

**MUTUELLES DE SANTÉ
ET ASSOCIATIONS
DE MICRO-ENTREPRENEURS**

GUIDE

Copyright © Organisation internationale du Travail 2001
Première édition 2001

Les publications du Bureau international du Travail jouissent de la protection du droit d'auteur en vertu du protocole n° 2, annexe à la Convention universelle pour la protection du droit d'auteur. Toutefois, de courts passages pourront être reproduits sans autorisation, à la condition que leur source soit dûment mentionnée. Toute demande d'autorisation de reproduction ou de traduction devra être adressée au Bureau des publications (Droits et licences), Bureau international du Travail, CH-1211 Genève 22, Suisse. Ces demandes seront toujours les bienvenues.

Les chapitres III, IV et V de cet ouvrage ont été repris du «Manuel de formateurs. Mutuelles de santé en Afrique: caractéristiques et mise en place» (ISBN 92-2-112080-5) publié par le Programme STEP en mai 2000.

BIT
Mutuelles de santé et associations de micro-entrepreneurs. Guide.

Genève, Bureau international du Travail, Programme Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté (STEP), Programme focal de promotion de l'emploi par le développement des petites entreprises (SEED), 2001

guide, mutualité, assurance-maladie, microentreprise. 02.03.2.
ISBN 92-2- 212398-0

Publié aussi en anglais: Mutual Health Organizations and Associations of Micro-entrepreneurs. Guide.
(ISBN 92-2-112398-7), Genève, 2001

Données de catalogage du BIT

Les désignations utilisées dans les publications du BIT, qui sont conformes à la pratique des Nations Unies, et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Bureau international du Travail aucune prise de position quant au statut juridique de tel ou tel pays, zone ou territoire, ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières.

Les articles, études et autres textes signés n'engagent que leurs auteurs et leur publication ne signifie pas que le Bureau international du Travail souscrit aux opinions qui y sont exprimées.

La mention ou la non-mention de telle ou telle entreprise ou de tel ou tel produit ou procédé commercial n'implique de la part du Bureau international du Travail aucune appréciation favorable ou défavorable.

Les publications du Bureau international du Travail peuvent être obtenues dans les principales librairies ou auprès des bureaux locaux du BIT. On peut aussi se les procurer directement, de même qu'un catalogue ou une liste des nouvelles publications, à l'adresse suivante: Publications du BIT, Bureau international du Travail, CH-1211 Genève 22, Suisse.

Imprimé en Italie

**MUTUELLES DE SANTÉ
ET ASSOCIATIONS
DE MICRO-ENTREPRENEURS**

GUIDE

Le programme «Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté» (STEP) de l'Organisation internationale du Travail est un instrument pour accroître la couverture et l'efficacité de la protection sociale dans le monde.

En accord avec les conclusions du Sommet mondial pour le développement social à Copenhague, le programme STEP promeut la conception et la diffusion de systèmes novateurs destinés à la protection sociale des populations exclues. Basés sur les principes d'équité, d'efficacité et de solidarité, ces systèmes contribuent à la justice et à la cohésion sociale.

Dans ses interventions, STEP combine différents types d'activités: développement des connaissances, production d'outils méthodologiques et d'ouvrages de référence, actions concrètes sur le terrain, appui technique à la définition et mise en œuvre des politiques.

Programme STEP
Secteur de la Protection sociale
Bureau international du Travail

4, route des Morillons
CH - 1211 Genève 22, Suisse

Tél.: (41 22) 799 65 44 - Fax: (41 22) 799 66 44
e-mail: step@ilo.org • INTERNET: www.ilo.org/step

Dans le monde entier, des millions de personnes recherchent désespérément un travail décent pour sortir de la pauvreté. Pour la plupart, il s'avère difficile voire impossible d'accéder, dans les entreprises existantes, à un emploi permanent doté d'un salaire et de conditions de travail raisonnables et bénéficiant de protection sociale.

Le programme focal de promotion de l'emploi par le développement des petites entreprises (SEED) a été initié pour aider les gouvernements, les partenaires sociaux et les entreprises à créer des emplois de qualité dans le secteur de la petite entreprise.

A travers son action, SEED vise à dégager les meilleures pratiques et à développer une base de connaissances solide sur l'emploi dans les petites entreprises. Il s'attache également à mettre ce savoir en pratique à travers des conseils sur les politiques, de l'assistance technique et une sensibilisation de la communauté internationale. Les critères sur lesquels SEED fonde la promotion d'instruments et la conception de nouvelles méthodes sont l'impact potentiel, la facilité de mise en œuvre, la conformité aux besoins des personnes concernées, la rentabilité et la pérennité au-delà des interventions du BIT.

Programme focal SEED
Secteur de l'emploi
Bureau international du Travail

4, route des Morillons
CH - 1211 Genève 22, Suisse

Tél.: (41 22) 799 68 62 - Fax: (41 22) 799 79 78
e-mail: ifp-sed@ilo.org • INTERNET: www.ilo.org/step

Avant-propos

Aujourd'hui le but fondamental de l'Organisation internationale du Travail (OIT) est de contribuer à ce que chaque femme et chaque homme puisse accéder à un travail décent et productif dans des conditions de liberté, d'équité, de sécurité et de dignité. La notion de travail décent englobe la plupart des dimensions relatives à l'amélioration du monde du travail: l'obtention d'un emploi et d'un revenu convenables, l'accès à la protection sociale, le bénéfice des droits fondamentaux au travail et la participation aux décisions à travers le dialogue social.

Combiner dans une même approche la création d'emploi et l'accès à la protection sociale constitue un enjeu clé pour la promotion du travail décent. Cette combinaison n'est pas facile lorsque l'on s'adresse à des opérateurs de l'économie informelle. De fait, si des stratégies de promotion d'emploi, par le développement des micro et petites entreprises, existent, dans leur mise en œuvre elles arrivent encore très insuffisamment à intégrer les questions de protection sociale.

C'est ce besoin de combiner création d'emploi et accès à la protection sociale qui a motivé la collaboration des programmes SEED et STEP¹. Ce guide est l'un des produits de cette collaboration. Il est destiné à toutes les personnes intéressées par la création de mutuelles de santé par des associations de micro-entrepreneurs.

Dans beaucoup de pays en voie de développement, la majorité des micro-entreprises se trouvent dans l'économie informelle. C'est là où le déficit de protection sociale est le plus important. Ce déficit atteint des proportions considérables dans certaines régions du monde. On estime, par exemple, que près de 80% de la population d'Afrique subsaharienne n'a pas accès de manière satisfaisante aux soins de santé de base.

La protection sociale est d'abord un droit légitime de tout individu. Elle est également une condition du progrès économique et social. L'absence de protection sociale peut avoir des conséquences graves non seulement pour la santé des personnes travaillant dans les micro-entreprises mais aussi pour le fonctionnement de celles-ci. Par exemple, pour faire face à des dépenses de santé, un micro-entrepreneur peut être contraint de vendre une partie de ses biens de production. Un mauvais état de santé va également engendrer des absences au travail et une perte de productivité. La micro-entreprise étant souvent la plus importante source de revenus de

¹ Le premier de ces deux programmes du BIT opère dans le secteur de l'emploi, le second dans celui de la protection sociale.

familles entières, cette situation affecte directement le bien-être de nombreuses personnes.

Si l'extension de la protection sociale à l'ensemble des micro-entrepreneurs apparaît comme légitime tant du point de vue de l'équité que de l'efficience, des interrogations subsistent sur les moyens de parvenir à cette extension. Les expériences validées sont encore peu nombreuses. Dans ce domaine, plus encore que dans d'autres, il faut faire preuve de pragmatisme et d'innovation pour déterminer les mécanismes les plus appropriés qui permettront de fournir une protection sociale à tous.

Le BIT, à travers son Secteur de la Protection sociale, opère à trois niveaux en ce qui concerne ces mécanismes d'extension:

- I extension à partir des systèmes de sécurité sociale, des systèmes de santé publique et des programmes d'assistance sociale impulsés par l'Etat;
- I développement de systèmes de protection décentralisés résultant d'initiatives locales;
- I articulation des systèmes décentralisés avec les autres systèmes de protection sociale.

Les mutuelles de santé sont le produit d'initiatives locales. Elles combinent les principes fondamentaux de l'assurance, de la participation et de la solidarité. Elles mettent en jeu une assurance, puisque moyennant le versement de cotisations, le membre perçoit de l'ensemble du groupe une indemnité lorsque survient un risque. Elles font jouer les solidarités, car si tous les membres cotisent, seuls ceux qui sont affectés par un événement déterminé bénéficient d'un soutien financier. Elles promeuvent la participation car l'adhésion est libre et tous les adhérents ont le droit de participer, directement ou indirectement, aux différentes instances de décision et de contrôler le fonctionnement de leur mutuelle.

Les mutuelles de santé liées aux associations de micro-entrepreneurs restent encore peu nombreuses. Elles font cependant l'objet d'un intérêt croissant de la part de ces associations et des promoteurs des micro-entreprises. Ce guide fournit les informations de base nécessaires à ces personnes pour apprécier l'intérêt mais aussi les difficultés de la création de ces mutuelles. Ces difficultés ne sont pas à sous-estimer au regard de la relative nouveauté du sujet.

Dans beaucoup de cas, les micro-entrepreneurs, en particulier ceux opérant dans l'économie informelle, sont des personnes pauvres. Il est légitime, au nom de l'équité, que les mécanismes de protection sociale de ces personnes bénéficient d'un soutien financier permettant de faire jouer la solidarité au niveau national. Si, dans nombre de pays, les possibilités de soutien financier sont très réduites voire nulles, ce souci d'équité doit être préservé dans le développement futur des systèmes mutualistes.

Table des matières

Introduction	1
A qui ce guide est-il destiné?	1
Quel est l'objectif de ce guide?	1
Le contenu du guide	1
I. La situation des micro-entreprises	3
1.1 Taille, composition et importance	3
1.2 Les problèmes et contraintes des micro-entreprises	5
a) Les obstacles internes aux entreprises	5
b) L'environnement institutionnel	5
c) L'accès aux services de financement et de développement	6
1.3 Les associations de micro-entrepreneurs	7
a) La création des associations professionnelles	7
b) Les associations sectorielles, locales et fédérales	7
c) Les services offerts par les associations à leurs membres	8
II. Les conditions de travail et la protection de la santé dans les micro-entreprises	11
2.1 Introduction	11
2.2 De pauvres conditions de travail	12
2.3 La protection sociale du secteur informel	13

III. Le rôle des associations professionnelles dans la protection de la santé	17
3.1 La prévoyance en matière de dépenses de santé	17
3.2 Deux mécanismes de prévoyance: le prépaiement et l'assurance	18
a) Le prépaiement sans partage de risques	18
b) L'assurance	19
3.3 La vocation des associations professionnelles de répondre aux besoins de leurs membres	20
3.4 La définition d'une mutuelle de santé	23
IV. Les services fournis par les mutuelles de santé	25
4.1 Les principes de base d'une mutuelle de santé	25
a) Solidarité entre les adhérents	25
b) Fonctionnement démocratique et participatif	25
c) Autonomie et liberté	25
d) Epanouissement de la personne	26
e) But non lucratif	26
f) Responsabilité	26
g) Dynamique d'un mouvement social	26
4.2 Nature des services offerts par une mutuelle de santé	27
4.3 Les types de soins qu'une mutuelle de santé peut couvrir	28
a) Les soins de santé de base ou «petits risques»	29
b) Les soins hospitaliers	29
c) Les soins spécialisés	29
d) Les médicaments	29
e) Divers	29

4.4	La couverture partielle des dépenses de santé	29
	a) Le ticket modérateur	29
	b) La franchise	30
	c) Le plafonnement des prises en charge	30
4.5	Les modes d'octroi des prestations aux adhérents	30
	a) <i>Le paiement des soins par l'adhérent</i>	30
	b) <i>Le paiement direct par la mutuelle</i>	31
V.	L'organisation et le fonctionnement des mutuelles de santé	33
5.1	L'organisation d'une mutuelle de santé	33
	a) <i>L'organisation interne d'une mutuelle de santé</i>	33
	b) <i>La structuration des mutuelles de santé</i>	35
5.2	L'adhésion à une mutuelle de santé	35
	a) <i>L'adhérent / le titulaire</i>	35
	b) <i>Les personnes à charge</i>	36
	c) <i>Les catégories de personnes dont l'affiliation pose des difficultés</i>	37
	d) <i>Les modalités d'adhésion à une mutuelle de santé</i>	39
5.3	Les risques majeurs liés à l'assurance santé	39
	a) <i>Le risque de la sélection adverse</i>	40
	b) <i>Le risque moral</i>	40
	c) <i>Le risque de la surprescription</i>	40
	d) <i>Les fraudes et les abus</i>	41
	e) <i>L'occurrence de cas «catastrophiques»</i>	41
5.4	La gestion d'une mutuelle de santé	41
	a) <i>La gestion des ressources humaines</i>	42
	b) <i>La gestion des ressources matérielles</i>	43
	c) <i>La gestion des ressources financières</i>	43
5.5	Les perspectives de durabilité et de viabilité d'une mutuelle de santé	45

VI. La mise en place d'une mutuelle de santé par une association professionnelle	47
6.1 Les différentes étapes	47
6.2 La sensibilisation et l'animation	48
6.3 La vérification des conditions préalables	49
<i>a) Des liens de solidarité doivent exister entre les futurs adhérents</i>	49
<i>b) Les adhérents potentiels doivent éprouver des difficultés financières pour accéder aux soins de santé</i>	49
<i>c) La population cible doit avoir confiance dans les initiateurs du projet</i>	49
<i>d) Des services de santé de qualité doivent être disponibles</i>	50
<i>e) Une dynamique de développement socio-économique est engagée</i>	50
6.4 L'étude du contexte	51
6.5 Le choix de la formule mutualiste la mieux adaptée	51
<i>a) Le choix des soins couverts par la mutuelle de santé</i>	53
<i>b) Le calcul des cotisations</i>	56
VII. Conclusions	59
Bibliographie	63

Introduction

A qui ce guide est-il destiné?

Ce guide est destiné à tous ceux qui s'intéressent à la protection sociale des micro-entrepreneurs et des travailleurs des micro-entreprises. Il s'agit notamment des responsables d'associations de micro-entrepreneurs, des promoteurs de ces associations (ONG, projets, fédérations, etc.) ainsi que des responsables et techniciens d'organisations ou d'administrations œuvrant dans le domaine de l'emploi, de la protection sociale ou de la santé.

Quel est l'objectif de ce guide?

Ce guide a pour objectif de permettre aux lecteurs d'apprécier l'intérêt et les contraintes de la création de mutuelles de santé par des associations de micro-entrepreneurs. Il fournit les informations de base nécessaires à l'atteinte de cet objectif en présentant les éléments à prendre en considération. Par contre, il n'aborde pas l'ensemble des techniques à utiliser pour la création d'une mutuelle de santé par une association de micro-entrepreneurs dans un contexte donné. Des outils complémentaires sont nécessaires.

Le contenu du guide

Le chapitre 1, intitulé **La situation des micro-entreprises**, présente les caractéristiques essentielles des micro-entreprises et les principales contraintes auxquelles elles sont confrontées. Il décrit, ensuite, le processus de création des associations de micro-entrepreneurs ainsi que le type de services qu'elles fournissent.

Le chapitre 2, intitulé **Les conditions de travail et la protection de la santé dans les micro-entreprises**, souligne l'importance des risques sanitaires auxquels sont soumises les personnes travaillant dans les micro-entreprises. Il présente ensuite le déficit de protection dont souffrent la grande majorité de ces personnes lorsque ces micro-entreprises opèrent dans le secteur informel. Enfin, il décrit sommairement les difficultés et quelques initiatives pour étendre la protection sociale à ce secteur.

Le chapitre 3, intitulé **Le rôle des associations professionnelles dans la protection de la santé**, est consacré au risque maladie et aux moyens d'y faire face. Il décrit deux mécanismes de prévoyance: le prépaiement sans partage de risques et l'assurance. Enfin, il souligne le potentiel spécifique que présentent les associations de micro-entrepreneurs pour la réalisation d'activités visant à protéger la santé.

Le chapitre 4, intitulé **Les services fournis par les mutuelles de santé**, est consacré, dans une première partie, à la description des principes de base de la mutualité. Il traite ensuite de la nature des services qu'une mutuelle de santé peut offrir à ses

membres, des conditions d'accès à ces services et des modalités d'octroi des prestations.

