



LA LETTRE DE L'EXTENSION DE LA SECURITE SOCIALE ET DE LA MICRO-ASSURANCE



G-NEWS est produite par le Programme STEP (Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté) du Département de la sécurité sociale du BIT (Bureau international du Travail). Disponible en français, en anglais et en espagnol, elle s'appuie essentiellement sur les contributions des utilisateurs des plates-formes GIMI et GESS. La Lettre N° 4 comporte les nouvelles postées par les utilisateurs d'avril 2008 à août 2008. Vous pouvez contribuer à cette newsletter en cliquant sur les « Nouvelles des utilisateurs » depuis la page d'accueil de GIMI (www.microinsurance.org) ou de GESS (www.socialsecurityextension.org). Vous pouvez aussi envoyer vos contributions à gimi@ilo.org ou gess@ilo.org.



QUOI DE NEUF?
P-2



FORMATIONS
P-8



CONFÉRENCES
P-10



RESSOURCES
P-14



E-EVENTS
P-19



PROCHAINEMENT
P-22



L'ARTICLE
P-25



L'INTERVIEW
P-28

Un « Plancher de Sécurité Sociale » pour tous

Le 15 mai 2008, le Département de l'Intégration des Politiques a tenu son 26^e Forum sur le Travail Décent au siège du BIT à Genève. L'intervenant, Michel Cichon, directeur du Département de la Sécurité Sociale, a présenté le sujet « est-ce qu'un plancher de sécurité sociale est possible? » d'après une étude réalisée en collaboration avec des spécialistes du département. Voir plus [page 4](#).

Deuxième série de subventions d'innovation pour la micro-assurance

Le Fonds du BIT pour l'innovation en micro-assurance est heureux d'annoncer que la deuxième série de subventions à l'innovation pour la micro-assurance est disponible. Date limite de soumission des demandes : le 17 septembre 2008. Voir plus [page 7](#).

Nouveautés sur GIMI et GESS

Un « module utilisateur » est à votre disposition ! Il vous permet d'entrer plus facilement en contact avec d'autres utilisateurs des plates-formes ... et de mieux vous faire connaître (voir article [page 21](#)). N'hésitez pas ; venez vite mettre à jour votre profil !



QUOI DE NEUF ?

LE BIT ACCLAME LES EFFORTS DE L'INDE EN VUE DE L'EXTENSION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Le BIT a encouragé les efforts de l'Inde pour étendre la couverture de sécurité sociale suite à la promulgation de la Loi nationale sur la garantie de l'emploi en zones rurales (ou le National Rural Employment Guarantee Act) et au lancement de plusieurs programmes d'assurance visant les segments les plus pauvres de la population.

+ D'INFOS

- [Voir la rubrique Conférences, p.12](#)
- [Voir le site du BIT sur la Réunion sous-régionale](#)
- [Communiqué de presse sur la Réunion](#)

Ces encouragements ont été prononcés à l'occasion de la Réunion sous-régionale de l'OIT pour l'Asie et le Pacifique sur les stratégies socialement incluant pour l'extension de la couverture de la sécurité sociale organisée par le BIT les 19 et 20 mai à New Delhi.

Dans un communiqué audio-visuel, Juan Somavia, le Directeur Général du BIT, a affirmé que l'Inde fournit un effort soutenu afin d'étendre la couverture sociale minimale et de nombreuses mesures importantes ont été prises, notamment en ce qui concerne l'économie informelle.

Oscar Fernandes, Ministre indien du Travail et de l'Emploi, a mis l'accent sur le fait que la croissance doit bénéficier à toutes les couches de la société. Il a insisté sur les stratégies ambitieuses de l'Etat indien dans le

+ D'INFOS

- [Voir la rubrique Ressources, p.14](#)
- [Information au sujet du Programme de distribution publique ciblée](#)

domaine de la protection sociale, comme le programme de garantie de l'emploi en zones rurales qui assure au moins 100 journées de travail aux travailleurs ruraux sans emploi.

Il a aussi fait référence à la mise en œuvre du programme « Rashtriya Swasthya Bima Yojana » (RSBY). Celui-ci vise les

travailleurs du secteur informel vivant sous le seuil de pauvreté ainsi que leurs familles, ce qui constitue un véritable défi pour les compagnies d'assurance puisque l'objectif est de couvrir quelque 300 millions de personnes en 5 ans.

Trois autres mesures gouvernementales ont été mentionnées : le Programme de distribution publique ciblée (Targeted Public Distribution) qui doit assurer aux familles vivant sous le seuil de pauvreté une quantité minimale de céréales, le programme « Aam Aadmi Bima Yojana » qui offre une couverture d'assurance vie et invalidité aux foyers ruraux sans terre, ainsi qu'une pension mensuelle accordée à tous les travailleurs de plus de 65 ans vivant sous le seuil de pauvreté.

{Contribution de Marc Socquet, Consultant, New Dehli, Inde}

PARRAINAGE SANTÉ DU PROGRAMME ADAMS

L'idée derrière le projet de parrainage santé du programme ADAMS : permettre à la diaspora africaine de contribuer de manière plus efficace qu'actuellement à l'amélioration de l'accès aux soins de leurs proches.

La diaspora est estimée à 1 milliard de personnes si on compte toutes les personnes d'origine africaine implantées dans des pays autres que leur pays d'origine. Près de 60% des sommes envoyées concernent la santé.

+ D'INFOS

- [Voir le site d'EcoLabs](#)
- [Voir la page du programme ADAMS](#)

En payant à l'avance les cotisations de sa

famille (à hauteur de 20 à 40 euros par personne et par an), on évite le stress des appels d'urgence et les frais de transfert exorbitants (western union ...) ; le montant annuel de la cotisation est en outre inférieur au total des sommes envoyées par tête au titre de la santé dans la mesure où la famille une fois assurée est mieux prise en charge (prévention, prise en charge précoce des maladies, suivi).

Le parrain (personne d'origine africaine implantée en Europe, au Canada ...) remplirait une fiche avec les noms et prénoms de ses filleuls, et effectuerait le paiement sécurisé en ligne de la cotisation correspondante. L'information sur les assurés et bénéficiaires serait gérée par le biais d'une plateforme électronique (base de données en ligne). Les flux financiers seraient gérés par un organisme bancaire.

L'idée du projet a reçu déjà un écho très favorable auprès de la diaspora contactée via plusieurs canaux de communications : les associations de ressortissants, Africa No1, RFI, les restaurants, les salons de coiffure, le site Internet www.parrainagesante.org ... A ce jour **25 parrains** se sont joints à l'initiative.

Ce dispositif doit démarrer au cours de l'été avec des mutuelles (identifiées par STEP et la GTZ) au Sénégal, Burkina Faso, Comores, Cameroun et Bénin.

{Contribution de Charles Agueh, Président d'EcoLabs Programme Association, Paris, France}



QUOI DE NEUF ?

LA MAIRIE DE KRIBI (CAMEROUN) S'IMPLIQUE DANS LA PROMOTION DES MUTUELLES DE SANTÉ

Kribi, ville balnéaire du Cameroun est située sur le bord de l'océan Atlantique et est peuplée de 105 505 habitants.

L'organe exécutif de la Mairie de Kribi soucieux du bien être des populations et des difficultés qu'éprouvent celles-ci pour accéder aux soins de santé, a décidé sous l'impulsion du 1er adjoint au Maire de Kribi 1 Massaka (Dr Mbvoula Joël Aristide) de créer une mutuelle de santé afin de faciliter l'accès aux soins de santé à toutes les couches sociales des populations de la commune.

Conscient de la délicatesse de la mise en place et de la gestion de ce projet social, la Mairie a fait appel à l'ONG ASSA pour lui confier la mission de mener l'étude de faisabilité et d'appui technique pour la mise en place de ladite mutuelle.

Après l'étude de faisabilité, la formation des membres du comité d'initiative, la sensibilisation des populations etc., l'assemblée générale constitutive de la mutuelle s'est tenue dans la salle des fêtes de la Mairie de Kribi le 6 mars 2008. Au cours des travaux de l'assemblée générale constitutive, les statuts et le règlement intérieur ont été adoptés. Les membres des organes de gestion de la mutuelle ont été également élus et installés par Monsieur le Sous Préfet de l'arrondissement de Kribi.

L'étude de faisabilité a montré que le taux de fréquentation des formations sanitaires dans la ville de Kribi est très faible (13%). Le manque criard d'équipements pousse la population à aller se soigner dans les hôpitaux des villes voisines comme Edéa, Douala ou Yaoundé. Le taux d'automédication est très élevé. Les formations sanitaires ne sont utilisées qu'en deuxième ou troisième recours.

Grâce au rapport de l'étude de faisabilité, des membres de la diaspora viennent d'offrir une batterie complète d'appareils d'imagerie médicale pour équiper le service de radiologie de l'hôpital de district de Kribi.

La cérémonie de lancement officiel des activités de la mutuelle de santé communautaire de Kribi sous le haut patronage de Monsieur le Préfet du département de l'Océan a eu lieu le 11 Avril 2008 en présence de tous les responsables administratifs, sanitaires, religieux et traditionnels.

Concernant la prise en charge médicale des membres, la mutuelle a signé des conventions avec quatre formations sanitaires (deux formations sanitaires publiques, une confessionnelle et une privée).

La mutuelle va faciliter aux populations l'accès aux soins de santé car, elle pratique le tiers payant et va vraisemblablement contribuer à augmenter le taux de fréquentation des formations sanitaires.

{Contribution de Muhammad Ntock, ONG ASSA, Douala Cameroun}

L'ASSOCIATION POUR LE FINANCEMENT COMMUNAUTAIRE DE LA SANTÉ EN AFRIQUE DE L'EST

L'Association pour le financement communautaire de la santé en Afrique de l'Est (CHeFA-EA) est une ONG qui vise à améliorer l'accès des populations à faible revenu d'Afrique de l'Est à des soins de qualité. CHeFA-EA favorise la diffusion de bonnes pratiques en facilitant les échanges de savoir, d'information et d'expérience dans le domaine du financement communautaire des soins, ce qui encourage le développement rapide de nouvelles initiatives dans ce domaine.

L'association est un réseau composé de trois organisations nationales basées en Uganda, au Kenya et en Tanzanie. CHeFA-EA met l'accent sur le partage de l'apprentissage et du développement ; c'est pourquoi elle collabore avec d'autres réseaux et organisations nationales impliqués dans le financement communautaire de la santé, comme ceux au Rwanda, au Burundi et au Sud Soudan.

CHeFA-EA soutient le financement communautaire des soins de santé par la publicité et milite en collaboration avec plusieurs acteurs et institutions. Sur le plan national CHeFA-EA a entamé des pourparlers avec les ministres de la santé via les programmes nationaux de financement communautaires des soins, en vue d'obtenir une meilleure reconnaissance et un appui pour développer de nouveaux types d'initiatives de financement des soins.

CHeFA-EA effectue de la recherche sur le financement communautaire des soins, à la fois aux niveaux national et régional, et il travaille sur le développement et l'application d'un Système participatif de suivi et d'évaluation afin d'effectuer de manière continue l'évaluation et l'amélioration des projets. CHeFA-EA s'occupe aussi de collecter et partager des outils de gestion.

CHeFA-EA gère un centre de ressources régional au niveau de son secrétariat à Kampala (Uganda), gère un site Internet et publie une newsletter semestrielle. Au niveau local CHeFA-EA appuie la mobilisation des ressources afin de soutenir le développement d'initiatives de financement communautaire des soins de santé, tandis que sur le plan national et régional l'association soutient des activités de renforcement des capacités et des congrès de réseaux nationaux. CHeFA-EA organise aussi des visites et échanges entre pays et des conférences régionales.

{Contribution de Joseph Kiggundu, Rita Toutant et CHeFA-EA}

+ D'INFOS

[Voir le site de CHeFA-EA](#)



QUOI DE NEUF ?



ZOOM SUR...

UN PLANCHER DE SÉCURITÉ SOCIALE EST-IL POSSIBLE ? 15 mai 2008, BIT, Genève, Suisse

Dans sa présentation au 26^e Forum sur le Travail Décent organisé par le Département de l'Intégration des Politiques du BIT, Michael Cichon, Directeur du Département de la sécurité sociale, a souligné que la sécurité sociale n'est pas seulement un droit de l'Homme, mais aussi une nécessité économique et sociale. En se référant à l'étude *Can low-income countries afford basic social security?*, qui comporte un exercice de simulation entrepris dans 12 pays, il a également déclaré qu'une sécurité sociale de base pour tous est financièrement possible dans les pays à faible revenu.

Dans ce contexte, l'OIT propose un ensemble de garanties constituant un « plancher de sécurité sociale » :

- Tous les habitants ont accès à des soins de santé de base au travers de divers mécanismes d'offre de soins, l'État acceptant la responsabilité générale d'assurer l'adéquation du système de soins et son financement ;
- Tous les enfants bénéficient de l'assurance d'un niveau de revenu au moins équivalent au seuil de pauvreté à travers diverses allocations familiales et allocations d'enfants visant à faciliter l'accès à l'alimentation, à l'éducation et aux soins ;
- Un revenu minimum d'appui ciblé pour les pauvres et les chômeurs au sein de la population active ;
- Tous les habitants âgés et ceux souffrant de handicap bénéficient de l'assurance d'un revenu au moins équivalent au seuil de pauvreté au travers de pensions de retraite, d'invalidité et de décès.

La mise en œuvre de cet ensemble de garanties dépend des efforts des pays à faible revenu eux-mêmes et de l'appui des donateurs internationaux. La stratégie exposée dans cette étude se base sur le postulat que si les pays en question augmentent le niveau des dépenses nationales attribuées à la protection sociale au lieu de maintenir le niveau actuel, ils seront progressivement capables de financer le paquet eux mêmes à 100% sur le long terme.

Par ailleurs, l'expérience de nombreux pays montre qu'une grande variété de stratégies de financement sont utilisées et que les articulations entre les différents acteurs peuvent être un élément clé de ce processus. Il est important de mobiliser la capacité et la disposition à payer de la population, mais à une plus grande échelle des stratégies au niveau national et international peuvent être également mises en place :

- les gouvernements peuvent augmenter le montant des ressources allouées à la protection sociale ;
- des efforts peuvent être faits en faveur de la solidarité nationale au travers de subventions croisées provenant de taxes sociales et de taxes supplémentaires (par exemple sur les hydrocarbures, la loterie nationale, etc.) ;
- des actions peuvent être menées afin de promouvoir la solidarité internationale, au travers de fonds mondiaux, de financements innovants comme des taxes sur les billets d'avion, de fonds sociaux mondiaux, des transferts d'argent de migrants vers leurs familles. etc.

+ D'INFOS

- [Voir l'étude](#)
- [Voir la présentation de Michael Cichon](#)
- [Voir la présentation sur les stratégies de financement](#)



QUOI DE NEUF ?

LA MUTUELLE DE GAYA (SÉNÉGAL) : UN EXEMPLE DE PARTENARIAT

Situé dans la région de Saint-Louis, le village de Gaya qui compte 8900 habitants abrite un poste de santé et une maternité construits par l'ONG Le Partenariat, un dépôt de pharmacie, une infirmerie privée, une case de santé à Ndiarème, hameau distant de près de 2 km. Dans ces deux localités, la récurrence des maladies est liée à la proximité du fleuve Sénégal et on dénote une prédominance du paludisme (47% des cas de consultation), la bilharziose (urinaire et intestinale), les maladies diarrhéiques, etc.

Créée en décembre 2004 la mutuelle de santé s'inscrit dans un projet global de santé communautaire avec un volet prévention du paludisme dans le cadre de l'appui de l'ONG Le Partenariat au district sanitaire. La mutuelle de santé de Gaya a bénéficié de l'appui des promoteurs (Promusaf et Le Partenariat) durant tout le processus de création et de développement. Au démarrage, les différents partenaires (district sanitaire, Le Partenariat, Promusaf, etc.) ont coopéré en vue de répondre à une forte demande de la population qui a souhaité se doter d'un mécanisme facilitant les conditions d'accès aux soins de santé.

Outre les appuis techniques et financiers des promoteurs (Promusaf et Le Partenariat), ce partenariat a permis de mettre en place un fonds de roulement destiné à une exploitation agricole (tomate et patate). Les revenus nets d'exploitation serviraient pour un tiers au renforcement de la marge de solvabilité.

{Contribution d'Alioune NIASSE, ASADEP, Saint-Louis, Sénégal}

LA BANQUE MONDIALE CRÉE LE PROGRAMME «ASSURANCE POUR LES PAUVRES» (INSURANCE FOR THE POOR)

Le programme « Insurance for the Poor » (IfP) a récemment été mis en place dans le cadre de la Direction « Développement Financier et du Secteur Privé » de la Banque mondiale. Ce programme suit une logique d'amélioration du marché en reconnaissant le fait que des défaillances du marché peuvent mener à des redistributions sous-optimales des richesses et que la coordination du secteur privé n'est pas toujours efficace. L'objectif principal du programme est d'appuyer des systèmes d'assurance qui :

- peuvent être inclus dans une stratégie financière d'ensemble (épargne, crédit) ;
- peuvent être développés grâce à des synergies (comme des partenariats public-privé) ;
- bénéficient directement aux pauvres ou aident indirectement les pauvres en travaillant avec des intermédiaires comme des compagnies d'assurance ou des gouvernements (par exemple : les assurances en cas de catastrophes).

