

Coopérer aujourd'hui n° 37

► Christine Poursat

Quelles articulations entre politique de santé et micro-assurance ?

Réflexions à partir du projet de micro-assurance santé du Gret au Cambodge

En milieu rural cambodgien, les problèmes de santé sont une des causes majeures d'endettement et d'appauvrissement. Pour y apporter une réponse, le Gret expérimente depuis 1998 un système de micro-assurance santé. Nous avons découvert qu'une articulation au système de soins était nécessaire, et permettait de garantir une qualité des soins aux assurés tout en améliorant le financement des centres de santé. Parallèlement, le ministère de la Santé travaille à une politique de santé renouvelée. Quelles articulations construire entre micro-assurance santé et politique de santé ? Une approche par les familles est-elle différente, et complémentaire, d'une approche par le financement de l'offre de soins ?

Sommaire

SOMMAIRE.....	1
SYNTHÈSE	3
QUELLES ARTICULATIONS ENTRE POLITIQUE DE SANTÉ ET MICRO-ASSURANCE ?.....	5
I. EXPÉRIMENTER UNE OFFRE D'ASSURANCE SÉCURISANT LES ÉCONOMIES FAMILIALES	6
1. La genèse du projet : risques de santé et impact sur les économies familiales au Cambodge	6
2. Le projet micro-assurance : démarche et histoire	9
2.1 Les hypothèses de départ	9
2.2 L'évolution des produits et des dispositifs	12
3. Une phase de consolidation (depuis 2002).....	17
3.1 Des modalités de fonctionnement stabilisées	17
3.2 L'articulation avec l'offre de soins	20
3.3 Un nécessaire changement d'échelle	24
II. LA MICRO-ASSURANCE SANTÉ DANS LA POLITIQUE CAMBODGIENNE DE SANTÉ PUBLIQUE .	25
1. La nouvelle politique de santé du Cambodge : processus et orientations	25
2. Entrer par les structures de soins ou par les familles ?	30
CONCLUSION	31
BIBLIOGRAPHIE	33

Synthèse

En milieu rural cambodgien, les problèmes de santé sont une des causes majeures de décapitalisation, d'endettement et d'appauvrissement. Un accident, une césarienne, un transport à l'hôpital, coûtent une bonne partie du revenu annuel d'une famille. Les soins sont chers, de faible qualité. Les ménages ruraux y consacrent 20 à 30 % de leurs revenus. La microfinance, qui permet d'aider les familles à stabiliser leur économie et à enclencher des dynamiques de capitalisation, n'apporte pas de réponse à ces problèmes.

À partir de son expérience en microfinance, le Gret a commencé à travailler sur la micro-assurance santé, dans une perspective de sécurisation des économies familiales. Depuis 1998, il expérimente dans deux régions du pays des modalités d'assurance, permettant de couvrir les principales pathologies et coûts des familles. Mais le principe de l'assurance, payer pour un risque potentiel à mutualiser, est peu évident au départ pour les familles. De plus, faute de références fiables sur les pathologies et leur prévalence, on est dans une réelle démarche expérimentale pour construire les références sur les pathologies en même temps que l'on expérimente le produit, pour gérer le dilemme entre un tarif trop haut qui décourage les familles et un tarif trop bas qui handicape la montée vers un équilibre financier à terme.

En cours de route, s'est imposée la nécessité d'articuler la micro-assurance santé à une offre de soins, pour en garantir la qualité. Une démarche de partenariat avec des structures de santé a été mise en place : pour les soins primaires, cruciaux pour les familles mais très difficiles à prendre en charge pour l'assureur, le Gret a choisi de proposer des contrats de capitation aux structures de santé, garantissant des ressources régulières contre une prise en charge forfaitaire des assurés. Articuler assurance santé et offre de soins permet ainsi de coupler garantie de qualité pour les patients et consolidation financière des centres de soins. Le dispositif est aujourd'hui au point, et c'est le nécessaire changement d'échelle qui permettra de véritablement savoir s'il sera ou non possible d'équilibrer le système sans subventions structurelles.

Dans le même temps, le ministère de la Santé du Cambodge s'est engagé dans une réforme profonde du système de santé, sur une logique de recouvrement des coûts. Il s'agit de sortir d'un cercle vicieux qui enferme les structures de soins dans une faible efficacité, encourageant les pratiques parallèles coûteuses pour les patients. L'assurance santé, le financement des centres de santé par un système de capitation, sont à l'ordre du jour. À côté de références régionales (Inde, Philippines ou Laos), l'expérience du Gret est reconnue comme une référence et inspire la définition par le ministère de la Santé d'une politique nationale sur l'assurance santé. La réflexion sur l'assurance santé à partir d'une entrée par le financement des systèmes de soins a de nombreuses parentés avec celles que nous développons, et un dialogue approfondi s'est engagé. Pour autant, une approche par les familles (celles de la micro-assurance) n'est pas exactement la même chose qu'une approche par le financement des centres de santé : l'articulation avec les soins n'est pas forcément la même, la façon d'organiser le dispositif d'assurance non plus. Clarifier ces ressemblances et différences permet d'avancer dans le débat sur les modalités de cette articulation nécessaire entre financement du système de santé et assurance santé.

Quelles articulations entre politique de santé et micro-assurance ?

Réflexions à partir du projet de micro-assurance santé du Gret au Cambodge

Christine Poursat (Gret)

Au croisement entre microfinance et politiques de santé, la micro-assurance santé est un champ d'intérêt croissant pour les différents acteurs du développement. Pour les acteurs de la microfinance, l'assurance santé apparaît comme un outil de sécurisation économique des familles complémentaire de l'épargne et du crédit, permettant d'éviter l'impact dramatique de risques de santé importants, dans un contexte où la couverture par les systèmes de protection sociale reste marginale¹. En parallèle, les efforts de réforme des politiques publiques de santé dans les pays du Sud se heurtent à des contraintes fortes en termes de financement des soins ; gouvernements et bailleurs de fonds espèrent de l'assurance qu'elle permette un accès aux soins des familles pauvres et contribue à attirer les populations vers l'offre de soins publique, permettant ainsi sa viabilité.

Pour le gouvernement cambodgien, la micro-assurance santé est un thème d'actualité, partagé entre deux secteurs au moins, ceux de la santé et de l'assurance, qui ont des rythmes de progressions différents et sont encore relativement cloisonnés (acteurs distincts, politiques publiques non coordonnées, tutelles distinctes). La définition, en cours, d'une politique nationale sur l'assurance santé met en évidence les enjeux de ce secteur. La préoccupation centrale du gouvernement, soucieux de rendre attractives des structures publiques de soins encore boudées par les usagers, est d'assurer l'équilibre financier du système de santé public.

