

Micro-assurance : élargissement de l'assurance maladie aux exclus

David M. Dror et Christian Jacquier
Département de la sécurité sociale, Bureau international du Travail

Le présent document propose une manière d'améliorer la prestation des soins de santé aux populations qui n'ont habituellement pas accès aux services de santé. Le document commence par expliquer brièvement qui sont les exclus, et de quoi ils sont exclus. Il étudie ensuite les principales déclarations internationales en matière de politique sociale et émet une suggestion quant à la dimension manquante. Puis, sur la base d'enquêtes menées sur le terrain et de plusieurs dizaines de cas pilotes, il propose un concept d'assurance maladie basée sur les groupes, ou «micro-assurance», et présente sa base de fonctionnement et ses composantes. Enfin, le présent document propose une stratégie de mise en application de ce concept.

Qui sont les exclus?

L'accès aux services de santé¹ est toujours insuffisant au sein de la majorité des populations rurales, et au sein des populations exclues de la plupart des pays à revenu intermédiaire, tranche inférieure (PRITI). Le terme «populations exclues» ne devrait pas être considéré comme un synonyme de pauvres. La différence, en deux mots, est la suivante: les pauvres n'ont pas accès à des biens et des services en raison de ressources matérielles inégales, alors que les exclus souffrent d'une participation inappropriée ou inégale à la vie sociale, ou de l'incapacité d'accéder à une place au sein de la société de consommation, souvent liée au rôle social de l'emploi ou du travail (Duffy, 1995). Cette distinction est importante dans le sens où elle déplace le centre d'attention du lien entre pauvreté et mauvaise santé vers le lien entre degré d'appartenance sociale et santé. Il a été avancé (Bobak, Blane et Marmot, 1998) que la pente sociale reflète les stades de l'exclusion en présentant des durées et des degrés différents d'exposition aux conditions de privation.

Il existe entre les populations d'un même pays d'importantes différences au niveau de l'état de santé et du statut de morbidité qui sont liées à des inégalités socio-économiques (Bobak, Blane et Marmot, 1998). L'effet d'une répartition inégale peut être relatif aux standards de certains pays précis, et il est plus évident dans les pays où la société a incorporé des organisations sociales basées sur le marché que dans les pays où la société est basée sur des liens familiaux et communautaires traditionnels. Dans les pays où les réseaux familiaux et les autres réseaux sociaux continuent d'être solides, le risque d'exclusion est moins grand, même lorsque l'Etat ne fournit pas les services adéquats. Dans les pays qui fournissaient pour ainsi dire tous les services de santé, comme par exemple les pays sous la houlette de l'ancienne Union soviétique, les profondes transformations intervenues depuis le démantèlement de celle-ci ont mené à une réduction de ces services; mais l'exclusion des services de santé est directement liée à d'autres aspects de l'exclusion sociale (comme le travail, le logement et l'éducation). Les personnes qui sont soumises à une exposition intense ou multiple aux

¹ Le terme «services de santé» est utilisé ici pour désigner la promotion sanitaire, la prévention et les soins de santé.

problèmes sont les plus vulnérables. Les problèmes en question sont: statut illégal ou irrégulier, migration, relations familiales ou sociales ténues (avant tout chez les personnes âgées, les toxicomanes, les orphelins, les personnes souffrant de problèmes psychologiques, etc.), faible lien avec le marché du travail, logement de qualité insuffisante et appartenance à un groupe faisant l'objet de discriminations (Duffy, 1998). Dans de nombreux PRITI où l'Etat n'a jamais fourni plus que des services rudimentaires, comme c'est le cas en Afrique subsaharienne, l'exclusion est liée à l'incapacité du marché et de la société à incorporer certains sous-groupes qui cumulent, sous une forme ou sous une autre, les caractéristiques suivantes: faible revenu, malnutrition, mauvais statut sanitaire (et, partant, mauvais statut d'assurance au sein des régimes d'assurance à but lucratif), résidence rurale, bas niveau d'instruction et origine ethnique/tribale. Ce profil n'est pas l'apanage des pays en développement², mais il est relativement fréquent dans les PRITI.

De quoi sont-ils exclus?

Bien que le problème de l'exclusion ait des ramifications dans de nombreux domaines vitaux (par exemple, le travail, le logement, l'éducation, la protection sociale, la santé), le présent document traite uniquement de l'exclusion des services sanitaires. Sa fréquence constitue un indicateur de la gravité de ce problème: si le taux d'exclusion des services sanitaires est proche de zéro dans la plupart des pays de l'OCDE (excepté le Mexique, la Turquie et les Etats-Unis), il est estimé à 20 pour cent dans tous les pays en développement et à 51 pour cent dans les pays les moins développés (période 1990-1995)³. Le manque d'accès aux services de santé a eu pour résultat un statut sanitaire plus bas, reflété par une morbidité et une mortalité plus élevées⁴.

La plupart des pays disposent d'une forme ou d'une autre de prestation de services sanitaires. Les pays qui fournissent une gamme complète de services basés sur les besoins de la population sont toujours moins nombreux. En l'absence tant d'une mise en commun des risques gérée par le gouvernement que d'une aide financière aux nécessiteux, la plupart des personnes cherchent des solutions alternatives pour réduire leur exposition au risque financier que représente une mauvaise santé. Le degré d'exposition est en l'occurrence influencé par de nombreux facteurs. Penchons-nous en premier lieu sur les dépenses publiques relatives à la santé. Lorsque les ressources publiques sont consacrées essentiellement à l'infrastructure (hôpitaux et centres sanitaires, par exemple) et aux services professionnels, seuls ceux qui ont accès à ces services peuvent bénéficier des subventions publiques et, souvent, l'accès aux dispositifs et services financés publiquement est ouvert à certains plus qu'à d'autres (selon

² Dans une étude menée aux Etats-Unis, les chercheurs ont conclu que «les minorités raciales et ethniques étaient moins susceptibles que les Blancs de recourir aux services de médecins, et que le recours à ces services était en général plus bas parmi les résidents ruraux. Les différences les plus frappantes se situaient entre les personnes latines et asiatiques, et les autres.» (Mueller et coll., 1998.)

³ PNUD, 1997, p. 29.

⁴ En 1990, les taux de mortalité maternelle (TMM) étaient de 31 pour 100 000 naissances d'enfants vivants dans les pays industrialisés, mais de 1 030 dans les pays les moins développés; les taux de mortalité infantile (TMI) étaient de 14 pour mille dans les pays industrialisés et de 103 pour mille dans les pays les moins développés en 1994; la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans était de 18 pour mille dans les pays industrialisés et de 169 pour mille dans les pays les moins développés en 1994.

leur statut professionnel, leur statut d'assurance ou leur lieu de résidence). Mais, même dans le meilleur des cas, le financement public ne représente qu'une fraction de l'ensemble des dépenses de la santé (pour ne pas parler des «soins informels» qui, souvent, ne sont pas pris en compte ou considérés comme une ressource gratuite). Les carences de la prestation publique de services sanitaires sont attribuées au manque de ressources. Cependant, les niveaux absolus des dépenses de santé ne révèlent qu'un aspect de la vérité; la partie des budgets sanitaires qui atteint les déciles inférieurs et lointains de la population constitue l'autre aspect. Dans certains pays, les restrictions quantitatives (réductions dans les types de prestations) et qualitatives (restrictions dans le choix individuel) apportées aux services de santé financés publiquement obligent les gens à payer pour les services. Bien que, en théorie, les tranches les plus pauvres de la société doivent continuer de recevoir des soins du système public, ces services sont minimaux et impliquent des frais de transaction et des coûts annexes (comme le trajet du domicile au lieu de prestation des services) qui peuvent placer les services «gratuits» hors d'atteinte. Dans d'autres cas, les taxes d'utilisateur et autres dépenses, pour les médicaments par exemple, ont rendu l'accès aux soins de santé encore plus inéquitable en raison de l'imposition régressive, mais elles ont aussi mené à des changements de comportement (par exemple, retarder ou éviter le recours aux soins). Dans d'autres situations encore, le problème n'est pas tant l'accès aux soins primaires que la gestion du risque caractéristique. La réponse à la question «De quoi sont-ils exclus?» met donc essentiellement l'accent sur des accords financiers, surtout l'assurance maladie, plutôt que sur un type de services précis. Et il s'agit là malheureusement d'un problème très répandu: une étude menée en 1987 par la Banque mondiale⁵ dans 33 pays d'Afrique subsaharienne a montré que seuls sept d'entre eux disposaient de systèmes d'assurance maladie, la couverture de la population totale passant de 0,001 pour cent en Ethiopie à 11,4 pour cent au Kenya (où seuls les fonctionnaires et quelques autres employés du secteur formel bénéficiaient de cette prestation). La conclusion de cela est que, en l'absence d'une prestation publique de services gratuits, les populations exclues peuvent améliorer leur accès aux soins si elles peuvent accéder à l'assurance maladie. Le problème que nous traitons dans le présent document est donc précisément l'exclusion de l'assurance maladie.

Le marché peut-il résoudre le problème?

Le choix du mode de prestation d'assurance maladie relève des gouvernements et, dans la plupart des PRITI, il a été décidé de laisser «le marché» combler le vide laissé par des régimes sociaux d'assurance maladie inexistantes. L'un des arguments en faveur de ce processus repose sur le fait que le marché est moins «bureaucratique» et plus flexible face à l'évolution des besoins des personnes. La question qui se pose est donc la suivante: le marché peut-il résoudre le problème en offrant une couverture d'assurance maladie aux exclus?

