

## Analyse d'un nouveau concept : la micro-assurance (pour combler le chaînon manquant des interventions sanitaires)

David M. DROR\*, Robert FONTENEAU\*  
et Christian JACQUIER\*

La société civile ne s'organise habituellement pas spontanément pour définir des programmes permettant d'obtenir l'accès aux soins de santé au niveau communautaire parce que c'est un risque potentiellement déficitaire et difficile à faire perdurer si sa couverture ne se développe pas non seulement en surface mais en volume d'activité. Il s'agit en outre d'un *risque à paiement immédiat et à rendement décalé*. C'est la principale différence avec le micro-crédit, où l'épargne<sup>1</sup> est un échange certain dans le temps entre consommation immédiate et consommation future alors qu'il s'agit ici d'un échange putatif entre une bonne et une mauvaise situation. Épargner pour une menace à la santé inattendue, sur la base d'un compte individuel n'est pas un substitut efficace à l'assurance. Il faut donc séduire les populations exclues en nombre suffisant. Pour cela l'assurance doit être habilement adaptée à des conditions de vie et de travail souvent spécifiques à une zone ou une activité.

Des micro-assurances, par analogie avec les micro-entreprises et micro-crédits avec lesquels elles seront amenées à fonctionner, séparément mais en étroite symbiose, pourraient couvrir un jour les plus pauvres et se substituer à terme à l'assistance médicale territoriale là où elle existe ; elles pourraient participer ainsi plus activement à la résorption des phénomènes d'exclusion, soutenues par les ONG et/ou les communautés territoriales<sup>2</sup>. En effet, il serait souhaitable que les unités de

\* Département de la protection sociale, Bureau international du travail, Genève, Suisse.

1. Shaw et Griffin (1995, p. 145).

2. Presque toutes les opérations fondées sur la communauté dépendent de l'accès continu à une forme ou une autre de subvention extérieure (Bennet, Crease et Monasch, 1998).

micro-assurance disposent sur le terrain de capacités d'initiative et de négociation sans commune mesure avec nos mutuelles complémentaires de la sécurité sociale et en proportion inverse de leurs faibles moyens<sup>3</sup>. Du fait même du faible accès à un hôpital digne de ce nom des populations locales qu'elles sont appelées à secourir, leur intervention vise principalement les moyens disponibles les plus proches et les plus immédiats. Là où elles existent, elles ont pour le moment surtout servi à renchérir les frais de funérailles<sup>4</sup> ou de sages-femmes (mais les mutuelles françaises du XIX<sup>e</sup> siècle n'ont-elles pas commencé de la même manière ? La ré-assurance territoriale et la régulation du marché des prestataires ne sont venues qu'après)<sup>5</sup>.

### Analyse du nouveau concept de micro-assurance

#### *La création du capital social<sup>6</sup>*

Il est légitime de se demander comment se constitue à ce niveau le capital social. Le capital social est généré par deux facteurs qui sont :

#### La ré-appropriation de son destin par la population

La population doit être pleinement habilitée à exprimer ses besoins et ses priorités à l'encontre des *a priori* constitués des carcans juridiques, administratifs, financiers et statutaires qui sont souvent, en situation de

3. Atim (1998) arrive, à partir d'une synthèse récente de 22 études de cas prises dans 50 communautés pilotes aux conclusions que la viabilité du concept repose sur deux apports originaux. D'une part, une contribution à l'équité étendue au secteur informel et rural, d'autre part, une gestion démocratique originale tant du secteur de santé en soi que de la représentation des consommateurs de soins, par l'intermédiaire des communautés ou des membres des unités de micro-assurance auprès des autorités sanitaires. Cela leur donnerait un certain poids dans la négociation des priorités, influencerait les décisions d'allocation de ressources et influerait sur le règlement des délais d'attente, le comportement du personnel sanitaire, la qualité des services, etc. Il s'agirait là d'une dynamique nouvelle qui les situerait dans le courant de la société civile, pleine d'énergie et de confiance qui a commencé à se développer en Afrique dans les années 1990.

4. Regina Bendokat et Amit Dar, « A social protection strategy for Togo in Social protection discussion paper », AISS 07/1999. En plus des aspects culturels, on peut y voir aussi une forme de solidarité élargie face à la dénutrition généralisée.

5. *Les Médecins face à l'État*, thèse, université Paris I, 1998.

6. Boyabé (1999), « Le marché informel », *Revue Tiers monde*, 1999.

pénurie, autant d'obstacles à l'accès aux soins, chaque autorisation ou norme préalable étant source de collusion, voire de corruption ; cette orientation radicalement nouvelle ne ferait d'ailleurs qu'anticiper sur une évolution partout déjà en germe en matière de santé qui tend à *juger les hommes et les structures sur les résultats* après avoir constaté la parfaite inefficacité des jugements sur les moyens en raison de l'asymétrie de l'information entre les prestataires de soins et les payeurs. Il est exclu que les micro-assurances puissent rejoindre à un terme prévisible les énormes moyens informatiques mis en œuvre aujourd'hui par les systèmes d'assurance maladie publics ou privés des pays industriels pour tenter de réduire cette asymétrie et maîtriser l'escalade des coûts ; elle doit s'y prendre autrement. De plus, toutes les solutions alternatives à l'autogestion, qu'elles soient commerciales ou publiques, ont généré un professionnalisme hautement qualifié et onéreux dont l'impact sur les frais généraux est en lui-même incompatible avec les possibilités financières des plus pauvres.

