



DOCUMENTS D'ECONOMIE ET DE GESTION

Analyser l'articulation entre microfinance et micro-assurance santé : Réflexions à partir de trois cas béninois

Labie M., Ngongang I., Nyssens M., Wélé P.

**WORKING PAPER : 2006/2
CENTRE DE RECHERCHE WAROCQUE**



*Analyser l'articulation entre microfinance et micro-assurance santé :
Réflexions à partir de trois cas béninois*

Marc Labie (UMH - Centre de Recherche Warocqué, Grap OSC¹)²

Ilère Ngongang (Solidarité mondiale, Cotonou)

Marthe Nyssens (UCL – IRES – Cerisis, Grap OSC)³

Pascal Wélé (doctorant, Université de Liège, Grap OSC)

Mots-clés : microfinance, micro-assurance santé, mutuelles de santés, organisations de la société civile.

Résumé : au cours des dernières années, on a constaté que dans plusieurs pays – notamment en Afrique de l'Ouest – on assistait à la volonté de certaines organisations de combiner des activités de microfinance et de micro-assurance santé. Le texte présenté vise à établir un premier cadre d'analyse de cette articulation en appuyant la réflexion sur trois études de terrain menées au Bénin.

Summary : in different countries – among which some in Western Africa – there has been for the last few years some organizations which are trying to combine health services insurances with microfinance. This working paper intends to question the way those services can be combined. It is based on three case studies led in Benin.

¹ Le projet GRAP OSC – Groupe de Recherche en Appui à la Politique sur les Organisations de la Société Civile est un projet soutenu par la DGCD et la CUD dans le cadre de la coopération belge. Il vise à étudier le fonctionnement et l'appui aux organisations de la société civile sous un angle pluri-disciplinaire combinant des approches économique, sociologique et anthropologique.

² Marc.Labie@umh.ac.be – Tel. : 32./65/37.32.83

³ nyssens@ires.ucl.ac.be – Tel. 32./10/47.39.92

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. 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).

En effet, si la problématique de la microfinance est largement développée depuis de nombreuses années, celle de la micro-assurance santé est, quant à elle, émergente. En effet face à l'implémentation de « la politique de recouvrement des coûts » dans le domaine de la santé notamment en Afrique de l'Ouest et son corollaire la mise en place de systèmes payants dans l'accès aux soins tant primaires que secondaires, se pose la question de l'accès aux soins de santé pour toute une partie de la population. Dans ce contexte, la mise en place d'un dispositif d'assurance santé en faveur des populations économiquement faibles constitue un moyen de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (Dror et Preker, 2002) dans la mesure où elle favorise un plus large accès des populations aux soins de santé.

Compte tenu de certaines similitudes notamment du point de vue de la cible des bénéficiaires, du know how accumulé dans le domaine de la microfinance, les différents acteurs sociaux concernés par ces problématiques se posent la question de la pertinence du couplage entre la micro-assurance santé et la microfinance.

Pour tenter d'apporter des éléments de réponses à cette question fondamentale, l'équipe du GRAP OSC a suggéré de réaliser une première étude exploratoire de terrain en observant différents modèles institutionnels d'articulation entre micro-crédit et micro-assurance santé.

Dans un premier temps, nous allons brièvement rappeler quelques caractéristiques fondamentales de la microfinance et de la micro-assurance santé. Ensuite, nous proposerons un cadre d'analyse susceptible de servir de référence pour aborder cette articulation. Dans la troisième partie, trois exemples d'articulations microfinance -micro-assurance santé sont décrits dans le cadre du Bénin. Enfin, à la lumière de ces trois cas, nous examinons dans la quatrième partie les différentes hypothèses qui découlent du cadre d'analyse proposé.

1. Quelques éléments de base

Si de prime abord, ce sont les caractéristiques similaires entre micro-assurance santé et microfinance qui apparaissent telles que la similarité dans le type de bénéficiaire ou la petite échelle des produits proposés, un examen un peu plus approfondi permet de prendre conscience des différences fondamentales entre ces deux services.

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. » (Labie, 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). Cet élément renvoie au problème des indigents. Comment inclure des personnes dans les micro-assurances 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 soient supérieures 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 micro entrepreneurs 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. 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 microfinance est instructive à plus d'un égard à ce sujet. Les premières expériences de microfinance

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 reposent au moins partiellement. Quid de l'assurance santé ? Quels sont les mécanismes traditionnels sur lesquels reposent les couvertures de sinistres ? Les micro-assurances santé peuvent – elles intégrer ces mécanismes ? Il faut ici souligner deux différences fondamentales. Premièrement, le concept d'assurance santé au travers du paiement de primes est étranger aux pratiques informelles alors que les pratiques d'épargne - crédit de la microfinance sont elles bien ancrées. Deuxièmement, dans la relation entre micro crédit et épargne et micro-assurance le sens de la confiance est opposé. 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).

2. Cadre analytique

Compte tenu de ces caractéristiques fondamentales, quelles sont les hypothèses qui peuvent être posées quant aux effets du couplage microfinance et micro-assurance santé ? A priori, trois types d'effets semblent susceptibles de justifier l'idée qu'une liaison entre microfinance et micro-assurance santé améliore l'inclusion sociale des populations concernées.

2.1. Les effets du couplage sur le plan du micro-crédit

On postule qu'en associant ces deux types de services on réduit les risques de non-remboursement des clients emprunteurs pour cause de problèmes de santé (Miller & Northrip, 2000 ; Lai, 2000 ; Churchill, 2004 ; Brown & Churchill, 2004).

Cette 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. « Il existe une logique de complémentarité entre les services financiers offerts par les institutions de microfinance et la micro-assurance santé. Pour une famille dont les revenus sont faibles, le micro-crédit aide assurément à maintenir ou à développer des activités et l'épargne permet une stratégie de

prévoyance face aux dépenses futures, programmées ou non. Cependant, une situation de crise, imposant des dépenses bien au-delà de l'épargne accumulée, peut avoir un impact décisif sur cette même famille – l'obliger à se surendetter, à vendre une partie de l'outil productif – et compromettre ainsi parfois plusieurs années d'accumulation liée au crédit. Un service d'assurance permettant de faire face à ces difficultés, serait donc un outil complémentaire cohérent. » (Poursat, 2004, p.56).

Deuxièmement, on peut penser qu'un individu disposant d'un mécanisme de couverture médicale 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 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 effet, la pratique en microfinance 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 problème complexe ; l'essentiel demeure 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.

Si l'on se penche sur les effets du couplage micro-crédit, micro-assurance santé, on sera cependant, 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 microfinance 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 autofinancées). Il s'agit donc d'analyser, si le couplage n'induit pas des coûts implicites liés au crédit trop élevés entraînant l'exclusion de certains bénéficiaires potentiels qui auraient accédé au micro-crédit s'il n'y avait pas eu couplage.

2.2. Les effets du couplage sur le plan de la micro-assurance santé

Pour la seconde famille d'hypothèses, on estime que grâce à l'accès à des services de microfinance, les personnes peuvent plus aisément accéder aux systèmes de micro-assurance santé.

En effet, l'accès à la microfinance permettrait aux bénéficiaires de gérer (lisser) leurs problèmes de liquidités, leur permettant ainsi de mieux assumer leurs obligations (cotisations) dans les systèmes d'assurance santé. D'une part, 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 ou via une majoration des taux d'intérêt « cachant » cette part pour la cotisation). D'autre part, dans la mesure où l'accès au micro-crédit faciliterait le développement d'activités génératrices de revenus, l'individu pourrait posséder plus de revenus pour faire face entre autres, au paiement des cotisations (Fonteneau, 2004).

Un second type d'argument peut être avancé pour justifier l'impact positif du couplage sur le plan de la protection sociale. En associant les services de microfinance et de micro-assurance de santé, on peut faire l'hypothèse qu'on attire une population dans une démarche d'assurance de santé qu'elle n'aurait pas faite par ailleurs, plus particulièrement les travailleurs du secteur informel. 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. En outre, la logique de l'assurance nécessite la constitution de fonds dans lequel on viendra puiser en cas de sinistre. Ces fonds sont parfois perçus comme des « fonds qui dorment » alors que dans les milieux populaires africains, l'argent est perçu comme devant circuler. Enfin, il est parfois ardu pour les assurés de percevoir qu'ils ont bénéficiés d'un service (la couverture proprement dite) même si ils ne sont pas tombés malade.

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 ? De ce point de vue, on peut, par exemple, faire l'hypothèse que l'articulation entre micro-assurance santé et mutuelle de santé peut induire un effet positif sur la dynamique de participation et d'appropriation des membres. Si les bénéficiaires du micro-crédit s'approprient plus facilement ce type de produit, l'assurance santé peut reposer sur ce réservoir de participation pour renforcer l'appropriation d'un produit assurance santé qui à priori est plus difficilement intégrable par les bénéficiaires. Ce type d'arguments nous amène à la question de l'impact du couplage sur le renforcement institutionnel.