Il est largement reconnu que les systèmes de soins de santé qui sont guidés par les forces du marché uniquement ne résultent pas en une quantité, qualité ou répartition socialement optimales des soins de santé (Outreville, 1998, citant Hsiao, 1995 et Newbrander, 1997). Il y a d'une part le problème de l'offre de services sanitaires dans les zones provinciales et périphériques. Assumer qu'une offre insuffisante est source d'inégalité dans l'accès aux

⁵ Charles Griffin et Paul R. Shaw: «Health insurance in sub-Saharan Africa: Aims, findings, policy implications», dans Shaw et Ainsworth, 1995, pp. 143-166.

services suppose que le marché est basé sur l'offre, et que ceux qui fournissent les services de santé créent également le marché et facilitent le transfert. D'autre part, il est tout à fait possible qu'une offre insuffisante de services sanitaires soit la réaction inefficace à ce qui est considéré comme une demande insuffisante. L'équation reliant une faible demande à une faible capacité de paiement fait abstraction de deux données essentielles: premièrement, les interactions économiques inefficaces des populations exclues dans une économie avant tout monétaire et, deuxièmement, la rigidité des instruments financiers, qui ne sont pas adaptés aux conditions en vigueur dans ces tranches de population. Il résulte de cela que les besoins sanitaires des populations exclues sont rarement structurés en fonction de la «demande solvable» (c'est-à-dire les besoins prioritaires que les nécessiteux peuvent payer sous forme monétaire). Ces problèmes peuvent être résolus, mais cela pourrait prendre beaucoup de temps, à moins que l'on fasse quelque chose pour accélérer le processus. Ce qui pourrait aussi déboucher sur une amélioration de l'offre.

De même, dans de nombreux PRITI, l'offre (tant de services que d'assurance) a également besoin d'aide pour atteindre une masse critique et une présence géographique lui permettant d'interagir avec la demande. Les gouvernements peuvent soutenir ce processus en créant des lois qui définissent les domaines d'activité⁶, en apportant des garanties financières pour couvrir certains risques (comme par exemple le modèle néerlandais de loi sur les dépenses médicales exceptionnelles), ou en facilitant les relations entre assureurs et prestataires (surtout dans les cas où ils possèdent ou contrôlent la prestation de soins).

Le marché n'a jusqu'à présent pas été le garant d'une offre suffisante de soins de santé pour les populations exclues. Pas plus que l'assurance maladie en soi ne peut garantir des conditions optimales. Dans la mesure où ils ont été libres de contrôler leurs opérations, les assureurs privés ont préféré sélectionner la demande associée aux groupes à revenu élevé concentrés dans un nombre restreint de centres urbains. De surcroît, bon nombre d'interactions entre clients, institutions d'assurance et fournisseurs portent sur le contrôle de la prestation de services non aléatoires, peu onéreux et fréquents, plus que sur le contrôle des risques de santé. Pour modifier cette structure, les assureurs de la santé doivent recentrer leur activité sur le risque de santé, mais cela peut-il réellement se faire sans une réorientation politique du rôle des assureurs maladie? Malheureusement, les exclus n'attirent que peu de soutien politique. Ainsi, se reposer uniquement sur le marché laisse peu d'espoir à la possibilité que l'accès universel à l'assurance maladie devienne un jour une réalité.

Comment les gouvernements ont-ils perçu leur rôle?

Des colloques internationaux ont reconnu qu'il est nécessaire de garantir l'accès aux soins de santé. En 1944 déjà, la Déclaration de Philadelphie, adoptée par la Conférence internationale du Travail, «reconnait l'obligation solennelle de l'Organisation internationale du Travail de promouvoir dans les nations du monde des programmes qui permettront... l'élargissement de... soins médicaux complets»⁷. En 1952, la Conférence internationale du Travail a adopté la

⁶ La Charte française d'assurance maladie mutuelle de 1989 est un prototype intéressant; créée il y a un siècle, elle a été adaptée et étendue de manière à permettre une diversification de l'activité des régimes mutuels d'assurance maladie.

⁷ Déclaration de Philadelphie, adoptée par la CIT le 10 mai 1944, chap. III, paragr. f).

convention sur les standards minimaux de sécurité sociale (n° 102)⁸, qui contient un chapitre sur la prestation de soins médicaux aux termes de la loi dans les Etats ratifiant cette partie de la convention. Cependant, cette convention a été adoptée dans un monde où l'essentiel du développement était lié au secteur formel. La Déclaration de l'OMS de 1978 sur la santé pour tous d'ici l'an 2000, également connue sous le nom de Déclaration d'Alma Ata (OMS, 1978) a été la première à séparer la couverture sanitaire du statut de l'emploi. Alma Ata a été le point de départ d'une approche à deux volets: la santé pour tous (SPT), qui était à la base un appel à la justice sociale en tant que partie du développement; et les soins de santé primaires (SSP), ou couverture universelle de premier niveau organisée par les gouvernements. Dix ans plus tard, il a été reconnu que la couverture universelle aux termes de la Déclaration SPT n'était pas réalisable dans la plupart des PRITI par le biais des systèmes sanitaires gouvernementaux. Les communautés ont en revanche été encouragées à assumer cette responsabilité en «devenant propriétaires et maîtres de leurs propres objectifs et de leur destin» (Charte d'Ottawa: OMS, 1986). Il a été constaté qu'un changement de comportement se produit aux niveaux communautaire et familial, et que même les ménages pauvres peuvent payer — et paient effectivement — les soins de santé, et que leur communauté peut générer un revenu pour couvrir les coûts récurrents des unités de soins de base, afin de compléter ou remplacer des institutions publiques insatisfaisantes (Initiative de Bamako de 1987: OMS, 1988)⁹. Cela implique *une importante décentralisation de la prise de décision* du gouvernement central vers les niveaux inférieurs, *un financement communautaire* des soins de santé et *un contrôle par la communauté* de la gestion du système sanitaire et du flux de fonds. Au cours de la dernière décennie, toutes les conférences mondiales des Nations Unies ont inclus une résolution reconnaissant les SSP comme droit fondamental (UN ACC, 1997). Parallèlement, des politiques de «marchéisation» visant à créer des possibilités pour les particuliers plutôt qu'à obtenir des résultats sociaux ont permis aux pays d'ignorer la différence entre possibilités et droits. L'écart entre ces deux concepts a été particulièrement évident aux yeux de ceux qui n'ont pas pu saisir les possibilités, et qui n'étaient pas couverts de droit. La délégation des responsabilités aux communautés, aux organisations non gouvernementales, aux travailleurs et au secteur privé (Déclaration de Jakarta de 1997: OMS, 1997) témoigne d'un important recul de l'engagement gouvernemental. Le renversement de l'action, de bas en haut et non plus de haut en bas, n'a toutefois pas progressé de manière significative, en dépit de la reconnaissance internationale de son importance pour l'avenir. Pourquoi?

La dimension manquante

Le soutien international aux activités décentralisées n'a pas encore accordé de reconnaissance à trois éléments clés:

1. La société civile n'organise habituellement pas spontanément de programmes permettant

⁸ OIT: *Conventions et recommandations internationales du Travail*, vol. II (1952-1976), Genève, 1996, pp. 9-35.

⁹ Selon l'UNICEF, plus de trente pays d'Afrique, d'Amérique latine et d'Asie avaient adopté l'Initiative de Bamako à la fin de l'année 1995. Il vaut la peine de signaler que le processus d'«adoption» n'est pas la signature d'un ensemble d'obligations; l'adoption consiste plutôt en l'initiative d'un pays de mettre en application des services de cofinancement ou de cogestion des services de santé.

d'obtenir l'accès aux soins de santé au niveau communautaire, mais cette voie peut être stimulée et encouragée.

2. L'affiliation volontaire permet aux communautés d'exercer de manière optimale leur activité ascendante. Afin de pouvoir attirer des membres sur une base volontaire vers un régime d'assurance maladie, le groupe doit être libre d'adapter ce régime à ses propres conditions de vie et à ses risques de santé spécifiques.
3. Peu importe qui lance l'assurance maladie basée sur le groupe (qu'il s'agisse d'ONG, de gouvernements ou d'organismes internationaux), toute activité de cette nature nécessite le soutien politique, moral, technique et financier des gouvernements. Ces derniers peuvent apporter une aide particulièrement importante en permettant des interactions directes entre acquéreurs et fournisseurs par la décentralisation de la prise de décision au sein des installations sanitaires vers le niveau local, accordant par là aux parties directement impliquées le droit de négocier les conditions d'accès aux soins.

Un nouveau concept: la micro-assurance

Un commentaire préliminaire est nécessaire pour expliquer le terme «micro-assurance». Pourquoi ne pas utiliser l'expression «basée sur la communauté»? La réponse est qu'une assurance «basée sur la communauté» couvre un large éventail d'expériences qui diffèrent les unes des autres sur de nombreux points importants. Certaines activités basées sur la communauté sont identifiables dans le concept intitulé micro-assurance, qui tente de structurer les caractéristiques fondamentales par rapport à des préceptes sociaux et économiques. Certains exemples de différences peuvent être utiles. Ainsi, presque toutes les opérations basées sur la communauté dépendent de l'accès continu à une forme ou une autre de subvention extérieure (Bennett, Creese et Monasch, 1998), et bon nombre d'entre elles dépendent de la présence sur place de médiateurs extérieurs. La micro-assurance est conçue comme une entreprise autonome, indépendante des opérateurs extérieurs ou de lignes de crédit permanentes. Les décisions en matière de micro-assurance sont ainsi prises au sein de chaque unité, alors que les opérations basées sur la communauté dépendent en fait de décisions prises dans des sphères lointaines (au niveau des gouvernements ou des ONG, etc.). En même temps, la micro-assurance représente plus qu'une simple activité communautaire; la mise sur pied de réseaux est prévue qui relieront de nombreuses petites unités structurées par région et par profession, afin d'en faire de plus vastes structures à même d'optimiser à la fois la fonction d'assurance (par une plus grande mise en commun des risques) et les structures de soutien nécessaires à une meilleure gestion (par la formation, les banques de données, le matériel de recherche, etc.). La micro-assurance ne prétend pas être *la* solution, mais son but est d'intégrer tous les types de solutions dans le cadre d'un concept axé sur l'action au niveau du peuple.

Voici une autre question qui peut être soulevée par notre terminologie: si l'on tient compte du fait que l'assurance, par sa nature même, est un instrument macroéconomique, le terme «micro-assurance» n'est-il pas intrinsèquement contradictoire? La réponse est que le mot «micro» fait référence au niveau social de l'interaction, c'est-à-dire qu'il s'agit de régimes plus petits que les régimes nationaux, et que le mot «assurance» fait référence à l'instrument économique. Pour décrire le concept de manière plus précise, il faudrait peut-être parler de régimes volontaires de groupe pour l'auto-assistance en matière d'assurance maladie sociale.

Pour simplifier, nous suggérons d'intituler ce concept «micro-assurance».

