

GROUPE DE RECHERCHE EN APPUI A LA POLITIQUE
SUR LES ORGANISATIONS DE LA SOCIETE CIVILE
GRAP-OSC

VOLET ECONOMIE SOCIALE

**RECHERCHE D'UN CADRE D'ANALYSE POUR
L'ARTICULATION ENTRE LA MICROFINANCE
ET LA MICROASSURANCE SANTE AU BENIN**

RAPPORT D'ETUDE

REALISE PAR :

Marthe NYSENS
Ilère NGONGANG
Pascal WELE I.

Cotonou, Septembre 2005

SOMMAIRE

	Page
LISTE DES TABLEAUX ET SCHEMAS	3
1. INTRODUCTION	4
2. CONTEXTE	5
2.1. Pertinence d'une logique d'articulation entre la microfinance et la microassurance santé au Bénin	5
2.2. Diversité d'expériences dans le couplage microfinance-microassurance santé au Bénin	7
2.2.1. L'expérience de PROMUSAF	7
2.2.1.1. Historique des mutuelles de santé de PROMUSAF	7
2.2.1.2. Introduction du microcrédit dans la mutuelle de santé	12
2.2.1.3. La gestion du couplage microfinance-microassurance santé	14
2.2.2. L'expérience de ASSEF	15
2.2.2.1. Historique de ASSEF	15
2.2.2.2. Mise en place d'une mutuelle de santé au sein du réseau de microfinance ...	17
2.2.2.3. La gestion du couplage par ASSEF	20
2.2.3. L'expérience de Louvain Développement	22
2.2.3.1. Historique, objectifs et secteurs d'intervention de LD	22
2.2.3.2. Le système de microassurance santé de LD	22
2.2.3.3. Le système de microfinance de LD	24
2.2.3.4. La gestion du couplage	25
3. POSTULAT	27
3.1. Les alternatives endogènes	27
3.2. Les effets perçus du couplage	27
4. LES HYPOTHESES SUR L'EFFET DE L'ARTICULATION ENTRE LA MICROFINANCE ET LA MICROASSURANCE SANTE	29
4.1. Effets du couplage sur le plan de la protection sociale	29
4.1.1. Effets du couplage sur le taux de recouvrement des cotisations	29
4.1.2. Effets du couplage sur le taux d'adhésion des membres	31
4.2. Effets du couplage sur le plan du microcrédit	31
4.2.1. Effets du couplage sur le taux de remboursement du microcrédit	31
4.2.2. Effets du couplage sur les coûts à supporter par les membres	32
4.3. Effets du couplage sur le plan du renforcement institutionnel	32
4.3.1. Le renforcement de la mission	32
4.3.2. Les économies de coûts pour l'institution	33
4.3.3. La dynamique de participation	33
5. RAPPROCHEMENT DES DIFFÉRENTES FORMES D'ARTICU- LATION	34
6. CONCLUSION	35
BIBLIOGRAPHIE	37
LISTE DES SIGLES ET ABBREVIATIONS	38
ANNEXES	39

LISTE DES TABLEAUX ET SCHEMAS

LISTE DES TABLEAUX

		Page
Tableau 1	Fiche synthétique sur les mutuelles de santé de Dassa-Zoumé et Godomey (expérience de PROMUSAF Bénin)	9
Tableau 2	Fiche synthétique sur le système de microcrédit de Dassa-Zoumé et Godomey (expériences de PROMUSAF Bénin).	12
Tableau 3	Fiche synthétique sur la mutuelle de santé de ASSEF.....	18
Tableau 4	Fiche synthétique sur la MUSA de Honhoué (expérience de LD).....	23
Tableau 5	Fiche synthétique sur la CAEC de Honhoué (expérience de LD)	24
Tableau 6	Taux d'utilisation des services de santé dans les mutuelles de santé de LD, ASSEF et PROMUSAF en 2004	28
Tableau 7	Comparaison des taux de recouvrement des cotisations dans les mutuelles de santé visitées au Bénin	30
Tableau 8	Avantages et inconvénients des diverses formes d'articulation	35

LISTE DES SCHEMAS ET GRAPHIQUE

Schéma 1	Forme de couplage microfinance-microassurance santé de PROMUSAF.	15
Schéma 2	Forme de couplage microfinance-microassurance santé de ASSEF	21
Schéma 3	Forme de couplage microfinance-microassurance santé de LD	26
Graphique 1	Comparaison des taux de recouvrement des cotisations dans les mutuelles de santé de PROMUSAF	30

1. INTRODUCTION

L'idée selon laquelle la mise en place, dans les pays en développement notamment, d'un dispositif d'assurance santé en faveur des populations économiquement faibles constitue un moyen efficace de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, requiert de plus en plus l'unanimité. Selon Dror et Preker (2002), dans la mesure où elle favorise un plus large accès des populations aux soins de santé, l'assurance santé constitue un levier pertinent d'amélioration du bien-être individuel et par conséquent un facteur de performance économique à l'échelle nationale.

De plus, certains pensent que le couplage entre la microassurance santé et la microfinance est susceptible de générer des synergies soit en termes de renforcement de la capacité des adhérents des services de microassurance à faire face à leurs cotisations, soit en termes de réduction des risques de non-remboursement des crédits. Vue sous un premier angle, la microassurance prise globalement, apparaît comme un instrument de gestion des risques et de renforcement des impacts des institutions de microfinance (Miller & Northrip, 2000 ; Lai, 2000 ; Churchill, 2004 ; Brown & Churchill, 2004). Sous un second angle, la microassurance santé est indispensable pour un meilleur accès aux soins de santé. Cependant pour faire face à leurs engagements, les adhérents aux systèmes de microassurance peuvent faire recours à la microfinance, dans le but d'accroître leurs capacités productives (Fonteneau & al., 2004).

De ce fait, quel que soit l'angle sous lequel l'on se situe, il n'y a plus d'équivoque sur l'opportunité ou non d'un couplage microfinance et microassurance santé. Par contre, comme le soulignent Labie et Nyssens (2005), il reste pertinent de s'interroger sur la meilleure forme d'articulation qui est susceptible d'offrir les meilleures synergies.

Ainsi, la présente étude s'inscrit dans le cadre du projet GRAP-OSC et vise à analyser dans quelles mesures l'articulation entre la microfinance et la microassurance santé au Bénin est susceptible de favoriser ou non une meilleure inclusion économique et sociale des populations les plus démunies (Labie & Nyssens, 2005). Dans le but de réunir les éléments essentiels à l'élaboration d'un cadre d'analyse approprié sur cette thématique, notre démarche a consisté en une étude comparative de terrain axée sur l'observation des différentes formes de couplage mises en œuvre au Bénin. Plus particulièrement la mission a porté sur les visites des expériences de PROMUSAF (Projet Mutuelle de Santé en Afrique) et de l'ONG Louvain Développement, auxquelles il faudrait ajouter des investigations menées sur une troisième expérience, celle de ASSEF (Association d'Entraide des Femmes).

Le présent document qui fait le point des visites de terrain effectuées dans le cadre de cette mission, s'articule en quatre principaux points. Le premier point porte sur la description du contexte des structures visitées, ainsi que des expériences que ces dernières ont vécues en matière de couplage entre la microfinance et la microassurance santé. Le deuxième point se consacre, quant à lui, au réexamen du postulat selon lequel la microassurance santé est un moyen plus efficace de protection contre la maladie, comparativement aux systèmes alternatifs existants. Vient ensuite le troisième point relatif aux hypothèses formulées dans le cadre de l'étude. Enfin, le quatrième point en guise de conclusion, propose une vision prospective sur les différentes structures visitées dans le cadre de la présente étude en particulier, et en général sur les formes de couplage qui sont mis en œuvre entre la microfinance et la microassurance santé au Bénin.

2. LE CONTEXTE

2.1. PERTINENCE D'UNE LOGIQUE D'ARTICULATION ENTRE LA MICROFINANCE ET LA MICROASSURANCE SANTÉ AU BÉNIN

La situation économique précaire que traverse le Bénin depuis le lendemain des années 1980 reste encore persistante jusqu'à nos jours. Au plan de l'intermédiation financière, la défaillance du système bancaire a très tôt favorisé, en dépit de sa restructuration au cours des années 1990, l'émergence des institutions de microfinance dont la mission consiste à offrir des services financiers aux agents économiques à faible revenu exclus des circuits classiques. Pour preuve de cette émergence, 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, 2003). En raison des impacts significatifs qu'elles exercent, notamment en termes d'amélioration du niveau de vie de leur clientèle cible, ces institutions sont dorénavant répertoriées comme des instruments efficaces de lutte contre la pauvreté. Notons toutefois que le secteur de la microfinance, 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. 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.

Mais, parallèlement au phénomène de la microfinance, l'apparition des systèmes de microassurance, comme une solution aux difficultés d'accès des populations démunies aux soins, visant à réduire les dépenses sociales des ménages, est relativement récente et embryonnaire, comme c'est d'ailleurs le cas dans la plupart des pays d'Afrique de l'Ouest. Selon Fonteneau et al. (2004), la dynamique des systèmes de microassurance qui revêt majoritairement un caractère mutualiste, est lancée sur l'initiative de l'Eglise (au Burkina Faso et au Sénégal) et d'une ONG française, notamment le CIDR (au Bénin). 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 1997¹ à 23 en 2000¹, puis à 43 en 2003². Soulignons toutefois que la majorité des mutuelles évoquées précédemment n'offre que des produits de microassurance santé.

En dépit de la croissance progressive du secteur de la microassurance 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 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 et al., 2004, p.ix).

Il ressort donc que la viabilité des deux systèmes que constituent la microfinance et la microassurance santé est fortement menacée par une diversité de facteurs dont le non-

¹ Fonteneau et al. (2004), p.viii.

² BIT/STEP (2005), p.12.

remboursement des crédits pour le premier et le non-paiement des cotisations pour le second.

Face à ces menaces, des voix sont de plus favorables à l'idée d'une articulation entre microfinance et microassurance santé, qui est susceptible de générer des synergies positives pour la viabilité des deux systèmes. Poursat confirme cette idée en affirmant : « Il existe une logique de complémentarité entre les services financiers offerts par les institutions de microfinance et la microassurance santé. Pour une famille dont les revenus sont faibles, le microcrédit 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).

Au plan pratique, les visites de terrain effectuées par l'équipe de la mission GRAP-OSC durant la période du 12 au 17 septembre 2005 visaient à mettre en relief les différentes formes d'articulation adoptées entre les deux systèmes évoqués au Bénin, ainsi qu'à appréhender les effets induits par le couplage. Il est à noter que la forme de couplage "microfinance-microassurance santé" adoptée varie en fonction des objectifs visés ou des effets attendus. 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, ainsi qu'à améliorer leur participation aux prises de décisions. Ce faisant, le couplage consiste à introduire un dispositif de microcrédit dans les mutuelles de santé via un opérateur de crédit. C'est dans cette logique que s'inscrit l'approche d'intervention de PROMUSAF 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 microassurance 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.

Comme nous le verrons plus loin, l'expérience de Louvain Développement consiste, quant à elle, à rechercher des synergies réciproques entre les deux types d'institution créés simultanément, à savoir les mutuelles de santé d'une part et les structures locales d'épargne et de crédit d'autre part.

2.2. DIVERSITÉ D'EXPÉRIENCES DANS LE COUPLAGE MICROFINANCE-MICROASSURANCE SANTÉ AU BÉNIN

2.2.1. L'expérience de PROMUSAF

Le programme PROMUSAF (Programme d'appui aux Mutuelles de Santé en Afrique de l'ouest) est volet du programme d'économie sociale Solidarité Mondiale (WSM) / Fonds Belge de Survie (FBS). Ce programme comporte en outre deux autres volets, à savoir : le

volet microfinance, le volet appui aux initiatives d'économie sociale et le volet synergie. En effet, dans son programme de lutte contre l'exclusion sociale, WSM considère le volet économie sociale comme une stratégie efficace de lutte contre la pauvreté. De ce fait, son approche d'intervention vise notamment la réduction de la pauvreté et l'insécurité alimentaire, à travers l'amélioration de l'accès des populations aux services de santé et l'intégration sociale des groupes vulnérables.

