésion des exclus n'est pas la seule. Ils évoquent la dynamique communautaire et la responsabilité collective inscrite dans un processus de décision autonome. En particulier, ce processus de décision porte sur les risques à couvrir, sans « *modèle standard de conception des prestations* ». Le choix des risques couverts peut privilégier le gros ou le petit risque. Sur ce point, la micro-assurance se distingue de l'assurance à but lucratif et de l'assurance sociale.

Un certain nombre de principes caractérisent donc la micro-assurance : simplicité, accessibilité financière, proximité, autogestion. Mais l'énoncé de ces principes ne suffit pas à rendre compte de certaines formes d'organisation citées ci-dessus. Par exemple, certaines formules de micro-assurance gérées en dehors de la communauté et des groupements bénéficient largement d'appuis extérieurs. De plus, tel qu'il est présenté dans l'article, le concept de micro-assurance évoque irrésistiblement certains traits des régimes d'assurance maladie volontaires des mutuelles de santé. Faisant référence au document dit de la Plate-forme d'Abidjan, Dror et Jacquier indiquent que, selon celui-ci, « *la nature démocratique, volontaire, autonome, participative, communautaire et désintéressée de la micro-assurance a été reconnue* ». Les principes qui sont à la base des mutuelles sont donc repris à propos de la micro-assurance. Y a-t-il une différence entre les deux termes ?

### 1.2. Les modèles de la micro-assurance de santé

Si la notion de micro-assurance de santé n'est qu'un concept générique, on peut se demander si elle produit des modèles cohérents, mis en application sur le terrain. Le modèle de mutuelle est celui qui vient en premier à l'esprit et il est intéressant de préciser sa spécificité par rapport aux principes énoncés dans l'article de référence cité précédemment. La littérature propose d'autres modèles d'organisation, qui inciteront à proposer une grille de lecture des expériences observables plutôt qu'une véritable typologie. Celle-ci ne s'attachera pas qu'aux caractéristiques d'organisation et de gestion des régimes d'assurance maladie. Elle intégrera la variabilité des objectifs attachés à la micro-assurance de santé. En effet, la micro-assurance de santé apparaît souvent comme un outil « multifonctions » qui serait susceptible de contribuer à la résolution de nombreux problèmes. Introduire ces objectifs différents, c'est rendre compte de l'immensité des attentes exprimées à l'égard de la micro-assurance de santé.



### 1.2.1. Le modèle de mutuelle de santé

Particulièrement répandues en Afrique de l'Ouest francophone, les mutuelles constituent apparemment une forme de micro-assurance. Elles possèdent pourtant des caractéristiques qui leur donnent une personnalité propre au sein de l'ensemble des formules de micro-assurance.

Une mutuelle est un groupe de personnes qui s'organisent pour faire face, au moyen de leurs seules cotisations, aux conséquences d'un risque social qui les menace ainsi que leurs familles. C'est une notion qui ne s'applique pas uniquement à un organisme visant la protection contre la maladie. Les mutuelles se définissent comme des sociétés de personnes, par opposition aux sociétés de capitaux. Elles sont censées tirer leur identité du respect de cinq grands principes : la non-lucrativité ; la solidarité ; le volontariat ; la démocratie ; l'indépendance.

En pratique, trois éléments caractérisent les mutuelles de santé :

- les adhérents bénéficient d'un mode d'accès privilégié aux soins. C'est, en général, un régime d'assurance maladie volontaire qui matérialise ce bénéfice, mais c'est parfois une offre de soins « maison », par exemple dans certains pays en développement, un centre de soins ;
- la prise de décision (ou gouvernance) des mutuelles est exercée par les cotisants *via* un système de représentation ;
- les mutuelles sont destinées à constituer des unions et des fédérations, qui sont organisées selon les mêmes principes que les entités de base. Elles s'inscrivent donc dans un mouvement social qui représente à la fois un mode de développement technique et une représentation politique.

Le concept de mutuelle de santé a donné lieu à de nombreuses applications en Afrique de l'Ouest, en particulier sous l'impulsion de la Coopération française et

d'opérateurs d'appui français<sup>3</sup>. L'étude de cas relative au Mali en donne une illustration (voir 2.1.), mais il est utile de faire référence aussi de façon succincte à l'approche du CIDR au Bénin, à l'occasion d'un projet financé par la Coopération suisse. Ce projet, fondé sur l'autopromotion, peut être considéré comme une des réussites de l'appui aux mutuelles rurales dans un pays en développement. On retrouve sur le terrain des organisations présentant les traits caractéristiques qui viennent d'être rappelés : assurance maladie volontaire, gouvernance assurée par des représentants des villageois cotisants, processus fédératif (encadré 1).

### Encadré 1. Les mutuelles du Bénin appuyées par le CIDR

Le CIDR est une ONG spécialisée dans l'appui aux institutions de microfinance et aux micro-entreprises, qui a commencé dans les années 1990 à aider au montage de mutuelles de santé. Le CIDR appuie des mutuelles au Bénin, en Guinée, au Mali, aux Comores, au Kenya, en Ouganda et en Tanzanie. Le projet béninois est le plus ancien, il date de 1993. Il consistait à développer une assurance maladie mutualiste limitée *a priori* au gros risque (hospitalisations non programmables), en passant convention avec les deux hôpitaux privés à but non lucratif (confessionnels) de Boko et de Nikki, dans le sud du Borgou, région cotonnière du Bénin. Les relations nouées avec les villages ciblés ont conduit à élargir la garantie aux interventions urgentes, hospitalisations et accouchements en centres de santé, ce qui a impliqué des conventions avec des formations sanitaires publiques. La cotisation annuelle est au maximum de 1 500 FCFA par personne, le tarif étant dégressif pour la couverture d'un ensemble de personnes rattachées au même cotisant. La réussite du projet a amené à l'étendre en zone rurale, dans le nord du Zou, autour de l'hôpital de Papané et du centre de santé de la sous-préfecture de Ouessé.

3. Voir annexe 3.

Le projet a mis en place un dispositif pyramidal à quatre niveaux (groupement de cotisants, mutuelle villageoise, union communale et association intercommunale) qui sépare les fonctions techniques de l'assurance maladie. La croissance obtenue est assez remarquable, mais indique une progression par paliers (tableau 1).

Le taux de couverture varie de 4 % à 27 % selon les villages et est en moyenne de 18 % au début de cette période. En 2002, les mutuelles représentaient 13 065 cotisants. Les résultats techniques sont bons, mais un certain nombre de mutuelles, notamment les plus anciennes, connaissent des difficultés liées à des augmentations de la consommation dans les centres de santé et du taux de sinistralité. Le projet se développe maintenant en milieu urbain, sur la ville de Parakou. Il s'appuie sur des solidarités existantes, mais la mobilisation est néanmoins plus difficile qu'en milieu rural. Les relations des mutuelles avec les formations de santé partenaires ont donné lieu à un développement très remarqué de la contractualisation, en particulier à Ouessé, avec la négociation d'un paiement forfaitaire. Ce contrat n'a néanmoins pas pu être pérennisé, du fait de l'attitude des personnels. En revanche, la création à Parakou d'un réseau de soins coordonnés avec les professionnels de la ville est assez prometteuse. Les relations avec l'administration sanitaire locale ne sont pas homogènes dans le temps et l'espace. Le CIDR, d'abord engagé dans un projet décentralisé sans lien avec l'État béninois, a jugé opportun de nouer des relations directes avec l'État, en obtenant notamment la reconnaissance par le ministère de tutelle de la capacité des mutuelles. La place prise par le projet dans le mouvement mutualiste national est considérable. Le lancement du réseau Alliance santé constitue le point d'ancrage d'une future fédération.

Tableau 1.  
**Évolution des mutuelles du Borgou et de la région des collines, Bénin**

	1997-1998	1998-1999	1999-2000
Nombre de mutualistes	7 356	11 448	10 353
Nombre de groupements	70	196	225
Nombre de mutuelles	37	74	72
Nombre d'unions communales	9	17	18
Nombre d'associations Inter-Mutuelles	2	3	3

Source : CIDR.

## 1.2.2. Mutuelle et micro-assurance de santé

Le concept de mutuelle de santé apparaît plus spécifique que celui de micro-assurance.

### - La formulation des objectifs

En premier lieu, la manière d'énoncer les objectifs est sensiblement différente. Pour les mutuelles, on met d'abord en avant la volonté de regrouper des personnes afin de faire face aux conséquences d'un risque de mauvaise santé. Les organismes de micro-assurance visent avant tout à développer un dispositif d'assurance. Certes, les mutuelles proposent très souvent à leurs adhérents un régime d'assurance volontaire, mais ce n'est pas systématique. Les exemples de la Mutuelle des travailleurs de l'éducation et de la culture (Mutec) et de la mutuelle des jeunes musulmans de Magnanboukou au Mali montrent que la priorité a été donnée à la mise en place d'une offre de soins privée. Dans ces deux cas, cela s'explique par les carences du service public de santé dans le pays dans les années 1980. Dans d'autres situations, la mutuelle estime nécessaire de disposer de son propre centre pour garantir des prestations d'assurance de qualité, alors qu'elle avait envisagé à l'origine de passer convention avec l'offre publique. C'est le cas de *Kènèya So* à Mopti présentée dans l'étude de cas sur le Mali.

35

**Le concept de mutuelle de santé propose donc une approche plus globale de la couverture des risques liés à la santé que celui de micro-assurance**, bien que celui-ci fasse référence aux besoins sociaux de ses adhérents. Sur les questions de prévention, par exemple, la vision des actions à mener peut être différente. Les mutuelles n'ont, *a priori*, aucune condition à respecter pour organiser de telles actions, dès lors que les adhérents le souhaitent et y mettent les moyens. En principe, un organisme de micro-assurance qui s'en tient à cette fonction devrait sélectionner les actions qui permettent à l'activité d'assurance d'être plus efficiente, soit en réduisant

le risque, soit en réduisant le coût des sinistres. Ces actions devraient être mises en balance avec une spécification alternative des garanties, c'est-à-dire l'exclusion de certains risques, liés par exemple à des problèmes de santé particuliers.

### - Les modalités de mise en relation des entités de base

En deuxième lieu, il existe une différence non négligeable entre les deux concepts au niveau des modalités de mise en relation des entités de base. Les organismes de micro-assurance peuvent fonctionner en réseaux, alors que les mutuelles sont censées constituer des unions ou des fédérations. L'idée est la même sur le plan technique. Il s'agit de réunir des effectifs suffisants, qui permettent de mettre en place des outils de sécurité financière, de gestion, de formation et de communication. Mais l'approche mutualiste n'est pas seulement technique, elle se veut explicitement sociale et politique, ce qui signifie par exemple d'atteindre une capacité d'influence sur la politique nationale de santé ou de protection sociale. L'exemple de l'Union technique de la mutualité malienne (UTM) illustre bien cette approche. En revanche, le concept de micro-assurance n'est guère explicite sur ce plan, ce qui ouvre la porte à des formules diverses pour assurer certaines fonctions techniques qui ne peuvent être exercées par des entités de base, comme la sécurité financière, l'utilisation d'un médecin conseil ou la gestion. Cette remarque renvoie, par exemple, à l'expérience *Social Re* du BIT aux Philippines, pour la mise en place d'une réassurance selon une formule sans but lucratif ; elle renvoie aussi à l'existence de modalités privées commerciales de gestion, comme on le verra à propos des *Medical Schemes* d'Afrique du Sud.

36

### - Les populations cibles

En troisième lieu, il existe une différence importante entre les deux concepts au niveau des populations concernées. Les mutuelles ne ciblent pas de catégories particulières, alors que la micro-assurance s'adresse aux catégories « exclues », selon Dror et Jacquier, en fait à la population du monde rural et du secteur informel. Implicitement, ces catégories ne donnent qu'exceptionnellement lieu à la création d'organismes de

base regroupant des effectifs importants. En revanche, dans la mesure où certaines mutuelles couvrent des catégories de population plus nombreuses et plus favorisées que les groupes visés par la micro-assurance, les garanties qu'elles offrent sont hors de portée de populations à faible revenu. Autrement dit, certaines mutuelles ne relèvent peut-être pas de la micro-assurance. Un exemple est fourni par les fonctionnaires qui, en Afrique de l'Ouest, se regroupent fréquemment en mutuelles, lorsque la perspective de régimes obligatoires se révèle trop lointaine pour eux.

Sans doute ne faut-il pas exagérer l'importance de la distinction qui vient d'être élaborée à partir des concepts, car **la réalité du terrain gomme certaines des différences** pointées. Les mutuelles constituent un modèle qui donne plus de poids à l'incidence politique des organismes constitués et à l'autonomie complète, grâce à la constitution d'unions ou de fédérations, voire d'une offre de soins « maison ». Ce modèle, pas plus que le concept analysé dans l'article de Dror et Jacquier, ne rend vraiment compte de tous les dispositifs à base communautaire évoqués précédemment. Cela incite à chercher d'autres modèles mettant en application une assurance maladie sous une forme décentralisée et participative.

### **1.2.3. Les classifications des organismes de micro-assurance de santé**

37

Au-delà des principes de fonctionnement de chaque régime d'assurance maladie, les expériences de terrain possèdent leurs caractéristiques propres. Un des principes de base de ces micro-expériences est justement la nécessaire adaptation aux conditions locales, c'est-à-dire aux conditions de vie et de travail de la population (Dror et Jacquier, 1999). Au-delà du recensement systématique des expériences réalisé par le programme stratégies et techniques contre l'exclusion sociale et la pauvreté (STEP) du BIT, des classifications ont été élaborées sans qu'il n'y ait consensus sur le sujet. Comme toutes les classifications, ces typologies reflètent une vision stratégique particulière du développement des régimes d'assurance maladie.

Pour Atim (1999), la structuration du lien existant entre les individus appartenant à un même régime est au centre du développement des assurances de santé. La nature du lien régissant les relations entre les assurés (lien social, lien ethnique, appartenance à une même aire géographique), ainsi que le niveau de participation à la gestion du produit d'assurance de santé sont donc à la base de la typologie qu'il propose.

### Encadré 2.

#### **Une typologie des micro-assurances de santé selon les liens entre les individus**

Atim (1999) distingue cinq catégories d'assurances :

- les assurances basées sur un réseau traditionnel de solidarité sociale (*traditional social solidarity networks*) : dans ces régimes, majoritairement urbains, le groupe cible est constitué par un clan ou une ethnie. L'exemple type est celui de la Mutuelle Famille *Babouantou* de Yaoundé au Cameroun ;
- les associations d'aide mutuelle ou mutuelles de santé (*Inclusive mutual health association or movement*) : ces assurances se développent sur la base de communautés rurales ou urbaines préexistantes, qui se sont constituées dans le cadre d'une entreprise, d'un syndicat ou d'une association professionnelle. La base du recrutement est plus large et ne prend pas en compte les distinctions de type ethnique, clanique ou autre. C'est le cas de la mutuelle *Umasida* en Tanzanie ;
- L'assurance à financement communautaire « simple » (*Simple or Low Participation Model of Community Financing*) : la plupart du temps, ce type d'assurance ne correspond pas à une initiative communautaire, mais à une initiative issue d'une structure de soins dans le cadre de la politique de recouvrement des coûts. Dans ces conditions, la participation des assurés au régime est faible, voire inexistante. C'est le cas du *Nkoranza Financing Scheme* au Ghana même si, depuis quelques années, des efforts ont été entrepris pour que les assurés s'approprient davantage le régime d'assurance, avec un changement de nom en *Community Financing Scheme* et une localisation des bureaux de l'assurance en dehors de l'enceinte de la structure de soins ;

- l'assurance à financement communautaire avec gestion participative (*Complex or High participation community financing model*) : la communauté participe activement à la gestion du régime d'assurance au moins pour le premier niveau de soins (centres de santé) en collaboration avec l'offre de soins *via* des structures participatives. L'assurance de santé SEWA est ainsi gérée en partie par ses membres, au moins pour le premier niveau de soins ;
- enfin, les « sociétés d'aide médicales » (*Medical Aid Society*) constituent la forme la plus perfectionnée du mouvement social d'aide mutuelle. L'organisation de tels régimes d'assurance se fait sur une grande échelle, notamment en termes d'effectifs. La gestion est professionnelle et utilise des techniques empruntées au secteur privé commercial. On trouve ce type d'assurance au Zimbabwe ou en Afrique du Sud avec notamment des produits d'assurance de santé diffusés par le gestionnaire de *Medical Schemes Medscheme* en Afrique du Sud.

De son côté, McCord (2000) distingue quatre modèles de « micro-assurance de santé », selon le mode d'organisation et les relations entretenues par les différents agents entre eux. L'approche est résolument plus économique que sociale, à la différence de celle d'Atim.

### Encadré 3.

#### **La classification des organismes selon le mode économique d'organisation**

- Le modèle d'assurance basé sur un partenariat entre deux agents financiers (*Partner-Agent Model*). Le modèle *Partner-Agent* correspond à un partenariat entre un assureur et une institution de microfinance (IMF). Les deux institutions travaillent de façon à obtenir des avantages réciproques. L'assureur utilise les moyens de distribution de l'IMF auprès de ses clients sur le terrain. De son côté, l'IMF utilise l'assureur pour permettre un meilleur accès aux soins à ses clients et réduire ainsi les risques de non-remboursement des crédits, en cas de maladie. L'exemple d'un tel partenariat se trouve par en Ouganda entre le *Nsambya Hospital Healthcare Plan* (NHHP) et l'institution de microfinance *Finca*. Le NHHP est une entité semi-



autonome de l'hôpital de Nsambya, gérée par une équipe professionnelle qui ne s'occupe que de la partie assurance proposée par la structure de soins. De son côté, *Finca* Ouganda fournit au NHHP son effectif de clients, avec pour objectif principal d'améliorer la capacité de remboursement de ses emprunteurs en préservant leur santé. On trouve un type de partenariat similaire au Mali entre l'institution de microfinance *Nyeta Musow* et la mutuelle de santé *Kénéya So*. Néanmoins, les partenaires de Mopti entretiennent des relations davantage intégrées qu'en Ouganda et la gestion du produit d'assurance est différente, le modèle suivi par *Kénéya So* étant, comme on le verra, basé sur une gestion mutualiste.

- Le modèle d'assurance de santé à base communautaire (*Community-based model*). Dans une assurance à base communautaire, les assurés sont à la fois propriétaires et gestionnaires du plan d'assurance de santé. Les assurés élisent parmi eux un groupe de membres volontaires, responsables de l'ensemble de la gestion du plan d'assurance. Ce groupe volontaire conçoit, développe, met en place et négocie les contrats avec les prestataires de soins. Il vend et gère les différents produits d'assurance. Ce type de modèle nécessite un investissement important de formation de l'équipe de gestionnaires volontaires. Le cas d'*Umasida* en Tanzanie semble représentatif de ce type de modèle. En effet, c'est l'association elle-même qui assure l'ensemble du fonctionnement de l'assurance, quelle que soit la coopérative considérée. Les caractéristiques de la Mutuelle Famille *Babouantou* de Yaoundé correspondent également à ce modèle.
- Le modèle d'assurance (*Full service model*) est très proche de l'assurance privée classique. Une entité unique et indépendante prend en charge l'ensemble des éléments relatifs à la mise en œuvre et à la gestion d'un produit d'assurance maladie, depuis la conception du produit à la gestion de la garantie en passant par la recherche de clients. L'assurance assume seule les risques du produit, mais ne reçoit aucun bénéfice. C'est en cela qu'elle se distingue des assurances privées classiques. L'équipe gestionnaire est constituée par des professionnels. Des réserves doivent être constituées, de manière à minimiser les risques liés à la spécificité du produit assurance de santé.
- Le modèle d'assurance de santé intégrée à l'offre de soins (*Provider model*). Dans ce type de modèle, le prestataire de soins propose lui-même un produit d'assurance

à ses patients, individuellement ou en groupe. L'offre de soins et l'assurance sont donc intégrées l'une à l'autre. Le plan d'assurance propose généralement un panier de services correspondant aux soins disponibles dans la structure de soins. Les garanties proposées reposent souvent sur un système par capitation, de manière à en faciliter la gestion. Le prestataire assume donc les risques du produit d'assurance. Le *Nkoranza Community Health Insurance Scheme* décrit plus haut correspond exactement à ce type de modèle.

Quelle que soit la typologie adoptée, on perçoit la difficulté à classer les expériences décentralisées et participatives d'assurance maladie dans les pays en développement. Les plans d'assurance de santé observables en Afrique du Sud et au Zimbabwe se distinguent des régimes rencontrés dans d'autres pays en développement, en raison de la professionnalisation avancée de leur gestion, mais leur dénomination de « société d'aide médicale » nous semble abusive. En effet, les régimes comme le *Medscheme Bonitas Plan*, le *Sizwe Primary Plan* ou encore le *Metropolitan Open Plan* sud-africains, même s'ils s'adressent à des populations à faible revenu, répondent néanmoins à toutes les caractéristiques d'une assurance privée classique à but lucratif et ont peu à voir avec un mouvement social d'aide mutuelle.

Par ailleurs, les expériences évoluent pour s'adapter au contexte local, lui-même changeant. Le régime d'assurance maladie développé par le Groupe de recherche et d'échanges technologiques (GRET) au Cambodge était initialement structuré autour d'un modèle d'assurance intégrée à l'offre de soins. Le modèle a ensuite été abandonné, l'assurance contractualisant désormais avec des structures de soins existantes. Si le *Nkoranza Community Health Insurance Scheme* paraît inspiré du même modèle, les efforts entrepris depuis plusieurs années pour dissocier le produit d'assurance de l'offre de soins et pour améliorer la participation et la gouvernance de la population cible ne sont pas mis en valeur par la dénomination d'assurance intégrée à l'offre de soins.

Les catégories des typologies ne parviennent pas à mettre en valeur l'originalité de certaines expériences comme l'assurance de santé SEWA en Inde ou celle du BRAC et du GK au Bangladesh. En effet, la gestion proprement dite des produits d'assurance est indépendante des autres activités menées par ces véritables organisations de développement et très proche de la gestion d'une assurance privée classique ; mais les produits d'assurance proposés ne peuvent être déconnectés du reste des activités de santé conduites par ces organisations. Comment classer le régime d'assurance proposé par l'ORT *Community Purpose Cooperative* de L'Union aux Philippines ? La gestion du produit est professionnelle les soins sont accessibles dans les propres structures de soins de la coopérative ou dans des structures de soins contractuelles. Plus récemment, d'autres activités comme le microcrédit ont été développées, de manière à faciliter le paiement des cotisations des assurés.

### 1.2.4. Une grille de lecture des expériences

Afin de se retrouver dans le foisonnement des expériences existantes, on proposera, plutôt qu'une nouvelle typologie restrictive, une grille de lecture permettant d'appréhender au mieux les caractéristiques et l'originalité des régimes d'assurance pris dans leur contexte.

42

Cette grille comprend deux volets. Le premier est technique. Il permet de caractériser chaque entité en retenant trois dimensions essentielles pour définir le régime d'assurance maladie qu'elle abrite. Le second renvoie aux objectifs qui ont motivé le lancement des expériences.

#### - Le volet technique

Le volet technique de la grille est constitué des principales variables rencontrées dans les différentes expériences décentralisées et participatives d'assurance maladie : la population visée par le régime d'assurance ; les garanties proposées ; et le mode d'organisation.

Les problématiques des deux premiers aspects de cette grille de lecture (« population visée » et « garanties proposées ») ont déjà été évoquées précédemment (paragraphe 1.2.2.). En ce qui concerne les *modalités d'organisation* de l'organisme assureur, elles varient, aussi, d'une expérience à l'autre. A la lumière des différentes expériences, trois éléments principaux sont à prendre en considération : le statut juridique, le mode de gouvernance et l'association à une autre activité.

Le statut juridique : les organismes proposant des services de micro-assurance sont de nature privée et, la plupart du temps, à but non lucratif. Toutefois, certains d'entre eux peuvent sous-traiter une partie des opérations liées à leur activité à des sociétés commerciales privées. Le modèle de mutuelle qui, comme nous l'avons vu ne débouche pas forcément sur de la micro-assurance, fournit des exemples de cette association. On retrouve ce cas de figure avec les *Medical Schemes* sud-africains.

La nature privée des organismes ne règle pas la question du statut. Les organismes privés non lucratifs ne sont pas forcément des organismes dotés d'un statut propre, en particulier lorsqu'il s'agit de dispositifs greffés sur d'autres activités. Nombre d'entre eux ne disposent pas de statut spécifique qui tienne compte de la nature de leur activité. Le cas des mutuelles en Afrique de l'Ouest est assez représentatif. Seul, le Mali a pour l'instant promulgué un code de la mutualité<sup>4</sup>. Dans les pays voisins, les mutuelles se créent avec un statut associatif ou coopératif.

Le mode de gouvernance : l'association de représentants des communautés à la gestion et à la prise de décision constitue une des caractéristiques de la micro-assurance, compte tenu de la vocation sociale de ces organismes. Le modèle des mutuelles a codifié cette participation et l'on peut dire que celles-ci font, en théorie,

4. Le Sénégal a une loi sur la mutualité depuis 2003.

l'objet d'une gouvernance profane. Ce n'est pas le cas pour bon nombre de dispositifs évoqués précédemment. Lorsque l'activité d'assurance est greffée sur d'autres activités qui sont gérées par une organisation professionnelle (établissements de soins par exemple dans le cas de *Nkoranza*), la décision appartient peu ou pas du tout aux représentants des communautés. De même, lorsqu'un organisme non gouvernemental propose à des groupes de villageois de mettre en place une assurance maladie (on le verra au Bangladesh), c'est cet organisme qui prend les décisions. Il existe en général une certaine concurrence pour le pouvoir au sein des organisations privées sans but lucratif entre ceux qui gèrent l'entité au quotidien et ceux qui représentent les adhérents, avec la légitimité qui en découle pour la prise de décision. Quand la gestion est professionnelle et la gouvernance profane (en théorie), la technocratie l'emporte souvent. D'une façon générale, lorsque la gestion de l'organisme nécessite des personnels qualifiés employés à temps plein, la participation des représentants à la gouvernance des organismes de micro-assurance peut n'être que partielle.

L'association à une autre activité : l'activité de micro-assurance peut être liée ou développée dans le cadre d'autres types d'activité. On avait déjà envisagé l'intégration à l'activité de soins (*Nkoranza* au Ghana). La constitution par une mutuelle d'une offre « maison » représente la situation symétrique. L'association de la micro-assurance à une institution de microfinance peut également donner lieu à son intégration. On a vu aussi des formules d'« intégration » de l'assurance dans des activités plus générales d'appui au développement. L'exemple de SEWA en Inde et ceux de GK et du BRAC au Bangladesh sont des exemples importants de cette association. Globalement, on retiendra deux formes générales d'association de l'assurance de santé à une autre activité : soit une *articulation* entre deux activités, proche du concept de *partner-agent* développé par McCord dont le meilleur exemple est celui de la « bancassurance », soit une *intégration* entre deux activités comme c'est le cas dans les expériences au Bangladesh.

### - Les objectifs des projets

Tous les partenaires du développement s'accordent sur l'intérêt de promouvoir la micro-assurance de santé et, plus généralement, l'assurance maladie. Toutefois, selon l'institution concernée, l'accent est mis sur des potentialités différentes. Cela signifie que l'appui apporté aux projets renvoie à des objectifs différents ou à une hiérarchisation différente des objectifs. Cinq catégories d'objectifs peuvent être distinguées.

#### *a- L'apport au fonctionnement du secteur des soins de santé*

L'assurance maladie est censée lever la barrière financière d'accès aux soins coûteux et, simultanément, fournir des ressources stables aux formations de santé, en particulier à l'hôpital. Plus récemment, la question de l'amélioration de la qualité des services a été mise en avant en faveur du développement de l'assurance maladie, sous toutes ses formes. En rassemblant des effectifs importants, les régimes obligatoires, les mutuelles ou les réseaux de micro-assurance peuvent avoir des exigences et ont les moyens de les faire valoir.

#### *b- La contribution à l'extension de la protection sociale*

L'appui à l'assurance maladie représente un volet important de la remise en chantier de la construction des systèmes de protection sociale. De fait, celle-ci était pratiquement interrompue depuis l'échec des tentatives de mise en place d'une sécurité sociale, qui avaient suivi soit la voie « *bismarckienne* » fondée sur l'augmentation du salariat, soit la voie « *beveridgienne* » d'implication directe de l'État comme gestionnaire et pourvoyeur de ressources tirées de l'impôt. La promotion de l'assurance volontaire s'inscrit bien dans le mouvement actuel en faveur de l'extension de la protection sociale, en termes de population à couvrir, de prestations à garantir et des modalités de gestion à mettre en place. C'est la population évoluant dans le secteur de l'économie informelle qui est visée prioritairement. C'est à ce titre que la micro-assurance s'impose. Les prestations doivent répondre d'abord aux besoins différenciés des divers groupes sociaux, et donc s'inscrire dans un système assez décentralisé de protection sociale. Les communautés sont censées participer à la gestion du système, là où elles résident.

L'engagement du BIT en faveur de la micro-assurance est assez remarquable de ce point de vue. Il marque une évolution considérable de ses options en matière d'extension de la protection sociale. Le programme STEP mis en place à la fin des années 1990, constitue l'outil pratique d'appui à cette nouvelle forme d'extension de la protection sociale. La Coopération française a fait un constat analogue et a défendu le concept de mutuelle pour assurer l'extension de la protection sociale dans le secteur informel (Foirry *et al.*, 2000).

### *c- La participation à la lutte contre la pauvreté*

Les partenaires du développement ont considérablement modifié leur approche des questions de pauvreté. Ils sont passés d'une démarche de secours *a posteriori* aux groupes tombés dans la pauvreté à une approche de prévention et de gestion du risque, fondée sur de nouveaux outils fournis aux populations vulnérables. Les groupes doivent alors être responsables de ces outils, plutôt que d'attendre de l'État et de son budget qu'ils répondent à leurs besoins.

L'intégration de la protection sociale dans la problématique de la lutte contre la pauvreté est aujourd'hui admise et l'idée selon laquelle la croissance économique suffit à assurer son développement est abandonnée. Le développement social est considéré comme un domaine autonome, susceptible de relever de démarches particulières. Les institutions internationales (Banque mondiale, organismes onusiens) et les coopérations bilatérales soutiennent la promotion de la micro-assurance sous des formes diverses, en faveur des groupes susceptibles de tomber dans la pauvreté ou la grande pauvreté.

### *d- La promotion de la démocratie*

La micro-assurance de santé fournit un terrain d'application de la gestion communautaire du secteur social. Cette implication est censée avoir des effets internes aux communautés. Les mutuelles représentent ainsi *a priori* un facteur de

cohésion sociale intéressant si elles sont diffusées à l'ensemble de la population. En termes politiques, la gestion participative et décentralisée est considérée comme un élément de promotion de la démocratie. Les relations entre l'État et la société civile doivent se modifier et les pouvoirs publics doivent exercer un rôle d'animateur ou de régulateur (*stewardship*) auquel ils doivent se préparer.

### *e- L'extension du marché de l'assurance dans les pays en développement*

De même que la microfinance constitue une extension du marché des services de banque et de finance à des catégories nouvelles, la micro-assurance donne un potentiel nouveau au marché de l'assurance. Cette attente à l'égard de la micro-assurance a été exprimée par le *Consultative Group to Assist the Poor* (CGAP) et mérite l'attention.

D'une façon générale, l'assurance maladie ne fournit pas de produits d'assurance très rentables, ni de disponibilités pour l'investissement. Dans l'activité d'assurance, elle joue un rôle de produit d'appel ou de produit lié dans un paquet susceptible de dégager globalement des montants utilisables pour soutenir ou développer le marché des produits financiers. La couverture de groupe pour un ensemble de risques inclut ainsi systématiquement des produits d'assurance maladie, qui intéressent les clients et les incitent à contracter pour une couverture plus large. Rien n'empêche que les opérateurs de micro-assurance développent de tels paquets.

### **1.3. Conclusion de la première partie**

La première partie de cette étude a présenté, sans exhaustivité, la diversité des expériences qui peuvent être qualifiées de « micro-assurance de santé ». La grille de lecture proposée incite à analyser de façon plus détaillée les conditions de fonctionnement et l'impact des diverses formules. L'existence d'objectifs multiples suggère de s'intéresser à des situations contrastées. Cela pour illustrer plusieurs



aspects du développement de l'assurance maladie ou pour comparer les avantages de la micro-assurance à des dispositifs susceptibles d'atteindre les mêmes buts.

Les questionnements spécifiques à l'origine de cette étude ont amenés à approfondir les points suivants :

- le lien entre la micro-assurance et la microfinance et notamment son avantage comparatif pour assurer le développement de l'activité d'assurance maladie et contribuer à un meilleur fonctionnement du secteur de la santé ;
- la capacité du secteur privé commercial à contribuer au développement de l'assurance et à l'accès aux soins des populations modestes ;
- le potentiel de développement de la micro-assurance en situation de pauvreté et la nature de la réponse qu'elle fournit aux problèmes de santé des populations concernées.

# Trois études de cas : Mali, Afrique du Sud et Bangladesh

## 2

Trois études de cas analysent les points de problématique indiqués à la fin de la première partie.

- Les mutuelles de santé au Mali sont d'abord étudiées sous l'angle de l'appui de la microfinance au développement de la micro-assurance de santé. Comme la politique de développement des mutuelles est un des traits caractéristiques de ce pays en Afrique de l'Ouest, on peut y apprécier la contribution de cette forme d'organisation au fonctionnement du secteur de la santé, à la participation de la société civile à la gestion sectorielle et à l'extension de la protection sociale.
- L'Afrique du Sud reste un pays marqué par de profondes inégalités et par la prédominance du secteur privé commercial dans la distribution de services de soins et d'assurance. La capacité de ce secteur à étendre son marché à des couches de population moyennes, voire défavorisées, mérite d'être observée. La question sous-jacente concerne l'alternative crédible que le marché représente par rapport aux formes communautaires de développement de la couverture maladie, dans un contexte où il existe et a démontré son efficacité, tout du moins pour une partie de la population.

- La dernière étude concerne le Bangladesh, connu pour le succès des activités de développement menées par des ONG auprès de populations pauvres en milieu rural, notamment dans le domaine de la microfinance. Les interventions de ces ONG dans le domaine de la santé et de l'assurance maladie méritent une attention particulière : sont-elles aussi efficaces que dans les secteurs de la production ou de l'épargne et du crédit ? Quelle contribution supplémentaire apportent-elles à la lutte contre la pauvreté ?

### 2.1. La micro-assurance et les mutuelles de santé au Mali

Au Mali, les mutuelles de santé se sont particulièrement développées depuis le début des années 1990, dans le cadre de la coopération entre la France et l'État malien. Plusieurs études, communications ou articles ont déjà rendu compte de ce processus et de ses résultats. Il ne nous paraît donc pas utile d'en refaire une analyse détaillée. Toutefois, il est nécessaire de revenir sur la promotion de l'assurance maladie volontaire pour plusieurs raisons.

50

En premier lieu, l'essentiel du développement des mutuelles maliennes s'est fait de façon très classique et en conformité avec le concept de mutuelle, dont on a rappelé le contenu au chapitre 1. La situation malienne illustre parfaitement l'application de ce concept, réalisée avec un appui différent de celui apporté par le CIDR au Bénin, en transposant sans innovation pratique majeure les principes du mutualisme français. De ce point de vue, les mutuelles du Mali offrent de nombreux enseignements à ceux qui cherchent à promouvoir la micro-assurance de santé sans l'intégrer à une autre activité et en jouant au maximum le jeu de l'émergence de la société civile.

En deuxième lieu, le cas du Mali donne un moyen d'apprécier, grâce à la référence constituée par ce mouvement mutualiste, l'apport d'une autre démarche de montage

de mutuelles, celle qui associe microfinance et micro-assurance. En effet, le CIDR appuie une mutuelle greffée sur une institution décentralisée de microcrédit, *Nyeta Musow*, qui implique des groupes de femmes à Mopti. Même si elle représente une approche isolée au Mali, la mutuelle *Kènèya So* mérite une attention particulière, tant du point de vue de son rapport avec l'activité principale que du point de vue de la place qu'elle peut prendre au sein du mouvement mutualiste malien.

En troisième lieu, le Mali est un pays pauvre, dans lequel l'accès aux soins est conditionné par la faiblesse de la couverture sociale. La décision prise par l'État malien de mettre en place une assurance maladie obligatoire pour le secteur formel et un fonds d'assistance médicale pour les indigents permet d'aborder la question du lien entre mutuelles et extension de la protection sociale.

### **2.1.1. Le mouvement mutualiste malien**

#### - Le développement de l'Union technique de la mutualité malienne

Le développement des mutuelles de santé au Mali s'est appuyé sur la mise en place de l'UTM, qui a mis en pratique le concept d'agence de développement de la mutualité, proposé par la Coopération française et la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF) pour réaliser la promotion de l'assurance maladie volontaire dans le pays. L'UTM a une triple fonction : stratégique, pour orienter le développement en définissant des projets pertinents dans le contexte national ; technique, pour appuyer les mutuelles en création ; politique, en tant que représentante des mutuelles adhérentes. Elle dispose d'un statut spécifique, conforme au code de la mutualité promulgué en 1996 au Mali.

Dans le cadre de ses fonctions, l'UTM poursuit une stratégie duale qui s'adresse d'une part au milieu urbain et au secteur de l'économie formelle, d'autre part au milieu rural et au secteur informel. Dans le premier cas, elle propose aux mutuelles de

distribuer une garantie « clés en main » qu'elle gère de façon centralisée : l'assurance maladie volontaire (AMV).

### Encadré 4.

#### **La garantie d'assurance maladie volontaire de l'UTM**

La garantie d'assurance maladie volontaire propose plusieurs options, offrant soit la couverture des soins primaires ambulatoires, soit la couverture des soins hospitaliers, soit une couverture complète, en donnant aux assurés la possibilité d'opter pour des services dispensés dans le secteur public ou dans le secteur privé. La garantie complète en secteur public est la plus prisée. L'adhésion est obligatoirement familiale, au sens où tous les membres de la famille doivent adhérer, et correspond à une cotisation mensuelle de 440 FCFA par personne. La garantie est assortie de co-paiements de 40 % et 25 %, respectivement pour les soins ambulatoires et les soins hospitaliers.

Le second volet de la stratégie de l'UTM consiste à appuyer les mutuelles qui veulent définir leur propre garantie, en fonction des besoins exprimés par leurs membres, et la gérer eux-mêmes (encadré 5).

### Encadré 5.

#### **L'appui aux mutuelles de l'UTM : l'exemple de la mutuelle des cotonniers de Nongon**

La mutuelle des cotonniers de *Nongon*, première mutuelle rurale du Mali, couvre environ 2 700 personnes. Elle offre les prestations suivantes : couverture des ordonnances médicales des enfants de 0 à 5 ans et prise en charge des grossesses avec un co-paiement de 25 % au centre de santé communautaire, sans co-paiement pour les frais de transport, les médicaments et les actes en cas de référence à l'hôpital régional de Sikasso ; couverture des soins au centre pour l'ensemble de la population avec un co-paiement de 50 %. La cotisation des producteurs est basée sur la récolte de coton et est fixée à 2 500 FCFA par famille et par mois, par tonne de coton. Pour les non-producteurs, elle est de 2 500 FCFA par famille et par mois. Les personnes démunies du village sont prises en charge gratuitement.

En outre, l'UTM gère une caisse de réassurance, un fonds de garantie, un service de communication et un service de formation. Elle tient une place importante dans le paysage sanitaire et social malien et est associée à la politique sectorielle du gouvernement.

L'UTM a commencé à fonctionner en 1998 et a lancé l'AMV en 1999. Elle a appuyé son action sur des organismes mutualistes existant, qui n'avaient pas de couverture maladie : mutuelles de la fonction publique distribuant des produits de retraite complémentaire notamment, et/ou mutuelles ayant monté un centre de santé, mais sans couverture assurantielle. Elle a mis en place des antennes régionales de développement à Kayes, Sikasso, Ségou et Mopti.

### - Les résultats du mouvement mutualiste malien

L'action de l'UTM a donné des résultats intéressants, mais relativement modestes en termes d'effectifs d'adhérents. Début 2003, une vingtaine de mutuelles fonctionnelles diffusaient une prestation santé et rassemblaient environ 30 000 bénéficiaires<sup>5</sup>. Une douzaine de mutuelles étaient en gestation au sein de groupes assez conséquents et pourraient rassembler 80 000 nouveaux bénéficiaires. En outre, plus de 15 000 personnes bénéficient des tarifs privilégiés de l'offre de soins mutualiste et plus de 30 000 cotisent auprès de mutuelles pour un risque long.