#### La confiance dans la réciprocité

Les dirigeants locaux jouent un rôle décisif pour la création d'une opinion publique favorable à la *mobilisation communautaire*. Il ne s'agit pas d'altruisme à proprement parler mais d'une recherche de réciprocité. Il doit être clair dès le départ, dans le cadre d'accords de partage du risque, qu'il peut être fait obstacle à une nouvelle adhésion avec exclusion de futures prestations en tant que pénalité pour celui qui a exploité le groupe. Le particulier qui s'est frauduleusement désolidarisé du groupe doit à partir de ce moment compter seulement sur son propre revenu pour faire face à tous les imprévus : de telles mesures de rétorsion peuvent constituer une sérieuse menace, surtout pour les personnes qui ne disposent d'aucune épargne individuelle. Ce strict échange peut expliquer pourquoi même des personnes pauvres décident de rester assurées en dépit de leur réticence à verser une prime et ne recevoir au début aucune prestation pendant une certaine période. Cette conception est évidemment assez éloignée des concepts d'action sanitaire et sociale européens mais plus réaliste. Par rapport aux systèmes « mécaniques » d'égalité d'obligations et de prestations, il y a place à une interprétation plus personnelle pour ne pas dire plus originelle *de l'équité*, façonnée par un sens de l'utilité ou le degré de confiance qu'elles éprouvent à l'égard du « système » : cela peut les amener à agir envers un régime autogéré, différemment de ce qu'elles feraient envers un régime « anonyme ».

*Autogestion et communautés pré-existantes*

Pour répondre à ces exigences, les unités locales de micro-assurances doivent se différencier des communautés régionales ou collectivités locales dans la mesure où celles-ci se révèlent instrumentalisées par des financements conditionnels et des médiateurs extérieurs dépendants d'instances politiques ou lointaines (au niveau des gouvernements ou des ONG, etc.) (Bennet, Crease et Monasch, 1998) ; l'une des difficultés que le groupe aura à affronter est d'éviter ou de limiter *le risque de domination par l'élite locale* ou sa manipulation du processus démocratique. À la différence toutefois des processus d'épargne, la micro-assurance dans la gestion d'un risque potentiellement déficitaire comme celui de la santé est moins source de tentation de détournements et son prestige social est largement atténué par la responsabilité du risque d'un possible échec. *La transparence de la gestion interne* sera la meilleure garantie contre la corruption ou le gaspillage. Tant que la micro-assurance parvient à maintenir une participation populaire, elle est protégée de la pression ambivalente qui l'affecte au départ. Le rôle des femmes dans la transformation des communautés traditionnelles n'est plus à démontrer<sup>7</sup>. En matière de santé, elles ont des intérêts primordiaux à défendre en matière de maîtrise des services de santé reproductive, de soins aux enfants et adolescents, de prévention du sida et d'éducation en matière de sexualité, d'abandon des pratiques traditionnelles nocives, de soins palliatifs aux personnes âgées.

C'est aussi en liant progressivement au niveau du groupe la fixation des règles et les décisions relatives à l'équité de la distribution que la communauté tente de réduire, voire de s'affranchir du risque d'aliénation de ses institutions par ses membres.

L'autogestion a pour objet non seulement de déterminer les risques assurables et les qualités requises (élimination des traitements inutiles, palliatifs ou purement défensifs et contrôle de l'état du dépôt villageois de médicament) mais aussi de neutraliser autant que possible par une médiation personnalisée les divers effets d'une *information asymétrique* tant de la part du fournisseur de soins (en particulier sur la durée nécessaire des traitements) que du patient (lorsqu'il ne fournit pas spontanément les données vitales le concernant ou de manière incomplète ou imprécise). La micro-assurance est du moins en théorie et au départ mieux prémunie contre une *escalade des coûts* provenant de ses clients que de celle provenant de ses fournisseurs.

---

7. Women's environment and development organization (WEDO), Risques, droits et réformes (enquête dans 50 pays évaluant les actions des gouvernements cinq ans après la Conférence internationale sur la population et le développement, mars 1999, New York. Dans le même sens : AISS - A social protection strategy for Togo by Regina Bendokat et Amit Dar in Social protection discussion paper -, juillet 1999.

Cela ne peut être obtenu cependant que par un mécanisme interne véritablement démocratique de recherche de consensus et de prise de décision : il implique la participation de tous et érige l'unité en structure vivante et dynamique de négociation apte à trouver en permanence sur chaque question nouvelle un équilibre entre l'intérêt individuel et celui du groupe. Si au départ cet équilibre est imprécis et délicat, il influence néanmoins le comportement des gens tant que l'unité de micro-assurance dans son ensemble est leur affaire et qu'ils en sont actionnaires majoritaires.

### *Les conditions de démarrage*

En raison du profil de l'exclusion, la micro-assurance, conçue pour servir les populations exclues, doit en outre être attentive à remplir trois conditions : elle doit être financièrement accessible et flexible, simple de fonctionnement et située à proximité de ses membres.

### Caractère abordable financièrement

Les pauvres dépensent peu en termes absolus mais, en termes relatifs, leur paiement constitue un effort aussi important que ceux qui dépensent beaucoup.

Parmi les barrières à l'entrée, le caractère abordable financièrement de la prime d'assurance exigée est évidemment fondamental ; sur ce point, *le rendement perçu de la prime* peut être aussi important que son niveau absolu. Il faut entendre par là que le coût doit apparaître comme justifié ce qui peut sembler très subjectif mais renvoie à plusieurs types d'observations. D'abord, l'acquisition rapidement à l'usage d'une certitude qu'en cas de besoin l'assurance paiera, certitude confortée progressivement par une formalisation de règles équitables de prise en charge. Cette bonne impression sortira renforcée par la facilité d'accès à une gestion transparente des dépenses et des recettes même individuelles. Celle des frais généraux est un autre élément important.