Dans le contexte de l'inaccessibilité notamment financière des soins de santé pour les populations, WSM et ANMC ont créé en 1998 *le Programme d'appui aux mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest francophone (PROMUSAF)* pour tenter d'apporter une solution durable à cette problématique. Les objectifs sont inscrits dans le programme quinquennal 1998-2002 et visent à rendre les organisations partenaires du programme capables de :

- promouvoir la santé de leurs membres par des activités d'éducation et de prévention
- garantir à leurs membres l'accès à des soins de santé de qualité proposés à un coût abordable
- construire progressivement des mécanismes de protection sociale fiables, durables, basés sur des principes de solidarité et l'assurance.

En vue d'une meilleure efficacité et en raison des faibles moyens disponibles, les interventions de PROMUSAF en Afrique de l'Ouest sont concentrées dans quatre pays sélectionnés en fonction des réalisations et du potentiel repéré entre 1995 et 1998 : Bénin, Burkina, Sénégal, et Mali. Ce programme d'économie sociale WSM / FBS met un accent particulier sur le renforcement des réseaux d'initiatives d'économie sociale et mutualistes, la synergie et l'action de plaidoyer en vue de poser les jalons à un développement harmonieux, qui met l'homme et la justice sociale au centre de toutes ses actions.

2.2.1.1. Historique des mutuelles de santé de PROMUSAF

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. Comme le montre le tableau en annexe, ces mutuelles de santé regroupent au total 2.498 adhérents, avec une forte adhésion des femmes. Les bénéficiaires quant à eux se chiffrent globalement à 6.921 personnes.

Il importe de souligner que la plupart des mutuelles de santé appuyées par PROMUSAF ont été initiées par des groupements villageois, même si l'idée a dû se formaliser par la structure d'appui. De plus, en dépit des spécificités qui transparaissent dans chacune des mutuelles de santé visitées par la mission (à savoir les mutuelles de Dassa-Zoumé et de Godomey), l'objectif prioritaire commun à tous les initiateurs reste l'amélioration de l'accessibilité financière des populations cibles aux soins de santé, en vue de favoriser leur inclusion économique et sociale.

Comme dans la plupart des pays de la sous-région, l'idée est souvent partie du constat d'une forte demande de soins de santé ressentie par les populations membres des différents groupements qui, en raison de leur pouvoir économique faible, ne sont pas en mesure d'assurer la couverture financière des soins.

En vue de favoriser l'efficacité du système, la mise en place des mutuelles est précédée par l'élaboration d'une étude de faisabilité, en vue d'apprécier les contextes démographique,

socio-économique, sanitaire, juridique et financier des populations, et d'analyser leur dynamique organisationnelle et associative, et les possibilités d'offre de soins. En procédant plus particulièrement à l'identification des besoins, cette étude propose les différents scénarios entre les niveaux de cotisation et les prestations à offrir aux membres. En fait, comme le souligne Fonteneau et al. (2004), cette démarche a été nécessaire à la mise en place des mutuelles de santé dans la majorité des cas en Afrique de l'Ouest.

a) Objectifs, groupe cible et mode de fonctionnement des mutuelles visitées

L'idée d'une mutuelle de santé qui a germé vers juin 2002 à Dassa-Zoumé et vers février 2003 à Godomey, est partie des populations à la base, à savoir les groupements de femmes, les syndicats, etc. Toutefois il faudra attendre huit mois plus tard pour voir se concrétiser les initiatives, notamment par l'organisation d'une assemblée générale constitutive en février 2003 à Dassa-Zoumé, puis en septembre 2004 à Godomey. Cependant, PROMUSAF dispose d'expériences relativement plus anciennes dans la région septentrionale. C'est le cas par exemple des mutuelles de santé de Bembèrèkè, de Parakou et de Gamia dont la création date respectivement d'octobre 2001, décembre 2001, et décembre 2002.

A l'instar des autres mutuelles de santé de PROMUSAF, celles que nous avons visitées ont pour objectifs, de favoriser l'accès des membres des groupements féminins et des acteurs du secteur informel aux soins de santé. Cela permettrait de réduire l'exclusion sociale de ces couches vulnérables, à travers une augmentation substantielle de leur niveau de revenu. A cet effet, les risques couverts sont essentiellement axés sur les affections courantes. En pratique, les mutuelles signent des conventions avec des centres de santé primaires de la localité et étendent, dans la plupart des cas (surtout dans les zones rurales), la couverture des risques à l'ensemble des prestations offertes par les centres conventionnés. Toutefois, dans certaines mutuelles telles que celle de Godomey, la couverture des risques porte sur une liste d'affections bien définie (voir tableau ci-après).

Comme l'illustre ce tableau, les deux localités sont caractérisées par une faible adhésion des populations aux mutuelles de santé. Pourtant ces zones sont constituées majoritairement de personnes vulnérables visées par les objectifs des mutuelles. Cette faible adhésion traduit entre autres le fait que les populations concernées n'ont pas la même perception des risques de maladie, puisque celles-ci sont réticentes à effectuer des dépenses de prévention d'un risque éventuel futur. Pourtant dans la plupart des mutuelles, la cible visée représente une très grande partie de la population. Il en résulte un taux de pénétration très faible estimée à 2,5% pour la mutuelle de Dassa-Zoumé et 0,5% pour celle de Godomey. De plus, l'on observe dans les deux mutuelles visitées un faible taux d'utilisation des services de santé de la part des membres, même si celles-ci proposent un taux de prise en charge de l'ordre de 70% à Dassa-Zoumé et de 75% à Godomey. En témoigne le faible taux de sinistralité qui caractérise les deux mutuelles : respectivement 5,3% et 9,6% dans chacune des deux mutuelles visitées, contre une moyenne de 50,8% pour l'ensemble des mutuelles de santé appuyées par PROMUSAF. D'après les investigations de la mission, 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). Pourtant, ceux-ci continuent le paiement normal de leurs cotisations mensuelles ; ce qui permet à la mutuelle de dégager un solde de trésorerie très positif de 795.710 F.CFA à Dassa et de 443.145 F.CFA à Godomey.

Tableau 1 : Fiche synthétique sur les mutuelles de santé de Dassa-Zoumé et Godomey (expérience de PROMUSAF Bénin)

Mutuelles	Ifèdoun de Dassa-Zoumé	Jijoxo de Godomey
Caractéristiques		
Date AGC	Fév. 2003	Sept. 2004
Démarrage des prestations	Nov. 2003	Avril 2005
Groupe cible	Membres des groupements féminins et acteurs du secteur informel	Acteurs de l'économie informelle (conducteurs de taxi-moto et groupement des femmes) de Godomey
Nombre d'adhérents	223	159
Nombre de bénéficiaires	432	304
Organes	AG, BE, CS	AG, BE, CS
Risques couverts	Ensemble des prestations des centres de santé primaire conventionnés	Paludisme, maladies respiratoires & diarrhéiques, traumatisme, petite chirurgie, consultations prénatales, accouchement, analyses de base
Autres services aux membres	micro crédit, Formation et Education à la santé	micro crédit, Formation et éducation à la santé
Type d'adhésion	Individuelle	Individuelle
Taux d'adhésion	500	1.000
Taux de cotisation	200 / mois	250 / mois
Périodicité de paiement	Mensuelle	Mensuelle
Taux de prise en charge	70%	75%
Période d'observation	6 mois	6 mois
Coût des prestations	26.470	5050
Montant des cotisations	501.300	52.750
Taux de sinistralité	5,3%	9,6%
Nombre de personnes prises en charge en 2004	08	03
Taux de recouvrement des cotisations	78%	24%
Taux de pénétration (estimation)	2,5%	0,5%
Solde de trésorerie	795.710	443.145
Clôture du dernier exercice	Déc. 2004	Juin 2005
Relations avec partenaires	PROMUSAF, MDB	PROMUSAF, MDB

Source : PROMUSAF (2004, 2005).

Cependant, il faudrait signaler que le taux de sinistralité qui est très faible dans les deux mutuelles évoquées précédemment, est beaucoup plus élevé dans les mutuelles plus anciennes situées dans le septentrion (99,5% à Bembèrèkè, 65,3% à Parakou).

Dans le but d'assurer la durabilité du système, les mesures prudentielles adoptées comprennent entre autres :

- un délai d'observation de six mois au cours de laquelle, les nouveaux membres ne bénéficient pas des services de santé,
- un ticket modérateur supporté par les bénéficiaires, s'élevant respectivement à 30% et 25% à Dassa-Zoumé et Godomey.
- la constitution d'un fonds de réserves pour assurer la continuité de la mutuelle.

b) Dispositif organisationnel, dynamique de participation et ressources

Au plan organisationnel, les mutuelles de santé appuyées par PROMUSAF se traduisent notamment par un fonctionnement régulier des organes de décision. A cet effet, on distingue :

- L'assemblée générale ordinaire de tous les mutualistes qui se tient une fois par an, avec une participation effective d'une forte majorité des membres,
- Le conseil d'administration regroupant quinze membres, dont les réunions se tiennent une fois par mois,
- Le comité de surveillance (trois membres) qui a un fonctionnement beaucoup plus régulier, et qui se charge de vérifier la fréquentation effective des centres de santé et de contrôler le paiement des cotisations mensuelles,
- La présence permanente d'un bureau exécutif statutaire de sept membres qui anime la vie de la mutuelle de santé.

Au travers des différents organes sus énumérés, l'on observe une forte participation des membres aux décisions portant sur la vie de la mutuelle. Cette dynamique de participation déjà remarquable, est accentuée par une forte capacité de mobilisation des membres qui sont toujours présents à toutes les rencontres. En effet, les mutuelles bénéficient d'une forte mobilisation au travers des groupements villageois, puis d'une grande audience auprès des partenaires locaux que sont la commune, les centres de santé, etc. Sans oublier que la participation des membres des différents organes et plus spécifiquement du président, du secrétaire et du trésorier à la gestion de la mutuelle repose sur le bénévolat. Aussi faudrait-il mentionner que la dynamique mutualiste de PROMUSAF bénéficie d'une participation très remarquable des femmes. Dans l'ensemble des mutuelles de santé, le taux d'adhésion des femmes varie entre 6,5% et 73,6% pour les membres, et entre 38% et 68% pour les bénéficiaires. Toutefois, pour les mutuelles visitées, les données chiffrées relatives à la participation féminine ne sont pas disponibles.

Par ailleurs, les ressources qui servent à financer le système de microassurance santé de PROMUSAF sont constituées par :

- les droits d'adhésion et les cotisations mensuelles des membres des mutuelles,
- une subvention de WSM et de FBS permettant d'assurer l'encadrement de PROMUSAF,
- le bénévolat des membres des mutuelles, notamment ceux des différents organes, à savoir le bureau exécutif, le conseil d'administration et le conseil de surveillance,
- un local mis à disposition (pour les réunions ponctuelles) par le centre social de la commune.

c) Le recouvrement des cotisations

Le taux de recouvrement des cotisations constitue l'un des indicateurs de performance des mutuelles de santé. En tant que tel, il renseigne sur la bonne marche et sur les chances d'une viabilité des mutuelles. 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 54%. De plus, si dès le départ certaines mutuelles enregistrent un fort taux de cotisation, elles ne parviennent pas à maintenir ce taux pendant longtemps. A Dassa-Zoumé par exemple, ce taux est passé de 77,7% en 2004 à 20% en juin 2005, alors que le taux de sinistralité a quant à lui doublé durant la même période (passant de 5,3% à 11,7%). Par ailleurs, le taux de cotisation est fixé à 200 F.CFA pour les titulaires et à 100 F.CFA pour les personnes à charge. Il est évident qu'un tel mouvement inverse entre le taux de recouvrement des cotisations et le taux de sinistralité peut à la longue être préjudiciable aux mutuelles, dans la mesure où il constitue une cause directe des difficultés de trésorerie.

Il faut souligner que le faible recouvrement des cotisations constitue un phénomène caractéristique des mutuelles de santé qui peut être généralisé à toute l'Afrique de l'Ouest, notamment à partir des travaux de Fonteneau et al. (2004). Étant donné que l'une des bases de la viabilité et de la solvabilité du système réside dans le paiement régulier de la totalité des cotisations par les membres, cette situation mérite de susciter quelques inquiétudes. 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 conjoncture économique généralisée qui entraîne le rétrécissement des marchés et la réduction du pouvoir d'achat des acteurs. En fait, l'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. C'est le cas dans la mutuelle de Dassa-Zoumé où cette cause est la plus évoquée.