L'explication de ces résultats est double. D'une part, la population du Mali comprend beaucoup de personnes aux ressources modestes et n'est pas encore acquise à l'idée d'assurance. En outre, la sensibilisation réalisée par l'UTM a nécessairement été sélective sur le plan géographique, si bien qu'une partie de la population n'a pas été informée sur le fait mutualiste. D'autre part, l'UTM a rencontré de grandes difficultés avec l'offre publique de soins. Celle-ci est de qualité inégale et l'UTM a choisi de ne

5. Des chiffres ont été publiés à l'occasion de l'étude effectuée pour le BIT en février 2003 (Ouattara, *et al.*, 2003), dans le cadre de son programme d'extension de la protection sociale. On les trouvera en annexe.

passer convention qu'avec quelques formations sanitaires. Enfin, les personnels n'ont pas forcément apprécié les exigences contractuelles du conventionnement et notamment la fixation de tarifs et le tiers payant, qui gênent leurs pratiques parallèles. De plus, de nombreux médecins et infirmiers du secteur public ont entrepris, sans que l'État ne les en empêche, d'exercer des activités privées en ne respectant pas leurs obligations au sein des hôpitaux publics, à Bamako surtout. Ils ne sont pas toujours à leur poste, ce qui irrite les mutualistes qui estiment ne pas être bien soignés par ceux qui restent présents dans les services. En outre, lorsqu'ils exercent leur activité publique, ces professionnels essaient de drainer la clientèle solvable vers les formations privées, en arguant d'équipements plus modernes et d'une qualité de soins supérieure. Les mutualistes sont souvent sollicités, mais ils n'ont généralement souscrit que la garantie de l'AMV, qui donne accès seulement aux formations publiques.

Les mutuelles diffusant l'AMV représentent plus de 75 % des mutuelles fonctionnelles et près de 60 % des bénéficiaires. L'essentiel des cotisants se recrute au sein de la fonction publique ou des entreprises, la part des artisans ou de personnes ayant une activité informelle reste modeste (moins d'un tiers).

54

L'UTM n'est pas autonome financièrement et dépend des subventions de la Coopération française, de l'Alliance nationale des mutuelles chrétiennes (ANMC) de Belgique et du Programme de développement sanitaire et social du Mali (PRODESS). Son développement devrait être assuré par la distribution de l'AMV. L'autonomie financière de l'UTM devrait être atteinte lorsque l'AMV couvrira 50 000 personnes, soit près de trois fois l'effectif actuel. Mais d'autres voies sont explorées par l'UTM<sup>6</sup> et notamment la distribution de produits d'assurance par le réseau des caisses d'épargne rurale *Kafo Jiginew*. Le projet, monté avec la FNMF et financé par le CGAP à partir de

6. On peut aussi mentionner un projet de montage d'un produit de couverture des frais entraînés par le VIH-SIDA et un fonds de réassurance pour ce risque, financé par la fondation GSK. Une étude pilote a été réalisée en 2004 dans le cadre de ce projet.

2003, n'avait malheureusement pas démarré à l'époque de cette étude. Il est intéressant à plus d'un titre. *Kafo Jiginew* est un réseau de caisses rurales développé dans la zone cotonnière du Mali, avec l'appui du Crédit coopératif. Il a dix ans d'expériences en épargne crédit et regroupe actuellement 107 coopératives autonomes, avec une gestion centrale à Koutiala. Ses dirigeants ont identifié un besoin prioritaire de produits d'assurance vie et d'assurance maladie chez leurs clients. Le projet prévoit de développer un produit maladie, avec l'assistance de l'UTM, avec des objectifs de 600 clients fin 2003 et de 2 000 clients fin 2004. *Kafo Jiginew* collectera les primes et fera un tri préliminaire des sinistres, mais ne supportera pas le risque assurantiel. L'UTM et la FNMF l'aideront aussi à développer un produit d'assurance vie qui vise 500 clients fin 2003, avec le même partage des rôles. La région de Koutiala a été choisie pour lancer l'expérience. Le projet prévoit donc une association de type banque-assurance et permet d'envisager la diversification de l'UTM.

### **2.1.2. Les autres formes de micro-assurance et la mutuelle de santé Kènèya So**

Il existe au Mali d'autres mutuelles que celles du mouvement constitué par l'UTM et d'autres formes de micro-assurance. L'USAID par exemple subventionne le lancement à Bla d'une mutuelle destinée aux pauvres, mais le projet était encore en gestation en

#### **Encadré 6.**

#### **Les caisses de solidarité de cercle**

Pour permettre une meilleure référence en cas de grossesse à risque, plusieurs centres de santé de cercle ont organisé un partage du coût d'évacuation et de prise en charge entre malades, association gestionnaire du centre et centre de santé de référence. Le système de caisses de solidarité pour la prise en charge des grossesses pathologiques est diffusé



depuis 1995 à une vingtaine de cercles et il donne satisfaction (Criel *et al.*, 1998). Le partage entre les trois sources de financement varie d'un cercle à l'autre. Un objectif est d'associer les communes au financement des caisses de solidarité. Un autre est de transformer les caisses en mutuelles couvrant le risque obstétrical. Selon les cas, les associations de santé communautaire prélèvent leur contribution sur les recettes (ou seulement sur la vente des cartes familiales), instaurent une cotisation spéciale ou suscitent des dons. Le dispositif demande une participation directe du malade. Sa gestion est le plus souvent réalisée au niveau du cercle par le médecin-chef et son équipe. Son extension à d'autres risques (chirurgical notamment) a été assurée dans un certain nombre de cercles.

avril 2003. Il existe aussi des caisses de solidarité de cercle qui prennent en charge le risque de grossesse pathologique, dans le cadre du système de référence/évacuation (encadré 6).

Un autre cas particulièrement instructif est celui de la mutuelle de santé *Kènèya So* de Mopti<sup>7</sup>, qui constituait, avant que le projet signalé ci-dessus entre l'UTM et *Kafo Jiginew* soit lancé, le seul exemple d'association de micro-assurance de santé et de microfinance au Mali. Le lancement de cette mutuelle est financé par l'AFD et fait partie des opérations que l'agence appuie dans la région de Mopti.

### 2.1.2.1. Histoire de la mutuelle Kènèya So

La mutuelle *Kènèya So* a été mise en place par l'IMF *Nyeta Musow* (« les femmes qui vont de l'avant »). L'IMF est une association qui permet à des groupements de femmes d'avoir accès à l'épargne individuelle et à des petits crédits. En plus de ces deux services, une caisse de prévoyance constitue un fonds collectif en cas de besoin particulier. *Nyeta Musow* a été appuyée par le CIDR de 1992 à 2000. Elle est maintenant techniquement et financièrement autonome.

7. Les informations présentées dans cette partie sont issues des entretiens conduits sur place avec les responsables de la mutuelle de santé *Kènèya So*, de l'IMF *Nyeta Musow*, de l'hôpital régional de Mopti et du centre de santé de Sévaré.

L'idée de créer une mutuelle de santé sur la base de *Nyeta Musow* répond à une demande importante des femmes de *Nyeta Musow*. Auparavant, elles pouvaient utiliser la caisse de prévoyance de l'IMF, dans deux cas particuliers :

- en cas de décès, la caisse remboursait l'encours de crédit de la femme décédée,
- en cas d'hospitalisation, une femme pouvait financer son séjour à l'hôpital pour une durée maximale de 15 jours.

La prise en charge de l'hospitalisation par la caisse ne pouvait s'appliquer qu'à la femme et à aucun autre membre de la famille. Elle a été mise en place plus tardivement que la couverture décès et était au départ marginale dans l'esprit de femmes préoccupées surtout par le règlement des impayés en cas de décès.

Deux études ont été réalisées par la suite et l'idée de la mutuelle de santé a reçu l'aval de l'assemblée générale de *Nyeta Musow* en 2000. Au cours de cette période et jusqu'à la création effective de la mutuelle, l'équipe mutualiste a réalisé un important travail de sensibilisation des groupements de femmes. L'assemblée générale constitutive de la mutuelle a eu lieu en décembre 2001 avec 15 des 200 groupements de *Nyeta Musow*. Au 15 janvier 2002, les premières prestations étaient opérationnelles.

### 2.1.2.2. Les conditions d'adhésion et la cotisation mutualiste

En première année, le droit d'adhésion s'élève à 1 000 FCFA par adhérente. Ce montant correspond au prix de la carte et à l'adhésion à l'association. En deuxième année, le montant de l'adhésion est réduit à 500 FCFA. Seules les femmes de *Nyeta Musow* peuvent adhérer à la mutuelle. L'adhésion est volontaire et individuelle (au sein des groupements). En principe, les femmes ont l'obligation de faire adhérer tous les membres de leur famille à charge de moins de 18 ans et résidant à Mopti. La mutuelle accorde d'ailleurs une réduction pour les familles nombreuses.

La cotisation mutualiste est fixée à 1 600 FCFA par bénéficiaire et par an. Elle peut être payée au comptant ou en paiement fractionné (sur 32 semaines). Dans le cas d'un paiement fractionné, la cotisation est majorée de 100 FCFA de manière à motiver les femmes à payer au comptant. Les versements sont hebdomadaires et sont effectués en même temps et au même guichet que les remboursements de crédit. *Nyeta Musow* dispose de quatre guichets, plus celui du siège de l'organisation. La période de paiement des cotisations correspond à la fin d'un cycle de crédit, ce qui permet aux femmes de pouvoir retirer leur épargne et bénéficier de liquidités pour payer la cotisation. L'opérateur d'appui souhaitait que la majorité des femmes paient la cotisation au comptant, mais seules 10 % le font, les autres choisissant le paiement hebdomadaire.

### 2.1.2.3. Les effectifs

La population ciblée correspond à 4 000 cotisantes (les effectifs de *Nyeta Musow*), soit à un potentiel de 12 000 bénéficiaires environ. L'adhésion à la mutuelle *Kènèya* So passe par les 200 groupements solidaires de *Nyeta Musow*. L'ensemble des effectifs de l'IMF n'a pu être sensibilisé. Un grand nombre de groupements (la moitié) ne sont pas intéressés par la couverture santé de la mutuelle, et visiblement de manière définitive. Seuls 5 % des groupements non intéressés en première phase de sensibilisation ont finalement rallié la mutuelle.

Les premiers résultats, après plus d'un an d'activité, font état de 43 groupements adhérents, soit 1 708 bénéficiaires. Le démarrage est relativement bon, mais les perspectives ne sont pas excellentes. Le taux d'adhésion à l'intérieur des groupements est de 65 % environ. Malgré la synergie supposée des groupes de crédit, bon nombre de femmes sont récalcitrantes. Aussi reste-t-il à mesurer l'effet d'entraînement à attribuer au groupe proprement dit. Enfin, en dépit de la taille des familles des femmes des groupements de crédit, le nombre moyen de bénéficiaires par carte est inférieur à quatre. Ainsi, chaque femme ne fait pas bénéficier l'ensemble de sa famille, ni même

semble-t-il l'ensemble de ses enfants de son adhésion à la mutuelle. C'est très vraisemblablement par manque d'argent.

Il reste à déterminer les raisons précises de ce relatif déficit d'adhésion aux trois niveaux mentionnés : groupement, femmes et bénéficiaires. Une hypothèse est la barrière financière : les cotisations pour la mutuelle et le remboursement des crédits se faisant le même jour, au même moment et au même guichet, la somme d'argent à rassembler le jour du dépôt serait trop importante.

### 2.1.2.4. La garantie proposée et la relation avec l'offre de soins

La garantie proposée couvre l'accouchement ainsi que la mise en observation dans quatre centres de santé et un forfait<sup>8</sup> pour l'hospitalisation à l'hôpital de Mopti. Nyeta Musow offre donc plusieurs types de couverture dans différentes structures de soins. Nous disposons d'informations précises pour le centre de santé d'arrondissement de Sévaré et pour l'hôpital de Mopti, avec lesquels la mutuelle a passé une convention écrite (encadrés 7 et 8).

#### - *Le forfait hospitalisation*

A l'hôpital de Mopti, les femmes bénéficient d'un forfait en cas d'hospitalisation, couvrant les interventions médicalisées (hospitalisation et soins) et chirurgicales. Les adhérentes ne bénéficient pas du tiers payant. Elles doivent donc avancer l'argent qui leur sera par la suite remboursé par la mutuelle. Néanmoins, la mutuelle a pu négocier avec l'hôpital la mise en place d'un bon d'avance pour les médicaments. Cette négociation permet de débloquer la première ordonnance qui est généralement la plus lourde. De plus, un tiers payant a pu être négocié dans le cadre des hospitalisations de un à quatre jours. La mutuelle paie un forfait de 1 000 FCFA pour le bénéficiaire. Au-delà, c'est la patiente elle-même qui paie chaque jour supplémentaire.

8. La garantie est assez complexe, vu la difficulté qu'il y a eu de négocier avec l'hôpital qui n'a accepté que très partiellement le tiers payant.

### Encadré 7. L'hôpital régional de deuxième référence de Mopti

Cet hôpital couvre l'ensemble de la région de Mopti. Ses activités vont de la chirurgie (gynécologique, viscérale, orthopédique, stomatologique) à la médecine générale, en passant par la médecine interne, la pédiatrie, les urgences et les soins dentaires.

L'hôpital comprend deux corps de bâtiment. Le premier abrite les activités de chirurgie (un bloc opératoire comprenant deux salles d'opération). Le second est réservé aux hospitalisations médicales. L'hôpital dispose d'une pharmacie, d'une cantine, d'un laboratoire d'analyses biologiques et d'un service de radiologie.

Les ressources humaines sont constituées de 16 médecins dont trois médecins cubains (trois des médecins étaient des étudiants en médecine en stage de formation au moment de la mission), 36 infirmières et neuf aides-soignants « conventionnaires ». L'ensemble de ce personnel est constitué de fonctionnaires et de contractuels de l'État. Un médecin de Médecins sans frontières (MSF) intervient régulièrement dans l'hôpital dans le cadre du traitement des fibules.

L'hôpital compte 96 lits, extensibles à 100. Trois niveaux de chambre sont proposés aux patients (chambres individuelles climatisées à 1 000 FCFA la journée, chambres à deux lits à 300 FCFA ; chambres communes à 250 FCFA).

L'état général des lieux est mauvais (ordures aux abords, conditions d'hygiène minimales non assurées, bâtiments extrêmement délabrés, surpopulation dans les chambres).

On dispose de peu de données sur les performances de cet hôpital. Il n'a été possible d'obtenir ni le taux de fréquentation de l'hôpital, ni le taux d'occupation des lits. Le directeur se plaint néanmoins d'une forte fréquentation de l'hôpital en première intention et du trop grand nombre d'accouchements de femmes évacuées des centres de santé environnants pour d'autres raisons et qui finissent par accoucher à l'hôpital.

Il est difficile d'obtenir des informations sur l'équilibre financier de l'établissement. Le recouvrement des coûts est officiellement pratiqué pour les investigations paracliniques,

pour les médicaments et pour tous les soins en général, mais aucun tarif n'est disponible. Le service social est chargé d'enquêter pour les patients ayant des difficultés à régler les soins. Ce service manquerait cruellement de personnel et la commune de Mopti paierait difficilement les factures. Les enquêtes sont le plus souvent postérieures à la prise en charge et n'aboutissent le plus souvent pas à grand chose. Les procédures sont très légères et les patients règlent « *quand ils peuvent régler, même plusieurs mois après* ». D'une manière générale, 30 à 40 % des urgences chirurgicales resteraient impayées. La prise en charge d'indigents correspondrait à une trentaine de cas par mois.

L'hôpital a passé une convention avec la mutuelle de santé *Kènèya So* mais les relations ne sont pas bonnes entre les deux structures.

### - *La couverture au centre de santé de Sévaré*

Les accouchements et les mises en observations médicalisées sont pris en charge au centre de santé de Sévaré : pour les accouchements et le suivi post-partum de la femme, les membres de *Kènèya So* bénéficient du tiers payant. Le tarif a été négocié avec le centre de santé d'arrondissement de Sévaré et est inférieur au tarif courant. Pour chaque accouchement, la mutuelle paie un forfait de 5 000 FCFA au centre de santé. Les autres patientes paient 7 500 FCFA pour les mêmes soins. Pour les mises en observation médicalisée, la facturation se fait au coût réel et un système de tiers payant avec ticket modérateur a pu être négocié. Les bénéficiaires paient le ticket modérateur (1 000 FCFA) à la suite des soins, le reste est pris en charge par la mutuelle et directement payé au centre de santé d'arrondissement à la fin du mois, en même temps que les forfaits accouchements.

### Encadré 8. Le centre de santé de Sévaré

Le centre de santé de Sévaré couvre une aire de 30 000 habitants et répond à l'organisation classique d'un centre de santé de premier niveau (une maternité et un

dispensaire). Ses activités sont très variées et sa réputation excellente. Les ressources humaines comprennent un médecin, trois infirmières et trois sages-femmes, tous salariés de l'État. Le médecin-chef a insisté sur la spécificité du centre qui ne reçoit aucune subvention particulière. Les ressources de fonctionnement proviennent donc directement du recouvrement des coûts.

La fréquence des prises en charge des patientes de la mutuelle *Kènèya So* n'est pas très importante (environ deux accouchements par mois, les mises en observation médicale ne sont pas systématiques et varient selon les saisons). La majorité des patients du centre de santé ne dispose d'aucune couverture de santé ; certains sont couverts par leur entreprise (*Énergie du Mali*). Le recouvrement des coûts fonctionnant tant bien que mal, le médecin-chef est donc favorable au développement des mutuelles de santé. Selon lui, il existe un potentiel fort pour le développement des mutuelles. Si les gens parviennent à rassembler 60 000 FCFA pour une évacuation vers l'hôpital, ils pourraient contribuer à une mutuelle ou à une assurance de santé à condition que le travail de sensibilisation soit suffisant. Les réactions du médecin-chef dans le centre de santé traduisent en effet la mauvaise information et la mauvaise compréhension du principe de mutuelle par les adhérentes. Il arrive fréquemment que des patientes mutualistes ne comprennent pas que les petits risques ne soient pas pris en charge. Certaines vont jusqu'à décider de ne plus payer leur cotisation, puisque la prise en charge n'est pas totale.

### - *La convention avec les autres centres de santé*

La mutuelle *Kènèya So* a passé convention avec les centres de santé de Komoguel et de Médina Coura, mais aucun système de tiers payant n'a pu être mis en place avec ces établissements de soins. La garantie prend en charge les accouchements et les suites de l'accouchement, comme pour le centre de santé de Sévaré.

#### 2.1.2.5. Le résultat technique et la gestion

Le résultat technique est positif : pour la mutuelle, la prise en charge revient en moyenne à 564 FCFA par an et par personne, la cotisation s'élevant à 1 600 FCFA. Il convient néanmoins de s'interroger sur la nature de ce résultat, après seulement

15 mois d'activité de la mutuelle. Doit-on l'imputer à la jeunesse de l'activité ? Les femmes ne seraient pas encore habituées au concept et à la réalité de leur couverture, d'où une tendance à la sous-consommation médicale. Ou bien faut-il chercher du côté de la garantie offerte par la mutuelle qui ne correspondrait pas aux besoins réels de ses bénéficiaires ? On peut d'autant plus se poser la question que les femmes semblent exprimer le besoin d'une couverture des petits soins. Quoi qu'il en soit, la fréquentation est pour l'instant inférieure aux prévisions, qu'il s'agisse des accouchements, des interventions chirurgicales ou des hospitalisations.

Selon l'assistant technique du projet, le budget de fonctionnement est déficitaire de 450 FCFA par an et par personne. La principale raison serait le poids des ressources humaines dans le budget.

### 2.1.2.6. La satisfaction des femmes et la question de la garantie

La satisfaction des femmes est-elle aussi totale que l'indiquent les enquêtes de d'opinion réalisées début 2003 dans le cadre du projet ? 86 % se disaient satisfaites après six mois de fonctionnement et 93 % disaient se sentir davantage en sécurité partielle. Enfin, 85 % ont déclaré avoir adhéré pour les avantages personnels apportés par la mutuelle et 78 % par esprit d'entraide et de solidarité. De fait, les femmes bénéficient d'un meilleur accès aux soins qu'auparavant, notamment pour les accouchements, les hospitalisations et les interventions chirurgicales. Mais elles ne profitent pas pleinement des soins de santé pour lesquels elles sont couvertes. Elles continuent à accoucher chez elles et l'hôpital demeure associé à la mort et au malheur. Ainsi ce recours, qu'il s'agisse de l'accouchement ou de l'hospitalisation, reste de dernière intention. Enfin, la mutuelle a enregistré, lors des assemblées générales, une forte demande des bénéficiaires pour une couverture de tous les risques et notamment les petits risques. Or, pour la mutuelle, la couverture du petit risque est problématique. Le montant de la cotisation et la taille de la mutuelle sont insuffisantes.



La question de la relation entre le niveau de la cotisation et l'étendue de la garantie doit sans doute donner lieu à des explications complémentaires, pour que les femmes admettent qu'il n'est pas possible de couvrir tous les soins sans une contrepartie financière beaucoup plus élevée. Cela n'est, semble-t-il, pas encore acquis. En effet, les réactions enregistrées dans les différentes structures de soins, notamment au centre de santé de Sévaré, montrent que certaines femmes pensent pouvoir être prises en charge quelle que soit la raison pour laquelle elles se rendent au dispensaire.

Cela dit, le projet d'ouverture d'un centre de santé mutualiste dans un bâtiment loué pourrait participer à l'élargissement des prestations prises en charge par la mutuelle. La motivation première pour le lancement du centre de santé est la très mauvaise qualité des soins dans la ville de Mopti. L'ouverture du centre à une clientèle non mutualiste permet d'envisager des recettes suffisantes pour qu'il soit financièrement autonome. Officiellement, il n'y aurait pas de subvention croisée pour élargir la couverture des mutualistes. Il faudrait donc augmenter la cotisation pour couvrir mieux le petit risque.

### 2.1.2.7. La gouvernance et la participation à la gestion

64

La participation des femmes à la gouvernance de la mutuelle demeure limitée. Elles sont peu impliquées à ce niveau et il n'est pas sûr qu'elles comprennent toutes vraiment le concept de mutuelle. Pourtant, les déléguées de chaque groupement mutualiste ont reçu une formation particulière sur le fonctionnement d'une mutuelle de santé.

En revanche, les femmes de *Kènèya So* participent à la gestion courante de la mutuelle de santé, notamment enregistrements comptables.

La faible implication des femmes s'expliquerait par leur manque de temps pour participer aux diverses réunions qu'organise la mutuelle. La participation des femmes

à l'assemblée générale est forte, mais la restitution dans les groupements est plus lacunaire. Pour pallier ce déficit de communication, des relais de quartiers disposant de supports audio ont été mis en place.

### 2.1.2.8. L'articulation entre la micro-assurance et la microfinance

Nous présentons ici un certain nombre de remarques empiriques sur l'articulation entre la microfinance et la micro-assurance de santé réalisée à Mopti par l'IMF *Nyeta Muso* et la mutuelle de santé *Kènèya So*. Ces remarques cherchent à mieux cerner les apports réciproques des deux activités.

#### - *La gestion commune*

La collecte et la gestion des produits d'assurance sont effectuées par les agents de l'IMF. Il y a une intégration forte de l'assurance à l'activité de microfinance du point de vue de la gestion comptable et financière. Un grand nombre de frais sont à la charge de l'IMF et ne sont ainsi pas imputés à la mutuelle de santé. La gestion de la mutuelle par l'IMF est faite *via* un contrat de délégation qui a été signé entre la mutuelle et l'IMF.

*Nyeta Musow* et *Kènèya So* ont un directeur commun. Responsable devant le conseil d'administration de l'association *Nyeta Musow*, il est responsable de la gestion de l'assurance maladie devant celui de *Kènèya So*, mais il délègue certaines fonctions à l'équipe mutualiste.

Les décisions relatives à la mutuelle de santé sont prises par l'équipe mutualiste uniquement, qui n'est évidemment responsable que devant son assemblée générale, son conseil d'administration et sa commission de contrôle.

L'articulation entre la microfinance et la micro-assurance de santé concerne principalement la gestion comptable et financière des deux activités par l'IMF. Elle est

totallement bénéfique à la mutuelle de santé. En revanche, les déclarations des personnes rencontrées (opérateur d'appui et directeur) n'ont pas permis de savoir ce qu'elle apporte à l'IMF.

### - *La caution solidaire*

Le mécanisme de caution solidaire fonctionne moins bien pour la cotisation mutualiste que pour le remboursement des crédits au sein des groupes. Les raisons invoquées sont diverses. Selon le gestionnaire, c'est parce que les deux produits ne sont pas du tout les mêmes et que la perception diffère parmi les femmes. Pour l'assistante technique du CIDR, c'est parce que la sensibilisation n'a pas été suffisamment axée sur la caution solidaire autour du produit d'assurance. Les femmes perçoivent insuffisamment l'intérêt du partage du risque et ne réalisent pas assez que la cotisation de l'ensemble du groupe est nécessaire à un meilleur fonctionnement. De plus, aucune mesure particulière n'a été prise contre les adhérentes ne s'acquittant pas de leurs droits. Ni le groupe, ni l'individu et ses bénéficiaires n'ont été empêchés de bénéficier des prestations offertes par la mutuelle, alors que le règlement intérieur de la mutuelle se réserve le droit de retirer les prestations aux membres ne s'acquittant pas de leurs cotisations, ce qui témoigne de la difficulté d'appliquer des mesures répressives en phase de démarrage d'une activité de mutuelle de santé.

### - *La distinction entre les deux produits*

La compréhension même du produit proposé aux femmes n'est pas totalement acquise ; ainsi, selon l'opérateur, la distinction entre le remboursement du crédit et le paiement des cotisations n'est pas claire pour toutes. La question de la confusion entre les mécanismes de crédit et d'assurance mérite ainsi d'être posée. En même temps, le paiement fractionné pour les femmes est parfois compris comme une facilité de paiement alors qu'il correspond plutôt à un crédit à taux zéro.

- *L'intégration de la cotisation à l'octroi du crédit*

Une idée émise par l'assistante technique du CIDR était d'intégrer le paiement de la cotisation à la mutuelle à l'octroi du crédit pour limiter la sous-cotisation des femmes. En effet, la mutuelle doit faire face au retard de certaines femmes dans le paiement des cotisations. Le taux de retard des cotisations était ainsi de 6,5 % au 12 avril 2003. En permettant un paiement au comptant des cotisations *via* le crédit, le financement de la mutuelle serait ainsi assuré. Néanmoins, cette idée n'a pas été retenue afin de ne pas fragiliser l'activité de l'IMF, ni celle de la micro-assurance.

Dans le cas d'une intégration de la cotisation au crédit, l'articulation entre mutuelle et microcrédit serait plus grande et la viabilité de l'assurance mieux garantie. Néanmoins, ce mécanisme serait un avantage supplémentaire au profit de la mutuelle qui pourrait fragiliser la gestion de la microfinance.

2.1.2.9. Les perspectives

Diverses évolutions risquent de modifier la situation de *Kènèya So*. L'ouverture d'un centre de santé mutualiste a été décidée pour pallier la mauvaise qualité des soins. Seul le centre de santé de Sévaré donne satisfaction, mais il est excentré. Ce futur centre a des chances d'apporter des ressources à la mutuelle, mais il pose diverses questions.

La première est celle de sa gestion, qui ne pourra pas être effectuée par l'équipe de *Nyeta Musow* et fera entrer des professionnels de santé dans le dispositif. En même temps, l'attractivité du centre va obliger *Kènèya So* à prêter attention à un environnement plus large que celui de *Nyeta Musow*. Les relations avec l'UTM sont plutôt mauvaises pour l'instant, mais l'UTM est censée développer son activité sur Mopti. Elle devrait être intéressée par le centre. On peut alors imaginer que *Kènèya So* entre dans le mouvement animé par l'UTM. On notera toutefois que la cotisation d'adhésion à l'UTM représente 240 FCFA par bénéficiaire, ce qui entraînerait une augmentation de 15 % de la contribution des femmes.

Le centre ouvrira aussi la possibilité d'un élargissement de la couverture au petit risque, ce qui devrait faire augmenter la consommation et rendre l'équilibre de la mutuelle plus difficile à réaliser. Cela reposera la question de l'augmentation des effectifs, mais la base potentielle de la mutuelle est assez limitée.

Dans le cadre de l'élargissement de la couverture à d'autres individus que les membres de *Nyeta Musow*, l'extension aux conjoints est un axe de réflexion pour *Kènèya So*. En incluant l'ensemble des ménages, le potentiel d'adhérents passerait ainsi à 30 000 bénéficiaires. Traditionnellement, c'est le mari qui est financièrement responsable du coût du gros risque au sein de la famille. La responsabilité financière de la femme se concentre sur le quotidien et donc sur le petit risque du point de vue de la santé et de la maladie. Impliquer les maris dans le paiement des cotisations concernant le gros risque pourrait également permettre d'utiliser la participation financière des femmes pour étendre la couverture au petit risque. En même temps, les femmes sont assez réticentes à une telle implication de leurs maris dans leur association. L'indépendance et l'autonomie acquises par les femmes par le biais de *Nyeta Musow* pourraient être menacées par une plus grande implication des maris au sein de *Kènèya So* et la vocation sociale de l'association détournée.

Cette expérience montre donc qu'il n'y a pas que des avantages à une articulation simple de la micro-assurance avec la microfinance. Certes, les effectifs croissent plus vite au départ, mais on ne fait pas forcément le plein si l'adhésion reste volontaire. L'organisation initiale de la gestion est simplifiée. En revanche, la mutuelle est vite confrontée à des problèmes spécifiques : la qualité des soins, la croissance des effectifs et, sur cette question, la microfinance n'apporte aucune réponse. Dans le cas de petites structures comme celles de *Nyeta Musow* et *Kènèya So*, la séparation est peut-être difficile à éviter. La microfinance fournit une bonne dynamique au départ, mais il n'est pas évident qu'elle suffise à accompagner le processus de développement de la mutuelle.

### 2.1.3. Mutuelles, pauvreté et protection sociale

L'étude de la situation malienne aboutit à un constat mitigé. D'une part, le mouvement mutualiste est dynamique, reconnu, mais les effectifs qu'il a rassemblés restent modestes, notamment à cause des relations qu'il entretient avec l'offre publique de soins.

D'autre part, plusieurs expériences, dont *Kènèya So*, sont prometteuses, mais doivent être généralisées. On sait que les caisses de solidarité fonctionnent bien en raison de l'engagement des médecins-chefs de district. La généralisation se heurtera forcément à l'absence de motivation des responsables des cercles qu'il s'agirait alors de toucher. On a vu aussi que *Kènèya So* devait créer sa propre structure de soins, pour pallier les difficultés rencontrées avec les formations publiques. En conclusion, **l'offre de soins mérite dans ce pays une attention supplémentaire, si l'on veut vraiment stimuler le développement des mutuelles ou d'autres formes de micro-assurance de santé.**

Les effectifs d'assurés indiquent que l'impact du mouvement en termes de contribution à la protection sociale est très modeste. En revanche, il faut reconnaître que certains groupes engagés dans la mutualité ou la micro-assurance sont constitués de personnes à faibles ressources et que la couverture qu'ils ont obtenue n'est pas négligeable. La mutuelle de *Kènèya So* est un exemple de micro-assurance ciblant des femmes du secteur informel et peu favorisées. L'action des caisses de solidarité est également très positive pour des populations très modestes. Au sein des mutuelles adhérentes à l'UTM, la mutuelle *Jigyga* de Koulikoro constitue un exemple intéressant. Elle rassemble un groupe de 100 femmes engagées dans un processus de création de micro-entreprises et ayant organisé une formule très modeste de microcrédit (encadré 9).

### Encadré 9. **La mutuelle *Jigya* de Koulikoro**

Les femmes de Koulikoro n'ont pas choisi de créer une mutuelle de santé en gérant elles-mêmes le risque. Elles ont au contraire voulu distribuer la garantie ambulatoire de l'AMV proposée par l'UTM. La cotisation correspondante est de 210 FCFA par personne et par mois et leur donne accès au centre de santé de Koulikoro, avec un co-paiement de 40 %. La mutuelle rassemble 355 bénéficiaires et est donc de taille très faible. Les femmes utilisent une partie de leur crédit pour payer leur cotisation chaque mois, mais elles remboursent très régulièrement et sont satisfaites du dispositif qui permet une permanence de leurs activités, car les soins sont accessibles en cas de maladie. Ce système doit évidemment évoluer vers une formule plus ambitieuse. Cela devrait être fait à travers le développement d'activités économiques plus rentables, directement associées au crédit et à la protection sociale, grâce à une aide extérieure et un appui technique de la Mutualité de la Côte d'Or. Mais, dès maintenant, on peut estimer que la contribution à la prévention du risque de pauvreté n'est pas négligeable pour ce petit groupe de femmes. En ce sens, la création des mutuelles participe déjà sur le terrain à la lutte contre la pauvreté, alors que ses effets en termes d'extension de la protection sociale sont difficiles à mesurer.

70

Les récentes évolutions de la politique sociale du gouvernement malien vont probablement modifier le contexte dans lequel les mutuelles et la micro-assurance de santé se développent. D'une part, il est décidé de mettre en place une assurance maladie obligatoire pour les employés du secteur de l'économie formelle et pour les fonctionnaires. D'autre part, il doit être créé un fonds d'assistance médicale pour subvenir aux besoins de soins des indigents. Ces décisions vont à l'évidence contribuer à une extension de la protection sociale et elles présentent des avantages indéniables. Toutefois, elles posent question au mouvement mutualiste. On a vu que l'UTM tirait parti de la faiblesse de la couverture des fonctionnaires et des employés du secteur formel et l'on peut dire que sa stratégie dépend largement de la mutualisation de ces groupes. Lorsqu'ils bénéficieront de la couverture obligatoire, l'adhésion à une mutuelle n'aura

plus le même intérêt et la couverture complémentaire représente un marché très étroit dans les pays en développement. Les mutuelles seraient alors cantonnées à la couverture du secteur informel, ce qui rendrait probablement leur progression encore plus difficile. De plus, la prise en charge des indigents ciblera une population pauvre, dont on a vu que certaines fractions étaient engagées dans l'adhésion volontaire à des mutuelles et à des formules de micro-assurance. De nombreuses personnes à faibles ressources pourraient alors chercher à bénéficier des prestations du fonds, plutôt que de payer une modeste cotisation, qui ne leur donnerait pas beaucoup plus d'avantages.

Le Mali représente donc une situation où l'extension de la protection sociale, décidée fort légitimement par l'État, modifie le positionnement des mutuelles et de la micro-assurance de santé, voire pourrait contrecarrer leur croissance. Certes, des compromis sont envisagés, par exemple la participation des mutuelles à la gestion de régimes obligatoires ou de dispositifs locaux d'assistance liés au fonds. Il reste que des tensions apparaissent, indépendamment des conditions techniques de l'activité d'assurance maladie, au niveau des objectifs à assigner aux mutuelles et à la micro-assurance de santé.

## **2.2. L'accès aux soins et l'assurance maladie en Afrique du Sud**

---

L'étude de la situation de l'Afrique du Sud, dans le cadre de ce travail sur la micro-assurance de santé, répond à des questions particulières. De fait, la micro-assurance de santé n'a pas donné lieu, à notre connaissance, à des expériences concrètes analysables<sup>9</sup>. Il faut revenir à certains des objectifs de la micro-assurance et à certaines

---

9. Dans le cadre du Fonds de solidarité prioritaire du Ministère des Affaires étrangères portant sur l'appui au financement du secteur de la santé dans les pays de la Zone de solidarité prioritaire, une étude de faisabilité relative au montage d'une mutuelle autour d'un dispensaire public du township d'Alexandra, dans la banlieue de Johannesburg a été programmée.



modalités d'organisation de l'assurance maladie pour trouver une justification à cette investigation particulière.

La micro-assurance est censée s'adresser à des catégories exclues de la protection sociale, elle participe à l'extension de l'assurance maladie et fait partie du secteur privé. S'il est généralement admis qu'elle doit relever d'une logique non commerciale, il n'y a pour autant aucune raison d'interdire *a priori* à des acteurs privés exerçant une activité marchande de participer à son développement. On sait par exemple que les banques traditionnelles ont commencé à diffuser des produits de type microfinance en direction de catégories peu favorisées. Il n'est pas impossible que des compagnies d'assurance aient la même stratégie, dès lors que celle-ci est rentable pour elles, et mettent à disposition d'une certaine clientèle des services abordables pour les populations visées. L'idée selon laquelle la micro-assurance de santé doit contribuer à l'extension du marché des produits d'assurance amène précisément à s'interroger **sur la place que les entreprises à but lucratif pourraient jouer dans ce processus.**

72

L'Afrique du Sud se prête à cette interrogation, parce que le secteur de la santé donne une place importante aux acteurs privés et qu'il y existe des catégories de population sans couverture maladie, mais disposant de plus de ressources que la population classée comme pauvre en Afrique subsaharienne. Les questions sont donc : comment une offre privée d'assurance maladie peut-elle rencontrer cette demande potentielle ? Et, secondairement, quels prestataires de soins, privés ou publics, seraient à même de soigner les assurés dans le cadre des garanties souscrites ?

Du point de vue du groupe AFD, ces questions sont d'autant plus intéressantes que PROPARCO a investi dans des fonds d'investissement montés par la société *Praxis*, qui visent à donner à des entreprises privées les moyens de participer au développement social en Afrique du Sud. *Praxis Capital* est une société de gestion spécialisée dans l'investissement de fonds propres et de quasi-fonds propres dans le domaine de la

santé. *Praxis* mène plusieurs types d'activités structurées autour de la recherche d'opportunités, du suivi des investissements et de la préparation des sorties. Depuis 1997, *Praxis Capital* a lancé deux fonds d'investissement de droit sud-africain, le PAEF I (*Praxis Active Equity Fund I*) en 1997 d'une durée de 10 ans et le PAEF II (*Praxis Active Equity Fund II*) en 2000 pour lequel PROPARCO a été sollicité pour une participation d'un montant de 25 millions ZAR<sup>10</sup>. Au titre de ces investissements, deux compagnies retiendront ici notre attention – *Medscheme*, qui est spécialisée dans la gestion de l'assurance maladie, et *Primecure*, qui est un réseau intégré de soins primaires – en raison des orientations particulières qu'elles représentent par rapport à la problématique générale des formes alternatives de financement de la santé pour les populations à faible revenu.

L'idée n'est évidemment pas ici d'évaluer la rentabilité des investissements de *Praxis* – ce qui serait d'ailleurs impossible compte tenu de la faiblesse des données qu'il a été possible de collecter sur place – mais d'apprécier plutôt la pertinence de l'activité de *Medscheme* et de *Primecure* dans une double perspective. D'une part, à la lumière du contexte général du financement de la santé en Afrique du Sud ; d'autre part, en fonction des objectifs de cette étude sur la lutte contre la pauvreté, sachant par exemple que le réseau de soins *Primecure* a acquis une grande réputation d'efficacité dans la production des soins et d'équité, eu égard aux conditions financières d'accès qu'il propose.

### **2.2.1. Le système de soins et les dispositifs d'assurance maladie**

Le dualisme des systèmes de soins et de financement des soins caractérise le secteur de la santé sud-africain. Cette situation de coexistence d'un dispositif privé à but lucratif et d'un dispositif public n'est d'ailleurs pas propre au secteur de la santé et elle découle de l'organisation administrative de l'apartheid, que l'*African National*

10. 1 euro = 10 ZAR.

Congress (ANC) n'a pas souhaité modifier en arrivant au pouvoir à partir de 1990 (Lodge, 2002). Une des conséquences de ce dualisme est que le niveau des dépenses de santé du pays est comparable à celui des pays du Nord, à cause de l'activité et des coûts privés. Ainsi, l'Afrique du Sud consacre environ 8 % de son PIB à ses dépenses de santé. Mais, en même temps, la population noire comprend une majorité de pauvres et de personnes modestes, qui n'ont accès qu'au secteur public et qui sont véritablement défavorisés sur le plan de la réponse au risque de maladie.

### 2.2.1.1. Un système dual de soins

Du point de vue de l'offre de soins, deux systèmes parallèles coexistent, l'un privé à but lucratif, l'autre public. Le dispositif privé de soins est composé de médecins de ville, généralistes (*general practitioners-GP*) et spécialistes, d'un réseau de cliniques privées dispensant des soins de niveau technologique élevé et d'une industrie pharmaceutique assurant la distribution des médicaments à travers un réseau privé d'officines. Ce dispositif privé de soins est implanté exclusivement dans les zones urbaines et il pratique des tarifs élevés. Il est réservé de fait aux catégories aisées de la population (blancs et noirs fortunés).

74

Le système public de soins est constitué de structures variées, couvrant l'ensemble de la gamme des services médicaux (dispensaires, centres de santé, hôpitaux locaux et régionaux, hôpitaux nationaux), hiérarchisées et sans autonomie de gestion. L'état de ces structures est très inégal. En général, elles dispensent des soins plutôt de mauvaise qualité. Du fait de leur implantation, à proximité des anciens *townships*, ces structures de soins sont principalement utilisées par les catégories les moins favorisées de la population noire.