2.3. Les effets du couplage sur le plan du renforcement institutionnel

Pour le troisième et dernier groupe d'hypothèses, on assume que grouper ces services renforce l'institution sur différents plans à savoir : les économies de coûts pour l'institution qui peuvent se répercuter sur le prix des services et le renforcement de la mission.

D'abord, il est supposé qu'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. 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. 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 première 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. Enfin, à moins de disposer d'une comptabilité analytique précise, on peut craindre qu'il soit difficile de répartir les coûts de manière réellement représentative de la réalité.

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.

Ensuite, nous pouvons interroger les effets du couplage sur le plan de la mission des organisations. Il nous semble fondamental de souligner, à ce niveau, que la dimension de l'intérêt général de l'assurance santé est plus marquée que dans la microfinance ; toute personne devant avoir accès au nom de l'équité et de l'efficacité à une couverture soins de santé ; ce qui n'est pas nécessairement le cas pour le micro-crédit. Ceci implique que les missions d'une institution de micro-crédit ne sont pas spécialement entièrement compatibles avec celles des organisations de micro-assurance santé. Ainsi si la question des indigents peut se poser de manière centrale pour la micro-assurance santé – c'est à dire l'inclusion de personnes qui n'ont pas les moyens financiers de payer les primes d'assurance -, celle-ci peut s'avérer non pertinente pour une institution de microfinance. Se pose dès lors la question de la compatibilité d'objectifs entre ces types d'organisations.

2.4. De la question de la pertinence du couplage à la question de la forme du couplage

Outre le fait de questionner la pertinence de l'articulation entre microfinance et micro-assurance santé, il nous semble important de nous interroger sur les formes que pourraient prendre ces articulations.

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

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.

De manière complémentaire, on peut aussi s'interroger sur la structure des articulations en fonction des organisations qui ont été à l'origine du montage. En effet, on peut penser que la culture d'entreprise, les pratiques de gestion et les choix stratégiques seront dans une certaine mesure influencés par cette origine. Comme le souligne Fonteneau, on peut distinguer deux grands types d'acteurs :

- « Les structures d'appui promoteurs de systèmes de MAS sont des organisations spécialisées (notamment techniquement) dans ce domaine.

- Les initiateurs sont quant à eux définis comme les acteurs qui ont déclenché le processus de mise en place du système d'assurance-santé.

Parfois, la structure d'appui se confond avec l'initiateur » (Fonteneau, 2004). On ne peut donc étudier l'ensemble des mécanismes mis en place sans tenir compte de ces acteurs.

3. Les études de cas

3.1. Le contexte béninois

Le secteur micro-financier du Bénin compte 169 institutions de différentes formes, totalisant 1.239 guichets pour 36,8 milliards d'épargne mobilisée et 66,3 milliards d'encours de crédit (Cellule Microfinance, 2004)⁴. Notons toutefois que le secteur au Bénin comme dans la plupart des pays de la sous-région, se trouve confronté à plusieurs difficultés au nombre desquelles figure la détérioration de la qualité du portefeuille de crédits, se traduisant par une proportion alarmante d'impayés, ainsi que par l'existence d'une concurrence forte entre les organisations recherchant une autonomie financière et celles fondant leurs actions sur d'importants mécanismes de subventionnement. Ces difficultés conjuguées à bien d'autres, menacent les chances de viabilité d'un dispositif auquel bon nombre d'acteurs placent leur confiance, notamment quant à ses capacités à réduire la pauvreté en Afrique.

Les systèmes de micro-assurance sont quant à eux relativement récents et embryonnaires, comme c'est d'ailleurs le cas dans la plupart des pays d'Afrique de l'Ouest. Au contraire des structures de microfinance qui revêtent une pluralité de formes juridiques tant lucratives que non lucratives, la plupart des systèmes de micro-assurance sont de nature non lucrative et adoptent la forme de la mutuelle (Fonteneau, 2004). Selon Fonteneau (2004), ces systèmes fonctionnent généralement selon cinq principes généraux :

- ✓ La recherche d'une protection sociale à travers un partage du risque lié à la maladie;
- ✓ Une dynamique à base communautaire (c'est-à-dire regroupant des personnes partageant des caractéristiques communes au sein d'une communauté donnée : village, entreprise, association, etc.);
- ✓ Un système de prise de décision de type participatif et un système de gestion contrôlé par les membres eux-mêmes;
- ✓ Une participation libre et volontaire;
- ✓ Un caractère « not-for-profit ».

⁴ Notons qu'il ne s'agit ici que des institutions enregistrées auprès de la Cellule Microfinance, le nombre total étant beaucoup plus élevé, 516 à la fin 2003 (Cellule de Microfinance, 2004, p.28).

Les inventaires réalisés au Bénin font état d'une croissance progressive du secteur, dans la mesure où le nombre de mutuelles de santé fonctionnelles est passée de 11 en 1997 à 23 en 2001, puis à 43 en 2003 (Amègbédji, 2004). En dépit de la croissance progressive du secteur de la micro-assurance santé au Bénin (tendance qui peut être généralisée à toute l'Afrique de l'Ouest), les mutuelles de santé se révèlent être de petite taille en termes de membership. A titre d'illustration, les 43 mutuelles fonctionnelles inventoriées au Bénin en 2003 ne couvrent que 43.400 bénéficiaires, soit en moyenne 1.009 bénéficiaires par mutuelle. Entre autres contraintes auxquelles sont soumises les mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest, qui expliquent leur petite taille, on peut citer : « la faible capacité contributive des membres, l'irrégularité dans le paiement des cotisations, l'analphabétisme, la qualité des soins offerts par les structures sanitaires accessibles et/ou abordables pour les membres, etc. » (Fonteneau, 2004, p.ix).

Il ressort donc que la viabilité des deux systèmes que constituent la microfinance et la micro-assurance santé est fortement menacée par une diversité de facteurs dont le non-remboursement des crédits pour le premier et le non-paiement des cotisations pour le second. Face à ces menaces, l'idée d'une articulation entre microfinance et micro-assurance santé, susceptible de générer des synergies positives pour la viabilité des deux systèmes, est mise en avant par certains.

3.2. L'échantillon

Dans le cadre de notre démarche exploratoire, nous avons choisi d'approfondir différentes expériences au Bénin contrastées du point de vue de la forme d'articulation entre les deux systèmes évoqués, ainsi qu'à appréhender les effets induits par le couplage.

En effet, la forme de couplage "microfinance-micro-assurance santé" adoptée varie en fonction des objectifs visés. Ainsi, le couplage peut viser le renforcement des capacités contributives des membres des mutuelles de santé, afin qu'ils puissent honorer leurs engagements en termes de cotisations. Ce faisant, le couplage consiste à introduire un dispositif de micro-crédit dans les mutuelles de santé. C'est dans cette logique que s'inscrit l'approche d'intervention du programme PROMUSAF (développé par l'ONG Solidarité Mondiale) dont l'objectif premier est de promouvoir et développer les mutuelles de santé, dans le but de garantir aux populations l'accès aux soins de santé de qualité à coût abordable. Mais pour d'autres initiateurs, notamment pour les institutions de

microfinance qui s'intéressent aux dispositifs de micro-assurance santé, ce couplage constitue un instrument de renforcement des capacités des emprunteurs pauvres à assurer le remboursement régulier de leurs crédits, à travers leur accès aux soins de santé. C'est le contexte dans lequel figure la création des mutuelles de santé au sein de l'AssEF (soutenu par le BIT). Enfin, dans d'autres cas comme celui de l'expérience soutenue par l'ONG GROPERE (elle-même soutenue par l'ONG Louvain Développement), deux types d'institution ont été créés simultanément mais au sein de structures juridiques différenciées, à savoir une mutuelle de santé d'une part et une coopérative d'épargne et de crédit d'autre part.

3.2.1. PROMUSAF

Le programme PROMUSAF (Programme d'appui aux Mutuelles de Santé en Afrique de l'ouest) est un volet du programme d'économie sociale de l'ONG "Solidarité Mondiale" (WSM). Ce programme vise notamment la réduction de la pauvreté et de l'insécurité alimentaire, à travers l'amélioration de l'accès des populations aux services de santé et l'intégration sociale des groupes vulnérables. Au Bénin, l'expérience de PROMUSAF se concrétise à travers la mise en place et le suivi d'une quinzaine de mutuelles d'assurance santé diversement réparties sur tout le territoire national. Ces mutuelles de santé, initiées en partenariat avec des groupements villageois, regroupaient, en décembre 2004, au total 2.498 adhérents, avec une forte adhésion des femmes. Les bénéficiaires quant à eux se chiffrent globalement à 6.921 personnes.

a) Fonctionnement de l'assurance santé

Les primes ont été fixées suite à une étude de faisabilité, en vue d'apprécier les contextes liés à chaque mutuelle spécifique. En procédant plus particulièrement à l'identification des besoins, cette étude propose différents scénarios entre les niveaux de cotisation et les prestations à offrir aux membres. Les risques couverts par les différentes mutuelles peuvent ainsi varier d'une mutuelle à l'autre ainsi que la prime d'adhésion (entre 500 et 1000 FCFA)⁵ et les taux mensuels de cotisations (entre 200 et 250 FCFA par titulaire ; et entre 100 et 200 FCFA par personne à charge).