Aux causes d'ordre financier évoquées précédemment, il faut également mentionner la faible qualité des soins. En effet, lors de la visite de terrain, la mission a constaté de nombreuses plaintes 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 de Dassa-Zoumé-Zoumé, 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.

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, sans oublier la démotivation des membres qui se traduit par l'irrégularité des visites de collecte.

2.2.1.2. Introduction du microcrédit dans la mutuelle de santé

Le tableau ci-après résume les données caractéristiques du programme de microcrédit de PROMUSAF, notamment dans les mutuelles de santé de Dassa-Zoumé et Godomey.

Tableau 2 : Fiche synthétique sur le système de microcrédit de Dassa-Zoumé et Godomey (expérience de PROMUSAF Bénin)

Caractéristiques	Mutuelles	Dasse-Zoumé	Godomey
Statut juridique		Association	Association
Date AGC		n.d.	n.d.
Date de mise en place du crédit		n.d.	n.d.
Objectifs du microcrédit		Renforcer la capacité contributive des membres des mutuelles de santé	Renforcer la capacité contributive des membres des mutuelles de santé
Initiateur		PROMUSAF	PROMUSAF
Groupes cibles		Membres de la mutuelle de santé	Membres de la mutuelle de santé
Organes		Comité de crédit	Comité de crédit
Dispositif institutionnel		la gestion de crédit assurée via MDB, une IMF agréée	la gestion de crédit assurée via MDB, une IMF agréée
Origine de fonds de crédit		fonds du programme PROMUSAF/FBS	Fonds du programme PROMUSAF/FBS
Conditionnalités d'octroi de crédit		Etre à jour des cotisations	Etre à jour des cotisations
Produits		Crédit	Crédit
Taux d'intérêt		10%	10%
Nombre de bénéficiaires de crédit		83	25
Nombre de crédits octroyés		83	25
Montant moyen de crédit		18.000	20.000
Taux de remboursement de crédit à date		92,8%	100%
Système comptable		Comptabilité séparée	Comptabilité séparée
Partenaires		Mutuelle pour le Développement à la Base	Mutuelle pour le Développement à la Base

Source : PROMUSAF(2004, 2005).

a) Objectifs, groupe cible et mode de fonctionnement du programme de microcrédit

L'évaluation du programme PROMUSAF de 2001 a relevé quelques défis à affronter pour assurer la durabilité des mutuelles de santé. On distingue 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 d'économie sociale, dans le but de renforcer la capacité contributive des mutualistes.

Le principal objectif du programme du microcrédit consiste à améliorer le revenu des mutualistes, afin de garantir la régularité du paiement des cotisations. Ce faisant, le programme consiste à apporter un appui financier aux activités génératrices de revenu (AGR) des mutualistes, à travers l'offre de microcrédit. Au plan opérationnel, la mise en oeuvre du programme du microcrédit est assurée par un opérateur de microfinance agréé, à savoir la Mutuelle pour le Développement à la Base (MDB) qui apporte son expertise dans la mise en place du microcrédit dans les mutuelles de santé : information, communication, sensibilisation, suivi des remboursements.

La mise en place du microcrédit a commencé en 2002 avec trois mutuelles, et à ce jour, un montant total de crédit 13,5 millions de francs CFA a été octroyé au profit de onze mutuelles, dont 1,5 millions pour la mutuelle de Dassa-Zoumé et 0,5 millions pour celle de Godomey. Le taux d'intérêt annuel qui était de 12% est ramené tout récemment à 10%. Ce taux est réparti comme suit : 8% pour l'opérateur de crédit MDB, 2% pour la mutuelle et 2% pour le PROMUSAF. La garantie exigée pour le crédit se réduit essentiellement à la caution solidaire. Les crédits qui servent à financer les AGR tels que le petit commerce, les activités agricoles, la transformation, l'artisanat, etc. sont accordés aux groupements ou à des individus, au titre de prêts productifs.

Sur l'ensemble des crédits mis en place, l'on note une forte proportion des femmes parmi les bénéficiaires. En effet, d'après les statistiques de PROMUSAF, environ les deux tiers des crédits octroyés sont destinés aux femmes (66,37%) contre seulement le tiers pour les hommes (33,63%). Cette prédominance féminine parmi les bénéficiaires peut être due au fait que les femmes figurent parmi les personnes les plus vulnérables visées par le programme. Dans la mutuelle de Dassa-Zoumé, les femmes qui représentent 92,8% des bénéficiaires du microcrédit se répartissent 92,6% de l'enveloppe financière (1,5 millions). A Godomey, cette tendance est conservée, même si l'ampleur est plus réduite : le montant global du crédit (0,5 millions) est également réparti entre les membres qualifiés, à raison de 60% pour les femmes et 40% pour les hommes.

b) Dispositif organisationnel, participation des membres et ressources

Le processus de décision relatif au microcrédit implique trois organes qui fonctionnent tous suivant le principe du bénévolat. On distingue notamment :

- Le conseil d'administration qui se réunit une fois par trimestre.
- Le comité de crédit qui regroupe cinq membres dont certains sont membres du bureau exécutif de la mutuelle de santé. Ce comité a pour tâches : l'étude des dossiers, l'analyse de la capacité de remboursement des emprunteurs, la sélection des dossiers, mise en place et recouvrement des crédits. Il faut souligner que la responsabilité de ce comité reste pertinente dans le processus de mise en place du crédit, au regard de la nécessité de réduire les asymétries d'information, en vue d'une minimisation des risques de non-remboursement.
- Le comité de surveillance qui assure la mission de vérification et de contrôle des activités de microcrédit. Il est composé de trois membres.

En ce qui concerne les sources de financement de l'activité de microfinance, les mutuelles de santé bénéficient, par l'intermédiaire de PROMUSAF, d'un fonds de crédit financé par le FBS dont le montant total s'élève 13,5 millions F.CFA en fin 2004.

c) Les performances de remboursement

En général, le programme de microcrédit bénéficie d'un taux de remboursement élevé. En effet, les promesses de renouvellement du crédit constituent l'une des principales motivations pour le remboursement régulier. Ainsi, le taux de remboursement a atteint 100% à Godomey. De même à Dassa-Zoumé, ce taux était de 100% en 2003. Par contre en 2004, l'on note quelques difficultés de remboursement imputables à plusieurs facteurs, qui se traduisent par une légère baisse du taux de remboursement de l'ordre de 7 points (soit

92,8%). Notons que pour l'ensemble des mutuelles de PROMUSAF qui ont bénéficié du crédit, le taux de recouvrement global s'élève 83,44%³ à fin août 2005 ; ce taux confirme des difficultés qu'éprouvent la plupart des emprunteurs dans le remboursement des crédits. D'une part, les membres évoquent des difficultés conjoncturelles telles que les aléas climatiques, la situation économique alarmante du pays qui ont fortement perturbé leur rythme de remboursement des crédits. 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. Il en résulte un arrêt du processus de renouvellement du crédit qui est subordonné entre autres à une performance de remboursement de 100% lors de la première phase.

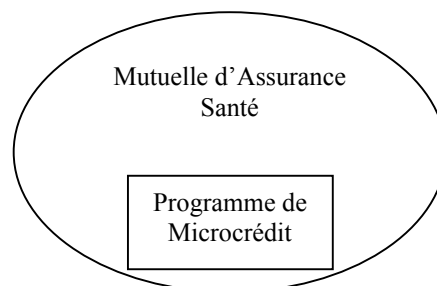
2.2.1.3. La gestion du couplage microfinance-microassurance santé

Au sein des mutuelles, les activités de microassurance santé et de microfinance constituent deux volets distincts. La gestion du volet microassurance santé est assurée par des organes spécifiques que sont : l'assemblée générale, le conseil d'administration, le comité de surveillance. La gestion du microcrédit est assurée par un comité de crédit de cinq membres qui se charge du processus de mise en place des prêts, avec l'appui technique de l'opérateur de crédit (MDB). Cependant, ces deux volets bénéficient de l'appui du PROMUSAF.

D'autre part, en vertu des motivations profondes qui ont conduit le PROMUSAF et ses partenaires locaux à l'initiative du couplage de la microassurance santé avec le microcrédit, l'obtention de ce dernier 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. L'espoir nourri étant, faut-il le rappeler, que le couplage pourrait favoriser le renforcement du pouvoir économique des populations vulnérables et par conséquent les aptes à faire face aussi bien au remboursement du microcrédit qu'au paiement régulier des cotisations à la microassurance santé.

En bref, l'articulation observée dans les expériences de PROMUSAF se traduit par l'introduction d'un programme de microcrédit dans les mutuelles de santé. Ce faisant, dans le but de respecter la réglementation en vigueur dans le secteur de la microfinance au Bénin, PROMUSAF fait recours à un opérateur du microcrédit (une institution de microfinance agréée auprès du ministère des finances) qu'est la Mutuelle pour le Développement à la Base (MDB). Cette forme de couplage peut être représentée par le schéma suivant.

Schéma 1 : Forme de couplage microfinance-microassurance santé de PROMUSAF



³ Données PROMUSAF (2005).

2.2.2. L'expérience de ASSEF

L'Association d'Entraide des Femmes (ASSEF) est une institution de microfinance dont l'objectif est de « contribuer à l'amélioration durable de la situation socio-économique des femmes pauvres de Cotonou et de ses Banlieues » (BIT/STEP, 2005, p.7). Créée en 1995, cette institution a initié un programme de microassurance santé avec l'appui du BIT/STEP, pour répondre à une forte demande formulée par les femmes ne disposant d'aucun moyen de protection face aux risques financiers liés à la maladie.

A l'instar de l'expérience de PROMUSAF, le couplage qui n'a démarré qu'en 2002 constitue une expérience relativement jeune. Son intérêt réside dans le fait qu'elle représente un autre modèle de couplage fondé sur l'introduction de la microassurance santé à partir des institutions de microfinance.

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.

2.2.2.1. Historique de ASSEF

a) Objectifs, groupe cible et mode de fonctionnement de l'institution de microfinance

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. Pour atteindre l'objectif global défini précédemment, elle a adopté un plan stratégique axé sur trois objectifs spécifiques. Le premier consiste à offrir des services financiers durables aux femmes pauvres à travers des caisses et des associations d'épargne et de crédit. Le second quant à lui consiste à mettre en place des systèmes pour mieux gérer l'évolution actuelle et future du réseau. Enfin le troisième objectif spécifique consiste à renforcer les capacités des femmes du réseau à défendre leurs intérêts.

Ainsi, le groupe cible de ASSEF est constitué des femmes économiquement modestes de Cotonou et des périphéries. Ces femmes opèrent en majorité dans les activités telles que le commerce, la restauration, l'artisanat, etc. Pour servir cette cible, l'institution est organisée en un réseau de 112 associations d'épargne et de crédit et 26 caisses d'épargne et de crédit regroupant environ 25.000 membres (BIT/STEP, 2005) :

- Les caisses d'épargne et de crédit (CEC) sont des structures de type coopératif dotées d'un organe de gestion et d'un organe de contrôle, dont l'effectif varie entre quelques centaines et quelques milliers de femmes membres.
- Les associations d'épargne et de crédit (AEC) sont des structures plus légères de 35 femmes au maximum, offrant les mêmes services que les CEC.
- 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.

En tant qu'institution de microfinance agréée à la cellule de microfinance du Ministère des Finances du Bénin, 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 le taux d’intérêt sur les crédits est de 12 à 18% par an.

b) Dispositif organisationnel de l’institution de microfinance

Au plan organisationnel, ASSEF est structurée en trois niveaux, à savoir :

- Un niveau de décision qui regroupe l’assemblée générale de toutes les femmes sociétaires, le conseil d’administration, puis le conseil de surveillance.
- Un niveau de gestion technique et financière : ce niveau est centré sur la direction exécutive de ASSEF qui comprend six services techniques et une caisse centrale (voir schéma en annexe).
- Enfin, un niveau de diffusion regroupant les CEC et les AEC définies précédemment.

Il faut souligner que toutes les structures de ASSEF enregistrent une forte participation des femmes, notamment à travers le fonctionnement des différents organes.

c) Les défis de la performance

D’après l’évaluation du BIT/STEP, 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.