### 2.2.1.2. Un système dual de financement de la santé

A ce système dual de soins correspond un système de financement également dual. Le financement du secteur privé de soins est fondé sur un système privé classique de

plans d'assurance, appelés les *Medical Schemes*. Les *Medical Schemes* sont parfois assimilés à des mutuelles, parce que leur activité est à but non lucratif et qu'ils sont censés être gouvernés par des représentants élus par les adhérents. Mais cette assimilation est contestable, dans la mesure où l'organisation pratique de la gestion, sous-traitée à des entreprises privées commerciales, a réduit à peu de choses le pouvoir de décision des administrateurs. En d'autres termes, les *Medical Schemes* apparaissent comme des guichets d'enregistrement des adhésions, plutôt que comme des mutuelles classiques.

Les plans d'assurance sud-africains appartiennent à deux catégories :

- les plans d'assurance souscrits individuellement, majoritairement par des salariés avec une participation variable des employeurs à la cotisation ; ce sont les *Open Medical Schemes* ;
- les plans d'assurance souscrits par des groupes professionnels ou des entreprises pour leurs salariés ; ce sont les *Closed* ou *Restricted Medical Schemes* .

Les régimes privés d'assurance passent des contrats avec des structures de soins privées ou publiques, dans lesquelles les assurés sont soignés. Ce mode de financement ne concerne que 20 % de la population.

Le financement du système public de soins est en théorie issu du budget général de l'État. La République d'Afrique du Sud étant un État fédéral, le ministère fédéral de la santé alloue un budget à chaque ministère provincial de la santé, qui le répartit entre les différentes structures de soins hospitalières. Ainsi, seuls les soins de niveau trois sont-ils réellement financés par l'État. Jusqu'en 1994, l'accès aux soins était libre et gratuit pour tous. A partir de 1994, dans le cadre de la politique de recouvrement des coûts, l'accès gratuit a été limité à cinq catégories de personnes : les femmes enceintes, les personnes âgées, les enfants, les personnes handicapées et toutes les personnes non assujetties à l'impôt sur le

revenu. Mais les établissements ne sont pas en mesure d'apprécier correctement les revenus des patients se présentant dans une structure publique de soins, si bien que peu de malades paient leurs soins, même s'ils souscrivent à un *Medical Scheme*. Au total, personne ne paie réellement pour les soins dispensés dans les structures publiques de soins .

### 2.2.2. Les problèmes de financement de la santé

Le problème majeur de ce financement dual de la santé réside dans son caractère inégalitaire : 80 % de la population consomment 40 % de la dépense, tandis que les 20 % qui peuvent accéder à une garantie santé privée en consomment 60 %.

Au-delà du caractère inégalitaire du financement et de l'accès aux soins, chacun des deux systèmes fait face à des difficultés spécifiques et structurelles. Les problèmes rencontrés par le système public de santé sont comparables à ceux des autres pays d'Afrique : financement insuffisant, mécanisme de financement inadéquat, qualité des soins douteuse, corruption, difficulté à motiver les personnels de santé et à retenir les médecins au sein du secteur public et pression de l'offre sur la demande puisque 80 % de la population a recours à ce type de soins.

Le système privé de financement est, quant à lui, confronté à d'importantes difficultés depuis la fin des années 1990. En premier lieu, le marché des assurances privées est saturé. Entre 1996 et 2000, le nombre total de bénéficiaires des *Medical Schemes* était en stagnation. Ensuite, le secteur est confronté à une escalade des coûts apparemment incontrôlée. En 2001, la prime moyenne payée par un assuré à un *Medical Scheme* est trois fois plus élevée que 25 ans auparavant. Le prix des cotisations croît à un rythme plus rapide que celui de l'inflation et le différentiel entre le coût de la prime et les dépenses réelles d'une garantie santé est en forte augmentation.

Cela incite les assurés à choisir des garanties moins chères, à préférer des options moins coûteuses, voire à ne pas renouveler leur assurance de santé. Simultanément, les employeurs cherchent à se désengager du financement de la protection maladie de leurs employés. Une des grandes tendances observées depuis 1996 est la diminution très forte du nombre de contrats de groupes et, corrélativement, l'augmentation des *Open Schemes* (70 % des bénéficiaires en 2001 contre 50 % en 1990).

Pour les administrateurs et les gestionnaires de *Medical Schemes*, l'augmentation des coûts est liée à plusieurs facteurs structurels : le coût supplémentaire des nouvelles technologies médicales, le vieillissement de la population, l'apparition de nouvelles pathologies comme le VIH/SIDA et, plus récemment, la dévaluation du rand. Si ces éléments entrent effectivement en jeu, d'autres facteurs explicatifs sont aussi significatifs. Ce sont la persistance du paiement à l'acte, la recomposition des capitaux des *Medical Schemes*, liée à l'augmentation des contrats de réassurance, l'escalade des coûts d'administration, consécutive à l'introduction du *managed care* et la multiplication des intermédiaires dans le marché de l'assurance.

L'ensemble de ces coûts supplémentaires se répercute sur le coût des primes et l'on note qu'ils sont une conséquence de l'organisation du partage des risques, du fonctionnement des régimes et du contrôle du marché, indépendamment de l'évolution du coût direct du risque que les assureurs n'arrivent pas non plus à maîtriser.

### **2.2.3. La régulation des Medical Schemes et l'émergence d'un marché pour les personnes modestes**

Le dualisme du système, son caractère inégalitaire et les contraintes auxquelles sont soumis les deux secteurs de la santé, public et privé, nécessitent un changement. Le gouvernement sud-africain a entrepris depuis 1994, non sans rencontrer de nombreuses

difficultés, une réforme de grande ampleur. Cette réforme comprend deux orientations principales : d'une part, il s'agit de réguler le mode de financement privé (c'est-à-dire les *Medical Schemes*) de manière à faciliter l'accès à l'assurance privée et à rendre cette activité plus équitable ; d'autre part, il faut poser les bases d'un système national d'assurance maladie en partenariat avec les secteurs privés, afin de garantir à tous l'accès aux soins de santé.

### 2.2.3.1. La régulation des Medical Schemes

La régulation des *Medical Schemes* consiste principalement à lutter contre l'escalade incontrôlée des coûts au sein de ce secteur, qui est une forte contrainte pour les ménages, dont beaucoup renoncent à se prémunir contre le risque maladie. Cette réforme a été lancée à la fin des années 1990. Mais, compte tenu des pressions fortes rencontrées notamment de la part des administrateurs de *Medical Schemes*, sa mise en application s'est étalée sur une décennie. Ainsi le *Medical Scheme Act* de 1998 est-il entré en vigueur à partir de 1999, les premiers décrets d'application étant passés en janvier 2000 et novembre 2002. Les principales mesures du *Medical Scheme Act* consistent à définir un paquet minimum de prestations, obligatoire pour tous les *Medical Schemes* (*Prescribed Minimum Benefits*, PMBs), et à leur imposer des règles de fonctionnement visant à garantir à tous l'accès à un plan d'assurance : pas de sélection des risques, pas de plafond de remboursement, une prime proportionnelle à la taille de la famille, pas de forfait ni de co-paiement.

78

### 2.2.3.2. L'enjeu du low income market : le système national d'assurance maladie

Ces nouvelles mesures ont globalement été très mal accueillies par les gestionnaires et administrateurs de *Medical Schemes*, notamment celles qui concernent la taille et le coût du paquet minimum de prestations. Mais pour les responsables du *Medical Scheme Act*, c'est-à-dire le *Council for Medical Schemes*, cette réforme est absolument nécessaire à la réorganisation du financement du secteur de la santé.

En effet, la régulation des *Medical Schemes* est étroitement liée au projet de système national d'assurance maladie, pour lequel une stratégie de partenariat entre le secteur privé et le secteur public est envisagée. L'objectif principal est d'augmenter le nombre de bénéficiaires de *Medical Schemes*, pour passer de 7 millions de personnes actuellement couvertes à 14 millions de bénéficiaires. Les 7 millions de personnes supplémentaires appartiennent à ce que l'on appelle le marché des personnes à faible revenu (*low income market*). Cet ensemble regroupe deux types de populations : d'une part, les individus qui actuellement ne sont pas couverts par un *Medical Scheme* mais qui peuvent éventuellement accéder à une garantie à faible coût (*low-cost option*) et, d'autre part, les personnes jusqu'ici couvertes par un *Medical Scheme* mais qui y renoncent compte tenu de la forte croissance des primes. Parmi ces catégories de population, la majorité appartient au secteur formel de l'économie et est salariée de la fonction publique. L'idée des pouvoirs publics est donc d'amener les fonctionnaires à s'assurer contre le risque maladie et de faire gérer les garanties par le secteur privé de l'assurance. La mise en place d'un partenariat entre le secteur privé et le secteur public constituerait la base de développement d'un système national d'assurance maladie à étendre ensuite à d'autres catégories. Le *low income market* peut donc *a priori* être le point de rencontre entre l'ambition publique et la recherche de croissance du secteur privé, à condition néanmoins de s'entendre sur la définition d'une garantie à faible coût.

Dans les années 1990, la plupart des *Medical Schemes* proposaient des garanties ne couvrant que certains soins hospitaliers, garanties en principe accessibles pour les personnes à faible revenu qui ne pouvaient obtenir une garantie complète. Petit à petit, les *Medical Schemes* se sont concentrés sur ces *low-cost options*, certaines couvrant les soins hospitaliers, d'autres prenant en charge les soins de santé primaires selon le principe du remboursement à l'acte. Avec la régulation des *Medical Schemes* depuis 1998, les pouvoirs publics ont imposé une nouvelle définition de ces *low-cost options* :



- les garanties à faible coût doivent proposer l'ensemble des garanties définies par le PMBs ;
- le coût de ces garanties ne doit pas excéder 1 000 ZAR par mois pour une famille de quatre personnes.

Les *Medical Schemes* proposent effectivement des garanties à faible coût, bien que la majorité de celles-ci n'entrent pas dans la définition officielle des *low-cost options*. Sur 166 garanties proposant, *a priori*, des garanties à faible coût (entre 250 et 3 800 ZAR par mois), seules 41 garanties coûtent 1 000 ZAR ou moins. Or, sur ces 41 garanties, seules 25 % répondent aux critères du PMBs<sup>11</sup>.

### 2.2.4. La stratégie et les activités de Medscheme<sup>12</sup>

Cette étude a porté une attention spéciale à l'entreprise *Medscheme*. Celle-ci n'est pas une compagnie d'assurance délivrant des plans d'assurance à des individus ou groupes d'individus, mais un administrateur privé et indépendant de plans d'assurances (*Medical Schemes*). Créé en 1971 par Keith Hollis, son *Executive Chairman*, *Medscheme* est à l'heure actuelle le premier administrateur de *Medical Schemes* en Afrique du Sud, représentant environ 33 % du marché.

80

#### 2.2.4.1. Les activités et les résultats de Medscheme

*Medscheme* mène actuellement trois types d'activités liées à l'assurance de santé :

- la gestion des primes et garanties pour le compte de ses 41 clients, tous des *Medical Schemes* sud-africains. A ce titre, *Medscheme* prend en charge

11. On se reportera sur ce point au tableau fourni en annexe 4, qui décrit une quarantaine de plans offrant une option « low cost ».

12. Les données présentées ici sont issues de plusieurs sources d'informations, d'une part des rapports d'activités 2001 et 2002 de la compagnie, d'autre part des entretiens conduits sur place avec le responsable de *Medscheme*, Keith Hollis, et Gary Taylor, directeur chargé des relations publiques.

l'ensemble du processus de gestion des plans d'assurance, de la collecte des primes au paiement des factures aux prestataires de soins, en passant par la gestion des demandes de remboursement des clients des *Medical Schemes*. Pour mener à bien cette mission, *Medscheme* a mis en place plusieurs bases de données de grande taille : une base de données sur les patients (*Beneficiary database*) et une base de données sur les prestataires de soins (*Health care providers database*) ;

- La gestion du risque : depuis 1992, *Medscheme* a mis en place un système de *managed care* et différents produits de gestion du risque. Le *managed care* est basé sur l'évaluation des risques de santé présentés par l'ensemble des clients des *Medical Schemes*, eux-mêmes clients de *Medscheme*. Dans cette optique, *Medscheme* propose des standards cliniques de prise en charge des patients à l'ensemble des prestataires de soins médicaux et paramédicaux ;
- La communication avec les *Medical Schemes* et avec les prestataires de soins de santé. A ce titre, *Medscheme* propose aux *Medical Schemes* des stratégies de définition de plans d'assurance.

#### Encadré 10.

#### **Les produits de gestion du risque de *Medscheme***

- Les produits de promotion de la santé (*Health promotion*) : *Medbenefit* ;
- les produits de prévention des maladies (*Disease prevention*) : *Family Care* ;
- les produits découlant du recensement et de l'analyse critique des procédures de soins médicaux, dentaires et optiques (*Utilization review*) : *Medi-Serve*, *Denti-Serve*, *Opti-Serve* ;
- les produits destinés à la gestion efficace de certaines pathologies (*Disease management*) : *Aid for Aids*, *AsthmaCare*, *DiabeticCare*, *CardioCare* ;
- les produits destinés à la gestion des hospitalisations (*Hospitalization*) : *HospiServe*.

*Medscheme* gère les plans d'assurance de 41 clients en Afrique du Sud<sup>13</sup>, proposant neuf *open schemes* et 21 *closed* ou *restricted schemes*. Chaque *Medical Scheme* offrant différents plans d'assurance, *Medscheme* gère 180 garanties différentes, pour un ensemble de 1 038 899 plans d'assurance en 2002<sup>14</sup>, correspondant à deux millions de bénéficiaires. Au total, 7 millions de demande de prise en charge sont traitées en moyenne par mois par les équipes de *Medscheme*.

En dehors de ses activités de services, *Medscheme* mène une série d'activités financières<sup>15</sup> correspondant à des prises de participation dans des *Medical Schemes* et des administrateurs de *Medical Schemes*, ainsi qu'à des créations de filiales à 100 %.

### 2.2.4.2. Les défis à relever et la stratégie choisie

Le contexte dans lequel évolue *Medscheme* est marqué par trois contraintes majeures, qui sont communes à l'ensemble des opérateurs ;

- la concurrence : *Medscheme* doit faire face à une concurrence importante de la part de trois groupes (*Old Mutual*, *Discovery Group* et *Metropolitan Health*). A eux quatre, ces gestionnaires d'assurance représentent les trois quarts du marché de l'assurance ;
- des relations difficiles avec l'offre de privée soins : si *Medscheme* n'est que gestionnaire d'assurance, le nombre de garanties gérées implique des relations nombreuses avec l'offre de soins. *Medscheme* travaille avec l'offre privée de soins . Les tarifs élevés pratiqués par ces derniers contraignent fortement les assureurs et les gestionnaires d'assurance au niveau des garanties proposées aux clients.

---

13. Voir en annexe 4 la liste des clients de *Medscheme*.

14. *Medscheme*, *Annual Report 2002*, p. 30.

15. Voir annexe 4.

En effet, le marché privé des soins sud-africain présente toutes les caractéristiques d'un marché oligopolistique. Trois groupes de soins représentent 80 % des soins privés (*Mediclinics*, *Netcare* et *Afrox*). Dans ces conditions, les assureurs ont de grandes difficultés à négocier des tarifs abordables pour leurs clients ;

- la saturation du marché : sur la tranche de marché où s'inscrivent les activités de services de *Medscheme*, les perspectives de croissance sont très faibles.

Face à ces contraintes, *Medscheme* a une stratégie en trois volets principaux :

a) Réduire les dépenses de soins couvertes

*Medscheme* développe un programme de lutte systématique contre la fraude, qui est, selon les responsables, très importante à tous les niveaux du système de soins. Mais c'est la généralisation du *managed care* qui est le fer de lance de ce volet stratégique. *Medscheme* axe le plus gros de ses efforts en la matière sur les soins de santé primaires. Les *GP* sont ainsi placés au cœur du système d'assurance. Les *GP* conventionnés jouent traditionnellement un rôle de *gardiens* pour l'accès aux soins de niveau secondaire et tertiaire. Toutefois, le ciblage de ce niveau de soins correspond aussi à une espérance de réduction des coûts induits par le premier recours. *Medscheme* s'appuie à cet effet sur des structures de soins primaires organisées en fonction d'un objectif d'efficience, comme *Primecure*.

b) Tirer le meilleur parti possible de la demande

Face à une demande peu dynamique en produits d'assurance, *Medscheme* propose à ses clients d'ouvrir des *saving accounts* (sorte de compte épargne santé) pour la couverture de certains soins, notamment les soins secondaires et tertiaires. D'une certaine façon, le développement des *saving accounts* renforce le métier de gestion financière et désengage partiellement de la gestion du risque, puisque l'épargne personnelle des assurés remplace la garantie de l'assurance.

Mais l'entreprise cherche aussi à se positionner sur le *low-income market*. Elle le fait directement avec les *Medical Schemes* qu'elle gère ou indirectement avec les participations qu'elle a prises dans des *Medical Schemes* qui abordent ce marché.

c) Maintenir, voire augmenter les recettes financières

*Medscheme* poursuit une démarche d'achat et de prise de participation dans des *Medical Schemes* et des entreprises gestionnaires de *Medical Schemes*. Parallèlement, elle cherche à contrôler l'activité de recomposition permanente des brokers (courtiers d'assurance) entre *open* et *closed Medical Schemes*.

### 2.2.5. Les résultats obtenus

#### 2.2.5.1. La réduction des coûts grâce à l'application du managed care : l'apport de Primecure

Introduire de la rationalité dans les prises en charge des assurés par les prestataires conventionnés suppose, de la part d'un assureur, la mise en place d'un dispositif d'information et de contrôle assez coûteux. Si *Medscheme* s'est engagé dans cette voie, il a aussi vu l'intérêt de partager le risque avec les prestataires et de déléguer la responsabilité de la gestion rationnelle au niveau de l'offre. Encore faut-il qu'il existe des prestataires qui aient le même souci de rationalité et qui soient eux-mêmes prêts à s'engager dans la démarche de *managed care*. Tel est le cas de *Primecure*, auquel cette étude s'est intéressée compte tenu de l'engagement de PROPARCO<sup>16</sup>.

*Primecure* est un réseau privé de soins de santé, créé en 1996 et aujourd'hui implanté dans toutes les zones urbaines d'Afrique du Sud. Ce réseau appartient à un nouveau type de structures de soins développées en Afrique du Sud qui cherche à se

16. On trouvera en annexe une discussion plus complète de *Primecure*.

placer entre les structures publiques de soins de santé primaires et la médecine générale privée de ville. Les premières sont gratuites, mais sont jugées de mauvaise qualité et désertées par les patients à faible revenu. La médecine générale de ville (médecins de famille) est de bonne qualité, mais est assez onéreuse et ne permet pas d'accès immédiat à l'ensemble de soins de santé primaires, ni aux examens qui peuvent être faits en ambulatoire. Un réseau tel que *Primecure* est considéré comme intégré, car il propose au même endroit tous les services relevant des soins ambulatoires. Ce faisant, il va au-delà de la conception traditionnelle des soins primaires. L'accent mis sur la production au coût minimum le rend attractif pour les catégories défavorisées.

*Primecure* propose deux types d'accès aux soins à travers son réseau :

- un accès aux *Medicentres Primecure*, petites cliniques de soins de santé primaires au nombre de 50, toutes construites sur le même modèle ;
- un accès à un réseau de 700 généralistes, répartis sur tout le territoire, en l'absence d'un *Medicentre* dans la zone considérée, et orientant, si nécessaire, les patients vers le *Medicentre* le plus proche.

### Encadré 11.

#### **Les soins disponibles dans les centres de santé *Primecure***

- consultations,
- vente de médicaments génériques figurant sur une liste de médicaments essentiels,
- laboratoire d'analyses médicales,
- service de radiologie de base,
- service d'optique,
- soins dentaires,
- observations médicales (24 à 48 heures),
- soins de santé de la mère et de l'enfant, dont soins prénataux,
- service de planification familiale,
- service de vaccination.

La particularité des soins délivrés dans les centres de santé *Primecure* réside dans la forte hiérarchisation de l'organisation des tâches, qui définit de façon rationnelle le champ de décision des différents personnels de santé. On est donc dans une logique de *managed care*, selon laquelle la qualification des professionnels doit être adaptée à la nature des cas à traiter.

Chaque décision de santé est assistée pas à pas par un logiciel d'aide à la décision médicale, construit à partir de l'évaluation des pratiques et des protocoles, selon l'approche de la « *médecine fondée sur les preuves* » (*Evidence-based medicine*) diffusée par les *Cochrane Collaboration Reviews*<sup>17</sup>. Ce logiciel comprend plus de 2000 diagnostics de base et traitements thérapeutiques. Dans ces conditions, chaque patient consultant un *Medicentre* est pris en charge par un assistant de santé ou une infirmière. Les symptômes décrits par le patient sont entrés dans le logiciel, ce qui permet en quelques minutes au personnel soignant de proposer au patient un diagnostic et le traitement au meilleur rapport coût-efficacité (procédure d'ajustement du traitement au coût) ou de l'orienter vers un médecin diplômé, disponible au centre. Les décisions d'examen sont prises selon la même logique. Le logiciel fonctionnant en réseau permet au responsable du *Medicentre* de contrôler le coût des prescriptions et les dépenses du centre. Les *Medicentres* ont également noué quelques partenariats avec des structures de soins de niveau supérieur vers lesquelles sont référés les patients ne pouvant être traités au centre.

La tarification par capitation pratiquée par *Primecure* est *a priori* attractive pour un assureur et cela explique que le réseau ait bâti sa croissance sur les revenus de la capitation et les contrats avec les *Medical Schemes*. Son développement est même

17. La « collaboration Cochrane » est une institution scientifique, inspirée par les travaux et les idées du médecin de santé publique britannique Archibald Cochrane, qui a posé la question des bases scientifiques de la pratique clinique. Cette institution produit, pour tous les problèmes médicaux, une revue de la littérature et évalue les fondements scientifiques des divers protocoles ou des conduites qui ont donné lieu à une véritable évaluation.

directement lié à celui des *low-cost options*. Mais l'offre de services de *Primecure* est partielle et son intérêt, en tant qu'agent économique, est d'orienter vers le niveau supérieur les patients qui lui coûteraient trop cher en examens ou traitements. Ce type de réseau est performant pour traiter les épisodes courts, mais il a tendance à laisser aux niveaux supérieurs ou aux spécialistes de ville les personnes atteintes de pathologie chronique. Pour les assureurs, ils ne répondent donc que partiellement au souci de réduction des coûts qui, dans l'ensemble, va dépendre des tarifs pratiqués par les formations sanitaires de niveau supérieur qui font partie de la garantie offerte.

L'apport de structures comme *Primecure* va être limité en pratique par la capacité de régulation des niveaux supérieurs par l'assurance maladie. Sur ce point, *Medscheme* bute, comme d'autres, sur la structure oligopolistique du secteur. D'une part, les réseaux privés refusent de baisser leurs tarifs. D'autre part, les structures secondaires et tertiaires privées sont peu enclines à adopter les méthodes du *managed care* pour réduire le coût des soins.

#### 2.2.5.2. Medscheme et le développement des low-cost options

Pour *Medscheme*, le positionnement sur le marché des *low-cost options* se matérialise par la gestion de garanties de deux *Medical Schemes* s'adressant à des personnes à faible revenu : la garantie « Bon Cap » de *Bonitas* et le *Medical Scheme* Vulamed (qui travaillent aussi en partenariat avec *Primecure*). Parmi les participations financières de *Medscheme* à des *Medical Schemes*, deux s'adressent à des populations à faible revenu : *Sizwe Medical Fund* et *Ingwe*. Il est intéressant de noter à ce propos que *Sizwe Medical Fund*, créé en 1978 par des médecins noirs sud-africains, a pendant un temps été géré par *Medscheme*. Néanmoins, la gestion a été reprise par *Sizwe* lui-même. *Ingwe* de son côté n'a jamais été géré par *Medscheme*. Les frais de gestion facturés par *Medscheme* à ces *Medical Schemes* correspondent en moyenne à 200 rands par famille et par mois. Ces frais ne sont pas exorbitants, loin de là (entre 6 % et 19 % de la prime d'après Fourie, 2003). Néanmoins, le nombre d'intermédiaires



privés s'intercalant entre les patients et les plans d'assurance augmente d'autant les coûts de plans d'assurance pour les patients. Ce qui ne permet guère d'offrir des garanties à moins de 400 ZAR par famille et les résultats sont aujourd'hui jugés décevants par les responsables de *Medscheme*.

### 2.2.5.3. Les activités financières de Medscheme

Depuis l'année 2000, les résultats des activités de services de *Medscheme* ont fortement diminué. Néanmoins, les profits tirés de ses activités financières lui permettent de présenter un bilan équilibré. Les difficultés de *Medscheme* sont essentiellement liées à une croissance trop rapide et à un investissement en informatique très important, qui auraient pesé sur son résultat général. En effet, le système d'information n'étant pas adapté à la complexité du réseau de produits et de services proposés, *Medscheme* a entrepris, à partir de 2000, de très lourds investissements. Les marges financières réalisées doivent beaucoup aux résultats de par sa filiale *Sovereign Health* (détenue à 100 %), gestionnaire elle aussi de garanties d'assurances privées.

### **2.2.6. L'impact social de Medscheme**

88

Le succès différentiel des trois volets de la stratégie de *Medscheme* suggère qu'il n'a qu'un intérêt limité à investir sur le marché des populations à faible revenu. En restant sur le marché traditionnel des *Medical Schemes* où il est compétitif, son offre s'inscrit dans des échelles de primes qui ne sont accessibles qu'à une population réduite, mais il ne descend pas en dessous d'une certaine rentabilité. De plus, ses activités financières lui assurent des résultats corrects. La priorité stratégique de *Medscheme* n'est pas aujourd'hui d'augmenter le nombre de membres bénéficiaires et s'il investit effectivement dans des *low-income*, il suit prudemment une tendance générale chez les principaux gestionnaires de *Medical Schemes*. Réciproquement, les ménages à faible revenu ne sont pas incités à faire l'effort de payer une prime de *low-cost option* parmi celles que propose *Medscheme*, dès lors que le bénéfice principal qu'ils en tirent se situe

exclusivement au niveau du recours aux soins primaires. Il ne faut pas oublier que personne ou presque ne paie les soins dans le secteur public et qu'un ménage peut s'abonner individuellement à un réseau intégré de type *Primecure*. A l'heure actuelle, l'impact social de *Medscheme* est donc faible, car l'offre d'assurance est encore inadaptée et la demande assez peu dynamique.

La diffusion des systèmes de *managed care* est intéressante et contribue à la nécessaire réduction des dépenses couvertes au niveau primaire, même si elle peut être discutée du point de vue du supplément de qualité des services offerts aux patients. Elle ne suffit évidemment pas à faire baisser les primes, vu le coût des systèmes d'information et le niveau des tarifs pratiqués par les structures privées de soins aux autres niveaux. Pour l'instant, *Medscheme* n'est pas intéressé à travailler sans condition avec un autre type d'offre de soins que l'offre privée, c'est-à-dire les structures publiques de soins. Celles-ci sont jugées de très mauvaise qualité par ses responsables. Néanmoins, le montage de partenariats avec certaines de ces structures est une orientation qui pourrait se révéler payante à terme. En tout cas, c'est une des voies d'augmentation de l'impact social des administrateurs de régimes privés d'assurance maladie.

### **2.2.7. L'apport du secteur privé à la lutte contre la pauvreté**

89

L'observation de *Medscheme* et de *Primecure* ne modifie pas radicalement l'appréciation émise par la plupart des experts sur le rôle du secteur privé commercial dans la lutte contre la pauvreté. On peut s'accorder sur l'efficacité de la production des services d'assurance maladie et des services de soins par ces acteurs. L'existence de réseaux comme *Primecure* est intéressante, même s'ils ne couvrent qu'une faible proportion de la population ciblée, car ils peuvent servir de référence pour d'autres formations sanitaires, publiques ou privées sans but lucratif. Mais il reste à démontrer que des opérateurs privés à but lucratif peuvent être efficaces et accessibles pour des catégories peu favorisées.

Ainsi, l'augmentation des coûts des primes due à des facteurs qui ne découlent pas de l'évolution du risque est dommageable pour la mise sur le marché des *low-cost options*. Les frais entraînés par la prospection, la recomposition du secteur et l'information correspondent à la rémunération de nombreux intermédiaires privés (courtiers et sociétés de services notamment) et empêchent que la prime la moins chère descende en dessous de 400 rands, soit plus de 10 % du revenu moyen des ménages qu'il s'agit de faire accéder à l'assurance maladie. Ceux-ci renoncent d'autant plus que l'accès gratuit aux services publics de soins, certes de qualité médiocre, leur fournit une planche de salut en cas de maladie. Sur 7 millions de personnes qu'il s'agirait de faire adhérer, 1 à 2 millions seulement peuvent se payer les primes les moins chères. Ces primes ne donnent d'ailleurs pas accès à des garanties complètement satisfaisantes. Au-delà du premier niveau, où des réseaux comme *Primecure* représentent l'excellence, les *low-cost options* ne peuvent faire accéder qu'à des structures publiques.

On note aussi que les *Medical Schemes* ou leurs administrateurs ne cherchent pas à peser sur les tarifs des formations privées de second et troisième niveau, ni sur la qualité des services publics. Tant que le système privé restera inabordable en cas d'hospitalisation pour la population visée de 7 millions d'habitants et que le secteur public ne fournira pas d'alternative crédible en termes de qualité, l'assurance maladie restera soumise aux règles du marché et même les *Medical Schemes* dotés des meilleures intentions en direction des moins favorisés n'auront aucune raison de prendre des risques qui leur coûteraient probablement très cher.

La situation de l'Afrique du Sud inspire évidemment une préconisation de partenariat public/privé et d'intervention de l'État comme régulateur des marchés des soins et de l'assurance. D'une certaine manière, la réforme des *Medical Schemes* correspond à cette orientation. L'obligation d'assurance pourrait aussi simplifier la résolution de certains problèmes, probablement à condition qu'un rééquilibrage de la qualité entre

hôpitaux publics et privés soit impulsé. Le gouvernement envisage sérieusement de rendre l'assurance obligatoire pour toute la fonction publique, sans créer de caisse spécifique, mais en laissant la gestion aux *Medical Schemes* et le libre choix de l'organisme gestionnaire aux assujettis. Les observations faites font penser que le succès de ce projet dépend de la capacité de régulation de l'offre privée et/ou publique que les acteurs privés ne semblent pas aujourd'hui en mesure d'exercer.

S'il est bien illusoire de laisser au seul secteur privé lucratif le soin de développer isolément (c'est-à-dire sans incitation publique de quelque nature que ce soit) des produits en direction de clientèles faiblement solvables, il est un peu naïf aussi de penser que l'État sud-africain aura spontanément la capacité de réguler les marchés et de résoudre les problèmes d'accessibilité des moins favorisés à l'assurance maladie et aux soins privés. En d'autres termes, la lutte contre la pauvreté dans ce pays aurait peut-être intérêt à emprunter aussi les voies prises dans d'autres pays d'Afrique, comme celle de l'assurance volontaire à but non lucratif pour le secteur formel et de la micro-assurance pour le reste de la population.

### 2.3. Santé et développement communautaire au Bangladesh

Le Bangladesh est connu pour le succès d'organisations comme la *Grameen Bank* dans la mise à disposition des produits d'épargne et de crédit pour les populations rurales pauvres. Le fait que de telles organisations interviennent également dans le domaine de la santé et commencent à proposer une assurance maladie à leurs adhérents justifie cette étude de cas.

Le terrain apporte d'emblée deux indications intéressantes. D'une part, les ONG ou organismes assimilés sont très nombreux et constituent à eux seuls un domaine d'activité qui recoupe la plupart des secteurs de l'économie. Les préoccupations relatives à la santé et à la maladie sont donc difficiles à isoler de l'ensemble des

interventions des ONG, qui relèvent globalement d'une forme de développement intégré. D'autre part, les ONG ayant une action en rapport avec la santé ont chacune leur propre approche de la question et il est difficile d'analyser leurs expériences sans respecter cette spécificité.

Les interventions de trois ONG seront présentées dans ce chapitre. Deux d'entre elles, BRAC et GK, qui sont les plus importantes du pays, ciblent le milieu rural et les femmes. La troisième, DSK, plus récente, permettra d'aborder la pauvreté urbaine.

### **2.3.1. L'action du BRAC**

Le BRAC est l'ONG la plus ancienne et la plus importante au Bangladesh. Présente dans les 64 districts du Bangladeshi et la moitié des villages, elle emploie plus de 27 000 salariés et 34 000 instructeurs. Créée en 1972 par Fazle Hasan Abed, le BRAC s'est avant tout concentrée sur la réinsertion des réfugiés musulmans de retour d'Inde après la guerre d'indépendance de 1971. L'originalité et la spécificité du BRAC résident dans la stratégie de développement ciblé sur des groupes (*Target-Group Strategy* ou *Targeted Development Approach*) qu'elle suit depuis 1977 (encadré 12).

92

Les groupes cibles, sensibilisés et structurés en *Village Organisations (VO)*<sup>18</sup> bénéficient, depuis la fin des années 1970, de trois grands programmes<sup>19</sup> portant sur l'économie, la santé et l'éducation. Les deux premiers comportent des actions de santé. Depuis le début des années 1980, le BRAC a développé des activités génératrices de revenu (magasins d'artisanat, laiteries, fermes, éditions, etc.), avec un objectif

18. Chaque VO regroupe 30 à 40 membres. Le BRAC compte ainsi 113 756 VO.

19. Voir en annexe pour le détail des programmes.

## Encadré 12.

**La stratégie des groupes cibles du BRAC**

La stratégie consiste à s'intéresser à des groupes de populations ciblés comme pauvres et ayant des intérêts économiques communs. Avant même de mener des activités de développement, l'objectif est d'unifier ces groupes de population cible et de les motiver à travailler avec un objectif économique, social, voire politique, commun. L'ONG conduit un important travail de sensibilisation de la population pour lui faire prendre conscience de la condition. C'est ce que l'on appelle la « conscientisation ». Une fois la prise de conscience réalisée et l'unification du groupe consolidée, les activités de développement sont menées avec les groupes, ceux-ci exprimant leurs besoins, développant et conduisant leurs propres projets de développement (Chowdhury, 1989).

d'autofinancement. En 2002, le BRAC était financé à hauteur de 20 % par des contributions extérieures et à 80 % par ses propres activités.

Le BRAC appartient à un type d'organisation original, sans équivalent dans le monde occidental. L'implantation de son réseau à l'échelle nationale, organisant la vie communautaire des points de vue social et économique, fait d'abord penser à un État à côté de l'État, tant les actions menées par le BRAC sont proches de la vision occidentale de l'action publique. Néanmoins, il n'affiche *a priori* aucune ambition politique.

### 2.3.1.1. Les activités du BRAC dans le domaine de la santé : un panorama

Les programmes de santé du BRAC ont considérablement évolué depuis son premier programme, l'*Oral Therapy Extension Program* (OTEP) de lutte contre la forte mortalité infantile par diarrhée en 1980, qui fut un remarquable succès. Les actions de santé menées par le BRAC s'articulent autour de quatre thèmes :

- la promotion des soins de santé de base (*Essential Health Care*, EHC) ;
- l'offre de soins de santé secondaires (*Facility Based Service*) ;
- la participation aux programmes nationaux de santé (*Government and BRAC Partnership Programs*) ;
- enfin, les programmes pilotes de santé auxquels appartient le programme *Micro Health Insurance Bangladesh* (MHIB).

Ces actions sont structurées autour de son propre réseau de soins, monté à partir des années 1980. Ce réseau de soins, calqué sur le réseau d'action sociale que sont les VO, comprend trois niveaux (encadré 13).

### Encadré 13. Le réseau de soins du BRAC

Les *Shastos Shebikas*, agents de santé présents dans les VO jouent un rôle essentiel pour l'accès aux soins des membres du BRAC et pour la mise en œuvre des programmes de santé. Elles sont le premier recours aux soins des populations dans une perspective curative, puisqu'elles peuvent diagnostiquer et traiter plus de dix maladies courantes et préventives, en suivant les grossesses.

Elles sont le principal relais des actions et campagnes de prévention du BRAC (six programmes de santé préventive et trois programmes en partenariat avec l'action publique).

Elles appuient les demandes des populations pour l'accès à l'eau potable, les sensibilisent aux méthodes modernes de contraception et à l'accouchement médicalement assisté, informent les VO sur l'importance de la vaccination des enfants, organisent des réunions d'information sur l'alimentation et la nutrition et dépistent et orientent les cas de tuberculose.

Elles jouent le rôle de *gardien* par rapport aux structures de soins de niveau supérieur et assurent en même temps la veille sanitaire des populations dont elles ont la responsabilité.

Les cliniques mobiles (*Satellite clinics*, deuxième niveau) visitent environ 12 000 VO par mois.

Les *Shushastos* (troisième niveau) sont des centres de santé de niveau secondaire. Quatre-vingt-dix-huit centres implantés dans 92 *Upazilas* (districts bangladais) dispensent deux types de services, des soins ambulatoires (consultations, analyses biologiques, médicaments) et des soins en hospitalisation (accouchements médicalisés, avortements, pédiatrie, urgences médicales). Les centres de santé BRAC, grâce à des partenariats avec l'offre publique de soins, réfèrent le cas échéant les patients vers des structures de soins tertiaires du gouvernement.

En plus de l'offre de soins et des programmes de santé préventive, le BRAC conduit un certain nombre de projets pilotes, notamment en matière de VIH/SIDA et de paludisme. Au total, les actions de santé du BRAC concernent 31 millions de personnes à travers le pays.

### 2.3.1.2. La micro-assurance de santé : MHIB

En 1977, le BRAC avait mis en place un système à base communautaire dans le district de Sulla. Les primes d'assurance étaient collectées en nature auprès des assurés. En échange, une équipe de « médecins aux pieds nus », inspirée du modèle chinois de médecin de campagne, parcourait le district et dispensait les soins de santé auprès des assurés. Le problème majeur rencontré par ce premier régime d'assurance résidait dans son incapacité à attirer les plus pauvres. En revanche, les élites locales affluèrent, détournant ainsi l'objectif initial du plan d'assurance. De plus, à cause de la rémunération à l'acte à laquelle ils étaient soumis, les médecins itinérants étaient davantage enclins à s'occuper des élites plutôt que des pauvres. Enfin, la base de services constituant les prestations en nature était limitée et difficilement extensible. Le BRAC a rapidement abandonné ce projet.

La mise en place du nouveau projet d'assurance de santé répond à la difficulté accrue des populations rurales à payer leurs soins de santé, si petite soit la contribution



demandée. Ce problème est particulièrement net depuis l'introduction généralisée du recouvrement des coûts au Bangladesh en 1991, qui a été appliquée aussi au réseau du BRAC. Depuis cette date, l'ensemble de structures de soins pratiquent le recouvrement des coûts à chaque niveau de soins<sup>20</sup>. Malgré leur faiblesse, les contributions demandées demeurent un obstacle important pour accéder aux soins de santé pour les ménages pauvres des zones rurales. Aussi en juillet 2001, le BRAC a lancé un projet pilote d'assurance de santé spécifiquement orienté vers les populations pauvres et « ultra-pauvres » des zones rurales, pour une durée de trois ans, dans l'*upazila* de Narsingdi au nord de Dakha : le Mhib. Depuis novembre 2001, le BRAC reçoit une assistance technique et financière du programme *Women Empowerment through Employment and Health (WEEH)*<sup>21</sup> du BIT, qui lui permet d'ouvrir une deuxième zone test dans l'*upazila* de Phulbari (Dinajpur District). Les zones pilotes ont été retenues en raison de l'existence du réseau de soins BRAC et parce que le réseau social BRAC y est implanté depuis longtemps.

L'objectif principal du BRAC-Mhib est d'améliorer la situation des femmes pauvres et « ultra-pauvres » et de leur famille en zone rurale, en favorisant leur accès financier à des soins de santé abordables et de bonne qualité. Le deuxième objectif est d'améliorer la position et l'identité sociales des femmes en les désignant comme les personnes incontournables du ménage pour l'accès aux soins de santé de l'ensemble de la famille. Enfin, le troisième objectif du BRAC-Mhib consiste à renforcer sa stratégie de prévention de santé en utilisant les régimes d'assurances pour développer ses campagnes de sensibilisation sur les maladies sexuellement transmissibles, particulièrement le VIH/SIDA.

20. Si les *Shastho shebikas* sont considérées comme des volontaires non salariées du BRAC, elles reçoivent néanmoins des compensations financières pour les soins dispensés. Une partie de ces compensations provient des structures de soins vers lesquelles elles ont référé les patients, qui leur reversent une partie des frais payés. L'autre partie provient des soins qu'elles dispensent elles-mêmes auprès de la communauté dont elles sont responsables.