La micro-assurance présente l'avantage de *diminuer les frais usuraires* de mobilisation de capitaux qui sont monnaie courante dans les pays en développement où les régimes d'assurance ajoutent des frais de prélèvement au coût régulier des soins au motif de répercuter les charges supplémentaires dues au recouvrement des primes, aux frais bancaires, aux taux d'intérêt élevés des crédits et aux difficultés d'obtenir une réassurance.

### Flexibilité du recouvrement des primes

La micro-assurance doit faire preuve de flexibilité en matière de recouvrement des primes. La périodicité régulière du flux de revenus, caractéristique des salariés du secteur formel, est rare pour la plupart des personnes travaillant dans le cadre d'une activité rurale ou informelle. Les personnes dont la périodicité de revenu est imprévisible ne peuvent être tenues de verser une prime mensuelle régulière. L'un des intérêts de l'assurance est d'aplanir les *fortes fluctuations de revenus* dans le temps. Il se peut aussi que certains aient du mal à payer en espèces mais qu'ils n'éprouvent pas ou peu de difficultés à payer en nature ou en offrant leur travail. Dans ce cas, l'unité de micro-assurance opérera comme prolongement d'autres efforts communaux, comme la vente des récoltes agricoles et sera davantage tenue à recruter son personnel au sein de la communauté pour ses tâches administratives courantes.

### Simplicité de fonctionnement

On voit déjà que l'une des difficultés sera d'aborder des questions infiniment complexes avec le maximum de simplicité et ce d'autant que les personnes appartenant au secteur informel sont incapables de faire face à des complications administratives. Nombreux sont ceux qui ne savent tout simplement ni lire ni écrire ; même les personnes instruites peuvent avoir du mal à « remplir un formulaire », car il se peut qu'elles ne puissent fournir des détails apparemment aussi simples qu'une adresse, une date de naissance ou une information en matière de revenu ; la simplicité n'est pas seulement nécessaire en termes de procédure ; elle est l'image même au regard du pauvre de sa faculté d'accès.

À ce titre, la micro-assurance aura deux défis à relever dès le départ : *n'exclure personne et répondre très rapidement* à une demande d'adhésion et d'appui immédiate sous la seule réserve que le retard à cette adhésion n'ait pas été prémédité, ce qui serait le cas si ne se présentaient à l'adhésion que des personnes vulnérables sans avoir cotisé antérieurement (ils sont évidemment les premiers intéressés) ou des francs-tireurs qui pensent davantage à consommer qu'à cotiser (« free-riders<sup>8</sup> »). Il est possible de résister à cette sélection adverse en imposant une période d'attente pendant laquelle les nouveaux affiliés ne sont pas couverts, ce qui facilite aussi la réalisation d'une modeste réserve de trésorerie et

8. On parle de « free-riding » lorsqu'une personne profite des avantages présentés par un régime et le quitte au moment de prendre part aux responsabilités et aux frais. Littéralement : « un tour gratuit ».

réduit le risque de défection après obtention immédiate de prestations avant même que le groupe ait pu trouver équilibre et consistance. Le système ne peut cependant durer trop longtemps dans la situation ambiguë qui consiste à attirer des clients par des mesures d'incitation financière dans le même temps où l'on jette une ombre sur la satisfaction du client en restreignant sa demande sous un *voile d'ignorance*.

Si les unités de micro-assurance pouvaient dès le départ contraindre leurs membres à prendre un engagement de réciprocité pour l'avenir, elles auraient évidemment moins à craindre de tels agissements. Cela démontre aussi l'intérêt d'attirer l'ensemble des membres d'une communauté et non des groupes sélectionnés sur la base d'un critère de santé ou d'exposition au risque, afin de transformer la santé en un risque aléatoire assurable comme on le verra plus loin (extension de la mise en commun des risques).

### Proximité

On aura compris que les unités de micro-assurance peuvent, avec probablement plus de succès, être lancées si elles sont proches de la base de clients que l'on veut recruter. D'autant que les pauvres ou les membres de la population rurale n'ont le plus souvent tout simplement ni les moyens ni durablement la possibilité de se déplacer de leur résidence aux chefs-lieux où sont habituellement situés les services sanitaires.

La communauté traditionnelle, en particulier en Afrique subsaharienne, est considérée comme la principale matrice sociale. Ses membres intériorisent les règles, droits et obligations qui la sous-tendent. Ils s'interdiront plus facilement que dans un marché concurrentiel et anonyme d'avoir des comportements négatifs qui sont sources d'aléa moral. Ils le feront d'autant moins que les exigences de réciprocité non respectées (« free-riding ») ne sont pas acceptées et que l'individu sait d'avance qu'il pourra s'attendre à des sanctions et même qu'il prend un *risque d'exclusion*. Les comportements négatifs ne peuvent durer qu'aussi longtemps que celui qui en profite parvient à le cacher aux autres. Cela est plus difficile à faire dans les petites communautés.

Au départ, l'unité de micro-assurance bénéficie de cette situation : l'effet dissuasif d'une possible expulsion punitive par le groupe des personnes préoccupées de leur seul intérêt ou souhaitant profiter des accords de partage du risque sans réciprocité la protège en quelque sorte des abus.