Le chapitre 5, intitulé **L'organisation et le fonctionnement des mutuelles de santé**, présente une structure organisationnelle type d'une mutuelle de santé: fonctions et relations des principaux organes. Il examine les modalités d'adhésion du membre ainsi que les conditions pour que certaines personnes à sa charge puissent également bénéficier des services de la mutuelle. Il aborde, ensuite, les risques majeurs liés à l'assurance santé. Enfin, il donne un aperçu de la gestion administrative et financière d'une mutuelle.

Le chapitre 6, intitulé **La mise en place d'une mutuelle de santé par une association de micro-entrepreneurs**, porte sur les conditions et le processus de création d'une mutuelle. Il décrit les différentes étapes de constitution d'une mutuelle. Il donne des indications sur les préalables et les travaux préliminaires à cette création. Il présente quelques critères à prendre en compte pour définir la formule mutualiste la plus adaptée.

I. La situation des micro-entreprises

1.1 Taille, composition et importance

Les micro-entreprises sont définies comme des entités économiques (micro-entreprises ou groupements d'intérêt économique) composées de 1 à 10 personnes travaillant dans un but lucratif, en dehors de l'agriculture (Haan et al., 1996). Dans la plupart des pays africains, les agents de ce secteur économique représentent plus de la moitié de la population active urbaine. En outre, la grande majorité des nouveaux emplois sont créés par les micro-entreprises. En Asie, les micro-entreprises du secteur informel fournissent 40 à 50% des emplois urbains. En Afrique et en Amérique latine, l'emploi dans les micro-entreprises croît quatre fois plus que les emplois formels dans les moyennes et grandes entreprises (BIT, 1998).

Dans de nombreux pays, où l'accès des femmes au marché du travail formel est difficile, le travail indépendant ou la création d'entreprises représente souvent la seule possibilité d'accès à l'emploi et aux revenus. Les femmes sont actuellement majoritaires parmi les micro-entrepreneurs du secteur informel de nombreux pays. Par exemple, en Zambie et en Indonésie, elles atteignent respectivement 72% et 65% des effectifs (BIT, 1998).

A la suite de la privatisation des entreprises d'Etat et de la réduction des dépenses publiques, les micro-entreprises ont joué un rôle crucial dans la réduction du chômage, par l'absorption des personnes arrivant sur le marché du travail. Elles ont servi d'amortisseurs aux chocs créés par les crises économiques et les programmes d'ajustement structurel. La prise en compte de ces importantes fonctions sociales et économiques des micro-entreprises doit conduire à dépasser la vision qui les réduit à un pis-aller initié par des personnes analphabètes ou n'ayant pas suivi d'études poussées².

Même si les opportunités d'emploi formel sont rares, la plupart des micro-entrepreneurs gardent l'espoir d'une offre d'emploi plus avantageuse. Ils adoptent des stratégies à court terme qui ne maximisent pas toujours les bénéfices et l'expansion de l'entreprise à long terme. Cela rend difficile l'établissement de relations durables

² Ce guide couvre surtout les micro-entreprises du secteur informel et s'intéresse moins aux professions libérales tels que les avocats, médecins, etc.

entre l'entrepreneur et son environnement social et économique, et constitue un obstacle sérieux à la mise en place de systèmes d'assurance santé.

De nombreuses micro-entreprises sont devenues des acteurs importants dans la croissance de l'économie et fournissent des biens et services nécessaires à une large portion de la population. Elles ont parfois des liens avec des entreprises plus grandes, soit en tant que fournisseurs de biens et services intermédiaires, soit en tant qu'acheteurs et/ou agents commerciaux.

Une conséquence de la globalisation pour les pays en développement réside dans l'importation accrue de produits manufacturés se substituant souvent à ceux offerts par les industries traditionnelles et autochtones. Cette situation pose des problèmes à certaines micro-entreprises, notamment dans le textile, le travail du fer et la poterie. En revanche, des opportunités ont été créées dans le commerce et dans des services tels que la photocopie, les kiosques téléphoniques, les services de comptabilité et de gestion et la formation professionnelle.

Les micro-entreprises et leurs associations deviennent également partenaires dans la gestion des services publics — collecte des ordures, maintenance des infrastructures — sur une base commerciale. En Inde et en Tunisie, par exemple, la franchise sur le service public du téléphone a créé des opportunités pour des milliers d'établissements, dont la plupart sont des micro-entreprises.

Dans l'ensemble, la caractéristique la plus frappante des micro-entreprises est leur grande diversité, qui doit être prise en compte lors de la conception d'une mutuelle de santé s'adressant à ce groupe cible:

- I on les trouve dans pratiquement tous les secteurs économiques — même si elles prédominent dans les services;
- I elles sont dispersées dans tout le pays — surtout dans les zones urbaines;
- I elles sont dirigées autant par les femmes que par les hommes — les femmes sont surreprésentées dans certains sous-secteurs tels que l'agroalimentaire;
- I la plupart sont des unités stagnantes avec de faibles perspectives de croissance, alors que certaines parviennent à développer leurs activités;
- I leur degré d'intégration économique et de formalisation est très variable.

1.2 Les problèmes et contraintes des micro-entreprises

a) Les obstacles internes aux entreprises

Nombre de dirigeants de micro-entreprises n'ont suivi que des études primaires, et la plupart ne les ont pas terminées (BIT, 1998). Les travailleurs et assistants des micro-entreprises ont également des connaissances techniques très rudimentaires. Les écoles de formation professionnelle ne préparent pas vraiment aux emplois dans les micro-entreprises. A Dar es-Salaam (République-Unie de Tanzanie), par exemple, seulement 8% des propriétaires de micro-entreprises dans la fabrication et 14,2% de leurs employés ont reçu une éducation formelle (Mwinuka, J. B., 1996). L'apprentissage est, par conséquent, la principale source de développement de leurs compétences.

Ce déficit d'éducation formelle constitue un frein au développement des micro-entreprises et mène à une attitude conservatrice et défensive dans divers domaines. Le plus souvent, la prise de risques, la recherche de marchés, l'innovation, l'engagement de personnel qualifié, etc. ne sont pas de mise.

Un autre obstacle spécifique au développement des micro-entreprises est le fait qu'elles sont souvent la seule source de revenus pour toute la famille de l'entrepreneur. Du fait de l'absence d'un simple système de gestion et des faibles connaissances en comptabilité, l'argent gagné est directement utilisé pour les dépenses du foyer. Cela est particulièrement vrai dans les entreprises dirigées par les femmes, puisqu'elles assument de plus en plus de dépenses au sein de la famille. De plus, les femmes combinent souvent les tâches domestiques et la gestion de l'entreprise, en particulier lorsqu'elles travaillent à la maison ou à proximité de leur domicile.

b) L'environnement institutionnel

Les conditions du succès des micro-entreprises sont diverses, mais elles dépendent en grande partie de l'attitude des pouvoirs publics à leur égard et de l'accessibilité des services de financement et d'appui/conseil.

De plus en plus, les gouvernements font la promotion du secteur privé. Toutefois, leurs politiques macroéconomiques et financières ne sont pas forcément favorables au développement des micro-entreprises. Les politiques de libéralisation des marchés ont plutôt favorisé les grandes entreprises et les régimes fiscaux sont souvent discriminatoires à l'encontre des micro et petites entreprises ³ (Maldonado, 1995).

³ Les grandes entreprises bénéficient de remises fiscales alors que les plus petites unités sont lourdement imposées par le biais des taxes indirectes. Le BIT a fait plusieurs études montrant que même si le secteur informel ne paie pas d'impôts, il subit un grand nombre de taxes indirectes.

A l'échelle locale, les politiques d'urbanisation ignorent souvent la nécessité d'installer des sites équipés pour les nombreuses micro-entreprises. A la collecte irrégulière des ordures s'ajoutent d'autres problèmes d'infrastructure tels que la vétusté des réseaux routiers, le manque d'électricité, d'eau courante et de sanitaires. Les procédures lourdes d'octroi des licences et d'enregistrement comme les politiques locales de taxation représentent d'autres obstacles au développement des micro-entreprises, qui sont également une cible de choix pour les autorités décentralisées contraintes de mobiliser de plus en plus de ressources au niveau local.

Les initiatives gouvernementales telles que les ouvertures de sites industriels et les fonds spéciaux de crédits ou les systèmes de sécurité sociale n'atteignent pas facilement les micro-entrepreneurs en partie parce que de nombreuses unités ne sont pas enregistrées et préfèrent rester «invisibles». Le déficit de communication et l'absence de campagnes d'information participent également à l'isolement des micro-entrepreneurs.

**c) L'accès
aux services
de financement
et de
développement**

Le manque de capital est l'un des problèmes clés des micro-entrepreneurs. La majorité d'entre eux démarrent leurs activités à l'aide d'une épargne personnelle et de prêts familiaux informels. La faible compétence en gestion de nombreux entrepreneurs s'ajoute à un manque de fonds presque constant. En conséquence, la capacité d'investir dans l'achat de nouveaux équipements, dans la recherche de nouveaux produits ou marchés porteurs et dans l'amélioration des conditions de travail est fortement limitée.

Des services adéquats de financement en faveur des micro-entrepreneurs font souvent défaut. Alors qu'il existe généralement des systèmes informels d'épargne et de crédit très efficaces, peu de banques manifestent de l'intérêt pour les micro-entreprises. Les ONG et les programmes de développement ont créé des services bancaires spécialisés, rendant ainsi le crédit à court terme plus accessible. Toutefois, les ressources financières à long terme, notamment pour le capital-risque et les investissements, demeurent difficilement accessibles.

Les systèmes de microfinance prennent de plus en plus d'ampleur. Pour les micro-entrepreneurs, la possibilité de placer leur argent en un endroit sûr, à l'abri des demandes de dons et de prêts par les membres de la famille, a contribué au succès de ce service. Il faut donc examiner la possibilité d'asseoir des mutuelles de santé sur une épargne grandissante.

Les micro-entreprises ont besoin de beaucoup d'autres services de caractère non financier. Ce sont, entre autres, la formation technique, la formation à la gestion, l'information sur les marchés, l'innovation technologique, le support marketing, la création des réseaux industriels, et le support organisationnel.

1.3 Les associations de micro-entrepreneurs

a) La création des associations professionnelles ⁴

Les micro-entrepreneurs s'assemblent pour des raisons pragmatiques, en particulier liées à l'environnement immédiat du travail. Regroupés, les entrepreneurs peuvent réaliser des économies d'échelle permettant de faire baisser les prix, d'accéder à des marchés plus importants ou de partager l'équipement et les outils trop coûteux pour un seul individu ou une seule micro-entreprise. Dans certains cas, cette situation conduit à la création d'une infrastructure commune où les membres peuvent accéder à des services spécifiques à moindre coût.

La peur de l'expulsion ou d'autres actions répressives de la part des autorités locales constitue également une raison majeure pour former des associations. Dans de nombreuses villes, le climat hostile et les attitudes imprévisibles des fonctionnaires ont amené les micro-entrepreneurs à se regrouper en associations professionnelles.

Les facteurs suivants contribuent à l'attractivité, la force et la durabilité des associations et seront donc en conséquence à prendre en compte lors de la sensibilisation et la promotion des mutuelles de santé:

- I un leader charismatique;
- I une gestion professionnelle et démocratique;
- I une bonne médiation interne;
- I un niveau suffisant de représentation interne;
- I un statut légal approprié;
- I des services sélectifs pour les membres (services nécessaires et bon marché);
- I des sources de revenus diversifiées et stables;
- I de bonnes relations externes;
- I un degré suffisant de légitimité publique.

A ces facteurs, internes à l'association, s'ajoute la nécessité d'évaluer l'environnement politique, législatif et réglementaire dans lequel évoluent les associations.

b) Les associations sectorielles, locales et fédérales

Certaines associations, basées sur la même activité économique, offrent des services tels que les licences d'importation, les locaux pour les vendeurs; elles ont accès à des services de l'Etat ou négocient des tarifs préférentiels. D'autres associations, formées sur une base territoriale, partagent des services en commun, tels que l'eau, les services sanitaires, la collecte des ordures, contribuant ainsi à un meilleur environnement de travail.

⁴ Dans ce texte, le terme «association professionnelle» est utilisé pour décrire une organisation qui regroupe les micro-entrepreneurs en vue de la défense de l'intérêt de ses membres et pour fournir des services communs alors que les termes «coopérative» ou «groupement» sont réservés aux organisations gérant des activités économiques partagées par les membres.

Dans certains pays, les associations basées sur des activités économiques différentes se sont formées en fédérations nationales. Au Mali, par exemple, la Fédération nationale des artisans du Mali regroupe plus de 50 associations nationales, comprenant plus de 20 000 membres et a eu une influence décisive sur la politique de développement des micro-entreprises dans ce pays.

**c) Les services
offerts par les
associations
à leurs membres**

La représentation et la défense des intérêts de leurs membres sont essentielles à la formulation d'une politique et de règles adéquates, conditions du dialogue social pour les entrepreneurs et les travailleurs.

Les services fournis par les associations comprennent des visites d'échanges, la recherche de nouveaux produits, le courtage de grandes commandes, etc. Dans les domaines de la gestion et du transfert des compétences, certaines associations organisent des sessions de formation pour leurs membres.

D'autres associations facilitent à leurs membres l'accès au crédit, souvent en collaborant avec les banques et les ONG. Les clubs et coopératives d'épargne et de crédit (notamment les «tontines» ou «roscas») ainsi que les caisses de secours, les caisses pour les funérailles, etc. sont des mécanismes souvent basés sur des réseaux sociaux existants, transformant ainsi la solidarité de quartier occasionnelle en structures de soutien mutuel régulier. Ces mécanismes comportent une dimension financière très limitée et leur viabilité n'est pas toujours assurée. Il faut donc développer des systèmes plus solides pour répondre aux besoins des micro-entrepreneurs.

NVIDOMA: l'Association des femmes du village de Ntulume (Ouganda)

L'Association des femmes du village de Ntulume, enregistrée comme ONG depuis 1987, regroupe 72 femmes membres qui gèrent leur propre petite entreprise. Nombre d'entre elles possèdent un stand au marché ou un commerce, leurs produits pouvant aller des tomates aux vêtements d'occasion. Certaines élèvent des poulets, font du pain, cultivent des champignons ou fabriquent des vêtements. L'une des membres fondatrices est le pilier et le guide de NVIDOMA. Le siège a été construit sur son terrain, par les membres eux-mêmes.

Les autres membres élus du comité sont toutes des femmes d'affaires expérimentées. Elles jouent le rôle de conseillères financières et commerciales des autres membres. L'association gère son propre fonds, d'un montant d'environ \$US 3 500 et a conclu des accords avec plusieurs organisations de microfinance pour l'octroi de crédits aux membres. L'association fournit une partie de la formation en gestion financière et d'entreprise, en échange d'une petite contribution financière.

La création d'emplois et la génération de revenus pour les femmes sont les principaux objectifs de NVIDOMA. Avec l'appui des organisations telles que Mama Cash et Global Fund, les membres ont bénéficié d'importants services financiers pour leurs entreprises.

II. Les conditions de travail et la protection de la santé dans les micro-entreprises

2.1 Introduction

La part d'ombre des micro-entreprises se situe dans leurs conditions de travail. La plupart des micro-entrepreneurs travaillent de longues heures, à des postes de travail monotones et pour des profits dérisoires. Lorsqu'ils embauchent des employés, ils les rémunèrent souvent en dessous des minima sociaux et ne rédigent pas de contrat de travail.

Beaucoup de micro-entreprises travaillent avec du matériel peu sûr, dans des conditions défavorables et sans accès à la sécurité sociale pour faire face à la maladie, aux accidents et à la vieillesse. Leur marginalisation économique ne leur permet pas de faire face aux investissements nécessaires à leur bon fonctionnement et développement. Le haut degré d'analphabétisme et d'ignorance des micro-entrepreneurs réduit la prise de conscience des risques encourus.

Lorsque le propriétaire de la micro-entreprise se blesse ou tombe malade, le bien-être de toute la famille est immédiatement menacé. De plus, les coûts élevés des soins de santé et la perte de revenus vitaux le dissuadent de rechercher rapidement une assistance médicale. Lorsque finalement il se décide à visiter un centre médical, les coûts des soins sont plus élevés: l'attente ayant davantage dégradé sa santé.

Du fait de l'introduction du partage des coûts de santé et de la détérioration générale des services publics dans les pays en développement, la population doit de plus en plus assurer sa propre protection sociale. Les associations — de quartier et professionnelles — peuvent contribuer à améliorer l'accès aux services tels que la garde des enfants, l'éducation et les soins médicaux.

