



Une publication de la série *Horizons*

# Micro-assurances et soins de santé dans le Tiers-Monde

Au-delà des frontières

PATRICK DEVELTERE, GERLINDE DOYEN ET BÉNÉDICTE FONTENEAU

Cera Foundation – Philipssite 5/10 – 3001 Leuven – Belgique  
[www.cerafoundation.be](http://www.cerafoundation.be)

Foundation Raiffeisen belge (BRS) – Philipssite 5/10 – 3001 Leuven – Belgique  
[www.brs-vzw.be](http://www.brs-vzw.be)

Hoger Instituut voor de arbeid (HIVA) – Katholieke Universiteit Leuven –  
E. Van Evenstraat 2<sup>E</sup> – 3000 Leuven – Belgique  
[www.hiva.be](http://www.hiva.be)

RÉDACTION

Patrick Develtere  
Gerlinde Doyen  
Bénédicte Fonteneau

PHOTOS

Koen Broos  
Koen Lein  
Luc Vanmol

CONCEPT

Bailleul Ontwerpbureau

RÉDACTION FINALE

Marleen Bressinck et Greet Leynen

TRADUCTION

Raymond Junion

COORDINATION

Marleen Bressinck

EDITEUR RESPONSABLE

Hilde Talloen

ISBN : 90-77183-12-4

Date : 06/2004

# Micro-assurances et soins de santé dans le Tiers-Monde

## Au-delà des frontières

PATRICK DEVELTERE, GERLINDE DOYEN ET BÉNÉDICTE FONTENEAU

Une publication de la série *Horizons*



*Le thème de la banque et de l'assurance solidaires constitue la base de l'action de la Fondation Raiffeisen Belge (Belgische Raiffeisenstichting – BRS) dans le Tiers-Monde. La BRS soutient diverses organisations d'épargne et de crédit s'inspirant des idéaux coopératifs, par le biais d'une aide financière ou de conseils.*

*L'importance des assurances ne cesse de croître ; la BRS a par conséquent décidé de développer ses initiatives en la matière. Elle le fait dans deux directions : d'une part, il y a les produits d'assurance liés aux activités d'épargne et de crédit ; d'autre part, la BRS accorde une attention toute spéciale aux systèmes de mutuelles de santé. Coopération et synergie sont des maîtres-mots pour la BRS. Cette publication est basée sur un séminaire organisé en 2003 par la BRS et diverses organisations belges spécialisées. Ce séminaire a marqué pour la BRS le départ du raffermissement de sa coopération.*

2

*Je vous souhaite une agréable lecture.*

*Rik Donckels  
Président de la BRS*

# Avant -propos

*Dans le cadre de la coopération au développement, d'aucuns froncent les sourcils lorsqu'il s'agit de l'organisation des soins de santé. De nombreux pays en développement sont confrontés à l'absence d'un système de santé digne de ce nom : personnel médical formé, dispensaires, hôpitaux et pharmacies. Et quand bien même ces services sont disponibles, ils ne sont que peu utilisés par la population locale.*

*Ces dernières années, des individus et des groupes tentent d'y apporter une solution par la création d'institutions de micro-assurance. De telles organisations rassemblent la population locale et font en sorte que les gens s'assurent contre le risque de maladie. Les cotisations à payer par les membres d'une institution de micro-assurance sont réduites, de là le terme 'micro'. Les institutions ne limitent toutefois pas leur rôle à rassembler des moyens financiers. Elles négocient avec le personnel médical quant à la qualité des services de santé et fournissent également à leurs membres des informations sur de nombreux aspects de la santé.*

*Ce livre a pour but de situer la place et le rôle de ces institutions de micro-assurance dans un système local de soins de santé. Nous souhaitons également aborder les défis auxquels on est confronté dans la mise sur pied et le fonctionnement d'une telle organisation.*

*Une grande partie des informations de ce livre provient du séminaire 'Les mutuelles de santé – à la recherche des facteurs de succès de l'expérience belge dans le Tiers-Monde', organisé le 9 octobre 2003 par la Fondation Raiffeisen Belge, le Centre d'Economie Sociale de l'Université de Liège, le Hoger Instituut voor de Arbeid de la Katholieke Universiteit Leuven, la Coopération Technique Belge et la Direction générale de la Coopération au Développement.*

Patrick Develtere



# Table des matières

<b>1 Introduction</b>	<b>9</b>
<b>2 Les institutions de micro-assurance peuvent améliorer l'accès aux soins de santé</b>	<b>13</b>
2.1 Instruments d'extension de la protection sociale	13
2.2 Qu'est-ce exactement qu'une institution de micro-assurance ?	14
2.3 Les différents acteurs des institutions de micro-assurance dans les soins de santé	16
<b>3 Différentes visions du rôle des institutions de micro-assurance</b>	<b>25</b>
3.1 La vision de l'Organisation Internationale du Travail	25
3.2 La vision de la Banque Mondiale	27
<b>4 Les phases importantes de la mise en place d'institutions de micro-assurance</b>	<b>29</b>
4.1 Prise de contact	29
4.2 Informer et sensibiliser	29
4.3 Etude de faisabilité	30
4.4 Formation	30
4.5 Constitution de l'institution de micro-assurance	32
4.6 Suivi et évaluation	32

**5 Avantages des institutions de micro-assurance dans les soins de santé 35**

5.1 Meilleur accès aux soins de santé 35

5.2 Meilleure organisation et qualité des services de santé 35

5.3 Gestion démocratique des soins de santé 37

5.4 Bien-être général et intégration sociale des membres 38

**6 Risques et solutions possibles 41**

6.1 Sélection adverse 41

6.2 Surconsommation (le 'risque moral') 41

6.3 Surprescription 42

6.4 Fraude et abus 42

6.5 Cas catastrophiques 42

6.6 Les problèmes des jeunes micro-assurances dans le secteur des soins de santé 43

6

**7 Viabilité financière des institutions de micro-assurance et réassurance 47**

**8 Points-clés en vue du développement des institutions de micro-assurance 51**

8.1 Contexte 51

8.2 Approche 'bottom-up' 51

8.3 Pas de système standard 51

8.4 Besoin de mise en réseau et d'échange d'informations 52

**Conclusion 54**

**Liste des principaux acteurs 55**

**Bibliographie 57**



# 1



## 1 INTRODUCTION

L'accès aux soins de santé est un droit fondamental pour tout être humain. Il faut néanmoins constater que pour une grande partie de la population dans les pays du Tiers-Monde cet accès est assez limité : la distance par rapport au centre de santé est trop importante, il y a trop peu de médecins ou de personnel infirmier, les centres de santé existants ne disposent pas du matériel de base ou de médicaments, le service est inefficace ou irrespectueux du patient. Souvent, les patients doivent financer eux-mêmes le traitement, ce qui exclut d'emblée les pauvres.

Leur indépendance acquise, les gouvernements de la plupart des ex-colonies ont tenté d'offrir la (quasi) gratuité des soins de santé de base à toute la population, s'inspirant à cet égard des modèles 'd'Etat providence' dans les pays industrialisés. Il s'avéra toutefois rapidement que dans les régions les plus pauvres ces tentatives étaient vouées à l'échec. Les causes en sont nombreuses : la principale est que le développement des structures de santé est insuffisant. La croissance démographique est rapide et les services de santé ne suivent pas. En outre, les gouvernements ne disposent pas des moyens financiers pour mettre en œuvre et entretenir un système de santé suffisamment développé et pour financer les coûts de personnel. Enfin, de nombreux pays en situation financière précaire sollicitent des crédits auprès de la Banque mondiale et du Fonds Monétaire International (FMI). Ces institutions souhaitent que ces prêts soient utilisés en priorité au rétablissement de l'économie

de ces pays. Ils imposent souvent aux gouvernements de réduire leurs dépenses et les soins de santé sont généralement les premiers postes de dépenses touchés.

C'est dans ce contexte peu encourageant que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'Unicef ont lancé en 1987 l'Initiative de Bamako, qui vise à favoriser l'accès aux soins de santé primaires de qualité pour l'ensemble de la population. L'Initiative de Bamako est articulée autour de trois principes : le premier est l'autofinancement des centres de santé par le recouvrement des coûts et donc, la tarification des soins. Les usagers doivent prendre partiellement en charge le coût des soins de santé ('user fees'). Le second est l'amélioration de l'accès aux médicaments, en optant pour les médicaments génériques au lieu des médicaments de marque, plus chers et pour les médicaments de base (dont la majeure partie de la population pauvre a besoin) au lieu de médicaments spécialisés (à l'usage exclusif des nantis). Les centres de santé primaires (ou de première ligne) vendent exclusivement des médicaments génériques. De même, les soins de seconde ligne encouragent l'utilisation de médicaments génériques.

Le troisième principe est la participation communautaire. En effet, la participation de la communauté locale à la gestion des soins de santé devait rendre ces derniers plus démocratiques et plus transparents.

De nombreux pays ont souscrit les principes de l'Initiative de Bamako et ont intégré ses objectifs dans leur politique nationale sanitaire, avec toutefois,

plus ou moins de succès. Dans pratiquement tous les pays ayant souscrit l'Initiative de Bamako, des comités de santé (ou comités de gestion selon les appellations nationales), composés d'habitants de la région du centre de santé, ont certes été créés et davantage de médicaments de base et génériques sont apparus, mais l'accès aux soins de santé ne s'est pas amélioré, au contraire même : dans de nombreux pays, il s'est encore restreint.

Imposer une prise en charge des soins de santé par les patients rend ces soins encore plus inaccessibles financièrement. Une majeure partie de la population ne peut assumer la quote-part demandée dans les hôpitaux publics, les hôpitaux privés et les pharmacies. Conséquence, ces populations ont moins recours aux centres de santé. En

cas de maladie, ils postposent la consultation ou ils ne suivent qu'une partie de la thérapie qui leur a été prescrite.

La disparition de la gratuité des services de santé a pour effet que d'importantes couches de la population perdent une forme importante de protection sociale. Des alternatives s'imposent donc. Les institutions de micro-assurance constituent éventuellement une de ces alternatives. Regrouper des gens au sein d'un système mutuel d'assurance permet, par le partage des risques entre les membres cotisants, de dégager des moyens financiers couvrant (en tout ou en partie) les dépenses de maladie des membres. C'est précisément le but de cette publication : examiner le positionnement et le rôle de ces institutions de micro-assurance.



Pour ce faire, nous examinerons aussi de plus près les différentes phases de la mise sur pied d'une telle organisation et jetterons un regard critique sur les avantages pour les membres

et le système des soins de santé. Le dernier chapitre sera consacré aux divers défis dans la création, la gestion et le soutien des institutions de micro-assurance.

### **Institutions de micro-assurance, mutuelles, ou ... ?**

Il existe différents termes pour définir ces nouvelles initiatives en matière de soins de santé. Ainsi, dans de nombreux pays, on parle de mutuelles ; ailleurs, on parle de 'systèmes d'assurance maladie solidaires' ou encore d'assurances mutuelles.