Outre les cotisations, différentes ressources contribuent au financement de ce système de micro-assurance santé. D'une part, une subvention de WSM et du Fonds Belge de Survie (FBS) permet

⁵ 1 EURO = 655,957 FCFA

d'assurer l'encadrement des mutuelles fourni par PROMUSAF ; d'autre part, le fonctionnement des différents organes, à savoir le bureau exécutif, le conseil d'administration (réunion mensuelle) et le conseil de surveillance, sont assurés bénévolement par des membres de la mutuelle. Le comité de surveillance (trois membres) se réunit régulièrement et se charge de vérifier la fréquentation effective des centres de santé et de contrôler le paiement des cotisations mensuelles. Le bureau exécutif statutaire anime la vie de la mutuelle de santé. Notons que dans certains cas, des locaux sont mis à disposition (pour les réunions ponctuelles) par des autorités locales.

Dans le but d'assurer la durabilité du système, des mesures prudentielles ont été adoptées, au nombre desquelles : un délai d'observation de six mois au cours duquel les nouveaux membres ne bénéficient pas des services de santé, un ticket modérateur supporté par les bénéficiaires (entre 25 et 30 %) et la constitution d'un fonds de réserves pour assurer la continuité de la mutuelle.

Rappelons que pour qu'un mécanisme d'assurance-santé soit pérenne, il faut que les primes collectées génèrent 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.

Le taux de recouvrement des cotisations constitue donc l'un des indicateurs de performance des mutuelles de santé. Ce taux est déterminé par le rapport entre le montant des cotisations effectivement perçues et celui des cotisations émises (dues à date). Mis à part le fait que le dispositif d'enregistrement des cotisations utilisé par certaines mutuelles ne facilite pas la détermination systématique du taux de recouvrement, il apparaît que le paiement des cotisations constitue un problème réel pour les membres. Pour l'ensemble des 17 mutuelles de PROMUSAF en 2004, le taux de recouvrement moyen des cotisations avoisine 58 %. De plus, si dès le départ certaines mutuelles enregistrent un fort taux de cotisation, elles ne parviennent pas à maintenir ce taux pendant longtemps. Dans une mutuelle par exemple, ce taux est passé de 77,7% en 2004 à 20% en juin 2005.

Parmi les causes probables évoquées pour les impayés des cotisations, les plus courantes sont d'ordre financier. Elles sont relatives à l'irrégularité et à la précarité des revenus, dues aux aléas climatiques qui influencent les rendements des activités agricoles ou à une mauvaise conjoncture économique généralisée. En fait, on note une influence de la nature des activités menées par les membres des mutuelles sur leur périodicité de paiement des cotisations, vu que ceux-ci ne

parviennent à s'acquitter de ce devoir mutualiste qu'à la fin du cycle de production. Cette situation a conduit certains membres à suggérer une annualisation des cotisations, pour parer aux retards enregistrés sur les paiements mensuels. Aux causes d'ordre financier évoquées précédemment, il faut également mentionner le problème de la qualité des soins. Enfin, il faudrait souligner d'autres causes des difficultés de recouvrement qui sont liées aux modes de collecte des cotisations. En effet, les membres du bureau qui sont chargés des collectes, doivent parfois parcourir de grandes distances. Il en résulte des coûts de déplacement non négligeables qui n'ont pu être budgétisés au départ et qui démotivent les membres chargés de la collecte des cotisations.

Le taux d'utilisation des services nous renseigne sur le nombre de bénéficiaires qui ont eu recours aux soins de santé couverts par la mutuelle. Ce taux était en moyenne de 33% pour l'ensemble des mutuelles de PROMUSAF en 2004.

Cependant, cette moyenne masque de grandes variations. Par exemple, dans certaines mutuelles, seules quelques mutualistes ont eu recours aux soins de santé. D'après les investigations, ce phénomène peut être expliqué entre autres par la qualité des prestations offertes en matière de soins de santé, qui s'avère être en deçà des attentes des mutualistes (accueil, types de soins couverts, prescription exclusive des produits génériques). En effet, lors de la visite de terrain, de nombreuses plaintes ont été constatées des mutualistes portant sur le mauvais accueil et la négligence dont ils font souvent l'objet dans le centre de santé conventionné et ce malgré les formations initiées par PROMUSAF en direction des centres de santé impliqués. Ce mauvais accueil qui a été particulièrement évoqué par les mutualistes démotive les membres qui éprouvent déjà des difficultés financières face au paiement des cotisations. A l'analyse, il s'avère que du fait de nombreuses affectations du personnel de santé, certains acteurs formés sont mutés au profit d'autres qui ne maîtrisent pas encore le système de conventionnement. Il faut ajouter qu'un faible taux d'utilisation peut également refléter le fait que des membres sont encore dans la période d'observation sans pouvoir recourir aux soins.

Le taux de sinistralité (prestations /cotisations) était en moyenne de 60% pour l'ensemble des mutuelles de santé en 2004. Pour les deux mutuelles que nous avons visitées en septembre 2005, Dassa et Godomey, ceux-ci étaient respectivement 5,3% et 9,6%. Cependant, il faut signaler que si ce taux de sinistralité est très faible dans certaines mutuelles, notamment compte tenu du faible taux d'utilisation des services, il est beaucoup plus élevé dans les mutuelles plus anciennes situées dans le septentrion (99,5% à Bembèrèkè, 65,3% à Parakou).

Tableau 1 : Fiche synthétique sur les mutuelles de santé de PROMUSAF - 2004

Données	Caractéristiques
Groupe cible	Membres des groupes villageois, des groupes liés au secteur informel
Nombre d'adhérents	2.498 (fin déc. 2004)
Nombre de bénéficiaires	6.921 (fin déc. 2004)
Risques couverts	Soins de santé primaires
Taux de recouvrement des cotisations	58%
Taux d'utilisation des services	33% (fin 2004)
Taux de sinistralité ⁶	60%

Source : PROMUSAF

b) Introduction du microcrédit dans la mutuelle de santé : la nature de l'articulation microfinance / mutuelle de santé

L'évaluation du programme PROMUSAF de 2001 a révélé quelques défis à affronter pour assurer la durabilité des mutuelles de santé, notamment : la faible taille des mutuelles de santé, la faible qualité de l'offre des soins, la faible capacité contributive des membres, le bénévolat, etc. Au regard de ces défis, le programme PROMUSAF a décidé de développer des synergies entre les initiatives mutualistes et les initiatives de micro-crédit, dans le but de renforcer la capacité contributive des mutualistes.

Le principal objectif du programme du micro-crédit consiste à accorder des prêts productifs, aux groupements ou à des individus, pour améliorer le revenu des mutualistes afin de garantir la régularité du paiement des cotisations. Ce faisant, le programme appuie des activités génératrices de revenus (AGR) des mutualistes tels que le petit commerce, les activités agricoles, la transformation, l'artisanat, etc.

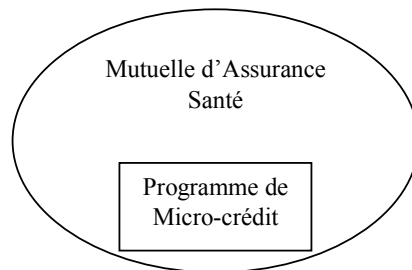
L'obtention du micro-crédit est subordonnée au paiement régulier des cotisations. Ainsi donc, après une période d'observation de six mois environ, tout membre de la mutuelle de santé qui est à jour vis-à-vis des cotisations mensuelles peut formuler une demande de crédit. Les crédits sont octroyés par cycle de manière rotative entre les membres des mutuelles de santé. Le passage au cycle suivant est conditionné par les résultats du cycle précédent.

⁶ Le taux de sinistralité est déterminé par le rapport (coûts des prestations/montant des cotisations)

Au plan opérationnel, la mise en oeuvre du programme du micro-crédit s'est faite au sein des mutuelles elles-mêmes bien que les activités de micro-assurance santé et de microfinance constituent deux volets distincts. La gestion du micro-crédit est assurée par un comité de crédit, dont certains membres sont également membres du bureau exécutif de la mutuelle de santé. Ce comité assure l'étude des dossiers, l'analyse de la capacité de remboursement des emprunteurs, la sélection des dossiers et le recouvrement des crédits. Dans le but de respecter la réglementation en vigueur dans le secteur de la microfinance au Bénin, PROMUSAF a fait appel à MDB, opérateur de microfinance agréé, à savoir la Mutuelle pour le Développement à la Base qui apporte son expertise dans la mise en place du micro-crédit dans les mutuelles de santé : information, communication, sensibilisation, suivi global des remboursements. Cependant le risque et la gestion individuelle des crédits sont assurés par la mutuelle de santé et non par MDB.