21. WEEH est un programme développé par BIT-STEP au Bangladesh.

Le régime proposé est à adhésion volontaire, il repose sur une base familiale et non individuelle. Une femme adhérant au régime assure du même coup sa famille. La cotisation est annuelle et les familles ont le choix entre trois garanties (*General Package*, *Pre-paid Pregnancy Related Care Package* ou *Equity Package*), décrites dans l'encadré 14. Des co-paiements restent à la charge du patient, pour éviter une surconsommation de soins de la part des assurés. La troisième garantie, *l'Equity Package*, s'adresse aux populations définies comme *ultra-poor* par BRAC. Son fonctionnement est particulier puisque, comme les *ultra-poor* ne peuvent pas payer de cotisation, celle-ci est couverte par un fonds d'assistance propre au BRAC, d'un montant de 10 000 dollars américains.

#### Encadré 14.

#### Les trois garanties de la micro-assurance de santé BRAC

##### *General Benefit Package*

Cette garantie offre l'accès aux services suivants :

- consultation de médecine générale (co-paiement de 2 takas<sup>22</sup>) ;
- check-up médical gratuit une fois par an ;
- réduction sur le prix des tests biologiques courants ;
- réduction sur le prix des médicaments ;
- forfait en cas de référence une fois par an vers une structure de soins n'appartenant pas au réseau de soins BRAC.

##### *Pre-paid Pregnancy Related Care Package*

Moyennant une cotisation de 50 takas pour les femmes d'une VO et de 70 takas pour les non-membres, les femmes enceintes bénéficient des prestations suivantes au cours de leur grossesse :

- visite anténatale mensuelle tout au long de la grossesse ;
- gélule de fer et d'acide folique tout au long de la grossesse ;

22. 1 euro = 50 Tk.

- vaccination contre le tétanos, la typhoïde et la diphtérie ;
- kit d'accouchement à domicile ;
- réduction tarifaire en cas d'accouchement au centre de santé BRAC (*Shushastos*) ;
- visites post-natales pour la mère et pour le nouveau-né ;
- prise en charge du traitement en cas de grossesse compliquée ;
- forfait en cas d'accouchement compliqué dans une structure de soins en dehors du réseau de soins BRAC.

Cette garantie a été ajoutée ultérieurement au *General Package* à partir de mars 2002 dans les deux zones tests du programme MHIB. Son objectif est d'inciter les femmes enceintes à faire suivre leur grossesse au moins une fois par mois par les médecins des *Satellite Clinics* ou des centres de santé BRAC.

### *Equity Package*

L'*Equity Package* s'adresse aux populations les plus défavorisées ne pouvant financièrement accéder à une assurance de santé, quel que soit le prix de la cotisation demandée. L'*Equity Package* comprend :

- prime d'assurance ;
- consultation gratuite ;
- check-up médical gratuit une fois par an, comprenant les tests d'analyse essentiels ;
- tests biologiques courants gratuits ;
- réduction sur les médicaments jusqu'à 80 % ;
- réduction sur les tests biologiques compliqués jusqu'à 80 % ;
- transfert gratuit d'une structure de soins BRAC vers une structure de soins de référence.

L'assurance de santé BRAC est ouverte à tous et pas seulement aux membres du BRAC. Le montant de la cotisation dépend toutefois du statut de la famille et de ses ressources. Elle est à peu près le double pour une famille n'appartenant pas à une VO.

Le mode de gouvernance de l'assurance est professionnel. L'assurance est gérée par une équipe distincte de celle de l'offre de soins. L'équipe est constituée de sept membres : cinq responsables de projet sur le terrain dans les deux *upazilas* et deux formateurs chargés de la sensibilisation auprès des populations. La participation des membres est inexistante. Les femmes et les membres des VO reçoivent néanmoins de nombreuses formations et sont très régulièrement sensibilisés à l'assurance de santé, compte tenu de la nouveauté du concept au Bangladesh.

L'assurance de santé est quasiment intégrée à son offre de soins puisque l'essentiel des soins couverts sont dispensés dans les structures de soins du réseau BRAC. Les unités de gestion du produit d'assurance sont actuellement localisées dans les bureaux du programme local BRAC, mais la gestion de l'assurance est totalement indépendante et autonome des autres activités de BRAC à la différence d'autres ONG (comme DSK par exemple). L'activité d'assurance de santé BRAC ne peut être déconnectée des autres programmes de santé et de développement conduits par le BRAC. En effet, depuis le lancement du programme en juillet 2001, 180 employés du BRAC ont été formés aux principes de l'assurance de santé et sont chargés de promouvoir le produit à travers tout le réseau social BRAC. Les *Shastho shebikas* sont au premier rang de la promotion du produit d'assurance<sup>23</sup>. Les personnels du *Microfinance Programme*, de l'*Education Programme*, du *Social Development and Health Programme* ont également reçu des formations sur l'assurance de santé. Ainsi, la promotion du produit est-elle conduite par plusieurs équipes sur le terrain dans le cadre d'une approche intégrée du développement.

Le projet de MHIB a été introduit dans deux *upazilas* (Narshindi sadar et Phulbari) pour une durée de trois ans. L'objectif était d'assurer 12 000 femmes ou 12 000 ménages/familles en trois ans. En juin 2003, le MHIB comptait 6 209 membres assurés

23. Une partie de leur rémunération est en effet liée au nombre de patients qu'elles incluent au programme d'assurance de santé.

représentant 52 % de la population cible en deux ans. Sur les 6 209 assurés, 5 169 ont choisi le *General Package*, 919 le *Pre-paid Pregnancy Related Care Package* et 126 étaient inscrits à l'*Equity Package*.

Sur la base de ces résultats, un certain nombre de remarques ont été faites par les promoteurs du MHIB :

- la première difficulté rencontrée pour l'affiliation de nouveaux assurés réside dans la mauvaise compréhension du principe de l'assurance. Une grande partie des ménages approchés n'a pas désiré s'assurer, ne comprenant pas l'idée de payer une cotisation, en fait assimilée aux frais de santé, avant la survenue du risque santé lui-même. L'incompréhension du concept, malgré les moyens importants mis en place pour sensibiliser la population cible, explique en grande partie le modeste taux de pénétration de l'assurance un an avant la fin du projet pilote, mais aussi les problèmes de re-cotisation rencontrés : seuls 20 à 30 % de la population assurée re-cotise l'année suivante ;
- les *ultra-poors* sont considérés comme une cible particulière dans la stratégie de BRAC, mais les promoteurs éprouvent de grandes difficultés pour les atteindre et pour les sensibiliser. En effet, le nombre d'assurés au titre de l'*Equity Package* semble assez décevant deux ans après le lancement du projet pilote : les assurés définis comme *ultra-poors* représenterait entre 1 et 2 % de l'effectif total des assurés ;
- le nombre d'assurés appartenant à des VO est beaucoup plus important que les assurés n'appartenant pas à une VO, ces derniers représentant environ 10 % de l'effectif total. Cette tendance souligne l'importance d'un réseau social solide préexistant pour diffuser le produit d'assurance de santé ;
- enfin, on constate un succès important du *Pre-paid Pregnancy Related Care Package* introduit en mars 2002 dans 66 villages tests. De mars 2002 à mars 2003, sur 617 femmes enceintes, 319 se sont assurées, ce qui représente plus

de 51 % des femmes concernées sur un an. Ainsi, on peut faire l'hypothèse que la garantie proposée dans le *General Package* n'est pas suffisamment attractive compte tenu des besoins de la population cible.

### 2.3.2. L'action de GK

La *Grameen Bank* a été pionnière en matière de microfinance et a développé depuis 1977 des activités qui lui ont donné une renommée mondiale. Elle permet aujourd'hui à plus de 2 millions de familles pauvres du Bangladesh d'épargner et de contracter de petits emprunts, avec pour objectif principal de lutter contre la pauvreté en milieu rural. *Grameen Bank* se définit avant tout comme une « banque sociale ». En effet, sa stratégie n'est pas celle retenue par les autres organismes de développement bangladais et ne relève notamment pas de la stratégie de population cible (*Target Group Approach*). *Grameen* cherche dans un premier temps à subvenir aux besoins économiques et financiers de ses membres en leur délivrant des crédits, avant de les aider à s'organiser et à créer de nouvelles opportunités économiques leur permettant de participer activement à la vie sociale et économique. Au fur et à mesure de sa croissance, *Grameen* a développé de nouvelles initiatives dans différents secteurs d'activités (micro-entreprises, énergie, éducation, agriculture et téléphonie mobile) fournissant à l'échelle nationale toute une gamme de services économiques et sociaux accessibles à l'ensemble de la population.

101

Le *Grameen Kalyan Health Program* (GK-HP) est un programme social développé par le *Grameen Trust* à partir d'août 1997. Comme c'est souvent le cas au Bangladesh, la définition des statuts juridiques des ONG reste relativement floue et GK n'échappe pas à la règle : elle est à la fois considérée comme une société sans but lucratif enregistrée depuis 1996 au registre du *Companies Act* de 1994 et comme une ONG financée avec l'aide des bailleurs internationaux sous le *Foreign Donation (Voluntary Activities) Regulation Ordinance* de 1978. Néanmoins, GK préfère le statut de *Welfare*

*Organization* à celui d'ONG. Depuis sa création, le GK-HP vise trois objectifs :

- dispenser des soins de santé primaires ;
- développer une assurance de santé avec la participation active de la communauté et à un prix abordable ;
- être autosuffisant.

### 2.3.2.1. Les activités de Grameen dans le domaine de la santé

Le HP-GK a pour objectif de dispenser des soins de santé primaires aux membres et aux employés de *Grameen* mais aussi aux autres familles vivant dans une zone d'implantation *Grameen*. Le développement de ce programme de santé est d'abord directement lié aux difficultés rencontrées par les membres de *Grameen*. En effet, des études ont montré l'impact positif de la *Grameen Bank* sur le revenu des emprunteurs et sur leurs conditions de vie, mais cette situation est néanmoins fragilisée en cas de maladie, ce qui empêche l'emprunteur de rembourser son crédit et conduit l'activité professionnelle à la faillite. En l'absence d'une offre de soins de santé primaires de qualité et abordable pour les familles pauvres des zones rurales, *Grameen* a donc décidé de fournir ce type de services à ses clients. Comme, pour être viables, les structures de soins doivent attirer une clientèle plus large de façon à augmenter leurs sources de revenu, l'idée sous-jacente était de faire accéder le plus grand nombre aux services de *Grameen*. Cette ouverture devait ainsi contribuer à la stratégie de croissance de *Grameen Bank*.

Depuis 1996, le programme de santé rural de GK a monté 19 centres de santé dont six sont en cours de réalisation. Ils dispensent des soins à l'ensemble de la population présente dans sa zone d'attraction, c'est-à-dire aux membres de la *Grameen* et aux non-membres. Les centres de santé mènent trois types d'activités : ils dispensent des

soins de santé primaires, ils conduisent des programmes de prévention et d'éducation à la santé et ils organisent des cliniques mobiles dans la zone d'attraction du centre de santé (encadré 15).

### Encadré 15. Les services de santé organisés par GK

Les soins de santé primaires disponibles au centre de santé comprennent les services suivants :

- consultation médicale par un médecin,
- santé maternelle (suivi des grossesses, soin post-natal, nutrition des nourrissons),
- santé infantile,
- circoncisions,
- service de prévention (vaccinations), d'éducation à la santé et de planification familiale,
- analyses biologiques courantes,
- vente de médicaments,
- urgences médicales,
- références vers des structures de soins de niveau supérieur contractuelles.

Les consultations au centre de santé sont libres et ouvertes à tous.

En outre, des assistantes médicales (*Field Medical Assistant*) attachées au centre de santé visitent chaque jour les villages dont elles ont la charge, organisent des séances de prévention et d'éducation à la santé et incitent, si nécessaire, les ménages à se rendre au centre de santé. Une assistante médicale voit en moyenne huit ménages par jour.

Les centres de santé organisent régulièrement des cliniques mobiles conduisant des programmes de santé spécialisés de façon préventive et curative (*Community-based Specialist Doctors Camps*). Des femmes médecins dispensent les services et soins suivants :

- soins gynécologiques et obstétricaux ;
- soins dermatologiques et soins des maladies vénériennes ;
- dépistage et soins de la lèpre et de la tuberculose ;
- prévention et dépistage des maladies sexuellement transmissibles et notamment du VIH/SIDA ;
- dépistage des cataractes.



L'ensemble des services est accessible à tous à des coûts abordables pour les ménages pauvres. Une consultation médicale coûte 50 Tk, c'est-à-dire la moitié du coût dans une structure de soins non *Grameen*. Les tarifs des analyses biologiques varient de 60 Tk à 120 Tk et l'ensemble des services de prévention est gratuit (planification familiale, éducation à la santé, nutrition des nourrissons, etc.). Les 15 médicaments génériques disponibles sur place sont vendus aux tarifs en vigueur. Néanmoins, malgré ces avantages, le recours aux soins demeure difficile pour les ménages pauvres, non seulement en raison de la symbolique morbide associée au centre de santé, mais aussi pour des raisons financières. Pour sensibiliser les populations au recours précoce aux soins et aussi pour faciliter l'accès financier aux soins, *Grameen* a donc développé une assurance de santé conjointement à ces services de santé.

### 2.3.2.2. La micro-assurance de santé GK

Les principaux objectifs de l'assurance de santé *Micro Health Insurance* (MHI) sont d'augmenter la participation du groupe cible au programme de santé de GK et d'assurer le financement du programme de santé et des centres de santé. Dans ce cadre, GK propose deux types de cotisations, l'une pour les membres de *Grameen Bank* (120 Tk par an et par famille), l'autre pour les non-membres (150 Tk par an et par famille), les deux primes ouvrant des droits à peu près identiques. L'adhésion est familiale, la cotisation permettant de faire bénéficier l'ensemble de la famille dans une limite de six membres. Au-delà, une cotisation de 20 Tk est demandée pour chaque membre supplémentaire. Actuellement, l'assurance est accessible dans 17 des 19 centres de santé GK et il est prévu d'étendre la couverture de l'assurance à l'ensemble des centres de santé.

L'assurance est volontaire, quels que soient les membres considérés. Les non-membres paient leur prime d'assurance directement au centre de santé GK. De leur côté, les membres de la *Grameen Bank* souscrivent l'assurance de santé auprès des agents de crédit qui collectent les traites de l'emprunt au village. Le paiement de la prime

d'assurance n'est pas directement intégré à l'emprunt puisque celui-ci ne peut servir à payer celle-la. Néanmoins, l'épargne préalable et personnelle obligatoire pour chaque membre d'un groupe de crédit est disponible pour le paiement de la prime d'assurance.

La cotisation est différenciée selon que les personnes sont ou non membres de *Grameen*. La garantie prend en charge gratuitement les vaccinations et un bilan de santé annuel, la consultation avec un co-paiement dans les centres de santé et elle offre des réductions sur les médicaments, les examens et les consultations dans les structures de référence.

L'assurance de santé GK prévoit une prise en charge spécifique pour les ménages très défavorisés, non membres de *Grameen*, mais patients des centres de santé GK. Pour ces ménages, considérés comme *ultra-poops*, la consultation médicale est gratuite et leurs frais de santé sont financés grâce au *Grameen Welfare Fund*. GK estime que ces patients représentent environ 10 % de la clientèle des centres de santé GK.

La **population visée** par l'assurance de santé GK comprend donc quatre groupes : les femmes du monde rural, les membres de *Grameen Bank*, les habitants de la zone de chalandise des centres de santé les *ultra-poops*. L'ensemble de cette population cible représente 60 000 ménages, soient 330 000 individus couverts<sup>24</sup> d'ici à la fin 2004. Les effectifs d'assurés ont fortement augmenté entre novembre 2001 et février 2003 (derniers chiffres disponibles). Ainsi, selon les responsables de GK, l'assurance couvre aujourd'hui un peu plus de 47 600 ménages, ce qui représente 79 % de la population cible.

Parmi les ménages assurés, la majorité sont des membres de *Grameen* (65 %), ce qui, comme dans le cas du BRAC, fait penser que l'existence d'un réseau social

24. Le nombre moyen de membres par famille est évalué par GK à 5,5.

Tableau 2.  
Évolution du nombre d'assurés et de bénéficiaires GK entre 2001 et 2003

	Assurés	Bénéficiaires
Nov. 2001	36 000	198 000
Fév. 2003	47 600	261 800

Source : GK.

solide facilite la diffusion du produit d'assurance. La croissance rapide des effectifs (33 % entre 2001 et 2003) est très satisfaisante et reflète le dynamisme et l'importance des moyens de sensibilisation de GK pour la diffusion du produit d'assurance. L'objectif demeure de rendre l'assurance de santé accessible dans tous les centres de santé *Grameen* et, à plus long terme, de la rendre accessible à l'ensemble de la population membre de *Grameen*.

La garantie proposée par l'assurance GK est principalement axée sur la prévention et les soins de base. Du point de vue curatif, ces soins sont donc très limités. A titre d'exemple, les accouchements sont assistés au centre de santé mais ils n'y sont que très rarement pratiqués, les femmes étant renvoyées chez elles dès lors qu'il a été vérifié que le travail se déroulait normalement. L'équipement des centres demeure aussi limité. La garantie de GK correspond toutefois à l'ensemble de soins de santé primaires selon la définition du ministère de la Santé et de la Planification familiale du Bangladesh.

106

La prise en charge des soins de santé primaires dans les seuls centres de GK est justifiée, compte tenu de la faible qualité des soins de santé primaires publics. L'importance donnée à la prévention dans le programme de santé GK ne peut être contestée. Les responsables font remarquer que GK développe des soins de santé de base pour les plus pauvres, car personne d'autre ne le fait. Mais en même temps, ils estiment qu'aller au-delà ne relève pas de leurs activités prioritaires : *Grameen* demeure avant tout une banque, qui ne peut par conséquent développer tous les types de services sociaux. Dans ces conditions, il convient plutôt de nouer des partenariats avec

les professionnels de santé et les structures de soins spécialisées pour compléter les services. L'assurance apporte un complément au développement des soins de santé primaires « maison », elle doit faciliter le recours aux soins de base et améliorer l'accès à des soins de niveau supérieur grâce aux partenariats et à la référence incluse dans sa garantie santé.

Comme pour les autres activités menées par le groupe *Grameen*, **la gouvernance et la gestion** de l'assurance de santé sont professionnelles. La participation des populations est inexistante en dépit de l'objectif affiché par le programme de santé GK : « *développer et gérer un régime d'assurance de santé avec la participation communautaire active, à un prix abordable* »<sup>25</sup>.

La gestion professionnelle est aussi fortement hiérarchisée. Elle est conçue dans le cadre de la structure d'organisation des activités de GK et reflète le degré d'intégration entre les différents programmes au niveau local. La gestion du programme GK est indépendante des autres programmes du groupe *Grameen* par son statut. Au niveau du siège, GK est dirigé par un *Managing Director*, responsable de l'exécution de l'ensemble des programmes. Il est secondé par quatre assistants de direction, chacun responsable d'un des quatre départements de GK : administration, comptabilité, santé et formation, recherche et développement.

107

Les deux premiers départements sont chargés de l'organisation de GK, les deux autres étant responsables de la mise en œuvre et du suivi des différentes composantes du *Health Programme*, c'est-à-dire, les centres de santé, l'assurance de santé, les campagnes de prévention et les cliniques mobiles. Au niveau local, la mise en œuvre des programmes est relayée par des équipes régionales. Chacune de ces équipes est dirigée par un *Regional Manager* qui rend compte directement au *Managing Director*

25. Objectif (c) du Programme de santé GK : *To develop and administer health insurance scheme, with active participation of the community, at a cost the community can afford.*

de l'avancée et des difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des différents programmes. L'organisation du programme de santé sur le terrain est structurée autour de celle de la *Grameen Bank*. Ainsi, à chaque centre de santé GK correspond à un bureau local de microcrédit de la *Grameen Bank* (*branch*), chaque *branch* couvrant un périmètre de huit kilomètres de rayon environ.

La perception des cotisations est réalisée à la fois par le personnel des centres de santé et par le personnel des équipes locales de microcrédit. L'ensemble des cotisations est reversé à la direction régionale qui partage ensuite les recettes entre chaque médecin responsable d'un centre de santé. Deux équipes séparées appartenant à deux services distincts collectent donc les primes d'assurance sans coordination entre elles. La même stratégie est adoptée en ce qui concerne la sensibilisation au produit d'assurance auprès des ménages. Les équipes du programme de santé et du programme de crédit participent séparément au marketing du produit.

La gestion professionnelle et l'intégration entre les différentes activités au niveau de la sensibilisation et de la collecte des cotisations ne laissent pas de place à une participation communautaire active. En contrepartie, le système adopté permet de réduire les procédures, de collecte notamment .

108

Un objectif de l'assurance de santé GK est aussi **d'assurer le recouvrement des coûts des centres de santé** de manière à ce qu'ils puissent s'autofinancer. Actuellement, les centres de santé disposent de différentes sources de revenu :

- les revenus issus des tests d'analyse biologique,
- les revenus issus de la vente des médicaments,
- les revenus issus des consultations des non-assurés,
- les revenus issus des cotisations de l'ensemble des assurés,
- les ressources du *Grameen Welfare Fund* pour l'accès aux soins des plus démunis.

Par rapport à l'objectif de recouvrement des coûts, la situation financière du programme de santé GK s'est fortement améliorée depuis son lancement en 1996.

Tableau 3.  
Évolution du taux de recouvrement des coûts de GK de 1996 à 2002

	1996	1999	2002
Taux de recouvrement des coûts	38 %	72 %	81 %

Source : GK.

Les responsables de GK estiment que si la totalité des membres de *Grameen Bank* s'assuraient, le recouvrement des coûts serait de 90 %. L'objectif est donc d'attirer autant que possible de nouveaux clients vers *Grameen*.

### 2.3.3. L'action de Dushta Shastya Kendra

DSK est une ONG de droit bangladaise créée en 1989 dont la mission est de répondre aux besoins des personnes les plus pauvres vivant en milieu urbain. Le premier programme de DSK, lancé en 1989, s'est intéressé au secteur santé et, plus particulièrement, à l'accès aux soins des plus démunis des bidonvilles de Tezgaon à Dhaka City. Par la suite, les activités et les zones d'intervention de DSK se sont diversifiées. Elles concernent aujourd'hui plus de 16 000 ménages urbains, mais aussi ruraux dans six districts et 31 *thanas* bangladaises. Ces activités sont articulées autour de 8 programmes, dans les secteurs de la santé (trois programmes), de la microfinance (un programme), de l'éducation (un programme), de la formation (un programme), de l'équipement (un programme) et du développement intégré (un programme). La stratégie principale de DSK repose sur l'intégration des activités entre elles. L'expérience menée dans le domaine de la santé et de la microfinance est à ce titre exemplaire et pionnière au Bangladesh.

Le premier des trois programmes de DSK dans le secteur de la santé a permis de monter un réseau de soins de santé accessible aux populations les plus démunies des villes. Ce réseau de soins a par la suite constitué la base des différentes activités de DSK dans le domaine de la santé. Ces activités ont aujourd'hui trois dimensions : offre de soins, micro-assurance de santé et microfinance, intégrées les unes aux autres. Nous présenterons successivement les trois types d'activités de santé développés par DSK par rapport au mode de développement intégré retenu : l'offre de soins DSK (*Primary Health Programme* et l'offre de soins secondaires) et l'assurance de santé.

### 2.3.3.1. L'offre de soins DSK

La première activité développée par DSK dans le domaine de la santé a consisté à mettre en place un réseau de soins de santé primaires (*Primary Health Care Programme*) accessible aux habitants des bidonvilles moyennant une très faible contribution financière (quelques thakas en fonction des revenus du patient). Le réseau de soins ainsi élaboré comprend deux niveaux étroitement liés :

- d'un côté les *Community Health Workers*, auxiliaires de santé issus de la population cible et formés par l'ONG, quadrillent la zone d'intervention du *Primary Health Care Programme* avec pour mission d'éduquer et de sensibiliser les populations de la zone aux questions d'hygiène et de santé ;
- d'un autre côté, les *satellite clinics*, centres de santé de DSK, accueillent les patients tous les jours de la semaine et dispensent des soins de base aux patients le désirant : consultations, soins prénataux, vaccinations et médicaments essentiels génériques (MEG).

Dans les centres de santé, les soins sont dispensés dans un environnement assez rudimentaire : une pièce unique sert de salle d'attente, de salle de consultation et de pharmacie. Mais le service proposé permet quotidiennement à une trentaine de personnes (majoritairement des femmes) d'accéder financièrement à des soins de

santé primaires, dont elles étaient jusque-là exclues. Les centres de santé de DSK sont, en théorie, dirigés par un médecin. Mais le plus souvent ils le sont par un assistant médical, compte tenu de la faible attractivité de l'emploi pour des médecins diplômés. Le cas échéant, le centre réfère les patients vers un troisième niveau de soins du système public. Depuis 2000, les références sont faites vers le troisième niveau de soins de DSK : la structure de soins secondaires de DSK, le *Dushta Shasthya Hospital* (DSH).

En janvier 2000, DSK a ouvert une structure hospitalière de soins secondaires dans la capitale. La création de cet hôpital vise avant tout à offrir aux patients les plus pauvres des soins hospitaliers de qualité à des tarifs abordables<sup>26</sup>, compte tenu des insuffisances du système public. Il permet également de compléter la gamme des soins offerts par DSK. La zone d'intervention du DSH concerne la totalité de Dhaka City. Si l'hôpital est ouvert à tous, la population cible correspond aux habitants des bidonvilles et aux personnes à faible revenu.

### Encadré 16.

#### **Ressources humaines et structure de soins du *Dushta Shasthya Hospital***

L'équipe médicale du DSH est constituée d'une femme médecin gynécologue, directrice de l'hôpital ; de quatre médecins ; de dix infirmières (dont quatre sont diplômées et six sont infirmières assistantes) ; de sept personnels autres (un conducteur d'ambulance, quatre employés de maintenance, un cuisinier et un gardien).

La structure est de petite taille, puisqu'elle ne compte que 20 lits. Elle est ouverte douze heures par jour. Les services proposés sont les suivants : consultations ambulatoires ; urgence ; analyses de laboratoire ; imagerie (échographie, radiologie) ; soins anténataux ; accouchements simples et avec complications, hospitalisations ; interventions chirurgicales (petite chirurgie, chirurgie de gravité moyenne et chirurgie lourde).

26. Voir en annexe les tarifs pratiqués.



Dans ces conditions, DSK n'a pas besoin de travailler avec d'autres formations. Pour apprécier la qualité des soins, il convient de dissocier l'offre de soins primaires constituée par les *Community Health Workers* (CHWs) et les *Satellite Clinics* de l'offre de soins secondaires constituée par le *Dushta Shasthya Hospital*.

Au niveau primaire, la faible qualification du personnel de santé pose question si l'on applique les standards occidentaux. Certes, le diplôme de *Medical Assistant* est un diplôme reconnu par l'État et les CHWs sont formés par DSK, mais le déficit de médecins demeure problématique. De plus, si l'installation à l'entrée des bidonvilles garantit l'accessibilité aux assurés, les *Satellite Clinics* visitées correspondent à des structures de premier niveau assez rudimentaires. L'apparence ne doit en rien laisser présager de la qualité et de la motivation du personnel soignant, et la forte fréquentation des *Satellite Clinics* par les assurés est un révélateur des besoins et de la cordialité de l'accueil, plutôt qu'un indicateur de qualité des soins.

L'hôpital DSH dispose quant à lui d'un personnel médical nombreux et qualifié. Les soins dispensés sont de bonne qualité et les conditions d'hygiène très bonnes. Le paradoxe est que le taux d'occupation des lits est apparemment faible. Sur 20 lits, entre dix et 15 sont occupés en permanence. Le taux d'occupation de la structure ne doit donc pas dépasser 75 %. En 2000, 2 665 personnes se sont fait soigner en ambulatoire, mais 383 seulement ont été hospitalisées, ce qui, en estimant à dix jours la durée moyenne de séjour, donne un taux d'occupation de 52 %.

On constate en fait que le DSH accueille quatre catégories sociales de patients : les habitants des bidonvilles, les personnes à faible revenu, les personnes à revenu moyen et les patients à revenu élevé. Mais la répartition des patients par catégorie de revenu n'est pas équilibrée. La majorité des patients vus au DSH appartient à la catégorie des personnes à faible revenu (plus de 50 %). Plus d'un quart des patients possède des revenus moyens. Les habitants des bidonvilles représentent bien moins d'un quart des

patients et une minorité de patients à revenu élevé fréquente l'hôpital. Dans la mesure où la part des ménages à revenus faible, moyen et élevé dans la clientèle doit être à peu près celle de la population de la ville, on peut admettre que le niveau de la tarification et la qualité des services correspondent probablement à leur demande. En revanche, les « ultra-pauvres », qui représentent un quart de la population de Dakha, semblent encore exclus par le coût de l'accès. Il n'est pas impossible que l'intégration des soins de l'hôpital dans la garantie de l'assurance de DSK améliore la situation, dans la mesure où une proportion d'« ultra-pauvres » a déjà accès au microcrédit.

### 2.3.3.2. Les formules de micro-assurance de santé

Malgré les efforts déployés pour rendre les soins accessibles aux plus pauvres, une étude réalisée par DSK au milieu des années 1990 a montré que, pour les patients se rendant dans les centres de santé DSK, les dépenses de santé représentaient toujours une charge financière difficilement supportable. Sur la base de ce constat et aussi compte tenu des difficultés des clients de l'IMF à rembourser les emprunts contractés en cas de maladie, DSK a lancé en 1995 un premier produit d'assurance de santé. Dès le départ, le concept développé liait assurance de santé, crédit et offre de soins. Ce premier produit d'assurance s'est révélé peu viable. Un second produit a été élaboré à partir de l'année 2000 et lancé en juillet 2002.

Dans le premier système d'assurance de santé mis en place par DSK, l'assurance de santé était volontaire, mais conditionnée par l'octroi d'un crédit. Toute personne était libre de cotiser à l'assurance de santé, pourvu qu'elle ait contracté un emprunt. Dans ce schéma, l'organisation de l'assurance de santé s'articulait à celle de l'IMF. Un centre de santé DSK a été associé à chaque antenne de microcrédit (*branch*), qui couvre 1 500 à 2 000 membres emprunteurs et qui représente la population cible locale de l'assurance. La prime d'assurance était réglée de façon hebdomadaire, en même temps que le remboursement du crédit et que l'épargne obligatoire de 2 Tk par

semaine imposée à l'emprunteur. Ainsi, moyennant 3 Tk par semaine, un accès aux soins était garanti à l'assuré, à son conjoint et à deux de ses enfants. La taille moyenne du ménage couvert était ainsi restreinte à quatre membres, ce qui est inférieur à la taille moyenne d'une famille au Bangladesh<sup>27</sup>.

La garantie correspondant à cette prime donnait accès aux services suivants :

- des soins de santé primaires (consultations, médicaments essentiels et génériques, vaccinations et soins anténataux) dans les structures de soins DSK (*satellite cliniques*) ;
- des services d'éducation à la santé (planification familiale, prévention, hygiène, etc.) *via* les visites à domicile des CHWS et les formations données dans les structures de soins DSK. Sur ce point, l'éducation à la santé des mères dans les bidonvilles fait l'objet d'une attention particulière.

Cette formule d'assurance a constitué une avancée importante pour les membres de DSK, en leur facilitant l'accès aux soins, mais elle a aussi révélé quelques faiblesses. La viabilité du système est ainsi apparue précaire. Malgré tous les efforts consentis et les ajustements réalisés, les recettes des cotisations ne pouvaient couvrir plus de 59 % des dépenses totales.

114

En juillet 2002, DSK a lancé un nouveau produit d'assurance maladie. Pour disposer d'une taille de population suffisamment importante pour soutenir le projet, l'assurance maladie a été rendue obligatoire pour quiconque contractait un emprunt auprès de DSK. La cotisation a été ainsi « techniquement » intégrée à l'emprunt. Sur les 15 % de taux d'intérêt appliqués au crédit, 2,5 % ont été affectés à la cotisation. Dans ces conditions, le montant de la cotisation devient variable et est fonction du montant de l'emprunt. Cela permet une redistribution horizontale entre les membres.

27. La taille moyenne d'une famille est aujourd'hui évaluée à 5,5 membres selon les statistiques nationales.

Le nombre d'ayants droit a augmenté par rapport à 1995, puisque le membre principal peut faire bénéficier cinq membres de sa famille. Le panier de biens et services inclus dans la garantie est resté le même mais, pour les MEG un co-paiement de 50 % est appliqué.

- *Enseignements de la micro-assurance de santé de DSK*

**La population visée** par la micro-assurance est celle des bidonvilles de Dhaka, soit trois des 12 millions d'habitants de la capitale bangladaise. Qualifiés d'*ultra-poops* par l'ONG elle-même, ils n'ont pas accès aux soins de santé de base et ne bénéficient d'aucune mesure réelle d'assistance sociale. Les conditions d'éligibilité au microcrédit ont été fixées par DSK à un niveau très bas : le revenu du ménage doit être compris entre 2 000 et 2 500 Tk par mois<sup>28</sup> (entre 36 et 45 euros par mois) et le ménage doit habiter depuis au moins deux ans dans le même bidonville. Malgré tout, la clientèle de l'assurance maladie est limitée par la possibilité d'emprunt et elle ne correspond pas au segment le plus pauvre de la population des bidonvilles. Cependant, comme le montant des emprunts varie de 5 à 50 000 Tk (entre 9 et 900 euros), l'assurance touche bien une fraction des pauvres du Bangladesh.

**Les garanties proposées** comprennent les soins de santé de base et la prévention. L'accès à des soins secondaires, mis en place *via* la construction de l'hôpital privé DSH, ne fait pour l'instant pas partie de cette garantie. Le panier de soins primaires est basé sur l'*Essential Service Package* (ESP) développé par le ministère de la Santé<sup>29</sup>. L'idée est avant tout de prévenir la survenue d'un risque fatal de santé et d'améliorer les conditions d'hygiène de base de la population des bidonvilles. Le système de *gardien* permet de réduire le recours aux soins curatifs.

28. 100 Tk correspondent à environ 1,80 euro.

29. DSK exprime le souci de travailler en partenariat avec l'action publique. Ses activités dans le secteur de la santé s'inscrivent dans la HPSP (*Health and Population Sector Strategy*) mise en place depuis 1998 dans le cadre de la SWAP (*Sector Wide Approach Programme*) réunissant les partenaires extérieurs.

**La gouvernance** est professionnelle, car c'est DSK qui décide des cotisations et de la garantie. L'assurance maladie est gérée par une équipe composée de professionnels de la santé et par des CWHS, bénévoles formés par l'ONG. Elle est supervisée par un *Health Coordinator* de DSK. Chaque groupe de crédit est composé de cinq femmes qui, ensemble, contractent un emprunt et sont assurées contre le risque maladie. Dans chaque groupe, les femmes élisent une responsable et une secrétaire dont le rôle est de veiller au respect des règles et dispositions de DSK.

**L'intégration forte** du régime d'assurance aux autres activités de santé menées par l'ONG, et surtout à l'activité de microcrédit, garantit un taux de pénétration de la population cible plus important. La cotisation d'assurance incluse dans l'intérêt de l'emprunt sécurise le remboursement des prêts. La structure de diffusion de l'assurance est l'antenne de microcrédit. Une antenne de microcrédit couvre entre 1 500 et 2 000 membres, à la fois emprunteurs et assurés. Selon DSK, l'IMF comptait, en juillet 2003, 16 000 emprunteuses. L'assurance de santé couvre autant de ménages, ce qui correspond à un effectif de 80 000 membres environ, puisque cinq membres sont en moyenne assurés par carte. Néanmoins, l'intégration entre les deux produits entretient une certaine confusion entre crédit et assurance chez les membres.

Après un an d'activité, **l'équilibre technique de l'assurance** serait atteint, selon l'équipe de DSK. Le montant des cotisations perçues permettrait de couvrir l'ensemble des dépenses et l'excédent permettrait de déposer mensuellement 16 000 Tk par mois dans le fonds de garantie qui s'élève aujourd'hui à 1,6 million Tk.

### **2.3.4. Les enseignements des expériences de micro-assurance de santé au Bangladesh**

Les actions menées par les trois organismes étudiés sont riches d'enseignements pour le développement de la micro-assurance de santé en direction des populations

pauvres, même si les formules proposées restent modestes. Un certain nombre de points communs entre le BRAC, GK et DSK se dégagent des observations, qu'ils soient positifs ou qu'ils dénotent une faiblesse des dispositifs. Ces points concernent la relation avec les populations, l'effort fait en direction des pauvres ou des catégories vulnérables, les sécurités financières de l'activité, la nature des garanties proposées, le service des prestations et l'accès aux soins, la diffusion des produits et la régulation. Mais chaque organisme présente aussi ses particularités et il faut examiner ce qu'elles apportent pour la conception ou la mise en place de la micro-assurance de santé.

### 2.3.4.1. La relation avec les populations

Les trois organismes ont établi avec les populations ciblées des relations de proximité et de confiance qui constituent un atout considérable pour le développement de la micro-assurance. Le travail de terrain mené depuis plus de 30 ans par le BRAC, 25 ans pour la *Grameen Bank* et près de 15 ans pour DSK leur donne accès à un réseau social considérable, que les actions menées dans le domaine de la santé viennent conforter. Cette relation étroite avec la population confère aux organismes une remarquable réactivité : ils savent rectifier le tir, dès qu'ils s'aperçoivent qu'ils ont commis une erreur ou qu'ils s'engagent dans une mauvaise voie.

117

### 2.3.4.2. L'effort fait en direction des groupes vulnérables

Les dispositions concrètes prévues en faveur des personnes et des ménages vulnérables (gratuité pour les plus pauvres, garanties spécifiques pour les femmes) facilitent la diffusion de l'assurance, en multipliant les occasions de montrer son efficacité. L'accent mis sur l'éducation à la santé, les services de soins primaires, le planning familial sont aussi des vecteurs de sensibilisation pour l'ensemble de la population.

### 2.3.4.3. Les sécurités financières

Les trois organismes développent avec prudence la micro-assurance, mais ils envisagent que les résultats techniques ne soient pas corrects et ont mis en place des

dispositifs de sécurité qui permettent de faire face à des sinistres plus importants que prévu. Le BRAC et GK admettent la possibilité de subvention de l'assurance par les bénéficiaires d'autres activités ; DSK a mis en place un fonds de garantie. Aucun d'eux ne soutiendra durablement une activité déficitaire.

#### 2.3.4.4. La nature des garanties proposées

Au Bangladesh, l'activité de micro-assurance doit tenir compte de la faiblesse des ressources des personnes et de l'infrastructure de soins. Ce contexte général explique la mise en place, par les trois organismes étudiés, de garanties limitées, qu'on pourrait juger peu attractives. Mais les réductions tarifaires (BRAC), les services préventifs (GK) et les soins primaires (DSK) constituent déjà un progrès pour des populations démunies.

#### 2.3.4.5. Le service des prestations et l'accès aux soins

La difficulté à trouver des formations sanitaires satisfaisantes et à recruter des médecins diplômés constitue les problèmes principaux, communs aux trois organismes, du développement de l'activité de micro-assurance. Ils expliquent qu'ils aient tous adossé les prestations de la micro-assurance à leur propre infrastructure de soins, surtout de niveau primaire. Cette offre « maison », utilisant majoritairement un personnel peu qualifié, ne satisfait pas pleinement les populations ciblées, qui aspirent parfois à des standards technologiques plus élevés<sup>30</sup>.

#### 2.3.4.6. Difficultés de diffusion et de régulation

Les trois organismes font état de difficultés de diffusion des produits de micro-assurance, qui ne sont probablement pas sans rapport avec la qualité des soins offerts à travers les garanties. Pour le BRAC, les réticences à l'adhésion sont liées au concept d'assurance de santé. La population n'a pas encore accepté l'idée de perte des cotisations, ce qui explique les problèmes de re-cotisation observés. La gratuité ne

30. Comme on l'a vu avec les femmes de milieu rural qui réclament à GK un accès à l'échographie.

résout pas forcément le problème de l'accès des pauvres au système et les responsables du BRAC reconnaissent qu'ils n'ont pas réussi à atteindre les *ultra-poors*.

Les trois organismes ont perçu aussi la nécessité d'une véritable gestion du risque. L'observation de phénomène de surconsommation de soins montre que le système de *gardien* informel mis en place trouve ses limites quand il s'agit de réguler les dépenses de soins curatifs.

### 2.3.4.7. Les particularités des organismes

A côté des points communs relevés, chaque organisme a une spécificité, qui se traduit surtout au niveau du mode d'organisation de l'activité de la micro-assurance.