En 1999, le Bureau International du Travail (BIT) a proposé d'utiliser le terme 'micro-assurance', qui recouvre en fait l'ensemble des caractéristiques communes d'une large diversité d'initiatives. Ces dernières peuvent en effet fortement varier, car elles ont recours à des modèles d'organisation différents. Bien entendu, le terme 'institution de micro-assurance' réfère explicitement aux institutions de micro-assurance calquées et qui rencontrent un grand succès.

Sur le plan purement technique, 'micro' ne porte pas sur la taille des organisations ou institutions concernées. En effet, certaines d'entre elles comptent des dizaines de milliers de membres. 'Micro' donne plutôt une indication du niveau de la transaction puisque dans les institutions de

micro-assurance, la contribution financière des membres est relativement réduite. En outre, le terme renvoie à la proximité entre les membres et l'institution. Ces deux caractéristiques sont communes à pratiquement toutes les initiatives. D'aucuns ont fait remarquer que le terme 'institution de micro-assurance' accentuait par trop l'aspect assurance. En effet, de nombreuses institutions de micro-assurance, mais pas toutes, se caractérisent par leur caractère non lucratif, leur attention à la participation et leurs mécanismes de solidarité. C'est pourquoi nombreux sont ceux qui préfèrent le terme 'mutuelle'.

Dans la suite de notre texte, nous utiliserons toutefois le terme 'institution de micro-assurance', car dans la plupart des pays d'Afrique et d'Amérique Latine il s'agit d'institutions ou organisations distinctes. Nous tenons toutefois à souligner d'emblée qu'il s'agit parfois plutôt de 'systèmes de micro-assurance' intégrés dans les activités ou services d'organisations existantes. C'est d'ailleurs le modèle dominant en Asie et qui se développe en Afrique.

# 2



## 2 LES INSTITUTIONS DE MICRO-ASSURANCE PEUVENT AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ

Nous donnons ci-après un certain nombre de stratégies de protection sociale possibles et examinons plus avant le modèle d'institution de micro-assurance dans les soins de santé.

### 2.1 Instruments d'extension de la protection sociale

Les travailleurs du secteur 'formel' (pouvoirs publics et secteur privé) sont généralement affiliés à une forme ou autre de sécurité sociale. L'Etat, les travailleurs et/ou l'employeur cotisent à une caisse de sécurité sociale et les travailleurs peuvent ensuite faire appel, en cas de nécessité, à un service de soins de santé. Dans de nombreux pays, cette situation ne s'applique toutefois, selon les estimations, qu'à 10 % de la population. Et même pour les travailleurs concernés, la protection offerte par un tel système est plutôt réduite. Elle ne couvre que les dépenses liées à un nombre limité de soins et de services. Certains pays disposant de davantage de moyens financiers tentent d'étendre ces systèmes d'assurance sociale obligatoire à de nouveaux groupes cibles. Ainsi, outre les travailleurs des entreprises de l'économie formelle, ils intègrent également, par exemple, les petits entrepreneurs ou les travailleurs de l'économie informelle. Ce n'est toutefois pas possible pour la plupart des pays, car ceux-ci ne disposent pas des moyens et de l'infrastructure administrative pour percevoir les cotisations.

De nombreux pays comptent également des compagnies d'assurances privées. Dans les pays du Tiers-Monde, ces compagnies se consacrent principalement aux risques classiques, comme les accidents ou les incendies.

Toutefois elles développent également de plus en plus des produits d'assurances couvrant les risques liés à la santé. Bien entendu, une compagnie d'assurances privée vise avant tout à dégager des bénéfices et prend ses précautions en conséquence. La prime d'assurance due par les clients est calculée en fonction du risque. Si nous appliquons ce principe aux assurances soins de santé, nous constatons que la prime à payer par les personnes âgées et malades chroniques est sensiblement supérieure à celle des jeunes et des personnes en bonne santé. Un tel système exclut donc un large groupe d'individus. Sa clientèle est par conséquent composée presque exclusivement des couches moyennes et supérieures de la population, qui disposent des moyens financiers requis.

Il faut avoir à l'esprit qu'il existe partout de nombreux systèmes d'assurances informels dans lesquels les membres d'un groupe versent régulièrement une somme fixe. Ces groupes de solidarité se composent généralement de membres d'un même clan, d'habitants d'un même quartier ou de membres d'une même confession, qui conviennent entre eux des montants à payer. Le recouvrement se fait lors des réunions hebdomadaires ou mensuelles. Ce 'pot' commun va ensuite à une personne du groupe confrontée (subitement) à des dépenses élevées, comme par exemple des funérailles ou une opération.

Tous les continents connaissent bien sûr des systèmes de solidarité entre les membres d'une même famille. En cas de maladie d'un membre de la famille, les autres membres sont moralement obligés de venir en aide. L'aide des plus nantis est bien entendu plus importante.

Les systèmes de protection sociale que nous avons évoqués jusqu'à présent offrent à une partie de la population une protection en cas de maladie, d'accident ou d'accouchement. Ils n'offrent toutefois pas une protection à tous et pas de manière satisfaisante. Le système de sécurité sociale officiel n'est accessible qu'à un petit nombre, les primes des compagnies d'assurances privées étant trop élevées pour la plupart des gens. Une personne atteinte d'une maladie chronique, par exemple,

aura un accès plus difficile au système d'assurance informel car elle reçoit plus qu'elle ne cotise. Quelqu'un qui quitte la campagne pour la ville pourra plus difficilement faire appel aux membres de sa famille. De nombreuses personnes sont donc sans protection sociale.

La question qui se pose est alors la suivante : comment les institutions de micro-assurance tentent-elles de s'attaquer à ces problèmes ?

## **2.2 Qu'est-ce exactement qu'une institution de micro-assurance ?**

Il existe différentes formes d'institutions de micro-assurance. Nous allons tout d'abord nous attacher à leurs caractéristiques communes.



## **Partager les risques offre une protection sociale**

Une institution de micro-assurance protège ses membres contre les conséquences financières de problèmes de santé, en regroupant les contributions financières et les risques de santé. En partageant les risques, les membres créent une forme de protection sociale. Le degré de partage des risques varie et est le plus élevé lorsque l'on compte tant des membres jeunes que plus âgés et tant des membres sains que des malades.

## **Le système existe grâce aux cotisations des membres**

Les institutions de micro-assurance fonctionnent grâce aux cotisations de leurs membres. Dans certains cas, elles peuvent aussi être aidées par les pouvoirs publics ou des bailleurs de fonds. Elles veillent toutefois à rester financièrement indépendantes de cette aide extérieure. Une institution de micro-assurance cherche l'équilibre entre les cotisations de ses membres et les prestations qu'elle offre. Plus les cotisations des membres sont élevées, plus elle peut prendre en charge ses membres pour un éventail plus large de risques et à de meilleures conditions.

Les initiateurs d'un système de micro-assurance tentent de moduler les cotisations en fonction des possibilités des membres et du pouvoir d'achat de la population locale. Dans de nombreux cas, ils tiennent compte du caractère saisonnier des revenus des membres et ils perçoivent les cotisations, par exemple, après la vente des récoltes ou les jours de marché. En fonction de la situation, ils demandent une cotisation mensuelle, semestrielle ou annuelle.

Il est important pour les institutions de micro-assurance que la prime ne varie pas en fonction du risque mais en fonction des services. A leurs débuts, les institutions de micro-assurance demandent généralement la même cotisation à tous les membres. Dans une phase ultérieure, elles peuvent offrir plusieurs formules, en fonction desquelles la prime due par les membres est calculée. Une prime de base donne accès à des services minimums et un supplément donne accès à des services complémentaires (par exemple le transport vers une institution de soins, les examens de laboratoires, etc.).

## **L'adhésion est volontaire**

En principe, les gens peuvent décider librement de s'affilier à une institution de micro-assurance et peuvent la quitter à tout moment. Cela signifie que toute personne acceptant et respectant les règles de l'organisation peut y adhérer.

L'affiliation peut toutefois avoir un caractère moins 'facultatif'. C'est le cas lorsqu'une organisation 'tierce' dispose d'une assurance santé pour une catégorie bien précise de personnes. Ainsi, un syndicat peut par exemple offrir un ensemble de services : quand on s'affilie au syndicat, on bénéficie automatiquement de l'assurance santé.

Dans la pratique, des mécanismes de 'sélection' entrent cependant en action. Des individus qui se regroupent pour lancer une micro-assurance ou y adhérer ont généralement des points communs. Ils sont, par exemple, membres d'une même association, appartiennent au même groupe ethnique ou religieux, habitent le même village ou exercent la même profession. Ces éléments communs favorisent la cohésion sociale ou la fraternité au sein du groupe, ce qui a un effet positif sur l'institution de

micro-assurance. Il est plus aisé de partager des risques et de mettre des moyens financiers en commun lorsque les gens se connaissent ou appartiennent au même groupe. De même, il est plus difficile pour les membres d'abuser du système ou de ne pas payer leurs cotisations. La participation à l'institution de micro-assurance sera plus intense s'il existe au préalable un lien entre les membres.

### **La finalité n'est pas lucrative**

La finalité des institutions de micro-assurance est d'offrir des services et non de réaliser des profits. Cela ne signifie pas pour autant qu'elles ne doivent pas viser l'équilibre financier ou être saines financièrement. Un résultat financier positif est même souhaitable. L'institution ne distribue pas ses bénéfices sous forme de 'dividende' à ses membres mais les utilisent pour constituer des réserves, pour augmenter la prise en charge des prestations, pour améliorer la qualité de ses services ou encore pour réduire les cotisations obligatoires.

### **Participation et contrôle des membres**

Une institution de micro-assurance ne peut fonctionner correctement que si les prestations ou les services offerts répondent aux besoins des membres. Ces derniers doivent également avoir confiance dans les prestataires de soins et dans les gestionnaires de l'institution. Il est par conséquent important que l'institution de micro-assurance implique activement ses membres dans sa gestion. Dans la plupart des cas, les membres se réunissent en une assemblée générale (souvent annuelle), qui est l'organe suprême de décision de l'institution et qui statue sur les budgets, les comptes, l'affectation des excédents et la stratégie en général. Généra-

lement, l'assemblée générale élit également les administrateurs et gestionnaires.

## **2.3 Les différents acteurs des institutions de micro-assurance dans les soins de santé**

Très longtemps, les pouvoirs publics et le corps médical ont été les seuls à offrir des soins de santé. Les patients ou la population en général constituaient un groupe jugé plutôt passif et la demande de soins de santé était peu importante. Et l'offre n'était pas toujours axée sur la demande. Les institutions de micro-assurance peuvent contribuer à rétablir cet équilibre entre l'offre et la demande, car elles organisent la demande. L'initiative peut émaner des patients ou de groupes d'individus.

Actuellement toutefois, c'est généralement avec l'appui de structures techniques et souvent à partir d'associations préexistantes que la population prend l'initiative. Nous allons dans les chapitres suivants présenter ces différents acteurs et examiner les raisons de leur intérêt pour les institutions de micro-assurance et le rôle qu'ils peuvent y jouer.