La mise en place de mutuelles nécessite des associations de micro-entreprises avec un degré suffisant de confiance entre les membres potentiels, et une bonne expérience dans la collaboration et la gestion. De plus, une structure simple de gestion collective devrait exister, laquelle est la base d'une administration transparente et crédible d'une mutuelle de santé.

2.2 De pauvres conditions de travail

Les conditions de travail sont souvent précaires dans les micro-entreprises: la poussière et le bruit, le mauvais éclairage, le désordre dans les ateliers, des machines et outils dangereux.

Une enquête menée parmi 11 branches du secteur informel à Dar es-Salaam (Forastieri et al., 1996), représentant un large éventail d'activités, a fait ressortir les problèmes suivants: l'exposition à la poussière, le travail épuisant, les mauvaises postures, les longues heures de travail sous la pression physique et mentale, le transport inadapté, de lourdes charges, les espaces humides et l'absence de chaussures sur des sols mouillés. Nombre d'accidents sont dus au mauvais état de l'équipement et à l'absence de matériel de protection. L'état des outils, le manque d'espace sur les lieux de travail et la faible organisation aggravent encore cette situation.

L'enquête a montré que la plupart des entreprises manquent d'eau potable et de services sanitaires et qu'elles ne bénéficient pas de la collecte des ordures. Aucun inspecteur du travail n'avait visité ces lieux de travail pour promouvoir les soins préventifs, et seulement quelques entreprises disposaient d'une boîte de premiers secours.

Les problèmes en matière de santé exprimés par les micro-entrepreneurs et leurs travailleurs concernent le mal de dos, les hernies, les douleurs d'articulations et de muscles et les maux de tête.

Dans les faits, l'insécurité sur le lieu de travail est causée par un manque de prise de conscience, une faible capacité de gestion et un manque de financement permettant l'application des mesures de protection. Les politiques gouvernementales ont largement ignoré les difficultés spécifiques aux micro-entreprises et ne se sont pas préoccupées d'améliorer leurs conditions de travail, tout en exigeant souvent d'elles le respect de normes élevées.

De nombreux exemples démontrent comment les conditions de travail peuvent être améliorées sans trop accroître les coûts (Kogi et al., 1989). Le matériel de formation de l'OIT tels que I-WEB «Améliorer l'environnement professionnel et l'activité des micro-entreprises» et le guide PATRIS «Guide de participation pour les travailleurs du secteur informel» traitent des besoins spécifiques et de la capacité d'absorption des micro-entreprises. Ils utilisent des techniques audiovisuelles et se basent sur les pratiques locales. Les fournisseurs d'équipement pourraient également jouer un rôle plus actif, en combinant leurs activités de marketing avec des conseils sur la bonne installation et l'utilisation adéquate de leurs machines.

Cependant, malgré la conscience accrue et un meilleur accès aux instruments et techniques de prévention, de nombreux entrepreneurs et travailleurs ne les adoptent pas. Afin de remédier à cette situation, les entrepreneurs devraient se rendre compte des coûts élevés et invisibles des accidents ainsi que de l'impact positif de la prévention des accidents et maladies sur les bénéficiaires et sur la productivité.

2.3 La protection sociale du secteur informel

Dans le domaine de la santé, il est estimé que l'exclusion de la protection sociale touche aujourd'hui près de 80% de la population dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne et d'Asie du Sud et près de la moitié de la population d'un grand nombre de pays d'Amérique latine et du reste de l'Asie. En Europe de l'Est, malgré des conditions contrastées selon les pays, l'exclusion est aussi très importante. Ces données sont à considérer avec précaution mais elles indiquent un phénomène de très grande ampleur. L'exclusion de la protection sociale est même croissante dans de nombreux pays sous l'effet combiné de la croissance du secteur informel et de la hausse de la précarité de l'emploi dans le secteur formel.

Les facteurs d'exclusion sont multiples: nature de l'emploi, capacité contributive, législation, qualité et volume de l'offre de soins, répartition géographique des services, discrimination ethnique ou sexuelle, tabous, etc. Les personnes exclues sont souvent victimes de plusieurs de ces facteurs.

C'est dans le secteur informel que le déficit de protection sociale est le plus grand ⁵ et, plus globalement, que la qualité de l'emploi est la plus faible. Ce secteur a très rarement été pris en compte lors de la conception des systèmes de sécurité sociale, lesquels, dans la plupart des cas, ont été dirigés vers les salariés de l'économie formelle. Il y a une vingtaine d'années encore, certains pensaient que le secteur informel disparaîtrait progressivement et que, du même coup, l'ensemble des travailleurs et micro-entrepreneurs en intégrant le secteur formel bénéficieraient des systèmes de protection sociale qui lui sont liés. La réalité est autre. La tendance observée dans la plupart des pays en développement est celle d'une augmentation de la part des activités informelles dans l'emploi total. Elle contraint chaque pays ayant le souci d'améliorer la protection sociale de sa population à faire davantage

⁵ A titre d'exemple, une enquête du BIT dans le secteur informel de Metro-Manila (1995) a fait ressortir que seulement 15,5% des micro-entreprises sont enregistrées par le système de sécurité sociale; 9,6% participent dans un système d'assurance privée dont 1% avec une compagnie d'assurance commerciale. Les raisons évoquées sont surtout la faiblesse des activités (36%) mais également le fait que l'enregistrement ne soit pas requis (8,9%), que la couverture existe à travers un autre emploi (8,1%) ou que les travailleurs n'en voient pas l'utilité (8,3%).

d'efforts pour développer des mécanismes permettant de toucher les personnes travaillant dans le secteur informel ainsi que leur famille.

Certains pays (parmi les pays à revenus intermédiaires) ont entrepris au cours des dernières années des réformes substantielles de leurs systèmes de protection sociale qui leur ont permis de faire des progrès importants en termes de couverture du secteur informel. Les conditions ayant permis de réaliser ces réformes et les valeurs qui les ont motivé ne sont pas partagées par tous les pays. De fait, l'expérience montre que l'extension de la couverture des systèmes de sécurité sociale existants au secteur informel est très difficile. Il n'est pas aisé de concilier les caractéristiques du secteur informel (précarité de l'emploi et mobilité, irrégularité et faiblesse des revenus, dispersion, etc.) avec celles des systèmes de sécurité sociale qui, au départ, n'ont pas été conçus pour celui-ci.

Dans beaucoup de pays, des initiatives ont été prises, pour combler le déficit de protection sociale, par d'autres acteurs que les Etats: organisations de travailleurs et d'employeurs, ONG, associations, communautés, coopératives, associations de micro-entrepreneurs.

Les systèmes créés sur la base de ces initiatives ont des caractéristiques multiples⁶ et sont souvent non formalisés. Fréquemment, ils s'adressent à des personnes de faibles ressources. Il est normal que pour des raisons d'équité, des formes de redistribution au bénéfice de systèmes regroupant des personnes pauvres soient trouvées (subventions à l'offre de services ou à l'assurance par exemple). Cette redistribution doit permettre de faire jouer les solidarités dans un cadre plus large que celui offert par le groupe des membres. En l'absence de mécanismes de redistribution, ces systèmes devraient être considérés comme des formes de protection transitoires.

La tendance qui se dégage est que la protection sociale sera assurée de plus en plus, dans un même pays, par plusieurs systèmes opérant de manière complémentaire. Il est probable que ces différents systèmes soient le reflet d'initiatives de l'Etat et des partenaires sociaux, mais également de la société civile et du secteur privé commercial. Cette multiplicité des systèmes demande une bonne coordination des efforts en matière de politique sociale et économique afin de donner une cohérence et une efficacité plus grande aux régimes en vigueur et à ceux à créer. Cette coordination est également nécessaire pour allouer de manière optimale les ressources disponibles, maintenir le caractère incitatif des mesures préconisées et réduire les fraudes et les abus. Elle demande un renforcement des relations de coopération entre les institutions publiques (finance/santé par exemple) et les autres acteurs impliqués dans les différents mécanismes ainsi que celui de la fonction régulatrice de l'Etat.

⁶ Les systèmes de micro-assurance rentrent dans cette catégorie.

Quelques initiatives de la société civile

En Ouganda, des groupes d'entraide mutuelle en matière de santé se sont constitués. Dans ces groupes, le versement de contributions régulières à un fonds de santé commun facilite l'accès aux soins médicaux primaires. Au total, plus de 5 000 personnes sont couvertes par ce système.

Une dizaine de groupes de micro-entrepreneurs provenant de différentes branches d'activités à Dar es-Salaam (République-Unie de Tanzanie) — comptant plus de 2 000 membres au total — ont amélioré leur accès aux structures de soins médicaux (privées) en passant des accords spécifiques avec celles-ci.

Au Bénin, à Cotonou, l'Union nationale des conducteurs de taxis motos a créé une mutuelle de santé, ALAFIA, qui assure le remboursement des soins de santé de ses membres. Elle a passé un accord avec un centre de santé de la capitale.

La Fédération des artisans du Bénin regroupe la plupart des organisations professionnelles sectorielles. En leur sein, les associations des coiffeuses, des électroniciens, des couturiers et des soudeurs, étudient la création d'un système d'assurance santé. Des comités d'initiative ont été créés pour analyser la viabilité du système et formuler un plan d'action.

Au Sénégal, respectivement à Thiès et à Dakar, l'union des réseaux PROFEMU (Programme des femmes en milieu urbain), a mis en place une GIE d'épargne et de crédit, une coopérative d'habitat, une PME et une mutuelle de santé. Par cette action, l'union cherche à répondre aux besoins socio-économiques de ses 3 000 femmes membres.

En Guinée, l'AGBEF (Association pour le bien-être familial), avec l'appui de BIT/STEP a mis en place une mutuelle de santé à Youkounkoun autour du centre de santé régional. En plus de l'assurance santé qu'elle propose, la mutuelle a également amélioré la qualité des soins de santé en particulier la disponibilité de médicaments.



Photo: Paco Rodriguez

III. Le rôle des associations professionnelles dans la protection de la santé

3.1 La prévoyance en matière de dépenses de santé

Les propriétaires des micro-entreprises, leurs familles et leurs ouvriers/apprentis ne sont pas à l'abri de la maladie ou des accidents dont la survenue déjoue les prévisions concernant le moment et le montant des dépenses de santé. Les individus comme l'entreprise peuvent en subir les conséquences désastreuses:

- I la maladie peut entraîner une incapacité de travail momentanée ou durable voire définitive et donc une perte de revenus pour la famille;
- I les dépenses pour les soins médicaux et les médicaments s'ajoutent à d'autres besoins monétaires des familles.

La maladie constitue finalement un risque dont la portée dépasse les seules questions de santé, car elle est également susceptible d'engendrer des dommages financiers importants. Elle est souvent à l'origine d'une pauvreté durable pour le micro-entrepreneur, en particulier, lorsque:

- I la couverture des dépenses de santé avec les fonds de l'entreprise risque de limiter sa capacité de production (par exemple, l'achat de médicaments au lieu de l'achat des matières premières);
- I pour les grandes dépenses, par exemple en cas d'hospitalisation, l'entrepreneur peut être obligé de vendre une partie de ses outils de production ou de s'endetter lourdement;
- I bénéficiant d'un crédit pour son entreprise, il sera tenté de le détourner de son objectif initial, ce qui peut créer des problèmes pour le remboursement.

Ce risque lié à la maladie est appelé, en matière d'assurance, «risque maladie».

Les familles tentent de répondre au risque maladie, individuellement ou collectivement. Elles ont deux attitudes possibles:

- I soit attendre que la maladie survienne pour chercher les ressources nécessaires à son traitement;
- I soit prendre des dispositions pour faire face à ce type de dépenses avant la survenue d'une maladie.

Dans le premier cas, il ne s'agit pas d'une protection contre le risque mais simplement d'en surmonter les implications financières. L'incertitude quant à la possibilité de faire face aux problèmes reste très élevée. Une famille confrontée à un cas de maladie et ne disposant pas de l'argent nécessaire pour payer des soins, peut mettre en œuvre plusieurs alternatives: vente de biens, prêts usuraires, prélèvement des fonds sur l'entreprise familiale, entraide et solidarité entre amis, au sein de la famille ou au sein d'une association.

Dans le second cas, l'anticipation des conséquences financières de la maladie permet de surmonter celles-ci avec plus de facilité. Il s'agit d'une démarche de prévoyance pour se protéger contre le risque maladie.

3.2 Deux mécanismes de prévoyance: le prépaiement et l'assurance

Dans toutes les sociétés, la plupart des individus éprouvent une aversion aux risques. C'est pourquoi, les femmes et les hommes ont partout développé des mécanismes de prévoyance pour se protéger des risques. Ces mécanismes se sont perfectionnés au cours de l'histoire, notamment avec le développement de l'assurance qui constitue l'outil le plus efficace de protection contre les risques.

a) Le prépaiement sans partage de risques

Le prépaiement sans partage de risques, dont l'exemple le plus courant est la carte d'abonnement, regroupe un ensemble de mécanismes simples qui permettent à une personne de payer des soins futurs à un moment où elle dispose de revenus suffisants. Cela peut être avantageux pour les personnes qui ont des revenus irréguliers et qui, par conséquent, sont susceptibles d'être confrontées à des dépenses de santé à un moment où elles ne disposent pas de ressources. En cas de maladie, ces personnes ne pourront cependant consommer des soins qu'à concurrence du montant qu'elles auront «prépayé». La prévoyance est individualisée; il n'y a pas mise en commun de ressources pour affronter les risques.

Les systèmes de prépaiement, sans partage de risques, sont le plus souvent proposés par des prestataires de soins pour qui ils sont relativement avantageux et simples à mettre en place. Ce sont des

mécanismes de protection adaptés aux dépenses de santé considérées comme certaines, c'est-à-dire par exemple pour les consultations dont la fréquence est importante, et d'un coût relativement peu élevé («petits risques»). Pour l'entrepreneur, le prépaiement permet d'étaler les dépenses pour la santé sur toute l'année.

La limitation de la couverture au montant des soins prépayés (parfois augmenté légèrement d'un intérêt), ne permet pas de faire face aux gros risques qui demandent un effort financier hors de portée d'un seul individu. Cette même limitation réduit l'attrait pour ces systèmes.

b) L'assurance

L'assurance se définit comme un instrument qui permet à plusieurs personnes de partager les risques. Les ressources des assurés sont mises en commun et servent à couvrir les dépenses des seules personnes affectées par la survenue d'un risque. Les assurés, en contrepartie du versement de leurs cotisations (ou primes), obtiennent de l'assureur la garantie de cette réparation financière (ou prise en charge). Les risques couverts sont bien déterminés. Les assurés renoncent à la propriété des cotisations versées et ne peuvent donc les réclamer s'ils ne sont pas victimes de ces risques.

En d'autres termes, l'assurance permet de faire participer ceux qui ne sont pas atteints par le risque couvert, maladie par exemple, à la couverture des dépenses de ceux qui en sont affectés. Ils acceptent de le faire parce qu'ils sont conscients d'être eux aussi exposés aux risques couverts par l'assurance, que leur aversion pour ces risques est forte et qu'ils ne sont pas en mesure d'y faire face individuellement.

L'assurance est particulièrement adaptée aux soins de santé secondaires et spécialisés qui sont liés à des événements imprévisibles dont la probabilité de survenue est faible mais dont le traitement est très coûteux et menace l'entreprise ou le bien-être de la famille. Il s'agit donc bien de risques qui peuvent être répartis sur un nombre important d'individus. La cotisation ou prime d'assurance sera ainsi faible pour l'assuré au regard des dépenses qu'il aurait à effectuer s'il n'était pas couvert lors de la survenue du risque.

En plus de l'avantage de l'échelonnement des dépenses dans le temps (voir prépaiement), l'assurance, grâce au principe de la solidarité, met l'entrepreneur à l'abri des grandes dépenses liées aux problèmes de santé et aux accidents de travail.