La vocation d'appui au développement intégré sur le mode du ciblage des populations conduit le BRAC à superposer l'activité d'assurance à un ensemble d'activités à vocation économique ou sociale. La mise en place de cliniques perturbe un peu cette approche, car cette infrastructure et ses personnels sont nécessairement spécialisés. L'exigence d'autonomie financière faite aux formations de santé les amène à développer leur activité, ce qui les entraîne plutôt vers l'augmentation des prescriptions. Il faudra choisir entre l'élévation du niveau technologique de l'offre « maison », l'exigence d'équilibre financier et l'expansion de la micro-assurance.

119

Le problème ne se pose pas chez GK, car l'offre « maison » a été conçue selon des standards très modestes. Des tensions apparaissent toutefois à ce niveau, que la participation communautaire ne suffit pas à réduire. Les processus de décision sont conçus dans un cadre hiérarchique strict instauré par *Grameen* et la robustesse de l'organisation est prioritaire par rapport à la satisfaction de nouvelles attentes en matière d'accès aux soins. Il reste à observer si la même orientation sera favorable à la micro-assurance.



DSK est l'organisme qui a le plus intégré la micro-assurance au micro-crédit et qui a cherché à tirer le plus parti de la technique à des fins de solidarité, avec une cotisation variable selon le niveau de l'emprunt. En même temps, DSK a une approche des prestations et de l'accès aux soins qui n'est pas homogène. D'un côté, l'activité de santé publique et de prévention tient une place importante dans son dispositif général de santé. De l'autre, il monte un hôpital de bon niveau dont l'accès est exclu de la garantie. Susceptible de produire des recettes, cet hôpital peut être jugé comme non indispensable à l'amélioration des conditions de santé des « ultra-pauvres ».

Pour conclure cette étude de cas, deux remarques seront faites. La première est que la situation du Bangladesh illustre la possibilité d'actions menées en direction de populations pauvres et intégrant la micro-assurance de santé, aussi modestes que soient les garanties. Les effectifs rassemblés dans ce cadre sont importants, même s'ils sont modestes en pourcentage. Ce résultat est évidemment lié à la démographie du pays, mais il découle aussi de la mise en place de réseaux sociaux très efficaces. La seconde remarque est que cette action est le résultat du fonctionnement de puissants organismes non gouvernementaux à finalité sociale, qui ont su mettre en place des dispositifs économiques viables en mobilisant les communautés. Le paradoxe est que ces organisations fonctionnent comme de grandes entreprises, très autonomes par rapport à l'État, et qu'elles donnent peu de pouvoir à la base, en dépit de quelques slogans sans portée pratique. Par rapport au développement de la micro-assurance, cela aboutit à un modèle original, très éloigné du mutualisme, mais apparemment efficace.

# Développer la micro-assurance de santé et l'assurance maladie dans les pays à faible revenu

## 3

### 3.1. Les orientations du développement de la micro-assurance de santé dans les PED

Les informations présentées et deux des études de cas permettent d'avoir une idée plus précise des formes que prend sur le terrain la micro-assurance de santé. Avec l'étude relative à l'Afrique du Sud, nous avons vu de façon plus générale comment d'autres dispositifs contribuent, par le truchement de l'assurance maladie, au développement social et à la lutte contre la pauvreté. Il convient maintenant d'analyser le processus de mise en application de ces formes et d'apprécier comment elles permettent, en pratique, d'atteindre les divers objectifs qui ont été assignés à la micro-assurance de santé et, plus généralement, à l'assurance maladie dans les PED. Pour cela, on reprendra la grille de lecture proposée au chapitre 1, qui fait s'intéresser successivement à la population visée, aux garanties proposées et aux modes d'organisation de l'activité d'assurance, puis aux objectifs de la micro-assurance de santé.

### 3.1.1. La population couverte par les dispositifs de micro-assurance

#### 3.1.1.1. Les problèmes de quantification liés à la nature des organismes et à leur recensement

Il n'est pas toujours facile de dresser un tableau quantitatif exhaustif de la population couverte par des formules de micro-assurance. Le caractère hétérogène des organismes de micro-assurance et le fait qu'ils aient des relations assez distendues avec les États ne facilitent pas leur recensement. La connaissance qu'on en a est assez partielle et, malheureusement, un certain nombre disparaissent quelques années après leur création, leur disparition n'étant pas alors forcément enregistrée.

#### Encadré 17.

#### **La mortalité des mutuelles et les sources relatives à la micro-assurance**

Il y a des raisons diverses à cette forte mortalité. La première est la dépendance fréquente des organismes vis-à-vis de l'appui extérieur qui, en fonction de la programmation des bailleurs, n'est pas continu. De nombreuses mutuelles ont ainsi été lancées et se sont éteintes ou ont stagné lorsqu'un programme s'est arrêté sans que les conditions d'autonomie de l'organisme aient été réunies. L'Afrique de l'Ouest est également le lieu d'une forte mortalité des organismes de type mutualiste, pour des raisons identiques. Dans l'Inventaire de la Concertation, 5,3 % des mutuelles recensées se déclarent en difficulté, ce qui signifie qu'elles ne sont plus fonctionnelles.

La deuxième cause de disparition des organismes est technique ou organisationnelle. Lorsque les paramètres des régimes ont été calculés sur des bases irréalistes, l'équilibre financier est vite rompu. On peut aussi avoir une augmentation des sinistres, soit aléatoire, soit liée au comportement des assurés, qui est difficile à gérer pour des organismes de petite taille, qui n'ont pas forcément mis en place des dispositifs de sécurité financière. Une autre situation correspond à des frais de gestion trop élevés ou à une désaffection des responsables, qui se lassent du bénévolat. Si les membres refusent d'aller plus loin,

notamment en acceptant des cotisations plus élevées, l'organisme s'arrête, mais souvent de façon officieuse.

Le programme STEP du BIT a commencé à la fin des années 1990 à recenser les organismes de micro-assurance mis en place dans le monde entier. Le *Compendium* ainsi produit a constitué un document intéressant, mais il était fondé sur une collecte d'informations produites par des personnes en poste sur le terrain ici et là, sans méthodologie véritable. Il était donc assez imprécis, incluait des organismes qui n'étaient pas (ou plus) fonctionnels ou dont la relation avec l'activité de micro-assurance était indirecte. La mise en place de la *Concertation* des acteurs du développement des mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest a permis de réaliser en 2000 un premier inventaire de ces organismes, avec un questionnaire unique et un mode de recueil multicentrique. L'inventaire a été renouvelé en 2003 avec un nouveau questionnaire, plus complet, notamment pour apprécier la fonctionnalité des organismes, et sur 13 pays. Le BIT a entrepris de réaliser à peu près simultanément un inventaire des organismes de micro-assurance en Afrique de l'Est et en Asie.

Les résultats de l'exploitation de la base de données issue de l'Inventaire 2003 de la Concertation fournissent des résultats intéressants pour l'Afrique de l'Ouest. Toutefois, l'enquête a porté sur des organismes de nature différente qui ne se sont pas tous définis comme des mutuelles de santé. On les désigne ici sous le terme générique de « système d'assurance maladie » (SAM). Les données de l'Inventaire ne sont donc pas directement comparables à d'autres, issues des mêmes pays, utilisées aussi dans ce travail. L'ensemble inventorié représente 622 organismes issus de onze pays francophones d'Afrique de l'Ouest et du Centre.

123

Le tableau 4 donne une vue d'ensemble des organismes recensés par l'Inventaire, par pays et selon le degré de fonctionnalité des SAM<sup>31</sup>. Si l'on considère seulement les

31. Le questionnaire de l'Inventaire permet de distinguer les SAM en activité effective, les SAM en gestation, qui ont tout juste commencé leur activité ou qui doivent le faire très prochainement, les SAM en projet qui commencent à se construire et les SAM en difficulté, qui sont très près de la cessation d'activité, quand cela n'est pas déjà fait. Ce sont les responsables d'organismes eux-mêmes qui se sont classés dans ces catégories, quatre d'entre eux restant non affectés.

organismes qui se déclarent fonctionnels, on obtient un ensemble de 366 SAM, d'où se détachent ceux du Sénégal (environ 90), devant ceux d'un groupe de pays (Bénin, Burkina, Côte d'Ivoire, Guinée et Mali) qui représentent chacun entre 35 et 60 SAM. Le Cameroun, puis le Niger, sont dans une fourchette de dix à 25 organismes. Les pays restants (Mauritanie, Tchad et Togo,) n'atteignent pas la dizaine de SAM fonctionnels.

Tableau 4.  
Répartition des SAM en Afrique de l'Ouest et du Centre, par pays et selon le degré de fonctionnalité

pays	SAM fonctionnels		SAM en gestation		SAM en projet		SAM en difficulté		Autres SAM		Ensemble inventorié	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
BÉNIN	43	4,7	8	5,6	3	3,9	0	0	0	0	54	8,7
BURKINA	36	9,8	34	23,9	17	22,1	4	12,1	1	25	92	14,8
CAMEROUN	22	6,0	6	4,2	8	10,4	2	0,6	0	0	38	6,1
RCI	36	9,8	1	0,7	0	0	3	0,9	0	0	40	6,4
GUINÉE	55	15,0	36	25,4	10	13,0	10	30,3	0	0	111	17,8
MALI	56	15,3	16	11,3	3	3,9	4	12,1	1	25	80	12,9
MAURITANIE	3	0,8	0	0	4	5,2	0	0	0	0	7	1,1
NIGER	12	3,3	3	2,1	2	2,6	1	3,0	1	25	19	3,1
SÉNÉGAL	87	23,8	36	25,4	16	20,8	9	27,8	1	25	149	24,0
TCHAD	7	1,9	0	0	0	0	0	0	0	0	7	1,1
TOGO	9	2,5	2	1,4	14	18,2	0	0	0	0	25	4,0
Total	366	100	142	100	77	100	33	100	4	100	622	100

124

On a estimé à environ 1,5 million de personnes la population couverte par les SAM recensés lors de l'Inventaire, ce qui correspond à une très faible proportion de la population des 11 pays où l'enquête a eu lieu (Letourmy *et al.*, 2004).

### 3.1.1.2. Taux de couverture et taux de pénétration

D'une manière générale, il se dégage des données publiées que les taux de couverture relatifs à l'ensemble de la population sont très faibles. Mais cet indicateur doit être interprété avec précaution.

On partira de l'exemple de l'Afrique de l'Ouest francophone. Le tableau 5 présente le nombre de mutuelles recensées dans cinq pays d'Afrique de l'Ouest en 1997, puis en 2000 (Guinée, Sénégal) ou 2003 (Bénin, Burkina, Mali), ainsi que le nombre (estimé) de bénéficiaires correspondants. En termes d'adhérents et de bénéficiaires, on voit que les mutuelles ne représentent qu'une infime fraction de la population, de 0,2 à 0,7 %.

Tableau 5.  
**Indicateurs de la situation des mutuelles en Afrique de l'Ouest**

Pays	Nb. de mutuelles en 1997	Nb. de mutuelles en 2000/03	Nb. de bénéficiaires estimé	Pop. en millions d'h. (taux de couverture)
MALI	7	23	34 000	10,9 (0,3%)
SÉNÉGAL	19	86	70 000	10,0 (0,7%)
BURKINA	6	44	26 000	11,0 (0,2%)
BÉNIN	11	25	30 000	6,3 (0,5%)
GUINÉE	4	15	15 000	6,5 (0,2%)

Sources : La Concertation, CIDR, Bationo et UTM.

Ce chiffre résulte de deux phénomènes. L'un correspond à la sensibilisation effectuée dans le pays et l'autre à l'adhésion véritable des populations sensibilisées. Or, la sensibilisation n'a été que partiellement réalisée, au gré des projets, en fonction des opérateurs d'appui, nationaux ou extérieurs, et selon la démarche de développement de la micro-assurance ou des mutuelles dans chaque pays. Il n'est pas facile d'évaluer le taux de sensibilisation dans un pays donné, mais, il est probablement de l'ordre de 10 à 20 % en Afrique de l'Ouest, compte tenu de l'accès aux médias de la majorité de la population.

Si l'on s'intéresse au taux de pénétration des mutuelles, en rapportant le nombre de bénéficiaires à l'effectif de population sensibilisée dans les projets lancés dans le pays, on obtient un résultat plus favorable. Par exemple, dans le projet appuyé par le CIDR au Bénin, le taux de pénétration atteint 20 % dans la région du Borgou. Dans le même ordre d'idées, la croissance du nombre de groupements (et de personnes

couvertes) est encourageante. Le cas du Burkina est significatif : partant de deux mutuelles en 1985, on est à plus de 40 aujourd'hui. Le constat de la progression du nombre d'organismes doit évidemment tenir compte de leur taille. De ce point de vue, l'Afrique de l'Ouest se caractérise par des groupements généralement de faible taille. Pour le Burkina par exemple, les groupements ont une taille moyenne de 578 cotisants.

La couverture observée en Inde et au Bangladesh appelle sans doute le même constat en termes de couverture. De fait, les effectifs correspondant aux dispositifs de SEWA, du BRAC, de DSK et de GK sont importants, mais rapportés aux populations nationales, on obtient un taux de couverture très modeste<sup>32</sup>. On ne peut ici parler d'effectifs moyens de groupements, puisque l'ensemble est consolidé, mais la densité de population rend évidemment plus facile la mobilisation d'un plus grand nombre de personnes sur un lieu donné. En revanche le taux de pénétration obtenu par ces quatre organismes est bon, voire excellent (tableau 6).

La démarche de sensibilisation apparaît donc comme très importante et il convient de s'interroger sur la façon de la mener ou sur les conditions les plus favorables à sa

Tableau 6.

**Indicateurs de la situation des micro-assurances de santé en Inde et au Bangladesh**

Organisme de micro-assurance	Potentiel ou cible de l'organisme (i)	Population sensibilisée	Nombre de bénéficiaires	Taux de pénétration
Sewa (Inde)	680 000	535 000	102 000	19 %
BRAC (Bang.)	70 000 000	65 700	34 150	52 %
GK. (Bang.)	70 000 000	330 000	262 000	79 %
DSK (Bang.) (ii)	3 000 000	80 000	80 000	100 %

**Notes :** (i) les chiffres relatifs aux potentiels sont dépendants des déclarations des personnes interviewées ; (ii) le régime de DSK est obligatoire.

32. SEWA a 102 000 bénéficiaires et la population de l'Inde est de plus d'un milliard d'habitants. L'ensemble des bénéficiaires de BRAC, GK et DSK est de 376 150 la population du Bangladesh est de l'ordre de 140 millions d'habitants, ce qui donne un taux de couverture de 0,3 % !

réussite. En tout état de cause, la lenteur du processus de diffusion est commune à tous les terrains et l'appropriation du concept d'assurance par les populations rencontre des résistances.

3.1.1.3. La sensibilisation et le mode de constitution des organismes de micro-assurance

Les expériences de terrain montrent que deux facteurs paraissent jouer favorablement dans l'adhésion de la population à la micro-assurance : la proximité de l'instance de promotion et l'apprentissage de l'action collective.

Un exemple de l'effet du premier facteur en Afrique de l'Ouest est donné par la démarche menée par le CIDR, qui prône l'autopromotion de la micro-assurance de santé en milieu rural et qui a adapté sa démarche d'appui en fonction de ce concept. Les résultats obtenus au Bénin et en Guinée forestière montrent que la présence de longue durée d'une équipe d'appui très proche de la population cible améliore nettement l'efficacité de la sensibilisation, en prolongeant l'effet ponctuel des actions directes comme les réunions collectives ou les ateliers. En revanche, la promotion externe a peu de chances de déboucher sur une sensibilisation efficace ou rapide.

127

L'étude de cas menée au Bangladesh montre clairement que la sensibilisation à l'assurance menée sur un terrain où l'organisation d'appui est bien implantée permet d'obtenir une pénétration meilleure et plus rapide. Mais ce qui est en cause dans ce pays va au-delà de la proximité de l'appui : c'est la cohésion sociale existant *a priori* grâce à d'autres activités pour lesquelles des collectifs ont été mobilisés ; c'est aussi la confiance dans l'organisme de promotion.

A cet égard, il ne faut probablement pas imputer le succès de la sensibilisation à l'assurance à la nature de l'activité qui a préparé le terrain, mais bien aux mécanismes de socialisation que cette activité a déclenchés. Ce n'est pas forcément le microcrédit,



en tant que tel, qui facilite la sensibilisation à l'assurance, mais l'organisation sociale particulière qu'il a contribué à mettre en place qui est efficace. L'existence préalable du microcrédit est à l'évidence un facteur positif, comme on l'a vu au Bangladesh et au Mali. Mais, dans la mesure où il ne suffit pas à faire comprendre la nature de l'assurance, voire fait naître une confusion, on doit attribuer ses effets à la cohésion ou à la confiance entre les personnes qu'il a permis d'instaurer sur ces terrains. C'est donc plus la manière dont le microcrédit a été développé au Bangladesh et au Mali par le CIDR qui est un facteur de sensibilisation. Autrement dit, le microcrédit pourra, ailleurs et avec d'autres structures d'appui pour l'assurance, n'avoir aucun effet sur la sensibilisation à la micro-assurance de santé.

La situation de la micro-assurance en Afrique de l'Est (Kenya, Ouganda et Tanzanie), renforce cette analyse. D'une part, les mutuelles constituées à partir de l'offre de soins sont plutôt décevantes. Cela est peut être lié au fait que la participation communautaire, définie formellement dans cette démarche de montage de micro-assurance à partir de l'offre, ne suffit pas à contrebalancer le pouvoir de décision des médecins qui gèrent concrètement les régimes. Sur ces terrains, les relations avec l'offre de soins n'ont pas préparé une base de socialisation suffisante. D'autre part, le montage de mutuelles à base communautaire s'est heurté à la transformation de la sensibilisation formelle en appropriation des mécanismes solidaires et assurantiels par les communautés. En Tanzanie, les *Community Health Funds* (régimes volontaires) qui sont développés par le ministère de la Santé (Hemed, 1999) sur le modèle des *Water Funds*, après une expérimentation à Igunga et dont l'évaluation avait déjà révélé les difficultés de la démarche, peinent à recueillir des adhésions. Elles ne donnent pas beaucoup de place à la participation. Surtout, les promoteurs sont les agents de l'administration de la santé qui n'ont pas la confiance des communautés. Pour l'Ouganda, on se reportera à une étude récente du Department for International Development (DFID) qui montre le peu de succès et la stagnation des mutuelles dans ce pays (Magezi *et al.*, 2002). Enfin, les difficultés rencontrées au début par le CIDR au Kenya et en Ouganda (et les

changements de méthode qui en ont découlé) indiquent qu'il faut mettre en place une démarche de sensibilisation adaptée aux communautés pour réussir.

L'importance de la sensibilisation amène les promoteurs ou les opérateurs d'appui à tenir compte de l'organisation sociale et spatiale des groupes. Cela conduit malheureusement à monter des organismes de micro-assurance de petite taille et pose la question de leur viabilité. Les résultats de l'Inventaire de la Concertation sont éloquentes à cet égard (Letourmy *et al.*, 2004).

Ils montrent que neuf organismes sur dix ont moins de 1 000 adhérents, que huit organismes sur dix couvrent moins de 1 000 personnes et qu'environ la moitié des SAM ont moins de 650 bénéficiaires. C'est une bonne illustration du terme de « micro-assurance », mais la situation n'en est pas pour autant satisfaisante en termes de viabilité des régimes proposés par les SAM. Les modalités de constitution des SAM expliquent probablement le petit nombre de personnes couvertes par les organismes. La taille de la population cible qu'ils se donnent est souvent faible. Elle est caractérisée surtout par sa localisation dans un milieu (rural ou urbain), sans qu'on puisse en déduire que l'assurance maladie s'adresse à des groupes particuliers ou qu'elle vise une diffusion territoriale assez étendue. Les figures de la mutuelle de village ou de la mutuelle de quartier sont très bien représentées dans ce processus.

La création des SAM ne semble pas s'être accompagnée de la recherche fréquente de groupes cibles dotés d'une cohésion professionnelle ou inscrite dans l'espace de façon à bénéficier, par exemple, d'une répartition rationnelle de l'équipement (district, région). L'impression prévaut qu'une multitude de groupes sans identité économique ou sociologique affirmée se sont engagés dans l'assurance maladie, comme dans d'autres activités susceptibles d'améliorer leurs conditions d'existence, mais à petite échelle et de façon isolée. Il ne leur est pas facile de trouver des formes de connexion entre eux, dès lors qu'il n'existe pas, dans

l'environnement, de structures faïtières déjà constituées, susceptibles de leur fournir un mode de structuration.

Sans doute faut-il nuancer cette interprétation et envisager que d'autres dynamiques sont à l'œuvre (mutuelles professionnelles, développement organisé dans le cadre d'une politique nationale, mise en place de coordinations géographiques), mais elles ne semblent pas majoritaires.

La place des communautés dans les processus de constitution des SAM n'est probablement pas aussi simple qu'on aurait pu l'imaginer. Certes, celles-ci sont impliquées dans la création des organismes, mais quel rôle de promotion ont-elles réellement joué ? En revanche, le poids d'acteurs externes (nationaux ou étrangers) dans le processus paraît effectif. On s'attendrait à ce que certains d'entre eux aient accompagné les organismes dans leur montée en charge. C'est l'impression inverse qui prévaut. La fonctionnalité des SAM semble plutôt corrélée à la diminution ou au retrait de l'aide extérieure. Peu de SAM reçoivent un appui durable et entretiennent des relations avec des organismes équivalents de pays développés. La Concertation elle-même a du chemin à parcourir pour rompre l'isolement de la majorité des SAM.

#### 3.1.1.4. Les catégories de population effectivement touchées

En reprenant les expériences qui ont fourni le matériau à cette étude, on peut suivre Jacquier et Dror : la micro-assurance de santé ne s'adresse pas tant aux pauvres qu'aux exclus, qui sont ceux qui « souffrent d'une participation et d'un accès inapproprié à la vie sociale » (Dror et Jacquier, 1999). Des régimes d'assurances comme *Umasida* en Tanzanie ou *Sewa Insurance* en Inde s'adressent à une population bien ciblée, correspondant à des travailleurs ou travailleuses du secteur informel, organisés au sein de coopératives ou de syndicats. De son côté, *l'Association por Salud de Barillas* au Guatemala s'adresse à un groupe de population apparemment plus hétérogène – les habitants de la commune de Barillas – mais qui correspond à une région rurale isolée,

constituée majoritairement de planteurs de café et de travailleurs du secteur informel. Le *Nkoranza Community Health Insurance Scheme* au Ghana s'adresse en priorité à la population rurale de la région de Brong Ahafo, constituée essentiellement de paysans et de fermiers. Enfin, les populations assurées en Afrique du Sud ou au Zimbabwe par les régimes d'assurance à faible coût des gestionnaires d'assurances de santé privées appartiennent à la fois aux secteurs formel et informel de l'économie, les travailleurs du secteur formel étant majoritairement des salariés ou des fonctionnaires, dont les revenus ne leur permettent pas d'adhérer à un régime d'assurance privé classique.

Toutefois, lorsque l'exclusion est provoquée principalement par une insuffisance de ressources, la distinction entre pauvreté et exclusion, qui déplace le centre d'attention du lien entre pauvreté et santé vers le lien entre degré d'appartenance sociale et santé, perd de sa pertinence. L'ensemble des populations concernées peuvent être considérées comme « pauvres », dans la mesure où « *elles n'ont pas accès à certains biens et services en raison de ressources matérielles inégales* » (Dror et Jacquier, 1999). Les salariés du secteur public sud-africain sont pauvres au même titre que les habitants de Barillas, puisque leurs revenus ne leur permettent pas d'accéder à des soins de qualité. Que les niveaux de revenu du fonctionnaire sud-africain et du planteur de café guatémaltèque ne soient pas comparables n'y change rien : le résultat en termes d'accès aux soins est le même.

Si les dispositifs de micro-assurance ne ciblent pas tous les pauvres, c'est parce que l'assurance suppose une capacité contributive. Les personnes sans ressources rencontrent *a priori* des difficultés à s'acquitter de leurs cotisations. Plusieurs études montrent que la population des adhérents de mutuelles fait partie de catégories plus favorisées que les non-adhérents (voir par exemple le cas du Sénégal ; Diop, 2004). Aussi faut-il aller plus loin que la distinction précédente et s'interroger sur la capacité contributive des exclus « récupérables » par la micro-assurance ainsi que sur la façon dont la micro-assurance traite les indigents ou les « ultra-pauvres ».

Les expériences étudiées répondent assez clairement à ces interrogations. Au sein des exclus sociaux, ce sont ceux qui disposent le plus de ressources qui adhèrent préférentiellement aux organismes de micro-assurance ou aux mutuelles. En Afrique de l'Ouest, ce sont les fonctionnaires ou les salariés d'entreprise sans couverture maladie ou bien les paysans dans des zones de culture de rente (Bénin, sud Mali). En Afrique du Sud, le coût des primes des *low-cost options* limite l'accès à l'assurance des personnes sans couverture et ce sont donc les employés du secteur formel les mieux lotis qui y adhèrent. A Dakha, les assurés de DSK sont ceux qui peuvent emprunter, parce qu'ils possèdent un potentiel de gain de ressources lié à une activité.

Quant aux vrais indigents, ils ne profitent pas du système, sauf dans les situations de forte cohésion sociale qui ne s'observent que sur des territoires circonscrits (mutuelle de Nongon au Mali, mutuelles rurales du Bénin) ou bien s'il existe une volonté délibérée de leur donner accès aux soins ou de les associer aux régimes, en payant pour eux (au Bangladesh par exemple). Mais il faut pour cela que les régimes ou les organismes qui les supportent aient une capacité de redistribution suffisante : le fonds créé par *Grameen* provient d'autres activités, les ressources des villages maliens ou béninois proviennent du coton. L'extension de la micro-assurance aux plus pauvres dépend donc de son développement dans un contexte où il existe un surplus et où l'idée de partage de ce surplus est admise.

132

#### **3.1.2. Les garanties proposées**

Les résultats de l'Inventaire de la Concertation pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre sur les paramètres des régimes d'assurance proposés par les SAM fonctionnels inventoriés sont représentatifs de ce que l'on observe de façon plus générale

Un premier constat s'impose : les garanties des régimes recensés sont proportionnées aux ressources des populations cibles et sont, de ce fait, généralement

limitées en termes de couverture financière ou incomplètes en termes de panier de soins. Lorsque ce n'est pas le cas, le succès des régimes volontaires est modeste, voire très faible (*low-cost options* en Afrique du Sud, options privées de l'UTM au Mali).

#### Encadré 18.

#### **Les résultats de l'Inventaire de la Concertation sur les régimes d'assurance offerts par les SAM fonctionnels**

Si les caractéristiques techniques des régimes d'assurance maladie proposés par les SAM varient beaucoup, quelques tendances fortes ressortent de l'Inventaire.

En premier lieu, l'adhésion volontaire, individuelle ou familiale, est dominante et un nombre important de SAM déclarent imposer le respect de critères statutaires, ce qui limite d'emblée leur population cible. Les cotisations demandées sont faibles et majoritairement forfaitaires, collectées le plus souvent par versement direct des adhérents. En moyenne, moins de 200 FCFA sont demandés par personne couverte et par mois, ce qui constitue une offre particulièrement bien adaptée aux ressources de la majorité des pays concernés.

Ce niveau de cotisation ne peut s'accommoder d'une garantie très complète et conduit automatiquement à des prestations servies par les formations du secteur public de soins. Peu de SAM de l'Inventaire offrent l'accès au secteur privé.

La couverture du petit risque, incluant la prise en charge de médicaments génériques, ainsi que le suivi de la grossesse et de l'accouchement, est le plus souvent retenue par les SAM. La dépense de médecine spécialisée et le risque hospitalier sont moins souvent couverts. Sans doute faut-il y voir le résultat des souhaits exprimés par les adhérents, peu enclins à envisager la probabilité de recours à l'hôpital et à mesurer le coût qui lui est associé.

Orientées vers la couverture du petit risque, les garanties des SAM les exposent *a priori* à une forte sinistralité et la fréquence de la tarification à l'acte témoigne en même temps d'un faible partage du risque avec les prestataires de soins. Pour pallier cette vulnérabilité, nombre d'entre eux limitent leur engagement financier. S'ils offrent le plus souvent un système de tiers payant, ils imposent assez systématiquement des tickets modérateurs relativement élevés. Il n'est donc pas évident qu'ils réussissent à proposer des produits

attractifs et qu'ils abaissent de façon suffisante la barrière financière d'accès aux soins. La générosité des SAM semble limitée et peu d'entre eux ouvrent leurs prestations à des personnes qui ne contribuent pas.

L'accès aux soins est encadré par les conventions que les SAM passent avec les formations de soins. Mais le contenu de celles-ci, censées garantir la qualité des soins aux adhérents, est difficile à apprécier au vu de l'information recueillie. En tout cas, il ne semble pas très novateur pour les conditions tarifaires obtenues. Le remplacement du paiement à l'acte semble difficile à négocier, encore plus avec les formations privées qu'avec celles du secteur public

On rencontre assez peu d'exemples de couvertures complètes ou à peu près complètes, au sens où le bénéficiaire aurait accès à toute la gamme des services de soins dans le cadre de son assurance. Le régime de l'*ORT Community Multipurpose Cooperative* de *La Union* aux Philippines offre par exemple un panier important comprenant l'ensemble des soins primaires et secondaires. Il couvre les soins de santé primaires dispensés dans ses propres structures et les soins hospitaliers, grâce à son réseau de soins contractuels. La garantie de l'UTM au Mali est également complète, utilisant des formations conventionnées, mais elle laisse aux malades des co-paiements non négligeables. Les *Medical Schemes* d'Afrique du Sud sont obligés par la loi d'offrir une couverture complète, mais les options *low cost*, qui peuvent donner une couverture des soins primaires de bonne qualité (avec *Primecure* par exemple) se contentent de prendre en charge les soins hospitaliers dans les établissements publics, à la différence des contrats à coût moyen ou élevé qui donnent accès aux hôpitaux privés.

La majorité des garanties ne couvre qu'une partie des risques ; celles qui privilégient l'accès aux services hospitaliers ne sont pas les plus fréquentes et elles sont souvent sélectives à ce niveau. Il existe évidemment une exception dans cet ensemble de garanties centrées sur le gros risque : ce sont celles qui correspondent à des régimes

intégrés à l'offre de soins, puisque c'est souvent un hôpital qui a lancé l'assurance. Le *Nkoranza Community Health Insurance Scheme* au Ghana représente un cas typique de garantie large au niveau des soins hospitaliers. Sinon, on a affaire à des garanties centrées sur le gros risque, mais ne prenant en charge que les soins les plus urgents ou correspondants à une situation pathologique dont le pronostic est mauvais. Par exemple, les garanties mises au point par le CIDR au Bénin, en Guinée forestière ou aux Comores concernent de façon privilégiée les hospitalisations programmables et secondairement les soins primaires à caractère urgent. L'assurance maladie de SEWA couvre ses assurés contre des risques importants et limités (hospitalisations), même si la garantie inclut l'accès à quelques services complémentaire. La *Mutuelle Famille Babouantou* de Yaoundé vise aussi prioritairement la couverture de soins hospitaliers urgents.

Il existe aussi un certain nombre de garanties partielles créées pour répondre à un besoin particulier, lié notamment à la particularité des cotisants, et qui ont un caractère hybride en termes de formations de santé associées. L'association mutuelle *Umasida* gère ainsi pour la coopérative *Dasico* une garantie en cas d'intervention chirurgicale sur une hernie discale ou pour les contrôles et les traitements de l'hypertension. La mutuelle *Kènèya So*, comme toutes les mutuelles de femmes, privilégie une garantie couvrant des soins de premier niveau et des services liés à la grossesse. Dans ce cas, certaines prestations sont servies à l'hôpital, mais le gros risque n'est néanmoins pas privilégié.

Un grand nombre de garanties partielles privilégient les soins primaires, en ajoutant éventuellement une prestation particulière qui suppose un accès à l'hôpital, par exemple pour les accouchements dystociques ou les interventions en urgence. L'*Association por Salud de Barillas* du Guatemala a ainsi passé contrat avec deux types de structures de soins présentes dans la zone de Barillas – avec les structures de soins de santé primaires publiques, d'une part, et le *Bethesda Hospital*, d'obédience protestante,



qui prend en charge les soins de niveau secondaire en cas d'urgence d'autre part. Les assurances maladies organisées au Bangladesh illustrent aussi ce type de garantie, de même que nombre de garanties offertes par des mutuelles en Afrique de l'Ouest.

S'il faut insister sur la place des garanties privilégiant la couverture du petit risque, c'est que la réalité du terrain va à l'encontre des préconisations de certains experts. Ceux-ci voient souvent l'intervention de l'assurance maladie au niveau de la couverture du gros risque et estiment que les tarifs des soins primaires sont à la portée des ressources ordinaires des familles. Ces préconisations n'ont pas été suivies, pour diverses raisons. L'une est que l'offre de soins disponible conditionne la garantie. Pour la micro-assurance intégrée à un hôpital, cela joue en faveur de la couverture du gros risque. Mais pour tous les régimes créés de façon différente, ce qui est majoritairement le cas, la nature des formations sanitaires présentes dans la zone de résidence des assurés est primordiale.

Les centres de santé sont par définition à proximité des populations et constituent le premier type de formations susceptibles de servir une prestation. Les formations hospitalières sont plus rares et sont plus souvent en situation de monopole<sup>33</sup>, ce qui leur donne un pouvoir discrétionnaire à l'égard des organismes de micro-assurance qui cherchent à passer une convention avec elles. Elles ne sont pas prêtes à s'engager sur un tarif fixé d'avance, à accepter des formules de tiers payant ou à organiser un accès particulier aux assurés. D'une façon générale, négocier avec un hôpital n'est pas à la portée des responsables de micro-assurance.

Une autre raison de la prédominance de la couverture du petit risque tient au type de population couverte et à la participation des communautés à la définition des

33. Le cas de mise en concurrence de formations hospitalières est évidemment très rare, mais il existe dans certaines régions ou certains pays. Le cas de l'*Association por Salud de Barillas* est intéressant à cet égard. Un autre prestataire de soins de niveau secondaire, la *Catholic Church Clinic*, cherche à récupérer le contrat avec l'association en lançant la construction d'une nouvelle structure de soins susceptible de dispenser plus de services que le *Bethesda Hospital*.

prestations. Les populations ne tiennent manifestement pas le même raisonnement que les experts. Elles attendent de l'assurance qu'elle couvre les situations les plus fréquentes de recours aux soins. Elles ont sans doute tort du point de vue de la viabilité de la micro-assurance. Mais, quand elles ont le pouvoir de décision, c'est la condition de leur adhésion au système et les promoteurs extérieurs sont obligés de leur donner satisfaction, au mieux en les avertissant du risque de surconsommation<sup>34</sup>. Du point de vue des populations, dans un contexte de gouvernance profane et de gestion participative, la micro-assurance n'aurait donc pas à privilégier la couverture du gros risque<sup>35</sup>. Toutefois, les choix faits au Bangladesh ne se justifient pas entièrement par les préférences de la population, car ce sont les ONG qui ont décidé de cibler la garantie de la micro-assurance sur les soins primaires et la prévention. Leur argumentation est importante et repose sur deux aspects. D'une part, l'accès à ces services de base dépasse déjà la capacité contributive individuelle des ménages et la mutualisation du risque est intéressante dès le niveau primaire. D'autre part, ce sont ces services qui sont les plus efficaces, compte tenu des besoins de santé des groupes ciblés. Plus la population ciblée est pauvre, plus la couverture du petit risque prend de l'importance au sein des garanties de la micro-assurance.

### **3.1.3. Les modes d'organisation de la micro-assurance de santé**

137

#### 3.1.3.1. Le statut juridique des organismes

Les expériences étudiées n'apportent pas d'éléments nouveaux sur la question du statut juridique des organismes de micro-assurance de santé. Cette question concerne la nécessité d'un tel statut lié à la nature de l'activité et au fonctionnement des entités qui diffusent les produits, dans le contexte d'un développement de la micro-assurance

---

34. On se reportera à cet égard à l'expérience du CIDR au Bénin.

35. Comme l'ont indiqué Dror et Jacquier (*op. cit.*).

vers le secteur informel. Les organismes rencontrés ne disposent en général pas de statut qui traite spécifiquement ces aspects, pourtant considérés comme très importants pour pérenniser et étendre l'activité. Il faut évidemment que l'effectivité des prestations consécutive à la collecte de cotisations soit vérifiable. Le respect de règles prudentielles, impliquant la constitution de réserves et l'appréciation correcte de la situation d'un organisme de micro-assurance en termes de gestion du risque, est la clé du bon développement de l'assurance maladie.

L'ensemble de ces conditions mérite une traduction juridique, qui permet de mettre en place un contrôle interne (cas des mouvements mutualistes) et externe, par l'État principalement. Il en va de la protection des assurés et de la viabilité des organismes. De plus, lorsque les organismes gestionnaires mettent en avant la participation des cotisants à la gouvernance ou à la gestion, il convient que des dispositions concrètes existent pour codifier cette implication. A nouveau, la définition d'un corpus juridique s'impose.

Pratiquement toutes les expériences de micro-assurance faites dans un cadre privé non lucratif, sous forme mutualiste ou non, sont menées sans référence à un droit qui codifierait l'activité d'assurance exercée dans un cadre d'économie sociale. Les organismes s'intitulent pourtant ONG, association, coopérative ou mutuelle et ils obtiennent un agrément dans ce cadre, indépendamment de l'activité exercée. Cela ne se traduit pas, à notre connaissance, par l'obligation de rendre compte de résultats techniques ou financiers.

Le cas malien est apparemment différent puisqu'il existe, depuis 1996, un Code de la mutualité, qui fixe des règles de gestion de régimes d'assurance et de fonctionnement des organismes. Ce code sert surtout à imposer une procédure administrative d'agrément assez lourde et en fait peu cohérente avec les objectifs d'un droit spécifique aux mutuelles. Elle associe l'administration territoriale, qui n'a

aucune capacité à apprécier les paramètres de l'activité, et le ministère en charge de la tutelle des mutuelles, qui est loin du terrain et qui n'a pas encore véritablement mis en place les outils lui permettant d'exercer cette tutelle. En pratique, le code est à usage interne au sens où c'est l'UTM qui vérifie la conformité à la loi des statuts et des règlements intérieurs des groupements qui se créent. Mais l'UTM n'a qu'un pouvoir limité pour effectuer le suivi de l'activité – celui que lui concèdent les mutuelles elles-mêmes. Le contrôle interne de ce qui se passe sur le terrain est observable aussi dans le cas des ONG qui pilotent le développement de la micro-assurance, comme on l'a vu au Bangladesh. Mais dans ce cas, l'organisme a mis au point ses propres règles et ses indicateurs de suivi, sans référence à un corpus juridique s'imposant à tous.

Sur cette question, on ne peut pas manquer de faire un parallèle avec les contraintes imposées aux organismes privés à but lucratif qui exercent l'activité d'assurance. La situation des *Medical Schemes* sud-africains illustre une situation de tension permanente entre les organismes qui orientent leur activité en fonction de leur intérêt propre et les pouvoirs publics, qui sont censés représenter l'intérêt général. Pour les *Medical Schemes* et les entreprises qui les administrent, c'est la régulation de l'activité qui vient entraver le développement des *low-cost options*. On a vu que cette argumentation n'était pas vraiment fondée, mais on a l'exemple d'une incidence du statut juridique sur le fonctionnement d'un marché.

Dans le cas des activités sans but lucratif, le problème majeur est évidemment la faiblesse de l'État, qui rend pour l'instant illusoire l'intervention publique sur le secteur. La question posée renvoie à un dilemme classique : faut-il attendre le renforcement de l'État pour mettre en place dans les pays en développement des statuts juridiques adaptés à l'activité de micro-assurance et laisser entre temps le secteur s'organiser sans contraintes ? Ou bien faut-il inciter les États à légiférer et à se doter d'instruments de tutelle, pour rendre l'activité de micro-assurance plus stable et renforcer le rôle des

pouvoirs publics ? Il semble actuellement que les partenaires du développement aient tranché en faveur de la seconde approche.

#### 3.1.3.2. La participation des populations à la gouvernance et à la gestion

La participation des populations est en principe consubstantielle à la promotion de la micro-assurance de santé (Dror et Jacquier, 1999). Les expériences étudiées conduisent à nuancer cette affirmation et l'on peut trouver ici des arguments en faveur de la classification proposée par Atim<sup>36</sup>, fondée sur les liens variables entre le régime et les assurés. Mais ces liens résultent autant de la sollicitation faite en direction des communautés que de leur volonté propre à s'impliquer quand la possibilité leur en est offerte.

