

## Action 1: Vérifier que les conditions préalables sont réunies

Il est important, avant de s'engager dans l'étude de faisabilité, de vérifier que mettre en place un système de micro-assurance permet de répondre aux problèmes rencontrés et qu'un certain nombre de facteurs de succès sont réunis. Ces vérifications préalables sont d'autant plus nécessaires que la conduite d'une étude de faisabilité mobilise des ressources parfois importantes.

**Remarque:** Il ne s'agit pas ici de se demander si la mise en place d'un système de micro-assurance santé est la meilleure solution aux problèmes rencontrés compte tenu du contexte. Cette question de la pertinence et du choix d'une réponse parmi plusieurs réponses possibles (extension des systèmes formels de sécurité sociale\*, mise en place de systèmes d'assistance sociale ou mise en place de systèmes de protection sociale\* à base communautaire) est traitée dans le guide sur la mise en place des systèmes de micro-assurance santé.

► *Guide de mise en place de systèmes de micro-assurance santé, BIT-STEP, à paraître.*

Il s'agit ici de vérifier que les conditions préalables suivantes sont réunies:

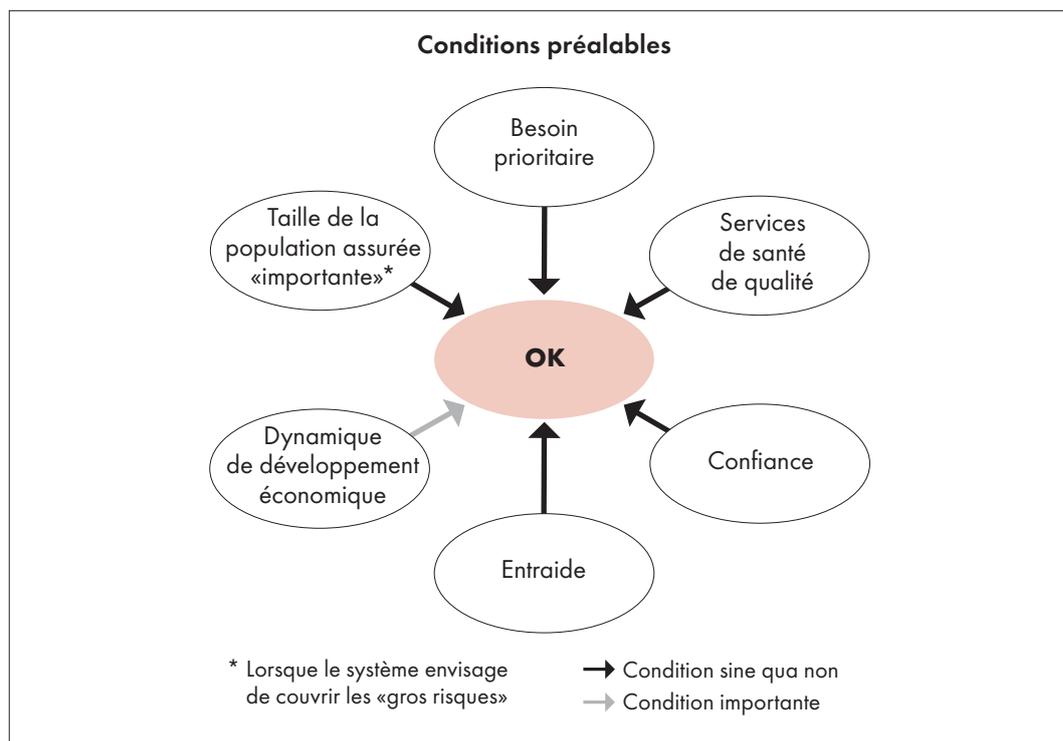
<b>Condition 1</b>	Il existe un besoin prioritaire de protection face au risque* financier lié à la maladie et la maternité.
<b>Condition 2</b>	Des services de santé de qualité acceptable sont disponibles.
<b>Condition 3</b>	La population cible fait confiance aux promoteurs du projet et aux autres personnes impliquées.
<b>Condition 4</b>	Des traditions d'entraide existent au sein de la population cible.
<b>Condition 5</b>	Une dynamique de développement socio-économique est engagée.