Ces deux approches – l'une visant avant tout à sécuriser durablement les économies familiales, l'autre à viabiliser en priorité l'offre de santé publique – ont un objectif différent, et sont potentiellement antagonistes. Peuvent-elles être compatibles, et à quelles conditions ?

Au Cambodge, le projet de micro-assurance que mène le Gret depuis 1998 est issu de notre expérience dans le secteur de la microfinance, et de la perception que nous avons eu de l'inefficacité d'outils financiers classiques face à l'impact économique des risques de santé sur les familles rurales. Partis d'un objectif premier de sécurisation des économies familiales, nous avons progressivement intégré la question de l'articulation entre assurance et structures

¹ Les régimes de Sécurité sociale couvriraient à peine 10 % de la population totale en Afrique, les chiffres étant plus variables en Asie et en Amérique latine (tout en restant inférieurs à 50 %), (réf. BIT/CIDR).

de santé publiques en milieu rural. Pour offrir par l'assurance un accès à une offre de soins de qualité et aux tarifs clairs, nous avons adopté en 2001, après quelques tâtonnements, un système pilote de contractualisation avec des centres de santé primaires et des hôpitaux publics, qui ne va pas sans quelques interrogations (comment contrôler la qualité des soins, à un coût acceptable ? Quelles perspectives de viabilité ?).

À mi-parcours de la phase pilote définie en 2002 pour le projet micro-assurance, cette synthèse de nos acquis à ce stade s'inscrit dans ce débat : elle retrace l'évolution du projet vers un partenariat avec les structures de santé publiques cambodgiennes et souligne les éléments encore à creuser, pour clarifier les articulations possibles entre micro-assurance santé et politique de santé publique.

I. EXPERIMENTER UNE OFFRE D'ASSURANCE SECURISANT LES ECONOMIES FAMILIALES

1. La genèse du projet : risques de santé et impact sur les économies familiales au Cambodge

■ L'impact des risques de santé sur les familles rurales cambodgiennes

Le Cambodge est l'un des pays au monde où la situation sanitaire est la plus préoccupante. L'espérance de vie plafonne à 56 ans pour les hommes et 53 pour les femmes, la mortalité infantile est de 11,5 %, la mortalité maternelle est de 473 pour 1 000. La progression du sida, les épidémies de dengue hémorragique, la présence de malaria, de choléra et de fièvre typhoïde expliquent en partie des taux de morbidité et de mortalité élevés.

La faiblesse de l'offre de soins est un autre facteur explicatif clé de cette situation. Cette faiblesse est en partie imputable aux séquelles de la période khmère rouge (élimination des médecins traditionnels et publics, absence de système de formation médicale locale jusque très récemment). On comptait 50 médecins dans tout le pays fin 1979, à l'issue du régime khmer rouge ; 2 000 agents de santé avaient été formés en urgence dans les camps. La pénurie de personnel médical qualifié demeure ; environ 350 médecins diplômés d'État sortent annuellement de la faculté de médecine, et la formation de médecins assistants (5 ans d'études) a été arrêtée.

Deux systèmes de soins cohabitent aujourd'hui au Cambodge :

- un secteur public sous-utilisé, qui offre des soins de qualité faible à des prix réels élevés (tarifications officielles auxquelles s'ajoutent des surcoûts officieux) ;
- un secteur privé non réglementé et en expansion (principalement en zone urbaine), qui offre des soins peu rationnels (notamment surmédication) à des prix très élevés.

Globalement, on peut parler d'une utilisation inappropriée à la fois du secteur privé et du secteur public, avec un recours à de nombreux praticiens, une automédication importante et un recours aux soins tardif. L'automédication est un phénomène impressionnant au Cambodge ; les médicaments de tous types circulent en abondance, y compris en milieu rural (vente à l'unité dans l'échoppe locale), sans contrôle de l'État. Durant la période khmère rouge, la sup-

pression du système de santé moderne a favorisé l'automédication. L'accès direct aux médicaments est encore le premier recours aujourd'hui et l'absence d'éducation à la santé de la population ne permet pas de rationaliser les soins. Dans plus de 70 % des cas le patient, en premier recours, achète donc directement des médicaments, sans consulter. Si son état de santé ne s'améliore pas, il consultera ensuite un praticien privé, et ne se dirigera qu'en dernière instance vers les structures publiques ; dans le même temps, il aura souvent recours à la médecine traditionnelle pour essayer d'augmenter ses chances de guérison.

La population du milieu rural, isolée, souffre le plus du manque de soins (NPHRI/GTZ/OMS, 1998). Une étude récente, menée dans 40 villages et sur 4 provinces, a montré que les enfants n'étaient emmenés dans le secteur public que lorsqu'ils devenaient sérieusement malades.

Les malades connaissent les prix du marché des médicaments. Ils sont amenés à discuter la prise en charge de leur pathologie en fonction des sommes dont ils disposent et de leur perception des soins nécessaires, à très court terme. Cette attitude est favorisée par les prestataires de soins publics ou privés, qui ne peuvent vivre avec pour seul revenu le salaire versé par l'État (10 à 20 \$ par mois, alors que le revenu minimum nécessaire est estimé à 100 \$). Il leur est donc indispensable d'accéder à la demande thérapeutique du malade et de facturer des médicaments que le patient ne peut pas se procurer en pharmacie. Les professionnels (privés ou publics) facturent des prestations au prix fort, et la qualité des soins fournis est extrêmement faible (surmédication, médicaments et soins inadaptés, antibiothérapies et injections quasi-systématiques...).

En résumé, comme le concluait une mission d'appui au projet (A. De la Seiglière) en 1999 : *« Patients et professionnels entretiennent une relation préjudiciable au capital santé et financier du malade, mais qui les satisfait tous deux à court terme. »*

Il en résulte, pour les Cambodgiens, des dépenses de santé particulièrement élevées. Les familles cambodgiennes consacrent entre 17 et 28 % de leur budget aux dépenses de santé (NPHRI/GTZ/OMS, 1998), les plus pauvres dépensant le plus en valeur relative (28 %)². D'autres études récentes avancent plutôt des fourchettes de 18 à 25 % ; quoi qu'il en soit, ces pourcentages sont beaucoup plus élevés que ceux observés dans des contextes culturels différents. Dans plusieurs pays africains, les dépenses courantes de santé représentent en général de 5 % à 10 % des revenus monétaires annuels (B. Galland, 1999).