L'Inventaire de la Concertation<sup>37</sup> témoigne de l'implication des représentants des adhérents dans le fonctionnement courant des SAM, à travers la mise en place des organes et des procédures statutaires classiques. Mais l'implication des adhérents eux-mêmes intervient surtout pour les choix initiaux relatifs aux prestations ou au niveau de cotisation et est plus limitée lorsqu'il s'agit des décisions à caractère stratégique et des perspectives d'avenir des organismes.

140

L'Inventaire révèle en même temps un déficit global d'outils de suivi des SAM à la disposition des responsables et une tendance à l'abandon de ceux mis en place au départ. On peut faire l'hypothèse d'une focalisation des responsables sur le problème de la collecte des cotisations et de la rentrée des ressources. Il s'ensuit une sous-estimation de la gestion du risque et des aspects relationnels du fonctionnement des SAM.

---

36. Voir 1.1.

37. Voir Letourmy *et al.*, 2004.

Dans le cas de micro-assurance montée par un hôpital et plus généralement liée à l'offre de soins, la place faite *a priori* à la gestion par les assurés est modeste. Leur possibilité à participer aux décisions est donc faible. De même, les dispositifs dont le promoteur est l'administration publique de la santé (*Community Health Funds* de Tanzanie par exemple) ne se prêtent pas à la participation communautaire. Enfin, les formules de micro-assurance lancées par les ONG bangladeshis ou en Inde laissent aux membres des petites responsabilités de gestion, mais les excluent pratiquement des processus de décision. Toutefois, ces membres ont la possibilité d'exprimer leur point de vue et la réactivité de la hiérarchie semble assez remarquable. Mais dans tous ces cas de figure, la place prévue pour la participation des communautés est assez faible.

Pour les mutuelles, la situation est différente, au moins au départ. La participation est sollicitée pour définir les prestations et les assemblées générales sont le lieu théorique de prise de décision, notamment pour ce qui engage durablement les groupements. Dans cette ligne, des opérateurs d'appui comme le CIDR ont organisé leur activité sur le concept d'autopromotion, qu'ils ont déjà utilisé pour l'aide aux projets de microfinance et aux micro-entreprises. L'observation du terrain en Afrique de l'Ouest montre que la participation est effective au moment du lancement et dans des contextes véritablement communautaires, notamment en milieu rural. Mais lorsque les relations sociales sont distendues et dès que les projets prennent de la consistance, la participation devient nettement plus faible et est limitée aux manifestations statutaires. Dans certains cas, les cotisants ne souhaitent même pas s'impliquer. Par exemple, le produit proposé par l'UTM aux mutuelles urbaines répond à une demande de celles-ci qui ont souhaité, dans leur majorité, être soulagées de la conception et de la gestion de l'assurance, ainsi que des problèmes de décision qui en découlent. Au Bénin, le CIDR a constaté une baisse de la participation et une plus grande difficulté à trouver des administrateurs bénévoles, au fur et à mesure que l'organisation mutualiste prenait de l'ampleur. Dans ces deux pays, le succès des projets se traduit par la professionnalisation

de la gestion qui entraîne une baisse de la participation des assurés. Une étude qualitative approfondie (Miller Franco *et al.*, 2004) menée au Sénégal indique que la participation des intéressés est forte au moment du lancement, puisqu'on assiste à un relatif éloignement des membres par rapport à la prise de décision.

Peut-on déduire de ces observations que la participation sociale est inutile et qu'il vaut mieux asseoir le développement de la micro-assurance sur une organisation professionnelle performante ? Probablement pas car, au sein du secteur informel, les populations sont méfiantes à l'égard de ceux qu'elles ne connaissent pas et qui viennent leur proposer un produit ou un service. Mais il faut envisager le plus vite possible de trouver des modalités de communication entre ceux qui gèrent et ont le pouvoir en pratique, et les bénéficiaires de l'activité. Il faut aussi s'interroger sur le mode de contrôle des professionnels par la société civile.

#### 3.1.3.3. L'intégration de l'activité d'assurance au sein d'entreprises ayant une autre activité principale

L'intégration de l'assurance de santé à une autre activité dominante ne conduit pas à la conviction forte que cette stratégie est efficace, quelle que soit l'activité.

142

#### *L'assurance et l'offre de soins*

S'agissant d'intégration de l'assurance à l'offre, quelques succès sont à prendre en considération (*Nkoranza, Bwamanda*), mais les échecs ne manquent pas non plus<sup>38</sup>. Les expériences menées en Afrique de l'Est ne sont guère convaincantes. Les mutuelles qui ont cherché à s'articuler trop étroitement à une formation hospitalière ont connu de nombreuses difficultés, comme la mutuelle de Bobo Dioulasso au Burkina Faso. Dans ce cas, même si toutes les raisons de l'échec ne se trouvent pas à l'hôpital,

38. La thèse de Criel (*op. cit.*) présente à la fois le succès de Bwamanda et deux autres échecs qui sont en grande partie imputés au déficit d'association des populations.

la relation entre la mutuelle et les médecins a été une des causes du déséquilibre technique.

La leçon qui se dégage des expériences où l'offre de soins a une position dominante et monopolistique est que l'attractivité du régime dépend entièrement des services rendus par l'établissement. Si ceux-ci sont de bonne qualité, ce qui renvoie le plus souvent à la compétence et au comportement de l'équipe soignante et des gestionnaires, l'assurance peut être lancée avec des chances de rencontrer une demande. Elle se développe d'autant plus que la garantie est étoffée et qu'une certaine diversification des prestataires apparaît. En revanche, si la population a quelques réticences à l'égard de l'établissement, c'est-à-dire de l'équipe soignante ou des gestionnaires, le régime d'assurance ne fera pas recette. Cette analyse peut être transposée dans le cas symétrique d'intégration de l'offre, avec la création d'un centre de santé ou d'une clinique par une mutuelle. En effet, on retrouve la même situation de dépendance de la garantie à l'égard des services de soins. Lorsque l'équipe soignante et gestionnaire est appréciée, l'existence du centre de santé représente un avantage supplémentaire. Mais si certains personnels ne sont pas appréciés, il s'ensuit une désaffection de tout ou partie du centre et une pénalisation de l'assurance. Le projet de mutuelles rurales du Bénin appuyé par la Mutualité sociale agricole illustre bien cette difficulté.

#### *L'assurance et la microfinance*

L'intérêt de l'association de la micro-assurance à la microfinance est apparemment plus grand. Selon les dires des responsables, la possibilité de recours aux soins améliorerait les taux de remboursement des emprunts. Parallèlement, la micro-assurance bénéficierait au moins dans sa phase de démarrage de la logistique et du réseau de l'IMF. Il y aurait donc un avantage réciproque à articuler les deux activités. Mais la question mérite une appréciation un peu plus nuancée. Les expériences de micro-assurance de santé associées (intégrées ou en partenariat) à des organismes



de microfinance sont encore peu développées, assez récentes (le principe ne se développe que depuis la seconde moitié des années 1990) et demeurent limitées en termes de garanties comme on a pu le voir dans les cas des ONG au Bangladesh. Néanmoins, il est déjà possible, à l'instar d'une des rares études réalisées sur le sujet (Balkenhol et Churchill, 2003), de dégager de manière empirique un certain nombre de réflexions sur l'état de l'association. On suggérera dans un premier temps trois points techniques : l'apport de la microfinance en termes d'effectifs, par rapport à la viabilité financière des expériences et par rapport aux garanties proposées. Dans un deuxième temps, on considèrera cet apport par rapport aux objectifs possibles assignés au développement de la micro-assurance de santé à savoir : (i) la lutte contre la pauvreté, (ii) l'amélioration du fonctionnement du secteur de la santé et (iii) l'extension du marché de l'assurance.

Le lancement de la micro-assurance bénéficiera de la logistique et du réseau social déjà créés. La microfinance facilite le développement de la micro-assurance du point de vue des effectifs comme de la viabilité financière. En termes d'effectifs, le démarrage de *Kènèya So* au Mali a ainsi été assez rapide, comparé à celui de mutuelles ordinaires. Les expériences asiatiques, qu'il s'agisse du Bangladesh (BRAC, GK et DSK) ou de l'Inde (*SEWA Insurance*), sont également démonstratives. La préexistence d'un réseau de clients de l'IMF peut faciliter le démarrage du produit assurantiel. La logistique de l'IMF peut aussi faciliter la diffusion du produit. Encore faut-il que l'IMF ait fait ses preuves auprès de sa clientèle. Il convient donc de distinguer les structures solides et les structures plus fragiles de microfinance.

Dans les expériences asiatiques, les réseaux existent depuis fort longtemps et ont atteint des tailles garantissant une confiance éprouvée de leur clientèle. Mais la question se pose quand il s'agit de structures plus récentes et de plus petite taille. Dans un tel contexte, l'effet peut ne pas être immédiat ou bien ne pas durer dans le temps. Comme on l'a mentionné plus haut, il n'est pas certain que l'intérêt d'articuler la mutuelle et

l'organisme de microfinance soit durable dans l'expérience malienne de Mopti. La mutuelle a bénéficié au démarrage du réseau de la structure de microfinance de taille modeste comparé aux effectifs rencontrés au Bangladesh. Mais au bout d'un an d'activité, il semble que la mutuelle ait épuisé le réservoir de bénéficiaires disponibles grâce à l'IMF et la mutuelle élargit aujourd'hui le champ de sa population cible au-delà de la clientèle de l'IMF

Le même type de constat peut être fait pour l'apport de la microfinance à la viabilité financière de la micro-assurance. On a vu dans l'expérience de *Kènèya So* comme dans les expériences asiatiques que la gestion courante était simplifiée par les liens existants avec l'IMF. Les structures de gestion des IMF permettent à la micro-assurance de santé de réaliser des économies d'échelle et de réduire les dépenses de fonctionnement au moins dans un premier temps. De plus, la solidité des IMF constitue en quelque sorte une garantie de la viabilité des produits d'assurance de santé. L'assurance de santé du BRAC tout comme les produits développés par GK et DSK bénéficient d'une certaine sécurité financière garantie par les autres activités des groupes. Malgré ce « filet », on constate que les ONG restent très prudentes. En aucun cas, la micro-assurance développée dans les expériences asiatiques ne doit pénaliser la microfinance et les ONG sont extrêmement vigilantes à ce propos. Néanmoins, en l'absence d'assises financières aussi importantes que celles du BRAC, de DSK ou de GK, la question de la viabilité financière et l'indépendance du produit d'assurance par rapport aux activités de microfinance est un déterminant crucial de l'association des deux activités.

Il ne faudrait peut-être pas imputer de façon exclusive à l'intégration technique et économique ce qui revient à l'organisation sociale. Les succès du BRAC, de GK et de SEWA en matière de micro-assurance de santé renvoient beaucoup plus à l'adjonction de la micro-assurance à un ensemble d'activités et au fait que le microcrédit constituait déjà pour ces organisations un instrument de développement général qu'au couplage de la microfinance à la micro-assurance. Il existe dans ces contextes une forte pression

à l'adhésion, même si celle-ci reste volontaire (sauf pour DSK). Il sera néanmoins intéressant d'observer si le paiement de la cotisation d'assurance, mis en place par DSK et qui augmente le taux d'intérêt, aura un effet sur la demande d'emprunts parmi la population des bidonvilles. Il est trop tôt pour le savoir. La situation de petits groupements comme *Kènèya So* n'est pas non plus favorable. La taille de la population cible est sans commune mesure et la cohésion du réseau social n'est pas comparable. De ce fait, on a des refus d'adhésion et des manifestations de désintérêt. Dans ce type de contexte, l'avantage de l'intégration existe, mais il est plus modeste. De toute façon, la micro-assurance doit trouver les moyens d'une sécurité financière et lorsqu'elle ne dispose pas derrière elle d'une structure très solide, elle doit croître. La base fournie par l'activité de microfinance risque alors de se révéler insuffisante.

Concernant les garanties proposées, on est obligé de nuancer le succès des produits d'assurance de santé proposés tant au Bangladesh qu'au Mali. En effet, les garanties ne couvrent pour l'heure que des risques limités et ciblés. Les ONG bangladeshis se sont spécialisées dans la prévention et ce que l'on appelle l'éducation à la santé pour prévenir le gros risque. En termes de soins, ce sont principalement les risques liés à l'accouchement et à la maternité qui retiennent l'attention. De plus, les garanties proposées sont confrontées à la spécificité de l'assurance maladie et au rôle de l'offre de soins. Dans tous les cas de figure, l'offre utilisée pour les services des prestations d'assurance constitue un point d'achoppement de la stratégie d'intégration. Les grandes ONG du Bangladesh ont été amenées, dans le cadre de leurs programmes dédiés à la santé et avant de lancer de l'assurance, à construire une offre de soins « maison », majoritairement limitée aux soins primaires ou en tout cas ambulatoires. L'hôpital de DSK constitue une exception, mais il n'apporte pas pour l'instant d'avantages au régime d'assurance. Lorsque ces ONG ont développé l'assurance maladie, elles ont utilisé cette offre, qui n'est en fait que partiellement attractive pour la croissance de cette activité. Mais elles gardent une approche limitée des soins, en partie pour ne pas déséquilibrer leur système économique. *Kènèya So* a buté elle

aussi sur l'offre de soins, car les relations avec l'offre publique qui dispense des services de qualité médiocre sont mauvaises. La mutuelle va créer son propre centre de soins, qu'elle va ouvrir à une population plus large. Elle sera ainsi conduite à fonder sa croissance sur les usagers des soins plus que sur les bénéficiaires de la microfinance.

Finalement, il semble que la microfinance constitue un levier intéressant pour lancer la micro-assurance de santé, mais qu'en fonction des objectifs poursuivis la combinaison des deux activités prendra des formes différentes. Si l'objectif assigné correspond à la lutte contre la pauvreté, l'association des deux produits peut *a priori* aboutir à une synergie positive, à condition que le produit d'assurance de santé s'adapte à la population ciblée. En ce qui concerne l'amélioration du secteur de la santé, on perçoit assez bien les limites d'une association, compte tenu de la différence de métiers et du point d'achoppement récurrent que représente l'offre de soins de santé. Par rapport à un tel objectif, les deux activités sont probablement condamnées à définir leur propre stratégie de développement. Mais dans tous les cas, la relation avec l'offre exige, au sein de la micro-assurance, des compétences propres. En ce sens, le partenariat entre l'UTM et *Kafo Jiginew*, qui maintient la séparation des métiers mais vise un apport réciproque de clientèle supplémentaire, est assez séduisant. Son évolution mérite d'être observée avec attention.

### **3.2. La contribution de la micro-assurance aux objectifs de développement**

En reprenant les arguments justifiant la promotion de la micro-assurance de santé, nous avons indiqué que cinq objectifs lui étaient assignés, selon les projets ou les bailleurs : (i) l'amélioration du fonctionnement du secteur de la santé, (ii) la lutte contre la pauvreté, (iii) l'extension de la protection sociale au secteur informel, (iv) la contribution à la démocratie par le développement de la participation sociale et (v) l'extension du marché des assurances. L'étude ne prétend pas faire une évaluation de l'atteinte de

ces objectifs, mais de préciser les conditions dans lesquelles la micro-assurance contribue à les atteindre.

Compte tenu des effectifs que les diverses expériences réunissent et des montants financiers correspondants, l'impact macro-économique de la micro-assurance ne peut être que très modeste. En revanche, par des mécanismes micro-économiques, elle participe plus au moins aux divers objectifs qu'on peut lui assigner.

#### 3.2.1. L'amélioration du fonctionnement du secteur de la santé

L'impact des mutuelles sur le fonctionnement des établissements est la conséquence directe de la faiblesse relative des effectifs de cotisants et de bénéficiaires. En Afrique de l'Ouest, le flux financier issu des mutualistes est peu significatif au niveau national, en particulier en termes d'apport aux établissements publics hospitaliers. L'Inventaire confirme l'impact actuellement très limité de la micro-assurance de santé, en termes de population couverte et de contribution à la dépense de soins des ménages adhérents. En moyenne, les organismes prendraient en charge 900 FCFA de soins par personne et par an. Cet apport financier très faible est la conséquence du niveau de cotisation et des effectifs rassemblés, qui obligent à une gestion prudente pour maintenir l'équilibre technique et la fonctionnalité des organismes (Letourmy *et al.*, 2004).

148

Les mutualistes ne constituent encore qu'un faible pourcentage des usagers payants des hôpitaux, qu'il s'agisse des structures publiques ou des structures privées à but non lucratif avec lesquelles les mutuelles passent volontiers des conventions de tiers payant. Par exemple, après six années d'existence, les mutuelles du sud Borgou au Bénin fournissaient moins de 5 % des usagers d'un des hôpitaux caritatifs de la zone où elles avaient été créées. Même dans le cas de mutuelles créées par des hôpitaux, l'apport de ressources mutualistes n'est pas forcément élevé. Dans l'étude du DFID en Ouganda, une des conclusions des auteurs est : « *the instrumental objective of*

*making a positive contribution to the finances of the parent hospitals has not been achieved* » (Magezi *et al.*, 2002).

Aux niveaux inférieurs de soins, la situation est moins tranchée. On peut identifier des centres de santé primaires qui ont un noyau non négligeable d'usagers couverts par une assurance maladie mutualiste. Surtout, dans le cas de centres privés gérés par des mutuelles, le pourcentage d'usagers véritablement assurés est de l'ordre du quart ou du tiers, comme le montrent les résultats du centre de la santé de la Mutec au Mali. Ce constat est de bon augure pour *Kènèya So*, car son centre disposera d'un noyau stable de clientèle.

L'impact micro-économique des mutuelles sur la consommation de soins est plus net. On observe un accès plus important des mutualistes, de plus de 20 %, en particulier dans les centres de santé primaires. Le même constat d'amélioration de l'accès des assurés aux services inclus dans la garantie a été fait au Bangladesh. La régulation des régimes doit néanmoins être effectuée avec rigueur. L'augmentation significative du recours aux soins des bénéficiaires est le but visé, mais les conséquences du risque moral sont bien connues en assurance, et un certain nombre de dispositifs appellent des réglages, dans un sens ou dans l'autre. Par exemple, l'UTM a constaté que le différentiel de recours aux soins entre les mutualistes couverts par l'assurance maladie volontaire et les non-assurés était faible dans les centres de santé. Cela a été imputé au co-paiement de 40 %, qui laisse aux malades la charge d'une part trop élevée du coût des soins. Il a été décidé d'abaisser le ticket modérateur. A l'inverse, les responsables de plusieurs mutuelles béninoises du Borgou, appuyées par le CIDR, ont observé une augmentation rapide du recours aux soins primaires chez certains assurés et dans certaines formations sanitaires. Il a fallu alors réduire les bénéfices de la garantie.

Les effets du développement de la micro-assurance sur la qualité des soins sont également observables localement en fonction de la démarche d'acteurs particuliers

(l'UTM au Mali, le CIDR au Bénin et en Guinée), mais ne se traduisent pas par une évolution radicale de la situation. Le poids des mutuelles est insuffisant pour inciter ou contraindre les agents de santé du secteur public à modifier des pratiques qui leur rapportent un revenu additionnel et que l'administration tolère. L'intervention volontariste de l'État est la condition du changement. Elle ne semble pas toujours facile à déclencher.

#### 3.2.2. La lutte contre la pauvreté

La contribution de la micro-assurance de santé à la lutte contre la pauvreté est positive, si l'on s'en tient aux déclarations des personnes qui cotisent. Cette réussite sur le terrain est difficile à appréhender de façon plus globale, pour diverses raisons à caractère méthodologique. La mesure d'un impact de la micro-assurance sur la pauvreté a déjà besoin d'être bien définie. La notion de « pauvre » est floue et doit être adaptée à chaque terrain. Ce que permet la micro-assurance de santé, c'est principalement un meilleur accès aux soins médicaux, ce qui renforce le capital humain et permet une continuité de l'activité de production. On conçoit que son rôle soit indirect et diffus. Il conviendrait donc de mettre en place un processus de recherche évaluative dans la durée pour apprécier l'impact de la promotion des mutuelles et de l'assurance maladie volontaire.

150

La satisfaction exprimée par les cotisants dont les ressources sont les plus modestes donne pour l'instant la seule appréciation de l'effet de la micro-assurance. Les expériences du Bangladesh, les mutuelles de femmes d'Afrique de l'Ouest, même les dispositifs de micro-assurance très modestes montés en zone rurale suscitent des réactions très positives des intéressés, quant à la possibilité de se soigner ou de faire soigner sa famille. En outre, quelques responsables de micro-crédit ont déclaré que l'assurance maladie avait effectivement permis la réduction des ruptures de remboursement (chez *Grameen* par exemple).

Il reste que la contribution d'actions relatives à la santé à la lutte contre la grande pauvreté suppose, comme cela a été dit précédemment, une vision des problèmes qui

ne se réduise pas à l'accès aux soins et à l'assurance. La mise en place de mécanismes de paiements substitutifs fondés sur la solidarité et l'attention accordée aux mesures de santé publique ouvrent des voies dont l'efficacité et l'efficience devraient être évaluées.

Enfin, le niveau de contribution demandé pour l'accès à l'assurance maladie limite l'apport de l'assurance à la réduction de la pauvreté. Toutes les mutuelles ne contribuent pas à réduire la pauvreté et certaines ne s'adressent manifestement qu'à des catégories de revenu moyennes. Pour qu'elles participent quand même à la réduction de la pauvreté, il faudrait qu'elles s'inscrivent dans des dispositifs à vocation solidaire permettant certaines formes de redistribution. Elles ne le feront probablement pas spontanément.

### 3.2.3. L'extension de la protection sociale au secteur informel

Les expériences de micro-assurance de santé contribuent à l'extension de la protection sociale, et le secteur informel est leur cible principale. A cet égard, les préconisations de l'étude réalisée à la demande de la Coopération française sont bien suivies (Foirry *et al.*, 2000). Toutefois, la remarque sur l'amélioration du fonctionnement du secteur de la santé vaut aussi pour l'extension de la protection sociale. Les effectifs concernés par le développement de la micro-assurance de santé sont, pour l'instant, trop faibles pour qu'on observe un effet significatif au niveau de chaque pays.

151

La première raison de cette faiblesse est que les expériences de micro-assurance ont le plus souvent été montées sur une base locale, à travers une approche de coopération décentralisée. En cas de réussite, elles ne représentent que des exemples à suivre, mais on ne sait pas forcément comment les diffuser à plus grande échelle. A partir des expériences étudiées ici, trois approches peuvent être proposées.

La première est celle du Mali, où une politique nationale de la mutualité a été engagée. L'appui de l'État et d'un partenaire extérieur (en l'occurrence la Coopération



française) a permis de mettre en œuvre une stratégie fondée sur le rôle moteur de l'UTM, dans un cadre d'assurance volontaire. L'observation des résultats de cette approche montre que le processus est forcément lent en termes de croissance de la population couverte et que sa pérennisation dépend de facteurs exogènes, comme l'organisation du secteur des soins ou le maintien de soutiens extérieurs. À l'évidence, la contribution à l'extension de la protection sociale est positive, mais faible. En outre, le changement de politique (ici la mise en place de l'assurance obligatoire du secteur formel et le fonds d'assistance médicale) peut modifier les conditions de développement des mutuelles. Ce modèle reste cependant une référence pour la promotion de la micro-assurance et d'autres partenaires, comme la Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ), le reprennent à leur compte en préconisant la mise en place d'un centre de compétences pour le développement des mutuelles de santé<sup>39</sup>.

La deuxième approche est celle qu'on observe au Bénin avec l'extension du champ d'intervention des mutuelles appuyées par le CIDR. Dans ce cas, on déplace le terrain du projet à la manière d'une tache d'huile, en sensibilisant de plus en plus de catégories et en créant de plus en plus de groupements, d'unions communales et intercommunales. Cette approche est plus intensive en termes d'appui que la précédente, là où le projet se déroule. Mais elle conduit aussi à un processus lent et demande la pérennisation des ressources extérieures. Il arrive aussi un moment où l'implication de l'État est inévitable et où un mouvement descendant se superpose au mouvement de diffusion sur le terrain.

La troisième approche est celle des grandes ONG du Bangladesh ou de SEWA. La micro-assurance se développe en utilisant le support de l'organisation et est promue là où celle-ci a déjà une assise solide. L'État n'intervient pas. En revanche, l'appui extérieur est sollicité. Le processus n'est pas aussi rapide que le laissent croire les

39. Le Centre of Health Insurance Competence (CHIC) rappelle fortement le concept d'agence de développement de la mutualité proposé au Mali. Voir GTZ, *op. cit.*

effectifs touchés, car la densité démographique est extrêmement élevée dans cette région. Le résultat ne peut être que l'extension de la protection maladie là où les ONG interviennent, ce qui pose à terme la question de la jonction de leurs zones d'implantation et l'attitude à l'égard d'éventuelles zones « orphelines ». A ce niveau, l'articulation avec l'action publique serait probablement inévitable.

De ces trois approches, dont l'intérêt spécifique n'est pas contestable selon le contexte, on peut tirer une conclusion sur l'objectif d'extension de la protection sociale. La démarche d'acteurs privés peut donner des résultats partiels, mais l'extension cherchée implique une vision d'ensemble et des moyens d'action qui rendent inévitables la participation des pouvoirs publics et l'intervention de partenaires extérieurs. D'ailleurs, la situation de l'Afrique du Sud illustre cette analyse. Les *low-cost options* des *Medical Schemes* ne peuvent réussir actuellement l'extension prévue de la protection maladie. En revanche, on voit bien l'apport de la politique consistant d'une part à rendre obligatoire l'assurance maladie pour tout le secteur public et à en confier la gestion à des organismes privés, dans un marché relativement contrôlé et, d'autre part, à faire pression sur l'offre de soins privée pour qu'elle baisse ses coûts et sur l'offre publique pour qu'elle améliore la qualité de ses services. Il reste bien sûr à mener cette politique efficacement, mais c'est en fonction de sa réussite que l'extension sera réalisée.

#### 3.2.4. La participation sociale et la contribution à la démocratie

Ce qui a été dit précédemment de la participation sociale amène à une appréciation modérément enthousiaste de la contribution de la micro-assurance de santé au fonctionnement démocratique des sociétés des PED. Il est néanmoins clair que l'implication de groupes sociaux dans des expériences de terrain va dans le sens recherché. On peut même aller plus loin en évoquant l'impact institutionnel des mutuelles au Mali. L'UTM a une place officielle dans le pilotage des secteurs de la santé et de la protection sociale du Mali. Elle fait partie des comités de pilotage du programme

national de développement de la santé et du groupe de réflexion sur la protection sociale. Lorsque les projets nationaux sont conçus de façon à ce que le mouvement mutualiste ait une existence propre, son poids politique peut donc permettre que les attentes de la base soient relayées par des institutions qui la représentent.

Cet exemple reste malgré tout isolé et dans d'autres exemples, l'État se méfie de l'impact institutionnel potentiel de tels mouvements et cherche à limiter leur influence. Les relations entre les ONG du Bangladesh et les pouvoirs publics sont aussi relativement restreintes et il semble y avoir un respect mutuel des domaines d'intervention de chacun.

Les questions sur la participation sociale ne portent pas tant sur sa contribution à la démocratie que sur l'efficacité qu'elle apporte aux projets et sur la motivation de la base à s'impliquer dans le fonctionnement pratique des dispositifs d'assurance. De ce point de vue, on constate d'abord que l'implication des populations ne va pas de soi. Ensuite, on observe que les organismes structurés (UTM, grandes ONG) qui proposent des produits « clés en main » contribuent apparemment à monter les régimes d'assurance les plus attractifs.

154

L'objectif de participation sociale doit donc être relativisé et adapté aux contextes culturels où la micro-assurance se développe. C'est peut-être à ce niveau qu'il faut se méfier des concepts dont la promotion est faite largement à partir d'initiatives extérieures.

#### 3.2.5. L'extension du marché de l'assurance

Cet objectif peut être associé à la promotion de la micro-assurance de santé en direction du secteur informel, mais il renvoie à une frange limitée de population et les organismes privés qui ciblent ce marché doivent s'adapter aux ressources des clients. L'exemple sud-africain représente un échec de cette stratégie, pour des raisons qui ont été évoquées dans l'étude de cas. Deux expériences nous semblent présenter un potentiel plus important : celle de SEWA en Inde et celle des *Kafo Jiginew* au Mali.

SEWA regroupe des femmes qui disposent d'un revenu professionnel, mais dans le secteur informel. L'originalité du produit, couplant une garantie vie et une garantie maladie adaptées à la population, rencontre un grand succès. Le produit vie doit permettre la constitution d'un fonds disponible pour l'investissement dans des activités productives, la construction de produits d'épargne. Le lien entre le marché de l'assurance et le marché financier pourrait ainsi *a priori* s'établir. SEWA a confié partiellement la gestion à une société privée. La croissance du système est fonction de la capacité de SEWA à étendre son terrain d'intervention. Les investissements correspondants pourraient être financés par l'extérieur. C'est la GTZ qui appuie actuellement SEWA. Il est probable que d'autres partenaires seront associés à la démarche.

Le partenariat de *Kafo Jiginew* avec l'UTM représente un essai de « bancassurance » au Mali. A nouveau, la population cible est constituée de catégories qui possèdent des ressources, en l'occurrence des paysans cultivant le coton dans le sud du pays. Deux produits sont proposés (vie et maladie). Le CGAP finance le lancement de l'activité. Il sera probablement nécessaire de lui donner un appui supplémentaire en cas d'évaluation positive du démarrage.

Dans ces approches, il y a donc une place pour le secteur privé commercial, dès lors que son efficacité est démontrée et si ses exigences de rentabilité sont adaptées au niveau économique des clients.



# En guise de conclusion : éléments de stratégie d'appui

## 4

La conception d'une stratégie d'appui à la micro-assurance de santé doit tenir compte à la fois de l'objectif visé, du contexte dans lequel s'insère l'activité et du secteur ciblé (public, privé communautaire, privé commercial).

### 4.1. Les stratégies d'appui selon l'objectif

157

S'agissant de l'objectif visé, il a été dit :

- que la micro-assurance de santé pouvait être justifiée par un impact potentiel sur le fonctionnement du secteur de la santé, la lutte contre la pauvreté, l'extension de la protection sociale, la promotion de la démocratie et l'élargissement du marché de l'assurance ;
- que les résultats obtenus n'étaient pas équivalents pour ces trois objectifs.

Sans chercher à spécialiser la micro-assurance de santé dans l'atteinte d'un objectif unique, il semble qu'il y ait intérêt à hiérarchiser les objectifs assignés à un projet et à adapter l'organisation de l'activité à cet objectif. S'il y a des retombées secondaires,

cela sera une plus-value, mais en privilégiant un objectif, on a plus de chances d'obtenir des résultats significatifs. D'ailleurs, l'atteinte simultanée de certains des objectifs cités est probablement coûteuse, peut-être même contre-productive : l'élargissement rapide du marché de l'assurance se fera mieux au moyen d'une démarche commerciale, mais celle-ci sera-t-elle efficace pour lutter contre la pauvreté ? L'impact sur le fonctionnement du secteur de la santé dépend de la concertation avec les professionnels de soins et de la mobilisation des catégories de population solvables, mais va-t-il augmenter si l'on cible les populations les plus pauvres ? La lutte contre la pauvreté est efficace lorsqu'elle repose sur une organisation structurée des opérateurs d'appui, mais est-elle renforcée par la promotion de la démocratie ?

A partir de cette idée, on peut se demander quelles démarches de développement de la micro-assurance de santé conviennent le mieux à chacun des objectifs énoncés. Pour illustrer ce point, trois scénarii sont proposés.

Le premier traite de la contribution à la réduction de la pauvreté, le deuxième de l'amélioration du fonctionnement du secteur de la santé et le troisième de l'extension du marché de l'assurance. Ce choix de présentation ne signifie pas que l'on abandonne la perspective d'un développement de la micro-assurance de santé qui contribuerait à étendre la protection sociale et à faire la promotion de la démocratie par la participation sociale. Comme on l'a dit, le développement de la micro-assurance contribue de toute façon un peu à étendre le champ de la protection sociale et à donner la parole à des représentants de la société civile. Mais il ne nous semble pas réaliste d'envisager ce développement prioritairement en fonction d'un de ces objectifs. Pour la protection sociale, un tel projet reviendrait à faire jouer à des acteurs privés un rôle qui dépend de choix politiques qui relèvent de l'État. La micro-assurance ne peut être qu'en position seconde dans ce cadre. Dans l'autre cas, c'est la dynamique des sociétés qui définit le type de participation sociale qui leur convient et qui doit être respectée pour développer la micro-assurance. Dans certains contextes, pour des raisons culturelles

ou politiques, il est difficile d'envisager que la participation communautaire soit importante. Il serait alors hasardeux de monter une activité de micro-assurance pour contribuer à son accroissement.

#### **4.1.1 . Le scénario de contribution à la réduction de la pauvreté**

Le développement de la micro-assurance de santé dans le but de réduire la pauvreté est intéressant dans le cadre d'un programme global visant certaines catégories de population ou certaines zones géographiques. Autrement dit, pour faire face aux problèmes de santé l'assurance complète une palette de mesures, qui comprend des actions plus importantes en termes d'impact sur la pauvreté. Le problème traité par la micro-assurance n'est pas de maximiser l'accès aux soins dans l'ensemble de la communauté, ni de fournir des ressources aux formations de santé délivrant localement les soins. Il s'agit de rendre possible le recours à des services de bonne qualité, adaptés aux besoins sanitaires et délivrés de façon efficiente.

La lutte contre la pauvreté se conçoit pour des groupes sociaux du secteur de l'économie informelle, qui n'ont ni activité, ni ressources stables et qui sont, pour des raisons diverses, hétérogènes dans leur capacité à faire face aux risques entraînés par cette instabilité. Le renforcement de cette capacité est incontestablement un objectif pertinent et doit être obtenu à la fois par des mesures directement liées aux activités que les personnes peuvent exercer et par des dispositifs limitant les ruptures imprévues de celles-ci. L'accident, la maladie, le décès constituent les événements entraînant de telles ruptures, mais il ne suffit évidemment pas de les prévenir ou d'en limiter les conséquences pour fournir un apport décisif à la stabilisation des activités génératrices de ressources. Ainsi, les réponses directes à la maladie ou les techniques d'assurance qui traitent de façon spécifique des risques d'interruption d'activité n'ont de sens que dans un contexte où un appui est fourni à la capacité productive, sous la forme d'actions portant directement sur les activités (appui à l'agriculture, à



l'artisanat, au petit commerce, etc.) ou facilitant l'accès aux ressources monétaires (microfinance).

Les catégories sociales susceptibles de bénéficier de programmes de lutte contre la pauvreté caractérisés par la gestion du risque de tomber dans la « trappe de pauvreté » sont mêlées à des catégories qui y sont déjà tombées. Les individus ou les ménages qui font partie des mêmes communautés que cette population, mais sont véritablement sans ressources (« les ultra-pauvres »), sont exclus de la cible de la micro-assurance, car leur capacité contributive est insuffisante. Il convient de leur donner d'abord les moyens de retrouver une capacité productive. Mais, en même temps, il n'est pas équitable de développer une technique qui facilite l'accès aux soins de certains sans se poser la question des indigents. Autrement dit, la micro-assurance ne devrait pas être développée sans articulation avec une formule d'assistance qui réponde aussi aux besoins des plus pauvres.

Le scénario repose donc sur deux principes :

- une priorité de second rang pour le développement de la micro-assurance par rapport au développement d'activités génératrices de revenu ou facilitant celles-ci (microfinance) ;
- une discrimination positive des indigents qui ne disposent pas de capacité contributive pour l'accès aux soins.

Le développement de la micro-assurance doit respecter les conditions de mise en place de ce type d'activité :

- l'existence d'une offre de soins convenant à la population ciblée,
- la possibilité de réunir un effectif suffisant de cotisants.

La question de l'offre de soins est essentielle dans la mesure où elle conditionne la garantie proposée et la propension des personnes ciblées à adhérer. La situation idéale

est celle où il existe une offre publique complète et relativement bon marché, qui permet d'envisager une garantie portant sur tous les niveaux de soins, sachant que le passage d'un niveau à l'autre doit être bien codifié, comme pour tout système d'assurance volontaire. L'organisme gestionnaire de la micro-assurance aura alors la responsabilité de passer les conventions nécessaires et d'en assurer le suivi.

Mais la situation réelle sera généralement tout autre : une mauvaise qualité de l'offre publique et une absence ou un éloignement de formations sanitaires de niveau secondaire ou tertiaire. La configuration de la micro-assurance (garantie) et sa montée en charge devront alors s'adapter au mieux. L'expérience montre que la population a du mal à concevoir une garantie qui n'inclut pas l'accès aux soins primaires. Aussi, l'existence d'un hôpital bien tenu et abordable (par exemple géré par une ONG ou une congrégation religieuse) ne suffit pas à résoudre le problème de la garantie, s'il n'est pas entouré de centres de soins de premier niveau de qualité acceptable. Même si la présence d'un tel établissement représente une opportunité à saisir, il faudra proposer des soins primaires aux cotisants potentiels. Deux voies s'offrent alors : soit appuyer parallèlement l'offre publique existante pour la mettre aux normes souhaitées, soit créer une offre nouvelle *ad hoc*, en liaison avec la micro-assurance. Cette offre nouvelle devra tenir compte de la population visée, à faibles ressources, et s'ouvrir à une population plus large que les assurés. Le niveau technique de cette offre de premier niveau est sujet à débat. Doit-elle être minimale et orienter son intervention vers la prévention primaire et secondaire ? Dans cette perspective, l'utilisation de personnels de faible qualification évoluant sur le terrain est pertinente et l'on retrouve ici le modèle développé par *Grameen* ou DSK au Bangladesh. N'y a-t-il pas au contraire intérêt à donner à la population accès à une véritable capacité médicale de diagnostic et d'orientation ? Il faut alors envisager des formations de type centres de santé communautaires avec un médecin, selon le modèle des médecins de campagne au Mali<sup>40</sup>. L'idée d'une offre de soins minimale s'appuie sur

40. Le modèle des médecins de campagne ou des premiers centres de santé communautaires de Bamako est la référence en ce cas.

un argument d'efficience, alors qu'un argument d'efficacité soutient la conception d'une offre médicalisée, à laquelle est généralement favorable la population concernée, lorsqu'elle a eu la possibilité de l'utiliser. Quoi qu'il en soit, la mise en place de cette offre de premier niveau doit être privilégiée et elle conditionne le lancement de la micro-assurance. La garantie correspondante a des chances d'être modeste au départ, de même que le niveau de cotisation.

S'agissant des effectifs de cotisants, le chiffre de 10 000 constitue une référence qui, si elle n'est pas absolue, permet d'apprécier *a priori* la viabilité d'une expérience. En pratique, la micro-assurance en direction de populations à faibles ressources est lancée avec des effectifs beaucoup plus faibles. La recherche d'unions avec des organismes voisins et la possibilité de réassurance devront donc être envisagées le plus vite possible. La capacité de croissance des effectifs est importante et, à ce titre, des facteurs comme la cohésion sociale ou la confiance dans les promoteurs de la micro-assurance sont aussi importants que la capacité contributive des ménages.

Les éléments de ce scénario militent à l'évidence pour une articulation entre la micro-assurance et la microfinance. En premier lieu, la microfinance conditionne le développement économique. En second lieu, elle pose les bases d'une compétence technique, d'une cohésion sociale et d'une proximité entre les opérateurs et la population. Il reste à s'interroger sur la nécessité que les formes de participation à la gestion et à la décision de la micro-assurance reproduisent celles de l'IMF. Il est assez naturel que le pilotage du développement de la micro-assurance soit confié à une ONG qualifiée, capable de déterminer les tâches de gestion, de hiérarchiser les rôles et d'effectuer le suivi de l'activité. Celle qui a monté l'IMF est toute désignée, puisqu'il existe déjà au sein de la population une organisation susceptible de mener la sensibilisation à l'assurance, la collecte des cotisations et la liquidation des sinistres. Elle a généralement instauré une forme de participation, en rendant compte régulièrement aux membres

du fonctionnement passé et en recueillant leur avis sur les avantages ou les inconvénients de la formule mise en place. On a vu au Bangladesh l'efficacité de cette organisation. Néanmoins, l'introduction d'une problématique de santé peut justifier aussi l'autonomisation de la micro-assurance et une plus grande association des assurés à la gouvernance.

Il faut enfin trouver une solution pour les indigents qui ne peuvent accéder à la micro-assurance, mais qui doivent pouvoir être assistés pour accéder aux soins. Ils pourront bénéficier de services de soins disponibles localement, en étant subventionnés d'une façon ou d'une autre. La subvention pourra provenir localement des ménages dotés de ressources qui les reconnaîtront comme indigents ou d'une organisation à caractère régional ou national visant explicitement les indigents. Le modèle des fonds sociaux d'assistance médicale, montés de façon expérimentale au Cambodge ou au Mali, donne une idée du profil d'un tel dispositif. On retiendra que, dans ce scénario, le développement de la micro-assurance doit être envisagé en liaison avec le montage d'un fonds de ce type.