### **Les pouvoirs publics**

Dans la plupart des pays, ce sont les pouvoirs publics qui organisent les soins de santé et leur financement. Deux ministères jouent à cet égard un rôle central : le ministère de la santé, qui met sur pied et gère le système public de santé et le ministère chargé de la sécurité/protection sociale (il s'agit souvent du ministère du travail). On constate que dans de nombreux pays, le ministère de la santé et celui en charge de la protection sociale encouragent



des initiatives au niveau de la demande, comme les organisations de micro-assurance. Ils réfléchissent aussi de plus en plus à les prendre en compte dans les systèmes de santé et les systèmes de protection sociale. Ils tentent ainsi de trouver une solution à l'absence de sécurité sociale et de protection sociale pour la population active dans l'économie informelle et le milieu rural.

Le rôle des pouvoirs publics est souvent double : d'une part, ils tentent, par le biais de différentes initiatives de promotion, d'encourager la population à créer des institutions de micro-assurance ; d'autre part, dans certains pays, ils créent également un cadre réglementaire régissant de telles institutions : conditions de création d'une institution de micro-assurance, services qu'elle peut offrir, fonctionnement des mécanismes de contrôle, etc.

### **Les prestataires de soins**

Dans certains cas, ce sont les prestataires de soins qui constituent la cheville ouvrière des institutions de micro-assurance. Ils se rendent compte que les systèmes de préfinancement et autres mécanismes de répartition des risques peuvent augmenter l'utilisation de leurs services de santé. Ils savent également qu'une utilisation accrue peut générer des revenus supplémentaires et réguliers pour les centres de santé. De cette manière, les centres sont viables financièrement, mais sont également moins tributaires des subsides (généralement très irréguliers) des pouvoirs publics ou des donateurs.

Ces éléments incitent parfois les prestataires de services à prendre eux-mêmes l'initiative et à créer une institution de micro-assurance. Dans de nombreux cas, ces prestataires dirigent également l'institution après sa création. Ils participent activement à la ges-

tion, ils mettent du personnel à disposition pour l'administration de l'institution de micro-assurance et ils offrent également du soutien sur le plan logistique (locaux, moyens de transport, etc.).

Dans les systèmes de micro-assurance, l'implication et l'engagement des prestataires de soins sont importants, même s'ils n'ont pas pris l'initiative. Ainsi, ils participent aux réunions des conseils de gestion

### **Voici quelques exemples d'institutions de micro-assurance initiées par les prestataires de soins :**

#### **C.D.I. Bwamanda**

C'est en 1986 que le Centre de Développement Intégral (C.D.I.), une Ong locale, a lancé un plan d'assurance hospitalisation à Bwamanda, en province de l'Equateur dans la RDC. Le C.D.I. est partie prenante dans la commercialisation du café, l'enseignement, la construction de routes, l'approvisionnement en eau et le secteur de la santé. Avec ses hôpitaux et dispensaires, le C.D.I. est le principal prestataire de soins de la région. Environ 50 % de la population de la région (soit plus de 72.000 personnes) font appel à la mutuelle. L'affiliation et le recouvrement des cotisations se fait lors de la période de vente de la récolte de café, puisque la population dispose alors de davantage de moyens financiers. Tous les habitants du district de Bwamanda peuvent devenir membres. C'est toujours la famille toute entière qui s'affilie. Afin d'éviter une surconsommation des soins hospitaliers, un centre de santé primaire traite les patients. Ils prennent toujours 20 % à leur charge, le solde (80 %) étant payé par l'institution de micro-assurance. Son compte est totalement distinct de la comptabilité de l'hôpital. Une politique d'investissement doit permettre de préserver le pouvoir d'achat des cotisations et de faire face à l'inflation.

Ce système de préfinancement a pour effet qu'il y a suffisamment de moyens financiers pour assurer le fonctionnement de l'hôpital. Le système a entraîné un doublement des moyens disponibles et a amélioré l'accès aux soins hospitaliers. Grâce aux nombreuses années d'efforts en vue de faciliter l'accès à des soins de santé de qualité, une relation de confiance s'est installée entre la population et les services médicaux. Les soins de première ligne sont payés par les patients eux-mêmes, via un montant forfaitaire pour la consultation et le traitement.

La population a été impliquée activement dans toutes les phases du développement de l'assurance maladie : choix du modèle et organisation, mise en œuvre et gestion. Les activités complémentaires de l'Ong stimulent la participation de la population au projet. La gestion journalière de la mutuelle est assumée par le service d'inscription et de facturation de l'hôpital, le contrôle financier étant assumé quant à lui par le service comptable de C.D.I. Bwamanda. Lors de l'assemblée annuelle, tant les autorités locales que les services de CDI et la population sont représentés.

## Gonoshasthaya Kendra (GK)

GK est une organisation de médecins et de personnel médical au Bangladesh, lancée en 1971. Outre un réseau étendu d'hôpitaux et de cliniques dans les villages, GK dispose d'une école médicale et d'une usine de médicaments. GK crée également des institutions de microfinance dans les villages. Les villageois peuvent y obtenir des crédits. Au milieu des années '80, GK a lancé un premier système de micro-assurance pour les soins de santé. Plus de 550.000 personnes dans 353 villages sont concernées par les programmes de GK. En 2001, l'institution de micro-assurance comptait 149.008 familles affiliées. Les membres sont répartis en trois catégories : pauvres, classe moyenne et

riches. Les cotisations à payer à l'institution de micro-assurance sont calculées en fonction de la catégorie. Les membres obtiennent des soins de santé et des médicaments à un prix inférieur à celui pour les non-membres.

Les soins de santé préventifs (par exemple les vaccinations) sont quant à eux gratuits. GK assume la coordination générale du système, mais chaque clinique de village ou hôpital dispose d'une grande autonomie. Dans les centres de santé, on trouve également une boîte à collectes. Avec les fonds récoltés, le centre paie les dépenses de santé des plus pauvres, qui ne peuvent payer leurs cotisations à l'institution de micro-assurance.

## Bangladesh Rural Advancement Committee (BRAC)

BRAC est une organisation de développement privée lancée en 1972. BRAC est active dans différents domaines : formation, groupes d'entraide et soins de santé. En 2000, BRAC a lancé un projet pilote dans deux de ses centres de santé. Elle a également créé une institution de micro-assurance pour les soins de santé. Les personnes qui ne sont pas membres de BRAC peuvent également adhérer à la micro-assurance. Le chef de famille paie une prime qui dépend de son revenu et du nombre de personnes. Tous les membres de la famille bénéficient

d'une réduction sur les frais médicaux. Les femmes enceintes ont droit à un accompagnement gratuit avant, pendant et après l'accouchement. En cas de renvoi par le centre de santé local à l'hôpital, le patient bénéficie de 50 % de réduction sur le coût de l'hospitalisation. Lors des huit premiers mois, 1500 familles se sont affiliées à l'institution de micro-assurance. Les plus pauvres peuvent s'affilier sans devoir payer de cotisation et bénéficient de la gratuité des soins de santé. On les encourage toutefois à payer leur cotisation dès qu'ils en ont les moyens.

## SEWA

La Self-Employed Women's Association (SEWA) est un syndicat de femmes pauvres actives en tant qu'indépendantes dans l'Etat indien du Gujarat. SEWA était au départ un groupe d'entraide en vue de la défense des femmes dans le secteur informel. Petit à petit, elle a développé de nouveaux services : octroi de crédits,

formation, garde d'enfants. En 1992, SEWA a lancé son 'Integrated Social Security Scheme', qui comprenait un volet assurance maladie. Ce système de sécurité sociale est le plus grand système en Inde basé sur les cotisations de ses membres. L'organisation compte plus de 30.000 membres.

de l'institution de micro-assurance ou, dans de nombreux cas, ces institutions signent une convention avec les prestataires de soins. Cette convention précise les modalités des tarifs, de la qualité des soins, les mécanismes de remboursement et les formes de concertation. Une telle implication des prestataires de soins dans les institutions de micro-assurance est un élément crucial. Un système de micro-assurance n'a des chances de succès que si l'entente règne et si des modalités précises sont convenues au préalable. A défaut, le risque d'excès de prescriptions par les prestataires (voir plus loin), par exemple, est réel.

### **Organisations non gouvernementales et associations locales**

Très longtemps, les organisations et associations locales ont joué un rôle réduit dans le secteur de la santé. Lorsqu'il s'est avéré que les pouvoirs publics n'étaient plus à même d'organiser les soins de santé pour toute la population, ils ont, dans de nombreux cas, fait appel aux ONG locales et internationales. Les ONG et associations locales peuvent créer ou soutenir des institutions de micro-assurance pour

diverses raisons : par exemple, parce qu'elles sont des ardents défenseurs d'un meilleur accès et, d'un accès plus juste, aux soins de premier échelon ainsi que d'une gestion et d'un contrôle démocratiques des services de santé. Or, les institutions de micro-assurance aident précisément à abaisser le seuil (financier) d'accès aux soins de santé et défendent les intérêts de la population.

D'autres organisations, comme les institutions de microfinance, ont quant à elles aussi des motifs institutionnels de mettre sur pied des systèmes de micro-assurance. Les problèmes de santé sont en effet souvent une cause du non-remboursement des crédits qu'elles accordent à la population locale. Si un système d'assurance permet à des gens de se faire soigner à un prix acceptable, ils seront mieux à même de rembourser leurs crédits.

### **Les patients**

Les glissements au sein du secteur de la santé ont pour effet que les patients ne constituent plus un groupe cible purement passif. Leur rôle se modifie lorsqu'ils doivent assumer les dépenses des services

de santé et il s'étend progressivement. Des représentants des 'usagers' participent à la gestion des services de santé dans plusieurs pays. Décidés à augmenter le nombre de personnes ayant accès à ces services, ces représentants ont lancé des initiatives de micro-assurance. Dans de tels cas, le centre de santé est, au sens propre, le centre de l'institution de micro-assurance.

Dans d'autres cas, les gens s'organisent au niveau du village et des habitants créent une institution de micro-assurance. Ils veulent avant tout offrir aux villageois les possibilités financières d'accès aux services de santé les plus proches. Dans de tels cas, l'institution de micro-assurance intervient souvent dans les frais de transport et dans l'achat de médicaments essentiels. Dans d'autres cas encore, les 'patients' sont des membres d'organisations locales existantes telles qu'une organisation de femmes ou d'agriculteurs. Parmi ces organisations, nombreuses sont celles qui ont déjà une caisse mutuelle. Dans certains cas, elles optent pour la formule plus formelle d'une institution de micro-assurance.

### **Initiatives liées au lieu de travail**

Les travailleurs du secteur formel ou informel peuvent créer sur leur lieu de travail une caisse de solidarité, parfois appelée mutuelle. Les membres récoltent à intervalles réguliers des ressources financières et ces fonds permettent d'aider un membre atteint de maladie ou victime d'un accident. Dans certains cas, l'employeur alimente lui aussi cette caisse de solidarité. Comme dans les situations précitées, beaucoup d'organisations optent actuellement pour la création d'une institution de micro-assurance plus formelle.