Il faut donc retenir que le réseau de microfinance ASSEF traverse présentement des crises qui obligent les dirigeants à adopter un plan de redressement, présentement en cours de mise en application. Il est donc envisageable que cette crise exerce une influence défavorable sur un projet de diversification de type microassurance.

2.2.2.2. La mise en place d’une mutuelle de santé au sein du réseau de microfinance

L’idée d’un dispositif de microassurance 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. Notons que les crédits de santé de ASSEF étaient gérés par des caisses de secours (communément appelées caisses ‘‘Alodo⁴’’) auxquelles les femmes pouvaient adhérer moyennant une cotisation mensuelle de 100 francs CFA (BIT/STEP, 2005). Il s’en suit une forte demande des femmes membres du réseau.

⁴ ‘‘Alodo’’ signifie secours en langue locale ‘‘Fon’’.

En effet, les femmes emprunteuses ne disposant d'aucun moyen de protection contre les risques liés à la maladie étaient souvent tentées soit de détourner les crédits de leur objet, d'effectuer des retraits sur leur compte d'épargne ou de brader un outil de travail pour faire face aux dépenses inhérentes aux soins de santé. Cette situation a eu des effets négatifs sur le remboursement des crédits, et explique en partie l'existence des impayés dans le réseau.

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

Suite aux effets perçus des crédits santé, qui ont induit une forte demande des femmes bénéficiaires, 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 microassurance santé au sein du réseau de microfinance. Ainsi, 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.

Ainsi donc, la cible visée par ce niveau dispositif est constituée des femmes membres du réseau ASSEF qui y adhèrent (individuellement ou en groupe) par le canal des CEC, des AEC ou de la caisse centrale du siège. Ces femmes proviennent en grande majorité des couches sociales défavorisées. Elles sont donc pour la plupart vulnérables aux risques maladie.

Tout comme l'expérience de PROMUSAF, la mise en place d'un système de microassurance 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. Le tableau ci-après résume les données de base sur la microassurance santé (MAS) de ASSEF (voir tableau suivant).

La prise en charge des dépenses de santé des bénéficiaires est fondée sur le principe du tiers payant. Comme l'indique le précédent tableau, 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, puis 70% par la MAS, sur présentation de factures mensuelles par le prestataire. 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.

Notons que comparativement au cas de PROMUSAF, les taux d'adhésion et de cotisation mensuelle sont plus élevés. En revanche, la gamme des soins couverts par le système de microassurance 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 marques et de spécialités disponibles dans les officines des structures sanitaires conventionnées. Par ailleurs, l'expérience de microassurance 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 3 : Fiche synthétique sur la mutuelle de santé de ASSEF

Données	Caractéristiques
Date AGC	Mai 2003
Démarrage des prestations	Mai 2003
Groupe cible	Membres des CEC, AEC et familles de Cotonou et environs
Nombre d'adhérents	1.921
Nombre de bénéficiaires	2.272
Organes	AG, CA, CS
Risques couverts	Soins de santé primaires et secondaires (voir détail en annexe)
Autres services aux membres	Microcrédit
Type d'adhésion	Individuelle ?
Taux d'adhésion	1.000 FCFA
Taux de cotisation	400 FCFA/Mois
Périodicité de paiement	Mois
Taux de prise en charge	70%
Période d'observation	-
Coût des prestations	8.033.098 FCFA
Montant des cotisations	10.621.350 F.CFA (de mai 2003 à déc. 2004)
Taux de sinistralité	76%
Nombre de personnes prises en charge en 2004	41% des bénéficiaires, soit 932
Taux de recouvrement des cotisations	83% (2004)
Taux de pénétration (estimation)	8%
Solde de trésorerie	2.528.727 FCFA (Réserves accumulées)
Clôture du dernier exercice	Décembre 2004
Relations avec partenaires	BIT/STEP

Source : Inspiré de BIT/STEP (2005).

b) Dispositif organisationnel et ressources de la microassurance santé

Le système de microassurance santé mise en œuvre par ASSEF ne fait pas l'objet d'un dispositif organisationnel distinct. Il s'intègre dans l'organigramme général de l'institution de microfinance. Cependant, au niveau de décision du dispositif organisationnel de ASSEF, c'est le conseil d'administration qui est chargé du suivi au plus près de la microassurance. Pour ce faire, il reçoit des comptes rendus périodiques sur les activités de la MAS. Au niveau de direction exécutive, la gestion technique et l'animation de la microassurance santé est assurée par l'un des services techniques, à savoir le Service Intérêts Stratégiques des Femmes (SISF). D'autre part, l'équipe constituée par ce service technique est renforcée par une stagiaire chargée de la mise en application d'un logiciel conçu⁵ pour le suivi des MAS.

En ce qui concerne les adhésions aux mutuelles de santé, elles sont enregistrées à trois niveaux :

- Au niveau des CEC pour les adhésions individuelles,
- Au niveau des AEC pour les adhésions individuelles ou de groupe, puis
- Au niveau de la Caisse centrale pour les adhésions individuelles.

⁵ Un logiciel est conçu et développé par le STEP du BIT pour le suivi des MAS.

Les ressources propres de la MAS proviennent des droits d'adhésion et des cotisations des adhérents et servent à couvrir la totalité des prestations de microassurance santé, ainsi qu'une partie des frais de gestion courante. Toutefois, la MAS bénéficie d'un soutien financier du BIT/STEP qui comprend notamment :

- 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 microassurance santé ;
- L'appui à la réalisation d'actions de sensibilisation et d'information des membres du réseau ;
- Le financement des indemnités de la stagiaire chargée de l'application du logiciel de suivi de la MAS.

c) Le recouvrement des cotisations

La collecte des cotisations se fait par l'intermédiaire des CEC et des AEC où une femme responsable de la microassurance est chargée de collecter les cotisations mensuelles à reverser au siège de ASSEF. Suite à l'évaluation de BIT/STEP (2005), le taux de recouvrement 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 microassurance santé a permis d'enregistrer en fin 2004, un taux de recouvrement annuel de l'ordre de 83%.

Cette fluctuation du taux de recouvrement reflète quelques difficultés réelles qu'éprouvent bon nombre de mutuelles de santé de la sous-région dans la collecte des cotisations (Fonteneau et al., 2004). Dans le cas spécifique d'ASSEF, l'étude du BIT a permis de repérer quelques causes de ces difficultés qui entraînent parfois la suspension des droits des mutualistes aux prestations :

- les responsables des CEC et AEC mettent un temps assez long pour reverser les cotisations,
- il existe des cas de détournement des cotisations par certaines femmes responsables des groupements,
- la discipline de cotisation n'est pas encore bien acquise par les membres,
- des difficultés d'ordre conjoncturel empêchent parfois les membres à honorer leurs engagements,
- des déficits d'information observés entraînent une baisse d'engouement des nouveaux acteurs intégrant le système suite aux renouvellements périodiques des organes,
- des problèmes d'appropriation du processus par les acteurs s'observent à divers niveaux, dès le début de la mise en place du système.

Par ailleurs, en dépit de la satisfaction des femmes adhérentes qui sont à jour, certaines se retirent de la MAS par simple arrêt des cotisations. En effet, le retrait est systématique après un délai de trois mois de retard dans le paiement des cotisations. Ainsi, les évaluateurs de l'ASSEF enregistré plusieurs plaintes au nombre desquelles ceux qui suivent sont les plus courants (BIT/STEP, 2005) :

- L'exclusion des soins de spécialité (sauf les soins de gynécologie) dans les services couverts par la mutuelle. Or ces soins sont souvent demandés par les femmes.

- Pour certaines femmes mutualistes, le montant des cotisations s'avère élevé, ce qui leur permet pas de faire souscrire les autres membres de leur famille.
- Les problèmes d'information sur la répartition des risques de maladie entre les mutualistes. En effet, certaines femmes voient de mauvais œil le fait qu'elles paient régulièrement les cotisations sans avoir accès aux soins de santé, du simple fait qu'elles ne tombent pas malades. Il s'ensuit souvent que celles-ci demandent des mesures compensatoires.

2.2.2.3. La gestion du couplage par ASSEF

La microfinance et la microassurance constituent deux branches d'activités parallèles. Toutefois, depuis la mise en place des MAS, l'obtention du crédit à la branche microfinance est subordonnée à une contrainte implicite (non formelle) : l'emprunteur doit être un mutualiste à jour vis-à-vis des cotisations.

Au plan organisationnel, ce couplage a conduit ASSEF à adopter une structure à deux branches parallèles, à savoir la branche microfinance et la branche microassurance. Le dispositif organisationnel de la MAS qui s'intègre entièrement dans le schéma de ASSEF, ne donne pas lieu à une structure particulière. Ce dispositif comprend trois niveaux :

- Au niveau décisionnel, c'est le conseil d'administration qui a la charge du suivi de la microassurance santé.
- Au niveau exécutif, la direction exécutive de la structure faîtière du réseau comprend plusieurs services techniques dont les services des intérêts stratégiques des femmes (SISF) qui a la charge de la gestion de la microassurance santé.
- Enfin, pour la diffusion et la gestion du système, 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).

Il faut souligner qu'avant la mise en place des MAS, les acteurs dirigeants de ASSEF à divers niveaux n'avaient pas d'expérience en microassurance. Ceux-ci ont dû bénéficier de l'appui du BIT/STEP pour une formation taillée sur mesure (sur la mise en place des mutuelles et sur la gestion administrative et financière), puisqu'elle est centrée sur le dispositif de ASSEF.

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. En effet, ASSEF met en œuvre une stratégie volontaire qui consiste à couvrir une partie des coûts de fonctionnement de la MAS par les ressources de la microfinance, dans le but de réduire le taux de cotisation fixé aux mutualistes. Dans ce cadre, les apports de ASSEF sont de deux ordres :

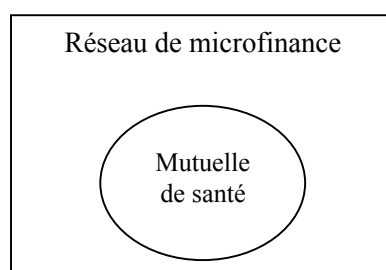
- Des apports en nature : salaires de la responsable du SISF et de l'assistante, salaires du personnel des CEC et AEC, local, fournitures diverses et équipement ;

- Un fonds de réserve issu des fonds spéciaux du système de microfinance.

Par ailleurs, la crise que traverse la branche de microfinance de ASSEF depuis 2004 peut avoir des effets sur la MAS, étant donné qu'elle entraîne la fermeture de certaines caisses qui constituent les points d'adhésion à la mutuelle. En effet, l'évaluation du BIT/STEP a souligné que le changement de l'équipe entre le moment de l'étude de faisabilité et le moment de la mise en place du système de microassurance santé a été à la base de quelques dysfonctionnements inhérents à la mauvaise interprétation de l'approche. A cela il faut ajouter certaines critiques relatives au mode de fixation des taux d'adhésion et de cotisation qui sont imposés par le sommet stratégique, au lieu d'être fixés en accord avec la base.

Il ressort de ce qui précède que, du point de vue de l'articulation observée chez ASSEF, elle se caractérise donc par l'introduction d'un système de microassurance santé dans une institution de microfinance, dans le but de couvrir les risques maladie des bénéficiaires de crédit et d'améliorer la capacité de remboursement des crédits des femmes. Cette forme de couplage peut être représentée par le schéma suivant.

Schéma 2 : Forme de couplage microfinance-microassurance santé de ASSEF



2.2.3. L'expérience de Louvain Développement

2.2.3.1. Historique, objectifs et secteurs d'intervention de Louvain Développement

Louvain Développement (LD), entendu « Fondation de Louvain pour le Développement », est un consortium de six ONG belges⁶ créées au sein des facultés universitaires de l'Université Catholique de Louvain (UCL), dans le but de valoriser le potentiel et l'expertise dont regorge cette institution de formation et de recherche, au profit du développement dans les pays du sud. Ce faisant, entre autres domaines d'activités qui s'inscrivent dans son champ d'intervention (relativement vaste) en faveur du développement, LD œuvre pour l'appui des projets ayant un impact direct sur les populations rurales atteintes par la pauvreté. Son approche à cet effet est inspirée par l'Association pour le Développement, la Recherche et l'Action Intégrés (ADRAI) et consiste à promouvoir la mise en place des projets intégrés de promotion des activités génératrices de revenus (AGR). L'objectif recherché étant, faut-il le souligner, de faire jouer les synergies induites par l'intégration en faveur des groupes cibles.