Une maladie ou un accident peuvent avoir un impact considérable au niveau familial. Une césarienne coûte par exemple 200 dollars environ, dans un pays où le revenu annuel d'une famille paysanne pauvre ne dépasse pas les 300 dollars. Pour une famille à faibles revenus, le microcrédit permet de maintenir ou développer des activités ; l'épargne permet une stratégie de prévoyance face aux dépenses futures, prévues ou non. Cependant, une situation de crise importante, imposant des dépenses bien au-delà de l'épargne accumulée, peut avoir un impact décisif sur cette même famille. Les familles « riches » font face jusqu'à une certaine limite en puisant dans l'épargne, tandis que les familles pauvres doivent vendre leur capital, depuis les biens d'équipements jusqu'à la vente de bœufs de trait ou de terres par exemple, ou bien s'endetter – compromettant parfois plu-

² Pour financer leurs dépenses de santé, les familles sont contraintes à désépargner (épargne liquide, vente de terre) ou à s'endetter.

sieurs années d'accumulation liée au crédit. Une étude récente (Oxfam, 2000) confirme que les dépenses de santé sont la seconde cause des ventes de terres par les paysans cambodgiens (pour plus de 22 % des cas, derrière les mariages à 23 %).

■ Une perception des limites du microcrédit

L'idée initiale de la micro-assurance santé, pour le Gret, est directement liée à notre implication en appui à un programme de microfinance cambodgien et au constat de l'impuissance des outils financiers « classiques » (crédit et épargne) à sécuriser les familles paysannes cambodgiennes, face à de lourdes dépenses de santé.

Le Gret avait en effet appuyé dès 1991 le développement d'un programme de crédit rural, qui s'est transformé en 2000 en une IMF (institution de microfinance) reconnue légalement, sous le nom de EMT³. EMT couvre actuellement plus de 90 000 clients en milieu rural. L'idée d'un service d'assurance santé est héritée initialement des caisses de secours mises en place très tôt dans le cadre de EMT. Initialement – puisque l'institution est à présent gérée essentiellement par les salariés – les services de microfinance étaient gérés par des comités villageois élus par les membres. Dès le départ, un système de « caisse de secours » était proposé par le projet aux associations villageoises, en complément des services de microfinance classiques. Il s'agissait d'un système simple, basé sur une cotisation prélevée sur le montant de chaque crédit emprunté. Le fond ainsi constitué était ensuite mobilisable pour faire face à l'incapacité de certains clients de rembourser, en cas de force majeure (accidents graves, décès). Plus de 50 caisses de secours ont ainsi été mises en place de 1991 à 1995 ; au début seuls les cas de décès donnaient lieu à indemnisation, puis certaines caisses ont cherché par elles-mêmes à étendre les risques couverts. Le projet a laissé se développer ces initiatives, afin de voir comment elles évoluaient, puis une évaluation a été réalisée en 1996. Cette dernière a montré que si le principe du fonds de secours était apprécié parce qu'il permettait de pallier en partie les aléas de la vie des familles, le système offrait un service financier trop limité. Les cotisations étaient faibles ; par voie de conséquence les indemnités étaient minimes. Il ressortait de cette enquête que si les motifs d'indemnisation et les montants des indemnités pouvaient être étendus, les familles pouvaient parfaitement accepter d'augmenter le montant de leur cotisation.

Une étude de l'impact micro-économique du crédit réalisée par le Gret en 1995-1996 (Daubert P., Gauthier N., Parent M., 1997) confirmait par plusieurs éléments l'intuition de la pertinence d'un produit d'assurance. Dans un système où l'épargne monétaire, pour de multiples raisons, restait très limitée, le constat était que face à des dépenses de santé importantes, les ménages ruraux cambodgiens étaient confrontés au surendettement ou à la décapitalisation dans une partie des difficultés de santé. La conclusion fut la suivante pour le Gret : si le crédit permet effectivement la génération de revenus, il était souhaitable d'agir en complément pour sécuriser les revenus.

■ D'où un objectif central : sécuriser l'économie des familles rurales

L'hypothèse initiale du projet était donc la logique de complémentarité entre les services financiers offerts par les IMF et la micro-assurance santé. L'objectif principal défini pour le projet était de sécuriser les revenus des ménages ruraux cambodgiens en limitant les consé-

³ Ennathien Moulethan Thonnebat, crédit rural décentralisé en khmer.

quences économiques des dépenses de santé lourdes (maladies, accidents), tout en favorisant l'accès de ces ménages à des soins de santé adaptés et de qualité.

2. Le projet micro-assurance : démarche et histoire

Les grandes étapes du projet

A : PHASE EXPÉRIMENTALE

- (a) 1997 : enquêtes, réflexion sur le modèle, étude de marché.
- (b) 1998-1999 : première zone d'intervention (Kandal) : test d'un produit d'assurance offrant en échange d'une cotisation individuelle, puis familiale, une couverture simple, limitée à quelques gros risques (décès, amputations, chirurgie du tronc). Sur cette zone, en l'absence de structures de santé pouvant être des partenaires potentiels, il est fait le choix d'intégrer une offre de soins primaires de proximité (embauche d'un médecin dans l'équipe, présent dans les villages).
- (c) 2000-2001 : ouverture d'une deuxième zone (Takéo), sélectionnée en raison de la présence de structures de santé intéressantes. L'idée est de développer des partenariats avec des structures de soins publiques, l'intégration de l'offre de soins dans le système d'assurance paraissant difficile à maintenir à terme.
- (d) Fin 2001/début 2002 : évaluation interne, validation des orientations sur la démarche et les zones géographiques.

B : PHASE PILOTE

- (e) 2002-2004 (en cours) : avec l'implantation d'un centre de santé primaire sur la zone de Kandal, il est décidé d'abandonner l'option de l'intégration de l'offre de soins. Des partenariats sont conclus avec tous les niveaux de structures de soins sur les provinces de Kandal et de Takéo. Le projet cherche à s'étendre à une échelle plus ambitieuse (4 000 assurés visés à fin 2004), pour valider la pertinence et la viabilité du système d'assurance.

2.1 Les hypothèses de départ

Le premier protocole a été lancé par EMT en juin 1997 dans la commune de Roluos de la province de Kandal (dite zone 1). À l'automne 1998, une petite équipe « Gret assurance » a été formée avec un chef de projet expatrié et des cadres cambodgiens pour la première fois recrutés en dehors du projet EMT.

■ Le choix assumé de la séparation microfinance / micro-assurance

L'idée d'une expérimentation d'un produit d'assurance a été au démarrage soutenue avant tout par le Gret. Si les enquêtes et la réflexion sur l'assurance ont impliqué plusieurs cadres et

agents de crédit cambodgiens d'EMT, en revanche la décision de se lancer dans un test est restée assez extérieure à l'institution de microfinance, qui n'y voyait pas une priorité immédiate.