La micro-assurance défend la notion selon laquelle les populations exclues n'ont pas été couvertes par les régimes d'assurance maladie existants en raison de deux facteurs concomitants. Voici le premier: en dépit d'importantes différences entre les régimes d'assurance maladie sociaux et privés¹⁰, les assureurs n'ont pas activement tenté d'inclure ces tranches de la population au sein de leurs régimes. Deuxièmement, les personnes exclues, habituées à ne rien obtenir de la société, ont négligé de réclamer l'accès à l'assurance. La micro-assurance veut modifier ces deux facteurs en basant son activité sur les hypothèses suivantes:

- Afin de séduire les populations exclues, l'assurance doit être habilement adaptée à des conditions de vie et de travail souvent spécifiques à une zone ou à une branche commerciale.
- Une adaptation efficace peut se faire grâce à un processus de médiation composé de deux facteurs essentiels: (ré)habilitation et augmentation du capital social. La première intervient lorsque la population se voit habilitée à exprimer ses besoins et ses priorités; et la seconde se produit lorsqu'une opinion publique favorable à l'assurance est forgée. Le processus exige des mesures de mise en confiance qui atténueront la forte réticence de la communauté face à des paiements immédiats à rendement décalé. L'étude des interactions sociales montre que la communauté peut être mobilisée pour un tel changement. Les dirigeants locaux de l'opinion publique jouent un rôle décisif dans ce processus, tout comme l'engagement de la population dans la prise de décisions.
- Même l'unité locale de micro-assurance la mieux portante ne peut, seule, se développer pleinement; il lui faut donc se rallier à d'autres pour atteindre la masse nécessaire. Le mécanisme nécessaire à ce regroupement doit être mis sur pied et rester fidèle aux principes de solidarité et d'équité.
- Les vecteurs ascendants et descendants de l'activité sanitaire doivent être étroitement liés. A priori, cela peut être fait sans liens ombilicaux avec un système d'assurance maladie gouvernemental. Les rapports entre unités disparates et gouvernement ne doivent pas nécessairement être définis immédiatement, pas plus qu'il n'est nécessaire que le débat sur le rapport entre société civile et Etat entrave le développement de la micro-assurance.

Malgré la petite taille de chaque unité, la micro-assurance appartient de plein droit à *l'assurance* et ne devrait pas être confondue avec une facilité de crédit ou un compte d'épargne. La principale différence entre les deux repose sur le fait que l'épargne est un échange dans le temps (entre consommation présente et consommation future), alors que l'assurance est un échange entre situations, une bonne et une mauvaise (Besley, 1995). L'épargne correspond également aux préférences individuelles et n'offre donc aucune possibilité d'échange interpersonnel, alors que l'assurance est une interaction économique basée sur la détermination mutuelle des préférences. L'expérience des comptes d'épargne

¹⁰ Les régimes privés d'assurance maladie ont pu n'avoir aucun lien avec cette tranche de population en raison de sa capacité économique limitée ou du risque perçu plus élevé; l'assurance maladie sociale et les systèmes de soins de santé gérés par l'Etat ont pu être contraints par des limites budgétaires.

médicale (MSA) à Singapour ou ailleurs met en évidence la différence entre l'épargne et la micro-assurance. Le but du projet MSA est d'encourager (ou de contraindre) les gens à épargner, avec peu ou pas de mise en commun des risques ou de solidarité. (Les MSA comportent également des règles relatives à la réalisation de cette épargne dans des conditions adverses.) Par opposition, la micro-assurance est un mécanisme de mise en commun à la fois des risques et des ressources de groupes entiers, afin de garantir une protection à tous les membres contre les conséquences financières de risques de santé déterminés sur une base mutuelle¹¹. Cette différence est essentielle par rapport à la prise en charge du risque: le plan épargne attribue cette responsabilité au bénéficiaire exclusivement, alors que la micro-assurance reconnaît le rôle complémentaire des responsabilités communautaire et individuelle.

On part du principe que l'affiliation à une micro-assurance est volontaire; il est donc important de comprendre ce qui pousse les gens à y adhérer. On considère que la motivation économique à la base de l'adhésion à une unité de micro-assurance est une recherche de réciprocité dans la mise en œuvre d'accords de partage du risque entre personnes au fond préoccupées de leur propre intérêt. Cette motivation fait parfois contraste avec les sentiments altruistes des personnes adhérant à une «société amicale». La différence entre ces deux approches influe sur les conséquences d'un retrait du groupe, surtout une fois qu'une personne a gagné plus qu'elle n'a payé. Les sociétés amicales (et l'assurance commerciale) tolèrent les retraits consécutifs à une prise de bénéfices (bien que ce soit pour des raisons différentes). Dans le cadre d'accords de partage du risque, des obstacles à une nouvelle adhésion et, partant, l'exclusion de futures prestations, constituent la pénalité appliquée à ceux qui ont exploité le groupe. Le particulier qui s'est désolidarisé/exclu du groupe doit à partir de ce moment compter sur son revenu uniquement pour faire face à tous les imprévus. De telles mesures de rétorsion peuvent constituer une sérieuse menace, surtout pour les personnes qui ne disposent d'aucune épargne individuelle. Ce strict échange peut expliquer pourquoi même des personnes pauvres décident de rester assurées, en dépit de leur réticence à verser une prime et ne recevoir aucune prestation pendant une longue période.

Le désir des gens d'améliorer leur statut sanitaire en contrôlant leurs conditions de vie et de travail constitue un autre motif d'adhésion à une micro-assurance. Les gens ne vivent et ne

¹¹ Shaw et Griffin (1995, p. 145) sont de l'avis suivant sur l'épargne comme solution alternative à l'assurance: «L'assurance vise à protéger les gens d'une perte catastrophique de faible probabilité. Pour illustrer cela, supposons qu'un adulte africain typique entre 15 et 60 ans ait une chance sur 10 000 de souffrir d'une maladie ou blessure grave résultant en une facture d'hôpital de US\$ 3 000, quelle que soit l'année. Si cette facture était répartie entre 10 000 personnes, le coût annuel prévisible assumé par chaque personne serait en moyenne de $(0,0001) \times (3\ 000) = \$ 0,30$ par année pour assurer un risque catastrophique pareil; ainsi, la perte très peu probable de \$ 3 000 est transformée en une perte annuelle certaine mais petite de \$ 0,30. Si une compagnie d'assurances pouvait réunir 10 000 personnes ayant cette probabilité de perte et obtenir \$ 0,30 de chacune d'entre elles, elle serait prête à faire face aux frais d'hôpital représentés par une perte de \$ 3 000 par année...[et] si chaque personne payait \$ 0,60 par année... la compagnie d'assurances pourrait sans doute survivre sur une base bénéficiaire... En revanche, «épargner pour une menace inattendue à la santé» n'est pas un substitut économiquement efficace à l'assurance. Une personne avec une faible probabilité de perte attendue de \$ 3 000 pourrait mettre \$ 60 par année dans son bas de laine pendant cinquante ans, et finalement atteindre (à la fin de la vie) le niveau de protection disponible chaque année, obtenu en adhérant au régime d'assurance susmentionné pour \$ 0,60 par année (pour une prime totale de seulement \$ 30,00 pour la durée d'une vie). Les *gains effectifs* découlant de l'assurance sont donc évidents. Aucune solution alternative à la mise en commun du risque n'offre le même degré de protection.»

travaillent pas à l'écart les uns des autres; au contraire, ils ressentent un besoin profondément enraciné de rechercher le contact volontaire et répété avec autrui. Les personnes qui se trouvent dans une situation d'emploi formel transfèrent une partie de leurs attaches avec leur famille et leur entourage communautaire immédiat vers le lieu de travail, en échange des avantages obtenus par l'intermédiaire de celui-ci. La population exclue ne peut souvent pas faire cela en raison de son manque d'accès au monde du travail ou à la protection sociale qui s'y attache. La source alternative de soutien est la communauté. Les membres d'une même communauté comptent les uns sur les autres de bien des manières, et se réfèrent les uns aux autres en matière de rôles, valeurs, us et coutumes, pour satisfaire leurs besoins moraux et matériels. Ces liens peuvent contribuer à améliorer les conditions de vie, à condition que les particuliers adhèrent à des objectifs collectifs. Il existe une théorie selon laquelle les pressions extérieures renforcent la cohésion d'un groupe. Si l'on applique cette théorie aux populations qui cumulent plusieurs conditions défavorables, on peut conclure qu'il est également possible que des membres adhèrent à la micro-assurance par cohésion ou en réaction à des pressions.

Les deux motivations d'adhérer se soutiennent mutuellement, du fait qu'elles répondent à des besoins économiques et sociaux. Le test ultime d'affiliation est le paiement des primes. La théorie économique affirme que les raisons de rester au sein du groupe seront à leur optimum si les membres du régime font face à de grandes différences dans leur revenu, car c'est dans ces cas-là qu'ils ont besoin de transférer de grosses sommes pour égaliser leurs revenus (Besley, 1995, p. 2167). Il est dit que, si l'assurance maladie ne dépend pas nécessairement d'un grand écart entre revenus pour prospérer, la micro-assurance prend effectivement tout son sens si elle peut aplanir les fluctuations de revenus dues à de fortes variations temporelles dans le flux des revenus, comme c'est typiquement le cas pour les populations rurales ou pauvres.

Le choix des risques couverts constitue la caractéristique clé suivante de la micro-assurance. Sur la base de l'analyse de plus de cent cas pilotes (Atim, 1998, pp. 17-21, et Bennett, Creese et Monasch, 1998, pp. 9-12), il est possible d'affirmer que deux approches dominent: d'une part, les événements «catastrophiques» onéreux et peu fréquents (comme le traitement contre les morsures de serpent, le traitement en urgence des complications liées à un accouchement, certains cas d'hospitalisation) et, d'autre part, les soins qui ne sont pas aléatoires, qui ne sont pas onéreux et qui s'apparentent aux soins primaires (y compris médicaments, laboratoire, soins supplémentaires dépassant ceux fournis par le gouvernement). Cette approche à deux volets implique que, du moins au début, il n'existe aucun modèle standard pour la conception de l'offre de prestations. Il est vrai que l'offre peut changer, sur la base essentiellement du montant des réserves accumulées et de la perception spécifique à chaque communauté de la priorité risques/prestations. En cela, les unités de micro-assurance diffèrent grandement des régimes d'assurance privés, à but lucratif, qui modifient l'offre de prestations de manière à améliorer les bénéfices (ou agrandir leur part de marché), ainsi que des régimes d'assurance sociale qui se concentrent sur une population hétérogène et sont axés sur des services biomédicaux.