Les syndicats peuvent eux aussi créer une institution de micro-assurance, tout comme ils sont souvent à la base de la création d'institutions de microfinance ou de coopératives en tous genres. Ils tentent ainsi d'étendre leur service à leurs membres et de mieux défendre les intérêts de ceux-ci. Dans certains cas, toute personne qui devient membre du syndicat est membre d'office de l'institution de micro-assurance. La prime de micro-assurance vient alors en sus de la cotisation syndicale. C'est également le syndicat qui gère l'institution de micro-assurance. Dans d'autres cas, celle-ci bénéficie d'une plus grande autonomie. Elle encaisse elle-même les cotisations. Des instances distinctes assument la gestion.

### **Structures d'appui technique**

Les organisations qui fournissent une assistance technique, comme le programme STEP (Stratégies et Techniques de Lutte contre l'Exclusion Sociale et la Pauvreté) du Bureau International du Travail (BIT), certaines mutuelles européennes, des ONG locales ou internationales, ne mettent pas elles-mêmes sur pied des systèmes de micro-assurance mais apportent aux initiateurs de ces systèmes leur expertise en la matière. En ce sens, elles peuvent soutenir chacun des acteurs précités. Des études ont démontré que des systèmes sans expertise technique ne sont pas souvent viables. L'assistance technique est pour une institution de micro-assurance une condition sine qua non. Les différentes phases du bon fonctionnement d'un système de micro-assurance prouvent d'ailleurs l'importance d'une expertise particulière en la matière (voir point 3).

## Le programme STEP du Bureau International du Travail

STEP (Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté) est un programme du Bureau International du Travail. La stratégie de STEP comporte quatre éléments : (1) Aide technique et promotion, (2) Etudes, (3) Lobbying, (4) Appui-conseil pour les autorités.

(1) L'appui technique comporte entre autres des études de faisabilité, des conseils techniques et des formations sur la mise sur pied d'une institution de micro-assurance. STEP promeut ces initiatives de protection sociale par la mise en réseau des acteurs de la micro-assurance.

(2) En 2003, STEP a fait réaliser 68 études dans 26 pays. STEP y décrit et analyse les institutions de micro-assurance santé. Quels sont les types

de systèmes de micro-assurance ? Sont-ils durables financièrement ? Augmentent-ils l'accès aux soins de santé pour les populations les plus pauvres ? Quelle est leur relation avec les pouvoirs publics ?

(3) Pour STEP, les institutions de micro-assurance ont un rôle important à jouer dans l'amélioration de la protection sociale des populations au Sud. C'est pourquoi il souhaite convaincre d'autres organisations (internationales) de l'importance des institutions de micro-assurance.

(4) STEP soutient divers pouvoirs publics en Afrique et en Amérique Latine lors de l'encadrement juridique et technique des institutions de micro-assurance.



# 3



### **3 DIFFÉRENTES VISIONS DU RÔLE DES INSTITUTIONS DE MICRO-ASSURANCE**

L'apparition des institutions de micro-assurance dans les soins de santé au cours des dernières années s'explique entre autres par l'absence d'un système fiable de sécurité sociale dans la plupart des pays en développement. D'aucuns considèrent les institutions de micro-assurance comme de nouveaux instruments de protection sociale. Ces institutions de micro-assurance permettent à une partie de la population de jouir d'une assurance maladie. Comme nous l'avons déjà souligné, cette évolution est notamment très perceptible dans les périodes où les pouvoirs publics abandonnent en grande partie aux usagers le financement des services de santé.

Sur le plan international, on considère les institutions de micro-assurance comme un des moyens d'améliorer l'accès des couches les plus pauvres de la population aux soins de santé. Il existe différentes conceptions du rôle des institutions de micro-assurance : outre l'OIT, la Banque Mondiale est elle aussi une organisation internationale dont l'influence dans ces domaines est grande. Et leurs visions sur la protection sociale sont différentes.

#### **3.1 La vision de l'Organisation Internationale du Travail**

L'OIT est l'organisation internationale chargée, au sein des Nations-Unies, de la protection sociale. S'inspirant des diverses déclarations internationales, (la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme,



La Déclaration de Philadelphie, le Pacte International des Droits Economiques, Sociaux et Culturels), l'OIT part du principe que tout être humain a droit à une protection sociale.

Depuis le milieu des années '90, l'OIT préconise une politique d'extension de la protection sociale et propose une combinaison de plusieurs stratégies :

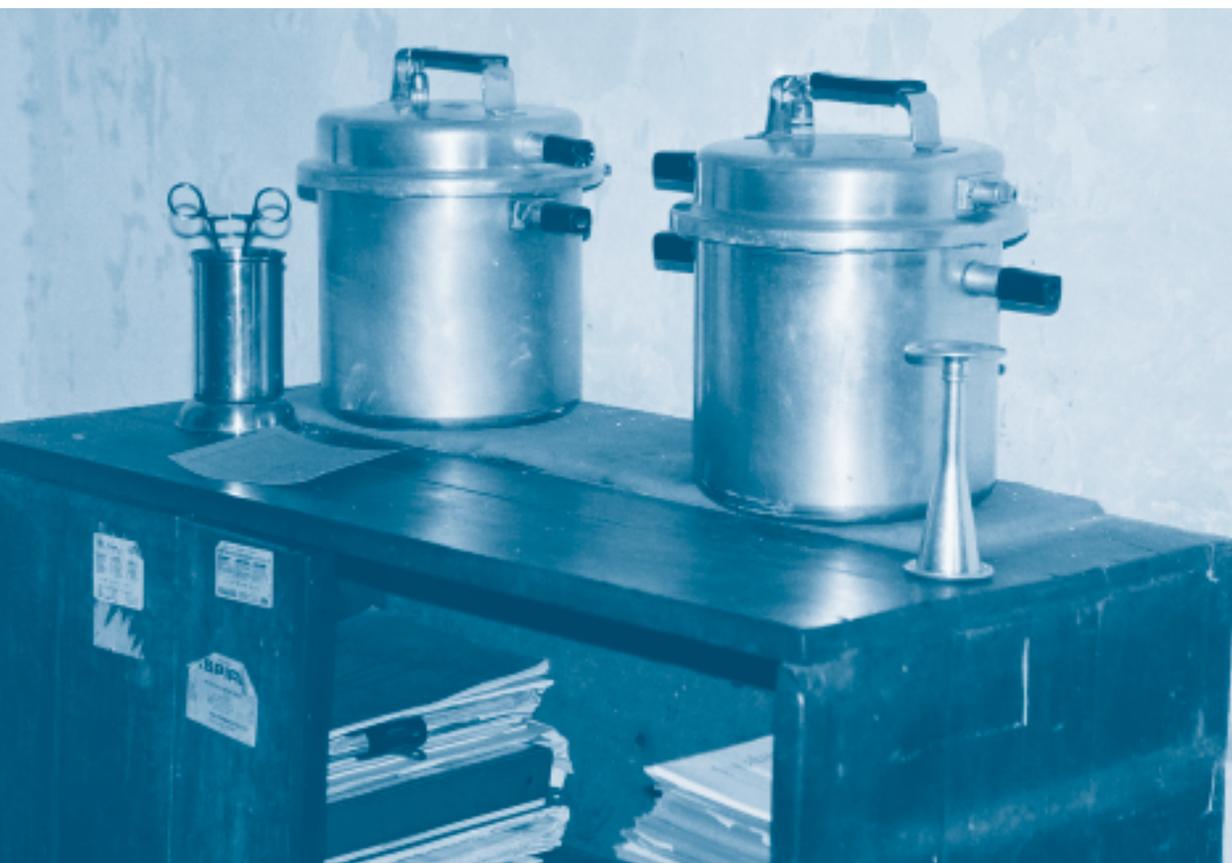
- extension des régimes existants d'assurance sociale ;
- stimuler les institutions de micro-assurance ;
- gratuité de certains services à une partie importante de la population ;
- assistance sociale des personnes ayant subi au préalable une étude de revenus et dont il s'avère qu'ils ne sont pas à même de prendre eux-mêmes ces services en charge.

Pour ces deux derniers points, les pouvoirs publics doivent faire appel à leurs revenus généraux.

Pour l'OIT, les systèmes de protection sociale doivent mener à une redistribution et à une plus grande solidarité entre les différents groupes de la société.

Et pour cela, elle souligne également les liens entre les différentes composantes de la protection sociale.

Pour l'OIT, le rôle central reste dévolu aux pouvoirs publics. C'est à ces derniers de mettre sur pied un système global en matière de protection sociale, de l'améliorer et de l'étendre. Les pouvoirs publics doivent également veiller à ce que la protection sociale ne soit pas discriminatoire et que sa politique soit transparente et correcte.



### 3.2 La vision de la Banque Mondiale

La Banque Mondiale a élaboré depuis les années '90 une stratégie en matière de protection sociale. Depuis lors, cette stratégie fait de plus en plus office de référence dans l'élaboration de mesures nationales de protection sociale. En effet, la Banque Mondiale n'accorde son aide aux pays du Tiers-Monde que s'ils acceptent les mesures prises.

Selon la Banque Mondiale, il existe de nombreux instruments de protection sociale. Elle souligne que les pouvoirs publics ne sont pas les seuls à devoir assumer le bien-être général et la gestion des risques. Outre les pouvoirs publics, le marché et les ménages sont des acteurs de premier plan. La vision de la Banque Mondiale inclut donc des instruments que l'on ne retrouve pas traditionnellement dans le cadre d'une politique de protection sociale, comme par exemple la stimulation de l'entrepreneuriat indépendant.

La responsabilité de s'assurer une protection sociale revient donc plus à l'individu ou au ménage qu'à l'Etat qui lui n'interviendrait directement par des mesures d'assistance sociale que pour les populations les plus démunies.

Le rôle de la Banque Mondiale dans le domaine de la protection sociale ne fait cependant pas que des heureux. Certains spécialistes souhaiteraient que cette problématique continue d'être dirigée par les agences spécialisées des Nations-Unies, notamment l'OIT. Ils craignent en effet que des pays ne recevront des crédits que s'ils organisent leur protection sociale selon les directives de la Banque

Mondiale. Selon ces critiques, ces conditions mènent à une mauvaise politique sociale. Vu sa nature financière, la Banque Mondiale a une plus grande influence que l'OIT. Cette situation risque d'avoir pour effet que les pays concernés élaborent leur système de protection sociale sur des motivations qui ne tiennent pas uniquement à leurs propres choix et à la configuration la mieux adaptée, selon eux, à leur situation.