L'assurance se distingue des formes traditionnelles d'entraide, alimentées par des cotisations modestes et dont le montant est fixé de façon aléatoire, sans rapport avec les conséquences financières des risques couverts. Elle se présente sous différentes formes:

- I l'assurance maladie obligatoire, instaurée par les pouvoirs publics, mais, peu ou pas accessible aux micro-entrepreneurs, dans beaucoup de pays;
- I les assurances commerciales à but lucratif, qui instaurent souvent des conditions restrictives d'adhésion afin d'éviter la souscription

des personnes qui présentent un risque élevé de maladie. Même si les micro-entrepreneurs peuvent y adhérer, les primes demandées sont souvent trop élevées;

- I les micro-assurances santé: ce terme regroupe une assez grande diversité de systèmes qui s'adressent à des populations démunies non couvertes par les systèmes d'assurance maladie obligatoire et qui n'ont pas accès aux assurances commerciales habituelles. Font notamment partie de cette catégorie: les assurances proposées par des prestataires de soins et autres formes d'assurance sans but lucratif, ainsi que les mutuelles de santé.

3.3 La vocation des associations professionnelles de répondre aux besoins de leurs membres

La nécessité de trouver des systèmes de prévoyance en matière de santé qui répondent aux besoins et capacités spécifiques des micro-entrepreneurs ressort de plus en plus de différentes études et enquêtes auprès de ce groupe. Les femmes micro-entrepreneurs, représentant la majorité de ce secteur d'activité, sont très intéressées à ces systèmes qui leur permettent de couvrir les soins de santé pour elles et leurs enfants. Les associations professionnelles, qui essaient de répondre à plusieurs besoins de leurs membres, sont donc de plus en plus appelées à jouer un rôle important dans ce domaine.

Par les caractéristiques qu'elles présentent, les associations professionnelles sont des acteurs de choix pour la mise en place de systèmes de micro-assurance:

- I elles ont des leaders et responsables dynamiques;
- I elles ont la confiance de leurs membres;
- I elles ont de l'expérience dans la gestion administrative et comptable des opérations financières (par ex.: cotisations, petits crédits);
- I elles ont développé des contacts avec les autorités locales et nationales;
- I elles ont des contacts avec quelques bailleurs de fonds ou avec le gouvernement pour le financement des activités de développement;
- I les rencontres régulières entre leurs membres créent un sentiment d'appartenance à un mouvement social; il en résulte un contrôle social capable de limiter voire d'éradiquer les abus et fraudes éventuels.

Le contact direct et régulier avec les membres permet à l'association professionnelle de développer un système de micro-assurance santé qui prend en compte les besoins des membres. Le contrôle social et les frais de transactions moins élevés permettront de développer un système efficace avec un minimum d'abus.

SEWA – Inde

L'organisation «Self-Employed Women's Association» (SEWA – 1972) est un syndicat de femmes du secteur informel. A ses débuts, l'organisation a concentré ses activités dans le domaine de l'emploi et de l'appui aux activités génératrices de revenus. Elle a mis en place des crèches et a organisé des formations professionnelles. SEWA-Bank octroie depuis 1974 des microcrédits aux femmes.

Il y a une dizaine d'années SEWA a créé un système de protection pour ses adhérents. Les membres de SEWA sollicitaient un appui pour se couvrir contre les événements (décès, perte de biens de production, etc.) qui les poussaient dans la pauvreté. De plus, la banque constatait que parmi les causes de non-remboursement des crédits, les problèmes de santé de la femme entrepreneur ou d'un membre de sa famille étaient très fréquents.

Le système de protection sociale de SEWA comprend une assurance maladie, une assurance vie et une assurance contre la perte de l'habitat ou d'un bien de production essentiel. Le système couvre aujourd'hui près de 30 000 membres.

Une association professionnelle qui désire intervenir dans le domaine de la santé a différentes possibilités:

Fonction «intermédiation ou négociation»:

- I l'association professionnelle peut lancer des négociations avec les prestataires de services pour l'accès prioritaire de ses membres à des soins de santé et cela à des conditions avantageuses. Aussi peut-elle jouer un rôle d'intermédiaire pour les compagnies d'assurances de la place.

Fonction «offre de services»:

- I elle peut constituer et gérer un centre d'achats des médicaments voire un centre de services médicaux.

Fonction «prévoyance»:

- I elle peut, en collaboration avec les prestataires de services, lancer un système de prépaiement pour les services de santé réguliers. Les micro-entrepreneurs qui adhèrent au système ne paient plus les soins de santé mais signent une décharge contre laquelle le prestataire de services se fait rembourser par l'association professionnelle qui gère les contributions financières;
- I si le ou les prestataires de services ont développé leur propre système de prépaiement, l'association peut négocier des conditions de paiement plus intéressantes pour ses membres.

Fonction «assurance»:

- I elle peut mettre en place son propre système d'assurance au service de ses membres;
- I elle peut collaborer avec d'autres associations professionnelles pour créer ensemble une mutuelle de santé qui s'adressera à tous les membres.

Fonction «prévention des maladies et accidents de travail»:

- I elle peut organiser des sessions d'information et de formation pour les micro-entreprises sur l'amélioration des conditions de travail;
- I elle peut développer un système d'encouragement pour les entrepreneurs actifs dans ce domaine, par exemple une réduction de la prime pour les ouvriers apprentis.

Les initiatives qui ont été lancées par les associations professionnelles, dans le domaine de l'assurance santé sont encore peu nombreuses et relativement nouvelles. Ces initiatives se caractérisent par une recherche participative et innovatrice pour établir un système d'assurance santé répondant au mieux aux besoins de ce type d'entreprise et offrant les meilleures perspectives en termes de viabilité et de pérennité.

3.4 La définition d'une mutuelle de santé

Une mutuelle de santé est une association volontaire de personnes, à but non lucratif, dont la base de fonctionnement est la solidarité entre tous ses adhérents. Au moyen de la cotisation des adhérents, et sur la base de leurs décisions, la mutuelle organise des actions de prévoyance, d'entraide et de solidarité en vue d'assurer la prévention des risques liés à la maladie ainsi que la prise en charge de leurs conséquences et la promotion de la santé.

Une mutuelle de santé combine les deux principes fondamentaux de l'assurance et de la solidarité. Par cette solidarité, les adhérents d'une mutuelle de santé expriment leur volonté de prendre en main eux-mêmes leurs problèmes, en s'assistant mutuellement. La cotisation concrétise le principe d'entraide et de solidarité au sein de la mutuelle: chaque adhérent bien portant accepte que sa cotisation soit utilisée pour couvrir les dépenses des autres adhérents malades. Il s'agit d'un partage des risques entre les adhérents micro-entrepreneurs; aussi un individu ne peut bénéficier des prestations de sa mutuelle de santé s'il n'est pas à jour dans le versement de ses cotisations.

IV. Les services fournis par les mutuelles de santé

4.1 Les principes de base d'une mutuelle de santé

Les principes de base d'une mutuelle de santé ressemblent à ceux de beaucoup d'organisations, créées pour résoudre des problèmes communs d'un groupe de personnes qui habitent le même quartier, qui exercent la même profession, etc.

a) Solidarité entre les adhérents

Le principe de solidarité est véritablement le fondement de la mutualité, laquelle refuse les discriminations financières et une sélection des risques. Dans une mutuelle de santé, les modalités de fixation des cotisations — cotisation égale pour tous ou proportionnée aux moyens financiers des adhérents (par exemple en pourcentage du salaire) — ne dépendent pas du risque encouru par l'adhérent.

Par ailleurs, la solidarité est un concept dynamique: sa mise en œuvre, les moyens et les mécanismes pour la réaliser doivent évoluer avec la société dans laquelle la mutualité se développe. Elle s'exprime autant sur le plan financier que par un engagement bénévole, en faveur des plus démunis, des handicapés, des personnes âgées, etc.

b) Fonctionnement démocratique et participatif

La mutuelle, comme la plupart des associations professionnelles, est le fruit de la liberté d'association; chacun est libre d'adhérer à une mutuelle sans discrimination raciale, ethnique, sexuelle, religieuse, sociale ou politique. Tous les adhérents ont les mêmes droits et obligations. Ils ont, entre autres, le droit de participer, directement ou indirectement, aux différentes instances de décision.

Cette démocratie participative s'exprime à travers des structures qui garantissent aux adhérents la participation aux prises de décisions et la possibilité de contrôler le fonctionnement de l'organisation mutualiste.

c) Autonomie et liberté

Une mutuelle est une organisation libre qui, en conséquence, doit pouvoir prendre des décisions sans demander l'aval des autorités publiques. Cette souplesse dans l'action permet d'adapter les services offerts aux besoins qui évoluent. C'est ce droit à l'initiative qui permet la créativité dans la définition des objectifs et l'efficacité dans l'utilisation des moyens. Ce droit ne peut s'exercer sans la responsabilisation des adhérents de la mutuelle.

L'indépendance et l'autonomie signifient qu'il ne doit pas y avoir d'ingérence dans la gestion d'une mutuelle et dans le processus interne de prise de décisions, mais qu'elle obéit aux lois et règlements comme ceux régissant l'enregistrement, la comptabilité, l'audit, le contrôle, etc. Dans certains pays africains, un code de la mutualité existe déjà, comme au Mali par exemple, depuis fin 1995. Dans d'autres pays, les mutuelles sont enregistrées comme des associations ou encore comme des groupements coopératifs, faute d'une législation spécifique. Pour combler ce déficit, des projets de loi sont en préparation dans plusieurs pays.

Une mutuelle ne doit pas être autonome seulement par rapport à l'Etat, mais également vis-à-vis des partis politiques ou des groupes de pression.

d) Epanouissement de la personne

Le respect de la dignité humaine dans toutes ses dimensions est un autre principe de base de la mutualité. Reconnaisant l'originalité de chacun, la recherche de l'épanouissement personnel doit aboutir à une plus grande autonomie et responsabilité vis-à-vis de soi-même et des autres.

e) But non lucratif

Alors que les associations professionnelles développent souvent des activités économiques en faveur de leurs membres ou pour leur autofinancement, une organisation mutualiste ne peut poursuivre un but lucratif. Toute recherche de profit est incompatible avec sa nature et sa vocation de consacrer son action au service de ses adhérents. Cependant, cela ne veut pas dire que la couverture des coûts de fonctionnement ne soit pas un impératif absolu. Les considérations économiques et les principes de bonne gestion ne peuvent être négligés, car ils contribuent à la réalisation du bien-être collectif.

Un surplus des recettes sur les dépenses peut, une fois qu'une réserve raisonnable a été constituée, permettre d'améliorer les services existants, de répondre à d'autres besoins des adhérents ou, éventuellement, de réduire le montant des cotisations. Ces surplus ne devraient pas être redistribués aux adhérents, sous forme de dividendes ou de trop-perçus.

f) Responsabilité

La solidarité, la démocratie participative, l'autonomie et même l'épanouissement de la personne supposent toujours que la mutuelle et ses adhérents aient un comportement responsable. Finalement, tous les autres principes de la mutualité resteront lettre morte si la gestion d'une organisation mutualiste n'est pas rigoureuse, si les adhérents ne se comportent pas de manière responsable vis-à-vis de leur santé et de celle des autres, dans l'utilisation des ressources de la mutuelle ou dans les décisions qu'ils prennent.

g) Dynamique d'un mouvement social

De tout ce qui précède, il découle que les adhérents des mutuelles ne sont pas des «consommateurs» passifs mais des personnes engagées dans un processus de développement individuel et collectif. Ils sont membres d'un mouvement social, c'est-à-dire d'un groupe de personnes ayant pour but la défense du bien-être commun et des intérêts collectifs.

Une mutuelle de santé repose sur la dynamique locale d'entraide et de solidarité ainsi que de développement. C'est pourquoi les mutuelles de santé peuvent présenter une importante diversité en matière d'organisation et de fonctionnement. Elles œuvrent cependant toutes vers un même objectif et peuvent s'associer, au sein d'une région, d'un pays, etc., afin de renforcer la défense des intérêts des adhérents.

Les mutuelles de santé pourraient ainsi jouer un rôle important en matière de cogestion des formations sanitaires publiques, dans le cadre de l'Initiative de Bamako ⁷, et dans la définition de la politique sanitaire locale et nationale.

Enfin, une mutuelle peut faire partie d'un ensemble plus large, dont un syndicat, un mouvement féminin, un mouvement de jeunes ou de personnes âgées par exemple seraient les autres composantes. Elle a intérêt à collaborer avec d'autres organisations pour atteindre ses objectifs.

4.2 Nature des services offerts par une mutuelle de santé

La fonction d'une mutuelle de santé est de fournir un certain nombre de services de prévoyance, d'entraide et de solidarité à ses adhérents micro-entrepreneurs. C'est de l'intérêt que les adhérents accorderont à ces services que dépendra, en partie, la réussite ou l'échec de la mutuelle de santé. A cet égard, l'enregistrement de nouvelles adhésions ou, au contraire, la défection d'adhérents sera un indicateur significatif du fonctionnement de la mutuelle.

Une mutuelle naissante a intérêt à offrir au départ un nombre limité de services. Forte de son apprentissage et du dispositif de gestion qu'elle aura mis en place, elle pourra ensuite accroître, éventuellement, le nombre de services qu'elle propose. Chaque nouveau service d'une mutuelle de santé entraîne un avantage supplémentaire pour les adhérents mais aussi une augmentation de leur contribution. Dans un milieu de micro-entreprises où les revenus sont faibles et/ou irréguliers, une mutuelle de santé doit veiller à proposer des contributions adaptées durablement à la capacité contributive des adhérents.

Pour les mutuelles fondées par les associations professionnelles, la formation et l'information de leurs membres sur l'amélioration des conditions de travail et sur la prévention des accidents, constituent une tâche importante. La sensibilisation des micro-entrepreneurs sur le

⁷

Cet accord international indique, entre autres, que les utilisateurs des centres de santé paient une contribution financière pour les soins.

coût «invisible» des maladies (diminution de la productivité, perte de la capacité productive) devrait être également incluse dans le programme d'activité de ces mutuelles.

Exemples de services que peut offrir une mutuelle de santé

Assurance et intervention financière en matière de risques sociaux

- 4 Remboursement des dépenses de santé
- 4 Paiement d'indemnités / invalidité
- 4 Paiement de primes

Défense des intérêts des adhérents

- 4 Négociation sur la politique de santé
- 4 Négociation des conventions tarifaires avec les prestataires de soins
- 4 Défense des droits individuels des adhérents

Education à la santé et information des adhérents

- 4 Campagnes de prévention
- 4 Information sur la santé et les soins de santé
- 4 Information sur les droits et obligations des adhérents

Service d'entraide et de solidarité

- 4 Aides aux jeunes, vieux, malades, handicapés
- 4 Aides aux familles
- 4 Prêts de matériel médical
- 4 Garde d'enfants malades

Organisation des soins de santé

- 4 Soins à domicile
- 4 Centres de santé
- 4 Polycliniques
- 4 Cabinets dentaires
- 4 Hôpitaux
- 4 Pharmacies coopératives

4.3 Les types de soins qu'une mutuelle de santé peut couvrir

Une mutuelle pour les micro-entreprises doit chercher une formule qui prend en compte les besoins spécifiques des micro-entrepreneurs, par exemple, la couverture des accidents de travail. Elle peut constituer le seul système de couverture des dépenses de santé de ses bénéficiaires ou compléter la couverture offerte par d'autres mécanismes. Elle peut couvrir une ou plusieurs catégories de soins.

- a) Les soins de santé de base ou «petits risques»** Les soins de santé de base sont les soins courants, dispensés le plus souvent dans les centres de santé, premier point de contact de la population avec les systèmes de santé. Ils comportent:
- I les soins préventifs et l'éducation à la santé: les vaccinations, le suivi des nourrissons, la planification familiale, etc.;
 - I les soins curatifs: consultations, soins infirmiers, accouchements assistés.
- b) Les soins hospitaliers** Ces soins comprennent tant l'hébergement à l'hôpital que les actes médicaux, chirurgicaux, techniques et les médicaments consommés. Compte tenu du coût élevé des prestations liées à l'hospitalisation, on les range souvent sous la rubrique «gros risques».
- c) Les soins spécialisés** Les soins spécialisés comprennent les consultations des médecins spécialistes (gynécologue, pédiatre, chirurgien, dentiste, etc.) ainsi que les actes médicaux techniques telles que la radiologie et la biologie clinique qui sont effectués soit à l'occasion d'une hospitalisation soit lors d'une consultation externe (visite du patient).
- d) Les médicaments** En ce qui concerne les médicaments, il importe de déterminer la liste de ceux qui seront remboursés par la mutuelle. Etant donné la différence de prix entre les médicaments de marque (spécialités) et les médicaments essentiels et génériques, il est conseillé de ne rembourser que ces derniers lorsqu'ils sont disponibles ou les spécialités correspondantes sur la base du prix des génériques.
- e) Divers** Plusieurs mutuelles couvrent également d'autres dépenses tels que les frais de transport des malades. Une mutuelle d'une association professionnelle pourrait éventuellement envisager le paiement d'un revenu de base forfaitaire pour compenser la perte de revenu du chef de famille hospitalisé, bien que ce service nécessitera une contribution importante de la part des assurés.