#### **4.1.2. Le scénario d'amélioration du fonctionnement du secteur de la santé**

163

Dans ce scénario, l'objectif principal est d'orienter de façon efficiente le financement que les ménages consacrent aux soins de santé. Dans la plupart des pays à faible revenu, ce financement s'oriente actuellement vers des formations de mauvaise qualité et rémunère des biens et des services inefficaces. La population ciblée est d'abord la population qui dépense pour sa santé, c'est-à-dire la population solvable d'une région ou d'un pays entier si l'État veut aller dans ce sens. Elle rassemble à la fois les personnes qui ont des revenus réguliers au sein du secteur formel, mais pas de couverture maladie, et les catégories relativement aisées du secteur informel. Dans ce scénario, la question des indigents n'est pas posée directement, car l'objectif n'est pas de cibler des groupes, *a fortiori* précaires, mais

de s'adresser à une population large et non circonscrite à des zones particulières. Ceux-ci pourront néanmoins bénéficier de la démarche, dans la mesure où l'amélioration du fonctionnement du secteur aura des retombées sur l'ensemble de la population, y compris les couches qui ne seront pas concernées par l'assurance maladie.

Le développement de la micro-assurance est lié au souci de mutualisation des risques, au profit des assurés eux-mêmes, et au désir d'impulser une meilleure qualité des soins médicaux. Ces deux questions relatives à l'offre de soins et aux effectifs vont faire l'objet d'une attention particulière.

S'agissant de l'offre, le scénario repose sur l'idée qu'il doit y avoir une interaction positive entre les services de soins et l'assurance. Cela signifie que la micro-assurance doit pouvoir s'appuyer sur des formations sanitaires de bon niveau, aider à les consolider et stimuler l'amélioration de la qualité au sein du secteur. En termes de démarche de coopération ou de politique, cela implique un appui conjoint à l'offre et à l'assurance ; cela signifie aussi que la répartition d'une offre utilisable par l'assurance doit être aussi large que possible sur le territoire. Si la micro-assurance peut travailler au départ avec des formations privées (à but non lucratif ou non), réputées de meilleure qualité que les formations publiques, elle ne prendra de l'extension que si le secteur public est aussi intégré parmi l'ensemble des prestataires. L'association des pouvoirs publics à la démarche est donc inévitable et il doit y avoir une coordination entre l'administration qui sera en relation avec le développement de la micro-assurance de santé (souvent un ministère chargé des affaires sociales) et celle en charge de la santé (le ministère de la Santé publique).

S'agissant des effectifs de la micro-assurance, le fait de cibler de façon éclatée les communautés doit être impérativement associé à un dispositif de coordination. Cela signifie le montage d'un organisme susceptible de mener cette coordination. Au

minimum, les diverses expériences doivent former un réseau<sup>41</sup>. On peut aussi appliquer le concept d'agence nationale de développement – illustré par l'UTM du Mali. L'agence a une triple fonction et réunit pour cela des compétences en matière de stratégie de développement, d'appui technique et de représentation politique. Elle vise la fédération des organismes, au sens du mutualisme, et elle apparaît comme une démarche maximaliste par rapport aux conceptions pragmatiques de la micro-assurance. La situation intermédiaire est celle d'une entité centrale d'appui, à vocation exclusivement technique<sup>42</sup>.

La coordination ou la fédération donnent lieu à des relations plus ou moins étroites avec les pouvoirs publics, en particulier avec les ministères chargés de la protection sociale et de la santé. Fondamentalement, il s'agit de rassembler le maximum de personnes à des fins techniques et politiques. D'un point de vue strictement technique, la mise en place d'un organisme de réassurance peut être envisagée, mais il s'agit aussi de faire pression sur les prestataires de soins pour qu'ils améliorent leurs services. Il s'agit alors d'un rapport de forces autant que d'une problématique technique d'assurance.

Les garanties proposées sont aussi complètes que possible. Des options sont proposées pour attirer l'ensemble de la population solvable. La nécessité de travailler avec le secteur public de soins, car il est le seul à couvrir l'ensemble du territoire, ne doit pas empêcher de passer des conventions avec le secteur privé, à but lucratif ou non. La difficulté vient souvent de la tarification proposée par le secteur privé, élevée et non favorable à l'assurance. L'idée de partage des risques entre payeur et prestataire de soins, qui débouche sur des modes de rémunération par capitation ou au forfait, doit être mise en application. C'est sur des questions de ce type que le poids de

41. Voir les exemples des coordinations géographiques au Sénégal, du Réseau d'appui au mutuelles de santé au Burkina et de l'Alliance Santé au Bénin.

42. De type CHIC. Voir Huber, G. *et al.*, *op. cit.*

l'assurance maladie joue un rôle essentiel et que la coordination des organismes de micro-assurance est irremplaçable, de même que le partenariat avec l'État.

Les garanties incluent de toute façon des prestations servies dans des formations de qualité. Ces formations sont sélectionnées par la coordination technique des organismes de micro-assurance et sont de statut privé ou public. La démarche de contractualisation est à la base des relations entre l'offre et la micro-assurance. Il existe une action conjointe volontariste de l'État et des organismes de micro-assurance pour faciliter cette démarche et veiller à l'application des normes de qualité inscrites dans les conventions. Cette action conjointe donne lieu à des projets spécifiques d'amélioration des formations de soins, appuyés par l'État et les bailleurs extérieurs, projets qui sont lancés en fonction de l'implantation actuelle (ou prévue) de la micro-assurance. Dans cette configuration, il ne devrait pas exister de projets d'appui à l'offre sans que des organismes de micro-assurance n'en soient partie prenante. Peu de projets de mutuelles seront envisagés sans un diagnostic exigeant de la qualité de l'offre existante. Corrélativement dans ce scénario, les organismes de micro-assurance ne doivent que rarement éprouver le besoin de créer une offre « maison ». Le principe de travailler avec le système de soins offert à toute la population implique que l'amélioration de ce système, grâce à l'assurance, génère des retombées positives pour tous.

La viabilité du système est assurée par la mise en place d'outils de sécurité financière (fonds de garantie et réassurance) et de gestion du risque (médecins conseils et service statistique).

Dans ce scénario, l'association de la micro-assurance à d'autres activités n'est pas une nécessité. En particulier, rechercher uniquement l'articulation avec la microfinance ne constitue pas une démarche conforme à l'esprit du scénario. Elle peut même être contre-productive, si elle limite la promotion de l'assurance maladie aux catégories

solvables qui ont recours aux formes usuelles d'épargne et de crédit. Mais il n'y a pas non plus d'objection à obtenir cette association, si cela permet d'augmenter les effectifs.

#### **4.1.3. Le scénario d'extension du marché de l'assurance**

L'extension du marché des assurances, à partir du développement de la micro-assurance de santé est envisageable, mais dans des conditions spécifiques. Dans ce cas, la population cible est uniquement celle du secteur formel sans couverture sociale et la population du secteur informel qui a une capacité d'épargne. Cette cible comprend des groupes qui possèdent déjà une certaine cohésion, car les produits sont proposés exclusivement à des réseaux déjà constitués : clients d'une institution d'épargne crédit, membres d'une organisation de développement, d'un syndicat, d'une coopérative de producteurs, d'entreprises privées, d'administrations publiques. Le développement de l'assurance doit renforcer l'activité de distribution de services financiers et, réciproquement l'activité d'épargne crédit doit donner plus de solidité à l'activité d'assurance.

Le principe de base du scénario est de rapprocher des organismes ayant des activités différentes déjà stabilisées sur le plan des compétences techniques et de l'organisation, plutôt que de créer une activité nouvelle au sein de l'une ou l'autre des entités concernées. La clientèle d'un organisme de micro-assurance est rarement de taille suffisante pour aller au-delà de la diffusion du produit maladie ; et cet organisme ne peut envisager de contribuer à l'extension du marché de l'assurance en montant d'autres produits. Le métier d'assureur maladie possède une spécificité et il n'est pas évident qu'une IMF réunisse seule les conditions nécessaires au développement de l'assurance maladie et à celui d'autres produits. La multiplication de greffes entre la micro-assurance et la microfinance n'est donc pas pertinente par rapport à l'objectif visé, même si ces greffes présentent un intérêt pour les groupes considérés ou par rapport à un autre objectif, comme la lutte contre la pauvreté.



Il s'agit ici d'abord d'établir des partenariats commerciaux à partir de réseaux d'épargne crédit déjà constitués et stables, avec des opérateurs d'assurance maladie compétents et des opérateurs d'assurance expérimentés pour la couverture d'autres risques ou en matière de prévoyance. Ces opérateurs d'assurance sont eux-mêmes coordonnés. La diffusion des produits se fait en tenant compte de la spécificité de chaque réseau.

L'assurance maladie est destinée à constituer un élément d'un paquet comprenant d'autres produits visant la couverture d'autres risques sociaux. Dans les pays en développement, c'est le risque de décès et, dans certains contextes, le risque de funérailles qui seront les plus porteurs. Des produits relatifs à la couverture des dépenses correspondant à d'autres événements sociaux sont envisageables dans la mesure où ils font l'objet de prestations des diverses caisses de solidarité, mais leur potentiel paraît moindre.

L'idée d'utiliser l'assurance maladie comme produit d'appel doit être sérieusement évaluée. L'intérêt de développer d'abord l'assurance maladie pour étendre le marché de l'assurance et l'adosser au marché financier doit sans doute être relativisé dans les pays à faible revenu. En particulier, son apport aux systèmes d'épargne crédit a toutes les chances d'être faible en termes de ressources utilisables pour les activités financières. L'assurance maladie apporte une garantie aux organismes de prêts, peut fidéliser la clientèle d'un réseau et contribuer à la diffusion de l'idée d'assurance que les populations des pays à faible revenu ne se sont pas encore vraiment appropriées. En revanche, elle implique la gestion d'un risque court et un ajustement aussi précis que possible entre les cotisations et les prestations, qui ne permet pas de dégager des excédents importants. En outre, les obligations de sécurité financière (constitution de réserves) ne permettent d'envisager l'utilisation des fonds tirés des excédents qu'au bout de plusieurs années. Autrement dit, il n'est pas évident que le risque maladie soit partout le risque le plus pertinent à couvrir pour étendre le marché de l'assurance.

Comme pour toute articulation de micro-assurance de santé à une IMF, les membres du réseau de microfinance doivent exprimer clairement leurs besoins d'accès aux soins. Les prestations doivent être attractives, mais aussi tarifées en fonction des ressources de la clientèle. L'offre de soins associée au dispositif réunit donc des qualités assez rares. La situation idéale est celle où il existe un réseau de micro-assurance de santé qui a déjà résolu le problème du conventionnement des formations de santé. Le réseau d'épargne crédit va faire fonction de réseau de distribution. S'il se lançait seul en mettant en place les activités d'assurance maladie, il devrait organiser le service des prestations de soins, ce qui est aisé seulement lorsque l'offre disponible est d'un niveau suffisant, situation rare dans les pays à faible revenu.

La gestion des différents risques doit être réalisée par des opérateurs qualifiés et les compagnies privées commerciales peuvent trouver là une source d'expansion. En principe, l'initiative du partenariat peut revenir aussi bien au réseau de micro-assurance de santé qu'au réseau de distribution des produits financiers ou aux autres opérateurs. En pratique, l'état de développement des réseaux d'épargne crédit est plus avancé que celui des réseaux de microfinance. Ils seront en meilleure position pour prendre l'initiative, dès lors qu'ils auront été informés des potentialités de l'assurance maladie dans la zone où ils opèrent. Lorsque le partenariat aura été décidé, la sensibilisation de la clientèle du réseau reviendra à l'opérateur d'assurance maladie.

## **4.2. Les stratégies d'appui selon le contexte**

S'agissant du contexte dans lequel il est envisagé de développer la micro-assurance de santé, l'étude montre qu'il conditionne fortement l'impact du processus. La contribution de l'assurance maladie à la lutte contre la pauvreté dépend de l'existence préalable d'une démarche de développement plus large concernant des groupes à faible revenu. Sa contribution à l'amélioration du secteur de la santé est liée à l'état de l'offre.

Le levier qu'elle constitue pour le développement d'un marché de l'assurance est efficace s'il existe déjà un potentiel de réseaux de distribution qu'on peut mobiliser.

Dans tous les cas de figure, la réussite de la micro-assurance dépend de conditions favorables existantes. Sa promotion doit être une démarche seconde, tirant profit de ces facteurs. Aussi, l'étude préalable du terrain est-elle essentielle, pas seulement dans la perspective habituelle des études de faisabilité mais pour apprécier les éléments du contexte permettant d'affiner l'objectif du projet.

Selon les terrains, l'objectif le plus intéressant à assigner à la micro-assurance de santé sera différent. Au Bangladesh, l'offre de soins disponible pour le secteur informel est pauvre en qualité, à cause des effectifs de médecins ou de personnel infirmier que l'on peut recruter dans le pays. En revanche, le développement intégré est remarquable. Le point d'achoppement de l'extension de la micro-assurance se situe au niveau du partenariat avec les formations existantes.

En Afrique de l'Ouest, il n'existe pas d'équivalent au processus de développement mené par les grandes ONG comme le BRAC, DSK ou *Grameen*. Les tailles d'organisme qu'on peut créer sont *a priori* faibles. Il existe des lieux de soins de bonne qualité et un potentiel d'amélioration. Par exemple, l'expérience des médecins de campagne au Mali montre que l'on peut élever la qualité des soins en zone rurale et augmenter la fréquentation à un coût raisonnable. Dans ce contexte, c'est plutôt vers l'appui à l'organisation des mutuelles et au développement conjoint de l'assurance et de la qualité de l'offre qu'il faudrait s'orienter.

Les opportunités d'extension du marché de l'assurance au secteur informel ne sont certainement pas très nombreuses dans les PED. Le repérage de « grands » réseaux de distribution d'épargne et de crédit permet de repérer la localisation prioritaire de projets visant à greffer des activités de micro-assurance. Dans une situation de présence

plus modeste d'organismes de microfinance non structurés en réseau, il convient d'examiner la possibilité de diffuser des produits d'assurance maladie conçus par des opérateurs privés compétents, qu'ils soient commerciaux ou sans but lucratif. Si ce potentiel est suffisant, une évaluation de l'offre de soins disponible décidera de la pertinence du montage.

De façon générale, l'appui externe donné à l'offre de soins devrait tenir compte des possibilités de développement de la micro-assurance dans le périmètre couvert par les établissements. Dans la plupart des pays en développement, il existe des organismes de micro-assurance de santé ou des projets de création de tels organismes. En fonction de l'état de ces entités, il sera opportun de les appuyer pour qu'ils croissent en effectifs ou surtout d'envisager comment ils peuvent se rattacher à un réseau ou une fédération pour améliorer leur viabilité. A la limite, un appui à ce réseau ou à cette fédération serait envisageable.

L'appui à la microfinance ne nécessite pas la même attention, car il n'est pas nécessaire de monter une activité d'assurance maladie au sein de ces organismes. L'exception est celle où des organismes déjà fonctionnels se déclarent intéressés par la couverture du risque maladie. Il faut alors poser la question de leur rattachement à un réseau, pour les mêmes raisons que pour les entités de micro-assurance existantes.

### **4.3. Les stratégies d'appui selon le secteur**

L'appui au secteur public, au secteur privé communautaire et au secteur privé commercial doit être conçu en fonction de critères différents. Le secteur privé communautaire est *a priori* le secteur privilégié de développement de la micro-assurance de santé. La forme prise par l'appui est celle de projets menés le plus souvent avec des opérateurs extérieurs, locaux ou non. La démarche d'appui aux mutuelles ou à la

micro-assurance de santé fait l'objet de réflexions multiples et de recommandations dont il faut tenir compte au moment de choisir le projet et les opérateurs<sup>43</sup>.

L'appui au secteur public et au secteur privé commercial pour le développement de la micro-assurance de santé est plus rare. Ils sont pourtant envisageables dans des conditions restreintes.

#### **4.3.1. L'appui au secteur public**

Pour envisager un appui à la micro-assurance de santé au secteur public, il faut évidemment tenir compte de ce que l'État n'est pas censé être le promoteur de l'activité, qui relève de l'initiative privée, que ce soit sous la forme mutualiste ou sous une autre forme (gestion par une ONG ou un établissement de soins par exemple). Il ne peut s'agir que d'un appui institutionnel pour faciliter le développement de la micro-assurance. Il s'inscrira donc dans le cadre de la politique publique et devra tenir compte des objectifs propres à cette politique.

Un des aspects essentiels de cet appui concerne le cadre législatif réglementaire de l'activité des organismes de micro-assurance. Ce cadre peut être spécifique, comme pour les mutuelles, ou relever d'un cadre plus général, adapté pour tenir compte des traits particuliers des organismes (code des assurances aménagé par exemple). L'objectif de la politique nationale déterminera largement cet aspect. Si la politique nationale envisage la micro-assurance comme moyen d'étendre le marché des assurances, le code général des assurances sera la référence. Si la politique nationale, veut inscrire la micro-assurance dans sa stratégie d'extension de la protection sociale, les organismes devraient être soumis à des obligations d'un autre ordre (tutelle publique renforcée) et obtenir des facilités de développement, sur le plan fiscal par exemple.

43. Voir les travaux de du Réseau d'appui aux mutuelles de Santé (RAMUS) (en particulier Letourmy, A., 2000) et de la GTZ (Huber, G. *et al.*, *op. cit.*)

### 4.3.2. L'appui au secteur privé commercial

*A priori*, les entreprises privées de la santé, assureurs maladie ou prestataires de soins, sont porteuses de deux types de retombées sociales. D'une part, elles peuvent effectivement mettre sur le marché des produits de qualité en direction de franges de population qui n'y avaient pas accès. En général, cette contribution est modeste en termes de population visée, mais elle est intéressante, car elle peut tirer vers le haut la production d'organismes publics ou privés sans but lucratif. Le cas de *Primecure* illustre cette situation. Il reste évidemment à démontrer que l'activité est viable selon les critères du secteur privé commercial et il sera d'autant plus opportun de l'appuyer que son coût d'accès sera bas. D'autre part, les firmes privées peuvent participer efficacement à la gestion d'un produit qui donne lieu à une subvention publique et contribuer ainsi à sa diffusion. Dans ce cas, elles doivent respecter un cahier des charges et tarifier leurs services à un niveau compatible avec la dotation. L'évolution de l'assurance maladie en Afrique du Sud va apparemment dans ce sens et devrait permettre à des firmes comme *Medscheme* de développer leur activité.

Les deux critères à prendre en compte sont donc la reproductibilité des activités et la possibilité d'association avec la politique publique. Le premier pose la question de l'investissement mobilisable pour prolonger le développement d'une activité d'excellence, le second fait s'intéresser aux relations entre les pouvoirs publics et le secteur privé. Ce sont ces éléments qui devraient conditionner la décision d'appuyer telle ou telle entreprise privée, en dehors de toute considération de rendement financier et indépendamment de la vocation sociale qu'elle affiche.



---

# Annexe 1.

## Quelques exemples de micro-assurance de santé

---

### Encadré 1. **L'Association por Salud de Barillas (ASSABA)<sup>44</sup>**

---

L'Association por Salud de Barillas est une association guatémaltèque dont l'objectif est de promouvoir la santé des habitants de la commune de Barillas. Dès 1996, année de sa création, ASSABA a proposé un régime d'assurance de santé pour la population de Barillas (65 000 habitants).

Moyennant une cotisation annuelle de 20 quetzals par an (environ 100 euros), elle garantit aux familles assurées un accès à l'ensemble des soins de santé primaires dispensés dans les structures publiques de premier niveau de la région et rembourse, en cas d'urgence, les soins hospitaliers dispensés à l'hôpital protestant de Bethesda (contractualisation).

Cette association bénéficie d'une assistance technique de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) via l'*Intensified WHO Collaboration Programme (IWC)*. Jusqu'à une période récente, elle bénéficiait du soutien du ministère de la Santé publique et des Affaires sociales guatémaltèque.

175

---

44. Ron, A. 1999, pp. 939-950.



Encadré 2.  
**La mutuelle *Famille babouantou* de Yaoundé<sup>45</sup>**

La mutuelle *Famille Babouantou* de Yaoundé est une société d'aide mutuelle créée en 1992 à la seule initiative de la communauté babouantou. L'objectif principal de la mutuelle est de prévenir les risques encourus par la communauté en milieu urbain. Avant de proposer une garantie santé, la mutuelle proposait d'autres produits d'assurance (naissance, décès ou funérailles). Les conditions d'affiliation sont claires et exclusives, définies par l'appartenance à la communauté babouantou. L'affiliation est, au choix, familiale ou individuelle. Moyennant une cotisation annuelle<sup>46</sup>, les membres reçoivent une somme forfaitaire de 20 000 FCFA couvrant toute hospitalisation excédant sept jours, les interventions chirurgicales ou les accidents entraînant une incapacité de travailler d'au moins 15 jours. Aucun contrat n'a été passé avec une structure de soins et les membres choisissent de consulter dans le secteur public ou privé. Cette mutuelle ne bénéficie d'aucune assistance financière ou technique particulière.

45. ATIM, C., 1999, pp. 881-896.

46. 11 000 FCFA pour un couple ; 6 000 FCFA pour un individu ; 5 000 FCFA pour le (la) conjoint(e) ; 3 000 FCFA supplémentaires pour toute personne à charge de moins de 21 ans.

### Encadré 3. **ORT Health Plus Scheme<sup>47</sup>**

En 1991, l'ONG internationale ORT a ouvert une coopérative dans la province de *La Union* aux Philippines : l'ORT *Community Multipurpose Cooperative*. La coopérative conduit en priorité un programme de protection de la mère et de l'enfant (*Mother and Child Care Programme*, ORT-MCC). Ce projet a permis de développer dans une des régions les plus pauvres des Philippines une série d'infrastructures et de services destinés aux femmes et aux enfants (maternelles, centres de santé de base, petites cliniques). Sur la base de cette structure, les responsables de l'ONG ont plus récemment lancé une garantie santé tout d'abord dirigée vers les familles membres de la coopérative. Petit à petit, la population cible a été élargie aux populations à faible revenu des villages ruraux isolés de *La Union* et vivant à proximité de centres de santé ORT, puis à l'ensemble de la population de *La Union*.

La gestion professionnelle du régime est assurée par l'équipe dirigeante de la coopérative et la participation communautaire n'est que théorique. Grâce aux structures de soins ORT et au réseau contractuel de soins, le régime d'assurance offre un panier de soins relativement large (primaires et secondaires), et des niveaux de cotisations adaptés à la taille et aux ressources du ménage<sup>48</sup>. Le paiement des cotisations se fait au comptant ou peut être fractionné dans le temps.

Les techniques utilisées par cette assurance sont plus complexes que dans les cas précédents : système de capitation, référence obligatoire pour les soins secondaires, tiers payant pour les soins primaires, soins primaires intégrés à l'assurance, période de stage, etc.

Le régime bénéficie de plusieurs types de soutien, d'une part de l'ONG internationale ORT et du gouvernement provincial de *La Union* (paiement des salaires), d'autre part de l'ambassade d'Australie (investissements en infrastructures, équipements et stocks de médicaments). Elle bénéficie en outre d'une assistance technique de l'OMS sur place. A noter que plus récemment, en 2001, la coopérative a développé une nouvelle activité de microcrédit pour venir en aide aux membres ayant des difficultés à payer leurs cotisations.

47. Ron, A., 1999, pp. 939-950 ; ILO-STEP, 2002, 57 p.

48. Le montant de la cotisation varie entre 70 pesos par mois pour un individu et 150 pesos par mois pour une « grande famille ». La famille « standard » (4 membres) paiera 120 pesos par mois.

#### Encadré 4. *Umasida*<sup>49</sup>

L'association mutuelle *Umasida* est née d'un projet de l'Organisation Internationale du Travail (OIT) conduit au sein du secteur informel de Dar es-Salam réunissant cinq groupes de travailleurs du secteur informel rassemblés en coopérative. Depuis 1995, l'association gère un système d'assurances de santé et de recours aux soins pour ses 1 500 membres et leurs familles (au total 4 500 membres). Selon la coopérative de travailleurs considérée, l'association propose deux types d'assurance.

Pour quatre des cinq coopératives, l'accès aux soins primaires est garanti chez des prestataires de soins privés ayant passé contrat avec l'association. Les prestataires retenus varient. Ils sont sélectionnés en fonction de leurs compétences et de leur proximité géographique. Le remboursement des soins de premier niveau s'effectue à l'acte et au cas par cas. Les prestataires de ce premier niveau peuvent référer les patients vers des structures de soins secondaires et tertiaires publiques du district correspondant et les frais des patients sont remboursés *a posteriori* pour ce dernier type de soins.

L'assurance de la coopérative *Dasico* se distingue des autres puisque la coopérative propose à ses membres sa propre offre de soins de santé primaires. Un dispensaire est installé dans les locaux de *Dasico* dans lequel un assistant médical et une infirmière dispensent les soins de base et réfèrent, le cas échéant, les patients vers les hôpitaux publics de Kisarawé et de Muhimbili. La coopérative gère elle-même l'assurance et l'offre de soins de premier niveau, *Umasida* prenant en charge les frais des assurés à l'hôpital en cas d'intervention chirurgicale sur une hernie discale ou lors des contrôles et traitements de l'hypertension. Pour ce groupe de travailleurs, l'association mutuelle ne gère donc que la couverture de certains soins secondaires et tertiaires.

La cotisation est estimée en moyenne à 31,30 dollars par an pour une famille de six personnes, ce qui correspond à une cotisation annuelle moyenne de 5,22 dollars par personne.

49. Kiwara, A.D., 2000, pp. 137-168. McCord, M., 2001.

Encadré 5.  
***Nkoranza Community Health Insurance Scheme***<sup>50</sup>

A la différence des exemples précédents, l'initiative du *Nkoranza Community Health Insurance Scheme* provient de la direction de l'hôpital catholique de Nkoranza au Ghana. Face aux difficultés des patients à payer les soins, depuis l'introduction du recouvrement des coûts en 1984, l'administration de l'hôpital a initié un projet de régime d'assurance maladie dès 1989.

Ce régime s'adresse en priorité à la population rurale de paysans et de fermiers du district. L'assurance étant intégrée à l'hôpital, qui en a la propriété, sa gestion est professionnelle et la participation des assurés n'est pas prévue.

L'adhésion est volontaire sur une base individuelle. Moyennant une cotisation de 2 100 cedis par an<sup>51</sup>, les assurés ont accès à l'ensemble des soins de niveaux II et III dispensés par l'hôpital. Les soins sont couverts à 100 % (ni ticket modérateur, ni co-paiement). Pour éviter les phénomènes de hasard moral, un système de référence a été mis en place avec des prestataires de soins de premier niveau de la région, qui joue le rôle de *gate keeper*.

50. Atim, C., 1999, pp. 881-896. Atim, C., 2001.

51. 2 500 cedis = 1 euro

Encadré 6.  
**SEWA Health Insurance<sup>52</sup>**

SEWA est à la fois un syndicat et un mouvement social créé en Inde en 1972 ayant pour but de représenter les femmes du secteur informel du Gujarat. SEWA s'efforce de favoriser l'organisation des travailleuses informelles par le développement intégré. Plus récemment, SEWA a lancé une assurance de santé pour les femmes membres. La particularité de ce régime est d'être intégré à un panier d'assurances dont les composantes ne peuvent être séparées les unes des autres. Le panier est constitué de quatre types de protections : une assurance maladie, une assurance vie, une assurance perte des actifs et une assurance maternité. La composante santé, récente, a évolué depuis son lancement en 1992 et propose actuellement quatre garanties (annexe 2).

Les prestations sont délivrées sous forme de remboursement sur justificatifs (pas de tiers payant). L'assurance de santé ne couvre que les accidents et les maladies justifiant une hospitalisation d'au moins 24 heures, et le remboursement est plafonné ; elle ne s'adresse qu'aux femmes entre 18 et 58 ans ; aucune maladie chronique n'est prise en charge ; jusqu'à présent, les enfants ne sont pas pris en charge. Depuis 2000, l'assurance maladie est ouverte aux époux moyennant une cotisation supplémentaire de 0,45 dollar et la prise en charge des enfants est à l'étude. La garantie santé SEWA reste donc assez limitée. Mais elle doit être considérée au regard des autres activités du syndicat pour la santé, notamment dans le domaine des soins de santé de base et de la protection de la mère et de l'enfant.

Autre particularité, sa gestion à la fois participative et professionnelle. Le mode de gouvernance dépend en effet du produit d'assurance considéré. D'un côté, les membres gèrent le programme de sécurité sociale dans le cadre des garanties santé et perte des actifs. De l'autre, une équipe de gestion (*Insurance Committee*) propre à chaque groupement, formée à 60 % par les membres et à 40 % par des professionnels de l'assurance, pilote la gestion. Ainsi, l'assurance de santé est-elle gérée par des équipes professionnelles en partenariat avec les clients bénévoles.

52. Dayal, M., 2001. McCord, 2001.

Enfin, les différentes assurances bénéficient d'importantes aides. Le syndicat possède une réserve d'environ 450 000 dollars financée par la GTZ et gérée par SEWA. *La Life Insurance Corporation of India* (compagnie d'assurance publique), qui gère les contrats d'assurance vie de SEWA, reçoit une subvention publique de l'État lui permettant d'offrir des assurances vie à faible coût. On estime ainsi que la prime payée par les assurés couvre environ 50 % du coût réel de l'assurance, le reste étant subventionné à par égale par l'aide publique et par la GTZ.



## Annexe 2. Les garanties de SEWA (Inde)

	<b>Prime 1</b> (72,5 Rs <sup>53</sup> )	<b>Prime 2</b> (95 Rs)
	<b>Fixed-deposit 1</b> (700 Rs)	<b>Fixed-deposit 2</b> (900 Rs)
Mort naturelle	3 000 Rs	3 000 Rs
Mort accidentelle	40 000 Rs	40 000 Rs
Mort accidentelle du mari	15 000 Rs	40 000 Rs
Perte des actifs	5 000 Rs	5 000 Rs
(en cas d'émeutes, d'inondation, de cyclone ou d'incendie)		
Hospitalisations	1 200 Rs	1 200 Rs
(soins, séjour, médicaments et tests)	(Remb. max.)	(Remb. max.)

### En option (dans le cas de l'assurance avec *fixed-deposit* de 700 ou 900 Rs par an) :

Indemnité maternité	300 Rs au 7 <sup>e</sup> mois de grossesse
Opération de la cataracte	1 200 Rs (plafond de remboursement)
Sonotone (prothèse auditive)	1 000 Rs (plafond de remboursement)
Prothèse dentaire	600 Rs (plafond de remboursement)

53. Rs : roupie indienne ; 1 euro = 52 RS.





# Annexe 3. Les effectifs de la mutualité malienne

## Le mouvement mutualiste malien animé par l'UTM

<b>Mutuelles fonctionnelles diffusant une prestation santé (septembre 2002)</b>		
Nombre de mutuelles	Cotisants	Bénéficiaires
22	7 710	29 971
<b>Mutuelles offrant des facilités d'accès aux soins, grâce à une réduction tarifaire dans un centre de soins géré par une mutuelle</b>		
Nombre de mutuelles	Cotisants	Bénéficiaires
3	2 384	16 024
<b>Mutuelles existantes et en gestation, mais non encore fonctionnelles</b>		
Nombre de mutuelles	Cotisants potentiels	Bénéficiaires potentiels
12	12 527	79 040
<b>Mutuelles diffusant l'assurance maladie volontaire de l'UTM</b>		
Nombre de mutuelles	Cotisants	Bénéficiaires
12	5 277	17 874
<b>Mutuelles couvrant un risque long (vieillesse, décès, invalidité, etc.)</b>		
Nombre de mutuelles	Cotisants	Bénéficiaires
21	31 053	-

Source : Ouattara *et al.*, 2003.



---

# Annexe 4. Données sur l'Afrique du Sud

---

## 1. *Open Schemes* proposant une garantie à faible coût (Low-cost option)

<b>Medical Scheme</b>	<b>Nb. de garanties</b>	<b>« Low-cost option »</b>	<b>Caractéristiques</b>
<i>All Care Medical Aid</i>	4	<i>Chamber Budget Option</i>	Plan d'assurance couvrant les dépenses pour les pathologies lourdes ( <i>major medical</i> ) et les petites pathologies ( <i>day-to-day</i> ). Pas de limite de prise en charge, mais plafond sur certains services : hospitalisation plafonnée à 50 000 ZAR, médicaments pour les pathologies chroniques plafonnés à 3 500 ZAR. Tarification basée sur celle négociée par le <i>Board of Health Care Funders (BHF)</i> <sup>54</sup> . Outils de contrôle des dépenses : autorisation préalable pour l'hospitalisation, <i>disease management</i> , liste de prestataires pour les médicaments pour les maladies chroniques et les transferts d'urgence.
<i>Bonitas Medical Fund (Medscheme<sup>55</sup>)</i>	4	<i>Primary</i>	Plan d'assurance couvrant les dépenses pour les pathologies lourdes ( <i>major medical</i> ) et les petites pathologies ( <i>day-to-day</i> ). Plafond de prise en charge fixé à 150 000 ZAR. Tarification basée sur celle négociée par le BHF. Pas de prestations concernant les pathologies chroniques. Outils de contrôle des dépenses : autorisation préalable pour l'hospitalisation et nombreux programmes de <i>disease management</i> dont un concernant le VIH/SIDA.
<i>Cape Medical Plan</i>	1	<i>Mediflex</i>	Plan d'assurance couvrant les dépenses pour les pathologies lourdes ( <i>major medical</i> ). Plafond de prise en charge fixé à 500 000 ZAR extensible à un million ZAR. Options : soins de santé primaires <sup>56</sup> à l'acte comprenant les médicaments pour les maladies chroniques; compte épargne santé. Plafond de prise en charge s'échelonnant de 600 ZAR à 9 000 ZAR par tranches de 600 ZAR au choix des clients. Outils de contrôle des dépenses : autorisation préalable pour l'hospitalisation.

54. *Board of Health Care Funders* qui négocie chaque année les tarifs avec les structures de soins. Ces tarifs sont utilisés par nombre de *Medical Schemes*.

55. Gestionnaire de *Medical Scheme*.

56. Soins de santé primaires.

<b>Medical Scheme</b>	<b>Nb. de garanties</b>	<b>« Low-cost option »</b>	<b>Caractéristiques</b>
<i>Caremed Medical Scheme (Old Mutual<sup>57</sup>)</i>	7	<i>Essential Option</i>	<p>Plan d'assurance couvrant les dépenses pour les pathologies lourdes (<i>major medical</i>) et les petites pathologies (<i>day-to-day</i>).</p> <p>Option : compte-épargne santé.</p> <p>Plafonds : pour les pathologies lourdes 50 000 ZAR ; pour les petites pathologies 2 650 ZAR. Si le plafond n'est pas atteint à la fin de l'année l'excédent est répercuté sur le plafond de l'année suivante.</p> <p>Tarifification basée sur celle négociée par le BHF.</p> <p>Pas de prise en charge particulière des maladies chroniques en dehors de la prise en charge des petites pathologies.</p> <p>Coût de la garantie inférieur à 1 000 ZAR par mois.</p>
<i>Genesis Medical Scheme</i>	2	<i>Plan B</i>	<p>Plan d'assurance couvrant les dépenses pour les pathologies lourdes (<i>major medical</i>) sans plafond ; les accidents de voiture à hauteur de un million ZAR ; le rapatriement de l'étranger à hauteur de un million ZAR.</p> <p>Pas de plafond de dépenses concernant les hospitalisations.</p> <p>Tarifification basée sur celle négociée par le BHF sauf pour les hospitalisations d'urgence où la tarification du secteur privé s'applique.</p> <p>Programme de <i>disease management</i> pour les maladies chroniques avec un plafond fixé à 500 000 ZAR.</p> <p>Petites pathologies prises en charge <i>via</i> un contrat d'assurance doublé d'un compte-épargne santé avec des plafonds au choix des patients au nombre de dix.</p> <p>Outils de contrôle des dépenses : autorisation préalable pour l'hospitalisation ; <i>guidelines</i> auprès des médecins.</p> <p>Coût de la garantie inférieur à 1 000 ZAR par mois.</p>

57. Gestionnaire de *Medical Scheme*.

<b>Medical Scheme</b>	<b>Nb. de garanties</b>	<b>« Low-cost option »</b>	<b>Caractéristiques</b>
<i>Omnihhealth Medical Scheme (MedScheme)</i>	6	<i>Omnisave</i>	<p>Plan d'assurance couvrant les dépenses pour les pathologies lourdes (<i>major medical</i>) et les petites pathologies (<i>day-to-day</i>).</p> <p>Option : compte-épargne santé.</p> <p>Pas de plafond de prise en charge concernant les hospitalisations et les dépenses pour les pathologies lourdes.</p> <p>Plafond de 3 600 ZAR concernant la prise en charge des petites pathologies.</p> <p>Prise en charge des maladies chroniques dans le cadre de la prise en charge des petites pathologies ou des comptes-épargnes santé.</p> <p>Tarification basée sur celle négociée par le BHF.</p> <p>Outils de contrôle des dépenses : autorisation préalable pour l'hospitalisation et nombreux programmes de <i>disease management</i> dont un concernant le VIH/SIDA et le mode de vie (<i>lifestyle</i>).</p> <p>Coût de la garantie inférieur à 1 000 ZAR par mois, compte-épargne santé exclu.</p>
<i>Resolution Health (Medical Scheme (Health System Management Trust<sup>58</sup>))</i>	3	<i>Fundamental</i>	<p>Plan d'assurance couvrant les dépenses pour les pathologies lourdes (<i>major medical</i>), les petites pathologies (<i>day-to-day</i>), les hospitalisations, la prise en charge des maladies chroniques.</p> <p>Option : compte-épargne santé.</p> <p>Plafond pour les hospitalisations : 50 000 ZAR.</p> <p>Plafond de prise en charge des maladies chroniques : 3 000 ZAR + liste de prestataires préférentiels.</p> <p>Plafond pour les petites pathologies : 1 700 ZAR.</p> <p>Pas de plafond pour les pathologies lourdes.</p> <p>Tarification basée sur celle négociée par le BHF.</p> <p>Coût de la garantie inférieur à 1 000 ZAR par mois.</p>

58. Gestionnaire de *Medical Scheme*.

<b>Medical Scheme</b>	<b>Nb. de garanties</b>	<b>« Low-cost option »</b>	<b>Caractéristiques</b>
<i>Vulamed (Medscheme)</i>	3	<i>Standard</i>	<p>Plan d'assurance couvrant les dépenses pour les pathologies lourdes (<i>major medical</i>), système par capitation pour les soins de santé primaires (<i>Primecare</i>)</p> <p>Option : compte-épargne santé</p> <p>Pas de plafond de prise en charge pour les maladies chroniques si pris en charge par le réseau de clinique de <i>Primecare</i>.</p> <p>Supplément de 10 000 ZAR pour les médicaments hors liste concernant les pathologies aiguës et chroniques.</p> <p>Outils de contrôle des dépenses : autorisation préalable pour l'hospitalisation et programmes de <i>disease management</i> concernant le VIH/SIDA</p>



## 2. Activités financières et clients de *Medscheme*

### Activités financières de *Medscheme*

	Nom des <i>Medical Schemes</i>	Part détenue
1	Vula Health Services (Pty) Limited	50 %
2	Sizwe Medical Services (Pty) Limited	49 %
3	Sigma Health Fund Managers (Pty) Limited	39,4 %
4	Bensure Management Services (Pty) Limited	37,5 %
5	Healthbridge (Pty) Limited	30 %
6	B & M <i>Medical Scheme</i> Administrators (Pty) Limited	51 %
7	<i>Medscheme</i> Administrators Swaziland (Pty) Limited	100 %
8	<i>Medscheme</i> Namibia (Pty) Limited	100 %
9	Medinvest (Pty) Limited	100 %
10	Interpharm Data Systems Limited	100 %
11	Sovereign Health (Pvt) Limited	100 %

*Source* : *Medscheme Limited, Annual Report 2001.*

(1 et 2) : participation dans des *Medical Schemes*.

(3) : participation dans des administrateurs de *Medical Schemes*.

(7, 8, 9, 10 et 11) : filiales à 100 %.

