

A la recherche d'un cadre d'analyse pour l'articulation entre micro-finance et micro-assurance santé au Bénin

Draft – Juin 2005

Projet GRAP OSC

Marc Labie (UMH-Centre de Recherche Warocqué)¹ – Marthe Nyssens (UCL – IRES – Cerisis)²

Introduction

Dans le cadre du projet GRAP OSC (Groupe de Recherche en Appui à la Politique consacré aux Organisations de la Société Civile), il a été décidé d'étudier la manière dont peuvent se combiner microfinance et micro-assurance santé au Bénin et ce afin de voir si des articulations adéquates de ces deux domaines sont susceptibles ou non de permettre une meilleure inclusion économique et sociale des populations (les plus) démunies.

Pour tenter d'apporter des éléments de réponses à cette question fondamentale, l'équipe du Grap OSC a suggéré de réaliser une étude comparative de terrain en observant deux cas emblématiques de ce type d'articulation : un en zone urbaine, l'autre en zone rurale.

Reste que pour mener à bien cet objectif, il nous semble nécessaire de partir d'un cadre d'analyse susceptible de servir de cadre de référence pour cette étude de terrain. Là est l'objectif du texte présent.

Très concrètement, nous l'articulerons en quatre parties : la présentation des hypothèses, la présentation des caractéristiques fondamentales des systèmes de microfinance et d'assurance-santé, les avantages et risques susceptibles de découler d'une liaison de ces deux types d'activités, la présentation de différents scénarios et l'utilisation d'une grille de type « SWOT » pour déterminer ceux le plus susceptibles d'avoir un impact positif en termes d'inclusion sociale.

Présentation des hypothèses

¹ Marc.Labie@umh.ac.be – Tel. : 32./65/37.32.83

² nyssens@ires.ucl.ac.be – Tel. 32./

A priori, quatre hypothèses semblent susceptibles de justifier l'idée qu'une liaison entre microfinance et micro-assurance santé améliore l'inclusion sociale des populations concernées.

Pour la première, on postule qu'en associant ces deux types de services on réduit les risques de non-remboursement des clients emprunteurs pour cause de frais liés à des problèmes de santé, les soins de santé étant couverts par l'assurance santé. En faisant cette association, on lutterait donc sur une partie de la fongibilité des fonds prêtés.

Pour la seconde, on estime que grâce à l'accès à des services de microfinance, les personnes peuvent plus aisément gérer (lisser) leurs problèmes de liquidités, leur permettant ainsi de mieux assumer leurs obligations (cotisations) dans les systèmes d'assurance santé.

Pour la troisième, on assume qu'en groupant ces services, on peut bénéficier d'effets d'échelle et de champ susceptibles d'améliorer la structure de coûts et la qualité des services proposés par les systèmes de microfinance et de micro-assurance santé.

Pour la quatrième, on estime qu'en associant les services de micro-finance et de micro-assurance de santé, on attire une population dans une démarche d'assurance de santé qu'elle n'aurait pas faite par ailleurs. En effet, si l'emprunt est une transaction socio-économique bien ancrée dans les pratiques traditionnelles, la démarche d'assurance est perçue négativement puisque associée, par définition à la probabilité d'un sinistre. Il est parfois perçu que le fait de s'assurer pourrait favoriser l'apparition du sinistre. Traditionnellement, la logique de l'assurance est associée à l'existence des groupes sociaux ; une fois l'occurrence du sinistre, le sinistré repose sur la solidarité financière du groupe social auquel il appartient pour couvrir les frais liés au sinistre.

Pour questionner valablement ces quatre hypothèses, il nous semble essentiel de bien comprendre les caractéristiques fondamentales des systèmes de microfinance et d'assurance-santé. C'est ce qui est fait dans la section suivante.