4.4 La couverture partielle des dépenses de santé

Une mutuelle peut prendre en charge, intégralement ou en partie, les frais auxquels doivent faire face ses adhérents. Les principaux mécanismes utilisés pour attribuer aux adhérents une partie des dépenses de santé sont présentés ci-dessous.

- a) Le ticket modérateur** Le ticket modérateur représente la part des dépenses de santé qui n'est pas couverte par la mutuelle et reste donc à la charge de l'adhérent. Il est exprimé en pourcentage. On l'appelle ticket modérateur parce qu'il permet de souligner la valeur des soins de santé et de limiter la tendance à la surconsommation.

Exemple: la mutuelle prend en charge 80% du coût de la consultation, le ticket modérateur est donc de 20%. Pour une consultation de 2 000 francs CFA, la mutuelle remboursera 80% de 2 000 francs CFA soit 1 600 francs CFA alors que l'adhérent devra verser 400 francs CFA.

b) La franchise

Lorsqu'une mutuelle ne couvre que les montants supérieurs à une somme fixée à l'avance, cette somme est appelée franchise. La franchise est en général fixée en relation avec les services couverts.

Exemple: la mutuelle a fixé la franchise pour les hospitalisations à 5 000 francs CFA par jour. Un adhérent ayant une facture de 12 000 francs CFA sera remboursé à hauteur de 7 000 francs CFA. Si sa facture avait été de 4 000 francs CFA, il n'aurait pas été pris en charge par la mutuelle.

c) Le plafonnement des prises en charge

La mutuelle peut limiter sa prise en charge à un montant maximum pour un événement particulier. La part des frais supérieure à ce montant est à la charge de l'adhérent. Le plafonnement de la prise en charge permet de limiter les dépenses de la mutuelle et de la protéger de cas exceptionnellement coûteux qui pourraient entraîner la faillite de l'organisation.

Exemple: la mutuelle a fixé le plafond en matière d'hospitalisation à 30 000 francs CFA. Si un adhérent a une facture de 40 000 francs CFA, il ne sera remboursé qu'à hauteur de 30 000, les 10 000 francs CFA restant à sa charge.

4.5 Les modes d'octroi des prestations aux adhérents

Généralement, le coût des services de santé est partagé entre le patient et la mutuelle. Il s'établit alors une relation tripartite entre l'adhérent, la mutuelle et le prestataire de soins. Les principaux modes d'octroi sont décrits ci-après.

a) Le paiement des soins par l'adhérent

La mutuelle peut demander à ses adhérents de payer les frais afférents aux services rendus; elle le leur remboursera ensuite. Dans ce cas, l'adhérent paie, selon les modalités adoptées par le prestataire de soins (paiement à l'acte, par épisode de maladie ou par consultation) et en accord avec les tarifs convenus avec la mutuelle.

Pour le micro-entrepreneur, les inconvénients de cette forme de paiement sont: d'une part, l'obligation de disposer de la totalité de la somme nécessaire au paiement des soins et, d'autre part, d'avoir à effectuer des démarches supplémentaires pour se faire rembourser.

Pour la mutuelle de santé, l'avantage de ce système est qu'il limite la surconsommation, la tendance aux abus ou la facturation frauduleuse. L'inconvénient est un surcroît de gestion et donc des coûts administratifs plus importants.

b) Le paiement direct par la mutuelle

Dans la plupart des cas, l'adhérent ne paie que sa propre charge au prestataire. La mutuelle verse à ce dernier le complément, directement, sur présentation d'une facture. Ce système est appelé «tiers payant» parce que ce n'est pas l'adhérent qui paie, mais la mutuelle, considérée comme tierce partie. Ce système est souvent utilisé pour les «gros risques», impliquant des frais importants auxquels l'adhérent ne peut pas faire face (hospitalisation, chirurgie, etc.).

Le système du tiers payant est évidemment le plus avantageux pour le micro-entrepreneur: les problèmes de disponibilités financières, de démarches à entreprendre ou de long délai d'attente pour le remboursement des frais ne se posent pas. L'entrepreneur n'a donc pas besoin de préfinancer les grandes dépenses et peut en conséquence continuer son activité.

Le système peut être administrativement moins coûteux (regroupement des paiements par prestataire et non par patient), mais le contrôle de la réalité des soins donnés est plus difficile. De plus, les risques de surconsommation et d'escalade des coûts sont plus élevés.

V. L'organisation et le fonctionnement des mutuelles de santé

5.1 L'organisation d'une mutuelle de santé

La mutuelle de santé est le fruit de la liberté d'association et d'adhésion. Tous les adhérents ont les mêmes droits et devoirs. Ils ont, entre autres, le droit de participer, directement ou indirectement, aux différentes instances de décision. Cette vie démocratique de la mutuelle ne peut se réaliser que si les adhérents exercent leurs droits et prennent leurs responsabilités dans les différentes instances en pleine connaissance de cause. La mutuelle doit donc veiller à apporter aussi bien une formation adéquate que des informations fiables, complètes et compréhensibles par tous.

a) L'organisation interne d'une mutuelle de santé

L'organigramme classique d'une mutuelle de santé comprend les organes suivants:

- I une assemblée générale (AG);
- I un conseil d'administration (CA);
- I un comité exécutif (CE);
- I un comité de surveillance (CS).

Toutefois, chaque mutuelle doit veiller à adapter cet organigramme en fonction de ses particularités:

- I une mutuelle de petite taille peut, par exemple, regrouper le CA et le CE en un seul organe;
- I dans une mutuelle de grande taille, des mécanismes de représentation des différents groupes (géographiques, professionnels, etc.) sont à établir pour permettre la participation des adhérents sans que celle-ci ne devienne trop coûteuse ou paralysante pour l'activité.

L'assemblée générale

L'AG est l'organe de décisions le plus important de la mutuelle. Elle détermine sa politique générale. Ses décisions engagent tous les adhérents et tous les organes. Elle doit être convoquée au moins une fois par an pour approuver les comptes annuels et le budget.

En ce qui concerne les adaptations des cotisations, l'AG peut déléguer ses compétences, pour une période définie au CA. Cela permet de prendre rapidement des décisions si la situation financière le requiert (changement du prix des médicaments, inflation, etc.).

Le conseil d'administration

Le CA est l'organe chargé de la gestion de la mutuelle. Il exerce toutes les responsabilités qui ne sont pas confiées explicitement par la loi ou par les statuts à l'AG ou au CS. De manière concrète, le CA doit suivre en permanence la gestion de la mutuelle et faire face aux problèmes qu'elle rencontre. Il peut déléguer une partie de ses compétences au président ou à un ou plusieurs administrateurs. Le CA propose à l'AG les décisions d'admission et d'exclusion des membres. Une fois adoptées, ces propositions seront appliquées par le CA.

Les membres du CA sont tous des bénévoles qui acceptent de mettre leurs compétences et une partie de leur temps au service des autres.

En ce qui concerne le fonctionnement journalier et l'exécution concrète des décisions tant de l'AG que des siennes, le CA peut déléguer certaines compétences au CE.

Le comité exécutif

Le CE, mis en place par le CA, est responsable de l'exécution des décisions de l'AG et du CA.

Selon la taille et l'organisation de la mutuelle, deux situations peuvent se présenter:

- I premièrement, le CE peut être désigné au sein du CA. Il s'agit alors d'un CA restreint, permettant un fonctionnement souple et des décisions rapides. Il sera composé au moins du président, du secrétaire général et du trésorier;
- I deuxièmement, le CE peut être composé de personnel salarié auquel le CA confie la gestion quotidienne de la mutuelle. Un de ses membres, le directeur ou le gérant, participera aux CA pour y rendre compte de sa gestion. Le plus souvent, il siégera à titre consultatif et ne participera pas aux votes.

Le comité de surveillance

Le CS, élu et mandaté par l'AG, a pour mission de contrôler l'exécution des décisions prises par celle-ci, de proposer des améliorations et de garantir un fonctionnement efficient des organes de la mutuelle autres que l'AG.

b) La structuration des mutuelles de santé

La structuration de la mutuelle sera le reflet de la structuration de l'association professionnelle qui l'a créée. Selon sa dimension et sa zone d'activité, une mutuelle peut être structurée en plusieurs niveaux (ou échelons). Si l'association professionnelle a des divisions par quartier, il est intéressant d'organiser par quartier la représentation des membres dans la mutuelle.

Une mutuelle située au niveau d'un village ou d'un quartier aura son assemblée à laquelle tous les adhérents pourront participer afin de prendre effectivement part à la vie de l'association mutualiste. Cette assemblée, en raison de la proximité géographique de la résidence des membres, pourra se réunir plus régulièrement pour suivre le développement de la mutuelle.

Si l'organisation mutualiste s'étend sur tout ou partie d'un district couvrant plusieurs villes, villages ou quartiers, la mutuelle pourra être structurée en sections locales représentant différentes entités selon les cas: districts, villages, collines, quartiers, etc. Chacune de ces sections devra être représentée au sein des organes supérieurs de la mutuelle pour les prises de décisions importantes.

En ce qui concerne la collaboration entre différentes associations professionnelles pour la création d'une seule mutuelle, il faut signaler qu'une grande taille (mesurée en nombre d'adhérents) présente des avantages pour la mutuelle: répartition des risques sur un plus grand nombre d'individus, économies d'échelle au niveau administratif, etc. Cependant, elle peut comporter des dangers pour le fonctionnement démocratique interne si les adhérents des sections locales sont exclus des instances de décisions.

Une mutuelle peut entretenir des liens avec d'autres mutuelles dans le cadre d'une union régionale pour les services d'appui conseil et la création d'un fonds de garantie commun. Elle peut également faire partie d'une confédération de mutuelles de plusieurs pays.

5.2 L'adhésion à une mutuelle de santé

a) L'adhérent / le titulaire

Dans le cadre de l'assurance, une relation contractuelle lie chaque adhérent à sa mutuelle. La couverture des risques maladie constitue le principal droit de l'adhérent, garanti par la mutuelle. Mais pour en bénéficier, celui-ci doit s'acquitter de ses obligations envers la mutuelle:

- I il s'engage à respecter les principes de base de la mutuelle ainsi que ses règles de fonctionnement définies dans les statuts et le règlement intérieur;
- I il paie le droit d'adhésion ou la carte de membre;

- I il verse régulièrement sa cotisation selon la périodicité définie par la mutuelle (quotidienne, hebdomadaire, annuelle, etc.) et ce même s'il n'a pas encore bénéficié des prestations de cette dernière.

En principe, toute personne ayant l'âge minimum requis, déterminé selon les habitudes et les conditions du pays ou de la région, sans aucune discrimination d'état de santé, de sexe, de race, d'ethnie, de religion, de conception philosophique ou politique, peut adhérer à une mutuelle de santé. Pour les mutuelles des micro-entrepreneurs, les adhérents doivent répondre aux critères fixés par les associations professionnelles.

b) Les personnes à charge

L'adhérent micro-entrepreneur peut ouvrir le droit aux prestations de la mutuelle de santé à un certain nombre de personnes qui dépendent directement de lui et sont appelées «personnes à charge». Il s'agit:

- I du conjoint ⁸;
- I des enfants jusqu'à un certain âge (s'ils poursuivent des études, cette limite d'âge est souvent plus élevée);
- I d'orphelins recueillis officiellement (enfants sous tutelle);
- I des travailleurs et apprentis.

Généralement, les membres de la famille ne seront considérés comme personnes à charge que si elles sont effectivement dépendantes sur le plan financier du titulaire. Lorsque le conjoint ou un enfant travaille de manière indépendante ou devient salarié, et acquiert ainsi un revenu, il n'est plus à charge et doit s'inscrire comme titulaire.

La responsabilité que l'entrepreneur assume vis-à-vis de ses employés et apprentis dépend beaucoup du contexte culturel dans lequel il travaille et de la disponibilité de main-d'œuvre qualifiée. En ce qui concerne les dépenses de santé, dans beaucoup de cas, l'entrepreneur participe à la couverture des gros risques et des accidents de travail, alors que les dépenses régulières («petits risques») sont prises en charge par le travailleur.

Se pose aussi, presque toujours, l'épineux problème des ascendants. Leur affiliation, comme faisant partie de la famille du titulaire, doit être examinée avec soin car il s'agit de personnes âgées dont les besoins de soins sont normalement plus élevés que ceux de la moyenne de la population. Le plus souvent, on les considère comme une famille séparée, devant payer une cotisation à part.

Dans tous les cas, les modalités de prise en charge doivent être discutées en tenant compte des contextes locaux. Il faut analyser soigneusement l'incidence de chaque option sur la viabilité de la mutuelle de santé. Les abus seront freinés par le contrôle social exercé par les adhérents, qui, dans le cadre des associations professionnelles,

⁸ En cas de polygamie, on considère, le plus souvent, qu'il y a autant de familles que d'épouses. Pour chaque épouse, il y a donc paiement de cotisations comme pour un titulaire avec personnes à charge.

se connaissent souvent bien. Toutefois, ce contrôle s'amointrit lorsque la taille de la mutuelle s'accroît.

Dans la mesure du possible, les relations familiales déterminant la condition de personnes à charge devront être attestées par des documents officiels.

Les bénéficiaires des prestations d'une mutuelle de santé

Mutuelle de Foumké

La Mutuelle de Foumké prend en charge, en plus du titulaire:

- 4 son ou sa (ses) conjoint(es);
- 4 tous ses enfants et ceux officiellement sous sa tutelle;
- 4 son père et sa mère.

Cependant, à chaque consultation, chacune de ces personnes paie un ticket modérateur de 300 francs CFA, excepté les enfants de moins de 10 ans.

Mutuelle de Niédougou

Dans la Mutuelle de Niédougou, les personnes à charge sont les descendants de l'adhérent et de son (ses) conjoint(es). La cotisation est composée de parts correspondant:

- 4 à l'adhérent titulaire;
- 4 à son (ses) conjoint(es);
- 4 à chaque enfant jusqu'à trois au maximum (les autres enfants sont pris en charge gratuitement).

Mutuelle de Bellange

L'adhésion est familiale: une seule personne paie la cotisation pour toute la famille.

La Mutuelle de Bellange prend en charge, en plus de l'adhérent:

- 4 son (ou sa) conjoint(e);
- 4 tous les enfants scolarisés jusqu'au niveau supérieur;
- 4 le père et la mère du titulaire;
- 4 le père et la mère du conjoint.

c) Les catégories de personnes dont l'affiliation pose des difficultés

L'adhésion n'est en principe pas conditionnée par l'état de santé des individus. Cependant, l'affiliation de certaines personnes peut poser des problèmes financiers à la mutuelle. Il s'agit de «cas lourds» qui augmentent les dépenses liées à la prise en charge des bénéficiaires: les personnes âgées et les malades chroniques (diabétiques, hypertendus, déficients cardiaques, porteurs du virus du sida, etc.).

La prise en charge des personnes âgées

Une question très délicate est celle relative à la fixation éventuelle d'une limite d'âge pour une première affiliation à la mutuelle. En vertu du principe de solidarité, la cotisation ne devrait jamais être fonction de l'âge de l'adhérent ni de son état de santé. Toutefois, il arrive que certaines mutuelles demandent une cotisation supérieure aux adhérents ayant dépassé un certain âge et s'affiliant pour la première fois. Elles considèrent que cette dérogation est justifiée par le fait que la personne n'a pas fait preuve de solidarité en ne s'affiliant pas plus tôt lorsque sa santé était meilleure (et donc son besoin de recourir à la mutuelle moindre).

La prise en charge des maladies chroniques

Les maladies nécessitant plusieurs mois, voire des années de traitement (cas de la lèpre ou de la tuberculose) ou les affections exigeant des traitements répétitifs, longs et coûteux (drépanocytose, diabète, sida, etc.) constituent un risque majeur pour les adhérents d'une mutuelle et pour les personnes à leur charge.

Dans certains pays, les soins relatifs à des maladies comme la tuberculose, la lèpre ou le sida sont pris en charge par des programmes spéciaux de l'Etat ou par des bailleurs de fonds externes (organisations internationales), et ne posent pas de gros problèmes au sein d'une mutuelle de santé.