Il est important de souligner que EMT était à l'époque entrée dans une phase explicite de recherche de l'équilibre financier (atteint au niveau opérationnel en 1998), de l'institutionnalisation (obtenue en 2000/2001) et du renforcement de l'équipe de cadres. En l'absence de pressions extérieures fortes, des clients ou de la concurrence, la priorité n'était clairement pas encore à la diversification des produits. La croissance et le succès de l'institution avaient reposé jusque-là sur un produit unique de petit crédit solidaire (montant moyen : 40 USD). L'étude d'impact de 1995-1996 avait mis en valeur l'existence d'une demande des clients d'EMT pour des crédits de taille plus importante : la seule diversification réellement à l'esprit des cadres d'EMT concernait le crédit individuel déplaçonné. L'assurance ne représentait pas une priorité, et de fait l'expérimentation arrivait au plus mauvais moment pour l'institution, qui cherchait à maîtriser de front sa croissance et ses efforts de consolidation. Les premières enquêtes (sorte d'étude de marché) sur l'assurance en 1997 ont donc été menées dans le cadre d'EMT (avec deux agents de crédits et un animateur cambodgiens, sur la province de Kandal). En revanche, dès qu'un véritable projet expérimental a été envisagé, EMT a considéré que l'expérimentation risquait d'être coûteuse en temps et en énergie pour les cadres et les agents de crédit qui en seraient chargés ; sans compter que l'assurance santé était un produit nouveau, moins attractif que le crédit pour la population et d'une rentabilité incertaine.

Le projet expérimental lancé ensuite a donc été séparé clairement d'EMT (bureaux distincts, reprise d'un cadre d'EMT faisant le choix du projet assurance, embauche de personnel hors EMT). Il s'est agi à partir de là d'un projet à part entière, avec un appui expatrié et une équipe locale indépendante d'EMT. Par la suite, l'implication de l'IMF ne s'est faite qu'à la marge (avis sur le choix des zones d'intervention, échanges ponctuels d'informations).

■ Une équipe et des moyens volontairement économes

Une équipe restreinte de cambodgiens a été constituée progressivement. Il s'agit de personnes jeunes (30-35 ans pour les cadres, formation niveau université), motivées et dynamiques mais qui ont clairement besoin d'un appui continu assez long, et de formations dans une multitude de domaines (de la maîtrise de l'anglais et de l'informatique à des formations plus techniques sur la gestion d'un système d'assurance). Les agents d'assurance (un par zone) sont directement basés sur le terrain.

Il nous a semblé important de définir, aussi tôt que possible, la composition future de l'équipe, et de recruter notamment un homologue du chef de projet expatrié, pouvant progressivement gérer la direction du système au-delà de la phase projet, dans un cadre institutionnel encore non clarifié.

Les moyens du projet sont limités (une voiture et quelques motos, du matériel informatique), pour tenir compte des objectifs d'équilibre financier de la future structure. Nous travaillons en 2003/2004 à l'amélioration du contrôle interne et de l'information (mise en place d'un SIG adapté).

■ Un processus expérimental

D'une façon générale, le champ de la micro-assurance est un secteur encore sous-exploré et peu documenté, où il existe de fait peu de références. Des systèmes communautaires de type

« mutuelles de santé » sont expérimentés depuis le début des années 90 en Afrique, mais les performances de ce secteur encore émergent – qui ont donné lieu par ailleurs à des capitalisations intéressantes, ne sont pas encore démontrées dans la durée (Atim Chris, 1998). Dans les pays du Sud le concept d'assurance en général est encore balbutiant si l'on excepte des expériences spécifiques d'assurance de cultures ou d'animaux, ou bien des systèmes de protection sociale offerts à des employés d'ONG ou d'entreprises. Il commence cependant à être exploré par des acteurs du champ de la microfinance, principalement les anglo-saxons. En France, en dehors des spécialistes de l'assurance comme la MSA, seul le CIDR a développé une expertise spécifique sur le sujet des mutuelles de santé, et travaille sur l'articulation entre les systèmes de crédit décentralisés et l'assurance (au Mali notamment).

Confrontés au manque de réelles références dans ce domaine, nous avons opté pour une démarche expérimentale : il s'agissait de définir des objectifs, tester une méthodologie à petite échelle, adapter par itérations le système. Cette période s'est conclue, en 2001, par une évaluation interne Gret, qui a permis de définir par la suite un système « pilote » stabilisé.

■ **Vers un système « hybride », ni assurantiel, ni mutualiste**

Nous avons fait le constat au début des années 90, au Cambodge, d'une dynamique collective faible lors de la mise en place du projet de microcrédit, dans un contexte de liens sociaux désstructurés. Notre choix méthodologique initial avait été celui de caisses autogérées, reposant sur l'hypothèse que l'apprentissage de la gestion partagée du crédit serait porteur d'une dynamique collective, qui elle-même pourrait générer d'autres formes d'organisations (coopératives par exemple). Après quelques années d'expérimentation nous avons choisi d'abandonner l'option de l'autogestion pour centraliser la gestion au niveau des salariés. Cette analyse, basée sur la pratique opérationnelle, a été partagée depuis par d'autres opérateurs de microfinance dans ce pays.

Nous avons donc tenu compte de notre expérience, en évitant d'emblée une méthodologie purement mutualiste dans la mise en place d'un système d'assurance santé. Dans le même temps, nous souhaitons, pour garantir l'adaptation des services à la demande, utiliser des techniques participatives de définition des produits, ainsi qu'un dispositif de suivi-évaluation impliquant les assurés (mise en place de comités de suivi villageois, dispositif d'enquêtes régulières à la fois sur les recours aux soins et sur la satisfaction des membres) (Poursat C., Le Roy P., 2001).

■ **La micro-assurance, un concept nouveau pour les populations**

L'attractivité d'un service d'assurance n'est pas du tout comparable à celle de services comme le microcrédit. Au Cambodge, les bénéficiaires n'ont pas une connaissance des systèmes d'assurance bien ancrée⁴. L'attractivité du service et les niveaux d'adhésion semblent fortement liés à quelques facteurs :

- le niveau de la prime et le mode de cotisation (une cotisation fractionnée rendant acceptable un niveau de prime plus élevé) ;

⁴ Une étude initiale du Gret en 1997 montrait que les pratiques informelles communautaires, réduites par le passé (*associations des morts* permettant une participation collective aux frais des funérailles, par groupe de cinq ou six villages) avaient quasiment disparu après 1975 ; les assurances formelles étaient restées limitées à quelques catégories privilégiées de la population.

