

MicroInsurance Centre : Note d'Information N° 5

Leçons des programmes de financement des soins de santé en Afrique de l'Est¹ **Michael J. McCord et Sylvia Osinde**

En Afrique de l'Ouest, la gestion des risques de maladie a traditionnellement reposé sur des mécanismes d'autoassurance et d'assurance informelle basés sur les relations sociales, qu'elles soient familiales ou communautaires. Certains gouvernements ont créé des mécanismes de protection sociale pour aider leurs populations à gérer les risques de maladie, mais le succès de ces initiatives a été inégal. Souvent, les solutions préconisées se révèlent incapables de soutenir les finances familiales, ce qui peut déclencher une crise financière ou des problèmes de santé chroniques, forcer les familles à recourir à des traitements incomplets, et donc dangereux, ou à des soins d'une qualité inférieure et, trop souvent, contribuer au décès du malade.

Plusieurs programmes financiers ont été développés pour aider les ménages à faibles revenus à mieux gérer le risque de maladie.

La qualité de ces programmes est variable. Pour mieux l'apprécier, une analyse étroite de sept d'entre eux a été réalisée. Les services et produits analysés sont fournis sur base de modèles et de structures organisationnelles parfois très différents. Certains poursuivent avant tout des objectifs de protection sociale, d'autres sont davantage tournés vers le profit.

Les sept institutions étudiées sont:

- En Ouganda, Microcare, CIDR et le Kitovu Patient's Prepayment Scheme (KPPS);
- Au Kenya, MediPlus et le Community Health Plan (CHeAP);
- En Tanzanie, Poverty Africa (PoA) et le Community Health Fund (CHF)

Leçons

Beaucoup de leçons peuvent être tirées de l'analyse réalisée mais un message clé s'impose, exprimé sous des formes différentes mais répété à de nombreuses reprises par les 7 institutions: pour se lancer dans des activités d'assurance, une institution doit posséder l'expertise et les outils de gestion des risques d'une compagnie d'assurance. Il est même recommandable que l'institution soit elle-même une société d'assurance, si elle entend se lancer sur le marché de l'assurance-maladie.

Les compagnies d'assurance sont des entreprises spécialisées, ce qui est un avantage vu la complexité de l'activité; elles ont accès à des réserves et à la réassurance, et agissent sous la surveillance d'un superviseur. Les non-assureurs qui développent des produits d'assurance mettent en danger leur activité professionnelle principale et risquent le capital de leurs clients, ainsi que la confiance de ceux-ci. Les non-assureurs doivent donc tâcher de trouver un assureur partenaire avec qui collaborer.

Les leçons présentées ci-dessous renforcent ce constat et ont pour ambition de guider ceux qui décident de prendre eux-mêmes en charge tout ou partie du risque.

Gestion et gouvernance

- pour assurer le succès des programmes de microassurance, il est nécessaire que le fournisseur de services possède une véritable capacité de gestion en assurance.
- La microassurance est un secteur d'activités complexe. Les dirigeants et le personnel d'institutions non spécialisées dans l'assurance ont tendance à ne pas posséder les capacités requises pour gérer des activités de microassurance. Il est donc important de renforcer les capacités de leurs conseils d'administration, par l'éducation et la sélection de leurs membres.

Produits de microassurance

- Mettez en place un processus systématique de développement des produits. CHeAP a essayé de lancer des produits sans disposer d'un tel processus mais, réalisant les risques, a stoppé son programme et réévalué. Sans cela, il est probable que la filiale aurait fait faillite et que la réputation de son organisation mère en aurait souffert.
- Les prêts d'urgence avec versements directs au centre de santé peuvent être plus appropriés et plus faciles à gérer que l'assurance. Les groupes communautaires de CIDR ont eu le choix entre

¹ Cette note d'information est basée sur un rapport de synthèse de Michael J. McCord et Sylvia Osinde, "Réduire la vulnérabilité: l'offre de microassurance dans le domaine de la santé en Afrique de l'Ouest", MicroSave-Africa 2003. La note, ainsi que les cas individuels dont elle est le résumé, est disponible sur www.microinsurancecentre.org. Le document qui l'accompagne, "Réduire la vulnérabilité: la demande de microassurance", par Monique Cohen et Jennefer Sebstad (MicroSave-Africa, 2003), peut être obtenu à la même adresse sur simple demande.

assurance et crédit d'urgence. La première année, tous les groupes ont choisi l'assurance. Au bout de trois ans, tous avaient changé d'avis et opté pour le crédit d'urgence. Aujourd'hui, selon son directeur, CIDR fonctionne en grande partie comme une IMF.