Le processus de décision relatif aux risques devant être couverts est axé sur les besoins sociaux, contrairement à l'approche médicale, qui est axée sur les services sanitaires, ce qui prévaut dans le cadre de la plupart des régimes d'assurance et autres expériences basées sur la communauté. Cette distinction, faite par Williams dans un autre contexte (Culyer et Maynard, 1997, p. 41), reflète la prédominance des besoins des membres par rapport au processus de prise de décision collective, et vice versa. Cela signifie également que toute personne qui

n'est pas membre du groupe serait normalement exclue du processus de prise de décision, y compris le personnel médical. En principe, les travailleurs sanitaires locaux (infirmière, sage-femme, secouriste volontaire, guérisseur traditionnel, etc.) peuvent prendre part aux décisions, à condition qu'ils adhèrent aux régimes de micro-assurance. Cela aussi place la micro-assurance en marge des régimes traditionnels d'assurance maladie (tant privés que sociaux), dans le sens où les experts extérieurs au groupe peuvent au mieux occuper une position consultative. La micro-assurance est structurée de manière à maîtriser les dynamiques de groupe, afin de rattacher les motifs économiques individuels à la responsabilité sociale collective par un processus de prise de décision autonome. Le processus lui-même est décrit plus loin dans une section séparée, mais il est mentionné ici uniquement pour souligner le fait que l'engagement social dans la définition des risques n'est pas simplement de nature consultative, mais qu'il s'agit d'un processus de recherche de consensus. Ainsi, ce processus décisionnel soutient les deux motivations mentionnées plus haut en encourageant les particuliers à accepter les priorités du groupe, et il sert l'intérêt propre de chaque individu en lui permettant d'influer sur les choix du groupe. Ce processus démontre les avantages d'une mise en commun des risques, dans le sens où le groupe peut affronter des dépenses qu'aucun de ses membres ne serait à même d'assumer seul. Plus le nombre d'adhérents au régime est grand, plus son utilité économique est grande. De surcroît, la couverture d'événements aléatoires améliore la redistribution du revenu au sein du groupe protégé surtout si, comme c'est en général le cas, les cotisations sont liées au revenu.

Les unités de micro-assurance sont conçues comme basées sur le groupe, sans adopter une vision romantique de la vie de groupe. La micro-assurance peut fonctionner même dans des communautés qui ne font pas preuve de beaucoup d'harmonie. Elle part simplement du principe que l'activité économique conjointe exprimée par l'appartenance à un même régime d'assurance peut réduire les antagonismes au sein de la communauté dans ce contexte précis, tout en admettant des opinions divergentes sur d'autres sujets au sein de la même population.

En raison du profil de l'exclusion, la micro-assurance, conçue pour servir les populations exclues, doit être attentive à remplir trois conditions: elle doit être simple, financièrement accessible et située à proximité de ses membres.

Simplicité. La plupart des personnes appartenant au secteur informel sont incapables de faire face à des complications administratives. De nombreuses personnes ne savent tout simplement pas lire ou écrire, et même les personnes instruites peuvent avoir du mal à «remplir le formulaire», car il est possible qu'elles ne puissent fournir des détails en apparence simples comme une adresse, une date de naissance ou une information en matière de revenu. Les formalités et les procédures doivent prendre cette réalité en compte. La simplicité n'est pas importante en raison des problèmes techniques uniquement. Elle projette une image publique qui dit que la micro-assurance est accessible aux personnes pauvres. Pour la même raison, les unités de micro-assurance doivent être prêtes à traiter avec des demandeurs qui adhèrent lorsque le besoin s'en fait sentir et attendent un appui immédiat — et cela tout bonnement parce qu'il est plus simple de voir l'utilité de l'assurance en période de crise. Le délai de réponse aux demandes d'affiliation devrait être aussi court que possible. Cependant, des décisions expéditives en la matière ne devraient pas être confondues avec la décision de fournir une aide financière immédiate: il se peut que les unités de micro-assurance aient à formuler quelques restrictions, surtout par rapport aux dépenses qui ne sont

pas aléatoires au moment de l'adhésion (cette question est développée plus en détail plus tard, sous «Free-riding»)¹². Renoncer à recourir aux mécanismes d'exclusion constitue un autre aspect de la simplicité. Les régimes d'assurance maladie commerciaux excluent fréquemment de la couverture d'anciens problèmes de santé aussi longtemps que possible. Cela semble peu réalisable dans le cas de la micro-assurance, en raison du coût lié à la détermination de ces exclusions.

Caractère abordable. Qu'est-ce qui rend la micro-assurance financièrement accessible? Le niveau absolu des primes fait évidemment une différence. Le caractère abordable est lié, du moins partiellement, à un sens d'utilité. Le *rendement perçu de la prime* peut être aussi important que son niveau absolu. Et la certitude que, en cas de besoin, l'assurance paiera pour ses membres renforce également le sentiment subjectif d'accessibilité. La *transparence* en matière de dépenses en général, et de frais généraux en particulier, constitue un autre élément important. Les gens considèrent en général comme «abordables» les coûts qu'ils perçoivent comme justifiés. Le réaménagement des opérations dans le but de réduire les coûts est aussi important en micro-assurance qu'en microfinance, ou que dans toute autre entreprise financière relative aux pauvres. La *périodicité* des paiements représente un autre aspect de l'accessibilité. La périodicité régulière du flux de revenu, caractéristique des salariés du secteur formel, est rare pour la plupart des personnes travaillant dans le cadre d'une activité rurale ou informelle. Les personnes dont la périodicité du revenu est imprévisible ne peuvent être tenues de verser une prime mensuelle régulière. La micro-assurance doit se montrer assez flexible pour permettre à ses affiliés de payer quand ils le peuvent. De même, le fait de savoir que tous les membres doivent obéir aux mêmes règles équitables est important. Enfin, le caractère accessible peut aussi dépendre du *type de transaction* accepté à titre de paiement. Il se peut que certaines personnes aient du mal à payer en espèces, mais qu'elles n'éprouvent pas ou peu de difficultés à payer en nature ou en offrant leur travail. La communauté devrait chercher des façons d'accepter les paiements en nature lorsque les paiements en espèces posent un problème. Cela est plausible si les unités de micro-assurance opèrent en tant que prolongements d'autres efforts communaux, comme la vente des récoltes agricoles, ou si le régime recrute du personnel au sein de la communauté locale pour effectuer, avec de faibles coûts d'exploitation, des tâches administratives liées à la micro-assurance.

Proximité. Les unités de micro-assurance doivent être proches de leur base de clients, simplement parce que les pauvres ou les membres de la population rurale n'ont ni les moyens ni la possibilité de se déplacer de leur lieu de résidence aux centres de services. Si des unités de micro-assurance étaient mises sur pied dans une grande localité, elles auraient probablement plus de succès si elles étaient lancées dans plusieurs sous-secteurs d'une grande communauté. La proximité est en fait une donnée nécessaire à tous les stades d'opération, pas seulement lors du recrutement, puisque le centre de décisions reste la communauté.

¹² Il peut exister certains cas extrêmes où la communauté serait prête à offrir de l'aide à un particulier en difficulté, comme un acte de solidarité humaine plus que dans le contexte de l'assurance. Cependant, dans certaines situations, le comportement altruiste d'un groupe peut réduire la motivation du bénéficiaire à contracter une assurance (un phénomène intitulé le «Dilemme du Samaritain» par Bernheim et Stark, cité dans Besley, 1995). La motivation à la base de la micro-assurance — assumer le partage du risque — irait à l'encontre de ces risques exceptionnels.

Autogestion. La base communautaire constitue un autre trait fondamental de la micro-assurance, en sus des caractéristiques essentielles mentionnées plus haut. *La micro-assurance est l'entreprise de la communauté.* Le processus démocratique de définition conjointe des risques à couvrir spécifique à la micro-assurance est un cas unique. Contrairement à l'assurance commerciale (où l'assureur détermine l'offre de l'assurance) ou l'assurance maladie sociale (où le gouvernement détermine l'offre de prestations), la micro-assurance dépend de la prise de décision des bénéficiaires, déterminée par les besoins, et est financée par les ressources qu'ils peuvent engager. Cette approche présente plusieurs avantages concomitants.

Premièrement, elle permet de définir les priorités et de fixer les conditions de qualification avec la participation de tous. De toute évidence, une participation démocratique à la définition des risques de santé peut poser certains problèmes, notamment l'accès aux connaissances médicales, lesquelles devront provenir de l'extérieur (bien que les travailleurs sanitaires — infirmières, sages-femmes, secouristes, etc. — disposent de vastes connaissances médicales qui ne devraient pas être oubliées ou dénigrées). On considère cependant que la communauté peut déterminer les risques catastrophiques aléatoires que ses membres craignent le plus, du fait que cette catégorie de risques ne sera selon toute probabilité pas établie sur la base de critères médicaux uniquement. Une logique différente peut peut-être s'appliquer pour ce qui est de la détermination des priorités de la promotion sanitaire et des soins préventifs et primaires. La prévention est efficace lorsque des accidents se produisent, car ceux-ci constituent un signe tangible que quelque chose de plus grave peut arriver, et les gens qui ont besoin de soins de secours cherchent alors à prévenir le risque (BIT, 1989). Cette approche peut ouvrir la voie à une collaboration entre l'unité de micro-assurance et les agences occupées à la prévention ou à la promotion sanitaire, lesquelles peuvent fournir connaissances techniques et fonds.

Deuxièmement, la prise de décision collective permet à un groupe de personnes d'agir comme une unité sociale cohésive qui, mieux qu'aucune autre, peut jouer un rôle: celui de rattacher des besoins et des priorités à leur activité essentielle, aux conditions spécifiques à un endroit, au niveau des ressources, etc.

Troisièmement, le fait de maintenir les pouvoirs décisionnels au sein de la communauté permet à celle-ci de contrôler le flux des fonds. Deux exemples peuvent illustrer ce point: l'unité de micro-assurance peut modifier l'offre de prestations rapidement, sans être subordonnée à une autorisation provenant de l'extérieur; et elle peut représenter ses membres dans des négociations avec des interlocuteurs de l'extérieur, notamment des fournisseurs.