- des « techniques » d'information adaptées (réunions villageoises, discours simple exigeant une formation importante des vendeurs, information et collecte de la cotisation concomitantes, etc.) ;
- un effet de démonstration qui prend forcément beaucoup de temps (de nouveaux assurés rejoignent le système, lorsqu'ils ont constaté l'impact du service sur leurs voisins) ;
- l'accès à des soins primaires adéquats : dans un environnement où les ménages dépensent beaucoup sur des recours multiples et inefficaces, en premier lieu pour les soins primaires, la couverture uniquement des gros risques présente un intérêt limité pour les familles ;
- la qualité perçue de l'accueil et des soins offerts par les structures de santé partenaires (or le patient n'est pas forcément sensible à une qualité objective médicale, mais plutôt à la proximité, l'attitude du personnel, ou à des pratiques peu recommandées, comme les injections et sérums, la distribution d'antibiotiques « à volonté »).

■ Le dilemme des soins primaires

L'intérêt de sécuriser les soins primaires, dans un système d'assurance, n'est pas seulement un moyen d'attirer la clientèle : c'est aussi un moyen d'appuyer la prévention *in fine* des gros risques (si une personne se soigne mieux et plus tôt, on évitera peut-être l'hospitalisation), donc de limiter ses coûts.

Néanmoins, proposer une couverture des soins primaires est potentiellement très risqué pour un assureur (risque de « surconsommation » des soins par les assurés, c'est-à-dire de consultations très fréquentes) et oblige en général à imposer aux assurés des copaiements élevés, qui à leur tour limitent l'intérêt de la garantie offerte pour les bénéficiaires. Par ailleurs, il est difficile de proposer un accès aux soins primaires, sans avoir de sérieuses garanties sur un niveau de qualité minimum de ces soins (qualité médicale, qualité du service).

Ainsi, l'articulation du système avec l'offre de soins primaires présentant des garanties de qualité minimum (tout en préservant les perspectives de viabilité du projet), est apparue comme un point crucial du projet.

2.2 L'évolution des produits et des dispositifs

Jusqu'en 2001, le projet a évolué, reflétant nos choix sur deux difficultés principales, la définition du « prix » de l'assurance, et la question centrale de l'articulation avec l'offre de soins.

■ Fixer le « juste » niveau de la prime

Si dans le secteur du microcrédit par exemple, un certain nombre de références permettent de déterminer quel doit être le niveau de taux d'intérêt, le prix du service d'assurance est plus délicat à fixer. Il existe peu de références dans ce secteur, de « bonnes pratiques » établies.

Le montant de la cotisation, pour l'assureur, est théoriquement fonction de plusieurs éléments :

- le coût des services offerts en contrepartie ;
- le taux d'occurrence des risques couverts ;
- la taille de la population touchée.

Le but est de définir le niveau d'équilibre souhaitable en fonction des charges de fonctionnement du système.

Or un point fondamental au Cambodge est que nous n'avions sur la durée aucun élément statistique fiable, rendant possible l'estimation de taux d'occurrence des risques, et très peu de points de comparaison possibles. Par ailleurs, en l'absence de références établies, il était difficile de se projeter dans l'avenir pour pouvoir prévoir ce que seraient le nombre de membres, le niveau de cotisation et les charges du système à ses différents niveaux, en régime de croisière.

Il fallait choisir entre deux risques :

- lancer d'emblée une cotisation faible, attractive, permettant de familiariser les clients à l'assurance. Il s'agissait d'ancrer le concept d'assurance dans le raisonnement des villageois, et d'obtenir au bout de quelques années une masse critique de clients pouvant témoigner de l'intérêt du système. Mais relever ensuite la prime pouvait s'avérer très difficile (ce qu'avait montré, dans le cas du crédit, la difficulté à rehausser un taux d'intérêt) ; ce qui risquait de remettre en cause les perspectives de viabilité financière ;
- viser dès le départ une cotisation élevée, de façon à garantir l'atteinte à moyen terme de l'équilibre financier, mais avec le risque de décourager des clients potentiels et donc de limiter les résultats de l'expérimentation en n'ayant pas la masse critique nécessaire pour estimer la portée potentielle et constituer des références sur l'occurrence des risques.

La priorité au départ a clairement été donnée à l'acceptabilité du montant de la cotisation par les familles. Le montant de la cotisation, au tout premier cycle d'assurance, était ainsi de 3 000 riels (soit moins d'un dollar) par personne et par an.

Le relèvement de la cotisation n'a pas été simple à négocier et s'est toujours traduit dans un premier temps par une chute des adhésions, bien évidemment. Nous avons eu néanmoins pour stratégie, depuis, de poursuivre l'augmentation progressive de la cotisation vers le niveau d'équilibre estimé, au fur et à mesure que le produit s'adaptait mieux aux besoins perçus des familles. Il est clair également que l'acceptabilité de la prime dépend de plusieurs facteurs : non seulement de son niveau réel, mais aussi de la perception de l'impact de l'assurance, et également du mode de cotisation. Le fractionnement de la prime rend en effet possible le paiement de petites sommes, plus acceptables pour les assurés ; d'où nos efforts (encore en cours) pour adapter les modalités au maximum aux contraintes de trésorerie des familles.

Actuellement, les produits d'assurance santé sont encore proposés à un tarif subventionné : la cotisation en zone 3 par exemple est fixée à 5 000 riels par personne et par semestre, soit 10 000 riels par an, la cotisation d'équilibre étant estimée à environ 14 000 riels par personne et par an (pour un système couvrant 30 à 40 000 personnes).

■ **Intégrer l'offre de soins primaires ou contractualiser avec des structures existantes ?**

À vrai dire, la question ne s'est pas posée en ces termes au démarrage du projet. Pour des raisons d'opportunité (connaissance de la zone par EMT, possibilité de détacher un agent de crédit pour des enquêtes...), nous avons choisi de démarrer l'expérimentation dans une zone de la province de Kandal, dont l'environnement semblait par ailleurs assez favorable (zone non enclavée, conditions économiques correctes, appui des autorités locales). L'offre de soins primaires formelle, sur la zone, était à l'époque inexistante.

Le tout premier produit d'assurance testé en 1998 ne couvrait que quelques gros risques (amputations, décès, quelques opérations du tronc), et il est vite apparu que donner accès à des soins primaires serait un élément déterminant pour le développement de l'assurance. En 1999, les prestations évoluent (les amputations, rares, ne sont plus couvertes, les accouchements avec ou sans complications et les transports en urgence sont indemnisés) et surtout, devant l'absence d'une offre de soins primaires de proximité et de qualité, une formation sanitaire est constituée au sein même du projet. Un médecin recruté par le Gret effectue des visites à domicile pour les membres, les médicaments sont fournis et facturés par le médecin, un examen de prévention gratuit est proposé pour les nouveaux adhérents. Le taux de pénétration s'élève alors fortement (27 % dans la zone), la réaction des assurés est très positive. Le solde cotisation - indemnisation est positif, mais très clairement les charges liées à l'activité médicale ne sont pas équilibrées par les recettes des consultations et de la vente des médicaments.