### Liste des clients de *Medscheme* et nombre de bénéficiaires

	Nom des clients <i>Medical Schemes</i>	Nombre de membres principaux en 2000
	<i>Open Schemes</i>	
1	<i>Bonitas Medical Fund</i>	240 000
2	<i>Fedsure Health</i>	100 000
3	<i>Medshield Medical Scheme</i>	90 000
4	<i>National Medical Plan (NMP)</i>	70 000
5	<i>Omni Health Medical Scheme</i>	62 000
6	<i>Phila Medical Scheme</i>	10 000
7	<i>Vulamed</i>	9 000
8	<i>Medical Expenses Distribution Society (MEDS)</i>	6 000
9	<i>Beland Medical Aid Society</i>	6 000

Liste des clients de *Medscheme* et nombre de bénéficiaires (suite)

	Nom des clients <i>Medical Schemes</i>	Nombre de membres principaux en 2000
	<b><i>Closed Schemes</i></b>	
10	<i>AACmed</i>	
11	<i>Anglo-American Corporation Medical Scheme</i>	<i>Données non disponibles</i>
12	<i>ABI Medical Scheme</i>	<i>Données non disponibles</i>
13	<i>AECI Medical Aid Society</i>	<i>Données non disponibles</i>
14	<i>Barlow Medical Scheme</i>	<i>Données non disponibles</i>
15	<i>BMW Employees Medical Aid Society</i>	<i>Données non disponibles</i>
16	<i>DCMed</i>	<i>Données non disponibles</i>
17	<i>Ellering Holdings Medical Aid Society</i>	<i>Données non disponibles</i>
18	<i>G5Med</i>	<i>Données non disponibles</i>
19	<i>Haggie Medical Scheme</i>	<i>Données non disponibles</i>
20	<i>Libcare Medical Scheme</i>	<i>Données non disponibles</i>
21	<i>Massmart Health Plan</i>	<i>Données non disponibles</i>
22	<i>Medimed Mediese Skema</i>	<i>Données non disponibles</i>
23	<i>Medsure Medical Aid Scheme</i>	<i>Données non disponibles</i>
24	<i>Metrocare</i>	<i>Données non disponibles</i>
25	<i>Alliance Midmed Medical Scheme</i>	<i>Données non disponibles</i>
26	<i>Nampak Group Medical Society</i>	260 000
27	<i>Netcare Medical Scheme</i>	<i>Données non disponibles</i>
28	<i>NBS Group Medical Aid Fund</i>	<i>Données non disponibles</i>
29	<i>PG Group Medical Scheme</i>	<i>Données non disponibles</i>
30	<i>Parmed Medical Aid Scheme</i>	<i>Données non disponibles</i>
31	<i>Polmed 5 (South African Police Service)</i>	<i>Données non disponibles</i>
32	<i>Quantum Medical Aid Society</i>	<i>Données non disponibles</i>
33	<i>The South African Breweries Medical Aid Society</i>	<i>Données non disponibles</i>
34	<i>SAB Castellion Medical Scheme</i>	<i>Données non disponibles</i>
35	<i>SABC Medical Scheme</i>	<i>Données non disponibles</i>
36	<i>Sasolmed</i>	<i>Données non disponibles</i>
37	<i>Siemens Medical Fund</i>	<i>Données non disponibles</i>
38	<i>Stockmed</i>	<i>Données non disponibles</i>
39	<i>Xstrata Medical Aid Scheme</i>	<i>Données non disponibles</i>
40	<i>University of Natal Medical Scheme</i>	<i>Données non disponibles</i>
41	<i>University of Witwatersrand, Staff Medical Fund</i>	<i>Données non disponibles</i>

Source : *Medscheme Limited, Annual Report 2001.*

### 3. Le réseau *Primecure*

#### 3.1. Le volume d'activité et les sources de revenus de *Primecure*

La mise en application du *managed care* permet aux personnels de santé des *Medicentres* de voir un grand nombre de patients par jour, compte tenu de la rationalisation du déroulement des consultations. Le *Medicentre* d'Alexandra à Johannesburg est ouvert tous les jours de 8 h à 17 h. Pendant ces heures d'ouverture, deux infirmières examinent une moyenne de 80 patients par jour. Selon le responsable du *Medicentre*, les consultations sont majoritairement concentrées entre 8 h et 14 h.

*Primecure* dispose de quatre sortes de revenus :

- les revenus issus du système de paiement basé sur une tarification par capitation : *Primecure* passe des contrats avec des plans d'assurance permettant un accès illimité aux soins primaires du réseau *Primecure* pour les assurés. Aucun co-paiement n'est demandé au patient. Actuellement, *Primecure* passe des contrats avec une vingtaine de plans d'assurance, dont *Vulamed* (administré par *Medscheme*). Chaque mois, un montant par tête est fixé (environ 90 ZAR) qui permet à l'assuré de bénéficier de l'ensemble de soins de santé primaires en fonction de son propre besoin. Cette première source de revenus représente environ 60 % des recettes totales de *Primecure*. C'est cet élément qui a fait le succès de *Primecure*, comme en témoigne l'évolution du nombre de contrats : 6 000 en 1998 et 170 000 en 2002 ;
- les revenus issus des contrats de médecine du travail passés avec les entreprises ;
- les revenus issus des consultations individuelles basées sur un paiement à l'acte. Moyennant 85 ZAR, chaque patient se rendant dans un centre de santé *Primecure* bénéficie d'une visite complète ;
- enfin, *Primecure* propose un paiement à l'acte (*fee-for-service*) pour certaines investigations de type radiologie ou échographie, pour les patients bénéficiant d'un plan d'assurance (*Medical Scheme*).

### 3.2. Résultats et défis à relever

*Primecure* est un très bon système de soins primaires abordable (consultation à 85 ZAR par personne) et très concurrentiel par rapport aux prestataires appartenant au même segment de soins, les GP et les centres de santé primaires publics : le prix moyen d'un recours aux soins dans ce type de cliniques de soins est inférieur ou la qualité meilleure que ceux des deux autres prestataires de soins primaires (Palmer, N. *et al.*, 2003).

Néanmoins, le champ d'intervention des centres de soins *Primecure* pose quelques questions du point de vue clinique. Les compétences mobilisées sont faibles en termes de ressources humaines (infirmières plutôt que médecins diplômés, assistants pharmaciens plutôt que pharmaciens confirmés). Un logiciel informatique se substitue aux compétences des professionnels de santé. Dans ces conditions, les diagnostics et les traitements sont soumis aux arborescences des logiciels de *managed care* et les pathologies entrent plus ou moins bien dans les cases. D'une manière générale, le suivi des maladies chroniques n'est pas forcément bien assuré avec ces procédures et il est tentant d'orienter les patients vers d'autres formations. D'ailleurs, dans un cadre de tarification par capitation, tous les patients dont les symptômes ou pathologies n'apparaissent pas dans le logiciel sont préférentiellement référés vers une autre structure de soins. Si les procédures utilisées permettent de diminuer les coûts pour *Primecure* (notamment en évacuant les maladies chroniques), on peut s'interroger sur la qualité des soins qui résulte de l'orientation, dès lors que *Primecure* ne contrôle pas les niveaux supérieurs et ne fait pas partie d'un réseau couvrant toute la palette des soins.

Les questions de la rentabilité et de la viabilité financière d'un tel réseau doivent être posées. Il n'a pas été possible d'obtenir d'informations précises concernant les comptes d'exploitation du réseau. Néanmoins, un certain nombre d'éléments font

s'interroger sur la rentabilité à terme, voire sur la viabilité du réseau. Si le coût en ressources humaines est modéré par rapport aux autres prestataires de soins de santé primaires disponibles en Afrique du Sud (GP et centres de santé primaire publics), le coût du système d'information sur lequel repose l'ensemble du service est de son côté très élevé. Il ne faut pas oublier à ce propos que la qualité des soins dans une approche de diagnostic assisté est fonction de l'actualisation des logiciels, ce qui demande des moyens permanents.

Les sources de revenu de *Primecure* sont extrêmement dépendantes du système par capitation et donc *a fortiori* des *Medical Schemes* disponibles pour les individus à faible revenu. Par extension, le réseau *Primecure* est fortement dépendant de l'évolution du marché des assurances pour les personnes à faible revenu, encore relativement peu investi par les gestionnaires d'assurance type *Medscheme*. Par ailleurs, le volume d'activités des centres de santé *Primecure* semble avoir atteint ses limites, compte tenu des ressources humaines disponibles. Pour augmenter son activité, *Primecure* dispose de trois solutions :

- augmenter les ressources humaines des centres, ce qui ne semble pas être la stratégie adoptée ;
- augmenter le nombre de centres, ce qui requiert de nouveaux investissements ;
- augmenter les tarifs, ce qui est la stratégie apparemment privilégiée, puisque les tarifs ont été augmentés au mois de juin 2003 (augmentation de 5 ZAR par consultation).

Enfin, force est de constater une certaine dépendance du réseau de santé *Primecure* vis-à-vis des autres prestataires de soins, de niveau I mais aussi de niveaux supérieurs. Les centres étant fermés le week-end et ne proposant aucun service d'urgence, les patients utilisant les services de *Primecure* recourent également aux autres soins publics et privés. Plus spécifiquement, les patients atteints de maladies chroniques (VIH/SIDA notamment), ne sont que faiblement pris en charge par les structures de soins

*Primecure*. Pour toute une catégorie de population, *Primecure* ne constitue peut-être pas un recours aux soins suffisant.

### **3.3. Une appréciation du potentiel de Primecure**

En dépit des questions qu'il pose, ce nouveau type de prestataires de soins primaires constitue une alternative particulièrement intéressante, compte tenu du volume d'activités qu'ils peuvent assurer et de leur implantation.

De fait, *Primecure* permet d'accéder à des soins de qualité à un coût relativement bas. Son potentiel serait encore plus fort si son positionnement par rapport à l'ensemble de l'offre de soins publique et privée disponible était amélioré par un dispositif contractuel. Dans la perspective de la mise en place d'un système national d'assurance maladie pour les fonctionnaires et d'un partenariat public-privé, il devrait jouer un rôle intéressant et inspirer une diffusion du modèle qu'il représente. D'une certaine façon, ce type de structure est une réponse pertinente à la mise en place d'une offre susceptible de travailler avec des mutuelles ou des dispositifs de micro-assurance. En revanche, renvoyé seulement à un impératif de rentabilité dans un contexte de dépendance vis-à-vis des *Medical Schemes* réduits à fonctionner sur leur marché actuel, son impact social ne pourra être considérable.



# Annexe 5. Données sur le Bangladesh

## Primes et co-paiements du BRAC-MHIB en fonction de la catégorie socio-économique

199

	Catégorie socio-économique		
	Membre d'une VO	Non-membre d'une VO	<i>Ultra-poor</i>
Prime par famille (en Taka)			
Moins de 6 membres	100	250	0
De 6 à 8 membres	150	300	0
Plus de 8 membres	200	350	0
Co-paiement : consultation	2	5	0
Réduction tarifaire (pathologie)	50 %	50 %	50 %
Réduction tarifaire (médicaments)	10 %	10 %	10 %
Forfait en cas de référence	500-1000	500-1000	500-1000
Incitation à la recotisation	Réduction de 25 %	Réduction de 25 %	

Source : BRAC, 2002.



## Primes et garanties de santé GK

	Membres <i>Grameen</i>	Non-membres
Prime	120 Tk	150 Tk
Consultation médicale	5 Tk	10 Tk
Co-paiement		
Médicaments essentiels et génériques	25 %	25 %
Réduction		
Autres médicaments (spécialités)	10 %	10 %
Réduction		
Analyses biologiques courantes	30 %	50 %
Réduction		
Consultations dans les structures de référence	50 %	50 %
Réduction		
Référence	Remboursement <i>a posteriori</i>	Remboursement <i>a posteriori</i>
Vaccination de l'EPI <sup>59</sup>	Gratuit	Gratuit
Bilan de santé annuel	Gratuit	Gratuit

Source : GK.

59. *Extended Programme of Immunization.*

## Tarification des services délivrés au DSH en 2000

Activité	Acte	Tarification
Analyses de laboratoire		50 % en dessous des tarifs du marché (tarifs compris dans une fourchette allant de 15 à 255 Tk).
Radiologie		20 à 25 % en dessous des tarifs du marché (tarifs compris entre 90 et 180 Tk).
Échographie	Totalité du ventre	350 Tk
	Bas-ventre	250 Tk
	Ticket modérateur	10 Tk
Hospitalisation	Chambre normale	70 Tk/lit/jour
	Chambre particulière	400 Tk/chambre/jour
Accouchements	<i>Normal Labor</i> comprenant : quatre consultations prénatales, vaccination tétanos, sérologie hépatite B, glycémie, groupe sanguin, analyse d'urine basique, trois jours d'hospitalisation et accouchement	800 Tk
	<i>Normal Labor</i> + médicaments fournis par l'hôpital	1 000 Tk
	<i>Normal Labor</i> + médicaments fournis par l'hôpital + échographie	1 200 Tk
Interventions chirurgicales	<i>Major procedure</i> (chirurgie de l'abdomen, orthopédie, obstétrique, urologie)	5 000 Tk
	<i>Intermediate procedure</i> (appendicectomie, hernie, hydrocèle, fistules, fissures, hémorroïdes, etc.)	3 000 Tk
	<i>Minor procedure</i> (kyste, lipome, abcès, etc.)	1 000 Tk
Ambulance	Forfait pour 10 km	100 Tk
	Kilomètre supplémentaire au-dessus de 10 km	6 Tk

Source : DSK, 2000.



# Liste des acronymes

AFD	Agence Française de Développement
AMV	Assurance maladie volontaire
ANC	African National Congress (Afrique du Sud)
ANMC	Alliance nationale des mutuelles chrétiennes (Belgique)
ASACO	Association de santé communautaire (Mali)
ASSABA	Association por Salud de Barillas (Guatemala)
BHF	Board of Health Care Funders (Afrique du Sud)
BIT	Bureau international du travail
BNDA	Banque nationale de développement agricole du Mali
BRAC	Bangladeshi Rural Advancement Committee
CARE	The Centre for Actuarial Research (Afrique du Sud)
CFA	Communauté financière d'Afrique
CGAP	The Consultative Group to Assist the Poor
CHWs	Community Health Workers (Bangladesh)
CIDR	Centre international de développement et de recherche
CSA	Centre de santé d'arrondissement (Mali)
CSCom	Centre de santé communautaire (Mali)

CSRef	Centre de santé de référence (Mali)
CSSP	Centre de soins de santé primaires
DFID	Department for International Development (Royaume-Uni)
DSH	Dushta Shasthya Hospital (Bangladesh)
DSK	Dushta Shasthya Kendra (Bangladesh)
EDP	Economic Development Programme
EHC	Essential Health Care
EPI	Extended Programme of Immunization
ESP	Essential Service Package (Bangladesh)
FNMF	Fédération nationale de la mutualité française
GK	Grameen Kalyan (Bangladesh)
GP	General Practitioners
GRET	Groupe de recherche et d'échanges technologiques
GTZ	Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (Allemagne)
GTZ	Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit
HMO	Health Maintenance Organizations
HPSP	Health and Population Sector Strategy
IMF	Institution de microfinance
IWC	Intensified WHO Collaboration Programme
LIC	Life Insurance Corporation of India
MEG	Médicaments essentiels génériques
MHIB	Micro Health Organisation Bangladeshi (BRAC)
MOHFW	Ministry of Health and Family Welfare (Bangladesh)
MSF	Médecins sans frontières
MST	Maladies sexuellement transmissibles
MUTEC	Mutuelle des travailleurs de l'éducation et de la culture (Mali)
NHHP	Nsambya Hospital Healthcare Plan (Ouganda)
OIT	Organisation internationale du travail
OMS	Organisation mondiale de la santé

ONG	Organisation non gouvernementale
ORT	Organizing for Educational Resources and Training
ORTMCC	ORT Mother and Child Programme
OTEP	Oral Therapy Extention Program (Bangladesh)
PAEF	Praxis Active Equity Fund
PED	Pays en développement
PMBs	Prescribed Minimum Benefits (Afrique du Sud)
PRODESS	Programme de développement sanitaire et social du Mali
RAS	République d'Afrique du Sud
SAM	Système d'assurance maladie
SEWA	Self Employed Women's Association (Inde)
SocialRe	Social Reinsurance (BIT)
SS	Shastho Shebikas (Bangladesh)
SSP	soins de santé primaires
STEP	Stratégies et techniques contre l'exclusion sociale et la pauvreté
SWAP	Sector Wide Approach Programme
USAID	United States Agency for International Development
UTM	Union technique de la mutualité malienne
VIH/SIDA	Virus de l'immunodéficience humaine/syndrome d'immunodéficience acquise
VO	Village Organisation (Bangladesh)
WEEH	Women's Empowerment through Employment and Health (ILO-STEP)



---

# Bibliographie

---

## 1. Assurance maladie

BLAINVILLAIN, D. (2001), *L'assurance maladie de la sécurité sociale*, Genève, BIT.

CARRIN, G. (2001), « L'assurance maladie : un chemin parsemé d'obstacles pour les pays en développement », in RAINHORN, J.-D. et BURNIER, J.-M. (dir. pub.), *La santé au risque du marché : incertitudes à l'aube du XXI<sup>e</sup> siècle*, Paris, Nouveaux Cahiers de l'IUED, PUF, pp. 199-214.

207

CREDES (2001), *Le risque maladie dans les assurances sociales : bilan et perspectives dans les PVD*, Paris, ministère des Affaires étrangères, DGCID, Série Rapports d'étude.

DROR, D.-M. (avril-juin 2000), « Réformer l'assurance maladie : une question de principe ? », in *Revue internationale de sécurité sociale*, Vol. 53, No. 2, pp. 85-115.

FOIRRY, J.-P. et al. (septembre 2000), *Étude sur l'extension des assurances sociales obligatoires du risque maladie dans les pays de la ZSP : Bilan et perspectives*, Paris, MAE-DGCID.

van GINNEKEN, W. (2000), *Sécurité sociale pour la majorité exclue : études de cas dans les pays en développement*, Genève, BIT.



- van GINNEKEN, W. (1999), « Sécurité sociale pour le secteur informel, un nouveau défi pour les pays en développement », in *Revue internationale de sécurité sociale*, Vol. 52, No. 1.
- GUHAN, S. (1994), « Stratégies de sécurité sociale dans les pays en développement », in *Revue internationale du travail*, BIT, Vol. 133, No. 1, pp. 37-58.
- JÜTTING, J. (2000), « Systèmes de sécurité sociale dans les pays à faible revenu : concepts, limites et besoins de coopération », in *Revue internationale de sécurité sociale*, Vol. 53, No. 4, pp. 3-29.
- KASENTE, D. (2000), « La situation des femmes et la réforme de la sécurité sociale en Afrique », in *Revue internationale de sécurité sociale* Vol. 53, No. 3, pp. 31-47.
- NORMAND, C. (1999), "Using social health insurance to meet policy goals", in *Social Science and Medicine*, 48, pp. 865-869.
- US-SSA (1999), *Social Security Programs throughout the World*, Baltimore, MD, US Social Security Administration.
- <http://www.ssa.gov/statistics/ssptw/1999/English/index.html>

## 2. Micro-assurance

208

- BROWN, W. et C. CHURCHILL (novembre. 1999), *Providing Insurance for Low Income Households. Part I. Primer on Insurance Principles and Products*, MBP/USAID, Bethesda
- CARRIN, G., D. DE GRAEVE et L. DEVILLE, (1999), « Introduction to Special Issue on Economics of Health Insurance in Low and Middle-income Countries », in *Social Science and Medicine*, 48, pp. 859-864.
- van OPPEN, C. (janvier 2001), « Insurance: a Tool for Sustainable Development », in *Journal of Insurance Research and Practice*.
- PLATTEAU, J.-P. (1997), "Mutual Insurance as an Elusive Concept in Traditional Rural Communities", in *Journal of Development Studies*, Vol. 33, No. 6.
- PLATTEAU, J.-P. (1991), "Traditional systems of social security and hunger insurance: past achievements and modern challenges in social security in developing countries",

in AHMAD, E., J. DREZE, J. HILLS, et A. SEN, (dir. pub.), *Social Security in Developing Countries*, Oxford, Clarendon Press.

### 3. Micro-assurance de santé

BENNETT, S., A. CREESE et R. MONASH, (1998), "Health insurance schemes for people outside formal sector employment", in *ARA Paper*, No. 16, Division of Analysis, Research and Assessment of WHO.

BROUILLET, P., M. WADE, M. KAMBE, et M. NDAO, (1997), « Le développement des systèmes de prévoyance volontaire du risque maladie : émergence des mutuelles de santé en Afrique », in *L'Enfant en milieu tropical*, No. 228.

DEBAIG, G. (1999), *Report on the "Community-based Health Insurance Regional Conference", held at Kampala, Uganda on 9-13 November 1998*.

DROR, D.-M. et C. JACQUIER (1999), "Micro-Insurance: Extending Health Insurance to the Excluded ", in *International Social Security Review*, Vol. 52, No. 1.

DROR, D.-M. et A.-S. PREKER (2003), *Réassurance sociale : stabiliser les micro-assurances de santé dans les pays pauvres*, Genève, OIT, Banque mondiale, Éditions Eska.

FAIVRE, H. (1996), « Mutualités face au secteur des assurances privées », Genève, Association Internationale de sécurité sociale.

GILLION, C. et M. CICHON (1993), *Working Paper on Social Health Insurance: Planning, Management, Financing*, Genève, OIT, Social Security Department.

ILO/STEP (2001), *La micro-assurance de santé en Afrique : guide en gestion administrative et financière des mutuelles de santé*, Dakar, ILO/STEP.

ILO/STEP (2000), *La micro-assurance de santé en Afrique : guide d'introduction à la mutuelle de santé*, Genève, ILO/STEP.

ILO/STEP (septembre 2000), *Health Micro-Insurances: a Compendium*, Working Paper, Genève, BIT, 227 p.

ILO/STEP (1999a), *The Abidjan Platform: Strategies to Support Mutual Health Organization in Africa: Health Micro-Insurance*, Genève, ILO/STEP.

ILO/STEP (1999b), *La mutuelle de santé : la prévoyance et la solidarité pour une meilleure santé*, Genève, ILO/STEP.

JUSTAERT, M. (1996), *Mutualité comme base de l'organisation de la sécurité sociale des travailleurs indépendants dans les pays en développement*, Genève, AISS.

LETOURMY, A. (3<sup>e</sup> trimestre 2000), « Les mutuelles de santé en Afrique : conditions d'un développement », in *Afrique contemporaine*, numéro spécial, No. 195, pp. 230-240.

LETOURMY, A. (2000), « *La démarche d'appui aux mutuelles de santé : retour d'expériences* », Paris, Association pour le développement et la coordination des relations internationales - ADECRI / ministère des Affaires étrangères.

LETOURMY A., P. NDIAYE, A. PAVY-LETOURMY, B. GALLAND et E. HAUET (octobre 2004), *Inventaire des SAM en Afrique : synthèse des travaux de recherche*, la Concertation, Dakar.

MASSIOT, N. (1998), *Inventaire des mutuelles de santé*, une étude soutenue par ILO/STEP, ILO/ACOPAM, USAID/PHR, ANMC, WSM, Draft Paper.

MONSEN, T. (février 2000), « ILO-STEP : des programmes novateurs de micro-assurance en Afrique sahélienne », in *Le magazine de l'OIT*, Genève, BIT, No. 33, pp. 11-13.

<http://www.ilo.org/public/french/inf/magazine/index.htm>

210

Plate-forme d'Abidjan (1998), *Stratégie d'appui aux mutuelle de santé en Afrique*, BIT-USAID-GTZ-ANMC-WSM.

STEP/CIDR (2001), *Guide de suivi et d'évaluation des systèmes de micro-assurance de santé*, 2 volumes, Genève, BIT.

## **4 - Micro-assurance de santé et microfinance**

BALKENHOL, B. et C. CHURCHILL (2003), « De la microfinance à la micro-assurance de santé », in DROR, D.-M. et A.-S. PREKER (dir. pub.), *Réassurance sociale : stabiliser les micro-assurances de santé dans les pays pauvres*, Genève, OIT, Banque mondiale, Éditions Eska, pp. 75-104.

BROWN, W., C. GREEN et G. LINDQUIST, (décembre 2000), *A Cautionary Note for Microfinance Institutions and Donors Considering Developing Micro-insurance Products*, Microentreprise Best Practice/USAID, Bethesda.

ILO/STEP (2000), Centre canadien d'études et de coopération internationale, Centre for Microfinance (Nepal), *Seminar and Workshop report on micro-insurance, Nepal, 20-22 June 2000: the role of microfinance institutions in contributing to social protection for the poor and health insurance services for low income households*, ILO, International Training Centre, ILO-CECI, Centre canadien d'études et de coopération internationale, CMF, Centre for Microfinance, ILO/STEP, Genève.

KECH, S. et O WAGNER, (1998), *Health Insurance linked to Community-Financing*, Genève, ILO/STEP Publications.

POURSAT, C et P. LEROY (1997), *Microhealth Insurance: a financial product for the MFI's? Lessons from GRET's pilot program in Cambodia*, Paris, GRET.

STEP-SEED (Mai 2000), *Mutuelles de santé et association de micro-entrepreneurs : Guide*, Genève, BIT.

## **5- Bibliographie pays**

### **Afrique du Sud**

ATIM, C. (1998), *WSM Mutuals' Identification Mission to: Ethiopia, Tanzania, Zimbabwe, South Africa*, Full Mission Report.

BEATTI, A. *et al.* (Juin 1996), *Sustainable Health Care Financing in South Africa*, Papers from EDI Health, Policy Seminar held in Johannesburg, South Africa, Economic Development Institute of the World Bank.

CASTRO-LEAL, F. (Février 1999), *The Impact of Public Health Spending on Poverty and Inequality in South Africa*, World Bank, Washington, DC.

Council for Medical Schemes, *Annual Report of the Registrar of Medical Schemes 2001*, Republic of South Africa.

FOURIE, I.J.H. (avril 2003), *Low-Cost Medical Schemes*.

FOURIE, I.J.H. (1999), "The Megatrends of Health Care Reform in South Africa", in *Aambeeld*, 27-1, pp. 31-34.

GILSON, L. *et al.* (novembre 1999), *The Dynamic of Policy Change – Health Care Financing in South Africa, 1994-1999: The SAZA Project*, Briefing Paper, Johannesburg.

LODGE, T. (2002), *Bus Stop for Everyone: Politics in South Africa, from Mandela to Mbeki*, David Philip, Capetown, James Surrey, Oxford.

LUND, F. (1993), « Les prestations sociales de l'État en Afrique du Sud », in *Revue internationale de sécurité sociale*, Vol. 46, No. 1.

Medscheme, *Medscheme Annual Report 2002*.

Medscheme, *Medscheme Annual Report 2001*.

MUSAU, S. (1999) *Community-based Health Insurance: experiences and lessons learned from East and Southern Africa*, Washington DC, USAID.

PALMER, N., A. MILLS, H. WADEE, L. GILSON et H. SCHNEIDER (2003), "A new face for private providers in developing countries: what implications for public health? ", in *Bulletin of the World Health Organisation*, 88, (4), pp. 292-197.

RANCHOD, S. *et al.*, (décembre 2001), *Low-Cost Options in Medical Schemes: The Need for Low-Cost Options and an Analysis of Benefits Designs Used in 2000*, CARE (The Centre for Actuarial Research), Care Monograph number 6, University of Cape Town.

ROTH, J. (1999), *Informal Microinsurance Schemes - the case of funeral insurance in South Africa*, Genève, ILO Social Finance Unit.

TAYLOR, V. *et al.* (janvier 2002), *Transforming the Present – Protecting the Future: Report on the Committee of Inquiry into a Comprehensive System of Social Security for South Africa*, Pretoria.

## **Bangladesh**

BRAC (2002), *Annual Report*.

CHAO, S. (1998), "Community Health Insurance in Bangladesh: a Viable Option?", draft paper.

- CHOWDHURY, A.-N. (1996), *Let grassroots speak: People's participation self-help groups and NGO's in Bangladesh*, Dhaka, The University Press Limited, 1989, 1<sup>ère</sup> ed.
- European Commission (2000), *Country Strategy Paper: Bangladesh 2002-2006, Final Version*, Bruxelles.
- DAIYAN, S.-A., (1999), *Grameen Kaylan Health Programme*, Dakha.
- DAVIDSON, R. et al. (mai 2000), *Socio-economic Differences in Health Nutrition and Population in Bangladesh*, HNP/Poverty Thematic Group of the World Bank, Washington, DC.
- DESMET, M., A.-Q. CHOWDHURY et K. ISLAM (1999), "The Potential for Social Mobilisation in Bangladesh: the Organization and Functioning of two Health Insurance Schemes", *Social Science & Medicine* 48 (7), pp. 925-938.
- DSK (décembre 2000), *Activity Report*.
- HEALEY, K. (1998), *ASA: experience in action*, Dhaka, ASA.
- HEALEY, K. (1999), *ASA: Innovations in Informal Finance*, Dhaka, ASA.
- KECH, S. et O. WAGNER (1998), *Health Insurance linked to Community-Financing*, STEP/ILO Publication, Genève.
- MALONEY, C. et A.-B. SHARFUDDIN AHMED (1988), *Rural Savings and Credits in Bangladesh*, Dhaka, UPL.
- Ministry of Health and Family Welfare, Health and Population Sector Programme (HPSP) (mars 2003), *Public Private Partnership (PPP), Sixteenth Quarter Report*, Dakha.
- NAZNEEN, K. (2001), *Governance of the Healthcare sector in Bangladesh*, Dhaka, Centre for Policy Dialogue, The University Press Limited.
- NICARE (Juillet 2000), *Public Private Partnership (PPP) for Essential Service Package Delivery*, Dakha.
- PERRY, H.-B. (1998), *Reaching "Health for All": Emerging Strategies from Bangladesh for the Twenty-First Century*, Johns Hopkins University, PHR PLus, Abt associate, Baltimore.

RUTHERFORD, S. (1997), "Informal Financial Services in Dhaka's Slums", in G.D. Wood et I.A. Sharif, *Who needs credits*, Dhaka, UPL, Londres, Zed Books.

RUTHERFORD, S. (1995), *ASA, the Biography of an NGO*, Dhaka, ASA.

TODD, H. (1996), *Women at the center*, Dhaka, UPL, ouvrage sur la *Grameen Bank* et sur la nécessité des femmes d'épargner.

YUNUS, M. (1998), *Banker to the poor*, Dhaka, The University Press Limited.

YUNUS, M. (1982), *The Grameen Bank Project in Bangladesh*, Dhaka, Grameen Bank.

*Health insurance linked to community financing* (1998), Programme de stage - STEP/Université de Liège.

*Health Insurance in Bangladesh: the NGO's model. A Case Study of three NGO's Schemes*, (1999), Programme de stage - STEP/Université de Liège.

*Level and Determinants of Willingness to Pay for Community Health Insurance in Rural Bangladesh: A Case Study of Three Areas* (2001), Genève, STEP.

### **Mali**

CRIEL, B. et M.-S. DIALLO (1998), *Évolution des caisses de solidarité au niveau des centres de santé de référence au Mali*, UNICEF.

**214** EVRARD, D. (avril 1998), *Contribution actuelle et potentielle des Mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé : Cas du Mali*, ANMC, Rapport pour la Concertation.

ILO-ACOPAM, World Solidarity, ANMC (1998), « Projet d'appui au développement de la mutualité de santé au Mali », *Mutuelles de santé au Mali : connaissance, mise en place et fonctionnement, brochure méthodologique*, Genève, BIT.

MASSIOT, N. *Inventaire des mutuelles de santé*, Une école soutenue par ILO/STEP, ILO/ACOPAM, USAID/PHR, ANMC, WSM, Dakar.

OUATTARA, O., I. SISSOUMA et A. BORE, (février 2003), *Étude diagnostique pour l'extension de la protection sociale au Mali : secteur informel et milieu rural*, UTM-BIT, Bamako.

**Autres pays**

- ATIM, C. *et al.* (septembre 2001), *A Survey of Health Financing Schemes in Ghana*, PHRPlus, PHR PLUS, Abt associate, Baltimore.
- ATIM, C. et M.-A. MADJIGUENE SOCK (mars 2000), *An External Evaluation of the Nkoranza Community Financing Health Insurance Scheme, Ghana*, PHR, Technical Report N° 50, Baltimore.
- ATIM, C. (1999), "Social Movements and Health Insurance: a Critical Evaluation of Voluntary, Non-profit Insurance Schemes with Case Studies from Ghana and Cameroon", in *Social Science and Medicine*, 48, pp. 881-896.
- BLOOM, G. et T. SHENGLAN (1999), "Rural Health Prepayment Schemes in China: Towards a More Active Role for Government", in *Social Science and Medicine*, 48, pp. 951-960.
- CARRIN, G. *et al.* (1999), "The reform of the rural cooperative medical system in the People's Republic of China: interim experience in 14 pilot counties", in *Social Science and Medicine*, 48, pp. 961-972.
- CHATTERJEE, M. (2002), *Social Protection in the Changing World of Work : Experiences of Informal Women Workers in India*, SEWA.
- CRIEL, B. *et al.* (1999), "The Bwamanda Hospital Insurance Scheme: Effective for Whom? A Study of its Impact on Hospital Utilization Patterns", in *Social Science and Medicine*, 48, pp. 897-911.
- DAYAL, M. (2001), *Towards Securer Lives: SEWA's Social Security Programme*, New Delhi, Ravi Dayal Publisher.
- DIOP, I. (octobre 2004), *Équité et mutualité au Sénégal*, rapport au ministère de la Santé du Sénégal, Hyg a, IDRC-Universit  de Montréal, tome 1 :  tude quantitative, tome 2 :  tude qualitative.
- ENSOR, T. (1999), "Developing Health Insurance in Transitional Asia", in *Social Science and Medicine*, 48, pp. 871-879.
- ILO-PAHO (1999), *Synthesis of case studies of micro-insurance and other forms of extending social protection in health in Latin America and the Caribbean*, Mexico, ILO-PAHO.



- ILO-STEP (2002), *ORT Health Plus Scheme in the Province of La Union, Philippines: a Case Study of a Community-based Micro-Insurance Scheme*, ILO, Genève.
- GUMBER, A. et V. KULKARNI (septembre 2000) "Health Insurance for Informal Sector, Case Study in Gujarat", in *Economic and Political Weekly*, pp. 3607-3613.
- HEMED, Y. (1999), *Community Health Schemes benefiting the Low Income Population – The Case of Tanzania*, Ministry Of Health, Republic of Tanzania.
- KIFMANN, M. (XXXX) "Private Health Insurance in Chile: Basic or Complementary Insurance for Outpatient Services?", in *International Social Security Review*, Genève, Vol. 51, No. 1, pp. 137-152.
- KIWARA, A.-D. et al. (2000), « L'assurance maladie pour le secteur informel en République unie de Tanzanie », in van GINNEKEN, W. (dir. pub.), *Sécurité sociale pour la majorité exclue*, BIT, Genève.
- KWON, S. (2002), *Achieving Health Insurance for All: Lessons from the Republic of Korea*, Genève, BIT, Social Security Policy and Development Branch.
- LOEWE, M., J. OCHTROP, C. PETER et A. ROTH (2001), *Improving the Social Protection of the Urban Poor and Near-Poor in Jordan, The Potential of Micro-Insurance*, Reports and Working Paper, Bonn, German Development Institute.
- MAGEZI, A., A. MASIKO et M. WHEELER (mai 2002), *Report on a Study of the Future Financial Viability of Community Health Insurance Schemes in Uganda*, DfID Health System Resource Centre, London.
- McCORD, M.-J. (2001), "Health Care Microinsurance, case studies from Uganda, Tanzania, India and Cambodia", in *Small Enterprise Development*, Vol. 12, No. 1.
- McCORD, M.-J. (mai 2001), *Micro-insurance: a Case Study of an Example of the Full Service Model of Microinsurance Provision: SEWA, India*, MicroSave Africa.
- McCORD, M.-J. et al. (2000), *Micro-Insurance in Uganda: a Case Study of an Example of the Partner-agent Model of Micro-Insurance Provision ; NHHP/FINCA Uganda, Health Care Financing Plan*, Nairobi, MicroSave Africa.
- McCORD, M.-J. (2000), *Micro-Insurance: a Case Study of an Example of the Mutual Model of Micro-Insurance Provision, UMASIDA*, Nairobi, MicroSave Africa.

- MAGEZI, A., A. MASIKO et M. WHEELER (mai 2002), "Report on a Study of the Future Financial Viability of Community Health Insurance Schemes in Uganda", DFID, Health System Resource Centre, London.
- MILLER FRANCO, L., C. MBENGUE et C. ATIM (novembre 2004), *Social Participation in the development of Mutual Health Organizations in Senegal*, PHR PLUS, Abt associate, Baltimore.
- RON, A. (1999), "NGOs in Community Health Insurance Schemes: Examples from Guatemala and the Philippines", in *Social Science and Medicine*, 48, pp. 939-950.
- RON, A. (avril-juin 1998), « Services de santé en Asie et dans le Pacifique : l'assurance sociale toujours davantage en point de mire », in *Revue Internationale de la sécurité sociale*, Vol. 51, No. 2, pp. 17-37.
- ZETT, J.B. (septembre 2000), *Actualisation de l'inventaire des mutuelles de santé au Burkina-Faso*, BIT/STEP, WSM/ANMC, GTZ/Assurance maladie, PHR et AIM, Ouadagoudou.



---

# Publications

---

Les titres de la collection Notes et Documents  
sont disponibles sur le site Internet de l'AFD

*All volumes of the Notes and Documents  
series are available on line at:*

**[www.afd.fr](http://www.afd.fr), Publications**

- N° 1 :** Compétitivité et mise à niveau des entreprises (2003)
- N° 2 :** Multinationales et développement : le rôle des politiques nationales (2003)
- N° 3 :** Lutte contre l'effet de serre : enjeux et débats (2003)
- N° 4 :** Comment financer durablement les aires protégées à Madagascar ? (2003)
- N° 5 :** Agriculture et commerce : quels enjeux pour l'aide au développement ? (2003)
- N° 6 :** Efficacité et allocation de l'aide : revue des débats (2004)
- N° 7 :** Qui mérite l'aide ? Égalité des chances *versus* sélectivité (2004)
- N° 8 :** Le Cambodge : de l'ère des quotas textiles au libre-échange (2004)  
*Life after Quotas: A Case Study of the Cambodian Textile Industry (2005)*
- N° 9 :** La Turquie : panorama et répartition régionale du secteur productif (2004)  
*Turkey: Overview of the Economic Productive Sector and Regional Spread of the SMEs*

- N° 10 :** *Poverty, Inequality and Growth, Proceedings of the AFD-EUDN Conference 2003* (2004)
- N° 11 :** *Foreign Direct Investment in Developing Countries: Leveraging the Role of Multinationals* (2004)
- N° 12 :** Libre-échange euro-méditerranéen : premier bilan au Maroc et en Tunisie (2005)
- N° 13 :** Les Mécanismes de financement de la formation professionnelle : une comparaison Europe – Afrique (2005)  
*Financing Vocational Training: a Europe-Africa Comparison* (2005)
- N° 14 :** Les Mécanismes de la formation professionnelle : Algérie, Maroc, Tunisie, Sénégal (2005)
- N° 15 :** Les Mécanismes de la formation professionnelle : Allemagne, Espagne, France, Royaume-Uni (2005)
- N° 16 :** Le Textile-habillement tunisien et le défi de la libéralisation : quel rôle pour l'investissement direct étranger ? (2005)
- N° 17 :** Poulina, un management tunisien (2005)
- N° 18 :** Les programmes de mise à niveau des entreprises : Tunisie, Maroc, Sénégal (2005)
- N° 19 :** Analyser l'impact d'un projet de microfinance : l'exemple d'AdéFI à Madagascar (2005)
- N° 20 :** Précis de réglementation de la microfinance, tome I (2005)
- N° 21 :** Précis de réglementation de la microfinance, tome II (2005)
- N° 22 :** *Development Aid: Why and How? Towards Strategies for Effectiveness* (2005)

- N° 23 :** Libéralisation des services de télécommunication au Maghreb : transition institutionnelle et performances
- N° 24 :** Financer les investissements des villes des pays en développement
- N° 25 :** Les exportations de services de santé des pays en développement : le cas tunisien



# Qu'est-ce que l'AFD ?

L'Agence Française de Développement (AFD) est l'un des piliers du système français d'aide publique au développement (APD), conjointement avec le ministère des Affaires étrangères et le ministère des Finances (Trésor). Depuis sa création en 1941, elle contribue au développement de plus de 80 pays ainsi qu'à la promotion des territoires français d'outremer. En tant qu'institution financière, l'AFD soutient des projets économiques, sociaux et environnementaux, grâce un choix d'instruments allant de la subvention au prêt concessionnel ou aux conditions du marché. Son champ d'intervention couvre les projets productifs dans les domaines de l'agriculture, de l'industrie et des services, publics ou privés ; les infrastructures ; le développement urbain ; l'éducation ; la santé et l'environnement.



© Agence Française de Développement - 2005  
5, rue Roland Barthes - 75598 Paris cedex 12  
Tél. : 33 (1) 53 44 31 31 - Fax : 33 (1) 44 53 99 39 - [www.afd.fr](http://www.afd.fr)

Création et réalisation Vif Argent Communication - 92200

Imprimé en France par Ferréol (Lyon) - Décembre 2005  
Dépôt légal : 4<sup>e</sup> trimestre 2005