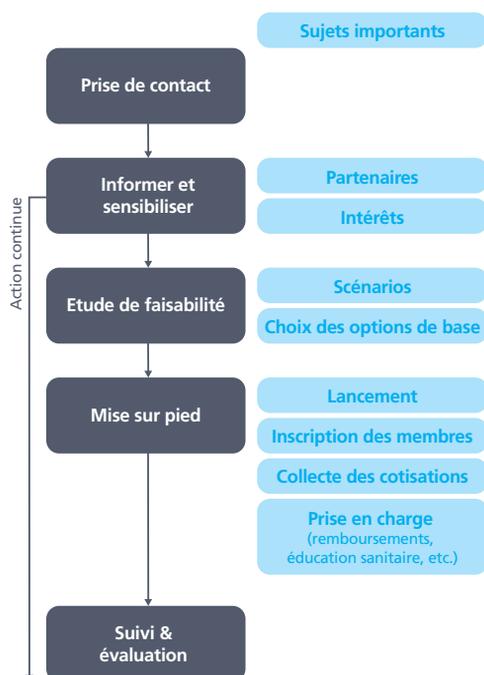
# 4



## 4 LES PHASES IMPORTANTES DE LA MISE EN PLACE D'INSTITUTIONS DE MICRO-ASSURANCE

Dans les pays du Tiers-Monde, les institutions de micro-assurance peuvent améliorer l'accès aux soins de santé. Pour les années à venir, les acteurs du développement (entre autres les Ong et les organisations internationales) placent beaucoup d'espoirs dans la propagation de ces systèmes. Créer une institution de micro-assurance n'est toutefois pas une évidence. Nous en décrivons ci-après les différentes phases.

### Les différentes phases de la création d'une institution de micro-assurance



Source : BIT/STEP-Afrique, 2003

Dans la réalité, les différentes phases ne se suivent pas forcément dans l'ordre et certaines font l'objet de plus d'attention que d'autres selon les cas.

### 4.1 Prise de contact

Généralement, il y a parmi les initiateurs d'une institution de micro-assurance des personnes qui ont eu des informations préalables. Par la suite, ils prennent contact avec un ensemble d'acteurs qui maîtrisent le sujet comme d'autres institutions de micro-assurance existantes, des structures d'appui ou autres ONG actives en la matière. De cette manière, les expériences de ces institutions peuvent leur être bénéfiques.

### 4.2 Informer et sensibiliser

Les initiateurs doivent s'enquérir de l'intérêt des membres potentiels pour un projet susceptible d'améliorer l'accès aux soins de santé. Il faut donc dès le début, mais aussi tout au long du processus, informer et sensibiliser les bénéficiaires et les convaincre du bien-fondé de l'initiative. Dans la phase initiale du projet, les initiateurs recherchent souvent le soutien et l'engagement d'instances importantes de la région : administration locale, chefs traditionnels, religieux ou toute personne respectée dans la communauté. Il est en effet difficile de convaincre la population de l'importance de la micro-assurance si les personnages-clefs ne sont pas convaincus. Ce travail d'information et de sensibilisation permet ainsi à tous les intéressés de se prononcer sur l'initiative proposée.

Dans de nombreux pays, les concepts 'assurance' et 'prévoyance' ne sont pas toujours très connus.

Souligner l'importance de la prévoyance constitue un élément essentiel de la sensibilisation.

Quand les intéressés décident de créer une institution de micro-assurance, l'information et la sensibilisation des bénéficiaires et du groupe-cible constitueront une priorité continue.

### 4.3 Etude de faisabilité

Une étude de faisabilité permet aux initiateurs de rassembler les données leur permettant d'élaborer un certain nombre de scénarios. Combien les patients paient-ils actuellement pour les services de santé ? Quelles sont les maladies les plus courantes ? Quels services ou prestations sont remboursés

aux membres s'ils paient une cotisation X ? Ou vice versa : si l'institution de micro-assurance souhaite rembourser les prestations Y et Z, quels montants les membres doivent-ils supporter ? Quand est-il préférable de percevoir les cotisations ? Ils soumettent les scénarios à un large groupe de la population, qui en choisit un.

Certaines données de base sont nécessaires, entre autres :

- niveau des cotisations,
- risques couverts par la micro-assurance,
- niveau de la prise en charge des prestations,
- choix des prestataires de soins,
- forme d'organisation de la micro-assurance,
- fonctionnement de la micro-assurance.



## PROMUSAF (WSM-CM)

L'Ong Solidarité mondiale et les Mutualités chrétiennes (Belgique) ont été les initiateurs du 'Programme d'appui aux mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest' (PROMUSAF). Le programme a été lancé en 1998 au Bénin, au Burkina Faso et au Sénégal, auxquels est venu se joindre le Mali en 2002. La DGCD (Direction générale pour la Coopération au Développement) apporte également son soutien au programme. PROMUSAF soutient pour l'instant 97 institutions de micro-assurance :

<b>Pays</b>	<b>IMA</b>	<b>Membres</b>
Sénégal	38	10.500
Mali	22	13.000
Burkina Faso	25	2.500
Bénin	12	1.500
Total	97	27.500

PROMUSAF est active dans quatre domaines :

(1) Aide au développement d'initiatives de micro-assurance dans les soins de santé,

(2) Mise en réseau et coordination d'institutions de micro-assurance et d'autres organisations de soutien,

(3) Stimuler les activités génératrices de revenus pour les gens, afin qu'ils puissent payer les cotisations à l'institution de micro-assurance,

(4) Action politique afin d'améliorer l'accès aux soins de santé.

Voici quelques exemples concrets d'initiatives prises :

(1) Sessions d'information, études de faisabilité, sensibilisation, éducation sanitaire.

(2) Liens d'amitié entre les organisations mutuelles du Nord et du Sud, participation à un projet de loi sur les mutuelles et les institutions de micro-assurance.

(3) Octroi de microcrédits pour, entre autres, l'élevage, le commerce et la culture de légumes (ce qui permet aux bénéficiaires de payer leur prime).

## 4.4 Formation

La formation des gestionnaires d'une institution de micro-assurance est un élément important du processus.

Le lancement de l'initiative de micro-assurance suppose au préalable une formation intensive. La formation est toutefois un souci permanent.

Plusieurs instances de soutien ont mis au point des

modules de formation. Le cycle de formation de STEP, par exemple, est articulé autour de différents modules couvrant les thèmes suivants :

- principe et création d'une institution de micro-assurance,
- étude de faisabilité,
- gestion administrative et financière,
- suivi et évaluation.

#### 4.5 Constitution de l'institution de micro-assurance

Normalement, les initiateurs prévoient un moment formel de constitution de l'institution de micro-assurance. Une assemblée générale constitutrice approuve les statuts, nomme les administrateurs et inscrit les premiers membres. Le droit d'inscription et les premières cotisations sont collectés lors de cette assemblée. En principe, les premiers membres peuvent s'adresser à partir de ce moment à l'institution de micro-assurance en vue de la prise en charge de leurs frais médicaux.

#### 4.6 Suivi et évaluation

Le suivi des premiers pas de l'institution de micro-assurance est très important. Les premiers mois constituent une période test, qui révélera si les gens sont vraiment convaincus par le système, s'ils paient régulièrement leurs cotisations et si les prestataires de soins respectent leurs engagements. Pendant cette période, le contact entre les responsables de l'institution de micro-assurance et la population est d'une importance cruciale. C'est la seule manière pour les initiateurs de découvrir comment la population évalue la nouvelle organisation. Les erreurs de perception doivent disparaître au plus vite.





# 5



## 5 AVANTAGES DES INSTITUTIONS DE MICRO-ASSURANCE DANS LES SOINS DE SANTÉ

### 5.1 Meilleur accès aux soins de santé

En théorie, toutes les catégories de la population contribuent à la micro-assurance : riches et pauvres, personnes malades et personnes en bonne santé. Même si les malades et les personnes âgées font probablement davantage appel aux soins de santé, ils ne paient pas plus que les personnes saines et les jeunes. C'est ce que l'on appelle la solidarité redistributive. En ce sens, une institution de micro-assurance est un instrument de justice sociale. Le système profite aux plus vulnérables, qui, autrement, n'auraient pas accès aux soins de santé.

### 5.2 Meilleure organisation et qualité des services de santé

Les institutions de micro-assurance peuvent avoir un effet très positif sur l'organisation et la qualité des services de santé.

Tout d'abord, l'existence d'une institution de micro-assurance peut constituer pour les responsables de ces services un motif de tenir davantage compte des attentes et besoins réels de la population. Elle peut les aider à adapter le mieux possible leur politique d'investissement et l'extension de leurs services aux attentes des usagers.

Ensuite, une institution de micro-assurance peut générer des revenus plus stables pour les centres de santé. Cela peut se traduire par une amélioration de la qualité des soins et du fonctionnement



## Le projet Tokombéré

Un projet de développement intégré a été lancé en 1997 à Tokombéré, au Nord Cameroun ; ce projet comprend plusieurs volets : soins de santé, action en faveur des jeunes et des femmes et alphabétisation. Tokombéré dispose d'un hôpital de 150 lits, qui répartit les frais et risques de maladie de deux manières.

Les patients paient tout d'abord un montant forfaitaire pour les frais liés à la consultation, aux soins, aux médicaments requis ainsi qu'aux frais d'hospitalisation pour quinze jours.

Par ailleurs, il y a des tarifs forfaitaires pour, par exemple, les transfusions sanguines, le traitement de la tuberculose ou l'hépatite. Pour les maladies chroniques, le patient paie un montant fixe par mois. Les patients du district paient moins que les autres. La consultation d'un infirmier au dispensaire (première ligne) coûte moins cher qu'une consultation à l'hôpital (deuxième ligne). Il existe également à Tokombéré un système de paiement anticipé pour les enfants jusque cinq ans, pour les élè-

ves et pour les femmes enceintes. Ces groupes cibles peuvent acheter une carte santé qui leur donne accès aux soins gratuits. Une carte santé pour enfants donne droit à des consultations et vaccinations gratuites. Lorsque l'enfant atteint l'âge de cinq ans, les parents achètent une nouvelle carte santé, qui donne droit à des réductions lors de consultations, du renouvellement de vaccins et pour l'éducation santé. Les femmes enceintes disposant d'une carte santé ont droit à la gratuité de l'accompagnement, des médicaments et des vaccinations pendant la grossesse.

Ces systèmes ont permis d'améliorer sensiblement l'accès aux soins de santé dans la région. De plus en plus de gens se rendent à l'hôpital, les maladies sont traitées à un stade précoce, les vaccinations sont largement répandues, il y a très peu d'épidémies dans le district, la participation de la population à la politique de santé est plus grande et les sages-femmes accompagnent davantage d'accouchements.

des services. Dans cette optique, l'amélioration des soins de santé est un effet indirect de l'existence d'une institution de micro-assurance. Les moyens supplémentaires permettent à l'institution de santé, par exemple, d'acheter davantage de médicaments ou d'investir dans de nouveaux équipements. L'augmentation des salaires du personnel peut augmenter

la motivation et la qualité de services. L'engagement de personnel supplémentaire peut réduire les temps d'attente. Une plus grande stabilité des flux de revenus facilite également le planning budgétaire et améliore ainsi la qualité des services.

Par ailleurs, l'institution de micro-assurance peut exercer une certaine pression au niveau de l'offre.