Et lorsque le système envisage de couvrir le « gros risque\* »:

<b>Condition 6</b>	Le nombre de personnes potentiellement couvertes est suffisamment important et ce, dès la première année.
--------------------	---

Les quatre premières conditions sont des conditions sine qua non. Si l'une d'elles n'est pas remplie, le processus de mise en place du système de micro-assurance santé peut s'arrêter ou s'orienter vers un autre projet comme la mise en place d'une structure d'offre de soins\*, d'un système de prépaiement, etc. La cinquième condition est importante mais non strictement nécessaire.

La sixième condition est introduite surtout lorsque le système envisage de couvrir les « gros risques », c'est-à-dire des soins particulièrement coûteux et aléatoires comme l'hospitalisation, les interventions chirurgicales, l'accouchement par césarienne, etc. Dans tous les cas, l'intérêt du système est de couvrir un nombre relativement important de bénéficiaires\* pour réduire le poids des charges fixes.



L'étude des conditions préalables s'appuie principalement sur un ensemble d'informations recueillies au fil des échanges avec les différents acteurs: informations sur le risque maladie, sur la qualité des services de santé, sur le dynamisme économique, sur les traditions de prévoyance\* et d'entraide, sur les succès ou échecs de projets de mise en commun de fonds, etc. Elle peut aussi s'appuyer sur des documents relatifs à la situation sanitaire dans la région, au dynamisme associatif, etc.

Pour des exemples de thèmes de discussion se reporter à:

► **2.1 – Les séances de discussion,** § Exemples de thèmes de discussion, tome 2, chapitre 2, page 26.

## **Condition 1: Il existe un besoin prioritaire de protection face au risque financier lié à la maladie et la maternité**

Un système de micro-assurance santé permet de faire face aux dépenses liées à un épisode de maladie\* ou à la maternité. Ces dépenses comprennent les dépenses médicales, les dépenses annexes – comme les frais de transport pour aller jusqu'à l'hôpital, les frais d'hébergement des accompagnants, les frais de nourriture du patient\* hospitalisé – ainsi que le manque à gagner en cas d'arrêt de travail du patient et des accompagnants.

La mise en place d'un système de micro-assurance santé n'a d'intérêt que si le risque financier lié à la maladie et à la maternité est non seulement réel, mais aussi ressenti par la population comme important voire prioritaire. Dans un contexte de gratuité des soins, le besoin de protection est sans doute plus faible que dans un contexte de soins payants, mais d'autres dépenses liées à la santé, comme les frais de transport pour accéder aux formations sanitaires, peuvent être problématiques pour la population. Si les soins sont payants mais que la population a d'autres besoins qu'elle juge plus importants – comme se nourrir, se loger – la mise en place d'un système de micro-assurance santé risque de ne pas être ressentie comme prioritaire.

### **LES RÉPERCUSSIONS DU RISQUE FINANCIER LIÉ À LA MALADIE**

#### **Impact sur l'état de santé**

La crainte de ne pouvoir faire face aux dépenses de santé ou de devoir cesser une activité génératrice de revenus pendant la durée du traitement pousse parfois les individus à différer l'accès aux soins au risque d'aggraver leur état de santé.

Pour faire face au montant élevé de certaines dépenses de santé et des coûts indirects, les familles doivent mettre en œuvre un ensemble de stratégies: liquidation de l'épargne, vente de biens, demande d'aide auprès du réseau de relations, demande de crédit, etc. Cette recherche d'argent prend du temps et contribue également à retarder l'accès aux soins.

Lorsque les montants rassemblés ne suffisent pas à prodiguer les soins de qualité dont a besoin le patient, son rétablissement complet est remis en cause.

#### **Impact sur le niveau de vie**

Les stratégies mises en œuvre par les familles comprennent entre autres la liquidation de biens. Cette liquidation peut entraîner l'appauvrissement durable de la famille par la vente des moyens de production. Elle peut aussi accroître la vulnérabilité de la famille face à d'autres événements graves qui pourraient survenir dans le futur, dans la mesure où celle-ci ne dispose plus d'épargne pour y faire face.

L'arrêt de travail du malade entraîne un manque à gagner et s'accompagne de choix peu satisfaisants pour l'avenir, comme la déscolarisation des enfants et leur mise sur le marché du travail.