La Banque mondiale appuie déjà de nombreuses initiatives en matière d'assurance qui bénéficient directement au groupe cible consistant par exemple à étendre l'assurance décès dans les campagnes indiennes, ou à associer des comptes d'épargne avec des assurances contre les risques catastrophiques en matière de santé en Ouganda, etc. D'autres initiatives de ce type sont mises en place au niveau national et aident indirectement les plus démunis, comme le fait d'encourager l'émergence d'une assurance nationale contre les catastrophes dans les Caraïbes ou d'aider à mettre en place une législation facilitant l'extension de la couverture d'assurance des pauvres au Cambodge.

+ D'INFOS

- [Consulter la brochure de l'IfP sur GIMI](#)
- [Contacter IfP](#)
- [Pour plus d'info sur la micro-assurance, consultez le site « Knowledge resources for Financial & Private Sector Development »](#)

{Contribution de Vijayasekar Kalavakonda, Groupe de la Banque mondiale}

MICRO INSURANCE ACADEMY (MIA) ET COOPERATIVE DEVELOPMENT FOUNDATION (CDF) S'UNISSENT POUR PROMOUVOIR LES SYSTÈMES DE MICRO-ASSURANCE SANTÉ DE TYPE COOPÉRATIF

Au mois de mai de cette année la Cooperative Development Foundation (CDF) et la Micro Insurance Academy (MIA) ont mené un cours de formation des promoteurs, qui s'inscrit dans un nouveau projet ambitieux visant à apporter la micro-assurance à des communautés pauvres dans et autour de Warangal City, Andhra Pradesh en Inde. Cet événement est le fruit d'un Atelier d'Introduction facilité par MIA, durant lequel la CDF, ainsi que de nombreux groupes d'entraide et coopératives ont accepté d'ajouter l'assurance maladie à leur offre préexistante d'assurance vie, qui existait depuis 2000.

Grâce aux formations et au matériel fourni par MIA, CDF est maintenant prêt à mettre en place son système d'assurance santé de type coopératif Swakrushi (SCOBHIS) qui pourra lui-même étendre la micro-assurance santé à plus de 500 000 personnes pauvres dans quelque 300 villages des districts de Warangal, Karimnagar et Medak. CDF et MIA s'attendent à ce que cette collaboration se poursuive dans les années à venir avec l'augmentation du nombre d'assurés dans le programme SCOBHIS.

+ D'INFOS

- [Voir le site de CDF](#)
- [Voir le site de MIA](#)

{Contribution d'Iddo Dror, Directeur des Opérations, Micro Insurance Academy, Inde}



QUOI DE NEUF ?

LE BIT A RÉALISÉ LE SPER DE LA ZAMBIE : 4 juillet 2008, Lusaka, Zambie

Le SPER (*Social Protection Expenditure and Performance Review*) a été traduit en français par « Analyse des prestations et des indicateurs de résultats en protection sociale ». Les SPER constituent un des outils du Département de la sécurité sociale du BIT pour mesurer les dispositifs de protection sociale et apporter une vue d'ensemble de ces dispositifs dans un pays.

Le SPER, le Rapport sur le Budget Social et le résumé de ces deux documents ont été produits dans le cadre de la première année de travail du projet BIT/DFID en Zambie : « Campagne mondiale sur la sécurité sociale et la couverture pour tous comme moyen de réduction de la pauvreté en Afrique et en Asie »

La principale conclusion est que ni les programmes contributifs existants (assurance sociale) ni les non-contributifs (assistance sociale) ne permettent de couvrir une population suffisamment large, d'offrir des prestations étendues et d'un niveau suffisamment élevé. Tout ceci dans un contexte où la moitié de la population vit dans une extrême pauvreté (sous le seuil de pauvreté) et où les deux tiers de la population vivent dans une pauvreté relative (c'est-à-dire ne permettant pas de faire face aux besoins essentiels). Les analyses préliminaires montrent que la Zambie aurait les moyens financiers de mettre en place un paquet minimum de protection sociale avec une pension vieillesse universelle, prestations en espèce ciblées et des allocations enfants. Sur le long terme le coût de ce paquet n'excéderait pas 1,5% du PIB et permettrait de poser les bases d'un système de protection sociale moderne.

Le SPER et le Rapport sur le Budget Social contiennent aussi des informations clés sur le marché du travail zambien, les programmes de sécurité sociale contributifs et non contributifs existants, l'état du système de santé ainsi que des analyses du Budget Social zambien actuel et des tendances à venir.

+ D'INFOS

- [Voir le résumé](#)
- [Voir le rapport](#)
- [Voir la présentation sur le rapport](#)

{Contribution de Krzysztof Hagemeyer, Département de la Sécurité Sociale, Genève, Suisse}

SÉNÉGAL : L'ANALYSE DES PRESTATIONS ET DES INDICATEURS DE RÉSULTATS EN PROTECTION SOCIALE

+ D'INFOS

[Voir le rapport](#)

Sénégal. L'analyse des prestations et des indicateurs de résultats en protection sociale (SPER), rapport préparé par Pascal Annycke, BIT, 2008

Nouvelle ressource disponible dans la bibliothèque de GIMI et GESS. Ce rapport en

huit chapitres, organisé par branches de sécurité sociale, fait le point sur l'état de la sécurité sociale au Sénégal en utilisant des sources nationales et internationales dont les données de la nouvelle « Enquête du BIT sur la Sécurité Sociale (ESecSoc) » pour les années 2003 et 2004. Ce rapport examine les dépenses des régimes de sécurité sociale et le niveau des prestations versées, évalue des taux de couverture pour chaque risque couvert et présente des perspectives de réformes et d'extension de la couverture au Sénégal.

{Contribution de Pascal Annycke, BIT, Genève, Suisse}

ÉTUDES DES SYSTÈMES DE SÉCURITÉ SOCIALE EN BOLIVIE ET EN ÉQUATEUR

República de Bolivia: Diagnóstico del sistema de seguridad social (version préliminaire pour discussion), G. Picado Chacón, F. Durán Valverde, OIT BSR-Lima, 2007

Diagnóstico del sistema de seguridad social del Ecuador, F. Durán Valverde, OIT BSR-Lima, 2008

Ces études constituent des diagnostics détaillés des systèmes de sécurité sociale en Bolivie et en Equateur. Elles analysent l'état actuel des systèmes de sécurité sociale dans ces pays et proposent des mesures qui permettraient l'extension de la couverture sociale et à terme, de couvrir l'ensemble de la population.

+ D'INFOS

- [Voir l'étude sur la Bolivie](#)
- [Voir l'étude sur l'Equateur](#)

{Contribution de Fabio Durán, BIT BSR-Lima, Pérou}

MISE EN LIGNE DE FICHES DESCRIPTIVES SUR DES PROGRAMMES DE MICROASSURANCE EN ASIE

Une collection de fiches descriptives de deux pages sur différents systèmes de micro-assurance en Asie a été ajoutée à la bibliothèque. A gauche de la fiche on trouve une description du programme (les conditions d'adhésion, les prestations, les primes et d'autres éléments clés) ainsi que des éléments de son succès et les défis qui restent à relever. A droite, un tableau résume les grandes lignes du programme (date de lancement, programme public ou privé, groupe cible, nombre de personnes couvertes...), les mécanismes opérationnels, l'étendue et le niveau des prestations, ainsi que des indicateurs d'activité (nombre d'assurés, pourcentage de femmes, nombre d'opérations effectuées, etc.) et les projets de développement.

{Contribution d'Ashita Abraham, AMIN, New Dehli, Inde}



QUOI DE NEUF ?

DEUXIÈME SÉRIE DE SUBVENTIONS À L'INNOVATION DU MIIF (FONDS D'INNOVATION POUR LA MICRO-ASSURANCE) DISPONIBLE

Le Fonds du BIT pour l'innovation en micro-assurance lancé en 2008 avec le soutien de la fondation Bill & Melinda Gates est heureux d'annoncer qu'est disponible une seconde série de subventions à l'innovation visant à stimuler de nouvelles idées et à tester des approches novatrices afin d'apporter de meilleurs produits d'assurance aux marchés non-couverts ou mal couverts. Les organisations éligibles à cette subvention sont :

- **les porteurs de risques** tels que les compagnies d'assurance, les micro-assureurs semi-formels, les fédérations de systèmes de micro-assurance;
- **les circuits de distribution**, y compris les ONG, les coopératives, les banques et les institutions de microfinance, les syndicats et les organisations patronales, les courtiers et agents d'assurance, et d'autres circuits de distribution;
- **les acteurs du secteur de l'assurance** tels que les délégataires de gestion (TPA) ou les centres de traitement des demandes de prise en charge, les fournisseurs de logiciels et de services de gestion de bases de données (en collaboration avec les micro-assureurs), les centres de formation ou les associations patronales du secteur.

Plusieurs organisations peuvent présenter conjointement une seule et même demande de subvention; elles y sont même encouragées. Le Fonds souhaite travailler avec des organisations solides qui ont les capacités de prendre des initiatives novatrices.

L'objectif premier du Fonds pour l'innovation en micro-assurance est d'apprendre : comment fournir une meilleure protection par l'assurance à plus de personnes à faibles revenus, comment développer une culture de l'assurance chez les pauvres, comment appréhender la mesure dans laquelle les travailleurs pauvres peuvent tirer profit de l'assurance comme un outil de gestion du risque. Afin d'atteindre cet objectif d'apprentissage, le Fonds soutiendra des activités qui remettent en cause les idées reçues. Les subventions à l'innovation sont donc considérées comme un travail de recherche.

+ D'INFOS

[Formulaires de demande et indications](#)

Durant les cinq prochaines années, le Fonds attribuera 40 à 50 subventions à l'innovation pour un montant total de 18

millions de dollars des Etats-Unis. Il s'agit d'un processus très compétitif. Lors de la première série de subventions, dix bénéficiaires ont été sélectionnés parmi 127 candidatures. Il y aura approximativement le même nombre de bénéficiaires lors de la deuxième série.

Le Fonds souhaite avoir un portefeuille de bénéficiaires diversifié, mais plus particulièrement axé sur l'Afrique, l'Asie et le Pacifique, l'Amérique Latine et les Caraïbes, et le Moyen-Orient. Bien que ces subventions puissent venir en appui de l'assurance de n'importe quel type de risque, la priorité sera accordée à des produits pour lesquels il existe une importante demande mais une offre insuffisante, notamment dans les domaines de la santé, de l'agriculture, de la propriété et de l'assurance-vie avec droits accumulés

Les demandes doivent être envoyées sur le portail en ligne avant la date limite du 17 septembre 2008.

La troisième série de demandes de subvention sera annoncée en janvier et les retours de demandes seront attendus début mars.

{Contribution de Craig Churchill, BIT, Genève, Suisse}



FORMATIONS

CERTIFICAT DE SPÉCIALISATION: SANTÉ PUBLIQUE ET DÉVELOPPEMENT

Le Conservatoire National des Arts et Métiers de Paris propose un cours de 120 heures présidé par Bernard Kouchner, Ministre des Affaires étrangères et européennes, de spécialisation dans les questions de la santé publique et du développement. Conçu pour des professionnels du secteur (médecins, économistes, statisticiens, administrateurs de santé publique, spécialistes du développement dans le Tiers Monde...), le cours est composé de 30 séminaires interdisciplinaires dispensés par des spécialistes reconnus pour offrir une lecture à la fois théorique et pratique sur les enjeux de la santé, de l'accès aux soins, de la santé publique, de l'assurance maladie et du développement économique durable. Lettre de motivation et CV à envoyer avant le 26 septembre 2008.

+ D'INFOS

[Télécharger la brochure du programme et des informations concernant l'inscription depuis GIMI](#)

MGEN, IE ET AIM LANÇENT UN RÉSEAU D'ÉDUCATION ET DE SOLIDARITÉ

Trois organisations œuvrant pour le développement, la coordination et le renforcement des systèmes de protection sociale solidaires, IE (Internationale de l'Éducation), AIM (Association Internationale de la Mutualité) et MGEN (Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale) se préparent au lancement d'un Réseau « Education et Solidarité ».

+ D'INFOS

[Voir le site du Réseau](#)

Le réseau trouve sa justification dans l'importance du rôle des éducateurs dans la

promotion de systèmes de sécurité sociale solidaires dans le monde, que cela soit au niveau de la population des enseignants ou de la population en général.

Le réseau ciblera les modèles de protection sociale partageant les valeurs de solidarité, non lucrativité et de gestion démocratique. Le développement et le partage d'outils, d'expertise et de bonnes pratiques ainsi que le lancement de programmes de formation ciblés feront partie de ses activités.

Les trois organisations se complètent et chacune apporte son domaine d'expertise : l'Internationale de l'Éducation, en tant que fédération internationale de syndicats représente 30 millions de travailleurs de l'éducation dans 171 pays, tandis que l'AIM rassemble 41 fédérations nationales d'associations mutualistes et la MGEN est une mutuelle de santé française de premier plan qui couvre quelque 3,3 millions de professionnels de l'éducation et leurs ayants droit. Les trois partenaires à l'origine du réseau fourniront une aide technique et financière aux projets et le programme STEP du BIT apportera au réseau son

grand savoir-faire technique et son expérience dans un rôle d'appui.

Le site du Réseau « Education et Solidarité » est disponible en français, en anglais et en espagnol. Une série de rencontres de sensibilisation seront organisées à travers le monde par l'AIM, l'IE et ILO-STEP en vue d'identifier et d'informer des membres potentiels. Le lancement du Réseau se fera lors d'une conférence internationale qui aura lieu à Paris les 14 et 15 mai 2009.

{Contribution de Sylvie Grasso, Réseau « Education et Solidarité »}

CERTIFICAT IPPR : PERSPECTIVES INTERNATIONALES EN MATIÈRE DE RECHERCHE PARTICIPATIVE

Programme conjoint organisé par *PRIA Continuing Education en Inde* et la *Faculty of Continuing Studies*, Université de Victoria au Canada.

Le cours offre un aperçu pratique et théorique du secteur du développement et du monde académique avec un accent sur la recherche participative, l'action communautaire et les transformations communautaires. Les exemples sont tirés d'études de cas internationales. Ce programme permet aux participants de concevoir et mener des recherches participatives dans leur propre pays.

Le cours est conçu pour ceux qui travaillent déjà dans

+ D'INFOS

- [Voir le site de PRIA](#)
- [Voir les autres cours proposés par PRIA](#)

ce domaine, mais aussi les professionnels responsables de recherche, de suivi et d'évaluation travaillant dans des ONG ou dans le secteur du développement, ainsi que

du personnel universitaire enseignant la recherche participative. On encourage aussi les candidatures d'étudiants ou de chercheurs universitaires. Ce cours de quatre mois est enseigné en anglais et à distance, ce qui rend l'apprentissage possible à temps partiel en dehors des heures de travail.

{Contribution de Dr.Shabeen Ara, PRIA Continuing Education}



FORMATIONS

PROGRAMME DE FORMATION SUR LA PROTECTION SOCIALE POUR LES AMÉRIQUES

Dans sa newsletter du mois de juin (newsletter n° 2), le nouveau programme de formation du BIT sur les méthodes quantitatives appliquées à la protection sociale, QUATRIN AMERICAS, a présenté son agenda pour 2008. Ces activités – des cours, séminaires ou ateliers enseignés à distance ou sur place – sont effectués en collaboration étroite avec le Centre international de formation de l'OIT à Turin.

+ D'INFOS

- [Voir page 20, l'article sur le Campus Virtuel](#)
- [Voir la newsletter de QUATRIN](#)

{Contribution de Vinicius Pinheiro, Département de Sécurité Sociale, BIT, Genève, Suisse}

DEUXIÈME ÉCOLE DE RÉASSURANCE POUR LES SYSTÈMES DE MICRO-ASSURANCE : 15-17 Octobre 2008, New Delhi, Inde

Micro Insurance Academy (MIA) tiendra la « 2^e école de réassurance pour les systèmes de micro-assurance » en octobre prochain. L'École de Réassurance est conçue pour les gestionnaires de systèmes de micro-assurance communautaire, les promoteurs de la micro-assurance et les gestionnaires d'ONG et d'institutions de microfinance qui envisagent de lancer leur propre système de micro-assurance.

+ D'INFOS

- [Contacter MIA](#)
- [Voir le site de MIA](#)

L'École de Réassurance vise à démystifier la réassurance pour les personnes qui souhaitent rendre pérennes leurs

unités de micro-assurance ou qui souhaitent appuyer cette pérennisation. Au cours de cet événement la réassurance sera présentée principalement comme un puissant outil de gestion des risques pour les unités de micro-assurance. Les participants assisteront à plusieurs exposés, des sessions interactives et des études de cas qui mettront en lumière le champ de la réassurance appliquée à la micro-assurance, et qui permettront aux participants de comprendre la structure des contrats de réassurance.