Les petites communautés peuvent aussi plus facilement parvenir à des consensus pour éliminer les types de dépenses qu'elles estiment inabordable (*demande inélastique*) sur des sujets qui pourraient paraître dans

d'autres contextes drastiques ou expéditifs<sup>9</sup>. Mais il ne faut pas oublier que nous sommes en présence de personnes pauvres dont on ne peut attendre qu'elles subventionnent les autres et que la solidarité communautaire est apte à donner une légitimité sociale à l'application de règles qui peuvent sembler dures pouvant aller dans le contrat d'adhésion jusqu'au tout ou rien, ce qui est une politique plus facile à administrer et compatible avec son caractère collectif alors que l'idée d'un choix entre différents paniers de soins l'est moins et risque de nuire à la cohésion du groupe.

### *Caractère volontaire*

On part cependant du principe que l'affiliation à une micro-assurance est libre ; ce principe est nécessaire pour distinguer l'autonomie de l'unité de micro-assurance de l'institution communautaire dans laquelle elle est insérée, et ce au triple plan :

- de la définition du risque assurable ;
- de l'organisation du financement ;
- du contrôle sur le flux et la gestion des fonds.

Le désir d'adhérer quant à lui est lié à un engagement volontaire qui est celui d'améliorer son statut sanitaire en contrôlant ses conditions de vie et de travail. Les personnes qui se trouvent dans une situation d'emploi formel transfèrent une partie de leurs attaches avec leur famille et leur entourage communautaire immédiat vers le lieu de travail en échange des avantages obtenus par l'intermédiaire de celui-ci. La population exclue ne peut souvent le faire en raison même de son manque d'accès au monde du travail et à la protection sociale qui s'y rattache.

Dans ce cas, la source alternative de soutien est la communauté où l'on partage les mêmes valeurs morales et matérielles et où les rôles face au sort sont prédéterminés.

Si l'on applique aux populations qui cumulent plusieurs conditions défavorables la théorie selon laquelle les pressions extérieures renforcent la cohésion du groupe, on peut penser qu'il est également possible que l'on adhère à la micro-assurance soit par *cohésion de groupe*, soit en réaction à sa pression, voire que les deux motivations se soutiennent mutuellement.

9. Il pourrait exister des cas extrêmes où la communauté serait prête à offrir de l'aide à un particulier en difficulté, comme un acte de solidarité humaine mais le comportement altruiste d'un groupe peut réduire la motivation des bénéficiaires à contracter une assurance (phénomène intitulé : « dilemme du Samaritain » par Bernheim et Stark, cité dans Besley, 1995) ce qui dans le cadre de la micro-assurance va à l'encontre du partage de risques exceptionnels.

Sans partager une vision idyllique de la vie communautaire, on peut en effet penser qu'une activité conjointe axée sur la santé est plutôt de nature à réduire les antagonismes au sein d'une communauté même si celle-ci ne fait pas preuve d'harmonie et présente des opinions divergentes sur d'autres sujets.

Il est pour cela nécessaire que le *processus de recherche de consensus* au sein de l'unité de micro-assurance soit conçu de manière à encourager les particuliers à accepter les priorités du groupe tout en lui permettant de servir son intérêt propre et d'influer sur le choix du groupe.

La santé se prête à ce processus pour une triple raison :

- la mise en commun des risques permet à chacun d'assumer des dépenses qu'aucun ne pourrait assumer seul ;
- l'utilité de l'adhésion du plus grand nombre s'avère à ce titre rapidement nécessaire ;
- la couverture d'événements aléatoires améliore l'équité de la redistribution des revenus au sein du groupe protégé.

Ce n'est pas un hasard si historiquement la prévoyance mutuelle pour la santé fut la première à émerger dans les classes populaires en Europe.

### *Caractère assuranciel*

La micro-assurance, comme entreprise de la communauté, présente des caractéristiques propres. Sous réserve d'une certaine transparence facilitée par sa petite taille, ses spécificités sont essentielles à sa réussite dans le domaine de la santé. Elles sont assez distinctes de celles des assurances commerciales et même des assurances sociales obligatoires et grandes mutuelles non lucratives d'assurance. La micro-assurance a cependant à faire face aux mêmes problèmes (mise en commun des risques, risque de sélection adverse, aléa moral, asymétrie d'information, contrôle des fraudes ou usages abusifs, recouvrement des primes et des coûts, maîtrise des dépenses globales...) et mérite bien à ce titre cette appellation, mais elle y répond de manière différente.

Là où les régimes d'assurance maladie ont des difficultés pour identifier les risques au sein d'une population vaste et hétérogène et développent à cet effet des machineries coûteuses en fonctionnement (gestion médicalisée ou « managed care »), la micro-assurance, fondée sur la confiance mutuelle et la réciprocité de l'entraide, y pallie, comme on l'a vu, aux moindres frais par sa faible taille et par son caractère autogestionnaire.

La micro-assurance fait dépendre le choix de ses priorités de prise en charge de la prise de décision des bénéficiaires eux-mêmes. Celle-ci ne doit être, du moins au départ, exposée à aucune réglementation limitant la définition des risques assurables.

Les micro-assureurs connaissent les mêmes asymétries d'information que les autres et sans doute même davantage par rapport aux prestataires de soins, du fait du *manque d'instruction* des bénéficiaires et d'une plus grande sensibilité aux effets ressentis des maladies qu'à leur prévalence réelle, à leurs modes de transmission ou aux facteurs de risque.