Du fait que la micro-assurance protège les pauvres, chaque unité doit être particulièrement attentive à maîtriser ses frais généraux. Toutes les solutions alternatives connues à l'autogestion, qu'elles soient commerciales ou publiques, passent par une direction professionnelle hautement qualifiée et onéreuse, comme c'est typiquement le cas du secteur formel de la santé. Reproduire un tel profil de gestion semble incompatible non seulement avec les tailles et quantités à gérer au niveau d'une seule communauté, mais aussi avec le type de services qui seront fournis. *L'autogestion est donc non seulement une mesure de réduction des coûts, mais aussi une mesure d'adaptation des tailles.*

L'autogestion renforce également la transparence (et, partant, fait baisser le risque de corruption) et la cohésion autour des objectifs sociaux (créant donc un climat qui décourage

les abus). La réduction de l'anonymat renforce l'autocontrôle. Egalement, la proximité entre membres crée des liens intangibles mais réels qui facilitent l'acceptation de la redistribution des prestations en fonction des besoins, plutôt qu'en fonction des intérêts individuels uniquement.

Le fait de présenter un concept financier complexe, l'assurance maladie, comme un prolongement des interactions sociales familières constitue l'un des traits novateurs de la micro-assurance. Cette approche ouvre la voie à une amélioration des contacts entre populations exclues et marchés financiers, lesquels ignorent souvent les besoins des populations pauvres et rurales, partant du principe qu'elles ne sont pas à même de payer des services de santé. Il est également vrai que les gens pauvres ou vivant en zone rurale n'ont pas l'habitude ou la possibilité d'entamer des négociations individuelles dans le but d'adapter les produits d'assurance à leurs conditions. La communauté, si elle y est encouragée et habilitée, peut servir à la fois d'organisateur de l'auto-assistance locale — comme alternative à l'aide publique non disponible — et de médiateur entre ses membres et les acteurs extérieurs à la communauté, telles les autorités publiques (y compris les prestataires de services sanitaires) ou les institutions financières.

La mise sur pied d'unités de micro-assurance exige, pour débiter les opérations, un relativement petit noyau de personnes et très peu de capital ou d'infrastructures. Il n'existe aucun obstacle à l'élargissement du groupe avec le temps, tant au sein de la communauté qu'entre communautés. Et la *triple autonomie*, dans le cadre de laquelle chaque unité de micro-assurance définit son propre risque assurable, organise le financement de l'assurance et exerce un contrôle sur le flux et la gestion de ses fonds, constitue une formule très puissante.

Tant que la micro-assurance parvient à maintenir une participation populaire, elle est protégée de la pression ambivalente qui affecte de nombreux régimes d'assurance maladie volontaires: d'une part, ils doivent attirer les clients avec des mesures d'incitation financière et, d'autre part, ils doivent jeter une ombre sur la satisfaction du client en restreignant la demande. Une gestion démocratique aide également la communauté à forger une perception consensuelle de l'équité, un concept souvent librement interprété¹³. Le risque d'un consensus insuffisant en matière d'équité peut mener certaines personnes à considérer le rationnement comme arbitraire. Le débat passe donc du processus de distribution aux règles régissant la répartition. En liant, au niveau du peuple, la fixation des règles et les décisions relatives à la distribution, la communauté tente de réduire le risque d'aliénation de ses institutions par ses membres.

Le concept présenté ci-dessus repose sur de la théorie et un peu de pratique. Une synthèse récente de 22 études de cas (dans 50 communautés pilotes) arrive aux conclusions suivantes sur la viabilité du concept (Atim, 1998, p. xii):

¹³ En général, la notion d'équité dans l'assurance maladie privée veut qu'un régime ait agi équitablement s'il a pleinement rempli les obligations lui incombant aux termes du contrat individuel. Pour l'assurance maladie sociale, équité signifie que tous les membres reçoivent en substance le même ensemble de prestations. De nombreuses personnes ont une interprétation personnelle de l'équité, façonnée par un sens d'utilité ou par le degré de confiance qu'elles éprouvent à l'égard du «système», qui peut les mener à agir différemment à l'égard d'un régime d'assurance anonyme et à l'égard d'un régime autogéré.

Aujourd'hui encore, ces unités contribuent grandement à favoriser l'accès aux soins de santé et à élargir la protection sociale aux tranches défavorisées de la population, en ciblant avant tout les personnes appartenant aux secteurs informel et rural. Cela représente également une contribution à l'équité dans les soins de santé dans les zones où elles sont actives. Les organisations mutuelles de santé (MHO)¹⁴ apportent une nouvelle — et, en l'occurrence, originale — contribution dans un autre domaine: celui de la gestion démocratique dans le secteur de la santé ... [et] de la représentation de leurs communautés ou de leurs membres auprès des autorités sanitaires afin d'exprimer les opinions des consommateurs des soins de santé. Cela leur donne un certain poids dans la négociation des priorités, dans les décisions relatives à l'allocation des ressources, et influe sur la disponibilité des autorités sanitaires face aux préoccupations du public sur des questions comme les délais d'attente, le comportement du personnel, la qualité des services, etc. Il s'agit là d'une contribution totalement nouvelle qui place le rôle et les origines des MHO au sein de la société civile, pleine d'énergie et de confiance, qui a commencé à se développer en Afrique dans les années quatre-vingt-dix.

En bref, le niveau local, le contact personnel entre membres, la transparence des décisions, la gestion autonome et peu onéreuse ainsi que le caractère non lucratif des unités de micro-assurance sont tous des éléments qui amplifient la cohésion sociale. Le fait que la micro-assurance repose sur les dynamiques de la cohésion sociale au sein de la communauté est plus qu'une tactique — c'est une stratégie qui a pour objectif l'acceptation du système.

La micro-assurance et les problèmes d'assurance classiques

L'assurance maladie a dû faire face à certains problèmes d'assurance classiques, comme le risque moral, le *free-riding*¹⁵, la sélection adverse, la sous-assurance ou l'asymétrie des informations. Nous avons établi plus haut que la micro-assurance est avant tout un concept d'assurance; penchons-nous maintenant sur son exposition à ces mêmes problèmes, et sur les réponses qu'elle peut apporter.

Le risque moral. Le «risque moral» désigne la sensibilité aux prix de la demande élastique, et l'indifférence aux prix de la demande inélastique. Le risque moral découle essentiellement de trois phénomènes: l'abus induit par la demande, l'abus induit par l'offre, et les mécanismes induits par le système et liés au comportement de l'assureur (y compris le calcul des primes), qui encouragent les deux premières causes. Lorsque l'on traite de ce phénomène, il faut garder deux éléments à l'esprit: le risque couvert, et les informations que l'assureur peut obtenir sur l'assuré. Si les assureurs maladie étaient libres de choisir les risques à couvrir, il est possible qu'ils limiteraient l'offre de prestations à quelques risques occasionnels, inélastiques, à fort impact mais basse fréquence. Cependant, les régimes d'assurance maladie opèrent dans des conditions imparfaites (dus notamment aux difficultés d'identification de ces risques au sein d'une population vaste et hétérogène, aux réglementations publiques d'assurance ou à une concurrence imparfaite entre différentes offres de prestations); il résulte

¹⁴ MHO: Organisations mutuelles de santé; il s'agit du terme utilisé dans sa synthèse par Atim pour désigner les unités de micro-assurance. Ce terme est fréquemment utilisé en Afrique occidentale et centrale.

¹⁵ (N.d.T.: On parle de *free-riding* lorsqu'une personne profite des avantages présentés par un régime et le quitte au moment de prendre part aux responsabilités et aux frais — littéralement, un tour gratuit.)

de cela que les assureurs ne limitent pas leur activité aux risques catastrophiques aléatoires¹⁶. La micro-assurance n'est, pour le moment, exposée ni à un marché concurrentiel, ni à des réglementations limitant la définition des risques assurables. Les membres déterminent les risques assurables sur la base des prestations que la communauté peut financer de manière autonome. De plus, l'effet dissuasif d'une possible expulsion punitive par le groupe des personnes préoccupées de leur seul intérêt protège en quelque sorte la micro-assurance des abus découlant de l'intérêt individuel, et encourage l'intérêt multilatéral. L'équilibre entre l'intérêt individuel et celui du groupe est imprécis et délicat, mais il influence néanmoins le comportement des gens tant que la communauté dans son ensemble est actionnaire majoritaire. Compte tenu du fait que les petites communautés peuvent assez facilement parvenir à un consensus sur ce qui constitue une utilisation inélastique, et que les informations relatives à l'utilisation circulent dans la communauté, la micro-assurance semble moins exposée au risque moral induit par la demande, du moins pour ce qui est des événements onéreux. Elle ne produit pas non plus de risque moral induit par le système et généré essentiellement par ses systèmes de paiement des fournisseurs et de détermination des primes. Il se peut même qu'elle ait en elle certains éléments de contrôle et d'équilibre qui ne soient pas purement économiques, mais aussi sociaux, permettant d'éviter ce problème. En ce qui concerne le risque moral induit par l'offre, la micro-assurance n'est pas entièrement protégée, et il se peut que le risque croisse parallèlement à l'augmentation de soins curatifs.

Le *free-riding*. La question du *free-riding* est intrinsèquement liée à des informations imparfaites sur le comportement des utilisateurs. Les assureurs privés ont tenté de régler le problème en écartant certains risques de l'offre d'assurance. S'il est possible que ce remède réduise l'exposition au *free-riding*, ce type de mesures a été considéré comme l'une des grosses erreurs stratégiques de l'assurance privée qui ont mené le gouvernement à fournir une assurance sociale¹⁷. La gestion démocratique exige que chaque unité de micro-assurance prenne en considération les décisions de ses membres sur les risques assurés, mais il est possible que cela ne suffise pas à la protéger du *free-riding*. Le *free-riding* peut vouloir dire que des personnes ne songeant qu'à leur propre intérêt souhaiteront profiter des accords de partage du risque sans réciprocité. Si les unités de micro-assurance pouvaient contraindre leurs membres à prendre un engagement de réciprocité pour l'avenir promettant une aide immédiate, il ne serait plus nécessaire de craindre le *free-riding*. En l'absence d'une telle possibilité, toutefois, le *free-riding* peut être limité par la mise en pratique d'une période d'attente au cours de laquelle les nouveaux affiliés ne seraient pas couverts, ou le seraient pour les risques aléatoires uniquement. Cette période d'attente faciliterait la création de quelques modestes réserves et réduirait le risque de défection après une obtention immédiate de prestations. Le seul instrument que la micro-assurance pourrait exploiter serait l'interaction communautaire et le flux d'informations. Il ne s'agit peut-être pas là d'une garantie de succès mais, sans engagement de la communauté, les chances de trouver une solution sont maigres. Également, le *free-riding* peut durer aussi longtemps que celui ou celle qui en profite parvient à le cacher aux autres, et surtout à l'assureur. Nous croyons que cela est plus difficile à faire dans les petites communautés.