{Contribution d'Iddo Dror, Directeur des Opérations, Micro Insurance Academy, Inde}

2^{ème} COURS À DISTANCE DE CAM-UNSE: « La gestion dans les institutions mutualistes »

Suite au succès du 1^{er} cours à distance du mois de juillet de cette année, la Confédération Argentine de Mutualités (CAM) et l'Université Nationale de Santiago de l'Estero (UNSE) lancent leur 2^{ème} cours à distance intitulé « La gestion dans les institutions mutualistes ». Le cours aura une durée de quatre semaines et l'UNSE délivrera un certificat aux participants ayant passé le cours avec succès.

Le cours comporte des modules d'auto-apprentissage avec des composantes théoriques et pratiques ainsi que des séances. Les axes thématiques incluent : la gestion stratégique dans des institutions à but non-lucratif ; la conception d'un plan d'affaires basé sur le concept de service dans les institutions à but non-lucratif ; le marketing dans les institutions à but non-lucratif ; et la commercialisation de services.

{Contribution de Brenda Rial, ACYM, Montevideo, Uruguay}

+ D'INFOS

[Voir le site du CAM](#)

GIMI EN CHIFFRES



Vous êtes maintenant **725 utilisateurs** enregistrés sur GIMI, venant de **92 pays différents**.

Merci de votre participation à la vie de la plateforme !
Combien d'utilisateurs serez-vous dans 3 mois ? Pour le savoir, rendez-vous dans la G-News N°5.

GIMI, ça bouge...

- **56 CV** dans la base de données des experts dans différents domaines liés à la micro-assurance
- **780 ressources** publiées dans la bibliothèque, dont
- **128 liens** vers des sites intéressants
- **442 téléchargements de ressources** en moyenne par mois
- **275 termes** avec définitions dans le glossaire
- **1559 lecteurs** de la G-News
- **21 sites** sur lesquels GIMI est référencée



CONFÉRENCES

« LA COUVERTURE DU RISQUE MALADIE DANS LES PAYS EN DÉVELOPPEMENT : QUI DOIT PAIER ? » (Paris 7 mai 2008)

Initiée par Bernard Kouchner, Ministre français des Affaires étrangères, la Conférence de Paris a réuni plus de quarante ministres de la Santé ou des Finances de pays en développement ainsi que des représentants des 27 membres de l'Union européenne et d'organisations internationales (entre autres : BIT, OMS, Banque mondiale, Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, Alliance GAVI, FMI et OCDE), de la société civile (dont de nombreuses ONG très reconnues) et du secteur privé.

Bernard Kouchner a rappelé que « chaque année, plus de 100 millions de personnes passent en dessous du seuil de pauvreté pour cause de maladie et d'invalidité ». La conférence s'est efforcée de renforcer le consensus autour de la nécessité d'investir dans la santé afin de fournir, à terme, un accès universel à des soins médicaux de qualité et autour de la nécessité de promouvoir une meilleure répartition des fruits de la croissance au sein de la communauté internationale.

+ D'INFOS

- [Voir le résumé GIP SPSI de la Conférence](#)
- [Compte-rendu de l'Agence France de Presse](#)
- [Site du Ministère français des Affaires étrangères et européennes](#)

La conférence a traité de la question de la diversification des mécanismes de financement de la couverture médicale. Il a été en particulier question du potentiel des mécanismes d'assurance santé pour renforcer les systèmes de santé dans des pays à faible revenu, avec l'étude des cas rwandais,

marocains et thaïlandais.

La conférence a insisté sur la multiplicité de réponses possibles à la question du financement de la couverture médicale et sur le fait que chaque pays doit trouver le système qui convient le mieux à son propre contexte.

La proposition d'inclure des mécanismes d'assurance maladie dans les systèmes de santé des pays à faibles revenus a provoqué des réactions négatives, des ONG comme Oxfam et Médecins du Monde soutenant que seule la gratuité des soins peut permettre d'atteindre une couverture universelle. Oxfam s'est notamment inquiété que les bailleurs de fonds puissent envisager l'assurance maladie comme un substitut à l'aide au développement.

Bernard Kouchner a évoqué la possibilité d'impliquer progressivement les populations des pays à faible revenu dans l'extension de l'accès aux soins en utilisant leur capacité d'initiative et leur participation, et dans la mesure du possible leur participation financière. Cependant, dans son allocution de clôture, le Ministre français des Affaires étrangères a souligné qu'il était indispensable de garder un haut niveau d'aide publique et d'améliorer la coordination au sein de la

communauté internationale en ce qui concerne les stratégies de couverture médicale.

Regrettant que peu de progrès avaient été effectués dans l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement que la communauté internationale s'était engagée à réaliser d'ici à 2015 Bernard Kouchner a également confirmé la volonté de la France de faire de la question de la santé l'une des priorités de la présidence de l'Union européenne qu'elle assurera au second semestre 2008.

{Contribution de Tess Abbott, BIT / STEP, Genève, Suisse}

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE L'UAM : 25-26 juin, Rabat, Maroc

L'Union Africaine de la Mutualité (UAM) a tenu une assemblée générale extraordinaire en juin. Cet événement a rassemblé des représentants de gouvernements, d'institutions et d'organisations partenaires et paires, ainsi que des délégués mutualistes de divers pays africains.

Dans l'ordre du jour figuraient l'adoption du règlement intérieur et les grandes orientations du plan d'action de l'Union, dont notamment : la réalisation d'inventaires des mutuelles ; le développement d'un environnement juridique favorable pour les mutuelles ; des actions d'appui technique, financier et de formation ; l'élaboration d'une stratégie de plaidoyer et de communication favorisant le développement des mutuelles et diverses autres actions visant à améliorer l'accès et la qualité des soins.

Pour plus d'informations, lire le procès verbal de l'assemblée. Prochainement, vous trouverez aussi dans le site de l'UAM les communications des intervenants ainsi que d'autres documents sur l'assemblée.

+ D'INFOS

- [Voir le site de l'UAM](#)
- [Voir le procès verbal de l'assemblée sur GIMI](#)
- [Contacter Nadia Semlali](#)

{Contribution de Nadia Semlali, Coopération Internationale, MGPAP, Rabat, Maroc}

2^{ème} RENCONTRE NATIONALE DES COOPÉRATIVES DE SANTÉ : 29 et 30 Août 2008, Rosario, Argentina

La Deuxième Rencontre Nationale des Coopératives de Santé – Journée de Consensus Coopératif et Mutuel

+ D'INFOS

- [Voir le site de FAESS](#)
- [Agenda de la rencontre](#)

pour le Développement du Secteur Solidaire de Santé a été organisée par la Fédération Argentine des Entités Solidaires de Santé (FAESS) et la Fédération Argentine des Mutuelles de Santé (FAMSA). Cette rencontre a eu lieu au siège de la Faculté de Sciences Médicales (Université Nationale de Rosario), avec le soutien de l'Institut National du



CONFÉRENCES

mouvement associatif et de l'Economie sociale (INAES). L'objectif était de discuter sur la situation et l'expérience du secteur coopératif et les mutuelles de santé.

{Contribution de Brenda Rial, ACYM, Montevideo, Uruguay}

COLLOQUE « L'AVENIR DE LA PROTECTION SOCIALE AU MAROC »: 9 et 10 juin 2008, Casablanca

Le colloque a réuni plus de 200 participants ; il comportait quatre sessions :

- 1) Nouvelles tendances en matière de protection sociale
- 2) Extension de la protection sociale
- 3) Financement de la protection sociale
- 4) Protection sociale face aux pressions démographiques

Il a aussi été l'occasion de la signature de 2 protocoles d'accord : l'un pour la création d'une école nationale de sécurité sociale (partenariat avec l'EN3S française) ; l'autre rendant obligatoire l'extension de l'AMO aux professions libérales (signé avec l'Union Nationale des Professions Libérales).

+ D'INFOS

[Voir le site de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale au Maroc](#)

Ce colloque a permis de partager des pistes de réflexion et d'action sur

l'extension de la couverture maladie et la réforme du régime des pensions de retraite au Maroc.

Pour l'extension de la couverture maladie deux dispositifs sont prévus au Maroc: un régime contributif (AMO) pour tous les salariés, professions libérales et l'économie informelle gagnant plus de 500 dirhams par mois (environ 50 euros) ; et un régime d'assistance médicale (RAMED, Régime d'Assistance Médicale aux Economiquement Démunis) pour les personnes pauvres.

L'AMO pour les travailleurs du secteur privé (gérée par la CNSS) couvre l'hospitalisation, la maternité, l'ambulatoire pour les enfants jusqu'à l'âge de 12 ans, et une liste de maladies de longue durée et celles lourdes et coûteuses (dans ce cas les consultations, examens et médicaments sont pris en charge). L'ambulatoire pour les adultes et enfants de plus de 12 ans n'est donc pas couvert (en dehors des maladies de longue durée et des maladies lourdes et coûteuses). L'AMO pour les travailleurs du secteur public (gérée par la CNOPS) couvre l'ensemble des maladies en ambulatoire et en hospitalisation.

L'AMO a été introduite il y a deux ans (début 2006). Aujourd'hui l'AMO couvrirait 8,5 millions de personnes soit un peu moins de 30% de la population marocaine (de 32 millions de personnes). Sont actuellement exclus de l'AMO: les professions libérales ; les étudiants (300 000 personnes) ; les exploitants et salariés agricoles (les salariés agricoles doivent cependant être couverts par la CNSS qui a établi un plan d'action en vue de leur adhésion) ; les salariés et

indépendants gagnant **moins de 500 dirhams par mois mais pas suffisamment pauvres pour bénéficier du RAMED** (i.e. principalement les travailleurs de l'économie informelle).

Pour les très pauvres (population estimée à 6 millions de personnes) est prévue une assistance médicale, le RAMED, qui leur donne un droit d'accès aux hôpitaux publics. L'Agence nationale d'assurance maladie (ANAM) est mandatée pour mettre en place le RAMED mais sa mise en œuvre n'a pas vraiment commencé (une expérience pilote en zone rurale en principe).

+ D'INFOS

- [Voir le site de l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie au Maroc](#)
- [Voir le profil de sécurité sociale du Maroc sur le site de CLEISS](#)

La réforme des régimes de retraite au Maroc est une priorité compte tenu des problèmes de gestion et de viabilité propres aux régimes existants, liés notamment à un vieillissement de leurs populations, à leurs règles de calcul et à leur manque d'équité (par exemple des personnes qui cotisent moins de 3240 jours n'ont droit à aucune pension ; à l'inverse des personnes ayant cotisé suffisamment peuvent dans un des régimes partir à la retraite avec plus de 100% de leur dernier salaire). En outre la modestie du taux de couverture actuel de la garantie retraite (inférieur à 25% de la population active) implique aussi un impératif d'extension qui s'ajoute à celui de la réforme des dispositifs existants.

Un processus de réforme global devant prendre en compte les deux impératifs ci-dessus (réforme des dispositifs actuels et extension de la couverture) est engagé par une commission technique nationale chargée de la piloter. Celle-ci regroupe les ministères concernés, les différentes caisses de retraite, ainsi que les représentants des travailleurs et des employeurs. Un cabinet (ACTUARIA International) a été retenu par la commission pour l'assister en tant que bureau d'étude. Trois volets successifs sont prévus. Le premier vise à réaliser un audit actuariel global et prospectif du secteur actuel (diagnostic global). Le second comprendra la construction d'un « système cible » de retraite défini en termes techniques et institutionnels ainsi que l'identification des scénarios de réforme (convergence vers le système cible). Le troisième consistera en l'évaluation des variantes de convergence (paramétrique et structurelle) vers le système cible. A l'heure actuelle aucune option d'architecture du système cible n'a été définie.

+ D'INFOS

[Voir l'espace de travail « Maroc : Dialogue sur la réforme des pensions » sur le site de l'OIT](#)

{Contribution de Valérie Schmitt-Diabaté, BIT / STEP, Genève, Suisse}



CONFÉRENCES



zoOM SUR...

RÉUNION SOUS-RÉGIONALE DE HAUT NIVEAU DE L'OIT POUR L'ASIE-PACIFIQUE:

19-20 mai 2008, New Delhi, Inde

La Réunion de haut niveau a rassemblé des représentants des gouvernements, des travailleurs et des employeurs pour passer en revue les stratégies employées par les 21 pays participants de la région Asie-Pacifique en vue d'atteindre les objectifs de la « Décennie asiatique du travail décent » initiée par le BIT en 2006. La réunion a servi aux délégués de plateforme de partage de leurs expériences dans le domaine de l'extension de la couverture de sécurité sociale et pour gérer les défis à venir. Elle leur a permis d'identifier les bonnes pratiques et de trouver un consensus sur la manière de procéder. L'accent était mis sur les expériences concrètes ce qui explique qu'un grand nombre de documents techniques présentant des études de cas nationales ait été produit et distribué au cours de cette conférence. La liste des documents est accessible via le site du BIT et ils peuvent être téléchargés depuis la rubrique « Ressources » de GIMI et de GESS.

Pendant la Réunion il a été question du rôle central de l'Etat, qui doit veiller à ce que la croissance économique soit accompagnée de mesures pour promouvoir l'équité mais aussi impliquer les employeurs et les travailleurs dans le dialogue sur la sécurité sociale. Il a été question des efforts à fournir vis à vis du secteur informel et des attentes spécifiques des femmes en termes de sécurité sociale. Le BIT a notamment introduit le concept de « plancher social » regroupant quatre garanties de sécurité sociale de base.

+ D'INFOS

- [Consulter le site du BIT sur la Réunion sous-régionale](#)
- [Conclusions du BIT sur la Réunion](#)
- [Voir page 4 pour une présentation du concept de "plancher social" du BIT](#)

{Contribution de Marc Socquet, Consultant, New Dehli, Inde}

97^e CONFÉRENCE INTERNATIONALE DU TRAVAIL :

28 mai-13 juin 2008, BIT, Genève, Suisse

La 97^e session de la Conférence internationale du Travail (CIT) a réuni cette année plus de 4000 délégués, dont des ministres du Travail, et des dirigeants d'organisations de travailleurs et d'employeurs, de la plupart des 182 Etats Membres de l'Organisation internationale du Travail (OIT).

Parmi les sujets traités lors des différentes Commissions on note la réduction de la pauvreté en milieu rural, l'amélioration du développement des qualifications, l'adhésion aux normes internationales du travail et, fait historique pour l'OIT, la « Déclaration sur la justice sociale pour une mondialisation équitable » qui, avec la Résolution qui l'accompagne, ont été adoptées par acclamation des Etats Membres, ainsi que des représentants des travailleurs et employeurs.

La « Déclaration sur la justice sociale pour une mondialisation équitable » marque en effet la plus importante réforme de l'Organisation depuis l'adoption de la « Déclaration de Philadelphie » en 1944. Cette nouvelle Déclaration reconnaît les bénéfices de la mondialisation mais plaide pour une mise en place des politiques de travail décent qui produisent de meilleurs résultats, plus justes, pour tous. Grâce à la Déclaration, l'OIT pourra soutenir les efforts de ses mandants dans la promotion du progrès et de la justice sociale à travers les quatre objectifs stratégiques de l'Agenda pour le travail décent : emploi, protection sociale, dialogue social et tripartisme, et principes et droits fondamentaux au travail.

La 97^e CIT a également été l'occasion de tenir un forum de discussion sur la crise alimentaire mondiale et de célébrer, le 12 juin, la Journée mondiale contre le travail des enfants.

+ D'INFOS

- [Voir le communiqué de presse sur la Conférence](#)
- [Voir le communiqué de presse sur la Déclaration](#)
- [Voir l'avis du Directeur général](#)



CONFÉRENCES

PRÉVENTION DES ADDICTIONS ET DE L'UTILISATION DES PSYCHOTROPES SUR LE LIEU DE TRAVAIL – POSSIBILITÉS DE COOPÉRATION FRANCO-RUSSE: 9-10 avril 2008, Moscou

Cette conférence organisée conjointement par l'Ambassade de France en Fédération de Russie, le ministère russe de la Santé et du Développement social et le Groupe de conseil français KADRIS sur le thème de la prévention des addictions et de l'utilisation des psychotropes sur le lieu de travail s'est intéressée aux possibilités de coopération internationale pour faire face à l'aggravation des problèmes liés aux addictions aux drogues et à l'alcool et à l'utilisation des psychotropes sur le lieu de travail.

Des experts internationaux (dont des experts de l'OMS, du BIT et la Commission européenne), des institutions françaises et russes (ministères, syndicats, associations) et des compagnies du secteur privé de ces deux pays ont partagé leurs connaissances et leurs expériences afin d'identifier des moyens d'action concrets pour empêcher l'abus de ces substances, à la fois au niveau du lieu de travail et par des politiques de santé et législations gouvernementales.