Présentation des caractéristiques fondamentales des systèmes de microfinance et d'assurance-santé

Pour assurer un bon fonctionnement d'un système de microfinance, il faut idéalement mettre en place un système qui soit durable et susceptible de répondre aux demandes qui lui sont adressées tout en générant une amélioration pour le public cible. De manière très concrète cela signifie que le système de microfinance doit être capable de faire une offre de services qui soit supérieure à ce que proposent les marchés informels d'épargne et de crédit (soit moins cher, soit une plus grande variété de services et/ou une meilleure adaptation des produits proposés) permettant ainsi aux clients-bénéficiaires de libérer une partie des fonds précédemment utilisés pour des services financiers au profit d'autres usages plus directement utiles d'un point de vue social (nutrition, santé, éducation...).

En termes économiques, cela signifie que « pour que l'opération ait un sens tant du point de vue du client bénéficiaire que de celui de l'organisation de microfinance, il faut que les taux pratiqués respectent plusieurs critères. Pour l'organisation de microfinance, les taux sur les crédits octroyés doivent

permettre à l'organisation de couvrir l'ensemble de ses coûts (coût d'obtention des fonds – en tenant compte de l'inflation –, coûts administratifs et coûts liés à la constitution de provisions pour couvrir les arriérés et impayés). Par ailleurs, pour les organisations qui développent des produits d'épargne, il faut un différentiel positif entre le taux d'octroi des crédits et celui qui est appliqué pour la rémunération de l'épargne. Parallèlement, les taux retenus doivent correspondre aux souhaits du client (car si tel n'est pas le cas, rien ne l'incitera à avoir recours au mécanisme proposé en lieu et place des marchés informels). Dans le cas d'un emprunteur, le coût total d'obtention d'un crédit (y compris les coûts de transaction à supporter pour l'obtention et le suivi de ce crédit) doit être inférieur aux taux pratiqués localement pour ce type d'emprunteur par les prêteurs individuels. En matière d'épargne par contre, la sécurité et la libre disponibilité des fonds jouent un rôle au moins aussi important que le rendement ; on constate souvent que si le taux pratiqué permet de couvrir l'inflation, évitant ainsi un taux d'intérêt réel négatif, le programme a toutes les chances de connaître un vrai succès. En fait, dans certains cas, on constatera même que les épargnants seront d'accord de supporter un taux réel légèrement négatif, l'idée étant que, dans un contexte donné, ils acceptent l'idée de payer pour que leur épargne soit conservée dans un endroit perçu comme sûr (à l'abri à la fois des voleurs, des menaces naturelles et des pressions familiales immédiates) tout en restant aisément disponible. La collecte de l'épargne se fondera donc sur le trio suivant : sécurité, disponibilité et rendement, les deux premiers éléments étant les plus essentiels. » (Lapie, 2004, 12)

En ce qui concerne les mécanismes d'assurance-santé, la logique est quelque peu différente puisqu'elle associe, comme dans toute assurance, la perception qu'à l'assuré du risque à couvrir et le coût de cette couverture. Pour que l'assuré décide de souscrire à un mécanisme d'assurance, il faut remplir deux conditions fondamentales : d'une part, il faut que l'assuré dispose de liquidités disponibles suffisantes que pour pouvoir supporter le coût d'une prime jugée raisonnable et associée à un événement incertain (– le fait d'être malade) sans avoir à sacrifier des revenus absolument nécessaires pour assurer des besoins qui sont eux certains (ex : la nutrition de base). Il faut ici souligner le problème des indigents. Comment inclure des personnes dans les micro-assurance de santé qui n'ont pas les moyens financiers de payer les primes d'assurance ? Deuxièmement, il faut que l'assuré soit persuadé qu'en cas de sinistre, il sera correctement couvert (sinon on ne voit pas pourquoi il choisirait de s'assurer). Troisièmement, il faut que la personne soit convaincue que cette assurance offre de services qui soit supérieure à ce que proposent les systèmes informels traditionnels (emprunts usuraires pour couvrir le sinistre, groupement d'entraide et de prévoyance, système de pré-paiement sans partage de risque (soit moins cher, soit une meilleure couverture sociale) Pour le mécanisme d'assurance, le problème est également assez simple (et ce quelque soit la solution institutionnelle retenue) : il faut grâce aux primes collectées générer suffisamment de fonds que pour pouvoir couvrir d'une part les sinistres qui seront déclarés dans la période suivante et d'autre part les coûts administratifs générés par la gestion du système.