Ils peuvent toutefois intégrer des connaissances médicales extérieures en provenance des travailleurs sanitaires (agents de santé, matrones, secouristes volontaires, guérisseurs traditionnels, etc.) en leur faisant prendre part aux décisions à condition qu'ils adhèrent aussi pour eux-mêmes aux régimes de micro-assurance au même titre individuel que les notabilités locales (leaders communautaires, instituteurs, commerçants colporteurs, représentants des associations féminines, etc.). Cette sorte de *co-gestion* entre personnel sanitaire et notable n'est pas un phénomène inconnu ailleurs, mais ici elle doit garder un caractère consultatif. Elle peut aussi être une étape en direction d'une collaboration ultérieure entre les unités de micro-assurance et les agences s'occupant de prévention ou de promotion sanitaire (vaccinations, sida, etc.) ou en vue de négociations avec des interlocuteurs extérieurs (hôpital).

#### *Adaptation aux besoins sociaux*

Le processus de décision est axé autant sur les besoins sociaux que sur une approche médicale puisqu'il s'agit de trouver un équilibre qui n'est pas évident entre le petit risque habituel et des risques accidentels et plus onéreux, entre soins primaires et soins préventifs, complémentaires ou supplémentaires de ceux fournis par le gouvernement, notamment dans le cadre des vaccinations et des campagnes d'éradication des maladies transmissibles. Il n'existe pas de *modèle standard* pour la conception d'une offre de prestations susceptible de tenir compte des conditions de vie et d'activité spécifiques à différents endroits et du niveau de ressources de différents lieux, et la micro-assurance ne peut répondre à l'escalade des coûts que par la couverture limitée qu'elle assume<sup>10</sup>. Une unité de micro-assurance peut être exposée à un risque financier très grave si de nombreux membres du groupe voient se réaliser des risques

10. Sur la base de l'analyse de plus de 100 cas pilotes (Atim, 1998, p. 17-21, et Bennet, Creese et Monasch, 1998, p. 9-12), deux approches contrastées dominent sur la base de l'offre existant (qui peut changer) : d'une part, la couverture d'événements « catastrophiques » (on pourrait dire « vitaux »), relativement onéreux mais peu fréquents tels que les morsures de serpent, les complications à l'accouchement, certains cas d'hospitalisation et, d'autre part, des soins qui ne sont pas aléatoires et qui ne sont pas toujours onéreux (y compris médicaments, laboratoires et soins « supplémentaires » de ceux fournis par le gouvernement).

comme dans *le cas d'une épidémie* : elle peut être contrainte alors au rationnement des prestations mais si celui-ci est trop strict, il peut dissuader les gens à adhérer. En cela, les unités de micro-assurance diffèrent grandement des régimes d'assurance privés à but lucratif qui modifient l'offre de prestations de manière à améliorer les bénéficiaires ou à agrandir leur part de marché ainsi que des régimes d'assurance sociale ou mutuelles d'assurance qui sont axés sur des services biomédicaux.

La micro-assurance, finalement moins bien protégée de *l'escalade des coûts* générée par les fournisseurs (aléa moral induit par l'offre) que par ses clients, peut voir le risque de croître avec l'augmentation de soins curatifs.

Là où l'assureur commercial procède par re-classification des risques, personnalisation des primes et franchises selon le profil de l'assuré ou à l'intégration de la gestion des fournisseurs par des procédés de « *managed care* », au risque de l'exclusion d'une partie de sa clientèle initiale (écrémage des risques), l'unité de micro-assurance peut seulement réduire ses frais généraux au minimum, grâce à l'autogestion, et *limiter l'offre de prestations* soit en la restructurant sur la base d'éléments moins sensibles aux choix individuels, soit en négociant directement et éventuellement au coup par coup le prix des services avec les prestataires.

#### *Extension de la mise en commun du risque*

La capacité d'intervention de l'unité de micro-assurance est directement fonction de sa capacité d'extension de la mise en commun du risque alors que son efficacité sur le terrain est liée à sa faible taille. Cette contradiction doit être résolue comme elle l'a été dans le passé dans le cadre de la mutualité par *le recours à la ré-assurance*. Or curieusement, malgré une certaine prolifération de micro-unités, cela n'a guère été tenté jusqu'à présent ni au niveau territorial ni au niveau international. Faut-il attribuer ce manque d'intérêt à l'absence de synergie entre les États et les pauvres ou ceux qui s'en occupent (ou les représentent) tels que les organisations non gouvernementales (par exemple à Madagascar) ? Ou bien s'agit-il de la difficulté d'évaluer les risques spécifiques à une communauté, sachant que la réassurance ne doit que servir à permettre aux pauvres de payer ce qu'ils savent faire ensemble et non à leur imposer d'autres sujétions ou obligations financières ?

Toutes les stratégies sanitaires internationales se sont jusqu'à présent heurtées à l'absence de relais sur le terrain et dans la population. Si les unités de micro-assurance pouvaient être multipliées, il y aurait là un terrain fertile à la réception dans de bonnes conditions des projets que se proposent à grand frais de mettre en œuvre des fonds internationaux (pro-

jet de fonds de solidarité thérapeutique international) sur des *actions ciblées* (sida, paludisme ; Gwatkin et Guillot, 2000).

Ces mobilisations de fonds en elles-mêmes parfaitement recommandables pourraient, par leur masse financière, rapidement subvertir toutes les structures sanitaires existantes, sans pour autant assurer la pérennité des actions dans le sens d'un développement durable. Par exemple, il faudrait mobiliser l'équivalent de 30 % du budget de santé de la Côte d'Ivoire pour traiter *le sida* ; actuellement 400 personnes y sont traitées par trithérapie, les coûts de traitement étant tellement exorbitants qu'ils en sont totalement dissuasifs<sup>11</sup>.