Du point de vue des employeurs l'utilisation de ces substances a un impact majeur sur l'absentéisme, les performances, la qualité du travail fourni, la productivité et la sécurité au travail : la consommation d'alcool est à elle seule responsable de 15 à 30% des accidents sur le lieu de travail. Au niveau national il est financièrement très intéressant de régler ces questions. Un rapport américain indique que chaque dollar investi dans la lutte contre l'alcoolisme produit un retour sur investissement de sept dollars.

Christian Jacquier, coordinateur du programme STEP et représentant du BIT à la conférence, a mis l'accent sur l'importance d'établir une approche claire et non-discriminatoire sur le lieu de travail en établissant un dialogue entre les employeurs et les travailleurs, en combinant l'éducation et la prévention et les campagnes de réduction et en traitant discrètement les cas existants. Il a souligné l'étendue de ce problème tabou qui ne se limite pas seulement aux cas extrêmes d'alcoolisme et de dépendance à des substances illicites, mais inclut aussi ce qu'on appelle la « consommation sociale ». Irina Sinelina, Coordinatrice de projet au BIT à Moscou, a attiré l'attention sur le travail effectué par le programme SOLVE qui œuvre à l'introduction de modules psychosociaux sur le lieu de travail pour traiter des questions comme le VIH/SIDA, le stress, la violence et les abus d'alcool et de substances illicites.

En ce qui concerne l'action internationale, M. Jacquier a rappelé la nécessité d'arriver à un consensus en citant le rôle potentiel des normes internationales, comme par exemple la convention n°187 de l'OIT sur la sécurité et la santé au travail ainsi que l'importance de la recherche et des échanges de connaissances et

d'expériences (programmes pilotes, par exemple) entre spécialistes et employeurs au niveau international s'appuyant sur des bases de données en ligne.

{Contribution de Franck Droin, Directeur de Kadris Consultants, Paris, France}

L'ÉCONOMIE SOCIALE, MOTEUR DE COHÉSION ÉCONOMIQUE ET SOCIALE: 15 mai 2008, Bruxelles, Belgique

Cette conférence, qui a été organisée par le Groupe socialiste au sein du Parlement européen, s'inscrivait dans le cadre de l'événement « Journées de l'Économie sociale » organisé par « Social Economy Europe » qui a eu lieu au Parlement européen à Bruxelles du 13 au 18 mai 2008. La conférence visait à donner un aperçu du domaine de l'économie sociale ainsi qu'une analyse plus approfondie de certaines questions clés. Quatre tables rondes ont été consacrées aux thèmes suivants : l'état actuel de l'économie sociale, les contributions apportées par l'économie sociale pour atteindre les objectifs de la Stratégie de Lisbonne, la révision du marché intérieur comme opportunité pour l'économie sociale, et l'économie sociale de demain.

+ D'INFOS

- [Voir le site de Social Economy Europe](#)
- [Voir le site de REVES](#)

Dans le cadre du même événement une deuxième conférence a eu lieu le 16 mai 2008, à savoir, « La contribution des partenariats entre autorités locales et organisations d'intérêt général : facteur clé de succès dans la promotion de la cohésion sociale ». Organisée par REVES (Réseau européen des Villes et Régions de l'Économie Sociale), cette conférence a présenté différents « Modèles de partenariat au niveau local pour le renforcement de la cohésion sociale » à travers des études de cas réalisées en France, en Italie et en Suède.

{Contribution d'Alain Coheur, Union nationale des mutualités socialistes, Belgique et Président de Social Economy Europe}

11^{ème} CONGRÈS PROVINCIAL DE LA MUTUALITÉ : 14 et 15 août 2008, Córdoba, Argentina

La Fédération Provinciale des Mutualités de Córdoba (FEMUCOR) s'est consacrée à l'organisation du 11^{ème} Congrès Provincial de la Mutualité, qui a eu lieu les 14 et 15 août dans la ville de Córdoba et qui était patronné par la CAM (Confédération Argentine des Mutualités) et appuyé par le Sous-secrétariat de Coopératives et Mutuelles de la Province de Córdoba. Des rapporteurs représentant diverses organisations et institutions ont partagé leurs connaissances sur les thématiques proposées dans le cadre des objectifs du congrès.

+ D'INFOS

- [Voir le site de FEMUCOR](#)

{Contribution de Brenda Rial, ACYM, Montevideo, Uruguay}



RESSOURCES

Toutes les ressources présentées ici sont disponibles dans la bibliothèque de GIMI qui comporte environ 780 ressources (guides, manuels, rapports, base de données, logiciels, etc.).

L'ASSURANCE SANTÉ DANS LES PAYS A FAIBLE REVENU : Y A-T-IL DES PREUVES QUE CELA MARCHE ?

Health insurance in low-income countries: where is the evidence that it works?, Document conjoint. Oxfam International, Action for Global Health, Médecins du Monde, Save the Children UK, Plan, Global Health Advocates, Act Up Paris, 2008.

Ce document conjoint effectue une analyse critique des différentes formes d'assurance santé en tant que mécanismes pour financer et fournir une couverture maladie aux personnes vivant dans la pauvreté.

+ D'INFOS

[Télécharger le document depuis GIMI](#)

Dans la perspective du débat actuel sur le rôle de l'assurance maladie comme moyen de financement des soins de santé dans les pays à

faibles revenus, le document invite les gouvernements et les donateurs à la prudence en expliquant que les mécanismes d'assurance santé pourraient avoir des effets négatifs sur l'efficacité et l'équité du système de soins si les gouvernements n'accompagnent pas ce type de programmes de mesures adéquates et ne mobilisent pas suffisamment de ressources.

Ce document suggère que la tendance actuelle, qui consiste à évaluer les programmes d'assurance selon les avantages qu'en retirent leurs propres membres, ne prend pas en compte leur impact sur la population dans son ensemble et tout particulièrement les populations qui sont trop pauvres pour payer les cotisations. Il est nécessaire de revoir les critères d'évaluation en prêtant attention à « l'équité verticale », définie comme un accès différencié aux soins en fonction des besoins spécifiques des personnes et de l'existence de groupes dits vulnérables. Les programmes d'assurance devraient être évalués en fonction de leur impact sachant que l'objectif est d'aboutir à un accès universel à des soins de qualité.

Les types d'assurance maladie décrits dans ce document sont : l'assurance maladie privée, la micro-assurance privée à but lucratif, les assurances santé communautaires et l'assurance maladie sociale. En examinant chacune de ces formes d'assurance maladie au regard de nouveaux critères d'appréciation, le document cherche à présenter concrètement les défis de chaque mécanisme, en s'appuyant sur des exemples tirés d'études de cas de pays à faibles revenus (et aussi dans une moindre mesure de pays avec des revenus plus élevés). La troisième partie du document souligne l'importance des dépenses publiques en matière de santé et la nécessité absolue d'une solidarité mondiale.

{Contribution de Harrie Oostingh, OXFAM Novib, Pays-Bas}

EXTENSION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE AUX TRAVAILLEURS VIVANT EN DESSOUS DU SEUIL DE PAUVRETÉ

Extension of Social Security to BPL workers: Rashtriya Swasthya Bima Yojana Planning Situation, BIT, 2008

Dans le cadre du nouveau Programme pour une Sécurité Sociale minimum qui cible les travailleurs de l'économie informelle, le Gouvernement indien a communiqué les lignes directrices de la mise en œuvre d'un nouveau programme d'assurance santé appelé Rashtriya Swasthya Bima Yojana (RSBY), et encourage ainsi les gouvernements des différents États à appliquer ce programme.

Dans sa première phase, le système cible les travailleurs vivant en dessous du seuil de pauvreté et leurs familles (environ 300 millions de personnes). Les gouvernements des États ont réagi de manière positive, s'engageant presque tous à faire partie de cette initiative sponsorisée par le gouvernement central; 11 d'entre eux ont commencé à se préparer au processus de mise en œuvre.

Ce document, préparé à l'initiative de l'Association démocratique pour la Sécurité sociale (CLASS), donne une vue d'ensemble des principales caractéristiques du programme

+ D'INFOS

- [Télécharger le document depuis GIMI](#)
- [Voir le site du programme RSBY](#)

d'assurance santé et de ses mécanismes opérationnels. Il évalue son potentiel de développement dans les différents États, récapitule les

principales opportunités et les défis auxquels le programme fait face, tout particulièrement en rapport avec les accords de partenariat efficace qui peuvent être considérés comme des éléments clés pour la mise en œuvre de tout programme d'assurance santé s'adressant aux pauvres.

{Contribution de Marc Socquet, Consultant, New Dehli, Inde}

LE CHIFFRE DE LA LETTRE



En avril 2008, au moment de la publication du document, quelques chiffres intéressants étaient disponibles :

- 11 États avaient lancé des opérations préliminaires;
- les opérations impliquaient 52 districts;
- ces territoires couvraient environ 20 236 375 personnes assurées pour la première année de la mise en œuvre du programme.



RESSOURCES

INDICATEURS DE PERFORMANCE POUR LA MICRO-ASSURANCE

Performance Indicators for Microinsurance, John Wipf et Denis Garand, publié par ADA, 2008.

Ce manuel donne des principes et indicateurs clefs pour l'évaluation de la performance de programmes de micro-assurance quelle que soit l'approche envisagée (par exemple : protection sociale ou marché concurrentiel).

- Le chapitre I contient des définitions et des formules ainsi que des descriptions et des interprétations des indicateurs.
- Le chapitre II se concentre sur les spécificités de l'évaluation des performances pour certains produits et pour le modèle « partner-agent ».
- Le chapitre III sert à introduire la notion du benchmarking.
- Le chapitre IV étudie la question des performances sociales.

Ce manuel ainsi qu'un tableur sous la forme d'un fichier Excel comprenant des états financiers adaptés aux praticiens de la micro-assurance constituent la boîte à outils « Indicateurs de performance pour la micro-assurance ». Les deux outils sont complémentaires et ont été conçus pour être utilisés ensemble car le manuel complète le tableur en donnant au lecteur une aide pour l'interprétation des résultats obtenus.

Ce manuel n'existe qu'en anglais pour l'instant mais sera bientôt disponible en français et en espagnol.

+ D'INFOS

- [Télécharger le manuel depuis GIMI](#)
- [Voir le tableur](#)
- [Envoyez vos commentaires sur le manuel ici !](#)

NUMÉRO SPÉCIAL DE MICROFINANCE INSIGHTS SUR LA MICRO-ASSURANCE

Focus on Microinsurance. Mitigating risks for the poor, Microfinance Insights, Vol. 5, décembre 2007, Intellectap.

Ce numéro de Microfinance Insights est dédié à la micro-assurance. Le magazine contient des articles d'experts internationaux réunis à Mumbai (Inde) pour la Troisième conférence internationale de la micro-assurance (Third Annual Microinsurance Conference, voir la G-News N°3).

Partant du constat que la micro-assurance peut être un instrument efficace pour la protection contre les risques des populations à faible revenu mais aussi que la micro-assurance représente un terrain d'innovation, les articles mettent en valeur des stratégies qui permettraient de rendre la micro-assurance plus efficace pour les bénéficiaires et commercialement plus viable pour les assureurs.

Dans le même ordre d'idées, Michael J. McCord affirme dans une interview qu'il y a trois grands défis auxquels le secteur de la micro-assurance devra faire face :

développer des produits répondant réellement aux besoins des clients, améliorer les réseaux de distribution et démystifier la micro-assurance en sensibilisant la population. Il suggère aussi que le modèle « partner-agent » pourrait être l'option la plus intéressante pour développer des systèmes de plus grande envergure.

La question des réseaux de distribution est aussi très largement étudiée dans ce numéro.

En ce qui concerne l'innovation et les meilleures pratiques, le rôle des intermédiaires entre les assureurs

+ D'INFOS

- [Voir le site de Microfinance Insights](#)
- [Voir le numéro spécial sur la micro-assurance](#)

et les clients, les institutions de microfinance, les organisations à base communautaire, les mutuelles et les assurances privées sont analysées dans différents articles. La régulation et le développement des capacités d'institutions intermédiaires sont mentionnés comme étant deux facteurs majeurs de progrès pour lutter contre la vulnérabilité des pauvres.

Enfin, Microfinance Insights dédie un article au manuel intitulé « Microfinance Performance Indicators » (Indicateurs de performance des systèmes de micro-assurance) dans lequel les auteurs ont développé plusieurs indicateurs pour mesurer les performances financières de programmes destinés à assurer des populations pauvres (voir l'article ci-contre).

{Contribution de Lindsay Clinton, Rédactrice de Microfinance Insights}

ÉTABLIR DES NORMES DE SÉCURITÉ SOCIALE DANS UNE SOCIÉTÉ MONDIALISÉE. Une analyse de la situation et de la pratique présentes, ainsi que des options futures pour l'établissement par l'Organisation internationale du Travail d'une norme de sécurité sociale globale

Département de la sécurité sociale, BIT, 2008.

Dans sa nouvelle série *Documents de Politique de Sécurité Sociale*, le Département de la sécurité sociale vient de publier un document technique qui donne un aperçu et fait l'analyse de la situation actuelle concernant la ratification des conventions de l'OIT et de

+ D'INFOS

- [Télécharger le document depuis GESS](#)

la Campagne mondiale sur la sécurité sociale et la couverture pour tous; il présente en outre différentes options visant à

améliorer la situation actuelle. Il donne une idée de la possible contribution des conventions et des recommandations de l'OIT à la Campagne. Ce document est le fruit d'un processus consultatif et tient compte des apports et commentaires de nombreux experts du monde académique et des mandants de l'OIT.

{Contribution d'Ursula Kulke, BIT, Genève, Suisse}



RESSOURCES

LA BROCHURE AMIN EST DÉSORMAIS DISPONIBLE

Le Réseau de Micro-Assurance en Asie (AMIN) a récemment fait paraître une brochure. Elle présente brièvement l'histoire du réseau, sa vision, sa mission, ses objectifs, ses activités et ce qui a déjà été accompli dans la région dans le domaine de la micro-assurance avec la participation d'AMIN. Tous ceux qui le souhaitent sont invités à devenir membres de ce réseau actif.

+ D'INFOS

- [Voir la brochure d'AMIN](#)
- [Voir le site d'AMIN](#)
- [Contacter le secrétariat d'AMIN](#)

{Contribution d'Ashita Abraham, AMIN, New Dehli, Inde}

LE COÛT D'UNE MAUVAISE SANTÉ EN INDE

David M. Dror, Olga van Putten-Rademaker et Ruth Koren: *Cost of Illness: Evidence from a Study in Five Resource-Poor Locations in India*. Indian Journal of Medical Research, April 2008

Contexte et Objectifs : En Inde, les services de santé sont financés principalement par les paiements directs des patients (« out of pocket »). L'objectif de cet article est de fournir des données sur le coût d'un épisode de maladie et sur les paramètres qui affectent les coûts.

Méthodes : Les données ont été obtenues grâce à une enquête ménages menée en 2005 dans cinq endroits différents auprès de populations à faibles revenus des bidonvilles et des campagnes d'Inde. L'analyse repose sur des épisodes de maladie rapportés par les personnes et sur leurs coûts. L'étude est basée sur 3531 ménages représentant (17 323 personnes) et 4316 épisodes de maladie.

+ D'INFOS

[Télécharger le document depuis le site de Microassurance Academy](#)

Résultats : Le coût médian d'un épisode de maladie était de 340 roupies indiennes. Quand les coûts étaient calculés en pourcentage du revenu

mensuel par personne, la valeur médiane était de 73% du revenu mensuel et pouvait même atteindre 780% pour les 10% de ménages les plus exposés. Le coût médian par tête est estimé à 6% du revenu annuel par tête. Le ratio des coûts directs sur les coûts indirects était de 67:30. Le coût d'une maladie était moins élevé parmi les femmes de tous les groupes d'âge, car les coûts indirects étaient inférieurs. 61% du total des maladies, représentant 37,4% du paiement direct (« out of pocket »), étaient dues à des maladies sévères/aiguës, les maladies chroniques représentant 17,7% des maladies mais 32% des coûts. L'étude montre que les hospitalisations sont à elles seules l'élément le plus cher en moyenne, mais ne comptait que pour 11% du total des coûts sur une base agrégée, alors que les médicaments représentaient 49% du total des coûts agrégés. Selon les endroits, le coût des soins

en valeur absolue, la répartition des composants du coût total ainsi que l'approvisionnement différent.

Interprétation et conclusion : Les interventions visant à réduire le coût des maladies devraient être adaptées au contexte, car il n'y a pas de modèle universellement transposable établissant le coût des soins de santé pour le sub-continent entier. Les dépenses agrégées, bien plus que les seules hospitalisations, peuvent avoir des conséquences catastrophiques.

{Contribution d'Iddo Dror, Directeur des Opérations, Micro Insurance Academy, Inde}

LE FINANCEMENT DES SOINS DE SANTÉ DANS LE CONTEXTE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Parlement Européen, Département de la politique économique et sociale, 2008.