En bref, l'articulation observée dans les expériences de PROMUSAF se traduit par l'introduction d'un programme de micro-crédit dans les mutuelles de santé. Cette forme de couplage peut être représentée par le schéma suivant.

SCHEMA 1 : FORME DE COUPLAGE MICROFINANCE-MICRO-ASSURANCE SANTE DE PROMUSAF



c) Fonctionnement du micro-crédit

La mise en place du micro-crédit a commencé en 2002 avec trois mutuelles, et en septembre 2005, onze mutuelles en bénéficiaient. Les crédits portent sur des petites sommes de l'ordre de 15 000 FCA à 30.000 FCFA.

Du point de vue du produit microfinance, il faut idéalement que les taux sur les crédits octroyés permettent 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).

Le taux d'intérêt annuel "flat" accordé aux mutuelles de santé est de 10% ; il était de 12% au début du programme (2003). Ce taux est réparti comme suit : 2 % représente le taux d'intérêt de rétribution du fonds de crédit accordé au PROMUSAF et 8% les frais de gestion et de suivi de l'opérateur de crédit MDB. Les 10% "flat" correspondent à un taux dégressif mensuel de 1,43%, soit 17,14% par an.

Les coûts liés à l'obtention des fonds sont minimes dans la mesure où le fonds a été octroyé par l'intermédiaire de PROMUSAF, par le Fonds belge de survie dont le montant total s'élève 13,5 millions F.CFA en fin 2004. Le coût réel se réduit donc à l'inflation⁷, qui est de l'ordre de 0,9% d'après les statistiques de la BCEAO (2005). Du point de vue des coûts administratifs, outre la rémunération pour le service de MDB, le reste est assuré par des membres bénévoles du comité de crédit. Il n'y a pas de provision pour arriérés.

Le taux de remboursement a atteint pour l'ensemble des mutuelles de PROMUSAF qui ont bénéficié du crédit, 83,44% à fin août 2005 ; ce taux, cependant plus faible qu'en 2004 (94.80%), confirme des difficultés qu'éprouvent certains emprunteurs dans le remboursement des crédits. D'une part, les membres évoquent des difficultés conjoncturelles telles que les aléas climatiques et la détérioration de la situation économique. D'autre part, certaines zones géographiques sont caractérisées par une forte dispersion des membres et/ou des bénéficiaires des mutuelles, ce qui implique des coûts élevés de déplacement lors des recouvrements.

Tableau 2 : Fiche synthétique sur le système de micro-crédit PROMUSAF - 2004

Groupes cibles	Membres de la mutuelle de santé
Origine de fonds de crédit	fonds du programme PROMUSAF/FBS
Conditionnalités d'octroi de crédit	Etre à jour des cotisations mutuelles de santé
Nombre de bénéficiaires de crédit	534
Montant moyen de crédit	24.000 FCFA
Taux d'intérêt	10% (flat) ou 17,14% (dégressif)
Coût administratif	8%
Taux de remboursement de crédit	94.8 %

Source : PROMUSAF (2004, 2005).

⁷ C'est le coût lié à l'érosion des fonds.

d) Forces et faiblesses de l'expérience d'articulation de PROMUSAF

Un des traits marquants de l'expérience PROMUSAF est le ciblage sur une population particulièrement vulnérable. Ainsi, le faible montant moyen des crédits octroyés est un indicateur du niveau socio-économique précaire des membres de la mutuelle. Une autre caractéristique notable est la mobilisation importante des membres au sein des différents organes de la mutuelle. Il apparaît que ces initiatives contribuent au renforcement du capital social au niveau communautaire et participent à la mise en réseau afin de mener notamment des actions de plaidoyer pour une meilleure politique de protection sociale des groupes vulnérables.

Le cas PROMUSAF illustre, également, dans quelle mesure un crédit à taux extrêmement favorable peut constituer un mécanisme incitatif important pour fidéliser les membres d'un mécanisme d'assurance-santé. On doit toutefois se demander si un tel montage a du sens à long terme dans la mesure où il est impossible de développer à grande échelle et de manière pérenne ce type de système de micro-crédit. En l'implémentant, on empêche donc le développement d'autres organisations de microfinance susceptibles d'être pérennes. Par ailleurs, on peut se demander si la participation à l'assurance-santé est vraiment valorisée en tant que telle ou si elle n'est en fait qu'un coût de transaction caché rendu nécessaire par le montage institutionnel choisi pour accéder au crédit.

3.2.2. AssEF⁸

L'institution de microfinance « AssEF » dont la formalisation date de 1995, est née des expériences d'épargne et de crédit initiées en 1992 par l'organisation néerlandaise de développement (SNV), à travers son programme d'appui aux femmes dans les banlieues de Cotonou. Le groupe cible de AssEF est constitué des femmes économiquement modestes de Cotonou et des périphéries. Ces femmes opèrent en majorité dans des activités telles que le commerce, la restauration, l'artisanat, etc. au sein du secteur informel. Pour servir cette cible, l'institution est organisée en un réseau de

⁸ A défaut de pouvoir effectuer des visites de terrain sur quelques expériences de ASSEF, la mission a mené ses investigations avec des personnes ressources impliquées dans l'évaluation de cette institution et a disposé du document issu du « CGAP Working group on Microassurance » qui tire un premier bilan de l'expérience micro-assurance santé de l'AssEF (LOUIT dit GUERIN O., 2006).

112 associations d'épargne et de crédit et 26 caisses d'épargne et de crédit regroupant environ 25.000 membres. Les deux structures sont chapeautées par une structure faîtière d'appui qu'est l'AssEF. Les appuis portent entre autres sur le développement institutionnel et le renforcement des capacités organisationnelles, le contrôle, l'expertise en gestion et la gestion des lignes de crédit.

a) Fonctionnement du micro-crédit

En tant qu'institution de microfinance agréée à la cellule de microfinance, AssEF offre des produits d'épargne (épargne simple, épargne préalable, épargne obligatoire) et des produits de crédit (crédit ordinaire, crédit "la commerçante", crédit scolaire, crédit solidaire et crédit d'investissement). L'épargne est rémunérée à un taux annuel de 2 à 3%, tandis que les crédits sont octroyés à un taux d'intérêt "dégressif" qui varie de 12 à 24% par an.

D'après l'évaluation du BIT/STEP (Louis dit Guérin O., 2006), AssEF a connu depuis sa création une croissance significative et régulière jusqu'en 2004, année depuis laquelle le réseau rencontre d'énormes difficultés se traduisant par une dégradation de la qualité de portefeuille de crédits, puis par la fermeture de certaines caisses. Les principales causes de cette crise du réseau, seraient d'ordre externe. On distingue entre autres :

- ✓ une forte concurrence dans le secteur de la microfinance au Bénin entraînant un surendettement des clients,
- ✓ des critiques s'élevant de la part des autorités sur les taux d'intérêt pratiqués par le réseau, suite à des tentatives de politisation du secteur.

Tableau 3 : Fiche synthétique sur le système de micro-crédit AssEF

Groupes cibles	Femmes du secteur informel de Cotonou
Origine de fonds de crédit	Epargne des membres Rémunération annuelle : 2% à 3%
Produits	Différents produits de Crédit (de 10.000 CFA à au-delà de 1.000.000 FCFA)
Taux d'intérêt	18% - 24%
Nombre de bénéficiaires de crédit	
Taux de remboursement de crédit à date	En forte détérioration (2004)

Source : sur base de Louis dit Guérin O., 2006

Le réseau de microfinance AssEF traverse donc des crises qui obligent les dirigeants à adopter un plan de redressement, présentement en cours de mise en oeuvre.

b) Introduction de la mutuelle de santé dans l'institution du micro-crédit : la nature de l'articulation microfinance / mutuelle de santé

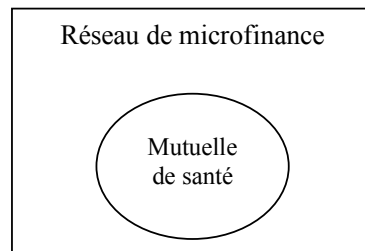
L'idée d'un dispositif de micro-assurance santé est née au moment où le réseau abordait sa phase de croissance. Elle est partie des effets positifs perçus par les bénéficiaires lors de l'octroi par l'institution, des « crédits santé » destinés à financer des dépenses de soins au profit des membres. AssEF a tenté de mettre en place en son sein une mutuelle de santé. Cette première tentative n'ayant pu réussir, l'appui du programme STEP du BIT a été sollicité pour la mise en place d'un système de micro-assurance santé au sein du réseau de microfinance. Ce système a pour objectif de sécuriser la situation économique et financière des femmes, et plus particulièrement de sécuriser le portefeuille de crédit du réseau par la réduction des risques maladie des emprunteurs.