Pour les pays où il n'existe aucune prise en charge de ces maladies, la mutuelle peut intervenir dans la mesure de ses possibilités. Etant donné les coûts très élevés de prise en charge de ces malades chroniques ou incurables, la mutuelle devra trouver un équilibre entre son souci d'aider les adhérents les plus nécessiteux, et l'impératif de viabilité financière pour assurer la survie de l'organisation.

Plusieurs formes de prise en charge peuvent être envisagées:

- I paiement des médicaments uniquement;
- I intervention plafonnée par bénéficiaire (mensuellement ou annuellement);
- I prise en charge des hospitalisations uniquement en phase aiguë;
- I forfait annuel par type de maladie;
- I création de fonds d'intervention distincts de la caisse principale (exemple: fonds de solidarité sida) où les interventions sont limitées aux montants disponibles.

d) Les modalités d'adhésion à une mutuelle de santé

L'adhésion d'une nouvelle personne à une mutuelle de santé se déroule généralement en plusieurs étapes:

1. Demande d'adhésion

Une demande d'adhésion doit être faite par écrit, généralement en remplissant un formulaire contenant les informations de base sur le titulaire et les personnes à charge. Dans cette demande, le nouvel adhérent s'engage à respecter les statuts et le règlement intérieur de la mutuelle.

2. Paiement du droit d'adhésion et de la cotisation

Lorsque l'adhésion est acceptée, l'adhérent paie un droit d'adhésion et la cotisation pour la période correspondante. Le droit d'adhésion peut être éventuellement remplacé par la vente de la carte d'adhérent.

3. Inscription dans le registre des adhérents

Le nouveau titulaire est inscrit dans le registre des adhérents et reçoit sa carte qui indique la période à partir de laquelle il a droit aux prestations.

4. Information de l'adhérent sur les statuts et le règlement intérieur

L'inscription est un moment privilégié pour une information sur les règles d'organisation et de fonctionnement de la mutuelle, les droits et obligations des adhérents. Certaines mutuelles distribuent à leurs adhérents un exemplaire, éventuellement résumé, des statuts et du règlement intérieur.

5. Période d'observation

Le nouvel adhérent devra respecter la période d'observation mise en place par la mutuelle avant de pouvoir bénéficier des prestations. La période d'observation correspond à une phase durant laquelle le nouvel adhérent paie ses cotisations mais n'a cependant pas droit aux prestations de la mutuelle.

Son objectif est d'éviter que les gens ne s'affilient que lorsqu'ils sont malades et de permettre à la mutuelle de constituer des réserves financières pour sécuriser la prise en charge des dépenses de soins de ses bénéficiaires.

5.3 Les risques majeurs liés à l'assurance santé

Les risques majeurs auxquels s'expose toute mutuelle soucieuse de proposer ses services à l'ensemble de la population, sans discrimination, et pour lesquels il convient de prendre certaines mesures préventives, sont décrits ci-dessous:

a) Le risque de la sélection adverse

Il y a sélection adverse, lorsque les personnes courant un risque plus élevé que la moyenne s'affilient à un système d'assurance dans une proportion supérieure à celle qu'elles représentent dans la population en général. Cette situation peut compromettre la viabilité financière du système par un niveau de dépenses trop élevé par adhérent.

b) Le risque moral

Le risque moral est la situation souvent observée où des adhérents ou des personnes à leur charge tendent à consommer abusivement ou plus que d'ordinaire, les services proposés à partir du moment où ils sont assurés. Le fait que la cotisation soit indépendante du montant des dépenses prises en charge incite les bénéficiaires à consommer un maximum de soins pour «rentabiliser» leurs cotisations.

Pour réduire ce risque, les mesures suivantes peuvent être prises:

- I instauration d'une participation aux frais (ticket modérateur) à charge des adhérents ou d'une franchise;
- I instauration d'un système de référence obligatoire avant d'avoir accès aux soins d'un échelon supérieur, souvent plus coûteux. On peut exiger, par exemple, des bénéficiaires qu'ils ne se présentent à l'hôpital qu'après avoir consulté un médecin généraliste dans un centre de santé, et sur recommandation de ce dernier.

c) Le risque de la surprescription

Les prestataires de soins peuvent provoquer une augmentation brutale des coûts de santé en prescrivant des soins inutiles sans opposition de la part du patient du seul fait qu'il se sait assuré.

Les mesures suivantes peuvent contribuer à minimiser ce risque:

- I rémunération sur la base d'un forfait par personne ou par épisode de maladie;
- I standardisation des schémas de traitements et contrôle de leur respect par le médecin-conseil de la mutuelle;
- I obligation pour les prestataires de prescrire des médicaments essentiels génériques ou limitation du remboursement de certains médicaments inscrits sur une liste établie par la mutuelle;
- I instauration de plafonds dans la couverture des soins de santé (par exemple, la mutuelle peut décider de ne couvrir qu'un nombre limité de jours d'hospitalisation, le reste étant à la charge de l'adhérent);
- I instauration de jours de carence ou d'une franchise en cas d'hospitalisation (par exemple le premier jour d'hospitalisation à la charge du patient pour éviter des hospitalisations non indispensables);
- I obligation pour les adhérents et les personnes à leur charge de respecter les schémas de vaccination disponibles afin de limiter les risques d'épidémies.

d) Les fraudes et les abus

Une mutuelle de santé est exposée aux risques de fraudes et abus par ses adhérents, surtout lorsqu'elle est de taille importante. Les fraudes et abus résultent souvent de la pression qui peut s'exercer sur un adhérent de la part de sa famille, de son cercle d'amis ou de son voisinage.

Il peut se produire par exemple qu'un adhérent opère une sélection au sein de sa famille en ne cotisant pas pour tous ses enfants. Lorsque l'un de ceux qui ne sont pas couverts tombe malade, la tentation sera alors grande de le faire passer pour l'un de ceux inscrits sur la carte d'adhérent.

Pour contourner ce risque, les mesures suivantes peuvent être appliquées:

- I assurer un contrôle avant le recours aux soins: le malade se présente devant les responsables de sa mutuelle, qui lui délivreront une lettre de garantie, avant de recourir aux soins;
- I assurer un contrôle après le recours aux soins: les responsables de la mutuelle vérifient que les personnes, pour lesquelles les prestataires de soins facturent des soins, sont réellement tombées malade durant la période concernée. La fraude n'est pas évitée, mais elle peut être repérée et sanctionnée;
- I mettre une photo d'identité de l'adhérent et de ses personnes à charge sur la carte d'adhérent. Cette solution s'avère cependant souvent onéreuse et peut freiner les adhésions.

e) L'occurrence de cas «catastrophiques»

Ce risque concerne les mutuelles qui couvrent les gros risques, sans plafonnement des prises en charge. Il intervient essentiellement lorsqu'une mutuelle débute ses activités: si une dépense de santé exceptionnellement élevée survient à ce moment, la mutuelle sera très rapidement en situation de crise financière.

La première réponse à ce risque est la constitution de réserves financières importantes.

L'accès à un fonds de garantie ou la possibilité de se réassurer constituent une protection supplémentaire et efficace. La collaboration entre différentes mutuelles est intéressante dans ce domaine notamment pour couvrir les dépenses de santé qui dépassent la capacité financière de chaque mutuelle. On peut également demander à des bailleurs de fonds de participer à ce fonds de garantie.

5.4 La gestion d'une mutuelle de santé

L'«objectif social» de la mutuelle de santé ne la soustrait en rien aux exigences d'efficacité pesant sur toute organisation gérant une offre de services. De plus, il faut noter que l'assurance santé est un instrument financier complexe d'une gestion délicate. Une gestion rigoureuse et efficace est importante à deux titres:

I **La confiance**

Une bonne gestion favorise la confiance des adhérents. Cela est particulièrement important dans les mutuelles où les adhérents sont tenus de verser régulièrement des cotisations sans en retirer un bénéfice immédiat. En effet, les adhérents ne bénéficient des prestations de la mutuelle que lors de la survenue d'un risque, c'est-à-dire souvent plusieurs mois après le versement de leurs premières cotisations. Ils doivent avoir la certitude que la mutuelle sera en mesure de les aider lorsqu'ils seront dans le besoin.

Une gestion efficace favorise également la confiance des prestataires de soins envers la mutuelle. Ceux-ci doivent en effet être certains que la mutuelle sera constamment en mesure de rembourser les factures correspondantes aux soins prodigués aux bénéficiaires.

I **La viabilité du système**

Une mutuelle de santé gère un système d'assurance contre le risque maladie. Il s'agit d'un outil financier dont la gestion est relativement complexe: la notion de risque comporte par définition une part d'incertitude et ce, d'autant que la couverture de ces risques entraîne souvent une modification des comportements des adhérents et des prestataires de soins (sélection adverse, risque moral, surprescription, etc.). Une mutuelle de santé doit donc se doter de mécanismes de prévision et de contrôle, d'outils de gestion comptable et financière et d'un suivi à la fois rigoureux et efficace pour faire face à toute éventualité et être en mesure de remplir les engagements vis-à-vis des adhérents et des prestataires de soins.

La gestion d'une mutuelle de santé doit être bien préparée avant le démarrage de ses activités. L'expérience des mutuelles de santé existantes montre que, lorsque les mécanismes de gestion sont mal préparés, la mutuelle a de fortes chances de connaître des dysfonctionnements importants qui l'obligeront, durant ses premiers exercices, à revoir ses modalités d'organisation et de fonctionnement. Très souvent, il en résulte une perte irréversible de crédibilité vis-à-vis des adhérents potentiels et des prestataires de soins.

a) La gestion des ressources humaines

Dans le cadre d'une mutuelle de santé, les ressources humaines nécessaires varient en fonction de la taille de l'organisation et du montant des cotisations pouvant être demandées aux adhérents.

Le fonctionnement d'une mutuelle comptant peu d'adhérents reposera principalement sur le bénévolat, même si les fonctions administratives et de gestion sont souvent exigeantes et contraignantes. La mutuelle devra motiver des volontaires, répartir les tâches et les responsabilités et mettre en place des procédures administratives et financières simples.

V. L'ORGANISATION ET LE FONCTIONNEMENT DES MUTUELLES DE SANTÉ

Dans des mutuelles d'une taille plus importante, une part substantielle des activités pourra être confiée à du personnel salarié ou au CE. Des procédures rigoureuses de recrutement, de contractualisation, de gestion et d'évaluation du personnel devront être mises en œuvre dans ce cas de figure.

b) La gestion des ressources matérielles

Contrairement à une entreprise de production qui doit s'équiper en machines et outillages, une mutuelle a besoin d'un minimum d'équipement pour fonctionner. Etant une «entreprise de services», elle gère essentiellement des flux financiers et des flux d'informations. Il est vital en ce domaine qu'elle dispose des moyens adéquats.

Ces moyens seront, en fonction des activités, de la taille et des moyens financiers de la mutuelle:

- I des locaux de permanence ou de secrétariat;
- I du matériel informatique (éventuellement);
- I du matériel roulant (voitures, motos, bicyclettes);
- I du mobilier de bureau (bureau, chaises, coffre-fort, etc.);
- I des fournitures de bureau (classeurs, papiers, crayons).

c) La gestion des ressources financières

Pour garantir sa fonctionnalité et sa viabilité financière, une mutuelle de santé doit se doter d'outils de gestion et répartir entre ses organes les différentes fonctions qui sont principalement:

La gestion des adhésions et des prestations

La gestion des adhésions et des prestations englobe les tâches liées à l'enregistrement et au suivi des adhésions, à la collecte des cotisations et à leur enregistrement, au suivi et au versement des prestations. Ces tâches sont particulièrement importantes car les cotisations et les prestations constituent respectivement les principales recettes et dépenses d'une mutuelle de santé. Celle-ci peut, par exemple, perdre beaucoup de ses recettes si elle ne dispose pas de supports et de mécanismes efficaces de recouvrement des cotisations.

Les outils de gestion des adhésions et des prestations permettent également de disposer de toutes les informations nécessaires au suivi et à l'analyse des performances de la mutuelle. Cette analyse s'avère, en effet, impossible si la mutuelle ne connaît pas exactement le nombre de ses bénéficiaires, la quantité de prestations octroyées et leur répartition entre les différents types de soins couverts et les différents prestataires de service.

Les outils de gestion des adhésions et des prestations:

- 4 la carte d'adhérent;
- 4 le registre des adhérents et des bénéficiaires;
- 4 la lettre de garantie;
- 4 l'attestation de soins;
- 4 la facture du prestataire de soins;
- 4 une fiche de suivi par prestataire de services.

La gestion comptable

La gestion comptable a pour but d'enregistrer les différentes opérations de la mutuelle, sous la forme d'entrées et de sorties de ressources, de les classer et de les traiter. Elle suit les différentes phases de réalisation des activités de la mutuelle sur une période donnée (généralement un an) appelée exercice (démarrage, exploitation et clôture).

La gestion comptable repose sur des méthodes et documents communs à toutes les organisations qui sont réglementées par la législation. Le dispositif comptable peut cependant être adapté à la taille, aux activités et autres particularités de chaque mutuelle de santé.

Les outils de gestion comptable:

- 4 le livre de caisse;
- 4 le livre de banque;
- 4 le journal - le grand-livre;
- 4 les pièces justificatives;
- 4 le compte de résultat;
- 4 le bilan.

La gestion financière

La gestion financière a pour objectif d'assurer la viabilité financière de la mutuelle sur le long terme. Elle est consacrée à la prévision et à la maîtrise des dépenses et recettes de la mutuelle, à l'analyse de la situation financière, à la gestion des placements financiers, etc.

La gestion des disponibilités financières est un élément important pour la viabilité de la mutuelle. La mutuelle peut faire un accord avec une institution financière pour le dépôt à terme de fonds.

Les outils de gestion financière:

- 4 le compte de résultat et le bilan;
- 4 le budget;
- 4 le plan de trésorerie;
- 4 les ratios financiers.

Le suivi

La mise en place d'un système de suivi est très importante. Ce système doit permettre de suivre les adhésions, les prestataires de services, l'évolution des prestations remboursées (par exemple les fluctuations dans l'année), le coût moyen des prestations, les ratios financiers, etc. Le suivi doit permettre de déceler rapidement les problèmes ou évolutions importantes de manière à ce que le CA puisse prendre les décisions et mesures qui s'imposent en temps utile.

5.5 Les perspectives de durabilité et de viabilité d'une mutuelle de santé

Une mutuelle de santé doit être bien gérée: elle doit réduire ses frais de fonctionnement, assurer la collecte des cotisations et bien suivre les dépenses en matière de santé. Elle doit au maximum adapter les soins couverts à la capacité de contribution de son groupe cible. La mutuelle doit disposer autant que possible d'un personnel compétent et honnête et ses organes de décision doivent suivre de près son fonctionnement.

VI. La mise en place d'une mutuelle de santé par une association professionnelle

6.1 Les différentes étapes

La création d'une mutuelle de santé est bien souvent un processus lent qui passe par plusieurs étapes et se heurte à de nombreuses difficultés dont, notamment, l'insuffisance des informations sanitaires et financières disponibles.

Cette phase de mise en place de la mutuelle est déterminante. Toute erreur dans le choix des activités, dans la définition de l'organisation ou encore dans le calcul des cotisations affectera la viabilité de la mutuelle.

La mise en place de la mutuelle sera suivie par une phase de croissance, qui s'étendra jusqu'à l'atteinte du seuil d'équilibre. Cette seconde phase est elle-même longue; elle s'étend généralement sur deux ou trois ans. Elle permet d'affiner les hypothèses retenues durant la mise en place, grâce à l'expérience acquise au cours des premières années de fonctionnement.

La phase de croissance de la mutuelle sera d'autant plus rapide et harmonieuse que la mise en place aura été réalisée avec tous les soins et la rigueur requis.

Le processus de mise en place se déroule en plusieurs étapes:

- I **Étape 1:** prise de conscience par les micro-entrepreneurs – c'est-à-dire les adhérents potentiels – des difficultés et des besoins partagés en matière de santé et décision de mettre en place une solution commune: la mutuelle de santé. Cette étape comporte différentes phases:
 - ▶ sensibilisation et animation en direction de la population cible;
 - ▶ vérification que les conditions préalables à la mise en place d'une mutuelle de santé sont réunies;
 - ▶ constitution d'un groupe de travail.
- I **Étape 2:** étude du contexte afin de disposer de l'ensemble des informations nécessaires pour déterminer les caractéristiques de la future mutuelle.