Dans le contexte d'une augmentation du poids des dépenses de santé, ce document tente de fournir aux décideurs politiques des Etats de l'Union européenne des éléments pour faire face à la nécessité de devoir concilier la **viabilité financière** des systèmes de santé avec la **sauvegarde de leurs valeurs fondatrices**, à savoir la couverture universelle, le financement solidaire, l'équité, l'efficacité et la qualité des soins.

+ D'INFOS

[Télécharger le document depuis GIMI](#)

Ce document donne un aperçu de l'état actuel du financement des soins de santé dans l'Union européenne, ainsi que les tendances générales et les évolutions depuis les années 1990. Dans les annexes on trouve des descriptions des modes de financement des soins dans chacun des Etats membres de l'Union.

La première partie du document examine la nature du problème de viabilité en soulignant la distinction entre viabilité économique et viabilité fiscale. Les deuxième et troisième parties fournissent une analyse d'un certain nombre de modes de financement possibles en prenant en compte leur capacité à remplir leur fonction de financement de la santé et leur capacité à poursuivre des objectifs d'ordre politique ou des valeurs fondamentales, c'est-à-dire des valeurs sensées être des clefs de voûte de systèmes santé, telles que définies par l'OMS. Ce document recense les différentes étapes dans les processus de financement (collecte de fonds, leur mise en commun, l'achat de services de santé et finalement la couverture de la population) et identifie les variables qui peuvent influencer les valeurs fondamentales à chaque étape. A partir de cette analyse le document soutient que le financement public des soins de santé est plus avantageux que le financement privé en termes de pérennité, d'équité et d'efficacité.

La quatrième et dernière partie donne des recommandations générales tirées des conclusions de l'analyse.

{Contribution d'Alain Coheur, Union nationale des mutualités socialistes, Belgique et Président de Social Economy Europe}



RESSOURCES

HEALING FIELDS FOUNDATION

Denis Garand, Donna Swiderek, 2008.

Healing Fields Foundation est une organisation à but non lucratif basé à Hyderabad, Inde. Healing Fields a conçu un système articulé innovant impliquant plusieurs acteurs : une compagnie d'assurance privée, 19 ONGs, un réseau de 39 hôpitaux et un intégrateur de services (Healing Fields elle-même).

L'objectif est de fournir aux travailleurs de l'économie informelle et de l'agriculture une couverture de protection sociale comprenant une assurance santé et une assurance contre les accidents.

Le projet a vu le jour en 2005 et était soutenu par USAID. En 2007 le système couvrait 22 415 personnes.

Le produit d'assurance santé couvre les soins primaires et secondaires pour seulement une sélection de maladies, le taux de couverture étant de 75% dans la limite d'un plafond annuel de 20 000 roupies par famille. La liste des Groupes Homogènes de Diagnostic inclut l'accouchement, la grossesse et les hystérectomies. Dans le courant de la deuxième année la garantie a été améliorée : les indemnités journalières ont augmenté de 50 roupies à 100 roupies par jour, une garantie de transport de 300 roupies a été ajoutée pour les populations tribales, ainsi que la prise en charge des hystérectomies, de médicaments après l'hospitalisation et les examens avant hospitalisation.

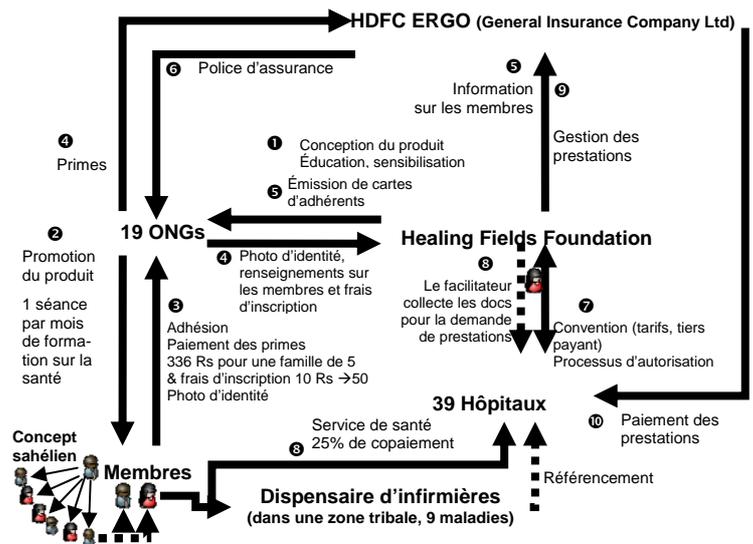
La couverture accident couvre le membre et son épouse, le capital assuré pour une incapacité partielle est de 12 500 roupies et pour une invalidité totale de 25 000 roupies. En cas de décès accidentel le capital est de 25 000 roupies et de 5 000 roupies par enfant survivant dans la limite de trois enfants et servira soit à couvrir les frais d'éducation (option a) soit les frais de mariage (option b) dans le cas de filles.

Healing Fields a plusieurs rôles:

- 1) HF conçoit le paquet des prestations.
- 2) HF développe le réseau des hôpitaux et négocie les tarifs avec eux pour certaines pathologies en utilisant le système des Groupes Homogènes de Diagnostic ou GHD (réduction de 75 %) et un système de tiers payant (quand un patient arrive à l'hôpital il ne débourse qu'un copaiement de 25% du prix du traitement). HF facilite l'hospitalisation et le paiement des prestations grâce à des facilitateurs qui offrent une aide aux patients au niveau de l'hôpital.
- 3) HF a développé un réseau d'ONG partenaires pour promouvoir le projet, faciliter la communication et sensibiliser les communautés locales, enrôler des membres, collecter les primes et les formulaires d'adhésion.
- 4) HF investit énormément de temps pour former les ONG et ses membres dans le domaine de la santé et de la prévention. HF a aussi permis de limiter certains risques de santé publique grâce à l'analyse des demandes de prise en charge (ex : des cas de typhoïde)
- 5) HF a aussi passé des contrats avec des compagnies d'assurance privée et se charge de plusieurs fonctions

(marketing et vente, gestion des adhésions nouvelles et des renouvellements, mise à jour des profils santé des membres, traitement des demandes de prise en charge).

Les articulations peuvent être résumées sur le diagramme suivant :



Au sein de ce programme innovateur, des idées intéressantes et répliquables ont été mises en avant :

1) Des dispensaires tenus par des infirmières

Dans une des régions tribales où l'hôpital du réseau d'hôpitaux partenaires plus proche est à 60km des hameaux, une ONG partenaire tient un dispensaire avec des infirmières. Une liste de 9 maladies peuvent être traitées à ce niveau et les infirmières réfèrent les cas plus compliqués à l'hôpital partenaire. La création d'un dispensaire a amélioré l'accessibilité des soins de la communauté et a aidé à réduire le coût des soins.

2) Le concept sahélien

Des membres de la communauté reçoivent une formation intensive sur le produit, la police d'assurance et la santé. A leur tour, ils communiquent sur le produit dans leurs villages et reçoivent 10 roupies pour chaque nouvelle adhésion. Ce concept sahélien accroît l'accessibilité et permet de surmonter les barrières de communication dans les zones tribales reculées.

3) La prévention des épidémies par le traitement des demandes de prise en charge

Le suivi des prestations a permis d'identifier 4 cas de typhoïde dans la même zone géographique. L'équipe de gestion médicale de Healing Fields a tout de suite prévenu les responsables sanitaires locaux, qui ont fermé la source d'eau, évitant de nouvelles infections.

4) Un service aux clients particulièrement développé



RESSOURCES

Dans chaque hôpital du réseau un facilitateur accompagne les patients aux consultations médicales, s'occupe du processus d'autorisation préalable et envoie toutes les informations et toute la documentation nécessaires pour faire la demande de prise en charge.

+ D'INFOS

[Télécharger le rapport depuis GIMI](#)

Les remarques de membres sont aussi collectées grâce à des visites post-hospitalisation (le 3^{ème} jour et le 10^{ème} jour après que le

patient ait quitté l'hôpital) et ce à l'aide de deux types d'enquêtes (une enquête de satisfaction du patient et une enquête sur la post-hospitalisation).

Cependant, Healing Fields doit relever plusieurs défis dans les années à venir :

- Les coûts administratifs sont très élevés et doivent être réduits
- Le taux de renouvellement est très faible (15%) avec de très grandes différences entre les ONG (de 0 à 71%)

{Contribution de Mutki Bosco, Healing Fields Foundation et Denis Garand, Consultant}

USAID MICROINSURANCE NOTE 8 : FACILITATING AN APPROPRIATE REGULATORY AND SUPERVISORY ENVIRONMENT FOR MICROINSURANCE

2008, USAID, Micheal J. McCord, Martina Wiedmaier-Pfister, Arup Chatterjee.

Cette note sur la micro-assurance évoque le changement de nature progressive de la régulation et de la supervision de la micro-assurance dans les pays à faible revenu. Les auteurs considèrent en effet que l'accent n'est plus mis sur la protection des assurés (questions de solvabilité de l'assureur, capacités de gestion, adaptation des pratiques en fonction de la population ciblée, pratiques commerciales transparentes et équitables).

+ D'INFOS

- [Télécharger le document depuis GIMI](#)
- [Lire plus sur les législations de l'UEMOA en matière de mutuelles de santé](#)

L'étude reconnaît que la régulation et la supervision peuvent, dans certains pays comme en Afrique du Sud, au Brésil, aux Philippines ou en Inde, jouer un autre rôle en servant le développement du marché de l'assurance (notamment son expansion au secteur des faibles revenus). Cependant, ce document cherche à donner des réponses face au défi suivant : comment réguler de manière à protéger les familles aux revenus les plus faibles des pièges de l'assurance tout en créant un environnement propice à l'expansion du marché de l'assurance ?

Ce dossier développe plusieurs exemples d'adaptations législatives utilisées pour faciliter l'accès de populations pauvres à des produits d'assurance spécialisés. D'autre part les auteurs font une analyse plus détaillée des avantages et des inconvénients de la régulation

existant en Inde (comme les quotas permettant de s'assurer que les produits d'assurance sont bien distribués à certains groupes sociaux et populations rurales, et qui donnent lieu à des amendes s'ils ne sont pas respectés).

Note du BIT/STEP : Les mutuelles de santé jouent un rôle clef pour l'extension de la protection sociale aux populations à faible revenu. Il est donc important que les régulateurs gardent à l'esprit :

-qu'il est important de ne pas appliquer les mêmes règles aux organisations mutualistes et aux assurances commerciales. Les mutuelles sont des acteurs clefs de l'extension de la protection sociale et doivent donc être considérées comme appartenant à l'univers de l'assurance sociale plutôt qu'à l'univers des assurances commerciales.

-qu'il faut trouver un équilibre entre établir des lois prudentes qui protègent ceux qui souscrivent à ces programmes et favoriser l'émergence d'un environnement propice à l'expansion des mutuelles de santé.

Ces considérations sont à la base de la législation de l'Union économique et monétaire ouest-africaine sur les mutuelles de santé et le plan de comptabilité.



ZOOM SUR...



L'Experte du mois: Anna Lucila A. Asanza

Mme Anna Lucila A. Asanza, médecin de formation, a plus de dix ans d'expérience dans le domaine de la protection sociale aux Philippines. Parmi ses domaines d'expertise : le développement de systèmes de santé, le financement des soins, la protection sociale et en particulier l'assurance santé (la micro-assurance santé et les systèmes d'assurance sociale en santé), la sécurité et la santé au travail ainsi que la protection des mineurs soumis aux pires formes du travail des enfants. Elle a une grande expérience dans la conduite et la gestion de projets, la recherche et la formation. Elle a effectué des travaux de conseil et des projets de recherche pour plusieurs organisations internationales comme l'Association internationale de la sécurité sociale (AISS), l'Association internationale de la Mutualité (AIM), l'Bureau international du Travail (BIT), la Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ), l'USAID...

Le centre de ressources de GIMI / GESS donne accès à une base de données d'experts et de spécialistes de la formation dans des domaines liés à la micro-assurance et à l'extension de la sécurité sociale.

{Contribution de Griet Cattaert, BIT / STEP, Genève, Suisse}

+ D'INFOS

- [Consulter la base de données d'experts de GIMI](#)
- [Voir le CV d'Anna depuis la page d'accueil de GIMI](#)



E-EVENTS

E-DISCUSSION SUR LE THÈME DE LA RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ MATERNELLE EN INDE PAR UN MEILLEUR ACCÈS À L'AVORTEMENT SÉCURISÉ

En février 2008 les participants de Solution Exchange Maternal and Child Health Community (Communauté d'échange sur la santé maternelle et infantile) ont partagé leurs idées et leur expérience sur le thème de la réduction de la mortalité maternelle par l'amélioration de l'accès à l'avortement sécurisé.

Nozer Sheriar de la Fédération des sociétés d'obstétrique et de gynécologie d'Inde, Mumbai, soutint que malgré la légalisation de l'interruption prématurée de grossesse il y a plus de 35 ans, la population indienne n'est pas assez au courant des possibilités d'avortement sécurisé et les centres agréés sont peu nombreux et très inégalement répartis sur le territoire. D'après Nozer Sheriar cette configuration explique en partie le taux élevé d'avortements illégaux et les quelques 15 000 morts annuelles liées à l'avortement.

+ D'INFOS

[Voir la synthèse de la discussion](#)

En plus des problèmes concrets liés à l'offre des services et à l'amélioration de l'accès à la contraception, les intervenants ont poursuivi la

discussion sur des sujets socio-culturels et religieux complexes, et de nombreux intervenants ont insisté sur la nécessité de dissocier les tests pré-nataux et les avortements liés au sexe du fœtus. Diverses stratégies de sensibilisation ont été mises en avant, car de nombreux membres du groupe de discussion ont souligné l'existence d'une confusion très répandue au sein de la population en ce qui concerne les détails de la loi sur l'interruption thérapeutique de grossesse et des procédures modernes d'avortement.

E-DISCUSSION SUR LE THÈME DE LA SANTÉ MATERNELLE EN INDE

Dans le cadre du « mois de promotion de la santé maternelle » (avril 2008), Solution Exchange a évoqué la possibilité d'impliquer des élus dans le combat pour l'amélioration de la santé maternelle et la réduction du taux de mortalité maternelle en Inde, actuellement autour de 301 pour 100 000 naissances vivantes (SRS 2006).

Ce thème a été proposé par Medha Gandhi de CEDPA Inde. Concédant que le gouvernement et la société civile avaient fait des efforts quant à la réduction de la mortalité maternelle en Inde, il a soulevé la question suivante : « que peut-on faire pour impliquer nos leaders politiques, qu'ils agissent à l'échelle nationale, régionale ou au niveau des districts (Panchayats) dans la lutte pour l'amélioration de la santé maternelle ? ».

+ D'INFOS

[Voir la synthèse de la discussion](#)

Les participants ont discuté des différentes stratégies envisageables et des expériences les plus abouties pour que les représentants élus soient

mieux informés et plus responsables sur ce thème et

pour qu'ils s'impliquent plus dans le dialogue entre les fournisseurs de services et les représentants communautaires. De nombreuses ONG ont été citées pour leur efficacité, ainsi que des groupes d'initiative locale, des associations de femmes et des campagnes de sensibilisation. Un intervenant a souligné le succès de la méthode d'évaluation sociale employée dans le district de Nainital où des membres du Panchayati Raj Institution (PRI), des responsables de groupes de femmes et des membres de personnel d'ONG effectuaient le contrôle de la qualité des services et des structures de soin. De nombreuses interventions ont souligné que la reconnaissance par la société du problème de la mortalité maternelle était importante pour réduire celle-ci: on pourrait ainsi imaginer une compétition entre les villages pour atteindre symboliquement le « zéro décès maternels dans le village ».

SYSTÈME DE SANTÉ YESHASVINI

Le Programme de santé Yeshasvini est un système innovant permettant aux membres de coopératives du Karnataka et à leurs familles d'avoir accès à des soins de qualité. Il est conçu sur un modèle de partenariat public/privé avec la participation du Département de la Coopération du gouvernement de Karnataka et le Narayana Hrudayalaya Institute of Medical Sciences, un hôpital multi-spécialités de Bangalore. Le Dr Devi Shetty, directeur de l'hôpital, serait à l'origine de l'initiative. L'objectif premier de l'espace de travail Yeshasvini est de faciliter la collaboration entre le programme Yeshasvini, le programme STEP du BIT, les donateurs, les fournisseurs d'assistance technique, les chercheurs... Grâce à l'espace de travail commun les parties prenantes au projet peuvent partager des ressources, des informations, des idées etc., et communiquer au public sur leur expérience.

The screenshot shows the homepage of the Yeshasvini Cooperative Farmer's Health Scheme. The header includes the logo and name. Below the header, there is a navigation bar with a 'HOME' button and a 'SIGN IN' button. The main content area features a 'Workspace Guide for Members/Users' link, a description of the health scheme, and a 'Yeshasvini' logo. On the right side, there is a 'SIGN IN' section with fields for 'Login' and 'Password', and a 'Login' button. Below the sign-in section, there are links for 'Sign up here', 'I lost my Login/Password', and 'How to win points?'. At the bottom right, there is a 'YESHASVINI-COOPERATIVE FARMER'S HEALTH SCHEME' section with links for 'Workspace Homepage', 'Members List', 'Resources', 'News', and 'Wiki'. The footer contains the text: 'The main objective of this workspace is to facilitate the collaboration between the...'.