Le système de micro-assurance santé ne fait pas l'objet d'un dispositif organisationnel distinct. Il s'intègre dans l'organigramme général de l'institution de microfinance. Le conseil d'administration de AssEF est chargé du suivi au plus près de la micro-assurance. Pour ce faire, il reçoit des comptes rendus périodiques sur les activités de la MAS. Au niveau de la direction exécutive, la gestion technique et l'animation de la micro-assurance santé sont assurées par l'un des services techniques, notamment le Service Intérêts Stratégiques des Femmes (SISF), dont l'équipe est renforcée par une stagiaire chargée de la mise en application d'un logiciel conçu pour le suivi des MAS. Enfin, pour la diffusion et la gestion du système – entre autres la collecte des cotisations -, la MAS s'appuie sur le personnel du réseau, notamment des CEC (adhésions individuelles), des AEC (adhésions individuelles ou de groupe) et du guichet central du siège (adhésions individuelles).

Lors la mise en place des MAS, l'obtention du crédit à la branche microfinance a été subordonnée, dans certaines branches d'AssEF à une contrainte implicite (non formelle) : l'emprunteur doit être un mutualiste à jour vis-à-vis des cotisations. Cependant avec l'avènement de la crise institutionnelle, cette contrainte implicite a été fortement assouplie au point de disparaître dans presque toutes les branches. Par contre, il est indispensable d'être membre du réseau de microfinance, pour pouvoir adhérer à l'assurance santé.

L'articulation observée chez AssEF se caractérise donc par l'introduction d'un système de micro-assurance santé dans une institution de microfinance, dans le but de couvrir les risques maladie des femmes bénéficiaires de crédit et d'améliorer leur capacité de remboursement des crédits. Cette forme de couplage peut être représentée par le schéma suivant.

Schéma 2 : Forme de couplage microfinance-micro-assurance santé de AssEF



c) Fonctionnement de l'assurance santé

Tout comme l'expérience de PROMUSAF, la mise en place d'un système de micro-assurance dans le réseau AssEF a été précédée d'une étude de faisabilité (notamment en 2002 et 2003) qui a permis de définir les conditions de mise en œuvre du programme. L'assurance santé couvre tant les soins primaires que certains soins secondaires. Dans ce cadre, AssEF a signé avec des prestataires de soins aussi bien primaires que secondaires, des conventions précisant les services couverts. On distingue parmi les prestataires des centres de santé publics, des centres de santé confessionnels, puis des hôpitaux. La prime d'adhésion s'élève à 1.000 FCFA et le taux mensuel de cotisations à 400 FCFA par titulaire. Notons que comparativement au cas de PROMUSAF, les primes d'adhésion et de cotisation mensuelle sont plus élevées. En revanche, la gamme des soins couverts par le système de micro-assurance santé de AssEF est plus large et s'étend jusqu'aux prestations des centres de santé secondaires. De plus, ici, certains soins de spécialité sont pris en charge, ainsi que les médicaments de marque et de spécialité disponibles dans les officines des structures sanitaires conventionnées.

La couverture des prestations et d'une partie des frais de gestion de la MAS est assurée par les cotisations des membres, sur la base d'une clé de répartition prédéfinie. Selon cette clé, le coût unitaire de fonctionnement est estimé à 10% du montant de la cotisation. 80% des cotisations sont affectées à la prime pure, 5% aux charges de sécurité, puis 5% aux réserves. Cependant, les ressources propres de la MAS sont complétées par des apports de l'AssEF, dans le cadre d'une stratégie volontaire qui consiste à couvrir une partie des coûts de fonctionnement de la MAS par les

ressources de la microfinance, en vue de réduire le taux de cotisation fixé aux mutualistes. Ainsi, AssEF contribue au financement d'une part par des apports en nature qui couvrent tant les salaires de la responsable du SISF, de l'assistante et du personnel des CEC et AEC, que certains frais de fonctionnement (local, fournitures diverses et équipement...) et d'autre part via un fonds de réserve issu des fonds spéciaux du système de microfinance. AssEF bénéficie également d'un soutien financier du BIT/STEP via une subvention de démarrage (non renouvelée), à travers le cofinancement des premiers frais de fonctionnement (fabrication des premiers outils de gestion), la formation du personnel et des responsables du système de micro-assurance santé, l'appui à la réalisation d'actions de sensibilisation et d'information des membres du réseau et le financement des indemnités de la stagiaire chargée de l'application du logiciel de suivi de la MAS.

Au nombre des mesures prudentielles, la mutuelle constitue un fonds de réserve s'élevant à 5% des cotisations mensuelles. De plus, 30% des soins sont directement payés par le bénéficiaire au titre de ticket modérateur. Un délai d'observation de 3 mois est imposé au cours duquel les nouveaux membres ne bénéficient pas des services de santé. Dès qu'un membre ne paie plus ses primes au-delà de trois mois, il est radié automatiquement de la mutuelle.

Suite à l'évaluation de BIT/STEP (Louis dit Guérin O., 2006) le taux de recouvrement des cotisations qui atteignait 100% au démarrage effectif des mutuelles en 2003, s'est progressivement dégradé jusqu'à 71% à la fin de la même année, puis à 61% dès début 2004. Cependant, la mise en œuvre des mesures de redressement par les dirigeants du volet micro-assurance santé a permis d'enregistrer en fin 2004, un taux de recouvrement annuel de l'ordre de 83%.

La part des bénéficiaires ayant accès aux prestations de la mutuelle, c'est à dire en cours de droit est de 41%. En ce qui concerne le taux d'utilisation des services qui nous renseigne sur le nombre de bénéficiaires qui ont eu recours aux soins de santé couverts par la mutuelle, nous n'avons malheureusement pas pu l'obtenir. Par ailleurs, l'expérience de micro-assurance santé d'AssEF se caractérise par un taux de sinistralité relativement élevé (75,6%), en dépit des vagues de démissions et de radiations des adhérents enregistrées au milieu de l'année 2004.

Tableau 4 : Fiche synthétique sur la mutuelle de santé de AssEF - 2004

Données	Caractéristiques
Groupe cible	Membres des CEC, AEC et familles de Cotonou et environs
Nombre d'adhérents	1.921
Nombre de bénéficiaires	2.272
Risques couverts	Soins de santé primaires et secondaires (voir détail en annexe)
Taux de recouvrement des cotisations	83%
Taux d'utilisation des services	
Taux de sinistralité	76%

Source : sur base de Louis dit Guérin O., 2006

d) Forces et faiblesses de l'expérience d'articulation de AssEF

Il est clair que la mutuelle de santé a bénéficié dans un premier temps du formidable potentiel constitué par les membres de l'institution de microfinance. Cependant la mutuelle de santé encaisse de plein fouet la crise que traverse l'institution de microfinance, ce qui se traduit par de nombreuses démissions et radiations de la mutuelle de santé. En effet, dès qu'une personne n'est plus membre de l'institution de microfinance – par exemple avec la fermeture de certaines caisses - elle est automatiquement radiée de la mutuelle de santé.

La crise vécue par ASSEF ne permet probablement pas d'avoir une idée totalement précise de la situation mais on est en droit de se demander si ce cas n'illustre pas dans le cas d'une articulation microfinance/micro-assurance santé plusieurs problèmes mentionnés précédemment. D'abord, la diversification des services en l'occurrence qui ne relève pas de la sphère financière où l'institution a une certaine compétence, est financée pour une grande partie par des ressources issues de la microfinance. Ensuite, il est apparu des problèmes d'appropriation du processus par les acteurs. Ainsi, l'évaluation du BIT/STEP (Louis dit Guérin O., 2006) a souligné que le changement de l'équipe dirigeante entre le moment de l'étude de faisabilité et le moment de la mise en place du système de micro-assurance santé a été à la base de nombreux dysfonctionnements. De nombreuses critiques ont été émises par les membres relatives au mode de fixation des taux d'adhésion et de cotisation qui ont été imposés par le sommet stratégique au lieu d'être fixés en accord avec la base, ou encore par rapport à la radiation automatique après un délai de trois mois de retard dans le paiement des cotisations.

3.2.3. Louvain Développement

Dans le cadre de l'étude des formes de couplage entre la microfinance et la micro-assurance santé, la mission a visité l'un des projets appuyé par l'ONG Louvain Développement à Honhoué situé au sud-ouest du pays (département du Mono). Ce projet est caractérisé par l'intégration de l'accès aux services de santé du financement des activités génératrices de revenu, à travers la mise en place simultanée d'une caisse d'autopromotion d'épargne et de crédit (CAEC) et d'une mutuelle de santé (MUSA). L'intérêt de cette visite réside notamment dans la spécificité du mode de couplage par rapport aux expériences de PROMUSAF et ASSEF.

a) La gestion du couplage

La mutuelle de santé et la caisse d'épargne et de crédit ont été initiées en 2003 par les comités villageois d'initiatives locales, avec l'appui de l'ONG GROPERE⁹. Cette ONG locale est elle-même appuyée par l'ONG Louvain Développement (LD).