- I **Etape 3:** définition de la formule mutualiste la plus adaptée portant sur les services offerts, l'organisation et le fonctionnement de la mutuelle. C'est le moment de procéder:
 - ▶ aux choix des risques à couvrir et des prestations à offrir;
 - ▶ aux choix des prestataires de soins et à la négociation des conditions d'octroi des services;
 - ▶ à la définition de l'organisation interne;
 - ▶ à la définition des modalités de fonctionnement;
 - ▶ à l'établissement du budget.
- I **Etape 4:** constitution de la mutuelle et démarrage des activités:
 - ▶ préparation et tenue de l'assemblée générale constitutive (AGC);
 - ▶ démarrage des activités.

L'association professionnelle qui désire créer une mutuelle de santé peut organiser une enquête auprès de ses membres pour connaître leurs dépenses en matière de santé, leur opinion sur les différents prestataires de services, et leur disponibilité à payer une contribution pour l'assurance santé. Pour les grandes associations professionnelles, la mobilisation des différentes divisions et sections est également importante avant de lancer l'initiative.

La formule mutualiste qui sera retenue, en particulier son organisation interne, sera influencée par les forces et faiblesses de l'association professionnelle, son expérience dans la gestion et ses ressources humaines et financières. Le choix des prestataires de services sera influencé par l'expérience des membres en matière de santé et l'emplacement de leurs activités économiques. Il faut également analyser dans quelle mesure la création de la mutuelle de santé peut être un élément d'attrait pour les micro-entrepreneurs qui ne sont pas encore membres de l'association professionnelle.

6.2 La sensibilisation et l'animation

La première étape du processus de mise en place d'une mutuelle de santé repose sur l'organisation de séances de sensibilisation et d'animation avec, notamment:

- I les associations locales: une attention particulière doit être accordée aux groupements d'entraide (associations féminines, tontines et autres groupements ayant une caisse d'entraide);
- I les autorités locales: traditionnelles, administratives et religieuses.

L'objectif est d'engager la population cible dans un processus de réflexion basé sur l'observation et sur l'analyse des besoins en matière de santé tels qu'ils sont exprimés par les intéressés eux-mêmes.

La sensibilisation et l'animation sont continues et interviennent durant toutes les étapes de mise en place de la mutuelle. Elles jouent un rôle important lors de la troisième étape où la population cible devra participer activement au choix des prestations et des cotisations correspondantes.

6.3 La vérification des conditions préalables

Une mutuelle de santé n'est pas toujours le système de prévoyance le mieux adapté à un contexte donné. Une première activité consiste à vérifier l'existence d'un certain nombre de conditions nécessaires à la création d'une mutuelle.

a) Des liens de solidarité doivent exister entre les futurs adhérents

La solidarité est un facteur indispensable à tout regroupement d'entraide. Elle est la base fondamentale de la mutualité. Les liens de solidarité nécessaires à la mise en place d'une mutuelle de santé peuvent découler de plusieurs situations: habitants d'un même village ou quartier, micro-entreprises de même taille ou travaillant dans le même secteur, travailleurs d'une même entreprise, membres d'un mouvement social, etc.

b) Les adhérents potentiels doivent éprouver des difficultés financières pour accéder aux soins de santé

La future mutuelle de santé apportera, principalement, une solution aux problèmes financiers d'accès aux soins de santé. Cette difficulté constitue le premier élément pouvant justifier la création d'une mutuelle.

Pour que la population visée éprouve un véritable intérêt pour la mutuelle, il est nécessaire non seulement que celle-ci réponde à un besoin réel mais aussi que ce besoin soit considéré comme prioritaire ou pour le moins important. Puisque cette condition n'est pas toujours remplie au début du projet, il faut aider la population cible à clarifier et à exprimer ses besoins sans en susciter de manière artificielle.

c) La population cible doit avoir confiance dans les initiateurs du projet

Les micro-entrepreneurs susceptibles d'adhérer à la future mutuelle doivent faire confiance à leur association professionnelle, initiateur du projet. En effet, ils vont confier leurs cotisations à cette organisation. De ce fait, les antécédents relatifs aux relations entre les micro-entrepreneurs et leur association professionnelle constitueront des éléments importants pour apprécier les possibilités de création d'une mutuelle.

La confiance des membres sera aussi conditionnée par les succès ou les échecs qu'elle aura connus dans le même domaine ou dans des expériences similaires (coopératives de services, caisses d'épargne et de crédit, etc.). Ces dernières devront donc être analysées pour juger de la faisabilité du projet de création de la mutuelle et définir la démarche à adopter.

L'attitude des autorités locales (officielles, traditionnelles, etc.) vis-à-vis du projet sera également importante. L'association professionnelle aura donc intérêt à prendre rapidement contact avec elles. Toutefois, une attitude positive de leur part ne constitue pas une condition indispensable au démarrage et au développement de la mutuelle.

d) Des services de santé de qualité doivent être disponibles

La mutuelle doit pouvoir compter sur une offre de services de santé permettant de faire face aux principaux besoins de ses bénéficiaires. Ces services peuvent être fournis par des centres de santé, des hôpitaux ou par des professionnels de la santé du secteur privé opérant individuellement ou sous forme d'entreprises privées (médecins, physiothérapeutes, infirmiers, etc.).

Ces formations médicales ne doivent pas être trop éloignées du lieu de résidence et de travail des micro-entrepreneurs et doivent être de qualité. Ce doit être avant tout pour des raisons d'ordre financier (capacité insuffisante à payer les soins) que les micro-entrepreneurs ont un accès limité aux soins de santé.

Cependant, il se pourrait que certains prestataires de services ne soient pas bien appréciés des populations parce qu'ils sont, par exemple, régulièrement confrontés à des pénuries de médicaments ou parce que l'accueil n'y est pas toujours convenable (souvent en relation avec le niveau des salaires du personnel, l'état des équipements, etc.). Il faudra alors voir si la mutuelle peut apporter une réponse à ces déficiences (meilleure disponibilité financière permettant d'avoir un stock de médicaments, hausse de la rémunération du personnel afin qu'il soit plus motivé, etc.).

La mutuelle ne créera ses propres centres de santé ou hôpitaux que s'il n'existe pas de prestataires de soins à proximité qui fournissent des services de qualité (éventuellement avec l'aide de la mutuelle). Si ces services existent mais sont d'un coût trop élevé, la création de formations médicales rattachées à la mutuelle peut, également, être envisagée. Dans ce cas, il faut analyser pourquoi ce coût est élevé et s'assurer que la mutuelle peut le réduire sans affecter la qualité des soins offerts.

Les formations médicales créées sur l'initiative de la mutuelle de l'association professionnelle devront avoir une personnalité juridique distincte de celle-ci. En outre, il importe de bien connaître et distinguer les résultats financiers de chacune des structures, de séparer leur gestion et de ne pas confondre les responsabilités de chacune des directions.

e) Une dynamique de développement socio-économique est engagée

L'existence d'une dynamique de développement économique facilite, surtout dans les régions rurales, l'introduction d'un financement mutualiste des services de santé. Les activités économiques rentables procurent aux populations des ressources financières qui faciliteront le paiement des cotisations.

6.4 L'étude du contexte

Pour toute organisation qui veut créer une mutuelle, il importe de bien connaître le contexte dans lequel elle va œuvrer en disposant d'informations sur les aspects démographiques, socio-économiques, sanitaires, financiers et juridiques. Ces données sont nécessaires pour apprécier la faisabilité globale du projet, plus particulièrement pour déterminer les besoins concrets de la population, réaliser les projections financières et définir les prestations à couvrir.

Il faut se limiter strictement à la recherche des informations pratiques et utiles pour la mise en place d'une mutuelle de santé. Dans de nombreux cas, l'expérience montre que cette précaution n'est pas prise en compte. Beaucoup d'informations sont accumulées sans être utilisées (informations inutiles, surabondantes ou inexploitable).

Avant d'entreprendre tout travail d'enquête, il convient également de contacter différentes institutions — administration, institutions universitaires, autorités locales, centres de documentation — pour recueillir les informations déjà disponibles.

6.5 Le choix de la formule mutualiste la mieux adaptée

L'étude du contexte a pour objectif de réunir toutes les informations nécessaires pour définir les activités, l'organisation et le fonctionnement de la mutuelle de santé. Il s'agit ensuite d'analyser ces informations afin d'identifier la formule mutualiste la mieux adaptée aux besoins mais aussi au contexte et aux habitudes locales.

Pour ce travail d'analyse, un groupe peut être créé au sein de l'association professionnelle avec l'appui éventuel d'intervenants extérieurs. Il faut partager régulièrement cette analyse avec les micro-entrepreneurs, par le biais de réunions d'animation, afin:

- I de recueillir les opinions de l'ensemble des bénéficiaires potentiels;
- I d'avoir une meilleure connaissance de la perception que les micro-entrepreneurs ont de leur situation sanitaire, de leurs difficultés, etc.;
- I d'impliquer directement les futurs adhérents dans la préparation des choix qui découleront de cette analyse. Cette implication facilitera la prise de décisions lors de l'AGC;
- I de s'informer sur les réussites et échecs des autres mutuelles de santé dans la région.

Etude du contexte: les informations à recueillir

Les aspects démographiques:

- 4 l'effectif et la croissance de la population cible;
- 4 la répartition de la population de la zone par tranches d'âge et par sexe;
- 4 la taille moyenne et la composition des familles (hommes, femmes, enfants, autres personnes à charge);
- 4 la dynamique des mouvements migratoires.

L'offre de soins:

- 4 le nombre et la répartition des prestataires de soins;
- 4 la nature des services de santé (consultation, maternité, hospitalisations, etc.);
- 4 la qualité des soins;
- 4 l'effectif et les qualifications du personnel de santé;
- 4 la perception des prestataires par la population;
- 4 les distances entre les prestataires de soins et la population cible;
- 4 les circuits de distribution des médicaments, la disponibilité en médicaments essentiels et génériques.

Les formes de solidarité et d'organisation de la population:

- 4 les formes d'organisation actuelles et passées de la population (communautés de base, comités de quartier, coopératives, associations, tontines, etc.);
- 4 l'organisation et le fonctionnement des associations d'entraide locales: organes, modalités de collecte des cotisations, difficultés, etc.;
- 4 les pratiques d'entraide et de solidarité déjà existantes en matière de santé.

Les revenus des familles et les dépenses de santé:

- 4 les activités économiques de la population;
- 4 la nature des productions agricoles, la part commercialisée et autoconsommée;
- 4 le niveau des revenus, leur répartition et l'évolution du pouvoir d'achat;
- 4 le budget familial annuel et la part de ce budget consacrée à la santé.

Le tissu économique:

- 4 le nombre de micro-entreprises;
- 4 la rentabilité de ces entreprises (survie, croissance, etc.);
- 4 les associations de micro-entreprises.

La situation sanitaire et les besoins en matière de santé:

- 4 les besoins prioritaires en matière de santé;
- 4 les taux de fréquentation des services de santé;
- 4 les affections courantes;
- 4 les taux de morbidité, de mortalité, la malnutrition, etc.;

Le financement des soins:

- 4 les modalités de financement des frais de santé;
- 4 le coût des soins;
- 4 les initiatives en matière de financement de la santé.

Le cadre juridique et institutionnel:

- 4 les textes permettant de donner une personnalité juridique à la mutuelle;
- 4 les textes concernant la politique de santé: organisation des services de santé, prévention, etc.;
- 4 les textes relatifs à la politique des médicaments (y compris les lois et règlements fixant les prix).

Les autres éléments:

- 4 identification des moyens matériels (locaux, etc.), humains (compétences locales, etc.), et autres (institutions bancaires, fournisseurs de biens et de services, etc.).

Les choix à réaliser avant que la mutuelle ne démarre ses activités portent sur:

- I la couverture géographique: quartier, village, région, etc.;
- I le groupe cible: seulement les micro-entrepreneurs (hommes et femmes) membres de l'association professionnelle ou toute la population;
- I les risques à couvrir, les prestations et les cotisations correspondantes;
- I les prestataires de soins avec qui la mutuelle établira une convention;
- I l'organisation interne de la mutuelle de santé;
- I les modalités pratiques de fonctionnement de la mutuelle.

Au cours de cette étape de formulation sont également élaborés un programme d'action et un budget prévisionnel, lequel traduit en termes financiers l'ensemble des choix réalisés.

Le choix des soins qui seront couverts et le calcul des cotisations constituent deux points très importants de cette étape de définition de la formule mutualiste et méritent une attention particulière.

**a) Le choix
des soins couverts
par la mutuelle
de santé**

Une mutuelle de santé n'annule pas le coût des soins. Elle en modifie les modes de prise en charge grâce à un système de prévoyance et de mutualisation des risques.

En d'autres termes, la cotisation demandée aux adhérents doit correspondre aux coûts des soins qui seront couverts par la mutuelle. Par conséquent, une couverture de tous les types de soins et services de santé s'avère peu réaliste car elle demanderait une cotisation trop élevée, donc inaccessible aux adhérents qui ont les revenus les plus faibles. Il est donc nécessaire de sélectionner, avec l'ensemble des adhérents potentiels, les soins qui seront couverts par la mutuelle. Ce choix conditionnera la viabilité de la mutuelle.

Pour mieux saisir l'incidence de ce choix, il faut également s'arrêter sur les raisons qui motivent le micro-entrepreneur, homme ou femme, à adhérer à une mutuelle de santé. Plusieurs motifs peuvent l'inciter à verser une cotisation:

- I protéger les membres de sa famille et lui-même contre certains risques (motivation individuelle);
- I tenir ses engagements vis-à-vis des travailleurs et apprentis en cas d'accidents de travail ou de maladies graves;
- I éviter à l'entreprise des pertes pour cause de maladie;
- I participer à un mouvement d'entraide et de solidarité qui assure une protection collective (motivation collective).

Ces différentes motivations sont étroitement liées: un individu est-il prêt à être solidaire et à adhérer aux valeurs mutualistes s'il n'a pas l'impression d'en retirer un certain bénéfice en matière de satisfaction

de ses propres besoins de santé? En fait, la solidarité sera d'autant plus durable que chacun y percevra, d'une manière ou d'une autre, un moyen de satisfaire ses propres intérêts.

Le choix des soins à couvrir doit satisfaire un certain nombre de critères pour que la formule mutualiste promue soit viable et attractive.

La couverture des soins doit être pertinente

Les soins à couvrir doivent effectivement correspondre à des situations de risques perçues par les micro-entrepreneurs. Ces risques sont généralement répartis en deux grandes catégories: les petits risques (soins de santé primaires) et les gros risques (soins de santé secondaires et tertiaires). Les promoteurs d'une mutuelle de santé sont fréquemment divisés quant à la pertinence de couvrir l'une ou l'autre de ces deux catégories de risques.

Les soins de santé primaires constituent la première porte d'entrée dans le système sanitaire. Leurs coûts sont relativement peu élevés. Une couverture des petits risques vise avant tout à favoriser un accès rapide aux soins, afin d'éviter une dégradation de l'état du malade. Cependant, la couverture des soins de santé primaires par un système d'assurance se heurte à deux contraintes majeures:

- I en raison de la fréquence rapprochée de survenue de ces risques, elle nécessite un montant de cotisation élevé. De ce fait, l'accès à la mutuelle sera difficile pour les familles les plus démunies;
- I la couverture des petits risques est particulièrement soumise aux phénomènes de sélection adverse et de risque moral. La viabilité financière de la mutuelle en sera fragilisée.

A l'opposé, la couverture des gros risques permet une protection contre les soins les plus coûteux et donc ceux qui posent le plus de difficultés financières aux familles, notamment lors des maladies graves et des interventions médicales en urgence.

Une couverture unique des gros risques permet de fixer une cotisation moins élevée, en dépit du coût des actes, car la fréquence de survenue est faible. En revanche, la couverture des gros risques est soumise aux contraintes suivantes:

- I la fréquence des hospitalisations et des actes chirurgicaux est peu élevée. Selon le contexte, on peut estimer que 4 à 8% des assurés risquent de recourir aux soins de santé secondaires dans l'année. La mutuelle sera alors peu visible d'où un fort risque de démotivation des adhérents;
- I si les familles éprouvent des difficultés pour payer les soins de santé primaires, la mutuelle ne réglera pas les problèmes de recours tardifs aux soins et d'aggravation des cas de maladie;
- I une mutuelle qui débute ses activités (ou qui est de petite taille) peut être mise en faillite suite à des hospitalisations coûteuses successives.

Le ticket modérateur et la franchise (voir ci-dessus) permettent de limiter les risques de surconsommation et de sélection adverse.