+ D'INFOS

[Voir l'espace de travail Yeshasvini](#)

(Contribution de Valérie Schmitt-Diabaté, BIT/ STEP ; Genève, Suisse)



E-EVENTS

INVENTAIRE DES PROGRAMMES DE MICRO-ASSURANCE EN ASIE

Le Réseau de Micro-Assurance en'Asie (AMIN) a lancé un inventaire en ligne pour les systèmes d'assurance santé communautaires d'Asie. AMIN est un réseau participatif ouvert à toutes les organisations et individus impliqués dans le développement d'activités de micro-assurance en Asie.

Le questionnaire permanent en ligne permettra de suivre les systèmes et d'appréhender leurs principales évolutions. Cet inventaire sera réalisé par les systèmes de micro-assurance eux-mêmes ou par les organisations qui gèrent ces systèmes. Chaque année, ils seront invités à enregistrer et/ou mettre à jour les informations concernant leur expérience au travers d'un questionnaire en ligne.

Une tentative similaire a déjà été réalisée dans le contexte africain sur le site Internet de la Concertation et fut couronnée de succès ! À la fin de chaque période d'inventaire, les statistiques sur le nombre de systèmes, la population couverte, les prestations, les modes de couverture etc., peuvent être consultés en ligne. Les résultats statistiques de l'inventaire de 2007 en Afrique sont [déjà disponibles](#).

+ D'INFOS

- [Voir l'inventaire d'AMIN en ligne](#)
- Si vous êtes en charge d'un programme de micro-assurance en Asie, merci de remplir l'inventaire sur le site de AMIN.

{Contribution de Griet Cattaert, BIT/ STEP, Genève, Suisse}

NOUVEAU FORMULAIRE D'ADHÉSION À CLASS : INSCRIVEZ-VOUS !

L'Association démocratique pour la Sécurité sociale (CLASS) en Inde a conçu un nouveau formulaire d'adhésion. Toutes les organisations communautaires, institutions ou individus dont les buts sont conformes avec la mission de CLASS, c'est-à-dire la mise en place en Inde de systèmes de sécurité sociale à base communautaire et visant à donner au secteur informel et aux autres communautés défavorisées des solutions valables, transparentes et inclusives pour la gestion des risques sociaux, peuvent y adhérer.

+ D'INFOS

[Voir la page d'accueil de CLASS](#)

Les membres peuvent appartenir à trois catégories différentes en fonction de leur engagement : membres fondateurs, membres associés individuels et

membres institutionnels. Les organisations qui sont des membres fondateurs ont des droits de vote et peuvent envoyer deux représentants au conseil d'administration national de CLASS.

{Contribution de Kumar Shailabh, Uplift Health, Inde}

LANCEMENT DU « CAMPUS VIRTUEL SUR LA PROTECTION SOCIALE » LORS DE LA CONFÉRENCE INTERNATIONALE DU TRAVAIL: 9 juin 2008, BIT, Genève, Suisse

Reposant sur des technologies de pointe en matière d'enseignement à distance, le Campus Virtuel a été lancé le 9 juin au cours de la 97^{ème} session de la Conférence internationale du Travail. Cette plate-forme électronique est un portail qui donne accès aux formations offertes par le Centre international de formation du BIT à Turin et QUATRRAIN AMERICAS, et est mis en réseau avec d'autres plates-formes spécialisées du Département de la sécurité sociale du BIT.

+ D'INFOS

- [Voir le site du Campus Virtuel](#)
- [Voir la newsletter de QUATRRAIN AMERICAS](#)

Le Campus Virtuel de la Sécurité Sociale est un portail d'accès à la création et à la dissémination de connaissances interdisciplinaires. Il a pour objectif de développer à la fois les capacités institutionnelles et les compétences des individus afin d'augmenter l'efficacité et l'extension des systèmes de protection sociale et ce, grâce à l'enseignement à distance, la coopération technique, l'échange des connaissances et des expériences et la constitution de réseaux de contacts et de connaissances.

Les professionnels des institutions de protection sociale, représentants des employeurs et des travailleurs, universitaires, chercheurs, étudiants, ONG professionnelles ainsi que d'autres parties intéressées sont invités à utiliser cet espace d'apprentissage permanent et de communication.

{Contribution de Vinicius Pinheiro, Département de la sécurité sociale, Genève, Suisse}

NOUVEAU SITE INTERNET DE GESTARSALUD

+ D'INFOS

[Site de GESTARSALUD](#)

Au mois de juin 2008, l'Association d'Entreprises Gestionnaires de l'Assurance de la Santé (GESTARSALUD) de la République de la Colombie a annoncé la mise en ligne de son nouveau site Internet. Vous pouvez, entre autres, avoir accès à plusieurs documents d'intérêt, ainsi qu'à des liens aux newsletters *G-News* et *Logos* du réseau ACYM.

{Contribution de Brenda Rial, ACYM, Montevideo, Uruguay}



E-EVENTS

PLATE-FORME POUR UNE ASSURANCE SANTÉ POUR LES PAUVRES (HIP)

La plate-forme pour une assurance santé pour les pauvres (HIP) vise à rassembler l'expertise en soins de santé et en assurance santé dans les pays en développement, à la fois à travers la plate-forme elle-même et à travers des rencontres régulières.

L'idée de lancer une plate-forme d'assurance santé néerlandaise est née pendant un atelier de travail sur l'assurance maladie dans les pays en développement organisé par Cordaid, ICCO, Plan Netherlands et le Directoire général du gouvernement néerlandais pour la coopération Internationale (DGIS) en juin 2006. Les participants ont noté que l'assurance santé apparaît dans les pays à revenu intermédiaire comme un instrument utile pour améliorer l'accès à des soins de qualité pour les pauvres et travailleurs de l'économie informelle.

Par ailleurs, les Pays-Bas ont un large réseau d'experts et d'organisations qui souhaitent étudier le domaine de l'assurance santé.

+ D'INFOS

- [Voir le site de HIP](#)
- [Voir la liste des sites référencés par GIMI](#)

Vous avez une plate-forme ?
Envoyez-nous le lien !

La plate-forme a été créée afin de collecter et de promouvoir les connaissances, l'innovation et l'expérience sur une base volontaire et afin d'organiser des réunions aussi bien informelles que formelles et des

séminaires sur le sujet. La plate-forme encourage ses membres à contribuer activement au développement et à la propagation des connaissances dans le domaine de l'assurance santé en partageant les résultats de leurs recherches et de leur expérience pratique.

{Contribution de Marie-Elie Aboul-Nasr, BIT / STEP, Genève, Suisse}

NOUVEAUTÉS SUR GIMI ET GESS

Un « module utilisateur » a été créé sur GIMI et sur GESS. Il vous permet d'entrer plus facilement en contact avec d'autres utilisateurs des plates-formes ... et de mieux vous faire connaître.

Lorsque vous vous connectez vous arrivez sur **Votre espace personnel** qui est une sorte de mini page d'accueil personnalisée.

En cliquant sur **Voir/Editer mon profil** vous pouvez ajouter des informations personnelles (photo, quelques phrases vous décrivant et des mots clefs pour permettre à d'autres utilisateurs de trouver votre profil) et les modifier à tout moment.

Vous avez désormais accès à la **liste des utilisateurs** des plates-formes, savoir qui est connecté et connaître le détail des profils des uns et des autres. Vous pouvez **rechercher des utilisateurs** selon plusieurs critères.

[Venez vite mettre à jour votre profil !](#)



+ D'INFOS

- [Voir la page d'accueil de GIMI](#)
- [Voir la page d'accueil de GESS](#)



PROCHAINEMENT

COURS ORGANISÉ CONJOINTEMENT PAR HARVARD ET LA BANQUE MONDIALE SUR « LA RÉFORME DU SECTEUR DE LA SANTÉ ET LE FINANCEMENT DURABLE » : du 20 octobre au 7 novembre 2008, Washington D.C., États-Unis

L'Ecole de Santé publique de Harvard et la Banque mondiale organisent un cours phare sur « La réforme du secteur de la santé et le financement durable. » Prenant en compte le défi qui touche tous les pays à travers le monde sur la difficile conciliation entre un accès équitable aux soins de santé et des contraintes budgétaires serrées, le cours cherche à introduire un cadre pratique et complet pour comprendre les systèmes de santé et mesurer leurs performances, ainsi qu'une approche structurée pour concevoir et mettre en œuvre des réformes des systèmes de santé visant à accroître leur performance. Dirigé par Thomas Bossert de l'Ecole de Santé publique de Harvard et par R. Shaw de l'Institut de la Banque mondiale, ce cours accueillera environ 60 participants.

+ D'INFOS

[Voir le site de l'Ecole de Santé publique de Harvard](#)

Voici ce que Luis Frota, un des participants de l'année dernière, a pensé du cours :

« J'ai assisté au dixième cours phare de la Banque mondiale sur la réforme du secteur de la santé et le financement durable tenu à Washington D.C. en novembre 2007. Le cours est une formation intensive sur les différentes stratégies pour développer le secteur de la santé. Il associe les aspects de financement à d'autres boutons de contrôle comme les paiements, l'organisation des services, la qualité et l'équité du système. Le cours est essentiellement donné par des professeurs de Harvard qui ont



une longue expérience dans l'enseignement et le conseil dans de nombreux pays. Les cas sont tirés de ces nombreuses expériences et des contributions des étudiants. Une grande place est laissée au travail de groupe et aux présentations. Les étudiants étaient soit des professionnels confirmés dans le domaine à la recherche de nouvelles idées, soit des étudiants encore inscrits dans des cursus universitaires du monde entier. En ce qui concerne mon propre développement professionnel, les connaissances acquises au cours de cette formation se sont avérées très utiles lors de ma mutation vers la région du Sahel en Afrique de l'Ouest, où de nombreux pays ont enclenché des processus de réformes visant l'accès universel aux soins ainsi que des programmes pour réformer les modes d'organisation et de financement de la couverture maladie. »

{Contribution de Luis Frota, Expert en sécurité sociale, BIT, Dakar, Sénégal}

COURS DE L'EPRI SUR LES PROGRAMMES DE TRANSFERTS SOCIAUX : du 26 octobre au 9 novembre 2008, Chiang Mai, Thaïlande (session précédente du 20 juillet au 2 août 2008, le Cap, Afrique du Sud)

L'Economic Policy Research Institute (EPRI) offre un cours d'approfondissement sur la conception et la mise en place de programmes de transferts sociaux. EPRI est une ONG dont le siège se trouve au Cap, en Afrique du Sud, et dont l'objectif est de contribuer à la recherche économique de haut niveau et au développement professionnel du secteur public.

Ce cours de deux semaines, proposé en collaboration avec l'Université de Maastricht et l'Université du Cap (UCT) se déroulera à Chiang Mai (le cours a aussi eu lieu au Cap, en juillet-août 2008). Composé de cours magistraux, de cas pratiques et d'exercices d'application, le cours cherche à donner des éléments pratiques et théoriques pour la conception et la mise en place de programmes de transferts sociaux compte tenu de leur rôle positif dans la réduction de l'extrême pauvreté. Ce cours est conçu pour renforcer les capacités d'action des décideurs politiques, des fonctionnaires, des représentants d'agences bilatérales et multilatérales, des opérateurs de programmes et du personnel d'ONG dans des pays à faibles revenus et à revenus intermédiaires. Les participants reçoivent un certificat et une accréditation de l'Université de Maastricht et de l'Université du Cap.

+ D'INFOS

[Voir le site du EPRI](#)

Voici ce que Céline Felix, qui a participé au cours de l'année dernière, en a pensé :

« Avant tout la participation à ce cours m'a permis de renforcer mes connaissances dans le domaine des



transferts sociaux, grâce aux cours magistraux, aux exercices d'application et aux cas pratiques. J'ai pu confronter la théorie à des problèmes plus pratiques et rencontrer des personnes impliquées dans la conception et l'implémentation de

transferts monétaires ayant des avis différents sur le sujet. Ce que j'ai retenu du cours, ce n'est pas que les transferts sont un moyen efficace de lutte contre la pauvreté et la vulnérabilité, mais plutôt que « ça dépend ». Plus que de simplement accroître mes connaissances, ce cours m'a permis de déconstruire ce que je prenais pour acquis. C'est pourquoi, si c'était à refaire, je n'hésiterais pas. »

{Contribution de Céline Felix, BIT/ STEP, Dakar, Sénégal}



PROCHAINEMENT

MICROFINANCE INSIGHTS « ÉVÈNEMENT MICRO-ASSURANCE » : 19 septembre 2008, Mumbai, Inde
Microfinance Insights Inde organise un événement sur la micro-assurance en Inde en partenariat avec IFMR

+ D'INFOS

- [Voir le site de MFI](#)
- [Contacter MFI](#)

Trust et CIRM à l'hôtel Oberoi à Mumbai. De nombreux leaders du secteur de la microfinance seront présents, ainsi que des compagnies de micro-

assurance et de nouvelles technologies, les régulateurs et les organisations communautaires. De plus, les participants pourront assister à trois sessions de discussions et se faire des contacts pendant le déjeuner.

Panel 1 : Le rôle grandissant de la technologie dans la micro-assurance permet-elle plus d'efficacité et la couverture d'un plus grand nombre de personnes ?

Panel 2 : Quel est le rôle des décideurs politiques dans la mise en place d'un environnement adapté et favorable ?

Panel 3 : Tendances et produits indiens : qu'est-ce qui fait avancer le marché indien ?

{Contribution de Lindsay Clinton, Rédactrice de Microfinance Insights}

COURS SUR L'EXTENSION DE LA PROTECTION SOCIALE AUX TRAVAILLEURS INDÉPENDANTS, DOMESTIQUES ET MIGRANTS : du 20 au 31 octobre 2008, Lima, Pérou

Ce cours dispensé en espagnol a pour but de renforcer les capacités des participants à établir des diagnostics, à analyser et mettre en œuvre les programmes et politiques d'extension de la couverture de sécurité sociale aux travailleurs indépendants, domestiques et migrants.

+ D'INFOS

- [Voir le site du Campus Virtuel](#)
- [Pour d'autres cours, voir la liste sur le Campus Virtuel](#)

A la fin du cours, les participants devront pouvoir analyser les principaux indicateurs statistiques relatifs à la couverture

quantitative et qualitative des travailleurs ciblés ; identifier les points forts et faibles des systèmes de protection sociale en vue d'étendre la couverture de la population cible ; définir des programmes et des politiques pour étendre la protection sociale à travers les régimes traditionnels ou autres systèmes innovateurs (micro-assurance, mutuelles, etc.) ainsi que créer ou développer un réseau d'échange d'information et d'expériences.

{Contribution d'Ivon Garcia, BIT/ STEP, Genève, Suisse}

2^{ème} RÉUNION DU RÉSEAU ACYM : 31 octobre 2008, Lima, Pérou

La 2^{ème} Réunion du Réseau Amérique Coopérative et

+ D'INFOS

[Voir le site d'ACYM](#)

Mutuelle (ACYM) sera l'occasion de réviser le programme d'activités approuvé en novembre 2007 à Montevideo, d'analyser les progrès réalisés et de décider des prochaines étapes. Tous les détails au sujet de cette réunion seront prochainement publiés sur le site du réseau.

{Contribution de Brenda Rial, ACYM, Montevideo, Uruguay}

CONFÉRENCE SUR LA MICRO-ASSURANCE DE 2008: 5-7 novembre 2008, Carthagène, Colombie

Cet événement est la quatrième conférence internationale sur la micro-assurance organisé conjointement par le groupe de travail sur la micro-assurance du CGAP, Consultative Group to Assist the Poor, et la fondation Munich Re, et appuyé par Fasescolda, FIDES et la Superintendencia Financiera de Colombie.

Environ 300 experts de différentes parties du monde échangeront des expériences et discuteront des défis de la micro-assurance. Ils incluent des représentants d'organisations internationales, des ONG, des agences de développement, des compagnies d'assurance commerciales et des représentants des gouvernements.

La conférence aura des sessions de discussion en séance plénière sur certains sujets clefs qui concernent une audience interdisciplinaire. Environ vingt tables rondes traiteront en parallèle de thèmes spécifiques. L'un des aspects clefs de la conférence sera constitué par des sessions interactives d'environ 90 minutes qui permettront d'encourager la discussion sur les expériences en cours et permettront d'engager un dialogue au sein de groupes plus restreints sur des questions nouvelles.

Des voyages d'étude seront organisés par les organisations locales pour permettre d'apprendre et comprendre différentes expériences de micro-assurance dans le contexte colombien.