La possibilité de confier par délégation aux unités locales les plus viables des tâches superposables à celles de la micro-assurance doit être explorée avec soin, notamment en matière de promotion sanitaire et de prévention des *maladies transmissibles* dont l'éradication aurait le plus d'effet sur l'état de santé des populations.

Mais, dans l'immédiat et pour aider les unités de micro-assurance à se développer, il serait utile d'objectiver le débat à partir de l'analyse des besoins financiers simplement nécessaires à la neutralisation des *effets de taille* des unités de micro-assurance. En effet, selon le niveau et le caractère non catastrophique du risque assuré, il est une taille critique qui permet ou non de considérer le risque comme totalement aléatoire et d'en évaluer en conséquence par un modèle mathématique *ad hoc* les probables aspérités de financement dans le temps avec une plus grande certitude selon l'extension possible de la structure fédérative (Dror *et al.*, à paraître).

Dans une grande communauté, les unités de micro-assurance peuvent, avec probablement plus de succès, être lancées dans plusieurs secteurs. Le *maillage* de ces unités peut permettre de constituer un réseau afin d'optimiser la fonction d'assurance par une plus grande mise en commun des risques, préalable au développement de structures de soutien nécessaires à terme à une meilleure gestion (formation, banque de données, matériel de recherche, sites pilotes, etc.) et à de plus grandes responsabilités.

Même l'unité locale qui se porte la mieux ne peut seule se développer pleinement ; il lui faudra en tout état de cause un jour ou l'autre se rallier à d'autres pour atteindre la masse critique nécessaire à son développement. Un mécanisme favorable à ce regroupement doit être mis sur pied et rester fidèle aux principes de solidarité et d'équité. L'idéal serait que les *vecteurs ascendants et descendants* de l'activité sanitaire soient étroitement liés. *A priori*, cela peut se faire sans liens ombilicaux avec un système d'assurance maladie ou une structure sanitaire gouvernementale.

---

11. Intervention de Mr Brunet-Jailly (IRD - Abidjan) à la 3<sup>e</sup> journée francophone d'études et de recherche en économie de la santé (Genève, juin 1998).

Les rapports entre unités disparates et gouvernements ne doivent pas nécessairement être définis ni immédiatement ni hâtivement, pas plus qu'il n'est nécessaire que le débat sur le rapport entre société civile et Etat vienne entraver le développement de la micro-assurance.

L'expérience de l'assurance maladie a montré qu'un groupement de 20 000 bénéficiaires avait été antérieurement un ordre de grandeur souhaitable à l'équilibre du risque. Les conditions de soins ayant évolué, il s'agit sans doute aujourd'hui d'un plancher mais il se trouve aussi que cette taille correspond à peu près à celle qui donne une capacité de négociation susceptible de remettre effectivement en cause les rôles respectifs du centre de santé habituel et de l'unité de micro-assurance, point névralgique de son évolution (Stavem et Eklund, 1995).

Pour ne pas avoir à refuser les mauvais risques, pratique qui appauvrit la personne concernée, la micro-assurance, destinée à lutter contre l'exclusion, doit être suffisamment large pour s'éviter d'avoir à créer des règles permettant l'exclusion *a priori* des personnes qui appartiennent à la communauté.

### La stratégie de l'OIT

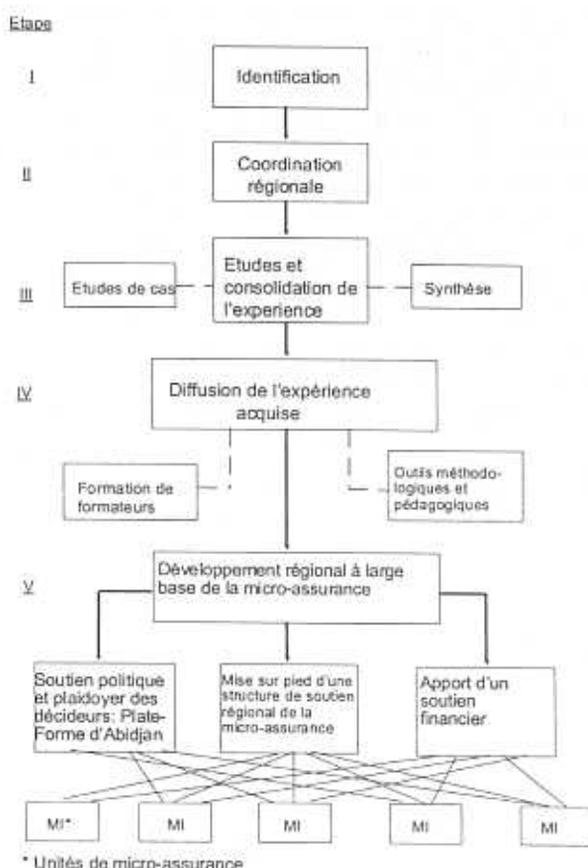
L'initiative visant à passer des *projets pilotes* sporadiques à la promotion du concept de micro-assurance et à la démonstration de son potentiel a été lancée à l'instigation de l'OIT avec l'appui d'autres décideurs<sup>12</sup> et a été axée sur l'Afrique centrale et occidentale, à partir de 1996.

Il a été difficile d'obtenir des informations suffisantes sur les caractéristiques des exclus et sur les raisons de leur exclusion, sur la manière d'optimiser le capital social afin d'encourager la mise en commun des ressources et des risques, sur l'amélioration du statut sanitaire et sur la satisfaction des usagers. Et pourtant cela était nécessaire si l'on veut pouvoir transmettre les cas de réussite, mobiliser, assurer leur reproduction systématique, transformer leur application.