Si on compare ces deux séries de contraintes, on peut donc faire les remarques suivantes :

- Dans les deux cas, la gestion de la liquidité est cruciale. Pour assumer les frais de santé au moment où ils se passent (ce que l'on ne choisit évidemment pas) d'une part et pour éviter les problèmes de trésorerie aux microentrepreneurs d'autre part (sans oublier la crédibilité des

institutions en ce qui concerne les volets « épargne »). Toutefois, il existe une assez grande différence entre les deux. Dans le cas de l'assurance-santé, il est beaucoup plus difficile de prévoir les besoins de liquidités car les sinistres ne suivent évidemment pas un cycle aussi prévisible que celui associé aux renouvellement et extension de prêts (en matière d'épargne, l'argument est plus discutable).

- Dans les deux cas, la viabilité passe par une couverture de l'ensemble des coûts mais mis à part les coûts administratifs qui sont dans une certaine mesure comparables, la nature de ces coûts est très différente.
- Dans les deux cas, les bénéficiaires/clients ne participeront que si ils ont l'impression que cela améliore leur situation. Or, dans les deux cas, on peut penser qu'il existera des situations où les coûts de transaction à supporter seront tels qu'ils préféreront ne pas participer plutôt que de supporter les contraintes imposées par les systèmes institutionnels mis en place. Par ailleurs, en matière de santé, il faut que les bénéficiaires aient l'impression que le service auquel ils auront accès sera suffisamment acceptable. En effet, il faut à ce stade distinguer le produit « assurance » et le produit « offre de services de santé » que couvre l'assurance. Or, malheureusement, il semble que dans bien des cas, la qualité des soins disponibles est loin d'être uniforme aux personnes assurées. Une recherche menée sous la direction de Yannick Jaffré et de Jean-Pierre Olivier de Sardan montre que des dysfonctionnements au sein des systèmes de soins tels que favoritisme, surfacturation, mauvaise qualité de l'accueil ou diagnostics approximatifs sont extrêmement nombreux en Afrique de l'Ouest, à un point tel qu'ils se demandent s'il faut encore parler de dysfonctionnement ou plutôt de pratiques habituelles (Jaffré, Olivier de Sardan, 2003, 52).
- Dans les deux cas, la proximité culturelle est fondamentale. De nombreuses recherches l'ont montré, les mécanismes dont nous parlons ici – et ce qu'il s'agisse de microfinance ou de micro-assurance santé – ne pourront fonctionner que si ils sont adoptés par les populations concernées, ce qui suppose une méthodologie, des procédures et même un langage qui soient parfaitement adaptés aux populations concernées. Dans les cas où cette condition ne sera pas respectée, il y a fort à craindre quant à l'exclusion des plus marginalisés. L'histoire de la micro-finance est instructive à plus d'un égard à ce sujet. Les premières expériences de micro-finance ont souvent reposé sur des groupes dont les membres étaient liés par une caution solidaire postulant la « solidarité naturelle » dans ce type de tissu social. Beaucoup d'expériences ont modifié ce type de mécanisme au fil du temps. Il est, cependant, toujours reconnu que les mécanismes de pression sociale sont importants dans certaines communautés sur lesquels les systèmes de micro-crédit peuvent reposer au moins partiellement. Quid de l'assurance santé ? Quels sont les mécanismes traditionnels sur lesquels reposent les couverture de sinistre ? Les micro-assurance santé peuvent – elles intégrer ces mécanismes ? Il faut ici souligner qu'une différence fondamentale dans la relation entre micro crédit et épargne et micro-assurance est le sens de la confiance. Pour le micro-crédit, c'est l'organisation qui doit avoir confiance dans le micro-entrepreneur alors que pour l'épargne et la micro-assurance, c'est l'inverse (Churchill,

2005). En outre, il nous semble fondamental de souligner que la dimension de l'intérêt général de l'assurance santé est plus marquée que dans la micro-finance ; toute personne doit avoir accès au nom de l'équité et de l'efficacité à une couverture soins de santé ; ce qui n'est pas le cas pour le micro-crédit.