¹⁶ En fait, parce qu'elles sont conscientes du fait qu'elles offrent des prestations susceptibles de se réaliser et qu'elles ne peuvent pas modifier l'offre de prestations pendant la durée de vie du contrat, de nombreuses assurances maladie commerciales contractent une réassurance avec «plafond de perte» pour réduire leur exposition au risque assuré.

¹⁷ Stiglitz, 1988, p. 344 dans Atkinson, 1995.

Une **sélection adverse** se produit lorsque les personnes souffrant d'une forte probabilité de «perte de santé» sont majoritaires parmi les membres, et que les personnes au bénéfice d'une faible probabilité de perte n'adhèrent pas. Il est indéniable que certains types de professions peuvent entraîner une exposition à un risque plus élevé d'accident, ou que certaines personnes vivent dans des conditions ou des régions plus propices à certains types de maladies. La façon la moins onéreuse de minimiser ce problème consiste à assurer des groupes sélectionnés sur la base d'un critère autre que la santé et transformer ainsi la santé en un risque aléatoire. Les unités de micro-assurance peuvent être exposées à un certain risque de sélection adverse, surtout pendant la période de lancement des opérations, lorsque les personnes les plus concernées par l'assurance au sein de la communauté sont potentiellement particulièrement vulnérables. La micro-assurance ne peut toutefois pas prendre en considération des solutions qu'emploient les assureurs commerciaux, comme la «classification du risque» ou la personnalisation de la franchise en fonction du «degré d'expérience». De telles solutions sont basées sur des informations statistiques dont l'obtention peut être onéreuse, et elles sont inadaptées tant aux conditions spécifiques de la base de clients qu'à la composition spécifique de l'offre de prestations. Dans le même temps, le groupe bénéficie d'un avantage qualitatif, à savoir le contact personnel avec la base de clients, qui protège les unités de micro-assurance contre la «sélection adverse» découlant d'une divulgation incomplète ou imprécise de l'information par le demandeur, et qui mène l'assureur à sous-évaluer le risque assuré.

La **sous-assurance** est le choix d'une personne d'acquiescer moins d'assurance que nécessaire. Si la personne assume les conséquences d'une telle décision, cela ne présente aucun risque pour autrui (qu'il s'agisse d'autres personnes ou de l'assurance). Cependant, si quelqu'un d'autre est contraint de payer pour des services non assurés, la situation devient alors dans une certaine mesure similaire au *free-riding*. La sous-assurance peut être évitée si le régime d'assurance n'est pas contraint de payer pour les personnes non assurées. Les communautés où la micro-assurance serait mise en application disposent de deux instruments puissants pour valider cette règle: premièrement, elles sont composées de personnes pauvres, dont on ne peut attendre qu'elles subventionnent les autres; et deuxièmement, la nature démocratique de l'unité de micro-assurance donne une légitimité sociale à l'application même des règles qui semblent dures. Une autre manière de réduire la possibilité de sous-assurance consiste à ne proposer qu'un type de police, c'est-à-dire à offrir au client le choix entre «tout ou rien». La micro-assurance va probablement appliquer cette politique facile à administrer et plus consistante avec son caractère collectif.

Asymétrie de l'information. Il existe plusieurs formes d'asymétrie de l'information. Premièrement, la personne dispose-t-elle d'informations suffisantes pour décider si elle veut ou non contracter une assurance? Beaucoup de personnes ne sont peut-être tout simplement pas suffisamment instruites pour comprendre la notion de risque, ou leurs décisions sont peut-être basées sur le degré d'exposition qu'elles ressentent par rapport à certains risques, ou sur le sentiment que la prime est trop onéreuse. Un deuxième phénomène, intitulé «asymétrie de l'information du côté du demandeur», fait référence aux situations dans lesquelles le client ignore et le fournisseur connaît le type de soins nécessaires dans un cas précis. Les choix effectués par les fournisseurs sont censés répondre aux préoccupations relatives à la pratique d'une médecine de qualité, à la satisfaction durable du client et au maintien d'un revenu élevé. Ces trois éléments sont en général liés à une utilisation accrue. Il découle de cela que, dans l'assurance maladie privée, l'asymétrie de l'information du côté du demandeur est contrecarrée par des mesures destinées à limiter une escalade des coûts générée par les fournisseurs. La micro-assurance ne dispose d'aucun moyen de protection particulier contre

cela, si ce n'est la couverture limitée qu'elle assume.

L'asymétrie de l'information peut également se produire dans l'autre sens. Une asymétrie de l'information du côté de l'offre signifie que le prestataire de soins ne dispose pas d'informations suffisantes sur les résultats du traitement et se lance dans un traitement défensif ou par élimination qui augmente le coût des soins. Cela peut également se produire lorsque le prestataire ne dispose pas d'informations vitales sur le patient parce que ce dernier préfère ne pas les fournir.

Les unités de micro-assurance peuvent réduire leur exposition à l'asymétrie de l'information essentiellement grâce à un contrôle de l'offre de prestations, et parce qu'ils négocient le prix des services avec les prestataires.

Une *escalade des coûts* se produit lorsque le côté de la demande ou le côté de l'offre cherche à augmenter la quantité ou la sophistication technologique des traitements au-delà de ce qui est nécessaire. Il est peu probable qu'un tel cas de figure se présente au stade initial de l'incorporation des unités de micro-assurance, mais on ne peut pas totalement écarter cette possibilité. Les clients qui ont peu à perdre dans une escalade des prix sont peu susceptibles de protester. Dans certains pays en développement, les régimes d'assurance ajoutent des «frais de prélèvement» au coût régulier des soins, dans le but de répercuter sur les clients les charges supplémentaires dues au recouvrement des primes, aux frais bancaires élevés, au coût élevé du crédit, et peut-être aussi à la difficulté d'obtenir une réassurance. La micro-assurance peut diminuer ce risque, d'abord en réduisant au minimum les frais généraux grâce à l'autogestion, en négociant les tarifs avec les fournisseurs et en structurant l'offre de prestations sur la base d'éléments moins sensibles au choix individuel; puis, si nécessaire, elle peut réduire le risque assurable.

La *mise en commun du risque* décrit le regroupement par un assureur de risques similaires mais non liés entre eux, dont le but est la division statistique entre un grand nombre de cas. S'il est habituel de parler de mise en commun des risques dans l'assurance privée, il serait plus précis de faire référence à un rassemblement de classes de risques. La différence entre la mise en commun du risque et le rassemblement des risques repose sur le fait que, dans le premier cas, il s'agit d'une mise en commun aléatoire de personnes alors que, dans le second cas, le regroupement est effectué de manière sélective. Dans de nombreux pays, les assureurs ayant un but lucratif peuvent refuser à volonté d'offrir une couverture. Ils peuvent donc placer les personnes dans des catégories selon le risque qu'elles représentent et refuser les «mauvais risques»¹⁸; c'est là ce que l'on appelle le «tri du risque». Tant que la réserve de «bons risques» est pleine, restreindre l'accès aux mauvais risques ne présente aucun danger pour l'assureur. Mais si les bons risques viennent à manquer, l'assureur et le client sont tous deux victimes d'une telle pratique. La taille du groupe n'est pas particulièrement importante dans le cas du rassemblement des risques, mais elle peut jouer un rôle primordial dans la mise en commun aléatoire du risque, car l'on considère que plus le groupe de personnes est grand, plus le risque caractéristique est bien divisé. L'assurance classique couvre des personnes issues de nombreuses communautés hétérogènes qui présentent un risque similaire, bien que non lié, et

¹⁸ Cette pratique crée l'exclusion et peut appauvrir la personne exclue. Le concept de micro-assurance est destiné à lutter contre l'exclusion et doit donc éviter les règles qui permettent l'exclusion *a priori* des personnes qui appartiennent à la communauté.

qui ne sont par ailleurs pas liées les unes aux autres par des caractéristiques intrinsèques. La micro-assurance rassemble des communautés homogènes liées par un désir commun d'assumer ensemble certaines responsabilités en matière de santé. Une unité de micro-assurance peut être exposée à un risque financier très grave si de nombreux membres du groupe voient se réaliser des risques, comme dans le cas d'une épidémie. La survenance d'un tel cas est, statistiquement parlant, plus probable au sein de groupes petits et homogènes. Afin d'éviter ou de réduire ce risque, l'unité de micro-assurance peut avoir à rationner les prestations. Cependant, un rationnement trop strict peut dissuader les gens d'adhérer à la micro-assurance. Pendant la phase expérimentale, une aide *ad hoc* pourrait être nécessaire afin de traiter certaines questions précises de santé publique. Pour ce qui est des solutions à plus long terme, on pourrait envisager la création de structures fédératives — ou quelque chose de similaire — d'unités de micro-assurance, et l'instauration d'une forme de réassurance. Cela n'a pas encore été tenté. En théorie, rien n'empêche la mise en commun des risques et des ressources par plusieurs organes de micro-assurance. L'on part toutefois du principe que la taille du groupe qui partage les risques évolue de manière inversement proportionnelle à la taille de l'information fournie sur les nouveaux membres. Cette situation pourrait rendre nécessaire une plus grande protection contre le risque moral. Si l'on considère que la répression dans les pays développés a été axée bien plus sur le risque moral que sur le risque caractéristique, la petite taille du groupe cible ne peut être considérée comme un facteur de forte aggravation du risque pour la micro-assurance.

Mise en application de la micro-assurance

La présente section est basée sur les leçons tirées d'expériences sporadiques avec des organisations mutuelles de santé ou des initiatives d'auto-assistance similaires lancées par plusieurs organismes dans plusieurs pays. Le but de toutes les unités pilotes était d'encourager l'élaboration d'une auto-assistance communale dans les services sanitaires. Cependant, du fait que les différents tests ont débuté séparément, ils ne s'inscrivent pas dans un cadre conceptuel uniforme. L'initiative visant à passer des projets pilotes sporadiques à la promotion du concept de micro-assurance et à la démonstration de son potentiel a été lancée à l'instigation de l'OIT¹⁹, avec l'appui d'autres décideurs²⁰, et a été axée sur l'Afrique centrale et occidentale, à partir de 1996²¹.