⁶ Pour information du lecteur, les six ONG sont notamment : Coopération Médicale du Tiers-monde (CMT), Solidarité et Coopération Médicale au Tiers Monde (SCMTM), Fondation Médicale Ucl en Afrique Centrale (FOMULAC), Médecine et Développement Ucl (MEDEVUC), Association "Grands Lacs", et Association pour le Développement, la Recherche et l'Action Intégrés (ADRAI)

En ce qui concerne plus particulièrement les actions entreprises depuis quelques années au Bénin et au Togo, ces projets combinent essentiellement les systèmes de microassurance santé et de microcrédit.

Dans le cadre de l'étude des formes de couplage entre la microfinance et la microassurance santé, la mission a visité l'un des projets de LD 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.

2.2.3.2. Le système de microassurance santé de LD

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

À l'instar des autres expériences évoquées précédemment, le système de microassurance de LD vise à préserver les populations pauvres ne disposant d'aucun moyen de protection sociale, contre les risques de maladie, en vue de favoriser leur promotion économique. Ce système qui repose essentiellement sur la MUSA a été initiée en 2003 par les comités villageois d'initiatives locales, avec l'appui de GROPERE⁷ (GROUpement pour la Promotion et l'Exploitation des Ressources de l'Environnement) et de Louvain Développement. Ainsi, la MUSA est constituée sous forme d'association (loi 1901), même si cependant, les principaux organes de décision fonctionnent suivant le principe coopératif. Le démarrage effectif des prestations date de décembre 2004. Ces prestations, faudrait-il le signaler, 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. De plus, l'on note ici un effort d'annualisation des cotisations à la mutuelle, suite à une demande formulée par les mutualistes. Le tableau suivant résume les données de base de la mutuelle de santé de Honhoué.

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%. D'autre part, la répartition des cotisations permet de dégager un fonds de réserve consistant.

⁷ GROPERE est une ONG béninoise, partenaire local de Louvain Développement dans la zone.

Tableau 4 : Fiche synthétique sur la MUSA de Honhoué (expérience de LD)

Données	Caractéristiques
Date AGC	Février 2003
Démarrage des prestations	Décembre 2004
Groupe cible	Population de Honhoué
Nombre d'adhérents	482 (dont 51% de femmes)
Nombre de bénéficiaires	518 (dont 51% de femmes)
Organes	AG, CA, CS, Gérant
Risques couverts	Prestations des centres de santé primaires
Autres services aux membres	Micro crédit, Education à la santé ?
Type d'adhésion	Individuelle
Taux d'adhésion	500 francs
Taux de cotisation	1.520 francs/ an
périodicité de paiement	Annuelle
Taux de prise en charge	75%
Période d'observation	6 mois
Coût des prestations	Nd
Montant des cotisations	767.600
Taux de sinistralité	Nd
Nombre de personnes prises en charge en 2004	203
Taux de recouvrement des cotisations	97,5%
Taux de pénétration (estimation)	5%
Solde de trésorerie	Nd
Clôture du dernier exercice	Septembre 2005
Relations avec partenaires	GROPERE, Mairie de Honhoué

Source : Louvain Développement & GROPERE (2005)

b) Dispositif organisationnel et ressources de la microassurance santé

Les organes de décisions regroupent notamment :

- Une assemblée générale ordinaire de tous les membres de la mutuelle qui se tient une fois par an,
- Un conseil d'administration de 7 membres (dont deux femmes), qui se réunit tous les trimestres,
- Un comité de surveillance de trois membres qui assure le contrôle du patrimoine, des prestations et des procédures de la mutuelle,
- Un gérant qui assure la gestion de la MUSA et de la CAEC.

L'on observe une forte participation des femmes parmi les adhérents, les bénéficiaires des prestations, et dans les organes de décisions de la mutuelle. En témoigne le nombre d'adhérents et le nombre de bénéficiaires dont plus de la moitié est constituée de femmes (51%). Il en est de même pour les 203 cas de prise en charge enregistrés durant le premier exercice, dont 61% étaient des femmes.

L'essentiel des ressources de la mutuelle de santé de Honhoué 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 ainsi que la constitution d'un fonds de réserves. Cependant, le système bénéficie d'un soutien financier de Louvain Développement, qui couvre entre autres le financement de l'encadrement assuré par GROPERE, ainsi que les coûts liés à l'appui direct des experts de LD.

c) Le recouvrement des cotisations

En dépit du fait que le Projet de LD à Honhoué ne date que d'une période très récente, le premier exercice a enregistré un taux de recouvrement des cotisations de l'ordre de 97,5%.

2.2.3.3. Le système de microfinance de Louvain Développement

Le tableau ci-après constitue un récapitulatif des données de base de la CAEC de Honhoué.

Tableau 5 : Fiche synthétique sur la CAEC de Honhoué (expérience de LD)

Données	Caractéristiques
Statut juridique	Association de caisse d'épargne et de crédit
Date AGC	Mars 2004
Date d'ouverture de la caisse	Juillet 2004
Objectifs du microcrédit	Développement intégré et accès au microcrédit
Initiateur	GROPERE, Comités d'initiatives locales et LD
Groupes cibles	Population de Honhoué
Organes	AG, CA, CC, CS
Dispositif institutionnel	Gérance
Origine de fonds de crédit	Parts sociales et Epargne des membres
Conditionnalités d'octroi de crédit	Etre membre MUSA et être à jour vis-à-vis des cotisations
Produits	Dépôt à vue (DAV), Dépôt à terme (DAT), Crédit
Taux d'intérêt	21% pour le crédit, 3% pour le DAT
Nombre de sociétaires	608
Nombre d'épargnants	309
Nombre de bénéficiaires de crédit	198
Nombre de crédits octroyés	10
Montant moyen de crédits	70.000 FCFA
Taux de remboursement de crédit	Nd
Système comptable	Séparé
Partenaires	GROPERE, Mairie de Honhoué

Source : Louvain Développement & GROPERE (2005)

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

La mise en place de la caisse d'autopromotion d'épargne et de crédit (CAEC) s'est opérée dans les mêmes conditions et dans la même période que la MUSA, étant donné que les initiateurs visaient la mise en place d'un projet intégré. Ainsi, l'ouverture effective de la caisse date de juillet 2004 alors que la conception date de février 2003, toujours avec les comités villageois d'initiatives locales, GROPERE et LD comme partenaire d'appui.

L'objectif visé par le volet microcrédit du projet intégré de LD consiste à renforcer les capacités économiques des populations vulnérables à travers la promotion de l'épargne et l'offre des microcrédits. À ce titre, le portefeuille de produits de la CAEC comporte :

- La promotion du sociétariat à travers la collecte des droits d'adhésion (300 F.CFA) et des parts sociales (2.000 F.CFA).
- 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.

b) Dispositif organisationnel, participation et ressource

Le processus de décision est assuré par quatre organes que sont : l'assemblée générale, le conseil d'administration (7 membres dont 3 femmes), le comité de crédit (7 membres dont 3 femmes) et le comité de surveillance (3 membres). D'autre part, le gérant commun à la CAEC et à la MUSA est chargé de l'application des politiques définies et de la gestion de la CAEC.

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%).

Les activités de microcrédit, y compris une part importante de la rémunération du gérant, sont essentiellement financées par l'épargne locale des membres. À cet effet, l'obtention du crédit est subordonnée à la constitution d'une épargne préalable équivalente au tiers du montant sollicité. À cela s'ajoutent d'autres conditions prudentielles relatives d'une part à l'appartenance à la mutuelle de santé, puis d'autre part au respect des engagements vis-à-vis des cotisations. 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 microcrédit (tel que le coffre-fort par exemple), puis de la couverture des charges inhérentes à l'encadrement technique assuré par GROPERE.

2.2.3.4. La gestion du couplage

Comme évoqué plus haut dans la démarche de LD, il s'agit de deux structures parallèles indépendantes toutefois pilotées par un seul gérant, au sein d'un même local. L'objectif recherché étant, faut-il le rappeler, de faire jouer les synergies en faveur des populations vulnérables.

Au plan opérationnel, les synergies recherchées devraient se traduire par la réalisation conjuguée de bonnes performances dans le recouvrement des cotisations et dans le remboursement des crédits.

Dans l'optique d'une constitution des bases de la durabilité des deux systèmes, les organes de décisions sont distincts et sont caractérisés par une participation significative des femmes, identifiées comme faisant partie des couches les plus vulnérables. Les règles prudentielles adoptées sont relatives à chaque sphère d'activité. Ainsi, l'activité de

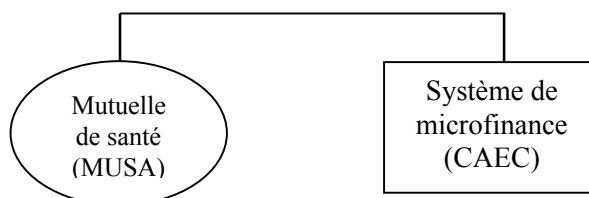
microcrédit fait l'objet d'une mise en conformité avec la réglementation en vigueur dans le secteur (notamment la loi PARMEC⁸).

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 LD, 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%. D'autre part, les deux systèmes sont logés dans un bâtiment commun muni d'un équipement technique pour le microcrédit (l'ensemble pour une valeur de 8,8 millions de FCFA), dont la construction est cofinancée par LD, GROPERE 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 microcrédit est entièrement pris en charge par la CAEC. En bref, l'on note 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-microassurance santé de LD



⁸ PARMEC : Projet d'Appui à la Réglementation des Mutuelles d'Épargne et de Crédit. La loi PARMEC est un cadre d'uniformisation de l'activité de microfinance dans l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine.

3. LE POSTULAT

Au travers de toutes les expériences visitées, la mission consiste entre autres à rechercher des éléments favorables ou non au postulat énoncé dans le cadre d'analyse selon lequel « la microassurance santé est un moyen plus efficace de protection contre la maladie, comparativement aux systèmes alternatifs existants » (Labie & Nyssens, 2005). Ce faisant, ces éléments se fondent notamment sur l'analyse des alternatives endogènes, ainsi que sur les effets perçus d'un couplage des deux systèmes.

3.1. LES ALTERNATIVES ENDOGÈNES DE PROTECTION CONTRE LES RISQUES MALADIE

D'après les investigations menées par l'équipe de la mission, il ressort qu'avant la mise en place des mutuelles de santé, les populations locales ne disposaient d'aucun moyen sûr pour la protection des risques de maladie. En effet, en cas de maladie d'un membre de la famille, celles-ci devaient faire recours aux moyens dont les plus évoqués sont :

- Le recours aux méthodes traditionnelles de guérison qui s'avèrent moins coûteuses,
- L'utilisation de l'épargne existante (en espèce ou en nature),
- La vente des produits et l'utilisation des revenus des activités génératrices de revenus pour le financement direct des soins,
- L'entraide fondée surtout sur la solidarité familiale,
- L'emprunt auprès des prêteurs individuels (usuriers),
- L'utilisation d'une partie du microcrédit pour des fins de santé (notamment pour les bénéficiaires des services des institutions de microfinance),
- La vente des éléments du patrimoine, y compris parfois les outils de production,
- Le "*commerce vert*" qui désigne la vente des superficies agricoles en cours de culture (ici, les champs sont vendus avant le stade de la récolte)
- L'hypothèque de terrains,
- Etc.

Des témoignages ont révélé qu'il arrive dans certains cas qu'aucune solution ne soit trouvée ou que les moyens mobilisés soient insignifiants par rapport au besoin pressant. Ainsi dans certaines localités, des cas de décès ont été enregistrés par faute de moyen pour couvrir les soins médicaux. Bref, il faut retenir que les populations sont très vulnérables face au risque lié aux maladies, en raison de l'inexistence des moyens sûrs de protection sociale et des coûts généralement élevés qu'induisent la fréquentation des centres de santé.