### **PRIMA (Guinée-Conakry)**

L'Institut Belge de Médecine Tropicale a lancé en 1996 le projet PRIMA à Conakry en Guinée. L'étude a révélé que le développement des institutions de micro-assurance doit impérativement s'inscrire dans une vision globale des soins de santé. Cela implique que plusieurs interventions s'imposent simultanément.

La participation limitée du groupe cible aux ins-

titutions de micro-assurance en Guinée n'était pas imputable au manque de perception ou d'acceptation des valeurs et des principes sous-tendant un système d'assurance solidaire, mais à la qualité déficiente des soins dans les services de santé publics et à l'incapacité des pauvres et des familles nombreuses de payer la cotisation.

Elle passe généralement une convention avec les services de santé, dans lequel on précise les droits et les obligations des deux parties. Elle peut aussi négocier les tarifs et un meilleur service pour les membres. Les négociations ont pour but d'obtenir pour les membres les meilleurs soins au meilleur prix possible. Cela incite les institutions de santé à réduire leurs coûts mais sans toucher à la qualité du service. Dans certains cas, l'institution de micro-assurance peut également négocier avec les fournisseurs de produits pharmaceutiques afin d'obtenir le meilleur prix possible pour des médicaments courants.

Enfin, les institutions de micro-assurance veillent à l'éducation et la prévention santé. En tant qu'institutions d'assurance, elles ont tout intérêt à ce que les membres affiliés restent en bonne santé et fassent peu appel aux services médicaux. Il n'est pas souvent aisé pour les services de santé d'informer la population sur la problématique de la santé et la prévention. En collaborant avec les institutions de

micro-assurance, elles peuvent atteindre un groupe cible plus important.

### **5.3 Gestion démocratique des soins de santé**

Les institutions de micro-assurance favorisent également la gestion démocratique du secteur de la santé. Les membres d'une institution de micro-assurance peuvent faire part de leur opinion et de leurs préoccupations lors de l'assemblée générale ou d'autres réunions. Les dirigeants et le personnel ont généralement de nombreux contacts avec la population locale, les membres et les usagers des services de santé. Une institution de micro-assurance peut ainsi représenter une grande partie de la population et lui permettre de faire entendre sa voix auprès des instances de décision du secteur de la santé. Elle peut ainsi déterminer en partie l'offre de services, la quote-part dans l'utilisation des services, le montant des dépenses de prévention et d'information par exemple. Dans certains pays, les

institutions de micro-assurance n'ont qu'occasionnellement la possibilité d'influer sur les décisions ; d'autres pays, par contre, structurent la concertation entre les institutions de micro-assurance, les services de santé et les pouvoirs publics.

d'une institution de micro-assurance. Les institutions de micro-assurance qui encouragent la participation de leurs membres stimulent auprès de ces derniers le sens de l'initiative et des responsabilités et les incitent à prendre leur sort entre leurs mains.

#### **5.4 Bien-être général et intégration sociale des membres**

Les institutions de micro-assurance peuvent contribuer à l'amélioration de la position sociale des membres en général. Des aspects comme le planning familial, les vaccinations, l'éducation sexuelle et en matière de santé peuvent être abordés plus facilement dans le cadre d'une institution de micro-assurance. La prévention, l'information et la sensibilisation font partie intégrante du fonctionnement





# 6



## 6 RISQUES ET SOLUTIONS POSSIBLES

Un certain nombre d'éléments peuvent constituer une menace pour la survie de l'institution de micro-assurance. Ces menaces sont propres à toute forme d'assurance, mais la manière avec laquelle les institutions de micro-assurance évitent ces risques diffère fortement de celle des assurances privées. Nous traitons ci-après ces risques et la manière de les éviter. Toutes pertinentes, ces solutions sont cependant parfois difficiles à mettre en œuvre pour les institutions de micro-assurance. En effet, certaines des mesures préconisées rendent l'assurance moins attrayante pour les membres. Les micro-assurances tentent de trouver un équilibre entre le recrutement de suffisamment de membres et la protection du système contre les risques précités.

### 6.1 Sélection adverse

On parle de sélection adverse lorsque des personnes présentant un grand risque de maladie s'inscrivent en masse et des personnes en bonne santé ont tendance à ne pas s'affilier ou se retirent après quelque temps. Ce phénomène menace la viabilité financière de l'institution de micro-assurance, car les prises en charge par personne sont trop importantes.

C'est pourquoi une institution de micro-assurance se doit d'avoir en son sein des personnes en bonne santé. Puisqu'elle ne fait pas de sélection des membres en fonction des risques qu'ils présentent, elle cherchera plutôt dans cette optique à élargir le groupe : inciter à l'affiliation de tous les membres d'une famille, ou tenter de convaincre un groupe entier (par exemple un groupement de femmes) de

s'affilier. Afin d'éviter que les gens ne s'inscrivent que s'ils se sentent malades, un temps d'attente de trois à six mois est généralement prévu. Après cette période, l'assuré peut bénéficier de prises en charge. Dans la pratique, les responsables des institutions de micro-assurance soulignent qu'il n'est souvent pas facile de refuser une prise en charge à quelqu'un qui tombe malade pendant la période d'attente. Cela peut le décourager, et avec lui d'autres, de devenir ou rester membre de l'institution de micro-assurance.

### 6.2 Surconsommation (le 'risque moral')

Il y a un risque que les membres et les personnes à leur charge tentent de rentabiliser au maximum leurs cotisations et aient recours plus que nécessaire aux soins de santé. Ce phénomène met lui aussi la viabilité financière de l'institution de micro-assurance en péril. Contre cela, les institutions de micro-assurance tentent de sensibiliser leurs membres et de les dissuader de surconsommer. Afin d'éviter le risque de surconsommation, on peut aussi faire payer par le membre une partie des dépenses de soins de santé. Cette quote-part personnelle (le 'ticket modérateur') permet de mettre un certain frein à la consommation.

Dans la pratique, certaines études portant notamment sur l'Afrique de l'Ouest relèvent que, particulièrement en milieu rural, il y a relativement peu de cas de surconsommation. Cet exemple illustre parfaitement combien il est important de ne pas appliquer, sans plus, des mesures contre des risques considérés comme 'universels', mais, au contraire, de tenir compte du contexte local.

### 6.3 Surprescription

Afin d'éviter la surprescription par les prestataires de soins, la micro-assurance peut conclure des conventions avec les établissements concernés. Ces conventions stipulent par exemple que le prestataire de soins ne peut prescrire que des médicaments génériques et qu'il doit utiliser des schémas standard de traitements. Mais dans la pratique, il s'avère que de nombreuses institutions de micro-assurance nouvellement créées éprouvent des difficultés pour contrôler l'application de ces conventions. Le problème de surprescription peut être lié à l'attitude des membres. Comme ces derniers savent très bien que l'institution de micro-assurance prend en charge les frais de santé, ils ne sont pas enclins à protester lorsque l'établissement de santé prescrit des traitements onéreux mais pas forcément impératifs. Comme elles imputent une partie des dépenses aux membres eux-mêmes, elles freinent la prescription de traitements onéreux.

### 6.4 Fraude et abus

On parle de fraude ou d'abus lorsqu'une personne veut voir ses dépenses de santé prises en charge sans être en ordre de cotisation. Souvent sous pression des membres de sa famille ou des voisins, un membre de la micro-assurance peut déclarer frauduleusement une personne comme membre de la famille. Ou encore, un chef de famille paie les cotisations pour quelques membres de sa famille, mais demande la prise en charge pour une autre personne. Ce risque est largement répandu. Le système d'assurance doit donc vérifier si la personne qui se déclare bénéficiaire en droit aux prestations l'est

bel et bien. Ici, la sensibilisation peut être utile, mais est souvent insuffisante. Une mesure plus efficace est de contrôler l'identité de la personne concernée, avant la demande de prise en charge et la consultation au centre de santé ; elle lui remet alors, par exemple, une lettre pour l'établissement de soins. L'utilisation de photos d'identité est une solution simple mais dans les pays très pauvres comme en Afrique Subsaharienne et surtout dans les zones rurales, l'achat de photos d'identité est souvent impossible, tant du point de vue pratique que du point de vue financier. Elle augmente les coûts d'inscription et décourage donc les affiliations. Certaines institutions de micro-assurance tentent de décourager les abus en annonçant au préalable les sanctions.

### 6.5 Cas catastrophiques

Une institution de micro-assurance confrontée subitement à d'énormes dépenses (suite à une épidémie, une catastrophe naturelle ou un conflit violent) peut s'effondrer. Et les institutions de micro-assurance disposent rarement de suffisamment de réserves pour faire face à une telle catastrophe. Si une institution de micro-assurance souhaite constituer des réserves afin de faire face à un tel risque, elle pourrait majorer les cotisations, mais cela décourage les membres potentiels. Dans certains cas (épidémies), les pouvoirs publics ou des bailleurs de fonds interviennent financièrement.

Dans les autres cas, l'institution de micro-assurance peut créer un fonds de garantie ou un système de réassurance, ou y faire appel (voir infra). Cette possibilité n'existe toutefois que très rarement quand les institutions de micro-assurance sont récentes et/ou de taille réduite. Si ces possibilités sont inexistantes,

l'institution de micro-assurance peut aussi plafonner les prises en charge.

Afin d'éviter des prises en charge trop élevées, une institution de micro-assurance peut décider de ne pas couvrir les soins de certaines maladies chroniques. Ou bien, certains systèmes collaborent avec des programmes spécifiques des pouvoirs publics ou des bailleurs de fonds, dans le cadre du financement du traitement de patients atteints du VIH ou malades du SIDA par exemple.

### **6.6 Les problèmes des jeunes micro-assurances dans le secteur des soins de santé**

Les jeunes institutions de micro-assurance sont souvent confrontées à des problèmes identiques. A

peine créée, les membres potentiels souhaitent souvent d'abord voir si l'institution fonctionne, avant de s'affilier, alors qu'un système de micro-assurance a besoin d'une base solide et étendue. Plus grand est le groupe qui partage les risques, moins élevées pourront être les cotisations prélevées et plus nombreux seront les risques couverts. De même, on constate qu'au début, les membres peuvent décider d'un faible niveau de cotisation alors que leurs revenus permettraient un niveau plus élevé. Mais ils veulent d'abord voir si le système fonctionne avant de cotiser davantage. Conséquence : les prestations de l'institution de micro-assurance dans la phase initiale sont moins attrayantes.

Nous avons abordé les principaux risques auxquels sont confrontées les institutions de micro-assurance.



Ces problèmes sont réels et chaque institution doit prendre des mesures pour les résoudre. Toutefois, beaucoup de ces mesures ne sont pas populaires. Citons, par exemple, l'instauration d'une période d'attente, l'obligation d'assurer en même temps tous les membres de la famille, faire contrôler son identité ou sa carte de membre par le responsable de l'institution de micro-assurance ou le refus d'assurance d'une pathologie spécifique.