Des activités sporadiques ont apporté une certaine aide aux personnes dans le besoin, et sont donc à ce titre bienvenues. Le problème de telles activités demeure toutefois le suivant: il est difficile d'obtenir des informations suffisantes qui permettraient leur reproduction systématique et une meilleure application. Ces questions portent sur les caractéristiques des exclus et sur les raisons de leur exclusion; sur les différents concepts de risque; sur la manière d'optimiser le capital social afin d'encourager la volonté de mise en commun des risques et

¹⁹ Depuis janvier 1998, l'action de l'OIT est entreprise par le biais d'une unité spéciale du Département de la sécurité sociale appelé STEP (Stratégies et outils contre l'exclusion sociale et la pauvreté).

²⁰ USAID, ANMC (Alliance nationale des Mutualités chrétiennes de Belgique), Coopération bilatérale française, GTZ (Coopération bilatérale allemande).

²¹ Nous reconnaissons que d'autres régimes mutuels expérimentaux basés sur la communauté ont déjà été mis en œuvre dans d'autres pays qui n'ont pas été inclus jusqu'à présent dans les activités sur lesquelles cette section est basée, y compris la République-Unie de Tanzanie, le Cambodge, la Colombie, l'Inde.

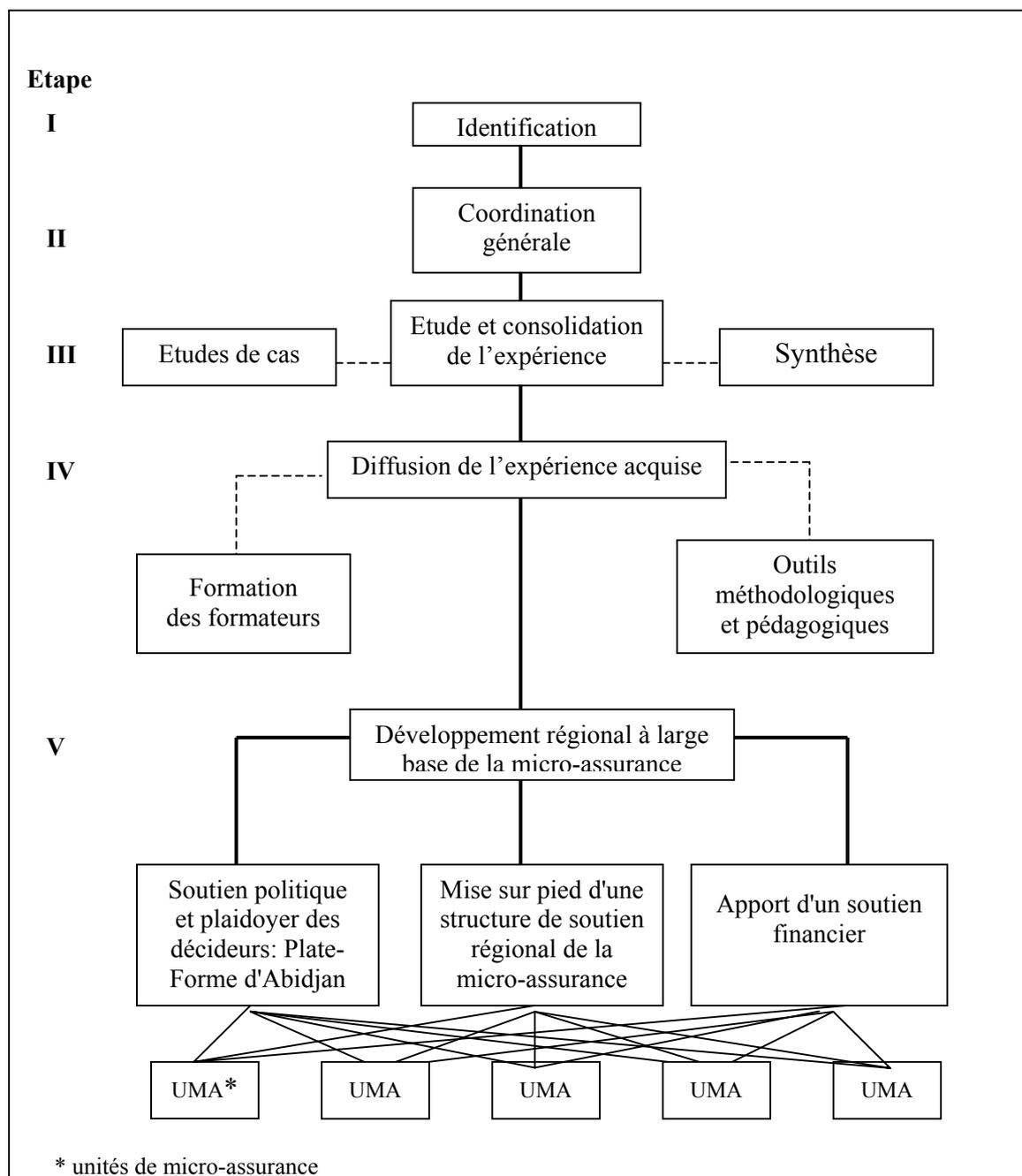
des ressources; sur la meilleure manière de faire passer les informations relatives aux cas de réussite pour les appliquer à l'amélioration de la protection et de la satisfaction des assurés, à l'amélioration du statut sanitaire, etc.

La stratégie de mise en application de l'OIT est conçue pour répondre à ces questions. Elle répond au besoin de soutien de chaque unité de micro-assurance en fournissant une voie pour le transfert de l'information entre unités, une infrastructure pour la recherche et la surveillance, un dispositif de formation et, surtout, une plate-forme pour le plaidoyer public et politique en faveur de cet instrument. La stratégie est décrite dans le schéma.

La première expérience relative à cette stratégie résulte des activités de l'OIT en Afrique centrale et occidentale. En juin 1998, un atelier de travail de haut niveau a été réuni à Abidjan, Côte d'Ivoire, pour présenter à de nombreux régimes participants la plate-forme de mise en application et les structures de soutien en voie d'élaboration. La réunion a adopté un document résumant les éléments essentiels, intitulé *La Plate-Forme d'Abidjan*. Cette dernière contient les points clés suivants:

- La nature démocratique, volontaire, autonome, participative, communautaire et désintéressée de la micro-assurance a été reconnue.
- L'approche ascendante et la nécessité de former des gens au niveau local pour un développement durable des institutions de micro-assurance ont été consacrées.
- L'importance de «l'apprentissage par l'action», des expériences sur le terrain et des évaluations et estimations d'impact comme base de progression des connaissances, de l'action et de la recherche a été soulignée.
- La Plate-Forme a mis en avant l'importance des données suivantes: responsabilisation des membres; développement de relations plus équilibrées avec les autorités; et développement de relations contractuelles entre institutions de micro-assurance et prestataires sanitaires.
- Elle a recommandé la diffusion des meilleures méthodes, la fertilisation croisée et la coordination entre décideurs, ainsi que le constant perfectionnement des outils appropriés.
- Elle a apporté son soutien à une couverture plus rapide par la micro-assurance des groupes de population grâce à l'établissement de liens avec les mouvements sociaux.
- Elle a invité les Etats à créer un environnement politique et juridique favorable au développement d'institutions de micro-assurance, sans toutefois que ceux-ci interviennent dans la gestion quotidienne.
- Elle a affirmé que le développement de la micro-assurance exige un soutien technique, financier, politique et institutionnel.
- Elle a signalé la nécessité de mettre sur pied des capitaux, des fonds de garantie et une réassurance pour les unités de micro-assurance.

Graphique 1: La stratégie d'application de la micro-assurance en cinq étapes



Tout comme l'Initiative de Bamako, la Plate-Forme d'Abidjan a été conçue pour l'Afrique; cependant, son contenu peut aussi s'appliquer à d'autres régions du monde. Il est donc prévu de proposer cette plate-forme lors de réunions similaires dans d'autres régions du monde, afin qu'elle soit adaptée et adoptée.

Le futur et l'avenir de la micro-assurance

La micro-assurance est née d'un besoin, sans écho, de créer un «produit» pouvant couvrir les personnes exclues des régimes existants d'assurance maladie. Il est vrai que le concept de micro-assurance est nouveau, et qu'on ne peut le comprendre sur la base de la seule intuition. Nous pensons que l'argument le plus convaincant en faveur de la micro-assurance serait qu'elle apporte la preuve tangible qu'elle est capable d'accomplir ce qu'elle se propose de réaliser: fournir aux exclus une protection contre les conséquences des risques de santé. Elle doit tenir compte des données qui ont rendu problématique l'accès des exclus tant aux soins de santé qu'à l'assurance contre les risques de santé. Le terme «micro-assurance» met l'accent sur deux éléments indispensables du projet. Premièrement, la solution passe par des organes basés sur le groupe. Deuxièmement, la solution est l'assurance maladie, adaptée aux conditions spécifiques présentées par de petits groupes de personnes. Plusieurs cas de tests et de pilotes laissent entendre que cela est possible. Le processus d'adaptation affronte plusieurs questions annexes, dont: comment éviter ou limiter le risque de domination par l'élite locale et la manipulation du groupe au sein du processus démocratique; comment relier les nombreuses unités de micro-assurance dans le cadre d'une authentique et vaste mise en commun du risque; et comment coordonner ce concept et les systèmes sanitaires gouvernementaux.