La stratégie mise en œuvre par l'OIT, conçue pour répondre à ces questions, répond aussi au besoin de soutien de chaque unité de micro-assurance en offrant une infrastructure de recherche et de suivi, un dispositif de formation et d'échange et une plate-forme pour le plaidoyer public et politique en faveur de cet instrument.

Cette stratégie est décrite dans le schéma suivant :

12. USAID, ANMC (Alliance nationale des mutualités chrétiennes de Belgique), Coopération internationale française, GTZ (Coopération bilatérale allemande).



Source : *Revue internationale de sécurité sociale*, vol. 52, 1/99, p. 114, Association internationale de la sécurité sociale.

Le premier bilan résultant des activités de l'OIT en Afrique centrale et occidentale a fait l'objet d'un atelier de haut niveau qui s'est réuni en Côte d'Ivoire pour présenter les structures de soutien en cours d'élaboration de ce qui deviendra « la plate-forme d'Abidjan<sup>13</sup> ». Elle contient les points clés suivants :

- la nature démocratique, volontaire, autonome, participative, communautaire et désintéressée de la micro-assurance a été reconnue ;
- l'approche ascendante et la nécessité de former des gens au niveau local pour un développement durable des institutions de micro-assurance ont été consacrées ;

13. BIT – Plate-forme d'Abidjan : stratégies d'appui aux mutuelles de santé en Afrique 2000.

- l'importance de l'apprentissage par l'action, des expériences sur le terrain et des évaluations et estimations d'impact comme base de progression des connaissances, de l'action et de la recherche a été soulignée ;
- la plate-forme a mis en avant l'importance des données suivantes : responsabilisation des membres ; développement de relations plus équilibrées avec les autorités ; et développement de relations contractuelles entre institutions de micro-assurance et prestataires sanitaires ;
- elle a recommandé la diffusion des meilleures méthodes, la fertilisation croisée et la coordination entre décideurs, ainsi que le constant perfectionnement des outils appropriés ;
- elle a apporté son soutien à une couverture plus rapide par la micro-assurance des groupes de population grâce à l'établissement de liens avec les mouvements sociaux ;
- elle a invité les États à créer un environnement politique et juridique favorable au développement d'institutions de micro-assurance sans toutefois intervenir dans leur gestion quotidienne ;
- elle a affirmé que le développement de la micro-assurance exige un soutien technique, financier, politique et institutionnel ;
- elle a signalé la nécessité de mettre sur pied des capitaux, des fonds de garantie et une réassurance pour les unités de micro-assurance.

Tout comme l'initiative de Bamako, la plate-forme d'Abidjan a été conçue pour l'Afrique ; cependant, son contenu peut aussi s'appliquer à d'autres régions du monde. Il est donc prévu de proposer cette plate-forme lors de réunions similaires dans d'autres régions du monde<sup>14</sup> afin qu'elle soit adaptée et adoptée.

Nous espérons que les concepts présentés ici contribueront au débat sur la multiplication des options relatives à l'élargissement de l'assurance maladie aux exclus partout dans le monde.

## Bibliographie

- Arhin D. C., 1995, « Rural health insurance : A viable alternative to user-fees?: A review and evidence from three countries », *Public Health and Policy Departmental Publication* 19, Londres, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

14. D'autres régimes mutuels expérimentaux basés sur la communauté ont déjà été mis en œuvre dans d'autres pays qui n'ont pas été inclus jusqu'à présent dans les activités sur lesquelles cet article est basé, par exemple la République unie de Tanzanie, le Cambodge, la Colombie, l'Inde.

- Atim C., 1998, *La Contribution des caisses mutuelles de santé au financement, à l'accès et à la fourniture des soins médicaux en Afrique occidentale et centrale : une synthèse des recherches dans neuf pays*. Washington DC, PHR-USAID (disponible aussi en anglais).
- Atkinson A. B., 1995, *Incomes and the Welfare State: Essays on Britain and Europe*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Bennett S., Creezè A. et Monasch R., 1998, « Health insurance schemes for people outside formal sector employment », *Current concerns ARA Paper n° 16*, Genève, Division of Analysis, Research and Assessment, Organisation mondiale de la santé.
- Besley T., 1995, « Savings, credit and insurance », in *Handbook of Development Economics*, vol. 3A, p. 2123-2207, Handbooks in Economic, n° 9.
- BIT., 1989, « The organization of first aid in the workplace » *Occupational Safety and Health Series*, n° 63, Genève, BIT.
- BIT, WSM, ANMC, 1996, *Mutuelles de santé en Afrique : Guide pratique à l'usage des promoteurs, administrateurs et gérants*, Dakar, Bureau international du travail, Solidarité mondiale, Alliance nationale de mutualités chrétiennes de Belgique.
- 1997, *Mutuelles de santé en Afrique. Manuel de formateurs*, Dakar, Bureau international du travail, solidarité mondiale, Alliance nationale de mutualités chrétiennes de Belgique.
- Blane D., Brunner E. et Wilkinson R. (sous la dir. de), 1996, *Health and Social Organization*, Londres, Routledge.
- Bobak M., Blane D. et Marmot M., 1998, *Social Determinants of Health: Their Relevance in the European Context* (WHO Verona Initiative, 1st Arena meeting 1998, Technical Input paper), Genève, Organisation mondiale de la santé.
- Boyabé J.B., 1999, « Le marché informel », *Revue Tiers monde*.
- Chernew M., Frick K. et McLaughlin C. G., 1997, « The demand for health insurance coverage by low-income workers: Can reduced premiums achieve full coverage? », in *Health Services Research*, vol. 32 : 4.
- Culyer A. J. et Maynard A. (sous la dir. de), 1997, *Being Reasonable About the Economics of Health. Selected Essays by Alan Williams*, Cheltenham, Royaume-Uni, Edward Elgar.
- Dror D. M., G. Duru et C. Combes, *Financing Micro-Insurance: Perspectives and Prospective* (à paraître).
- Dror D. M. et C. Jacquier, 1/1999, « Microassurance : élargissement de l'assurance maladie aux exclus », Département de la sécurité sociale, BIT, *Revue internationale de sécurité sociale*, vol. 52
- Duffy K., 1995, *Social Exclusion and Human Dignity*. Background report for the proposed initiative by the Council of Europe, CDPS (1995) Steering Committee on Social Policy, activity II, 1b on human dignity