3.2. LES AVANTAGES PERÇUS DU COUPLAGE EN LIEN AVEC LA SANTÉ

Etant donné qu'elle est fondée sur le partage des risques entre tous les membres, la mutuelle de santé se conçoit comme un dispositif destiné à mettre ces derniers à l'abri des grands risques que ne sont pas toujours en mesure de couvrir, les solutions alternatives précitées. En effet, les moyens alternatifs de secours dont notamment l'aide familiale, constituent des actions ponctuelles qui ne peuvent pas s'inscrire dans la durée. Par contre, en dehors de la couverture financière qu'elles assurent en cas de maladie, les mutuelles développement des actions de prévoyance permettant aux membres de prévenir les risques de maladie. Entre autres actions, l'on peut citer les séances de communication pour le changement de comportement (CCC), et des séances de formation axées sur l'hygiène et les techniques de prévention des maladies. En plus, au sein des mutuelles de santé, le montant des cotisations

reste faible par rapport aux dépenses qui seraient engagées pour les soins si l'on n'était pas membre d'une mutuelle de santé.

Avec le nouveau dispositif, les personnes à jour vis-à-vis des cotisations sont prises en charge pour la couverture des risques de maladie. En témoignent les données de 2004 sur le nombre de personnes prises en charges présentées dans le tableau suivant.

Tableau 6 : Taux d'utilisation des services de santé dans les mutuelles de santé de LD, ASSEF et PROMUSAF (en 2004)

Mutuelles	Nombre de cas pris en charge	Nombre de bénéficiaires	Taux d'utilisation des services de santé
Louvain Développement	203	518	39,2%
ASSEF	932	2.272	41,0%
PROMUSAF	1.450 ⁹	4.841 ¹⁰	30%
Total	2.585	7.631	Global = 33,9%

Source : Données recueillies auprès de LD, ASSEF et PROMUSAF, Cotonou, septembre 2005.

Il résulte de ce tableau que grâce aux mutuelles de santé appuyées par PROMUSAF, Louvain Développement et ASSEF, 2.585 personnes vulnérables ont été prises en charge par la couverture des soins de santé ; ce qui représente globalement 33,9% des membres. Par ailleurs, le précédent tableau permet de constater qu'en raisonnant en terme d'efficacité par rapport à l'accès des membres aux services de santé, c'est l'ASSEF qui vient en tête avec un record de 41%.

À cette couverture sanitaire assez remarquable, il faut ajouter le fait que la mutuelle de santé, comme toute autre communauté humaine, contribue à l'épanouissement de ses membres, notamment à partir des effets de groupe.

Cependant, il importe de souligner que les taux moyens d'utilisation des services de santé cachent des disparités entre les mutuelles. C'est ainsi que par que dans la mutuelle de Dassa-Zoumé, la mission a constaté une faible fréquentation des centres de santé par les mutualistes qui pourtant sont en règle vis-à-vis des cotisations. En témoigne que seulement 8 cas de prises en charge ont été enregistrés en 2004, sur 432 bénéficiaires ; c'est dire qu'en moyenne, 1,8% des bénéficiaires ont eu accès aux services de santé. Ce constat s'explique par les insuffisances relevées par les membres de la mutuelle, relatives à la qualité de l'accueil et au coût des soins. Cette situation confirme l'idée selon laquelle, la mutuelle de santé ne peut contribuer à l'accès aux services de santé que si une bonne qualité de l'offre des soins est assurée.

Il ressort de ce qui précède que la mutuelle de santé, en assurant la prise en charge des ayants droit en cas de maladie, permet d'épargner les membres de vendre leurs biens ou de détourner les crédits ou les budgets existants pour des fins de santé. De ce fait, il se dégage que la mutuelle de santé est un dispositif qui contribue significativement à la protection sociale des acteurs de l'économie informelle.

⁹ Chez PROMUSAF, on a 1.450 cas pour les 8 mutuelles de santé qui ont pu fournir des données, dont seulement 8 à Dassa-Zoumé et 3 à Godomey.

¹⁰ Dont 432 à Dassa-Zoumé et 265 à Godomey.

4. LES HYPOTHESES SUR L'EFFET DE L'ARTICULATION ENTRE LE MICROCREDIT ET LA MICROASSURANCE SANTE

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

Les effets induits par le couplage microfinance-microassurance santé au plan de la protection sociale seront appréhendés notamment à travers le taux de paiement des cotisations et l'évolution des adhésions des membres à la mutuelle de santé.

4.1.1. Effets du couplage sur le taux de recouvrement des cotisations

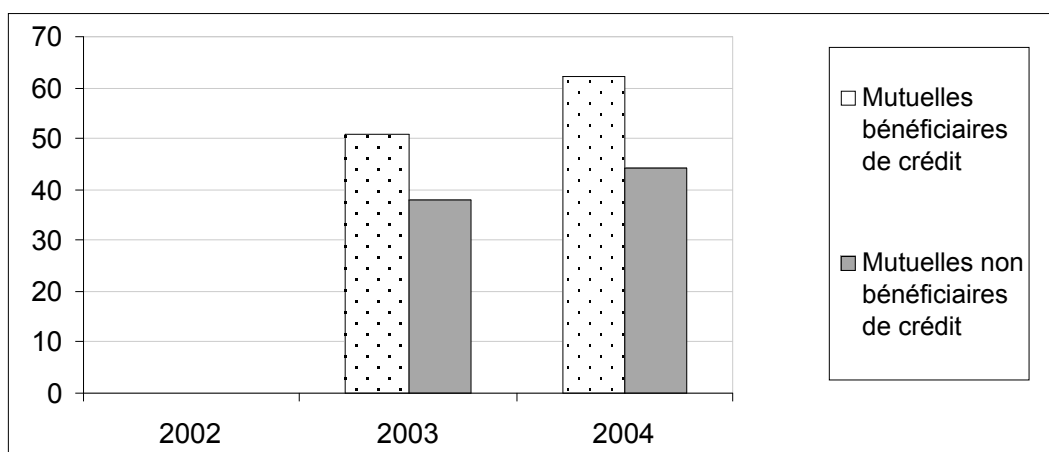
Hypothèse : L'accès au microcrédit permet aux membres des mutuelles de santé de développer des AGR pour faire face aux cotisations de la mutuelle.

Au regard des investigations menées lors des visites de terrain, il se dégage que dans les mutuelles de santé qui ont pu bénéficier du couplage, l'accès au microcrédit permet aux personnes de développer des activités génératrices de revenus et donc de disposer des moyens pour faire face aux coûts induits par les cotisations à la microassurance santé. Comme le confirme 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.

De même, d'après la synthèse de PROMUSAF (2005), l'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.

Notons toutefois qu'en dehors des expériences de PROMUSAF, la mission n'a pu disposer de données permettant de généraliser une telle conclusion à toutes les mutuelles visitées.

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



A partir de ce graphique, sur la base des données collectées, l'on constate que les mutuelles de santé qui ont bénéficié du couplage enregistrent un taux de recouvrement des cotisations relativement plus élevé. Ce qui révèle les effets positifs du couplage sur la capacité des membres mutualistes à assurer un paiement régulier des cotisations. Cette amélioration serait probablement dû à des effets incitatifs, dans la mesure où les intéressés sont tenus d'être à jour vis-à-vis des cotisations pour avoir du crédit. Ainsi donc, il est encore difficile de conclure (même si cela est souhaitable), que le couplage induit une amélioration du revenu des membres.

Dans le cas ASSEF, les dirigeants ont enregistré un refus systématique des femmes face au principe consistant à subordonner l'obtention du crédit à une adhésion à la mutuelle de santé, ainsi qu'à un paiement régulier des cotisations.

Cependant, ce graphique ne doit pas cacher les difficultés de recouvrement des cotisations que connaissent bon nombre des mutuelles, difficultés qui se traduisent par un taux relativement faible, tel que le montre le tableau comparatif suivant.

Tableau 7 : Comparaison des taux de recouvrement des cotisations des mutuelles visitées

Mutuelles	PROMUSAF			LD	ASSEF
	Dassa	Godomey	Global	Honhoué	
Taux de recouvrement	78%	24%	54%	97,5%	83%

Source : Données recueillies auprès de LD, ASSEF et PROMUSAF, Cotonou, septembre 2005.

Il apparaît que les difficultés de recouvrement des cotisations qui peuvent être généralisées à toutes les expériences de couplage visitées, sont toutefois plus ressenties dans les mutuelles de PROMUSAF qui enregistrent les plus faibles taux. C'est ce que confirme d'ailleurs le taux moyen global des mutuelles de PROMUSAF qui n'est que de 54%. Ce qui voudrait dire qu'en fin 2004, près de la moitié des cotisations à la microassurance santé n'a pu être perçue.

Par ailleurs, il faudrait souligner que dans les cas de LD et ASSEF, toutes les mutuelles ont bénéficié du couplage, ce qui n'est pas le cas pour PROMUSAF, où seulement 11 sur les 17 mutuelles de santé fonctionnelles ont pu bénéficier du crédit.

4.1.2. Effets du couplage sur le taux d'adhésion des membres

Hypothèse : Le couplage amoindrit les barrières culturelles liées à l'adhésion à la mutuelle.

En ce qui concerne les mutuelles de PROMUSAF visitées, l'effet du couplage sur l'adhésion des membres est faible et donc moins perceptible. Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'avant la mise en place du microcrédit, la plupart des membres avaient adhéré à la mutuelle. Cependant, à partir des investigations menées, il ressort que le couplage a suscité de nouvelles demandes d'adhésion par des personnes qui souhaiteraient bénéficier du microcrédit.

Par contre dans le cas de Louvain Développement, l'on observe un effet remarquable du couplage sur le taux d'adhésion. C'est ainsi que la mutuelle de santé de Honhoué a enregistré 40 adhérents au moment de la mise en place du crédit ; ce qui représente 8,3% des adhérents de la mutuelle.

De même, dans l'ASSEF, le couplage des deux systèmes (microfinance et microassurance santé) a été marqué dès le début par une croissance rapide des adhésions, même si d'importantes démissions ont suivi, suite aux difficultés qu'a connues cette institution dans le secteur de la microfinance. C'est ainsi par exemple que d'après l'évaluation du BIT/STEP (2005), le nombre d'adhérents 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.

On peut donc conclure que pour le cas de Honhoué, le couplage a eu un effet sur l'adhésion à la mutuelle de santé.

4.2. EFFETS DU COUPLAGE SUR LE PLAN DU MICROCRÉDIT

Il s'agit ici d'évaluer l'impact généré par le couplage microfinance-microassurance santé sur le taux de remboursement du microcrédit d'une part, et sur les coûts à payer par les membres d'autre part.

4.2.1. Effets du couplage sur le taux de remboursement du microcrédit

Hypothèse : Les bénéficiaires du microcrédit sont plus productifs parce qu'en bonne santé et parce qu'ils ne détournent pas le crédit pour des fins de santé.

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 plus susceptibles 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 réside dans le fait que, du fait d'une assurance santé, les emprunteurs reçoivent au besoin des services de santé, sont moins vulnérables à 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 disposer des données permettant une comparaison des taux de remboursement des crédits, entre une caisse disposant d'un système de microassurance santé et une autre qui n'en disposerait pas. Mais il faudra attendre encore quelques années pour disposer des données de ce type, notamment dans les projets de Louvain Développement dont l'expérience de couplage est encore récente. De même dans le cas de ASSEF, les données disponibles ne permettent pas une telle comparaison.

4.2.2. Effets du couplage sur les coûts supportés par les membres

A ce niveau également, l'analyse mérite d'être poursuivie, dans le but de repérer les cas de démissions qui seraient dus à des coûts trop élevés induits aux membres, du fait du couplage. En d'autres termes, il s'agira de vérifier si le couplage induit pour les membres de la mutuelle de santé qui bénéficie du microcrédit, un coût à payer supérieur à la somme des coûts perçus par chacun des deux systèmes séparés. Théoriquement, l'on pourrait s'attendre,

a contrario, que le couplage génère des économies de coûts, ne serait-ce que par simple réduction des coûts de transaction au profit des bénéficiaires.

4.3. EFFETS DU COUPLAGE SUR LE PLAN DU RENFORCEMENT INSTITUTIONNEL

Hypothèse : Le couplage permet un renforcement institutionnel, notamment du point de vue des économies de coûts, du renforcement de la mission de l'organisation, et de la dynamique de participation des membres.