Avantages et risques d'une liaison microfinance/micro-assurance santé

Même si il est difficile d'identifier l'ensemble des interactions susceptibles de découler d'une liaison microfinance/micro-assurance santé, on peut tenter de voir dans quelle mesure les hypothèses mentionnées précédemment sont susceptibles d'être vérifiées.

En ce qui concerne l'amélioration du taux de remboursement, l'hypothèse se fonde en réalité sur deux arguments. Premièrement, l'idée qu'un individu couvert par une micro-assurance santé ne devra pas « détourner » des fonds d'un usage productif pour faire face à des coûts de santé, diminuant ainsi le risque de voir se réduire la rentabilité des fonds prêtés et augmentant ainsi la probabilité d'un remboursement en temps et en heure. Deuxièmement, on peut penser qu'un individu disposant d'un mécanisme de couverture médical sera – toutes choses égales par ailleurs – peut-être en meilleure santé qu'un individu équivalent ne disposant pas de cette couverture, le coût du suivi en matière de santé n'étant plus un obstacle. Dans cette logique, le système micro-assurance améliore aussi la productivité du travailleur (un travailleur en bonne santé étant a priori plus productif qu'un travailleur malade), ce qui doit logiquement déboucher sur une meilleure rentabilité de son activité, et donc sur une plus grande probabilité d'être à même de faire face à ses obligations financières. Si d'un point de vue théorique, les deux arguments semblent pertinents, d'un point de vue pratique, on peut être plus nuancé en préférant très clairement le deuxième argument au premier. En effet, la pratique en micro-finance montre que la fongibilité des petits crédits est un fait qui est bien plus généralisé que la seule question du « détournement pour soins de santé ». A titre d'exemple, certains travaux déjà anciens ont montré que très souvent un individu se fait financer pour une extension de son activité principale et utilise le financement ainsi obtenu pour lancer une autre activité (Botzung, 1996). Si cela peut sembler anormal du point de vue de la relation entre client/bénéficiaire et institution de crédit, cela se comprend par contre parfaitement quand on sait que les micro-entrepreneurs cherchent avant tout à générer une diversification de leurs activités afin de répartir les risques qu'ils encourent. Si on accepte cet état de fait, on comprend que lutter contre la fongibilité est en réalité un faux problème, l'essentiel étant que les clients/bénéficiaires soient capables de générer par l'ensemble de leurs activités une rentabilité suffisante que pour couvrir le coût global de leur endettement. Reste que le deuxième argument mérite d'être envisagé puisqu'on peut effectivement imaginer qu'un individu mieux couvert sera mieux soigné et probablement plus productif.

Si on s'intéresse maintenant à la deuxième hypothèse – l'idée que l'accès à la microfinance permet un lissage des ressources et augmente donc la capacité des individus à assumer leur cotisation aux systèmes de micro-assurance santé – on peut nous semble-t-il regarder le problème sous deux angles. Si on le regarde sous l'angle « priorité à l'assurance-santé », il est incontestable que la microfinance peut-être un outil qui facilite le paiement