La situation change avec la construction d'un centre de santé public (premier semestre 1999) dans un village de Roluos, l'une des deux communes d'implantation du projet. L'activité du centre devient effective en mars 2000. Lors de la période d'adhésion au système d'assurance pour le second cycle en mai 2000, le taux de pénétration du projet redescend à 11,3 %. Deux éléments sont alors invoqués par les villageois : le doublement de la cotisation (correspondant à une extension des risques couverts), et la présence du centre. La concurrence directe du centre de santé est d'ailleurs faible, mais le lancement de la structure se traduit par des pratiques privées concurrentielles des agents de santé nommés au centre.

Un premier bilan (A. De la Seiglière, 2000) notait que les pratiques médicales du médecin embauché par le Gret étaient globalement satisfaisantes, et que la satisfaction de la population était liée à sa disponibilité forte, et sa capacité de conseil. L'intégration des soins (dans le cas testé, médecin privé soignant à domicile) est une garantie certaine de contrôle de l'offre de soins (qualité des soins, contrôle des coûts des prestations et des fraudes). En revanche, le maintien d'une offre de soins par le Gret ne semblait pas compatible avec la mise en place du centre de santé public, quels que soient les dysfonctionnements de ce dernier. « Il est à craindre que toute création d'une offre de santé par le système d'assurance maladie soit contrecarée à terme par la venue d'un centre de santé. »

Lors de ce bilan, puis de l'évaluation interne menée en 2001 (Botzung, Niewkerk, 2002), les limites du choix de l'intégration des soins primaires dans le projet sont clarifiées :

- (1) La question de la concurrence des activités du système d'assurance avec le système sanitaire public est centrale. Quels que soient les dysfonctionnements du centre de santé, elle est difficilement acceptable d'un point de vue politique par le ministère de la Santé, avec lequel le projet est par ailleurs sous convention. En parallèle, les premiers contacts avec le centre de santé montrent qu'il serait possible de mettre en place un partenariat.
- (2) Malgré une satisfaction exprimée par les assurés, les assurés soulignent les limites du système, qui ne peut offrir des soins que pour certaines maladies, suivant des pratiques pas

toujours acceptées par les familles (refus des injections systématiques) et à des horaires limités. Les familles, même assurées, doivent encore avoir recours aux praticiens privés du village dans les cas d'urgence la nuit ou le week-end, et les praticiens privés reçoivent très mal les demandes des assurés qui sont de fait sortis de leur clientèle (refusant parfois de soigner les assurés la nuit, ou de différer le paiement pour des soins dont le coût est élevé). Il semble donc que les familles soient obligées de faire un arbitrage entre limiter de manière générale leurs dépenses pour soins primaires avec le système d'assurance, et encourir le risque de ne pas être soignées par le praticien privé concurrent. Les améliorations du service nécessaires risquent d'élever fortement le coût du produit, et de renforcer la situation de concurrence.

- (3) Sans possibilité de subvention importante du service, le prix réel de ces services paraissait à terme difficilement accessible aux populations rurales, compte tenu du niveau de vie des familles rurales (et de la volonté de respecter des pratiques médicales rationalisées).

Dès 1999 nous étions en parallèle en discussion, sur la province de Takéo, avec des structures de santé « pilotes » (appuyées par des ONG). Une solution envisagée sur Takéo était la signature d'accords de « capitation » avec les structures de santé primaires (voir plus loin la description de ce type d'accord). Nous avons alors choisi de retenir ce modèle unique de partenariat sur la zone de Kandal également, si dans une période test le centre de santé primaire de la zone montrait une vraie volonté stratégique de s'impliquer.

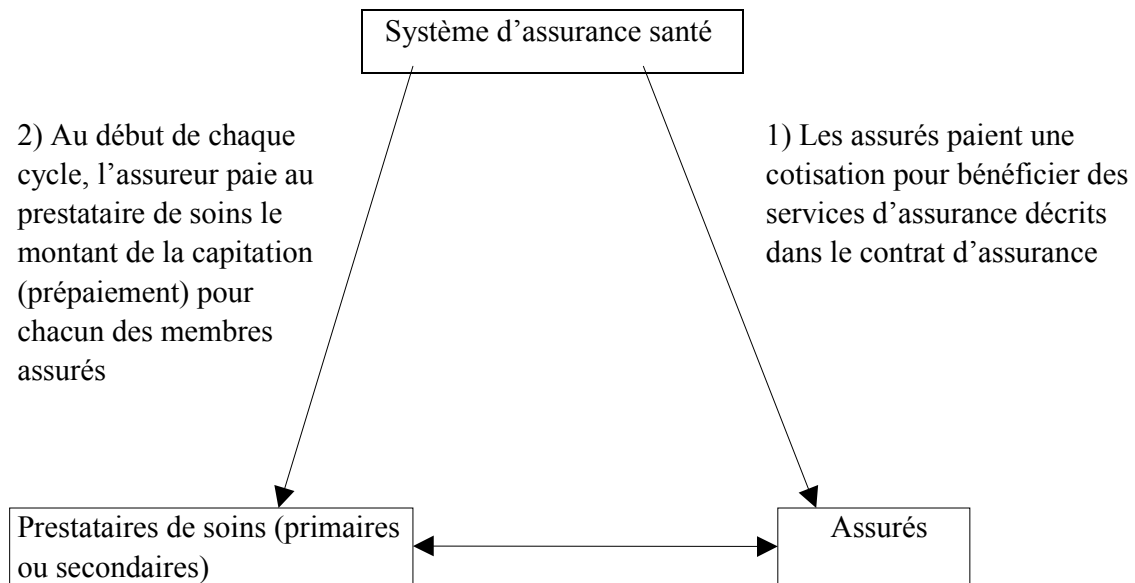
■ Une articulation à deux niveaux

Il nous est donc paru possible, en synthèse, de bâtir sur l'ensemble des zones du projet un système d'assurance avec des partenariats à deux niveaux :

- Un lien avec les **prestataires de soins primaires** (mais avec un système de capitation pour limiter les dépenses du système d'assurance) ; à ce niveau, l'assurance **favorise l'utilisation** du prestataire partenaire ; l'offre privée restant en revanche déficiente en zone rurale, le Gret a fait le choix de travailler avec des prestataires de soins publics, si possible bénéficiant d'appui d'ONG médicales internationales offrant une garantie de qualité minimum nécessaire au démarrage de l'assurance.