La micro-assurance fournit une assurance aux particuliers par le biais de leur affiliation à un groupe. Impliquer la communauté est nécessaire car elle joue un rôle qu'aucun particulier ne peut tenir seul. Ce rôle présente plusieurs avantages concomitants. Premièrement, une communauté peut se transformer en une force cohésive pour les personnes qui partagent de multiples caractéristiques concomitantes qui les défavorisent dans la société en général. Deuxièmement, la participation directe des membres dans le processus décisionnel du régime d'assurance maladie renforce la capacité de chaque personne à honorer la réciprocité dans l'accord de partage du risque qui la lie à autrui, toutes ces personnes recherchant avant tout leur propre intérêt. La structure autonome permet à ces personnes d'arriver à un consensus portant sur un intérêt collectif qui serait hors de leur portée individuelle. L'équilibre des objectifs collectifs peut être maintenu par le biais des intérêts individuels, partiellement en raison de la retenue exercée par chacun des membres due à la force des relations étroites au sein de la communauté. Cet accès gratuit du groupe à des informations personnelles sur les membres qui le composent accroît, et est accru par, la transparence des opérations et l'équité interne de la répartition. De plus, les interactions sociales qui découlent d'un intérêt commun relatif aux soins de santé constituent une base idéale pour la mise sur pied d'activités de promotion sanitaire et de prévention (van Ginneken, 1998, p. 9)²². Ces activités peuvent être diffusées à la fois par un meilleur ciblage, comme prolongement naturel de l'assurance maladie, et par la délégation des activités de promotion sanitaire et de prévention à l'infrastructure locale mise sur pied pour l'assurance maladie. Grâce à cette double entreprise, l'unité de micro-assurance peut introduire de multiples contrôles du risque de santé. Enfin et surtout, la gestion autonome et la transparence aident à réduire les coûts d'administration et de fonctionnement, partiellement grâce aux interventions volontaires des membres, mais aussi parce que la transparence réduit considérablement la corruption et que les membres

²² Il faut encore tester et vérifier que le groupe est prêt à consacrer de l'argent aux soins préventifs et aux activités de promotion de la santé pour permettre aux coûts des soins curatifs de rester bas.

peuvent sanctionner le gaspillage.

La principale activité du groupe à l'extérieur est son rôle d'acquéreur de services. Négocier un meilleur prix pour les services, servir d'interlocuteur aux fournisseurs de soins et insister sur la qualité et la quantité de l'offre — ce sont toutes là des fonctions que les personnes exclues auraient du mal à remplir à titre individuel. Il est possible que les pauvres dépensent peu en termes absolus mais, en termes relatifs, leur paiement constitue un effort aussi important que celui fourni par les personnes qui dépensent beaucoup. Donner aux pauvres une meilleure position dans les négociations n'est pas seulement une question d'équité, c'est aussi une question de nature économique. Donner du poids à la demande contribue à régulariser les schémas de dépense, ce qui peut alors contribuer à régulariser l'offre à un niveau plus élevé que lorsque la demande est imprévisible, fragmentée et sporadique. Habilitier des groupes exclus à agir en tant qu'acquéreurs de services est plus qu'une simple stratégie commerciale. Structurer la demande afin de gérer des dépenses globales plus grandes, plus efficaces et plus régulières devrait améliorer la croissance économique dans le secteur de la santé et dans l'économie en général, et améliorer l'intégration des exclus dans leur économie. De plus, ce processus d'habilitation promeut la gestion démocratique du secteur de la santé bien au-delà des différentes communautés.

Un nombre bien plus grand d'unités de micro-assurance que les exemples de mise en application cités ici doivent être mises sur pied. Leur réussite, non seulement en Afrique mais aussi en Asie, en Amérique latine, en Europe de l'Est et dans les pays de la Communauté des Etats indépendants, dépendra d'un partenariat étroit entre tous les acteurs de la micro-assurance aux niveaux local, national, régional et mondial. Certains aspects des opérations, en particulier le regroupement macroéconomique de nombreuses unités de micro-assurance au sein de vastes dispositifs d'assurance et de réassurance devront être étudiés et testés. Il est nécessaire d'effectuer plus de recherches sur les liens entre santé et pente sociale. Néanmoins, nous espérons que le concept présenté ici contribuera au débat sur la multiplication des options relatives à l'élargissement de l'assurance maladie aux exclus.

Bibliographie

- Arhin, D. C.** 1995. *Rural health insurance: A viable alternative to user-fees?: A review and evidence from three countries* (Public Health and Policy Departmental Publication No. 19). Londres, London School of Hygiene and Tropical Medicine.
- Atim, C.** 1998. *La contribution des caisses mutuelles de santé au financement, à l'accès et à la fourniture des soins médicaux en Afrique occidentale et centrale: une synthèse des recherches dans neuf pays*. Washington (DC), PHR-USAID (disponible aussi en anglais).
- Atkinson, A. B.** 1995. *Incomes and the Welfare State: Essays on Britain and Europe*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Bennett, S.; Creeze, A.; Monasch, R.** 1998. *Health insurance schemes for people outside formal sector employment* (Current concerns ARA Paper No. 16). Genève, Division of Analysis, Research and Assessment, Organisation mondiale de la santé.
- Besley, T.** 1995. «Savings, credit and insurance», dans *Handbook of development economics*, vol. 3A, 2123-2207. Handbooks in Economics n° 9.
- BIT.** 1989. *The organization of first aid in the workplace* (Occupational Safety and Health Series, n° 63). Genève, BIT.
- BIT; WSM; ANMC.** 1996. *Mutuelles de santé en Afrique: Guide pratique à l'usage des promoteurs, administrateurs et gérants*. Dakar, Bureau international du Travail, Solidarité mondiale, Alliance nationale de mutualités chrétiennes de Belgique.
- . 1997. *Mutuelles de santé en Afrique: Manuel de formateurs*. Dakar, Bureau international du Travail, Solidarité mondiale, Alliance nationale de mutualités chrétiennes de Belgique.
- Blane, D.; Brunner, E.; Wilkinson, R.** (sous la direction de). 1996. *Health and social organization*. Londres, Routledge.
- Bobak, M.; Blane, D.; Marmot, M.** 1998. *Social determinants of health: Their relevance in the European context* (WHO Verona Initiative, 1st Arena meeting 1998, Technical Input paper). Genève, Organisation mondiale de la santé.
- Chernew, M.; Frick, K.; McLaughlin, C. G.** 1997. «The demand for health insurance coverage by low-income workers: Can reduced premiums achieve full coverage?», dans *Health Services Research*, vol. 32, n° 4.
- Culyer, A. J.; Maynard, A.** (sous la direction de). 1997. *Being reasonable about the economics of health — selected essays by Alan Williams*. Cheltenham, Royaume-Uni, Edward Elgar.
- Duffy, K.** 1995. *Social exclusion and human dignity*. Background report for the proposed initiative by the Council of Europe, CDPS (1995) Steering Committee on Social Policy, activity II, 1b on human dignity and social exclusion. Strasbourg, Conseil de l'Europe.
- . 1998. *Project on Human Dignity and Social Exclusion. Risk and opportunity: Trends of social exclusion in Europe*. Strasbourg, Conseil de l'Europe.
- van Ginneken, W.** (sous la direction de). 1998. *Social security for all Indians*. Delhi, Oxford University Press.

- Hsiao, W.** 1995. «Abnormal economics in the health sector», dans P. Berman (sous la direction de): *Health sector reform in developing countries: Making health development sustainable*. Cambridge (Mass.), Harvard University Press.
- Kaddar, M., et coll.** 1997. «Prépaiement des soins de santé», dans *L'enfant en milieu tropical*, n° 228.
- Knippenberg, R., et coll.** 1997. «Eight years of Bamako Initiative implementation», dans *Children in the Tropics*, n° 229/230.
- Mueller, K. J.; Patil, K.; Boilesen, E.** 1998. «The role of uninsurance and race in healthcare utilization by rural minorities», dans *Health Services Research*, vol. 33, n° 3.
- Newbrander, W.** (sous la direction de). 1997. *Private health sector growth in Asia*. New York, J. Wiley.
- OMS.** 1978. *Primary health care*. Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, 6-12 September 1978. Genève, Organisation mondiale de la santé.
- . 1986. *The Ottawa Charter: Health promotion*. 1st International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986. Genève, Organisation mondiale de la santé.
- . 1988. *The Bamako Initiative: Women's and children's health through the funding and management of essential drugs at community level* (WHO Doc. AFR/RC37/R.1). Genève, Organisation mondiale de la santé.
- . 1997. *The Jakarta Declaration 1997 on Leading Health Promotion into the 21st Century* (WHO Doc. WHO/HPR/HEP/41HP/BR/97.4), Jakarta, 21-25 July 1997. Genève, Organisation mondiale de la santé.
- Outreville, J. F.** 1998. «The health insurance sector: Market segmentation and international trade in health services», pp. 111-124 dans S. Zarrili et C. Kinnon (sous la direction de): *International trade in health services: A development perspective*. Genève, Nations Unies et Organisation mondiale de la santé.
- Shaw, P. R.; Ainsworth, M.** 1995. *Financing health services through user fees and insurance*. Washington (DC), Banque mondiale.
- Shaw, P. R.; Griffin, C. C.** 1995. *Financing health care in sub-Saharan Africa through user fees and insurance* (Directions in Development). Washington (DC), Banque mondiale.
- UN ACC Task Force on Basic Social Services for All.** 1997. *Compendium of social issues from United Nations global conferences in the 1990s*. Une mention particulière doit être faite des textes suivants:
- World Conference on Education for All (Thaïlande, 1990), art. 6;
- World Summit for Children (New York, 1990), paragr. 9, 10, 11, 20.2, 24, et annexes I, II;
- UN Conference on Environment and Development (Rio de Janeiro, 1992), paragr. 6.4, 6.5, 6.12, 6.13, 6.18, 6.23, 6.27, 6.33, 6.34, 6.40, 6.41;
- World Conference on Human Rights (Vienne, 1993), paragr. 31, II.41;
- International Conference on Population and Development (Le Caire, 1994), paragr. 6.7, 7.6, 8.3, 8.5, 8.8, 8.13, 8.15, 8.17, 8.20, 8.21, 8.22, 8.29, 8.31;
- World Summit for Social Development (Copenhague, 1995), Commitments 2(b), 5(d), 6,6(c), 6(m), 6(o), 6(q), 6(w), paragr. 35, 36, 37, 74;
- 4th Conference on Women: Action for Equality, Development and Peace (Beijing, 1995),

Objectives C.1, C.2, C.3, L.5, paragr. 106, 108, 109, 281;
2nd UN Conference on Human Settlement (Habitat II) (Istanbul, 1996), paragr. 32, 36, 115,
118, 119, 121, 136, 137;
World Food Summit (Rome, 1996), Objective 2.4.
UNDP. 1997. *Human development report 1997*. Oxford, New York, Oxford University Press.
UNICEF. 1995. *The Bamako Initiative: Rebuilding health systems*. New York, United
Nations Children's Fund.