Lorsque le patient utilise des soins de santé spécialisés\*, les dépenses peuvent être importantes. On parle de gros risques. Lorsque le patient utilise des soins de santé primaires\*, on parle à l'inverse de petits risques.

## **Condition 2: Des services de santé de qualité acceptable sont disponibles**

Un système de micro-assurance santé a pour fonction de prendre en charge totalement ou partiellement les dépenses occasionnées lors de l'utilisation des services de santé: centres de santé, hôpitaux, professionnels de santé libéraux, pharmacies, etc.

La mise en place d'un tel système n'est envisageable que s'il existe une gamme de services de santé permettant de répondre aux principaux besoins de la population et si celle-ci souhaite effectivement utiliser ces services. En effet, si ces derniers sont de mauvaise qualité ou mal perçus, l'attractivité du système de micro-assurance santé sera faible.

Il faut donc que les services de santé existants permettent de faire face aux principaux besoins de santé de la population cible, qu'ils soient situés à proximité de celle-ci, et enfin qu'ils soient d'un niveau de qualité acceptable et bien perçus par cette population.

Lorsque l'offre de soins ne remplit pas ces critères, trois solutions peuvent être envisagées:

- soit l'abandon du projet de mise en place d'un système de micro-assurance santé;
- soit l'introduction, dans le cadre de ce projet, d'une composante visant à renforcer la qualité et la disponibilité des services de santé. Améliorer la qualité ou accroître la gamme des services proposés peuvent faire l'objet d'accords entre le système et les prestataires de soins;
- soit la création d'une offre de santé complémentaire (centre de santé par exemple). Il s'agit cependant d'un projet assez lourd. Cette activité ne relevant pas de l'assurance, elle n'est pas abordée dans le présent guide.

Lorsque les formations sanitaires sont de qualité acceptable, la mise en place du système de micro-assurance santé, en augmentant la solvabilité de la demande, peut contribuer à accroître leur fréquentation\* et conduire à leur engorgement: files d'attente, personnel débordé, ruptures de stock de médicaments. Le système peut donc contribuer à détériorer la qualité de l'offre. Par conséquent, il peut être utile, parallèlement à la mise en place du système, d'encourager une utilisation optimale des formations sanitaires en présence, avec des mécanismes de référence obligatoire\* d'un échelon\* à l'autre de la pyramide sanitaire\*, ou de contribuer à ce que les capacités d'accueil des formations sanitaires dont les services sont couverts par le système soient renforcées.

## **Condition 3: La population cible fait confiance aux promoteurs du projet et aux autres personnes impliquées**

Un système de micro-assurance santé suppose le paiement régulier d'une cotisation. Les cotisations sont mises en commun pour prendre en charge les dépenses médicales des personnes couvertes\* qui ont besoin d'utiliser les services de santé.

La mise en commun des cotisations est difficilement acceptable lorsque la population ne fait pas totalement confiance aux promoteurs et autres personnes impliquées dans le projet. Les antécédents relatifs aux relations entre la population et ces personnes doivent donc être pris en compte. L'attitude des autorités locales est également importante car leur soutien donne une caution morale à ces personnes.

Cette mise en commun de fonds est aussi difficile à accepter lorsque la population a déjà fait l'expérience de projets «collectifs» (coopératives de services, caisses d'épargne et de crédit, etc.) qui se sont soldés par des échecs. Ces expériences doivent également être prises en considération pour juger de la possibilité de mettre en place un système de micro-assurance santé.

#### **Condition 4: Des traditions d'entraide existent au sein de la population cible**

Le paiement régulier d'une cotisation est parfois difficile à accepter parce que son bénéfice n'est pas visible tant que les adhérents et leurs ayants droit\* sont en bonne santé. Ceux-ci peuvent avoir l'impression de verser cette cotisation «pour les autres», ceux qui tombent malades.

La compréhension et l'acceptation du mécanisme de l'assurance sont facilitées lorsqu'il existe dans la population des traditions d'entraide. Ces liens d'entraide peuvent découler de plusieurs situations: habitants d'un village ou d'un quartier, travailleurs d'une entreprise, membres d'un mouvement social\*, etc.