Dans le mécanisme de paiement par capitation :

- les assurés paient une cotisation, collectée par le système d'assurance maladie ;
- un montant de capitation est calculé par assuré ; le système d'assurance maladie donne au prestataire de soins le montant de la capitation (prépaiement) au début de chaque cycle ;
- le prestataire de soins doit fournir les soins de base indiqués (consultations, médicaments), sans discrimination, gratuitement ou avec un copaiement, pendant la durée du contrat, aux conditions fixées contractuellement (qui peuvent inclure des exigences en termes de qualité ou d'accueil par exemple).



3) Quand ils sont malades, les assurés se dirigent vers le prestataire de soins contracté et peuvent bénéficier d'un accès gratuit ou d'autres avantages déterminés dans le contrat d'assurance.

Le prestataire de soins soigne les assurés en respectant les conditions décrites dans le contrat d'assurance.

En théorie, un accord de capitation implique un certain nombre d'avantages et d'inconvénients pour l'assureur comme pour les structures de santé, résumés dans le tableau suivant. Du point de vue de l'assureur, une spécificité importante est qu'il ne prend pas en charge le risque (ce qui est un avantage sur les soins primaires par exemple, facilement surconsommés par la population ; intéressant également en l'absence de prix forfaitaire, ou si un risque de dérapage des tarifs existe). Il prend en revanche le pari d'un minimum d'assurés, et accepte de payer un montant d'avance.

	+	-
Structures de soins partenaires	<ul style="list-style-type: none"> - Clientèle accrue => couverture médicale plus importante - Plus grande régularité des patients => possibilité de meilleur suivi médical - Avance régulière versée par le système d'assurance (pallie notamment aux retards du budget de l'État) 	<ul style="list-style-type: none"> - Risque de perte financière, si les assurés "consomment" des soins au-delà de ce qui est prévu dans l'accord de capitation - Obligations éventuellement prévues dans l'accord de capitation (dans le cas du projet micro-assurance, versement de l'avance conditionnée par des critères de qualité des soins et d'accueil, présence du personnel médical notamment)
Système d'assurance	<ul style="list-style-type: none"> - Possibilité de couvrir davantage de risques médicaux, donc de rendre le système d'assurance plus attractif - Risque financier nul en cas de surconsommation des soins par les assurés - Contrôle de la qualité des soins et de l'accueil 	<ul style="list-style-type: none"> - Si la qualité de l'offre est insuffisante, risque de sortie de clients - Nécessité de payer d'avance les structures de santé partenaires

- Un partenariat avec des hôpitaux pour les risques plus graves et plus chers, pour lesquels le système d'assurance peut réellement gérer le risque ; la logique à ce niveau est de **lever l'obstacle financier** pour l'utilisateur. Idéalement, la mise en place d'un mécanisme de tiers-payant permet d'éviter que l'assuré n'engage des dépenses importantes dans un laps de temps très court.

Dans ce modèle, la micro-assurance apparaissait à la fois comme un outil pour favoriser le recours aux soins primaires publics, et pour lever les obstacles financiers pour les soins hospitaliers (gros risques), qui même subventionnés restent difficilement accessibles pour la grande majorité.

3. Une phase de consolidation (depuis 2002)

3.1 Des modalités de fonctionnement stabilisées

Les modalités de fonctionnement de l'assurance, globalement stabilisées dans cette phase pilote sur la base d'une évaluation menée fin 2001, reposent dans les trois zones sur des principes communs :

- cotisation familiale (pour limiter la sélection adverse⁵ ; le montant de prime payé par la famille est égal à un montant multiplié par le nombre de personnes) ;
- cotisation préalable, pour un cycle d'assurance d'environ 6 mois (ce qui permet de faire évoluer le produit entre deux cycles, si nécessaire, plus rapidement) ;

⁵ Autrement dit, éviter une proportion excessive d'assurés « à risque » (personnes malades, femmes enceintes, etc.).

- périodes d'attentes⁶ imposées aux assurés pour les accouchements et opérations programmées, là aussi pour éviter les abus ;
- contrats avec le centre de santé primaire de la zone et les hôpitaux de référence (hôpital de district et hôpital provincial), suivant des modalités pouvant varier d'une zone à l'autre, mais imposant des garanties de qualité minimum (exigence d'accueil 24h/24, non-discrimination entre assurés et non-assurés, engagements sur la qualité des soins) ;
- contrat d'assurance spécifiant clairement les risques couverts et les modalités d'accès aux soins et de remboursement.

Les caractéristiques du système d'assurance mis en place

ZONE 1

Population : population rurale des villages dans l'aire de responsabilité du centre de santé de Roluos qui regroupe 15 villages.

Services :

- accès gratuit aux soins primaires du centre de santé (avec transport en ambulance si nécessaire) ;
- accès aux soins hospitaliers (hospitalisation et soins ambulatoires) si le patient est référé par le centre de santé, et avec transport en ambulance si nécessaire ;
- indemnité forfaitaire pour les frais de transport (20 000 riels) si le patient est référé par l'hôpital de district ;
- indemnité forfaitaire pour les funérailles (50 000 riels).

Prime : 6 000 riels soit 1,5 USD/personne/6 mois (inscription familiale obligatoire).

Prestataires de soins :

- centre de santé de Roluos (en partenariat et payé par capitation) ;
- hôpital de Chey Chumnas (capitation).

ZONE 2

Population : population rurale des villages dans l'aire de responsabilité du centre de santé de Prey Sbat qui regroupe 18 villages (dont certains assez éloignés), et 14 589 habitants.

Services :

- accès gratuit aux soins primaires du centre de santé (avec transport en ambulance si nécessaire) ;
- accès aux soins hospitaliers (hospitalisation et soins ambulatoires) si le patient est référé par le centre de santé, et avec transport en ambulance si nécessaire ;
- remboursement de 80 % des dépenses de l'assuré pour une hospitalisation à l'hôpital provincial de Takéo (3ème niveau), et transport du corps en cas de décès à l'hôpital ;
- indemnité forfaitaire pour les frais de transport (20 000 riels) si le patient est référé par l'hôpital de district ;
- indemnité forfaitaire pour les funérailles (50 000 riels).

⁶ Période initiale définie dans le contrat, pendant laquelle l'assuré ne sera pas encore couvert par la garantie pour laquelle il a souscrit ; la période d'attente permet de réduire la sélection adverse pour les gros risques.

Prime : 4 000 riels soit 1 USD/personne/6 mois (inscription familiale obligatoire).

Prestataires de soins :

- centre de santé de Prey Sbat (en partenariat et payé par capitation) ;
- hôpital de district de Ang Roka (en partenariat et payé par capitation) ;
- hôpital de Takéo (sans partenariat).