de la cotisation puisqu'on peut imaginer que le coût de celle-ci soit payé en une fois pour être ensuite intégré dans le coût total du crédit (via un prêt complémentaire ou des frais ajoutés au prêt principal voir même via une majoration des taux d'intérêt « cachant » cette part pour la cotisation). Malheureusement, si on regarde ces possibilités sous un angle « priorité à la microfinance », on sera fortement tenté de faire un parallélisme avec ce qu'on a connu en microfinance durant plus de vingt ans en matière d'association entre crédit et formation. Les systèmes postulaient que pour être vraiment efficaces (socialement), les crédits devaient s'accompagner de formation ; le coût de celle-ci venait dès lors s'ajouter automatiquement au crédit, rendant celui-ci plus cher pour tous, y compris les individus qui ne souhaitaient pas suivre cette formation (ou pour qui les formations dispensées n'étaient pas adéquates). Dans certains cas, c'est la viabilité même de certains programmes de micro-finance qui fut mise à mal. Par ailleurs, il faut souligner que très souvent les institutions ayant ce profil considéraient comme normale d'utiliser les fonds générés par les volets microfinance pour subventionner leurs autres activités (formation, aide à la commercialisation, ...), ces dernières ne pouvant parvenir à couvrir leurs coûts. Si ce choix pouvait sembler acceptable lorsque les services annexes constituaient une véritable valeur ajoutée pour les clients-bénéficiaires, il faut cependant reconnaître qu'il fut contesté dans de nombreux cas tant par les clients/bénéficiaires (qui ont souvent opté pour des systèmes financiers sans services annexes lorsqu'ils ont eu le choix) que par les gestionnaires des systèmes de microfinance (qui considéraient que la « confiscation » des excédents qu'ils généraient venait réduire la capacité d'auto-financement et de développement des systèmes d'épargne-crédit et ce dans un contexte où la demande aurait pourtant justifié des politiques d'expansion auto-financées). On le voit la question est donc difficile à trancher

D'un point de vue théorique, on peut dire que pour se justifier une telle association devrait donc apporter un plus au client/bénéficiaire par rapport à la fourniture des services de manière séparée et ce à un coût identique ou inférieur à la somme des coûts supportés dans le cas de services dissociés ; ce qui nous amène à notre troisième hypothèse. Pour améliorer la structure de coûts, il faudrait que l'association de systèmes de microfinance et d'assurance-santé engendre des synergies permettant des économies d'échelle ou de champ. Sur base de ce que nous avons présenté dans la deuxième section de ce document, seuls deux domaines nous semblent susceptibles d'y participer : les coûts administratifs directs (on peut rentabiliser un même bureau en groupant les services) et les frais de marketing (notamment en tentant de coupler les clientèles comme ont tenté de le faire les institutions de bancassurance dans certains pays industrialisés).

Reste que même si de telles économies sont possibles, il faut être conscient des risques qu'il y a à fournir ces services de manière groupée. Nous voudrions en souligner trois.

Premièrement, la gestion de la liquidité. Déjà mentionnée, elle est un élément-clé des deux types de services. Mais les contraintes imposées aux deux services ne sont pas identiques. Il ne faudrait donc pas que pour assurer la liquidité de l'un, on mette l'autre en péril.

Deuxièmement, la gestion des actifs. Dans une institution de microfinance la gestion d'actifs/passifs se fait selon les normes bancaires traditionnelles – accords de Bâle (parfois légèrement adaptées sur des points comme le Capital Adequacy Ratio ou la rapidité de constitution de provisions pour

arriérés et impayés). Ce type de normes permet qu'une partie des fonds collectés au travers des programmes d'épargne soit canalisée vers des micro-crédits. Dans un système de micro-assurance santé, les avoirs collectés doivent être gérés avec une très grande prudence pour s'assurer que les fonds seront toujours disponibles en cas de nécessité. En associant les deux, on peut craindre qu'au fil du temps, une partie (l'ensemble ?) des primes collectées en assurances-santé soient perçues par les systèmes de microfinance comme une source de financement bon-marché. Autre risque, une institution combinant les deux services pourrait vouloir utiliser l'épargne collectée pour couvrir les indemnités liées aux contrats d'assurance santé lorsque les primes ne permettent pas d'équilibrer le système ; elle mettrait ainsi en péril les avoirs de ses épargnants. Dans les deux cas, la gestion actifs/passifs n'en deviendrait que moins transparente et plus risquée.

Troisièmement, il faut se méfier des associations qui peuvent être faites par les clients/bénéficiaires. Ainsi, si ils constatent que « microfinance » et « micro-assurance santé » ne font qu'un institutionnellement, on peut craindre que dans certains cas problématiques les individus qui se verraient refuser telle ou telle prestation en soins de santé décident de ne pas rembourser leur prêt (pour se faire justice) ou à l'inverse que les individus n'ayant pas obtenu les conditions financières souhaitées se retirent du système de micro-assurance santé. Ces cas seront probablement minoritaires mais il faut garder à l'esprit qu'ils peuvent exister.