Une mutuelle opérationnelle peut diversifier les services qu'elle offre à ses adhérents et développer, par exemple, une combinaison de couverture de petits risques et gros risques qui répondent aux besoins des micro-entrepreneurs.

La protection apportée doit être visible

Même s'ils ont compris les principes d'entraide et de prévoyance, les adhérents d'une mutuelle doivent pouvoir constater que leur système fonctionne, parce que:

- I le paiement d'une cotisation régulière impose une certaine contrainte: il faut «sortir de l'argent de sa poche» fréquemment ou s'acquitter d'un montant assez important chaque année;
- I la cotisation est versée dans un fonds commun et beaucoup de groupements ont connu dans le passé des problèmes de mauvaise gestion, volontaire ou non. Une méfiance risque de s'instaurer rapidement si les prises en charge sont rares;
- I l'un des principes de base de la mutuelle est sa gestion démocratique. Son application nécessite de réunir régulièrement ses adhérents. Ces derniers seront cependant faiblement motivés à participer si leur mutuelle est peu active.

Par conséquent, une mutuelle qui choisit de couvrir des risques dont la fréquence de survenue est très faible (grosses hospitalisations, chirurgie) court le danger d'être peu dynamique et finalement peu attractive. A l'inverse, une mutuelle qui couvre les petits risques sera très active, donc très visible, mais sera moins accessible aux familles les plus démunies et sera d'une gestion plus délicate.

Afin d'assurer une certaine visibilité, une mutuelle a intérêt à ce qu'un nombre suffisamment important de familles bénéficient, chacune dans l'année, d'au moins une prestation. La couverture des petites hospitalisations et des accouchements répond assez bien à ce critère.

La cotisation doit être abordable

La protection qu'une mutuelle peut proposer à ses adhérents dépend en grande partie de leurs revenus, surtout de leur capacité contributive et, plus globalement, de leur pouvoir d'achat en matière de santé.

Un montant de cotisation trop élevé s'avérera prohibitif pour une grande majorité d'adhérents. A l'inverse, une mutuelle qui rendrait tous les soins de santé, primaires et secondaires, «gratuits» pour les bénéficiaires serait très attrayante, mais économiquement et financièrement peu viable.

Comme toute entreprise, une mutuelle de santé est confrontée au phénomène classique d'élasticité de la demande d'un produit ou d'un service par rapport à son prix: plus le prix est élevé, moins les acheteurs potentiels sont intéressés. Par conséquent, un montant de cotisation trop élevé tend à décourager les adhésions. A l'inverse, les mutuelles dont les cotisations sont faibles ont le plus grand nombre d'adhérents. L'élasticité est également influencée par la perception du risque financier qu'a la population cible de la mutuelle.

Lors de la sélection des soins de santé à couvrir, les adhérents doivent estimer les conséquences d'un choix donné sur le montant des cotisations et vérifier que celles-ci restent abordables pour tous. Par ailleurs, le montant des cotisations dépend également du niveau de prise en charge des dépenses de santé puisqu'un système d'assurance ne couvre généralement qu'une partie des dépenses (voir ci-dessus).

b) Le calcul des cotisations

Le calcul des cotisations constitue le point le plus difficile de la mise en place d'une mutuelle. Il est également fondamental car le montant des cotisations détermine directement la viabilité future de l'organisation.

- I Si la cotisation est trop faible, la mutuelle sera déficitaire avec un risque de faillite en cours d'exercice si elle n'arrive pas à mobiliser des ressources supplémentaires (subventions, cotisations exceptionnelles, fonds de garantie, etc.).
- I Si la cotisation est trop élevée, la mutuelle sera du point de vue financier peu accessible pour un grand nombre d'adhérents potentiels.

Le calcul des cotisations repose sur l'estimation de la fréquence de survenue des risques de maladie et du coût des soins. Malheureusement, dans la plupart des cas, peu de données fiables sont disponibles pour permettre d'effectuer ces estimations avec précision. Le montant des cotisations à calculer sera donc assez imprécis. Il faudra impérativement assurer, surtout les premières années, un suivi rigoureux du montant des cotisations et du coût des prestations pour procéder aux ajustements nécessaires.

Plusieurs méthodes de calcul des cotisations sont pratiquées par les mutuelles. La méthode suivante est la plus usitée et la plus rigoureuse. Pour comprendre celle-ci, il faut préalablement rappeler à quoi sont utilisées les cotisations. Celles-ci doivent servir à:

- I rembourser les dépenses de santé (à l'exception du copaiement) correspondantes aux soins couverts par la mutuelle;
- I constituer des réserves afin de renforcer la solidité financière de la mutuelle, d'exercice en exercice;
- I financer les coûts de fonctionnement de la mutuelle.

Cette première méthode décompose le calcul de la cotisation en trois éléments:

**VI. LA MISE EN PLACE D'UNE MUTUELLE DE SANTÉ
PAR UNE ASSOCIATION PROFESSIONNELLE**

Cotisation individuelle par soins de santé couvert =
Prime de risque +
Marge de sécurité +
Coût unitaire de fonctionnement

Prime de risque = Taux de fréquentation attendu ×
(coût moyen du service –
copaiement à la charge du malade).

Marge de sécurité = Fixée fréquemment à 10%
de la prime de risque. Elle est liée
en réalité à l'incertitude concernant
le calcul de la prime de risque.

**Coût unitaire
de fonctionnement =** Estimation des coûts
de fonctionnement totaux divisés par
le nombre de bénéficiaires attendus.
Elle peut être aussi fixée en première
approximation à +/- 10% de la
somme: prime de risque + marge
de sécurité. Cette seconde
alternative est nettement moins
précise.

A ces trois éléments est ajouté un facteur E qui définit le montant unitaire d'excédents à dégager pour la constitution de réserves financières.

Si plusieurs soins de santé sont couverts, la cotisation individuelle totale est égale à la somme des cotisations calculées par soin. Dans la plupart des mutuelles, la cotisation familiale est égale à la cotisation individuelle totale multipliée par le nombre moyen de membres par famille.

Ces calculs aboutissent à l'estimation d'une cotisation annuelle; on peut ensuite la fractionner par jour, mois, etc., en fonction de la périodicité de versement des cotisations la plus adaptée au regard des revenus des micro-entrepreneurs. En général, plus le revenu est bas, plus les gens préfèrent des paiements réguliers d'une petite somme au lieu d'un versement important.

Le processus conduisant au choix final de la cotisation demandée aux adhérents se déroule schématiquement en trois temps:

1. On estime la capacité contributive de la population cible, c'est-à-dire le montant moyen que chaque individu ou famille serait en mesure de cotiser. Notons que cette capacité contributive dépend beaucoup de l'intérêt que les micro-entrepreneurs accordent aux dépenses de santé. La sensibilisation de la population et l'utilité du service proposé, ont donc également un impact sur leur volonté de payer une contribution.
2. On calcule la cotisation correspondante à chaque type de soin dont la couverture est envisagée. On élabore ensuite plusieurs scénarios de couverture des dépenses de santé en combinant la couverture de différents types de soins. Le montant total de la cotisation relative à chaque scénario doit être compatible avec la capacité contributive de la population cible.
3. Ces différents scénarios sont présentés aux populations qui participent ainsi au choix final des activités et prestations de leur future mutuelle. Un seul scénario sera finalement retenu à partir duquel les promoteurs de la mutuelle vont pouvoir affiner les mécanismes et outils de prise en charge et établir le budget de la mutuelle.

VII. Conclusions

Il est intéressant de conclure ce guide en mettant un accent particulier sur l'adéquation entre les besoins des micro-entreprises et les caractéristiques des mutuelles.

Si l'on se réfère aux différentes parties de ce guide, on constate, en premier lieu que les principales conditions préalables à la mise en place d'une mutuelle de santé sont assez facilement réunies au niveau des micro-entrepreneurs.

- I Il existe chez ces personnes un réel besoin de protection face au risque maladie qui concerne:
 - ▶ l'état de santé des individus: la faiblesse et l'irrégularité des revenus des entrepreneurs, ainsi que celui de leurs apprentis et travailleurs, constituent des limites économiques et financières à leur accès aux soins de santé;
 - ▶ la source de revenu de la famille: la maladie peut entraîner un arrêt de travail temporaire ou permanent et donc une perte de revenu, mais aussi une réduction des ressources de l'entreprise lorsque les fonds de celles-ci sont utilisés pour faire face à une dépense de soins importante et urgente.
- I Les micro-entreprises sont fortement ancrées dans la société traditionnelle dont elles reproduisent les mécanismes d'entraide et de solidarité. Nombreux sont les exemples de caisses collectives, de tontines et autres mécanismes d'entraide mis en place dans un atelier, entre commerçantes sur un marché, etc. Des liens de solidarité existent donc déjà et ils peuvent servir de base au développement des mutuelles.
- I Les associations de micro-entrepreneurs font preuve d'une dynamique de développement socio-économique importante. Ces associations représentent un potentiel réel pour la réalisation d'objectifs sociaux comme celui d'assurer une protection sociale à leurs membres. Souvent elles permettent aussi, dès le départ, la mutualisation du risque maladie entre un nombre élevé d'individus.

D'un autre côté, les mutuelles de santé présentent une souplesse d'organisation et de fonctionnement plus grande que celle d'autres systèmes d'assurance. Ceci permet d'adapter leur forme à la diversité des situations rencontrées dans le domaine de la micro-entreprise. La mutuelle de santé est mise en place et administrée par ses adhérents. Ce sont ces derniers qui définissent eux-mêmes leurs modalités d'adhésion, de cotisation, d'organisation ainsi que les services offerts par leur mutuelle.

La mise en place d'une mutuelle de santé dans le but d'organiser un système de protection sociale en faveur des micro-entrepreneurs peut donc présenter de nombreux avantages. Toutefois, cette mise en place ainsi que le fonctionnement d'une mutuelle de santé se heurtent souvent à d'importantes difficultés, dont les principales sont résumées ci-après.

- I La mise en place d'une mutuelle est un processus long, parfois mal compris et mal accepté par les adhérents potentiels, plus habitués à des réalisations rapides.
- I Une mutuelle connaît une phase de croissance qui s'étale généralement sur plusieurs années et durant laquelle elle est amenée à revoir les hypothèses adoptées au départ, en fonction de l'expérience qu'elle acquiert. Ces modifications sont parfois perçues par les adhérents, comme le résultat d'erreurs de gestion des responsables.
- I La mutuelle est une organisation autogérée qui demande à ses administrateurs et gestionnaires un travail important mais bénévole qui s'ajoute à leurs propres activités. Lorsque la charge de travail est trop importante, elle conduit souvent à une démotivation des responsables avec toutes les conséquences que cela entraîne sur le fonctionnement de la mutuelle. Il est donc souhaitable que la mutuelle atteigne une assise financière lui permettant d'engager du personnel pour assurer son fonctionnement quotidien.
- I Enfin, les expériences actuelles montrent que les mutuelles connaissent très souvent, d'une part, un taux de pénétration de la population cible peu élevé et, d'autre part, des problèmes de recotisation. Ces difficultés résultent, suivant les situations, soit d'un manque de motivation des adhérents potentiels, soit de problèmes d'organisation de la mutuelle, soit encore de prestations mal adaptées aux besoins des familles ou de cotisations trop élevées.

Face à l'importance de ces difficultés, il est utile de rappeler quelques facteurs de réussite d'une organisation mutualiste adaptée à la spécificité de la micro-entreprise et apte à répondre aux besoins des micro-entrepreneurs:

- I L'un de ces facteurs est l'implication continue des adhérents dans la vie de leur mutuelle par la promotion d'une gestion démocratique et participative. Ce facteur a également été mis en exergue dans le cadre de la promotion des associations de micro-entrepreneurs. Outre les adhérents, ce sont tous les acteurs de l'environnement d'une mutuelle qu'il faut impliquer et responsabiliser. Il s'agit en particulier des prestataires de soins dont le comportement conditionnera en partie la viabilité de la mutuelle.
- I Pour assurer une implication effective des adhérents, un accent particulier doit être mis sur la sensibilisation, l'animation et l'information continues qui permettent à ces derniers de

comprendre les choix à réaliser durant la mise en place et le développement de leur mutuelle.

- I Les besoins en matière de santé sont importants, mais la mise en place d'un système de protection est limitée par la capacité contributive des adhérents. Dans ces conditions, une mutuelle de santé doit porter une attention particulière au choix de ses prestations. Il lui faut en effet trouver un équilibre entre la meilleure couverture possible des soins de santé et une cotisation qui soit accessible aux adhérents. L'élaboration de ce couple prestations / cotisations est l'un des domaines où le besoin d'appui des mutuelles est le plus important.
- I Pour que l'assurance puisse vraiment jouer son rôle de partage des risques entre les adhérents, le nombre de ceux-ci ne doit pas être trop réduit. Les mutuelles comptant un petit nombre d'adhérents seront très fragiles ou seront obligées de demander des cotisations élevées. L'augmentation du nombre de personnes protégées permet également de réaliser des économies d'échelles en matière de fonctionnement et de disposer d'un plus grand pouvoir de négociation vis-à-vis des prestataires de soins.
- I La mise en place d'une gestion rigoureuse est un élément essentiel de la viabilité d'une mutuelle, mais les outils et techniques utilisés doivent être adaptés aux compétences de ses administrateurs.

La gestion de l'assurance est une technique difficile surtout lorsqu'elle est effectuée dans un milieu où les données statistiques sont peu nombreuses et peu fiables. Ce guide permet aux personnes susceptibles d'être intéressées par la création de mutuelles de santé de disposer de l'information permettant de confirmer cet intérêt. A lui seul, il ne permet pas la création d'une mutuelle de santé. Il est indispensable pour entreprendre la création d'une structure de ce type, que les personnes intéressées disposent d'un appui rapproché et qualifié.

Bibliographie

BIT. 2000: *Rapport sur le travail dans le monde 2000: Sécurité de revenu et protection sociale dans un monde en mutation* (Genève).

—. 1999: «I-WEB (Improve your work environment and business for micro manufacturers) Trainer's Guide» (Genève).

—. 1999: «I-WEB (Improve your work environment and business for micro manufacturers) Action Manual» (Genève).

—. 1999: «Job quality and small enterprise development», *SEED Series on Job Quality in Micro and Small Enterprise Development*, Working Paper n° 4 (Genève).

—. 1999: «PATRIS (Participatory action training for the informal sector) Operator's Manual» (Genève).

—. 1998: *Rapport sur l'emploi dans le monde 1998-99. Employabilité et mondialisation – Le rôle crucial de la formation* (Genève).

BIT-STEP, ANMC, WSM. 2000: *Mutuelles de santé en Afrique: caractéristiques et mise en place. Manuel de formateurs* (Genève, STEP).

BIT-STEP, USAID/PHR, ANMC, WSM. 2000: *Contribution des mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé: synthèse de travaux de recherche menés dans neuf pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre* (Washington, STEP).

BIT-STEP. 1998: *Plate-forme d'Abidjan: Stratégies d'appui aux mutuelles de santé en Afrique* (Genève, STEP).

Forastieri, V.; Riwa, P.G.; Swai, D. 1996: «Dar es-Salaam. Occupational safety and health in the informal sector». Interdepartmental Project on the Urban Informal Sector, Working Paper n° 6, IDP INF/WP-6 (Genève, BIT).

Ginneken, Wouter van. 1999: «Sécurité sociale pour le secteur informel: un nouveau défi pour les pays en développement», *Revue internationale de sécurité sociale* (Genève, AISS), vol. 52, n° 1.

Haan, H.C.; Coad, A.; Lardinois, I. 1996: «Municipal solid waste management involving micro- and small enterprises: Guidelines for municipal managers» (Saint-Gall, Suisse, SDC/WASTE/GTZ/ILO/SKA).

Joshi, G. 1997: «Urban informal sector in Metro Manila: A problem or a solution?» (Genève, BIT).

Kogi, K., Phoon W.O., Thurman, JE. 1989: «Low-cost ways of improving working conditions: 100 examples from Asia» (Genève, BIT).

Maldonado, C. 1995: «Entre l'illusion de la normalisation et le laisser-faire: vers la légalisation du secteur informel?», *Revue internationale du travail* (Genève, BIT), vol. 134, n° 6.

Mwinuka, J. B. 1996: «Improvement of the apprenticeship system in the informal sector in Tanzania». Interdepartmental Project on the Urban Informal Sector, Working Paper n° 6, IDP INF./WP-3 (Genève, BIT).