Les deux structures, la MUSA et la CAEC, sont indépendantes du point de vue de leurs structures juridiques et de leurs organes de décision. L'objectif recherché étant de faire jouer les synergies en faveur des populations vulnérables.

A l'instar de PROMUSAF, il est clairement exprimé que l'obtention du crédit à la caisse est subordonnée entre autres au paiement régulier des cotisations à la mutuelle. Toutefois ce qui est spécifique à ce montage, c'est la possibilité pour un mutualiste d'obtenir du crédit dès lors que les arriérés des cotisations peuvent être déduits du montant du crédit sollicité.

La gestion des deux systèmes est assurée par un seul gérant dont la rémunération mensuelle est supportée par la CAEC à concurrence de 75% et par la MUSA à concurrence de 25%. Ce faisant, il faut souligner les avantages informationnels de cette formule : ainsi lors du comité de crédit, le gérant dispose d'informations sur les emprunteurs potentiels via la mutuelle de santé.

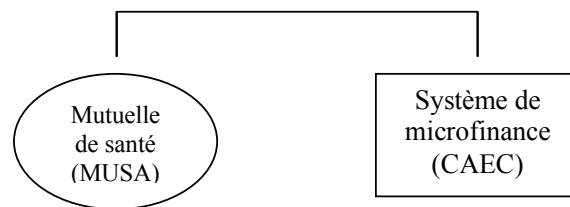
Les deux systèmes sont logés dans un bâtiment commun muni d'un équipement technique pour le micro-crédit (l'ensemble pour une valeur de 8,8 millions de FCFA), dont la construction est

⁹ GROPERE : GROUpement pour la Promotion et l'Exploitation des Ressources de l'Environnement.

cofinancée par les ONG d'appui et les populations. Ainsi dans le but d'assurer la transparence dans la répartition des coûts, l'amortissement dudit bâtiment est réparti entre le CAEC (56,67%) et la mutuelle (43,33%). Cette clé est définie de façon analytique : l'amortissement du bâtiment est équitablement réparti entre la MUSA et la CAEC, alors que celui relatif à l'équipement technique du micro-crédit est entièrement pris en charge par la CAEC. En bref, on peut noter l'effort de transparence qui se traduit par la séparation des coûts, et qui prouve la volonté d'asseoir les bases de la viabilité dans les deux systèmes.

Au regard de ce qui précède, l'expérience de couplage de LD peut être représentée par le schéma suivant.

Schéma 3 : Forme de couplage microfinance-micro-assurance santé de LD



b) Objectifs, groupe cible et fonctionnement des mutuelles de santé

La MUSA est constituée sous forme d'association (loi 1901), même si cependant, les principaux organes de décision fonctionnent suivant le principe coopératif. Cette mutuelle vise à préserver les populations pauvres ne disposant d'aucun moyen de protection sociale, contre les risques de maladie. Le démarrage effectif des prestations date de décembre 2004. Les prestations couvertes regroupent l'ensemble des soins offerts par les centres de santé primaires conventionnés, ainsi qu'une liste prédéfini de médicaments qui doivent être disponibles dans une officine de pharmacie conventionnée. La prime d'adhésion s'élève à 500 FCFA et le taux annuel de cotisations à 1520 FCFA par titulaire. On note ici un effort d'annualisation des cotisations à la mutuelle, suite à une demande formulée par les mutualistes.

L'essentiel des ressources de la MUSA est constitué par les droits d'adhésion et les cotisations des membres. Les cotisations font l'objet d'une répartition en trois postes, à savoir : la couverture des prestations, les frais de fonctionnement (qui recouvre entre autres les 25% de la rémunération du gérant) ainsi que la constitution d'un fonds de réserves. Le système bénéficie également d'un soutien financier de l'ONG Louvain Développement, qui couvre entre autres l'encadrement assuré par GROPERE, ainsi que les coûts liés à l'appui direct des experts de LD. Le fonctionnement des différents organes, à savoir le bureau exécutif, le conseil d'administration (réunion trimestrielle) et le conseil de surveillance, est assuré bénévolement par des membres de la mutuelle. Au nombre des mesures prudentielles destinées à garantir la durabilité de la MUSA, les nouveaux adhérents ont une période d'observation de 6 mois, sans oublier que les bénéficiaires des soins sont astreints à un ticket modérateur de 25%. La répartition des cotisations permet de dégager un fonds de réserve consistant.

Le premier exercice a enregistré un taux de recouvrement des cotisations de l'ordre de 97,5%. Le taux d'utilisation des services est de 40%. Il faut souligner que pendant les 6 premiers mois de l'année, aucune prestation n'a été couverte dans la mesure où les membres étaient en période d'observation.

Tableau 5 : Fiche synthétique sur la mutuelle de santé de Honhoué

Données	Caractéristiques
Groupe cible	Population de Honhoué
Nombre d'adhérents	482 (sept 2005)
Nombre de bénéficiaires	518 (sept 2005)
Risques couverts	Soins de santé primaires
Taux de recouvrement des cotisations	97,5 %
Taux d'utilisation des services (par rapport aux membres)	40% des bénéficiaires, soit 203 (sept 2005)
Taux de sinistralité	26% (juillet 2005)

Source : Louvain Développement & GROPERE (2005)

c) Objectifs, groupe cible et fonctionnement de la coopérative d'épargne et de crédit

L'ouverture effective de la caisse date de juillet 2004 alors que la conception date de février 2003. L'objectif visé par le volet micro-crédit du projet intégré consiste à renforcer les capacités économiques des populations vulnérables à travers la promotion de l'épargne et l'offre des micro-

crédits. L'obtention du crédit est subordonnée à la constitution d'une épargne préalable équivalant au tiers du montant sollicité. Le portefeuille d'activités de la CAEC comporte :

- ✓ La collecte des droits d'adhésion (300 F.CFA) et des parts sociales (2.000 F.CFA) en vue de la promotion du sociétariat ;
- ✓ Des produits d'épargne "dépôt à vue" (DAV) et "dépôt à terme" (DAT), ce dernier étant rémunéré à un taux annuel de 3% ;
- ✓ Des crédits dont la durée de remboursement s'étend sur 6 mois au taux d'intérêt de 21% par an.

Les intérêts perçus font l'objet d'une répartition en trois postes, à savoir : la rémunération de l'épargne, les frais de fonctionnement (qui recouvre entre autres les 75% de la rémunération du gérant) ainsi que la constitution d'un fonds de réserves. Rappelons toutefois que la CAEC bénéficie d'une part des subventions allouées par LD au titre de la construction du bâtiment, de la mise en place d'un équipement technique pour le micro-crédit (tel que le coffre-fort par exemple), puis de la couverture des charges inhérentes à l'encadrement technique assuré par GROPERE. Le fonctionnement des différents organes, à savoir le comité de crédit, le conseil d'administration (réunion trimestrielle) et le conseil de surveillance, est assuré bénévolement par des membres de la mutuelle.

Du point de vue des règles prudentielles adoptées, l'activité de micro-crédit fait l'objet d'une mise en conformité avec la réglementation en vigueur dans le secteur (notamment la loi PARMEC).Après environ un an d'activités de la caisse, celle-ci regroupe 608 sociétaires dont 16 groupements, avec une participation presque équilibrée des femmes (47%).

Tableau 6 : Fiche synthétique sur le système de micro-crédit CAEC

Groupes cibles	Population de Honhoué
Origine de fonds de crédit	Parts sociales et épargne des membres Rémunération annuelle : 3 %
Crédit moyen	70 .000 FCFA
Taux d'intérêt	21 %
Nombre de bénéficiaires de crédit	198 (sept 2005)
Taux de remboursement de crédit à date	

Source : Louvain Développement & GROPERE (2005)

d) Forces et faiblesses de l'expérience de Louvain Développement

L'avantage de cette forme de couplage réside dans la distinction nette tant du point de vue de la gestion que de l'affectation des coûts entre les deux activités : la mutuelle de santé et les activités de micro-crédit. Rappelons que l'octroi du crédit est subordonné à l'obligation d'être mutualiste. Cette obligation comme celle d'une épargne préalable semble exclure les populations les plus vulnérables à l'accès au crédit. Le montant moyen du crédit nettement plus élevé que chez PROMUSAF est un bon indicateur de ce profil des bénéficiaires de crédit.

4. Retour sur les hypothèses

4.1.EFFETS DU COUPLAGE SUR LE PLAN DE LA PROTECTION SOCIALE

Rappelons que l'hypothèse posée est que le couplage microfinance et mutuelle de santé facilite l'accès à la mutuelle de santé pour deux raisons.