+ D'INFOS

- [Voir le site de la Conférence \(en anglais\)](#)
- [Envoyer vos questions](#)
- [Voir l'ordre du jour de la Conférence \(en anglais\)](#)

{Contribution de Craig Churchill, BIT, Genève, Suisse}

XVI CONFÉRENCE ANNUELLE DE L'AAC/MIS: 12 au 15 novembre 2008, Orlando, Florida, États-Unis

L'Association de Coopératives et Mutuelles d'Assurance des Amériques (AAC/MIS) et son hôte,

+ D'INFOS

[Voir le site d'AAC/MIS](#)

Cooperativa de Seguros Múltiples de Puerto Rico, annoncent que la XVI Conférence Annuelle de l'AAC/MIS aura lieu du 12 au 15 novembre 2008 à Orlando, Florida, États-Unis.



PROCHAINEMENT

Cette Conférence inclut des présentateurs d'envergure internationale ; elle offrira un aperçu des meilleures pratiques, des informations pratiques, des opportunités d'établir un réseau de contacts, de l'hospitalité locale, de la culture et des divertissements inégalables ! Toutes les séances feront l'objet d'une traduction simultanée en anglais et espagnol.

{Contribution de Brenda Rial, ACYM, Montevideo, Uruguay}

CURSUS DE FORMATION DU CIDR SUR LA GESTION PARTICIPATIVE : 17-29 novembre 2008

Le Centre international de Développement et de Recherche (CIDR) organise, avec la collaboration du CERMES (équipe de recherche du Centre National de la Recherche Scientifique) et de la FNMF (Fédération Nationale de la Mutualité Française) une formation sur : « **La gestion participative de la micro-assurance santé : modèles, atouts et limites.** »

Ce cours s'inscrit dans le cadre de séminaires sur la place de l'économie sociale dans la distribution et le financement des soins de santé en Afrique

Il comporte trois modules :

- Module 1 : La place de la micro-assurance santé participative (MASP) dans le financement de la santé et de la protection sociale : 17-19 novembre 2008 ; 20 participants maximum ;
- Module 2 : Organisation et gestion de la micro-assurance participative (MASP) : 20-22 novembre 2008 ; 15 participants maximum ;
- Module 3 : La viabilité des systèmes de MASP : outils et méthodes : 24-29 novembre 2008 : 15 participants maximum.

Il s'adresse à des acteurs du Nord et du Sud :

- cadres des ministères de la Santé et autres ministères concernés par la protection sociale (dans le domaine de la santé)
- prestataires de soins ;
- intervenants et promoteurs de systèmes de micro-assurance santé ;
- consultants et experts ;
- responsables d'organismes de coopération.

La date limite d'inscription est le 15 octobre 2008.

L'organisation de la formation et les formulaires d'inscription sont disponibles sur le site du CIDR et ils peuvent aussi être adressés sur demande au Secrétariat de la Formation (contacter Cyrille Pfister par mail ou téléphone. Tel : 00 33 3 44 42 71 40).

+ D'INFOS

- [Voir le site du CIDR](#)
- [Contacter Cyrille Pfister par email](#)

{Contribution de Bruno Galland, CIDR, France}

COURS SUR L'EXTENSION DE LA PROTECTION SOCIALE

Deux cours sur l'extension de la couverture de la protection sociale aux populations exclues (respectivement en anglais et en français) se tiendront à **Turin, Italie, du 3 au 14 novembre 2008 ; et à Dakar, Sénégal, du 17 au 28 novembre 2008.**

Ils feront état des nouvelles stratégies développées à travers le monde pour élargir la couverture des régimes légaux de protection sociale et pour développer des systèmes novateurs. Le « plancher de sécurité sociale » promu par le Bureau international du Travail qui vise à fournir une couverture universelle de base à tous les citoyens d'un pays sera présenté. L'articulation entre les systèmes communautaires décentralisés et les autres formes de protection sociale sera aussi mise en relief.

L'objectif des cours est de renforcer les capacités des acteurs œuvrant pour l'extension de la couverture de la protection sociale aux travailleurs de l'économie informelle et leurs familles et aux populations exclues des systèmes formels. Les cours s'adressent aux décideurs politiques des ministères concernés par la protection sociale, aux leaders et gestionnaires d'organisations engagées dans la promotion et l'organisation de la protection sociale, aux représentants des employeurs et travailleurs, de même qu'aux agences de coopération internationale.

Les cours sont organisés par le Centre international de formation de l'OIT à Turin en Italie, en étroite collaboration avec le Département de la sécurité sociale du BIT à Genève, et en particulier son Programme STEP, et les bureaux sous-régionaux du BIT à Yaoundé et à Dakar.

Cours à Turin : les frais de participation, **voyage international non compris**, payables d'avance, sont de 3155 euros

Cours à Dakar : les frais de participation, **voyage international non compris**, payables d'avance, sont de 3100 euros

{Contribution de Miriam Boudraa, Centre international de formation du BIT, Turin, Italie}

+ D'INFOS

[Contacter Mme. Miriam Boudraa](#)



INVESTIR DANS LA SANTE: « L'APPROCHE DIAGONALE »

INVESTIR DANS LA SANTE: « L'APPROCHE DIAGONALE »

Entre le « financement vertical » et le « financement horizontal » des services de santé des pays en développement il y a une troisième voie appelée « le

+ D'INFOS

Télécharger le rapport
depuis GIMI

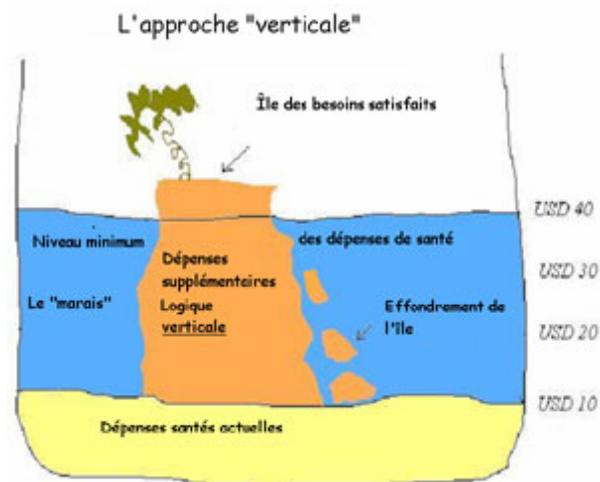
financement diagonal ». Cette approche diagonale semble pouvoir modifier de manière positive l'organisation de la coopération internationale

en matière de santé, comme l'expliquent les auteurs Gorik Ooms et al. dans *The 'diagonal' approach to Global Fund financing: a cure for the broader malaise of health systems ?* (mars 2008).

Qu'est ce que « l'approche diagonale »?

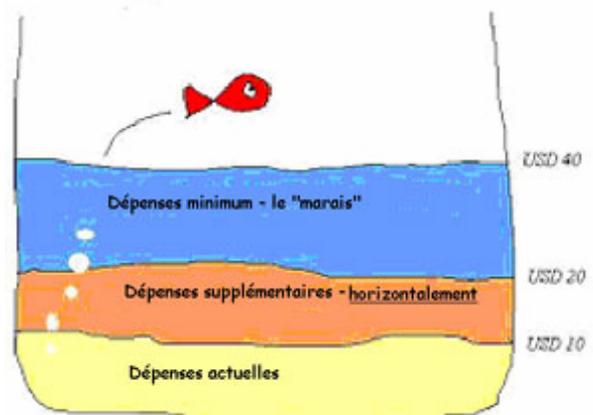
Les images ci-dessous, conçues par Gorik Ooms et Marc Bestgen, permettent d'illustrer leur vision de chaque mécanisme de financement.

Les images se basent sur les estimations de la Commission Macro-économie et Santé, selon lesquelles un paquet d'interventions médicales adéquat, y compris les traitements contre le SIDA, coûterait 40 dollars des Etats-Unis par personne et par an. Or, dans 37 des 54 pays à faibles revenus (identifiés comme tels par la Banque mondiale) les dépenses de santé publique étaient inférieures à 10 dollars par personne en 2004.



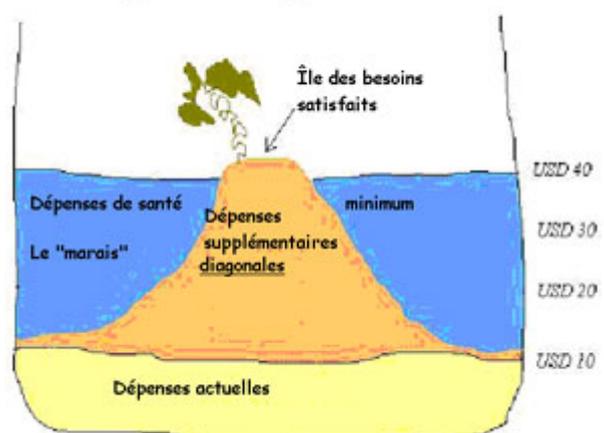
L'approche « verticale » : Des ressources supplémentaires sont acheminées vers des programmes spécifiquement dédiés à la lutte contre une maladie, ce qui implique que cette maladie en particulier est correctement traitée (c'est « l'île des besoins satisfaits »). Cependant, le reste du système de santé est inadapté et manque de personnel (le « marais ») et à la longue, ces « îles des besoins satisfaits », trop fragiles, sont confrontées à des difficultés majeures à cause des dysfonctionnements des systèmes de santé et du manque de personnel.

L'approche "horizontale"



L'approche « horizontale » : une couche supplémentaire de financements est allouée au système de santé dans son ensemble. Cependant les dépenses restent insuffisantes et bien en dessous des 40 dollars évoqués plus haut. Le système de santé reste inadapté.

L'approche "diagonale"



L'approche « diagonale » considère que les programmes ciblés sur une maladie en particulier (par exemple : le SIDA) doivent s'ils souhaitent être viables à long terme, être accompagnés de mesures qui permettent de renforcer le système de santé dans son ensemble (telles que la formation et le recrutement de personnel, l'intégration et la coordination avec d'autres programmes similaires portant sur d'autres maladies, le renforcement des laboratoires, la gestion de la santé, les systèmes d'assurance maladie). Ainsi l'approche diagonale permettrait la construction d'« îles » dont la base serait plus large et solide ; ces îles seraient progressivement connectées les unes aux autres ce qui permettrait de remplir peu à peu le marais.



INVESTIR DANS LA SANTE: « L'APPROCHE DIAGONALE »

L'approche diagonale et le développement de systèmes d'assurance maladie nationaux

Un premier exemple, celui du Rwanda

C'est dans cette veine qu'en janvier 2006, le Fonds mondial de lutte contre le VIH / SIDA, la tuberculose et le paludisme a lancé un programme de cinq ans visant à améliorer le système de santé rwandais. Dans la mesure où ces trois maladies représentaient le plus lourd fardeau sanitaire du pays, et compte tenu de la faiblesse des taux d'utilisation des services de santé au Rwanda, le Fonds mondial s'est donné pour objectif d'améliorer l'accès à des soins de santé de qualité.

Les chiffres de fréquentation montraient à l'époque qu'au sein de la population pauvre du Rwanda les personnes membres de mutuelles de santé avaient un nombre de contacts plus grand avec les services de santé que les non-membres ; par conséquent le Fonds mondial a orienté son projet vers un appui au développement des mutuelles de santé en ligne avec la politique du gouvernement.

En 2006 la décision du Gouvernement rwandais d'introduire une assurance maladie familiale obligatoire a facilité l'atteinte de l'objectif d'amélioration de l'accès aux soins.

+ D'INFOS

[Télécharger le rapport GFATM depuis GIMI](#)

Le taux de cotisation pour le paquet universel de soins de santé de base a été fixé à 1000 francs rwandais par personne et par an (à partir de janvier 2007), avec un

ticket modérateur de 10% à chaque utilisation des services de santé de l'hôpital ou des centres de santé. Même si cette cotisation peu paraître relativement faible, elle était hors de portée des plus pauvres. Par conséquent le Fonds mondial décida de financer la cotisation pour les personnes pauvres, les orphelins et les personnes atteintes par le VIH/SIDA. En 2007, le Fonds mondial a payé les primes d'environ 800 000 Rwandais les plus pauvres.

Le rapport *Mid-term evaluation of the Global Fund to Fight HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria (GFATM) 5th Round Project on Health Systems Strengthening (2007)* montre l'évolution du projet et identifie les futurs défis concernant la mise en place du projet au Rwanda.

Un deuxième exemple, celui du Burkina Faso

Au Burkina Faso, les taux d'utilisation des services de santé sont très bas ce qui reflète un faible accès aux soins de santé en raison de barrières géographiques et financières et une faible qualité de l'offre de soins. Les systèmes de protection sociale en santé existant couvrent principalement les agents de l'Etat et les salariés du secteur privé. La grande majorité de la population (les travailleurs de l'économie informelle) ne dispose pour la plupart d'aucune protection.

Le Burkina Faso a débuté la conception d'un système national d'assurance maladie qui garantira un accès de

tous à une couverture d'assurance maladie de base. Cette assurance sera distribuée par le biais des systèmes légaux d'assurance maladie existants ainsi que les mutuelles de santé et les associations communautaires. Le dispositif prévoit une mutualisation des risques centralisée et un système important de redistribution (subventions des primes des plus pauvres).

Une étude récente, *HIV Financing and Social Health Protection Mechanisms in Burkina Faso*, commanditée par l'ONUSIDA et réalisée par KADRIS Group et IMEDA Global Medical Alliance, explique que 92% des dépenses relatives à l'épidémie de VIH / SIDA sont financées par des fonds internationaux, provenant de partenaires bilatéraux ou multilatéraux ainsi que des ONG internationales. Le rapport explique que les fonds alloués à la lutte contre le SIDA pourraient avoir un impact significatif en encourageant et structurant le développement en matière de protection sociale, pour les travailleurs de l'économie formelle comme de l'économie informelle. Ces fonds pourraient en effet catalyser l'émergence de nouvelles formes d'organisations (mutuelles, systèmes de micro-assurance, systèmes d'assurance maladie)

+ D'INFOS

[Télécharger le rapport UNAIDS depuis GIMI](#)

Le rapport propose aussi l'introduction d'un Délégué de gestion (Third party administrateur, TPA) qui permettrait de faciliter l'intégration de financements verticaux (comme les fonds pour le SIDA) dans les systèmes horizontaux, et permettrait ainsi d'accroître la couverture d'assurance maladie. Le TPA pourrait jouer un rôle d'intermédiaire entre les bailleurs de fonds, les fournisseurs de soins et les patients en développant la contractualisation (négociation des tarifs, accords sur la qualité des soins, droit des patients à la confidentialité, etc.) et en enregistrant et en faisant remonter les besoins en termes de traitement contre le VIH / SIDA. Ainsi le TPA pourrait progressivement préparer le terrain pour accroître l'accès aux soins de santé en augmentant l'accessibilité financière des services de santé pour les populations défavorisées et en améliorant l'accessibilité géographique sur tout le territoire.

Que pouvons-nous retenir de ces deux exemples ?

Les mutuelles de santé, les systèmes à base communautaire, les systèmes d'assurance maladie, les systèmes articulés, etc. peuvent jouer un rôle important dans le renforcement des systèmes de santé en créant une demande solvable de services de santé et en contribuant à l'amélioration de la qualité et de la disponibilité des soins. Des stratégies visant à renforcer les systèmes de santé (telle que l'approche diagonale) pourraient allouer une partie des fonds mondiaux (Fonds mondial, GAVI, UNITAID, etc.) au développement de systèmes d'assurance maladie :



INVESTIR DANS LA SANTE: « L'APPROCHE DIAGONALE »

- en finançant les études préliminaires nécessaires pour concevoir et mettre en place ces programmes, mais aussi en finançant leur mise en œuvre ;
- en finançant une partie au moins des primes des populations les plus démunies, afin qu'elles puissent adhérer aux systèmes d'assurance maladie existants ou en construction. Comme dans le cas du Rwanda, où le projet du Fonds mondial a financé les primes des plus pauvres, des orphelins et des personnes vivant avec le VIH/SIDA ;
- en favorisant concrètement la mise en place d'un environnement favorable au développement de ce type de systèmes, par exemple, par le développement de systèmes d'information et de gestion capables de gérer et d'effectuer le suivi des flux d'information, des relations avec l'offre de soins et l'allocation des financements extérieurs. Tout en permettant un meilleur suivi et une meilleure prise en charge des personnes vivant avec le VIH / SIDA, le TPA proposé au Burkina Faso pourrait en même temps être utilisé pour accroître les capacités de gestion des systèmes d'assurance santé du pays.

Aujourd'hui les initiatives consistant à canaliser les fonds mondiaux verticaux vers le développement de programmes d'assurance maladie ciblant des travailleurs de l'économie informelle et leur familles, ainsi que des personnes pauvres et vulnérables, les orphelins, les personnes atteintes de maladies chroniques. Cependant, un nombre croissant de gouvernements prennent cette possibilité en compte lors de l'élaboration de stratégies nationales d'extension de la protection sociale.