- and social exclusion. Strasbourg, Conseil de l'Europe.
- 1998, *Project on Human Dignity and Social Exclusion. Risk and opportunity: Trends of Social Exclusion in Europe*, Strasbourg, Conseil de l'Europe.
- Gwatkin R. et Guillot M., 2000, *The Burden of Disease among the Global Poor*, World Bank.
- Hsiao W., 1995, « Abnormal economics in the health sector », in P. Berman (sous la dir. de), *Health Sector Reform in Developing Countries: Making Health Development Sustainable*, Cambridge (Mass.), Harvard University Press.
- Kaddar M. et coll., 1997, « Prépaiement des soins de santé », dans *L'Enfant en milieu tropical*, n° 228.
- Knippenberg R. et coll., 1997, « Eight years of Bamako Initiative implementation », dans *Children in the Tropics*, n° 229/230.
- Mueller K. J., Patil K. et Boilesen E., 1998, « The role of uninsurance and race in healthcare utilization by rural minorities », in *Health Services Research*, vol. 33 : 3.
- Newbrander W. (sous la dir. de), 1997, *Private Health Sector Growth in Asia*. New York, J. Wiley.
- OMS, 1978, *Primary Health Care*, Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, 6-12 September 1978, Genève, Organisation mondiale de la santé.
- 1986, *The Ottawa Charter: Health Promotion*, 1st International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986, Genève, Organisation mondiale de la santé.
- 1988, *The Bamako Initiative: Women's and Children's Health Through the Funding and Management of Essential Drugs at Community Level* (WHO Doc. AFR/RC37/R.1). Genève, Organisation mondiale de la santé.
- 1997, *The Jakarta Declaration 1997 on Leading Health Promotion into the 21st Century* (WHO Doc. WHO/HPR/HEP/41HP/BR/97.4), Jakarta, 21-25 July 1997, Genève, Organisation mondiale de la santé.
- Outreville J. F., 1998, « The health insurance sector: market segmentation and international trade in health services », p. 111-24 in S. Zarrili et C. Kinnon (sous la dir. de), *International Trade in Health Services: A Development Perspective*, Genève, Nations unies et Organisation mondiale de la santé.
- Revue internationale de sécurité sociale*, 1999, AISS, vol. 52.
- Shaw P. R. et Ainsworth M., 1995, *Financing Health Services Through User Fees and Insurance*, Washington DC, Banque mondiale.
- Shaw P. R. et Griffin C.C., 1995, *Financing Health Care in sub-Saharan Africa Through User Fees and Insurance* (Directions in Development), Washington DC, Banque mondiale.

- K. Stavem, per Eklund, 1995, « Prepaid financing of primary health care in Guinea-Bissau: an assessment of 18 village health posts », Cahier de sociol. Démo Med., n° 2.
- UN ACC Task Force on Basic Social Services for All. 1997, *Compendium of Social Issues from United Nations Global Conferences in the 1990s*.

Une mention particulière doit être faite des textes suivants :

- van Ginneken W. (sous la dir. de), 1998, *Social Security for All Indians*. Delhi, Oxford University Press.
- Wouter van Ginneken, 1/1999, « Sécurité sociale pour le secteur informel: un nouveau défi pour les pays en développement », Département de la protection sociale, BIT, *Revue internationale de sécurité sociale*, vol. 52.
- World Conference on Education for All (Thaïlande, 1990), art. 6 ; World Summit for Children (New York, 1990), paragr. 9, 10, 11, 20.2, 24, et annexes I, II.
- UN Conference on Environment and Development (Rio de Janeiro, 1992), paragr. 6.4, 6.5, 6.12, 6.13, 6.18, 6.23, 6.27, 6.33, 6.34, 6.40, 6.41.
- World Conference on Human Rights (Vienne, 1993), paragr. 31, II.41 ;
- International Conference on Population and Development (Le Caire, 1994), paragr. 6.7, 7.6, 8.3, 8.5, 8.8, 8.13, 8.15, 8.17, 8.20, 8.21, 8.22, 8.29, 8.31.
- World Summit for Social Development (Copenhague, 1995), Commitments 2(b), 5(d), 6.6(c), 6(m), 6(o), 6(q), 6(w), paragr. 35, 36, 37, 74.
- 4th Conference on Women: Action for Equality, Development and Peace (Beijing, 1995), Objectives C.1, C.2, C.3, L.5, paragr. 106, 108, 109, 281.
- 2nd UN Conference on Human Settlement (Habitat II) (Istanbul, 1996), paragr. 32, 36, 115, 118, 119, 121, 136, 137.
- World Food Summit (Rome, 1996), Objective 2.4.
- UNDP, 1997, *Human Development Report 1997*. Oxford, New York, Oxford University Press.
- Unicef, 1995, *The Bamako Initiative: Rebuilding Health Systems*, New York, United Nations Children's Fund.