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

4.3.1. Le renforcement de la mission

Au cours des investigations de terrain, la plupart des acteurs rencontrés ont reconnu que, l'articulation entre la microfinance et la microassurance santé a contribué de façon significative au renforcement de la mission, voire de l'identité des organisations. En effet, il est partout observé que le couplage permet d'une part de réduire la vulnérabilité des populations démunies aux risques maladie qui étaient à la base de leur exclusion sociale, et d'autre part de renforcer leur pouvoir économique à travers leur implication efficace aux AGR. C'est le cas par exemple de PROMUSAF qui parvient à remplir sa mission d'inclusion sociale et économique des plus pauvres en associant à la microassurance santé, des microcrédits de moins de 20.000 FCFA (30 Euros) par membre, sans épargne ni garantie préalables.

De ce fait, il se dégage que grâce au couplage, les institutions parviennent à atteindre des couches vulnérables de l'économie informelle, qui ne pourraient être touchés ni par chacun des deux systèmes (microcrédit et microassurance santé notamment) pris séparément ni par aucun autre dispositif. Ce qui contribue de toute évidence à accroître la crédibilité de l'organisation qui parvient ainsi à répondre efficacement aux besoins de ses membres.

4.3.2. Les économies de coûts de l'institution

L'on note dans la plupart des institutions bénéficiaires du couplage une économie des coûts de transaction. En effet, la cohabitation d'un système de microcrédit et d'un système de microassurance santé offre à l'institution, les avantages suivants :

- Une économie des coûts inhérents à l'information : En effet, grâce au dispositif de la microassurance santé, il est désormais possible d'obtenir des informations fiables à moindre coût sur l'état de santé, la crédibilité des emprunteurs du système de microcrédit, 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 à Honhoué 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 pour l'institution.

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.

4.3.3. La dynamique de participation

Comme évoqué tantôt dans la plupart des structures visitées, l'articulation entre la microfinance et la microassurance santé favorise, au plan organisationnel, les effets de vases communicants qui peuvent être appréhendés sur divers plans.

- D'une part, dans la mesure où les règles de transparence impliquent la séparation des organes de décisions entre les deux systèmes, le couplage implique la naissance de nouveaux organes de décision. Cette situation qui est source d'équilibre des rôles des différents acteurs, contribue de ce fait au renforcement de la gouvernance au sein des structures de l'économie informelle.
- D'autre part il faut noter que 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.

5. RAPPROCHEMENT DES DIFFERENTES FORMES DE COUPLAGE MICROFINANCE - MICROASSURANCE SANTE

Les visites de terrain effectuées au Bénin durant la période du 12 au 16 septembre 2005, ont permis à l'équipe de la mission de présenter trois différentes formes d'articulation entre la microassurance santé et la microfinance. Ces différents couplages peuvent être présentés, du moins de manière caricaturale comme suit :

- D'une part, l'expérience de PROMUSAF est caractérisée par la mise en place d'un système de microcrédit dans les mutuelles de santé, en procédant par l'intermédiaire d'un opérateur de crédit agréé. De ce point de vue, le microcrédit est identifié comme un instrument de renforcement des capacités contributives des mutualistes, pour leur permettre d'honorer leurs engagements dans le paiement régulier des cotisations ; la finalité recherchée étant de garantir un accès aux services de santé en faveur des bénéficiaires.

Notons qu'au niveau de PROMUSAF, la gestion des deux systèmes est assurée par deux organes distincts au sein de la mutuelle de santé.

- D'autre part, l'expérience de ASSEF se traduit par la mise en place, dans une institution de microfinance organisée en réseau, d'un système de microassurance santé. La logique ici 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 le dispositif institutionnel en place, la gestion des deux systèmes fait l'objet de deux comptes distinctes. En ce qui concerne plus particulièrement le système de microassurance santé, une structure opérationnelle (faisant partie intégrante de ASSEF) en assure la gestion.

- Enfin, la spécificité de l'expérience de Louvain développement réside dans la recherche de synergies positives au profit des populations vulnérables, à travers la conjugaison des effets induits par les deux systèmes (microfinance et microassurance santé) qui sont mis en place de façon simultanée et parallèle.

Toutefois, même si les dispositifs organisationnels sont bien distincts, la gestion technique des deux systèmes est assurée par un seul et même gérant, à l'intérieur d'un même bâtiment. Il en résulte une répartition des frais généraux, à l'aide des clés de répartition bien définies.

Comme l'on peut le constater, les objectifs du couplage varient en fonction des expériences visitées. Mais en termes de comparaison des trois expériences visitées dans le cadre de cette articulation, le tableau suivant permet de résumer l'essentiel des avantages et inconvénients des différentes formes d'articulation.

Tableau 8 : Avantages et inconvénients des diverses formes d'articulation

Mutuelles	Avantages	Inconvénients
PROMUSAF	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Combat contre l'exclusion sociale ▪ Mise en place de deux organes distincts ▪ Amélioration de la gouvernance ▪ Gestion du crédit assurée par un opérateur de crédit, avec mission de transfert de compétence ▪ Accès aux services de santé et au crédit 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Risque de dérive de mission, du fait que des personnes peuvent adhérer à la mutuelle seulement à cause du crédit ▪ Inexistence de fonds propres (des membres) dans le fonds du crédit : problème de viabilité du système de microcrédit
LD	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Simultanéité des deux systèmes ▪ Partage des coûts fixes et des frais généraux ▪ Accès aux soins et au crédit 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Risque de confusion entre les deux systèmes, notamment aux plans organisationnel et comptable ▪ Risque d'exclusion de certains épargnants à la CAEC vis-à-vis du microcrédit, du fait qu'ils ne soient pas mutualistes ▪ Risque d'exclusion de certains mutualistes au microcrédit, par manque d'épargne préalable
ASSEF	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intégration de la gestion des deux systèmes à la structure ▪ Accès conjugué à la santé et au crédit 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La séparation des coûts n'est pas totalement claire ▪ On observe un manque d'appropriation de la part des femmes bénéficiaires ▪ Risque de confusion des coûts.

6. CONCLUSION

1. La micro assurance santé est un phénomène nouveau. Il ressort de nos investigations que la mutuelle de santé, de par la combinaison des principes d'assurance et de solidarité, constitue un moyen pertinent pour l'accès durable aux services de santé pour les personnes démunies en comparaison avec d'autres alternatives endogènes (aide familiale, usurier, commerce vert). En empêchant les acteurs de vendre leurs biens pour faire face aux gros risques, les mutuelles de santé constituent un moyen de protection sociale ; cependant le taux de pénétration reste faible.

Toutefois, les mutuelles de santé ne peuvent contribuer efficacement à l'amélioration de l'accessibilité aux services de soins que si cet effort est accompagné d'une bonne qualité de l'offre de soins.

2. Les visites de terrain effectuées au Bénin ont donc permis d'identifier trois différentes formes de couplage micro finance – micro assurance santé, à travers les expériences menées respectivement par PROMUSAF (avec le soutien de Solidarité Mondiale et du Fonds Belge de Soutien), Louvain Développement (en partenariat avec GROPERE qui est une ONG locale) et ASSEF (avec le soutien du BIT/STEP).
3. Le couplage entre mutuelles de santé et microcrédit a un effet sur le taux de recouvrement de crédit. Une analyse comparative entre mutuelles de santé bénéficiaires et non bénéficiaires de microcrédit nous a permis de constater une amélioration positive du taux de recouvrement des cotisations pour les premiers.

Il ressort de notre analyse que 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 le résultat de la conditionnalité d'obtention du crédit pour les mutualistes qui doivent être à jour de cotisation avant de bénéficier du micro crédit. Cette amélioration est due plus à un effet incitatif qu'à une amélioration de revenus. Dans ce cas, il y a un risque que les gens adhèrent à la mutuelle de santé pour le micro crédit et qu'en son absence, le taux de recouvrement chute.

Ainsi donc, des efforts restent à consentir, notamment pour promouvoir une culture de protection sociale par la micro assurance santé au sein des populations pauvres. Autrement, l'on pourrait s'attendre qu'au retrait du micro crédit, les mutuelles de santé pourraient enregistrer une faible participation des membres.

Toutefois, dans l'ensemble, les mutuelles de santé font face aux problèmes de recouvrement de cotisation qui est aggravé cette année par la situation économique peu favorable.

4. Le couplage mutuelle de santé – microcrédit a un effet sur le taux d'adhésion à la micro assurance. Si dans le cas des deux mutuelles de PROMUSAF, beaucoup avaient adhéré avant le couplage, on constate que pour la mutuelle de Honhoué, la mutuelle a enregistré un nombre significatif d'adhérents (40) au moment du crédit.
5. L'introduction de la microassurance santé dans un système de microcrédit pourrait avoir un effet sur le taux de remboursement de crédit notamment par l'amélioration de la productivité des bénéficiaires de par leur état de santé et la diminution de la fongibilité

des crédits. L'absence de données auprès de ASSEF ne nous a permis d'en faire une analyse.

6. Le couplage mutuelle de santé - microcrédit contribue au renforcement institutionnel des mutuelles de santé :

- par le renforcement de la mission des mutuelles de santé dans la lutte contre l'exclusion sociale. La manière dont le crédit a été conçu par PROMUSAF permet de toucher les plus pauvres qui ne peuvent pas avoir accès au crédit.
- par le renforcement de la dynamique participative avec la mise en place des nouveaux organes et des échanges d'informations entre ces organes.

Le système permet également une économie d'échelle du point de vue de la collecte de l'information et des coûts par le principe de vases communicants.

Cependant des risques de confusion de coûts subsistent si des règles prudentielles de gestion ne sont pas mises en place notamment en matière de la gestion des liquidités.

7. Le principal défi des mutuelles de santé reste la qualité de l'offre des soins, une des conditions pour la viabilité du système.

Comment le couplage entre les initiatives mutualistes et initiatives d'économie sociale pourrait contribuer à influencer la qualité de l'offre des soins ? Cela pourrait faire l'objet d'une réflexion plus approfondie.

BIBLIOGRAPHIE

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.

BROWN W. & CHURCHILL C. (2004) : « Quelles leçons tirer des premières expériences de microassurance ? », ADA Dialogue, n° 33, juin, Luxembourg, pp.55-78.

CES, ESP, ISPEC, IRSP (2004) : « La formation et la recherche au service du développement de la microassurance 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., 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 microassurance », ILO & ADA (pour la traduction française), Genève, 250 pages.

DEVELTERE P. (sous la direction de) (2004) : « Les défis des systèmes de microassurance santé en Afrique de l'Ouest : cadre politique, environnement institutionnel, fonctionnement et viabilité », KULEUVEN – HIVA – VLIR – DGCD, mars, 360 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.

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

LABIE M. & NYSENS M. (2005) : « A la recherche d'un cadre d'analyse pour l'articulation entre microfinance et microassurance santé au Bénin », Projet GRAP-OSC, 11 pages.