Ajoutons à cela le fait que de nombreux prestataires de soins ne sont toujours pas bien informés sur le rôle et le fonctionnement des institutions de micro-assurance. Ils ne traitent pas correctement les patients assurés : l'accueil est désagréable, ils n'acceptent pas les cartes de membre et ne respectent pas le contrat avec l'institution de micro-assurance.

Cela peut dans certains cas décourager les membres, qui attendaient davantage de leur affiliation à l'institution de micro-assurance et à qui on avait promis un réel changement.

Tous ces éléments influencent la régularité des paiements des cotisations mais peuvent aussi influencer des nouveaux membres potentiels. La publicité de bouche à oreille est primordiale pour les institutions de micro-assurance. L'information et la sensibilisation sont bien entendu des instruments importants pour convaincre les membres de la première heure et leur donner confiance en l'institution. Ces problèmes sont toutefois inévitables dans la phase de lancement et affaiblissent souvent les jeunes institutions de micro-assurance.





# 7



## 7 VIABILITÉ FINANCIÈRE DES INSTITUTIONS DE MICRO-ASSURANCE ET RÉASSURANCE

Les micro-assurances doivent trouver un équilibre entre les cotisations individuelles et les prises en charge des prestations en cas de maladie ou d'accident. Le lien entre les cotisations et les prestations dépend de la probabilité du risque. Cette probabilité est à son tour basée sur les risques individuels (le risque de maladie ou d'accident d'un membre).

Si la somme de toutes les prises en charge est supérieure à la somme des cotisations individuelles, un déséquilibre apparaît et la viabilité du système d'assurance est menacée. Si le système a constitué des réserves ou si un partenaire extérieur comble le déficit, il peut faire face à une période de pertes,

en espérant ensuite une diminution des risques. Si ce n'est pas le cas, le système devra trouver un équilibre entre les cotisations et les prestations, soit en majorant les cotisations, soit en limitant les prises en charge et prestations.

Diverses études révèlent que de nombreuses institutions de micro-assurance sont déficitaires surtout lors de leurs premières années d'existence, car elles maintiennent les cotisations à un niveau bas afin d'attirer des membres.

Une institution de micro-assurance peut augmenter sensiblement sa viabilité en partageant les risques avec d'autres institutions, par exemple en créant une fédération ou en se réassurant. Une réassurance signifie qu'une institution de micro-assurance paie une cotisation et que le système de réassurance prend les coûts à sa charge dans le cadre de ris-



ques clairement définis au préalable : épidémie, catastrophe naturelle, problèmes de liquidités, par exemple. Si un système de réassurance réassure des institutions de micro-assurance de plusieurs régions d'un pays ou d'un continent, elle répartit géographiquement ses risques.

La réassurance présente pour les institutions de micro-assurance de nombreux avantages.

Tout d'abord, sa viabilité financière s'en trouvera améliorée : elle évite les pertes importantes et peut même constituer des réserves. Ces réserves lui permettent d'investir dans les services de santé ou d'offrir de meilleures prestations et assurances.

Ensuite, l'institution de micro-assurance gagne en crédibilité, car elle est toujours à même d'offrir les prestations promises, ce qui peut convaincre des gens de s'affilier.

Un troisième avantage est le fait que l'institution de micro-assurance qui souhaite se réassurer doit fournir au système de réassurance diverses informations sur le nombre de membres, les cotisations et les prestations. Cela favorise la tenue à jour stricte de la comptabilité.

Enfin, un système de réassurance peut constituer le lien entre les moyens centralisés (pouvoirs publics, bailleurs de fonds, ...) et les moyens locaux. Au lieu de subventionner des initiatives locales, les pouvoirs publics ou une Ong peuvent prendre en charge la prime de réassurance et favoriser ainsi l'autonomie financière des institutions de micro-assurance.

En cas de catastrophe, la communauté internationale peut également utiliser le réseau existant d'institutions de micro-assurance et de systèmes de réassurance afin d'organiser les secours. Au niveau



des institutions de micro-assurance, la communauté internationale peut, si l'on suit ce raisonnement, faire appel dans de telles circonstances à des personnes qualifiées qui connaissent les besoins de la population locale et qui sont familiarisées avec les transactions financières.

Théoriquement, la réassurance des institutions de micro-assurance offre de nombreuses possibilités dans les pays en voie de développement. Dans la pratique, il n'en va toutefois pas ainsi. La plupart du temps, les institutions de micro-assurance opèrent sur une échelle extrêmement réduite. Les gérants sont souvent des bénévoles, pour lesquels la tenue d'une comptabilité minutieuse n'est pas chose facile. Il s'agit souvent d'initiatives locales isolées, sans liens ou contacts au niveau régional ou national. Ces dernières années cependant, on a vu apparaître des tentatives de mise en réseau des institutions de micro-assurance locales et de création de systèmes de réassurance.

# 8



## 8 POINTS-CLÉS EN VUE DU DÉVELOPPEMENT DES INSTITUTIONS DE MICRO-ASSURANCE

### 8.1 Contexte

Si des organisations souhaitent aider la population dans la création d'initiatives de micro-assurance, elles doivent absolument tenir compte de la situation sociale et politique locale et se poser les questions suivantes : Quels soins de santé les pouvoirs publics offrent-ils ? Quelle est la forme de sécurité sociale ? La politique de santé est-elle décentralisée ? Quelle est la relation entre les pouvoirs publics et le secteur privé ? Les pouvoirs publics tentent-ils de coopérer avec le secteur privé, de créer des conditions propices ? Ou, au contraire, tentent-ils de mettre des bâtons dans les roues du secteur privé ? Le monde médical a-t-il dans ce pays un poids politique important ? Les médecins et le personnel infirmier sont-ils sensibles aux intérêts des patients ? Comment est organisée la société civile ? Chacun défend-il ses

propres intérêts ou la société civile défend-elle des intérêts communs ?

### 8.2 Approche 'bottom-up'

Les pouvoirs publics, le secteur privé et les organisations d'appui sont des acteurs importants de la problématique ; ils ne peuvent toutefois pas contraindre les populations à s'organiser elles-mêmes en institutions de micro-assurance. Une approche bottom-up est dans ce contexte très importante. Ces acteurs peuvent certes encourager la population et favoriser les initiatives, mais l'initiative finale doit émaner de la population elle-même et des organisations locales. Les gens ne s'engageront et le système n'aura des chances de succès que si les gens en voient l'utilité.

### 8.3 Pas de système standard

Les points ci-dessus nous ont appris qu'il n'existe pas de système de micro-assurance 'clef sur porte'. Si un système fonctionne correctement dans un pays dé-

#### Louvain Développement

Louvain Développement est un consortium de six Ong belges. Louvain Développement soutient des initiatives en Bolivie, au Pérou, à Madagascar, au Congo, au Togo, au Bénin et au Brésil. Le consortium a pour but d'améliorer de manière durable les conditions de vie et la santé des groupes cibles des projets concernés. Par ailleurs, Louvain Développement souhaite

améliorer la combativité politique, sociale et économique de ces groupes de la population. Au Togo, Louvain Développement soutient quatre mutuelles. Ces institutions de micro-assurance sont actives dans 110 villages et sont étroitement liées aux organisations de paysans locales et à leurs caisses d'épargne et de crédit.

## FOS - Mútua del Campo

FOS est l'Ong du mouvement socialiste en Flandre. L'UNMS (Union Nationale des Mutualités Socialistes) soutient depuis 1990, en compagnie de FOS, Mútua del Campo au Nicaragua. Depuis 1990, après la faillite du secteur des soins de santé publics, FOS a créé quatre cliniques populaires. Il n'était toutefois pas encore question d'un système de micro-assurance. Entre 1995 et 2000, FOS a contribué financièrement à la création et au développement d'une mutuelle dans la zone montagneuse au centre du Nicaragua. Elle a coopéré avec le syndicat national des ouvriers agricoles, bien implanté sur place et avec les organisations d'ouvriers agricoles des plantations de café. La qualité des services de santé dans la région s'est améliorée. Le nombre de membres est passé entre 1995 et 2000 de 450 à 1500 (correspondant à 9000 ayants droit). Moyennant rétribution, d'autres entreprises et particuliers pouvaient eux aussi avoir recours aux services médicaux. L'accès

aux soins de santé s'est amélioré, sauf pour les plus pauvres, pour lesquels les cotisations étaient trop élevées.

En 2000, les prix mondiaux du café se sont effondrés, entraînant un chômage massif, le dépeuplement des zones de culture du café, la réduction de moitié du nombre de membres, des surcapacités et, par corollaire, la fermeture de deux postes médicaux.

Après une évaluation approfondie, FOS, l'ANMS et les partenaires locaux ont opté pour une réorganisation interne de la Mútua, pour la promotion de la Mútua dans d'autres départements et pour une guidance plus stricte vers l'auto-financement des postes médicaux.

La dépendance d'un seul secteur économique constitue clairement un risque pour la durabilité d'une institution de micro-assurance.

terminé, cela ne signifie pas pour autant qu'il aura, sous la même forme, autant de succès ailleurs. Il faut mettre sur pied un système qui réponde aux besoins locaux et tienne compte du contexte spécifique. Le système doit en outre être adapté en permanence en fonction des changements.

## 8.4 Besoin de mise en réseau et d'échange d'informations

Comme nous l'avons déjà souligné, il existe de nombreuses organisations qui souhaitent appuyer les institutions de micro-assurance dans leur expansion : organisations d'appui nationales et internationales ; organisations non gouvernementales, gouvernementales et intergouvernementales ;

bailleurs de fonds ; mutuelles du Nord, organisations mutualistes internationales, ... . Chacune a ses propres motifs et sa propre stratégie. Il est important que ces organisations ne se concurrencent pas et entravent le fonctionnement optimal des institutions de micro-assurance, mais au contraire, qu'elles coopèrent et se spécialisent dans leurs domaines de prédilection. La Concertation est un exemple de

réseau d'organisations qui stimule et accompagne les institutions de micro-assurance en Afrique de l'Ouest et du Centre.

### La Concertation

La Concertation est un réseau de partenaires qui stimulent le développement des mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre. Il s'agit d'un réseau de partage d'informations et d'expériences entre et sur les mutuelles de santé. Il a été créé suite à un atelier tenu à Abidjan, en juin 1998.

Depuis 1999, La Concertation a lancé de nombreuses initiatives, parmi lesquelles :

- Animation d'un site Internet ([www.concertation.org](http://www.concertation.org)). Ce site contient entre autres des informations récentes sur les micro-assurances, l'agenda des activités, un forum de discussion qui permet de dialoguer avec d'autres opérateurs, etc. Les membres sont régulièrement informés par le biais d'un flash info.
- Diffusion d'une lettre d'information, le 'Courrier de la Concertation'. Cette lettre complète le site et permet de toucher des personnes n'ayant pas accès à l'Internet.

- Suivi des développements nationaux et internationaux des mutuelles de santé.
- Organisation d'un forum biennal avec ateliers thématiques. Les différents pays organisent en outre des rencontres pour les partenaires concernés.