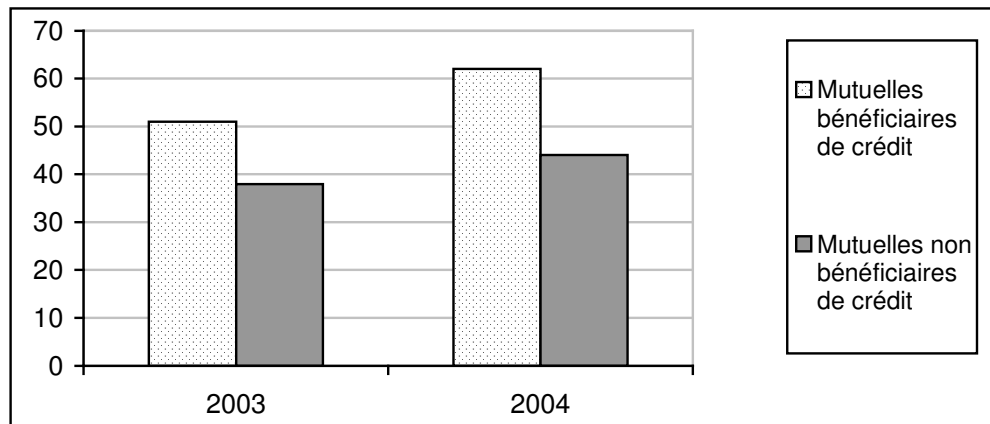
Premièrement, la microfinance pourrait être un outil qui facilite le paiement de la cotisation puisque le coût de celle-ci peut être payé en une fois pour être ensuite intégré dans le coût total du crédit. Ce cas de figure est explicitement prévu dans le cas de GROPERE où l'annualisation de la cotisation a été pensée, entre autres, pour que la prime puisse être couverte par un crédit. C'est ainsi que la mutuelle de santé de GROPERE a enregistré 40 adhésions au moment de l'octroi d'un crédit ; ce qui représente 8,3% des adhérents de la mutuelle.

Deuxièmement, lorsque l'adhésion à la mutuelle est une condition d'accès au micro-crédit, on amène les bénéficiaires à se familiariser avec un service qu'ils n'auraient peut-être pas contracté sans cela. Ainsi, dans le cas de GROPERE, ces 40 personnes n'auraient peut-être pas fait le choix d'adhérer à la mutuelle en l'absence de cette obligation. De même, parmi les 400 membres de la mutuelle, bien que leur adhésion ait été antérieure à la demande crédit, il est fort probable que pour une partie des personnes qui ont obtenu un crédit, la démarche d'adhésion à la mutuelle a été liée à cette perspective de crédit. En associant les services de microfinance et de micro-assurance de santé, on peut faire l'hypothèse qu'on attire une population dans une démarche d'assurance de santé qu'elle n'aurait pas faite par ailleurs, plus particulièrement les travailleurs du secteur informel.

Chez ASSEF, même si il n'y a pas d'obligation d'adhésion à la mutuelle de santé pour l'obtention d'un crédit, le couplage des deux systèmes (microfinance et micro-assurance santé) a été marqué dès le début par une croissance rapide des adhésions à la mutuelle de santé. De même, lorsque l'institution a connu des difficultés dans le secteur de la microfinance, on a observé d'importantes démissions du volet micro-assurance santé. C'est ainsi par exemple que d'après l'évaluation du BIT/STEP (2005), le nombre d'adhérents à la mutuelle de santé a atteint 3.193 au milieu de l'année 2004 avant d'être réduit à 1.921 (soit une baisse d'environ 40%) à la fin de la même année.

Dans le cas de PROMUSAF, il est aussi apparu que la perspective d'une possibilité de crédit à des conditions avantageuses constitue un incitant à l'adhésion et au paiement des cotisations liées à la mutuelle de santé. Comme le montrent les données de PROMUSAF que traduit le graphique suivant, le taux de recouvrement des cotisations obtenu dans les mutuelles bénéficiaires du couplage est supérieur à celui obtenu dans les mutuelles non bénéficiaires. Les données relatives au graphique sont collectées sur 4 mutuelles bénéficiaires du crédit et sur 5 mutuelles non bénéficiaires appuyées par PROMUSAF.

Graphique 1 : Comparaison du taux de recouvrement des cotisations dans mutuelles de santé de PROMUSAF Bénin (données en pourcentage)



On constate que pour l'ensemble des mutuelles appuyées par ce programme, le taux de recouvrement moyen global des cotisations est de 50,4% ; mais spécifiquement pour l'ensemble des mutuelles qui ont bénéficié du crédit, ce taux s'élève à 58%, soit une avance d'environ 7 points due probablement à l'effet positif du crédit. Il se peut que ceci illustre l'effet positif du couplage sur la capacité des membres mutualistes à assurer un paiement régulier des cotisations. Toutefois,

l'amélioration des taux de recouvrement des cotisations qu'induit le couplage ne signifie pas nécessairement que les populations voient leur revenu s'améliorer. Elle est sans doute le résultat d'une obligation de paiement dont s'acquittent les mutualistes désireux du micro-crédit. Ainsi donc, il existe un risque qu'avec la cessation de l'activité micro-crédit, les mutuelles de santé puissent enregistrer une chute dans l'adhésion des membres. Cependant, cette obligation est peut-être aussi l'occasion de convaincre des personnes du bien-fondé d'une assurance santé. C'est ainsi que les personnes qui tomberaient malades lors de cette période où elles sont obligées d'être assurées, pourraient renouveler leur adhésion même après le remboursement du crédit¹⁰

Par ailleurs, nous avons pu observer dans l'une des mutuelles de santé de PROMUSAF, un excellent taux de recouvrement des cotisations (78% en 2004) couplé avec un très faible taux de sinistralité (8 personnes prises en charge par la mutuelle sur 432 bénéficiaires). Ce faible taux de sinistralité peut être en partie expliqué par le peu de crédit donné aux soins dispensés par le centre de santé conventionné. Dans ce contexte, la bonne performance en termes de recouvrement des cotisations peut être en partie expliquée par la perspective de l'obtention d'un crédit à des conditions très avantageuses qui motivent les clients-bénéficiaires, mais ne permet pas d'envisager la pérennisation du mécanisme de crédit. Toute la question est donc d'évaluer l'impact potentiel d'un subventionnement structurel de long terme tout en s'interrogeant sur les possibilités du mécanisme de mobiliser un tel subventionnement.

Enfin, à ce stade, nous n'avons pas les données nécessaires pour vérifier l'hypothèse que l'accès au micro-crédit facilitant le développement d'activités génératrices de revenu, l'individu pourrait posséder plus de revenus pour faire face entre autres, aux paiement des cotisations.

4.2.EFFETS DU COUPLAGE SUR LE PLAN DU MICROREDIT

Toutes choses égales par ailleurs, il est attendu que les emprunteurs qui sont membres à jour des mutuelles de santé, et qui de ce fait peuvent bénéficier d'une prise en charge en cas de maladie, soient moins susceptibles d'utiliser leur crédit à des fins non productives et donc plus en mesure de rembourser leur crédit à temps, comparativement aux emprunteurs qui ne bénéficieraient pas d'une couverture des soins de santé. Un autre argument en faveur de cette idée est que, du fait d'une assurance santé, les emprunteurs reçoivent au besoin des services de santé, sont moins vulnérables à

¹⁰ C'est ainsi que l'on a entendu plus d'une fois lors de nos visites qu'il était souhaité que la personne tombe malade lors de ce temps où elle est obligé d'être couverte par la mutuelle de santé pour la convaincre du bien-fondé d'une telle démarche...

la maladie, et sont donc plus à même de valoriser le crédit obtenu dans une AGR ; ce qui leur permet d'assurer un bon remboursement du crédit.

Au plan méthodologique, il s'agit de disposer des données permettant une comparaison des taux de remboursement des crédits, entre une caisse disposant d'un système de micro-assurance santé et une autre qui n'en disposerait pas. A ce stade, nous ne disposons pas de telles données. Mais, le cas AssEF pourrait nous être utile dans la mesure où on pourrait comparer le taux de remboursement des clientes assurées et celui des non assurées. Il faut, cependant être très prudent dans de telles comparaisons. En effet, il est plus que probable qu'il y ait un effet d'auto-sélection. Les personnes qui choisissent de s'assurer, sont peut-être celles pour lesquelles le coût de l'assurance –santé est perçu comme plus avantageux car elles possèdent une AGR plus productive. Dans ce cas, le meilleur taux de remboursement serait lié à d'autres facteurs que celui d'être couvert par une assurance-santé.

Rappelons aussi l'hypothèse que le couplage lorsqu'il est imposé lors de l'obtention du crédit pourrait induire des coûts implicites liés au crédit trop élevés, entraînant l'exclusion de certains bénéficiaires potentiels qui auraient accédé au micro-crédit s'il n'y avait pas eu couplage. Si à nouveau, nous n'avons pas de données précises, nous avons pu observer dans le cas GROPERE que le profil socio- économique moyen des personnes qui avaient bénéficié d'un micro-crédit était plus élevé que le profil moyen des adhérents à la mutuelle de santé. C'est ainsi que compte tenu de cette situation, une réflexion s'ébauche sur la possibilité de petits crédits qui ne seraient pas conditionnés à l'adhésion à la mutuelle de santé.