{Cette compilation a été préparée par Tess Abbott et Valérie Schmitt-Diabaté, BIT / STEP, Genève, Suisse}



L'INTERVIEW: FRANCK DROIN

DIRIGÉANT DE KADRIS CONSULTANTS

« L'EXTENSION DE LA PROTECTION SOCIALE EN SANTÉ A BESOIN DE PLOMBIERS STRATÈGES ! »

Interview de M. Franck DROIN, de Kadris Consultants, cabinet de conseil indépendant spécialisé en stratégie et management, sur le secteur de la santé, de la protection sociale et de la prévoyance, en France et à l'international.

BIT Genève. 16-17 juin 2008

Bonjour Franck, pourriez vous nous expliquer en quelques mots la mission et les activités de Kadris ?

Franck Droin: Tout d'abord commençons par quelques chiffres clés pour situer Kadris. La société existe depuis février 2001 ; nous regroupons aujourd'hui environ 45 personnes qui sont principalement implantées en France à l'exception d'un représentant en Belgique, un représentant à Moscou et un représentant au Maroc.

La mission de Kadris consiste à effectuer de la prestation intellectuelle pour des organisations publiques et privées qui souhaitent améliorer leur mode de fonctionnement, développer leurs activités, leurs services, améliorer les conditions de leur gestion ou accroître leur rentabilité.

Notre spécificité c'est que nous travaillons uniquement pour les acteurs du secteur de la santé et de la protection sociale. Avec Kadris nous sommes partis du constat suivant : pour faire de la prestation de conseil il est indispensable de bâtir une relation de confiance avec nos interlocuteurs.

La confiance c'est d'abord la confiance dans nos compétences techniques. Il est important de savoir de quoi vous parlez ; cela suppose une forte spécialisation car le secteur dans lequel nous travaillons (la santé et la protection sociale) est très spécifique et en permanente évolution.

La confiance se crée aussi parce que nous sommes sincères dans nos recommandations ; elles reflètent un réel engagement de notre part aux côtés des personnes avec qui nous travaillons. Cette confiance là se construit dans le temps, elle se démontre peu à peu ; on ne peut pas « décréter » la confiance.

Aujourd'hui on ne peut plus travailler uniquement pour le financement de la santé sans comprendre ce qui se passe du côté des fournisseurs de soins que cela soit en termes de prévention, de prise en charge médicale, d'accompagnement des malades. C'est ainsi que la caisse nationale d'assurance maladie, au-delà de son rôle de payeur, met en place des programmes de gestion par pathologie (« disease management ») pour le diabète de type 2.

En France on semble découvrir cet aspect des choses alors qu'aux Etats Unis cela existe depuis belle lurette : l'assureur intègre complètement la dimension sanitaire ; il se charge aussi de vérifier l'adéquation de l'offre de

soins aux paquets de soins pris en charge et effectue finalement le pilotage de l'offre de soins (cas des HMOs- Health Maintenance Organizations - par exemple).

La mission et les activités de Kadris sont dans cette veine là : on ne peut pas être un bon conseiller en matière de santé et protection sociale si on n'intègre pas à la fois les dimensions financière et sanitaire.

On constate aujourd'hui que le secteur de la santé et de la protection sociale en France est très cloisonné, avec d'un côté les assureurs publics, de l'autre les mutuelles, puis les prestataires de soins et enfin les entreprises du médicament. Ces gens ne se connaissent pas, ne se comprennent pas, ce qui se traduit d'ailleurs aussi par des systèmes de gestion non unifiés. Dans la mesure où Kadris a une vision d'ensemble de tout le secteur, son rôle consiste aussi à créer des ponts entre ces différents acteurs.

Donc si je devais résumer en 3 mots Kadris je dirais que nous sommes un acteur spécialisé car on ne peut me semble-t-il aujourd'hui comprendre concrètement les sujets sans être spécialisé; que nous cherchons à intégrer les deux dimensions, celle du payeur et celle du prestataire de soins de santé, et enfin que nous cherchons à établir des ponts entre acteurs, car tout le monde a y gagner. Notre valeur ajoutée ne réside pas uniquement dans une connaissance précise de chaque métier mais aussi (et surtout) dans notre capacité à connecter le métier de nos interlocuteurs avec d'autres métiers.

Vous travaillez principalement en France ... ?

Franck: Oui, aujourd'hui nous sommes encore principalement implantés en France avec 85% de notre chiffre d'affaires réalisé en France et seulement 15% à l'international. Parmi nos clients français 70% sont des mutuelles, institutions de prévoyance, assureurs ou banque assureurs, comme par exemple la caisse des dépôts, qui s'intéressent à la santé, la prévoyance, la dépendance. Et 30% sont des acteurs dans le secteur médico-social.

Il est très difficile de travailler avec le secteur public hospitalier compte tenu des délais de paiement ... c'est pourquoi nous avons trouvé la plupart de nos clients parmi les entreprises du privé. 80% de nos clients sont des dirigeants de sociétés qui cherchent à mettre en adéquation leur offre de produits et de services par rapport à l'évolution du secteur de la santé.



L'INTERVIEW: FRANCK DROIN

DIRIGÉANT DE KADRIS CONSULTANTS

Vous intervenez – me semble-t-il – plus au niveau de la conception qu'au niveau de la mise en œuvre ?

Franck: Oui nous ne sommes pas du tout dans la mise en œuvre.

Au départ quand on a créé Kadris l'idée était de ne faire que de la prestation intellectuelle et rien d'autre ; d'aucune manière devenir opérateur. Ainsi nous ne vendons pas de solution informatique ; nous n'appuyons pas non plus la refonte de back offices de gestion ...

On ne peut pas être sur les deux côtés de la tartine : on ne peut pas être conseiller et être intéressé sur la mise en œuvre des conseils prodigués. Ceci nous permet de fournir des conseils réellement sincères ... et ceci alimente la confiance et permet de fidéliser nos interlocuteurs.

Est-ce que cette dimension concrète « mettre les mains dans le cambouis » ne manque pas aux plus jeunes membres de votre équipe qui débudent dans le métier ?

Franck: Certains collaborateurs ressentent le besoin d'aller vers des métiers plus opérationnels ou de suivre la mise en œuvre des réalisations qu'ils ont initiées ; mais en général les membres de mon équipe ont une telle diversité de sujets à couvrir qu'ils ne sont pas du tout frustrés ; ils apprennent en un an ce que l'on apprend ailleurs en deux ou trois ans.

Quelles sont vos activités dans le secteur médico-social ?

Franck: On travaille par exemple sur l'évaluation de réseaux de santé (par exemple : cancer ou diabète). Il existe différents types de réseaux en France ... Il y a les réseaux d'approche « populationnelle » comme la population des femmes enceintes présentant des grossesses à risque (réseau périnatalité), des personnes âgées (gériatrie), des personnes atteintes du VIH / SIDA, des personnes dépendantes de la drogue ou de l'alcool, etc. Il y a aussi les réseaux par pathologie (cancer, diabète, etc.). Ils sont généralement mis en place par les hôpitaux ou des praticiens et infirmières en milieu hospitalier. Il est très difficile d'effectuer une mesure précise de l'efficacité des réseaux compte tenu du caractère multidimensionnel de leur impact.

Ah oui ... Groupama avait aussi monté un réseau dans les Pyrénées ...

Franck: Oui, Groupama avait monté un réseau de praticiens généralistes dont le but était – par l'échange

de pratiques – de rompre leur isolement et d'améliorer leur pratique médicale. Par le dialogue et l'échange, les praticiens membres du réseau se sont rendus compte que la prescription n'était pas la seule réponse pour répondre aux demandes de leurs patients ... Et ils ont spontanément réduit de 15% les prescriptions médicales !

Comment en êtes-vous venus à l'international ?

Franck: Il y a des raisons, comment dire, structurelles de l'entreprise, il y a des raisons liées au marché, et des raisons personnelles.

Aujourd'hui nous sommes la première équipe dans notre secteur en France. Il existe bien sûr de grands cabinets de conseil, mais leurs unités s'occupant de protection sociale et santé sont toutes plus petites que Kadris. Il y a aussi des cabinets de conseil de taille moyenne, mais en général ils ont soit diversifié leur activité vers d'autres branches de l'assurance, soit ont ajouté une activité de prestation de services informatiques liés à l'assurance. Bref, dans notre créneau nous constituons la plus grosse équipe sur le secteur du conseil en France.

Alors se pose la question suivante : comment pouvons nous grandir ? Quels sont les leviers pour pouvoir poursuivre notre croissance ?

Le marché français est assez stable avec un chiffre d'affaire de 23 millions d'euros ... Il existe bien sûr de nouveaux défis, de nouveaux thèmes porteurs tels que « la santé en entreprise ». Il y a une prise de conscience grandissante de la nécessité de mieux prendre en charge la santé physique et mentale au travail, de lutter contre le stress ou l'usage de psychotropes sur le lieu du travail. Les entreprises se rendent bien compte qu'elles ont tout intérêt à investir dans la santé de leurs salariés en termes de prévention des épidémies (une campagne de vaccination coûte moins cher que des dizaines de journées d'arrêt de travail en cas d'épidémie). Une étude montre que pour chaque euro investi dans des activités de prévention des addictions (drogue, alcool) sur le lieu de travail il y a un retour sur investissement de 7 euros. Ce type de message parle aux entreprises !

Avec le développement de la responsabilité sociale des entreprises, celles-ci deviennent des acteurs à part entière de la santé de leur personnel et au-delà, de personnes indirectement liées à leur activité (par exemple les populations vivant autour des lieux de production). Ainsi un pétrolier implanté en Afrique ou en Asie a tout intérêt à ce que la situation sanitaire et sociale autour des lieux d'exploitation soit acceptable afin de protéger son propre personnel de risques sanitaires, sociaux et d'éventuels problèmes de sécurité.

Aujourd'hui on s'aperçoit que les questions de santé deviennent des questions majeures et que les pays riches ne peuvent plus se désintéresser de ce qui se passe dans les pays en développement pour différentes raisons à commencer par les risques



L'INTERVIEW: FRANCK DROIN

DIRIGÉANT DE KADRIS CONSULTANTS

sanitaires et de propagation d'épidémie. Une différence trop importante entre les systèmes sanitaires de pays voisins (comme la Guyane, cette enclave française au sein de l'Amérique latine) crée des déséquilibres et des tensions.

Les modèles de prévoyance tels que ceux de la France ou de la Belgique commencent à émerger comme des modèles de référence. Kadris avec sa connaissance du système de protection sociale français a du coup un réel avantage comparatif.

Au niveau international, quels types de missions ont été confiés à Kadris ?

Franck: Depuis 6 ans Kadris travaille comme évaluateur de projets financés par l'Union européenne sur l'usage des technologies dans le domaine de la santé. Nous avons ainsi évalué des projets en Roumanie, en Allemagne, etc. Progressivement nos contacts dans ces pays nous ont demandé de les aider à concevoir des systèmes de protection sociale et c'est là que nous nous sommes rendu compte qu'il y avait pour Kadris une vraie place à l'international, car nous avons à la fois des capacités de stratège et nous connaissons également comment fonctionnent les systèmes de protection sociale de l'intérieur. Le secteur de la santé et de la protection sociale est **une histoire de plombier stratège**. Il faut à la fois avoir une vision stratégique et politique et être capable de connaître et savoir construire l'ensemble des rouages, la tuyauterie.

En même temps la tuyauterie c'est stratégique ; il faut 3 ans pour concevoir et mettre en place un système d'information et de gestion de l'assurance maladie ; en revanche il faut 30 ans pour le déloger.

Vous intervenez au Maroc je crois ... et dans quels autres pays ?

Franck: Oui, nous intervenons actuellement au Maroc sur un projet de modernisation du système de gestion de la CNOPs dans le cadre de la mise en œuvre de l'AMO.

Au niveau européen, on a travaillé sur un projet appelé DIAFRE regroupant plusieurs pays (Danemark, Espagne, France, Israël) et consistant à améliorer la prévision de pandémies de grande taille.

Actuellement je gère un projet d'échanges de compétences et de savoir faire entre des médecins hospitaliers russes et des français dans le domaine de la lutte contre les addictions. Dans les pays de l'Est et plus particulièrement en Russie, un des gros problèmes est celui de la démographie médicale et la nécessité de trouver des solutions concrètes pour compenser la réduction du nombre de médecins et de spécialistes.

Voir par exemple l'initiative de TANA en matière de télémédecine et d'unités mobiles.

+ D'INFOS
[Voir le site de TANA](#)

Nous venons également de conduire une étude au Burkina Faso pour l'ONUSIDA dont l'objectif était de voir comment mieux coordonner les efforts des bailleurs de fonds en matière de lutte et de prise en charge du VIH / SIDA pour favoriser l'accès aux soins des personnes touchées par le virus. Dans cette étude nous avons proposé la mise en place d'un délégataire de gestion (Third Party Administrateur) dont la mission est d'améliorer la gestion des fonds et leur utilisation pour une meilleure prise en charge des personnes vivant avec le VIH / SIDA. Ce type de travail est une bonne illustration de la réutilisation de nos compétences acquises sur le marché français, où nous avons participé au montage et à la mise en œuvre de plusieurs TPAs.

En quoi votre expérience en Europe peut-elle être utile lorsque vous travaillez dans des pays du Sud ? Quels types de savoir faire ou de compétences sont les plus utiles pour les projets auxquels vous êtes associés dans les pays en développement ?

Franck: Je pense que notre valeur ajoutée dans les pays d'Afrique subsaharienne sera de concevoir des dispositifs de gestion opérationnelle permettant de faciliter le développement des systèmes d'assurance maladie qui sont actuellement mis en place dans un certain nombre de pays avec pour objectif de couvrir tout ou partie de la population.

Cependant les risques sont nombreux. Les relais opérationnels manquent ... le risque est donc de faire des études et encore des études qui finissent dans des tiroirs. Un autre piège est de répondre à des demandes qui ont déjà été traitées. Nous sommes aujourd'hui à l'ère de l'information et de la communication ; il est important de partager nos bases de connaissance respectives, les études que nous faisons, les enquêtes de terrain, etc. afin d'éviter de refaire ce qui a déjà été fait. Un autre piège que nous avons identifié est celui des marchés de gré à gré ; nous préférons nous associer à des projets associant le BIT et d'autres organisations.

Quelles sont selon vous les principales barrières à l'extension de la protection sociale dans les pays en développement ?

Franck: En Afrique les barrières sont plutôt du domaine de la mise en place et du fonctionnement des systèmes d'assurance maladie, avec la conception et la mise en œuvre nécessaire de dispositifs d'information et de gestion transparents et réactifs pour lutter à temps contre les effets induits de la solvabilisation de la demande.

En Europe de l'est les barrières sont plutôt historiques ; ils ne veulent pas pour le moment entendre parler de la mutualisation du risque ce qui explique leur fascination



L'INTERVIEW: FRANCK DROIN

DIRIGÉANT DE KADRI CONSULTANTS

pour les modèles libéraux. La logique du « tout » marché risque de conduire à une rupture entre ceux qui ont accès à l'assurance privée et à des soins de qualité et ceux qui en sont exclus ... et donc vers un nécessaire rééquilibrage.

Est-ce que les mutuelles françaises et plus largement les organismes de protection sociale en France ont un rôle à jouer dans l'extension de la couverture de la protection sociale en Afrique et en Asie ?

Franck: Les mutuelles françaises traversent une crise identitaire ; elles ont du mal à dire en quoi elles sont solidaires et ce qui fait leur spécificité par rapport aux autres acteurs du marché comme les assureurs. Leur implication dans des projets d'extension de la protection sociale dans les pays du Sud leur permet de redonner du sens à leur action et ainsi peut-être de prouver qu'elles sont toujours solidaires.

Merci.

+ D'INFOS

- [Voir le site de Kadris Consultants](#)
- [Télécharger la transcription depuis GIMI](#)

{Transcription par Ivón Garcia et Tess Abbott, BIT / STEP, Genève, Suisse}



CONTRIBUEZ !

G-NEWS est un produit collaboratif basé sur les contributions des utilisateurs.

N'hésitez pas à partager vos expériences dans les domaines de l'extension de la sécurité sociale et de la micro-assurance depuis la plate-forme GIMI ou en écrivant à gimi@ilo.org ou gess@ilo.org.

DISCUSSION

Vous voulez réagir à l'un des articles, proposer de nouveaux thèmes ou engager un débat sur des thèmes liés à l'extension de la sécurité sociale et à la micro-assurance ?

Ecrivez à :
gimi@ilo.org
gess@ilo.org



LE PROGRAMME STEP EN BREF...

Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté

STEP, Programme mondial du Département de la sécurité sociale du BIT est un outil clef de la « Campagne mondiale sur la sécurité sociale et la couverture pour tous » lancée en juin 2003 par le BIT.



INSCRIVEZ-VOUS

Pour recevoir G-NEWS, allez sur la plate-forme GIMI (www.microinsurance.org) ou sur la plate-forme GESS (www.socialsecurityextension.org), puis dans la boîte « identifiez-vous », cliquez sur « je ne suis pas encore inscrit : je crée mon compte ». Vous pouvez aussi écrire à gimi@ilo.org ou gess@ilo.org.