La quatrième hypothèse suppose que le groupement du produit micro-finance et micro-assurance amène une population à s'assurer qui ne l'aurait pas faite par ailleurs plus particulièrement les travailleurs du secteur informel. Dans ce cas il faut donc souligner l'importance de travailler sur la perception qu'ont les usagers potentiels des bénéfices liés à la micro-assurance santé. Comment les personnes perçoivent le risque « maladie » et sa couverture ? Peut-on dire que la perception culturelle du crédit et de l'assurance –santé sont identiques ?

Présentation de différents scénarios et complémentarité avec une analyse SWOT

Il nous semble qu'à la lumière des différents arguments développés jusqu'ici, la question mérite d'être reformulée. Il ne s'agit pas tant de savoir, s'il est efficace d'associer microfinance et micro-assurance de santé mais bien la manière de le faire. Les travaux présentés à Ouidah en décembre 2004 lors du colloque sur la micro-assurance santé organisé dans le cadre d'un projet PIC soutenu par la coopération belge devraient nous amener à envisager cette question avec beaucoup de précautions (CES – ESP- ISPEC-IRSP, 2004) et ce d'autant plus que les travaux publiés en matière d'association entre microfinance et micro-assurance (de tous types) prônent eux aussi la plus grande prudence (Churchill, Liber, Mc Cord, Roth, 2004).

Si en tenant compte de l'ensemble des éléments mentionnés dans les sections précédentes, on devait conclure à l'intérêt d'associer microfinance et micro-assurance santé, comment cela pourrait-il être fait ?

De manière théorique³, nous pourrions envisager quatre cas (que nous présentons ici du plus intégré ou moins intégré) :

³ On pourra faire réagir les interlocuteurs à ces différents scénarios

La fusion pure et simple : structure unique dispensant à la fois des services de microfinance et de micro-assurance santé. Même si elle semble a priori à contre-courant de ce qui se fait depuis plusieurs années en microfinance, il s'agit d'une solution qui pourrait peut-être s'envisager en Afrique francophone dans la mesure où dans les deux secteurs (microfinance et micro-assurance santé), la structure institutionnelle privilégiée est la même, à savoir la coopérative.

La création de groupes de type « holding » (pas forcément par actions) qui tenteraient de tirer avantages des synergies éventuellement identifiées mais en maintenant les entités relativement distinctes pour éviter les problèmes de gestion envisagés précédemment. C'est là une structure qui se calquerait en fait sur ce qui est aujourd'hui souvent fait pour les organisations de microfinance qui veulent maintenir un volet « formation ».

Le partenariat entre entités totalement distinctes. Il pourrait s'agir par exemple de conventions pour partager des locaux, des fichiers clients, etc. L'idée développée ici est que les deux types d'organisation ne sont pas concurrentes (puisqu'elles agissent sur des marchés différents) mais qu'en s'associant elles peuvent être plus efficaces, chacune dans son métier.

Le développement de produits conjoints. Partant d'une logique de « co-branding » pour utiliser un terme issu du marketing, il s'agirait de profiter des images des deux partenaires pour mettre sur le marché un produit qui tout en correspondant à un besoin des clients/bénéficiaires amènerait de nouveaux clients (ou fidéliseraient les anciens) aux organisations de microfinance et aux systèmes d'assurance-santé. On peut penser par exemple à un prêt-santé qui aurait pour objectif de couvrir (mais cette fois-là tout à fait explicitement) le coût de la cotisation au système de micro-assurance santé.

L'idée est de prendre à ce stade deux organisations⁴ qui offrent d'une manière ou d'une autre de la micro-finance et de la micro-assurance santé

1. Le projet soutenu par PROMUSAF
2. Le projet mutuelle de santé et micro-finance soutenu par Louvain Développement.

Une première étape est de comprendre le lien entre les deux produits dans chaque organisation ainsi que la nature des produits offerts (prix, type de couverture sociale, qualité des soins disponibles via la micro-assurance santé...).