4.3.EFFETS DU COUPLAGE SUR LE PLAN DU RENFORCEMENT INSTITUTIONNEL

L'évaluation des effets induits par le couplage des deux systèmes, notamment en termes de renforcement institutionnel, implique deux paramètres essentiels, à savoir : le renforcement de la mission et les économies de coûts pour l'institution.

4.3.1. Le renforcement de la mission

L'expérience de PROMUSAF est caractérisée par la mise en place d'un système de micro-crédit dans les mutuelles de santé. Rappelons que l'objectif premier du programme PROMUSAF est de garantir un accès aux services de santé de qualité à un coût abordable en faveur de groupes particulièrement vulnérables. Le type de micro-crédit développé, de moins de 20.000 FCFA (30 Euros) par membre, sans épargne ni garantie préalables, reflète bien cette mission. Le produit « micro-crédit » s'est donc aligné sur l'objectif de la mutuelle de santé.

L'expérience de ASSEF se traduit par la mise en place, dans une institution de microfinance organisée en réseau, d'un système de micro-assurance santé. La logique consiste à penser que la mutuelle de santé permettrait de préserver les femmes membres du réseau ASSEF contre les risques de maladie, le résultat attendu étant de parvenir à réduire voir éviter les situations d'impayés dues à des cas de maladie (situation d'improductivité) ou à des détournements de crédits pour fins de santé.

Dans les deux cas précédents, on constate donc un alignement sur les objectifs de l'organisation faîtière.

Enfin, la spécificité de l'expérience GROPERE réside dans le développement simultané mais au sein de structures différenciées des deux systèmes (microfinance et micro-assurance santé). Si certains objectifs sont communs aux deux institutions comme par exemple l'intégration des services dans une stratégie de développement local, d'autres se différencient. Ainsi, il est très clair que les groupes cibles du produit « micro-crédit » sont plus restreints que ceux de la mutuelle de santé.

4.3.2. Les économies de coûts de l'institution

On note dans la plupart des institutions bénéficiaires du couplage une économie des coûts de transaction. En effet, la cohabitation d'un système de micro-crédit et d'un système de micro-assurance santé offre à l'institution les avantages suivants :

- ✓ Une économie des coûts inhérents à l'information : en effet, grâce au dispositif de la micro-assurance santé, il est désormais possible d'obtenir des informations fiables à moindre coût sur l'état de santé, sur la crédibilité des emprunteurs, et surtout sur leur capacité de remboursement ;
- ✓ Un partage des coûts de fonctionnement de l'institution entre les deux systèmes. C'est par exemple le cas chez GROPERE où les deux systèmes bénéficient des équipements communs,

ainsi que d'une expertise commune apportée par le gérant. Dans la mesure où le système comptable des deux systèmes favorise une répartition transparente de ces charges, le couplage peut être bénéfique de ce point de vue pour l'institution ;

✓ Le couplage contribue à créer une synergie positive, dans la mesure où les différents organes peuvent s'associer autour des actions communes. C'est le cas par exemple des actions de communication (sensibilisation) pour lesquelles le couplage permet une couverture plus large de la cible.

Toutefois, il importe de souligner le risque de confusion dans la répartition des coûts, notamment en l'absence d'un système de comptabilité analytique adapté. Dans les deux cas de figure où la gestion du couplage ne se fait pas à travers des structures différenciées, si la gestion des liquidités semble bien différenciée entre les deux activités, il n'était pas possible d'imputer tous les coûts de manière différenciée. Or, une des conditions clés de réussite d'une articulation entre la microfinance et la micro-assurance santé réside dans la mise en place et l'observation rigoureuse de règles de bonne gouvernance. Cela se traduit par un bon enregistrement des données, en vue de permettre une bonne répartition des charges entre les deux systèmes.

Conclusion

Il n'est évidemment pas aisé de tirer des conclusions uniquement à partir de quelques observations et il est donc particulièrement souhaitable de rester modéré et prudent à ce stade. Ceci étant, il nous semble que sur base de cette première recherche exploratoire, nous pouvons formuler trois remarques. Premièrement, les mécanismes d'adhésion qui sous-tendent le bon fonctionnement des systèmes de micro-assurance santé et de microfinance sont plus complexes qu'on ne le pense trop souvent. Bien comprendre ce qui motive véritablement les individus à participer à de tels mécanismes est donc un véritable enjeu. Sur base de ce que nous avons pu observer, il semble clairement que le micro-crédit joue un rôle d'attracteur important. Deuxièmement, il est plus aisé de familiariser les populations cibles avec des produits de microfinance qu'avec des produits de micro-assurance santé. Cela se justifie probablement par le fait que le crédit et l'épargne sont en tant que tels des pratiques traditionnelles alors que la mutualisation des risques au travers de l'assurance ne semble pas l'être. Il y a donc peut-être lieu de s'interroger sur d'autres pratiques possibles du financement des soins de santé. Troisièmement, les articulations que nous avons pu observer nous

donnent à penser qu'il n'y a pas un modèle qui soit forcément supérieur aux autres mais qu'une distinction claire entre les services offerts est largement souhaitable si on souhaite d'une part favoriser une saine gestion et d'autre part éviter des effets de « contagion » pervers lorsque l'un ou l'autre des systèmes rencontre des difficultés.

BIBLIOGRAPHIE

AMEGBEDJI, U.S., (2004). "Inventaire des systèmes d'assurance maladie en Afrique – rapport du Bénin" Document de la Concertation entre les acteurs de développement des mutuelles de santé en Afrique, 42 pages.

ATIM C. (2000) : « Contribution des mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé : synthèse de travaux de recherche menés dans neuf pays d'Afrique de l'ouest et du centre », USAID, BIT, WSM, ANMC Belgique, Bruxelles, mars 2000, 78 pages.

BCEAO (2005) : « Notes d'information statistiques : Les principaux indicateurs économiques et financiers du Bénin », avril, www.bceao.int.

BOTZUNG, M., (1996). « Dispositifs d'appui et financement de la petite entreprise », Tiers Monde, Tome XXXVII, 145, 135-152. BROWN W. & CHURCHILL C. (2004) : « Quelles leçons tirer des premières expériences de micro-assurance ? », ADA Dialogue, n° 33, juin, Luxembourg, pp.55-78.

CELLULE MICROFINANCE, 2003, « Bilan et perspectives à court et moyen termes de la microfinance au Bénin : Evaluation et impacts de la microfinance sur les bénéficiaires de micro-crédits », PADSP - BEI, Cotonou

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

CHURCHILL C.F. (2004) : « La microfinance est-elle une priorité pour les pauvres ? Comprendre la demande de services financiers de gestion des risques », ADA Dialogue, n° 33, juin, Luxembourg, pp.11-30.

CHURCHILL C.F. (2005) : « Les institutions de microfinance doivent-elles proposer des services d'assurance ? », Revue Techniques Financières et Développement, Epargne Sans Frontière, n° 78, mars, pp.99-115.

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 prestation de services en micro-assurance », ILO & ADA (pour la traduction française), Genève, 250 pages.

DROR M.D. & PREKER S.A. (2002) : « Social Reinsurance : A New Approach to Sustainable Community Health Financing », ILO & The World Bank, Geneva & Washington D.C., 540 pages.

FONTENEAU B., avec la collaboration de Coumba Gueye, Djakaridja Hema Ouattara et Aboubakar Koto-Yérîma, (2004) : « Les défis des systèmes de micro-assurance santé en Afrique de l'Ouest : cadre politique, environnement institutionnel, fonctionnement et viabilité », KULEUVEN – HIVA – VLIR – DGCD, mars, 360 pages.

GROUPE DE TRAVAIL SUR LA MICRO-ASSURANCE (2004) : « Lignes directrices préliminaires en micro-assurance, destinées aux bailleurs de fonds », ADA Dialogue, n° 33, juin, Luxembourg, pp.79-94.

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

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

LAI, M. (2000), « Conférence virtuelle sur la micro-assurance », ADA Dialogue, n° 24, décembre, Luxembourg, pp.29-40.

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

LOUIT dit GUERIN O., (2006), “Association d’entraide des femmes, Bénin”, CGAP Working Group on Microinsurance, Good and Bad Practices, Case Study N°. 22.

MILLER M. & NORTHRIP Z. (2000) : « L’assurance comme produit de microfinance », Note Technique n° 4, Série Innovations en Microfinance, Bamako, 18 pages.

POURSAT C. (2004) : « Micro-assurance santé et microfinance : quelques enseignements du programme pilote du GRET au Cambodge », in GUERIN I. & SERVET J.M. : Exclusion et liens financiers, Rapport 2003 du Centre Walras, Economica, Paris, pp.56-66