Opérations et comptabilité

- La tarification des produits de microassurance doit s'améliorer. Les microassureurs doivent commencer à travailler avec des primes calculées de manière professionnelle. Tous les groupes sauf un ont été confrontés à de graves problèmes pour avoir proposé leurs produits à des prix trop bas. Ce genre d'erreur "assèche" les revenus issus des primes presque immédiatement et ouvre un cercle vicieux fait d'augmentation des primes, de chute de la croissance et des renouvellements de polices, de ralentissement des indemnités, de refus de service et, à nouveau, d'augmentation des primes. Déterminez dès le départ un prix correct, même s'il semble conservateur. Il est toujours plus facile de réduire la prime que de l'augmenter.
- La souscription d'une police destinée au marché des personnes à faibles revenus doit être une procédure simple et efficace. CHEAP utilise des formulaires copiés sur ceux d'une compagnie d'assurance. Ils sont difficiles à remplir pour les clients et les informations qu'ils permettent de recueillir ne sont pas utilisées par les dirigeants de l'institution.
- Les politiques de gestion des risques doivent être rigoureusement appliquées. Microcare et KPPS ont défini un critère de 60% (pour que tous les membres d'un groupe soient couverts, il faut que 60% d'entre eux paient des primes). Lorsque les ventes sont devenues difficiles, cette règle a été abandonnée. Très rapidement, le taux d'utilisation de ces groupes a explosé parce que seuls des personnes malades en devenaient membres. Des politiques de vente strictes, assorties de sanctions en cas de non-respect, sont des éléments importants de la gestion des risques d'assurance.
- Les indemnités doivent être payées directement au fournisseur de soins et non versées au client en remboursement de dépenses encourues. Ceci incite en effet les assurés à se faire soigner rapidement (ce qui limite le coût du traitement), puisqu'ils ne doivent pas avancer le montant des soins. Les hôpitaux préfèrent également cette option puisque, comme l'a fait remarquer un administrateur de l'Hôpital de Kibule, "ce système fait venir davantage de gens chez nous, et nous sommes sûrs d'être payés".

Marketing

- Disposer d'une politique de gestion des ventes est fondamental si l'on souhaite mettre en place une bonne équipe de vendeurs payés à la commission. Un dirigeant d'institution envoyait ses vendeurs sur le terrain pour placer ses produits mais n'assurait pas ensuite le renouvellement des contrats. Dans d'autres cas, des clients ont été perdus parce que leur police est arrivée à expiration et que personne ne leur a demandé de la renouveler. L'équipe de vente de MediPlus, bien formée et travaillant à la commission, a rapidement fait grimper le nombre de personnes couvertes à plus de 60.000.
- La vente de produits de microassurance exige d'éduquer les clients potentiels. Généralement, les personnes disposant de faibles revenus ne savent pas ce qu'est l'assurance, ne comprennent pas comment elle fonctionne ou ont même à son égard une attitude négative. Il est nécessaire que les clients comprennent ce qu'ils achètent pour espérer qu'ils renouvellent leur police. CIDR consacre beaucoup de temps à expliquer aux communautés ce qu'est l'assurance, avant même d'essayer de vendre le moindre produit.
- Il est indispensable que les clients puissent choisir entre plusieurs fournisseurs de soins de qualité. KPPS a connu des difficultés parce que ses clients ne voulaient pas se déplacer, parfois sur de longues distances, jusqu'à un hôpital où ils étaient traités de manière impolie. MediPlus a développé un large réseau de fournisseurs de soins pour que ses clients puissent avoir le choix et pour créer une certaine concurrence.

Gestion des risques

- Plus les membres du personnel sont proches du centre médical, plus il sera facile de limiter le risque moral et de contrôler la fraude. Microcare dispose ainsi de guichets dans ses hôpitaux partenaires, où s'inscrivent les patients venus se faire soigner. Cette mesure et d'autres systèmes de contrôle ont permis de réduire leurs coûts de 30%. Microcare peut donc fonctionner avec une prime réduite sans sacrifier sa rentabilité.
- Toute institution confrontée à un risque d'assurance significatif doit être réglementée, bien capitalisée et prête à perdre un peu d'argent pendant la phase de croissance du produit. Ceci protège les clients et les institutions. Aucun des programmes examinés n'était suffisamment capitalisé, à l'exception de CHF, dont les membres payaient une prime et dont les dépenses étaient couvertes par les autorités gouvernementales.

Relations entre le fournisseur de soins, l'assureur et les intermédiaires

- Les IMF ont été des partenaires "faibles" dans le secteur de l'assurance. Elles se sont souvent limitées à ouvrir leurs portes aux vendeurs de produits financiers développés pour couvrir les dépenses de santé, ce qui ne permet pas de générer des ventes suffisantes ou d'être efficace. Le

personnel des IMF doit s'impliquer activement dans la vente et la direction doit essayer de proposer des prêts (comme une IMF en Ouganda) ou des produits d'épargne qui aident les clients à payer leurs primes.

- Il faut établir des accords formels avec les partenaires, de manière à déterminer clairement le rôle de chacun.
- Un audit détaillé des partenaires doit être réalisé. Peu des institutions examinées avaient réalisé un tel audit avant de s'engager formellement. Au moins un hôpital exigeait le paiement d'acomptes d'environ 600 dollars. MediPlus a finalement fait faillite en abandonnant ses membres sans couverture médicale, malgré les primes payées.

Prévention des maladies

- Il est nécessaire de coordonner les programmes d'information sur la santé avec les activités de microassurance. Certains des partenaires de KPPS et CHeAP fournissaient des services d'éducation et de prévention des maladies, mais ces activités n'étaient pas liées aux activités de financement des soins de santé. MediPlus proposait à ses clients de s'abonner à moindre coût à un centre de fitness.

Les institutions analysées ont défriché un terrain jusqu'alors inexploré. Les leçons qu'elles ont tirées peuvent aider d'autres institutions à développer des outils meilleurs, plus efficaces et efficients, qui permettront de réaliser le rêve de beaucoup, à savoir permettre à des familles disposant de revenus limités d'avoir accès à des soins de santé abordables et de qualité.