Dans une seconde étape, on récoltera les informations pour soumettre à l'épreuve des faits les hypothèses

Hypothèse 1 : Un individu mieux couvert du point de vue de la santé sera mieux soigné et probablement plus productif et donc rencontrera moins de problème de remboursement.

Variables : Taux de remboursement des prêts : varie-t-il au sein de l'institution suivant par exemple les personnes qui sont entrés dans le système de micro-assurance-santé ou non ? Observe-t-on des différences entre les deux institutions qui organisent de manière différente l'articulation entre les deux produits ? quels sont les

⁴ Nous sommes conscients qu'il existe d'autres organisations au Bénin qui développent ce double produit : PADME....

profils socio-économiques des bénéficiaires et le type de micro-entreprise soutenu (niveau de rentabilité) ?

Hypothèse 2 : Des économies d'échelle apparaissent lorsqu'on offre les deux produits mais certains risques apparaissent dans la gestion financière conjointe des deux produits.

Variables : Premièrement, quelles sont les économies d'échelle et de champ à réaliser (partage d'infrastructures, de personnel, agents commerciaux communs ? frais de marketing... ? Deuxièmement, quelles sont les coûts de coordination internes liés à la complexification de l'offre de services, Troisièmement, quel est l'évolution du coût total (y compris coûts de transaction) supporté par les clients/bénéficiaires. Quant à la gestion de la liquidité : y- a-t-il des mécanismes de vase communicants entre la gestion des deux produits (notamment en matière de perception des fonds : remboursements pour la microfinance, cotisations pour la micro-assurance et d'utilisation de ceux-ci)? Les comptabilités sont-elles clairement identifiables (affectation de l'immobilier par exemple ? distinction intérêts liés au crédit et primes d'assurance...)

Hypothèse 3 : Une proximité culturelle est indispensable entre l'organisation et le bénéficiaire tant pour le produit micro-finance que micro-assurance

Variables : Quels sont les produits substitués disponibles notamment de type informel disponibles aux bénéficiaires (tontines, système de pré-paiement...) ? Comment sont associés les bénéficiaires dans chaque cas ? Quels sont leurs rôles dans les différentes étapes ? Comment les mécanismes à l'œuvre dans les groupes sociaux sont exploités pour le développement des deux produits ?

On pourrait compléter l'analyse par une analyse plus générale de type SWOT pour les deux institutions.

En guise de conclusion...

La gestion des systèmes de micro-finance et celle des systèmes d'assurance-santé constituent des domaines complexes et sensibles. Assurer à la fois l'équilibre des comptes, le développement des institutions et un impact positif pour les clients/bénéficiaires est un défi de chaque jour pour nombre d'institutions. Dans ce contexte faut-il favoriser une croissance par association d'activités au lieu d'une croissance au sein d'un seul métier ? Cela mérite réflexion...

Références

BOTZUNG, M., (1996). « Dispositifs d'appui et financement de la petite entreprise », Tiers Monde, Tome XXXVII, 145, 135-152.

CES, ESP, ISPEC, IRSP, (2004). « Actes du colloque sur la micro-assurance santé : La formation et la recherche au service du développement de la micro-assurance santé au Bénin », Ouidah (Bénin), 53 pages.

CHURCHILL, C.F., LIBER, D., Mc CORD, M.J., ROTH, J. (2004). “L’assurance et les institutions de microfinance – guide technique pour le développement et la prestations de services en micro-assurance”, Genève, ILO & ADA (pour la traduction française).

Churchill, 2005,..... Techniques financières et développement

JAFFRE, Y., OLIVIER DE SARDAN, J.P., (2003). « Une médecine inhospitalière – les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitale de l’Afrique de l’Ouest », APAD-Karthala, 457 pages.

LABIE, M., (2004). « Microfinance : un état des lieux », Mondes en Développement, 126, 9-23.

LOUVAIN DEVELOPPEMENT, PROMUSAF, 2002, Développement des mutuelles de santé, rôles et places des acteurs dans les relations avec les prestataires de soin, rapport général, 62p