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) : « Microassurance 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

SIGLES ET ABREVIATIONS

AGR	:	Activités Génératrices de Revenus
ANMC	:	Association Nationale des Mutualités Chrétiennes
ASSEF	:	Association d'Entraide des Femmes
CIDR	:	Centre International de Développement et de Recherche
FBS	:	Fonds Belge de Survie
GRAP-OSC	:	Groupe de Recherche en Appui à la Politique sur les Organisations de la Société Civile
IMF	:	Institution de Microfinance
L.D.	:	ONG Louvain Développement
MAS	:	Microassurance Santé
MUSA	:	Mutuelle de Santé
N.D.	:	Non Déclaré
ONG	:	Organisation Non-Gouvernementale
PROMUSAF	:	Programme d'appui aux Mutuelles de Santé en Afrique de l'ouest Francophone

ANNEXES

ANNEXE 1

GRILLE DE COLLECTE D'INFORMATIONS

I. LE CONTEXTE

1.1. Structure assurance maladie

Remarque : Distinguer si nécessaire les niveaux ‘structure centrale’ et ‘structure locale’

- Groupe porteur :
 - Structure d'appui
 - Initiateurs
- Date de conception
- Date de mise en œuvre
- Public cible : Hommes, Femmes...
- Forme organisationnelle :
 - Statut juridique
 - Objectifs
- Type de produit :
 - Epargne
 - Assurance (partage des risques)
 - Formation
 - Autres produits
 - Taux de cotisation
 - Type de risque couvert
 - Taux de prise en charge (ticket modérateur)
- Relation avec les prestataires de soins
- Dynamique de participation des membres : Hommes, Femmes...
 - Assemblées générales (membres statutaires, membres effectifs)
 - Conseil d'administration (membres statutaires, membres effectifs)
 - Comité de contrôle (membres statutaires, membres effectifs)
 - Bureau exécutif (membres statutaires, membres effectifs)
 - Autres instances de participation
- Procédure de décision
- Partenariat avec d'autres acteurs sociaux
- Ressources de l'organisation :
 - Bénévolat
 - Subventions
 - Taux d'autofinancement
- Indicateurs de performance :
 - Nombre d'adhérents (Hommes, Femmes), taux de croissance des adhérents

- Nombre de bénéficiaires
- Nombre de prises en charge à l'année
- Taux de pénétration
- Taux de recouvrement des cotisations (nombre de personnes à jour pour les cotisations)
- Solde de trésorerie

1.2. Structure du microcrédit

Remarque : Distinguer si nécessaire les niveaux "structure centrale" et "structure locale"

- Groupe porteur :
 - Structure d'appui
 - Initiateurs
- Date de conception
- Date de mise en œuvre
- Public cible : Hommes, Femmes...
- Forme organisationnelle :
 - Statut juridique
 - Objectifs
- Type de produit :
 - Type d'épargne
 - Type de crédit (individuel, groupe, ...)
 - Taux d'intérêt
 - Type de remboursement
 - Type de garantie
 - Type d'appui aux membres
 - Type d'activité financée
- Dynamique de participation des membres : Hommes, Femmes...
 - Assemblées générales (membres statutaires, membres effectifs)
 - Conseil d'administration (membres statutaires, membres effectifs)
 - Comité de contrôle (membres statutaires, membres effectifs)
 - Comité de crédit
 - Autres instances de participation
- Procédure de décision
- Partenariat avec d'autres acteurs sociaux
- Ressources de l'organisation :
 - Bénévolat
 - Subventions
 - Taux d'autonomie opérationnelle
- Indicateurs de performance :

- Nombre d'adhérents (Hommes, Femmes), taux de croissance des adhérents
- Nombre de clients
- Nombre de crédits
- Montant moyen du crédit
- Montant moyen de l'épargne
- Taux de pénétration
- Taux d'impayés
- Part de l'encours d'épargne dans l'encours de crédit

1.3. Couplage microcrédit / microassurance santé

- Groupe porteur de la demande de couplage :
 - Historique
- Type d'alliance

Question : Est-ce que le type de groupe porteur a une influence sur le type d'alliance ?

- Système de gouvernance entre les deux services
 - Degré d'obligation de l'assurance santé lors de l'obtention du microcrédit
 - Contrôle du respect des engagements
 - Degré de différenciation des comptabilités (gestion des liquidités, gestion du patrimoine...)
- Public cible
- Indicateurs de performance
 - Nombre de personnes bénéficiant du couplage
 - Profil des bénéficiaires du couplage

II. POSTULAT

La microassurance santé est un moyen plus efficace de protection contre la maladie, comparativement aux systèmes alternatifs existants

Questions :

- Quels sont les moyens mobilisés par le public cible avant cette assurance santé pour faire face aux frais liés à la maladie et aux accidents ?
 - Solidarité familiale
 - Epargne
 - Tontines ...
- Quels sont les avantages et les limites des deux systèmes ?

III. LES HYPOTHESES

3.1 Hypothèse de l'effet du couplage sur le plan de la protection sociale

- Nombre de membres de la microassurance santé qui ont accès au microcrédit (grâce à ce couplage)
- Nombre des membres de la structure du microcrédit qui adhèrent à la microassurance santé (au moment de l'obtention du crédit)

Le couplage microcrédit / microassurance santé a un impact positif sur le taux d'adhésion, sur le taux de recouvrement des membres de la microassurance santé
(Groupe contrôle : longitudinal ou transversal)

- 3.1.1. L'accès au microcrédit permet aux personnes de développer des AGR et donc de payer leurs cotisations à la microassurance (débat sur les indigents)
- 3.1.2. Le couplage amoindrit les barrières culturelles liées à la microassurance santé (le microcrédit est mieux compris que l'assurance santé : s'appuyer sur le levier du microcrédit permettrait de promouvoir la microassurance santé)

3.2 Hypothèse de l'effet du couplage sur le plan du microcrédit

Le couplage a un impact positif sur le taux de remboursement du microcrédit

- 3.2.1. Amélioration du taux de remboursement : les personnes sont plus productives parce qu'en bonne santé, parce qu'elles ne détournent pas le crédit pour des besoins de santé
(Groupe contrôle : longitudinal ou transversal)
- 3.2.2. Certains micro-entrepreneurs renoncent à introduire une demande de crédit en raison du coût trop élevé (taux d'intérêt + prime de la microassurance)
(Groupe contrôle : longitudinal ou transversal)

3.3 Le couplage permet un renforcement institutionnel

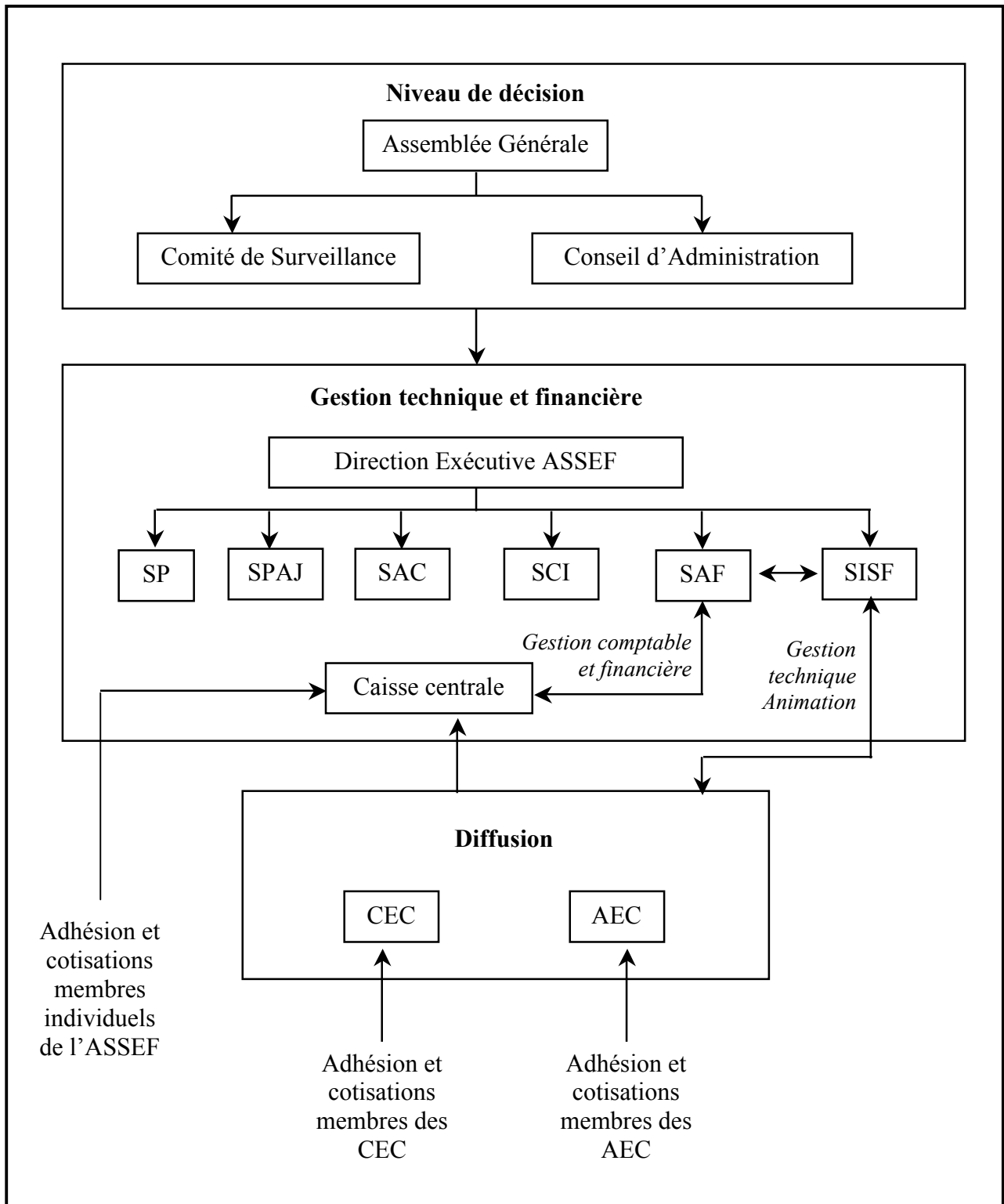
- 3.3.1 Du point de vue des coûts : économies d'échelle et économie de transaction possibles (obtention d'informations sur le client mutualiste lors du dossier de crédit), mais risque de dérive (attention au danger des vases communicants entre les comptabilités)
- 3.3.2 Renforcement de la mission de chaque organisation : compatibilité d'objectifs (rentabilité / équité)
- 3.3.3 Dynamique de participation : effets de vase communicants entre les structures de microcrédit et celles de microassurance santé.

Données globales sur les mutuelles de santé (à fin déc. 2004)

N°	Mutuelle de santé	Date de création	Membres			Bénéficiaires			Taux de recouvrement des cotisations	Taux de sinistralité
			H	F	T	H	F	T		
1	Tuko Saari	Oct. 2001			208			832	58,0%	98,1%
2	Hubert Maga	Déc. 2001			280			517	47,5%	65,5%
3	Su Tii Dera	Déc. 2002	217	202	419			1.709	63,4%	45,3%
4	Ifèdoun	Fév. 2003			223			432	77,7%	5,3%
5	San Go Gninin	Août 2003			90			273	37,7%	26,5%
6	Su Kianan	Août 2003			137			379	45,1%	21,2%
7	Nonnin	Déc. 2003			96			428	47,7%	15,1%
8	Jijoxo	Sept. 2004	89	56	145	132	133	265	32,4%	
9	Sedovikon	Oct. 2004	60	37	97	128	78	206		
10	Su Tii Dankin	Déc. 2004	18	07	25	59	45	104	27,0%	
11	Lanminsin	Déc. 2004	21	29	50	48	102	150		
12	Iléra Tayo	Juin 2003	132	73	205	234	305	539		
13	Alafia Lodjou				172			271		68,1%
14	Alafia	Déc. 2004	34	95	129			173		
15	Djromawuton				48			79		
16	Su Noma Ninna	Déc. 2004	29	02	31	66	69	135	63,2%	
17	Hlouingan	Oct. 2004	85	58	143			429		
Total					2.498			6.921	50,4%	

Source : PROMUSAF Bénin (2004)

ORGANISATION DE LA MICROASSURANCE SANTE DE L'ASSEF



Source : Rapport du BIT/STEP (2005).

PRESTATAIRES DE SOINS CONVENTIONNES

Niveau de la pyramide sanitaire	Prestataires	Services couverts
Secondaire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hôpital de Zone de Ménontin (confessionnel) ▪ Hôpital Maternité de la Lagune (public) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hospitalisations médecine générale adultes et enfants ▪ Accouchements compliqués et césariennes ▪ Actes de chirurgie ▪ Examens de laboratoire, radiologie et échographie ▪ Soins infirmiers ▪ Médicaments essentiels et génériques, produits de marque et spécialités disponibles dans les officines des structures sanitaires conventionnées
Primaire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hôpital de Zone de Ménontin (confessionnel) ▪ Hôpital Maternité de la Lagune (public) ▪ Centre de Santé Saint Jean de Cotonou (confessionnel) ▪ Centre Médical Ahmadiyya (confessionnel) ▪ Centre de Santé Saint Jean Maria Gleta (confessionnel) ▪ Centre de Santé Sainte Marie ASMAP (confessionnel) ▪ Centre de Santé Sainte Marie des Anges (confessionnel) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consultations générales adultes et enfants ▪ Consultations gynécologiques ▪ Consultations pré et post natales ▪ Soins infirmiers ▪ Petite chirurgie ▪ Examens de laboratoire, radiologie et échographie ▪ Accouchements simples ▪ Médicaments essentiels et génériques, produits de marque et spécialités disponibles dans les officines des structures sanitaires conventionnées

Source : Rapport du BIT/STEP (2005)