Les activités de La Concertation regroupe actuellement onze pays : Sénégal, Bénin, Burkina Faso, Guinée, Tchad, Togo, Cameroun, Mauritanie, Côte d'Ivoire, Mali et Niger. La Concertation bénéficie de l'appui technique et financier de différentes organisations : le programme STEP (BIT/STEP), Agence des Etats-Unis pour le Développement International USAID et PHRplus, la GTZ (coopération technique allemande), l'Association Internationale de la Mutualité (AIM), l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes, l'Ong belge Solidarité Mondiale (WSM), le Réseau d'Appui aux Mutuelles de Santé (RAMUS-France) et l'Union Nationale des Mutualités Socialistes (Belgique).

## Conclusion

Les institutions de micro-assurance peuvent être considérées comme une forme de protection sociale pour ce qui a trait aux soins de santé. Ces dernières années, de telles initiatives ont été encouragées et lancées dans de nombreux pays en développement. On ne peut pas encore parler d'une percée, mais dans de nombreux pays apparaissent des dizaines de systèmes, généralement de taille modeste. Ces initiatives entraînent une redistribution des rôles dans le secteur des soins de santé. Il en va ainsi du nouveau rôle dévolu aux pouvoirs publics : ils doivent veiller à créer un encadrement global offrant une protection sociale à toutes les couches de la population. A cet effet, ils ont le choix entre plusieurs mécanismes qui doivent entraîner une redistribution et une plus grande solidarité entre les différents groupes de la population. Cette nouvelle organisation incite les prestataires à fournir des soins de qualité mais également à tenir davantage compte des attentes de la population. Enfin, les institutions de micro-assurance donnent à la population la possibilité de concrétiser sa solidarité et de faire entendre sa voix auprès des pouvoirs publics et des prestataires de soins.

## Liste des principaux acteurs

### Stratégies et Techniques contre l'Exclusion Sociale et la Pauvreté (STEP) / Bureau International du Travail (BIT)

---

4, Route des Morillons  
CH-1211 Genève 22  
Confédération Helvétique  
Tél. : 0041 22 799 65 44  
Fax : 0041 22 799 66 44  
step@ilo.org  
www.ilo.org

### Cera Holding-Fondation Raiffeisen Belge

---

Philipssite 5 bte10  
3001 Heverlee  
Belgique  
Tél. : 0032 70 69 52 42  
Fax : 0032 16 86 32 31  
www.ceraholding.be  
www.brs-vzw.be  
www.cerafoundation.be

### FOS - Solidarité socialiste asbl

---

Rue Marché aux Herbes 105 bte 46  
1000 Bruxelles  
Belgique  
Tél. : 0032 2 552 03 00  
Fax : 0032 2 552 02 96  
www.fos-socsol.be

### Union Nationale des Mutualités Socialistes

---

Rue Saint-Jean 32-38  
1000 Bruxelles  
Tél. : 0032 2 515 02 11  
Fax : 0032 2 515 02 07  
www.mutsoc.be

### Solidarité Mondiale (WSM)

---

Chaussée de Haacht 579  
1031 Bruxelles  
Belgique  
Tél. : 0032 2 246 36 85  
Fax : 0032 2 246 38 85  
www.solmond.be

### Institut de Médecine Tropicale Prince Léopold

---

Nationalestraat 155  
2000 Antwerpen  
Belgique  
Tél. : 0032 3 247 66 66  
Fax : 0032 3 216 14 31  
www.itg.be

### Centre d'Economie Sociale – Université de Liège

---

Université de Liège au Sart Tilman  
Bât. B33 Bte 4  
4000 Liège  
Belgique  
Tél. : 0032 4 366 27 51  
Fax : 0032 4 366 28 51  
www.econosoc.org

### Hoger Instituut voor de arbeid (HIVA) - Katholieke Universiteit Leuven

---

E. Van Evenstraat 2E  
3000 Leuven  
Belgique  
Tél. : 0032 16 33 20 75  
Fax : 0032 16 33 20 76  
www.hiva.be

### Direction Générale de la Coopération au développement (DGCD)

SPF Affaires étrangères, Commerce extérieur  
et Coopération au développement

Rue des Carmélites 15

1000 Bruxelles

Belgique

Tél. : 0032 2 501 81 11

[www.dgcd.be](http://www.dgcd.be)

### Coopération Technique Belge (CTB)

Rue Haute 147

1000 Bruxelles

Belgique

Tél. : 0032 2 505 37 00

Fax : 0032 2 502 98 62

[www.btctb.org](http://www.btctb.org)

### Alliance Nationale des Mutualités Chrésiennes

Chaussée de Haacht 579 bte 40

1031 Bruxelles

Belgique

Tél. : 0032 2 246 41 11

Fax : 0032 2 246 48 21

[www.cm.be](http://www.cm.be)

### Louvain Développement

Chemin de Florival 1

1348 Louvain-la-Neuve

Belgique

Tél. : 0032 10 47 40 82

Fax : 0032 10 47 33 93

[www.louvaindeveloppement.org](http://www.louvaindeveloppement.org)

### Centre International de Développement et de Recherche (CIDR)

17, Rue de l'Hermitage

60350 Autrèches

France

Tél. : 0033 3 44 42 7140

Fax : 0033 3 44 42 94 52

[www.groupecidr.org](http://www.groupecidr.org)

### Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH

Dag-Hammarskjöld-Weg 1-5

65760 Eschborn

Allemagne

Tél. : 0049 61 96 79 0

Fax : 0049 61 96 79 115

[www.gtz.de](http://www.gtz.de)

### The Partners for Health Reform plus (PHRplus) Project

Abt Associates Inc.

4800 Montgomery Lane, Suite 600

Bethesda, MD 20814 USA

Tél : 001 301 913 05 00

Fax : 001 301 652 39 16

[www.phrplus.org](http://www.phrplus.org)

### Association Internationale de la Mutualité (AIM)

Rue d'Arlon 50

1000 Bruxelles

Belgique

Tél : 0032 2 234 57 00

Fax : 0032 2 234 57 08

[www.aim-mutual.org](http://www.aim-mutual.org)

## Bibliographie

ANMC/BIT/WSM (1996), *Mutuelles de santé en Afrique. Guide pratique à l'usage des promoteurs, administrateurs et gérants*, Dakar.

Atim, C. (1999), Het ontstaan van een mutualistische beweging in Afrika, Latijns-Amerika en Azië. In : Defourny, J., Develtere, P. & Fonteneau, B. (red.), *Sociale economie in Noord en Zuid*, Garant, Leuven, 87-107.

BIT (2000), *La micro-assurance santé en Afrique. Guide d'introduction à la mutuelle de santé*, STEP-Afrique, Dakar.

BIT (2002), *Sécurité sociale. Un nouveau consensus*, Genève.

BIT/STEP-Afrique (2003), *Manuel sur le concept, la mise en place et le fonctionnement de micro-assurances santé*, Dakar.

Defourny, J. (2003), *Les mutuelles de santé, une voie pleine d'avenir en Afrique*, Centre d'Economie Sociale, Université de Liège.

Develtere P. & Fonteneau, B. (2001), *Member-based organisations for social protection in health in developing countries*, Paper prepared for ILO/STEP, HIVA-K.U.Leuven.

Dror, D.M. & Duru, G. (2000), Financing Micro-Insurance : Perspective and Prospective. In : *The 7<sup>th</sup> International Conference on System Science in Health Care*, Budapest, 29/5-2/6/2000.

Fonteneau, B. (2003), *Les défis des micro-assurances santé en Afrique de l'Ouest*, HIVA-K.U.Leuven.

van Ginneken, W. (2003), *Extending social security : Policies for developing countries*, ESS Paper No. 13, Geneva.

La Concertation (2002), *Actes du Forum 2002 de la Concertation Dakar (Sénégal) 16-18 septembre 2002*.

Moors, K. (2004), *Y-a-t-il encore des certitudes ?*, Flash BRS, 8e année, n° 1



Le secteur des soins de santé dans le Tiers-Monde est confronté à de nombreux problèmes. L'offre est limitée et onéreuse, la qualité laisse à désirer, le personnel n'est que peu motivé, ... Tout cela n'encourage pas les patients à fréquenter les centres de santé.

La création d'institutions de micro-assurance tente de remédier à cette situation, tant en Afrique qu'en Asie ou encore en Amérique Latine. Certaines de ces institutions comptent des dizaines de milliers de membres, mais il en existe également des centaines d'autres, de taille bien plus réduite. De telles organisations rassemblent la population locale et ont pour effet que les gens s'assurent contre le risque de maladie. Les institutions de micro-assurance ne se contentent pas de rassembler des moyens financiers. Elles négocient également avec le personnel médical la qualité des services offerts. En outre, elles informent leurs membres.

Dans cette publication, les auteurs examinent comment les institutions de micro-assurance peuvent améliorer l'accès aux soins de santé et quels sont les autres avantages qu'elles peuvent procurer à leurs membres et au secteur de la santé. Le livre n'hésite pas à aborder les nombreux problèmes inhérents à la création d'une institution de micro-assurance. Enfin, les auteurs consacrent une attention toute spéciale à la viabilité financière des jeunes institutions de micro-assurance et à la manière avec laquelle les organisations d'aide au développement peuvent appuyer des institutions locales, si jeunes et souvent si fragiles.

Cette publication lance des idées et donne matière à réflexion pour tous les initiateurs et dirigeants d'institutions de micro-assurance et pour tous ceux auxquels, en général, les soins de santé dans le Tiers-Monde tiennent à cœur.

Patrick Develtere est professeur en coopération internationale et responsable du groupe de recherche 'Développement durable et coopération au développement' du Hoger instituut voor de arbeid (HIVA) – K.U.Leuven.

Gerlinde Doyen et Bénédicte Fonteneau sont chercheuses seniors au sein du groupe de recherche 'Développement durable et coopération au développement' du Hoger instituut voor de arbeid (HIVA) – K.U.Leuven.

Titres déjà parus dans la série Horizons :

- Des plan(t)s pour l'avenir ?
- Et l'agriculteur, il modernise
- Les médias modernes et le dialogue social
- La percée tranquille est-elle révolue ? (L'agriculture biologique)
- De quoi vivons-nous ? (La pauvreté en Belgique)
- Stakeholder management, pour les entreprises il n'y a pas que les comptes qui comptent
- Fonds de garantie. Facteur de succès du microfinancement ?
- Découvrir la santé mentale. Pour apprendre à accepter l'autre
- Bâtir ensemble notre avenir. La force des coopératives
- Vouloir, oui. Mais pouvoir ? La pauvreté chez les entrepreneurs indépendants

The logo for BRS (Brussels Research Society) features the letters 'BRS' in a stylized, bold font. The 'B' and 'R' are in a dark blue color, while the 'S' is in a vibrant red color.

[www.brs-vzw.be](http://www.brs-vzw.be)

The logo for HIVA (Hoger Instituut voor de Arbeid) consists of the letters 'HIVA' in a stylized, bold font. The 'H' and 'I' are in a dark blue color, while the 'V' and 'A' are in a vibrant red color. A small black dot is positioned above the 'H'.

[www.hiva.be](http://www.hiva.be)