Lorsque ces traditions n'existent pas, il est possible d'utiliser d'autres mécanismes de financement des dépenses de santé, comme le prépaiement ou l'épargne et le crédit santé, qui ne reposent pas sur la mise en commun de fonds mais sur un financement individuel. Ces mécanismes, ne relevant pas de l'assurance, ne sont pas traités dans le présent guide.

#### **Condition 5: Une dynamique de développement socio-économique est engagée**

Le paiement régulier d'une cotisation est difficile dans un contexte où les ménages ont d'autres besoins prioritaires qui grèvent leur budget comme se nourrir, se loger. Il est également difficile dans un contexte de faible circulation monétaire. Il est à l'inverse d'autant plus facile à accepter qu'une dynamique de développement socio-économique est engagée.

Cette condition est importante. Néanmoins, même si les revenus monétaires des familles sont faibles et ne leur permettent pas toujours, individuellement, de faire face aux dépenses de santé, la mise en commun des cotisations permet, collectivement, de mieux faire face aux dépenses des personnes ayant besoin de se faire soigner. C'est ce que l'on appelle la mutualisation\* des risques ou le partage des risques entre malades et bien-portants.

#### **Condition 6: Le nombre de personnes potentiellement couvertes est suffisamment important et ce, dès la première année**

Cette condition vaut surtout pour des systèmes destinés à couvrir les gros risques. Il s'agit d'événements rares qui impliquent des dépenses importantes, comme les hospitalisations, les accouchements dystociques, les opérations chirurgicales, les évacuations vers l'étranger, etc.

Les cotisations permettent la prise en charge\* des dépenses de santé des personnes couvertes par le système. Le calcul des cotisations se base généralement sur des estimations de la consommation moyenne de la population concernée en matière de soins de santé. Lorsque la consommation réelle est supérieure à la consommation moyenne estimée, l'équilibre financier du système peut être mis en péril.

**Exemple:** Une enquête réalisée auprès d'un échantillon de 350 ménages permet de conclure que, dans cette population, le risque d'hospitalisation touche en moyenne dans l'année 4 personnes sur 100. Le système de micro-assurance santé envisage de couvrir les hospitalisations. Il se peut qu'en première année le nombre de personnes réellement hospitalisées soit exactement égal à la prévision, c'est-à-dire 4 sur 100. Il se peut également, et c'est plus probable, que ce nombre soit ou bien inférieur ou bien supérieur. Lorsque le nombre réel est supérieur aux prévisions, le système – s'il a basé le calcul de la cotisation sur le nombre moyen – peut être mis en difficulté.

D'après la théorie des probabilités\*, les variations autour de la moyenne sont d'autant plus importantes que la population couverte est de petite taille et le risque couvert est rare. A l'inverse plus la population est importante et les risques couverts sont courants, plus ces variations sont faibles.

	Population couverte «petite»	Population couverte «importante»
Risque rare (ex.: hospitalisations)	Variations +++	Variations +
Risque courant (ex.: consultations)	Variations +	Variations $\cong$ 0

Des techniques permettent de tenir compte de l'impact de ces variations dans le calcul des cotisations et seront expliquées dans les paragraphes concernant ce calcul. Lorsque la population couverte est «trop» petite, il est cependant difficile de protéger efficacement le système contre les conséquences financières de ces variations.

Par conséquent, lorsque la population cible est réduite (par exemple, population d'un village de 1500 habitants) ce qui induit généralement un nombre de personnes couvertes relativement faible en première année, il est très aléatoire de mettre en place un système de micro-assurance santé destiné à couvrir le gros risque.

## Action 2: Confirmer la possibilité de créer un système de micro-assurance santé et lancer l'étude de faisabilité

Si les conditions préalables sont réunies, la mise en place d'un système de micro-assurance santé peut être une solution aux problèmes d'accès aux soins rencontrés par la population. Les responsables de l'organisation promotrice du système de micro-assurance santé sont en mesure de décider, dès lors, de lancer l'étude de faisabilité en tant que telle. Le lancement de l'étude de faisabilité peut être annoncé au cours des discussions avec la population, les responsables des formations sanitaires et les autorités locales.