Gestion locale : un agent d'assurance recruté dans un des villages de la zone et formation d'un comité consultatif villageois sur l'assurance avec des représentants élus des assurés, les chefs de communes, des représentants des structures de soins et des laïcs des pagodes.

ZONE 3

Population : population rurale des villages dans l'aire de responsabilité du centre de santé de Prey Rumdeng qui regroupe 20 villages (dont certains assez éloignés), et 18 054 habitants. Population cible pour le premier cycle : 5 088 habitants dans 6 villages de la zone.

Services :

- accès gratuit aux services du centre de santé de Prey Rumdeng avec accès complémentaire gratuit à des consultations spécifiques par un médecin de l'hôpital se déplaçant deux fois par mois au centre de santé exclusivement pour les assurés ;
- accès gratuit aux services de l'hôpital de district de Kirivong (soins ambulatoires à l'exception des soins dentaires, hospitalisations incluant chirurgie) sur référencement du centre de santé ;
- remboursement de 80 % des dépenses de l'assuré pour une hospitalisation à l'hôpital provincial de Takéo (3ème niveau), et transport du corps en cas de décès à l'hôpital ;
- indemnité forfaitaire pour les funérailles (50 000 riels).

Prime (avec inscription familiale obligatoire) :

- 5 000 riels/assuré de plus de 5 ans/cycle (6 mois) ;
- 3 000 riels/assuré de moins de cinq ans/cycle (6 mois).

Prestataires de soins :

- centre de santé de Prey Rumdeng (en partenariat et payé par capitation) ;
- hôpital de district de Kirivong (en partenariat et payé par capitation) ;
- hôpital de Takéo (sans partenariat, remboursement direct aux assurés).

Gestion locale : un agent d'assurance recruté dans un des villages de la zone et formation d'un comité consultatif villageois sur l'assurance avec des représentants élus des assurés, les chefs de communes, des représentants des structures de soins et des laïcs des pagodes.

■ **Une perception positive par les assurés, après un temps d'apprentissage**

Les enquêtes de satisfaction auprès des assurés indiquent que les assurés estiment dépenser moins en soins de santé depuis qu'ils ont adhéré au système d'assurance (très large majorité de réponses positives durant les enquêtes de satisfaction) ; par ailleurs, lorsque la satisfaction sur les structure de soins est au rendez-vous (zone 2 par exemple), 70 à 80 % des assurés inter-

rogés déclarent se tourner uniquement vers le centre de santé et ne plus faire appel aux praticiens privés.

En revanche, des incompréhensions demeurent auprès des nouveaux assurés lors des premiers mois sur les pratiques médicales : déception sur le type de médecine pratiquée dans les centres de santé, médicaments essentiels, absence de certains médicaments notamment d'injectables non autorisés dans le centre de santé public, traitement à effet moins rapide, etc.

■ **Quelques adaptations sont encore nécessaires**

Les grands principes de l'approche ont donc été définis mais quelques améliorations à la marge de la méthodologie sont en cours, s'appuyant sur un retour des assurés (*via* des comités villageois et des enquêtes ponctuelles), pour mieux l'adapter aux besoins de la population.

Les principales adaptations concernent un paiement de la cotisation plus adapté à la trésorerie des familles (la cotisation était payable jusqu'à présent en plusieurs fois, mais avec un système de paiement par groupes assez compliqué et contraignant ; nous travaillons à un **paiement mensuel de la prime**, plus adapté aux familles mais plus compliqué à gérer évidemment), et la mise en place d'une **cotisation dégressive pour les grandes familles** (jusqu'à présent, le montant global de cotisation par famille était simplement multiplié par le nombre de membres ; nous avons constaté l'auto-exclusion des familles de plus de cinq personnes).

Enfin, le **relèvement progressif de la prime** est en cours, jusqu'à son prix d'équilibre estimé (en parallèle de l'introduction de ces facilités pour les familles).

Il reste important également de creuser la réflexion sur les **complémentarités possibles entre les services d'assurance (lorsqu'ils seront validés) et les IMF** (EMT ou d'autres IMF présentes en milieu rural au Cambodge). Du point de vue du système de micro-assurance lui-même, une collaboration avec des IMF peut être intéressante sur plusieurs points. Il est nécessaire par exemple de sécuriser les transferts d'argent, au moment de la collecte des cotisations, puis de placer ces montants collectés – or en milieu rural au Cambodge, seules les IMF sont présentes. Les IMF ont également une pénétration et une connaissance du milieu rural également impressionnantes (en moyenne, EMT a pour clients 80 % de la population d'un village où l'institution est implantée) ; pour l'assureur, sous-traiter une partie de l'activité d'information ou de marketing du produit pourrait être pertinent, de même que l'ouverture d'un guichet assurance dans des agences provinciales ou de district des IMF. Cette réflexion n'en est toutefois qu'à ses prémices – la validation d'un service d'assurance « standard » pouvant être développé à plus grande échelle est un préalable évident.

3.2 L'articulation avec l'offre de soins

■ **Le fonctionnement des premiers partenariats**

Le schéma reposant sur des partenariats avec les prestataires de soins publics a montré à ce stade des résultats positifs :

- impact positif pour encourager la population à utiliser les structures de soins publiques (forte fréquentation et arrêt des consultations auprès de praticiens privés dont la qualité n'est pas contrôlée) ;

- impact positif sur les recours de santé de la population (moins de dispersion, recours direct au centre de santé pour la majorité des assurés) ;
- fort impact sur la limitation des dépenses de santé pour les ménages (couverture de l'ensemble des besoins de santé pour une cotisation accessible) ;
- grande satisfaction de la part de la population assurée envers les services d'assurance (fort taux de ré-adhésion) ;
- efficacité du mécanisme de paiement par capitation pour prévenir la fraude ;
- impact potentiel significatif sur l'utilisation et les revenus des structures de soins partenaires, sur l'hypothèse d'un plus grand nombre d'assurés et d'une consommation des soins stabilisée à un niveau raisonnable.

Globalement, la relation avec les structures de soins partenaires s'est bien engagée jusqu'à présent, et peut être considéré comme encourageante. Les structures respectent leurs engagements, sont ouvertes à la discussion et comprennent les enjeux du partenariat. Avec une capitation ajustée, les premiers partenariats avec le système d'assurance ont apporté aux structures de soins de nouveaux utilisateurs et des recettes stables, même si pour l'instant elles restent limitées. Par exemple, en zone 2, 23 % (premier partenariat) à 26 % (second partenariat) des familles assurées sont de nouveaux utilisateurs et près de 50 % étaient des utilisateurs exceptionnels pour le centre de santé de Prey Sbat.

Quelques limites apparaissent néanmoins :

- ▷ les **montants de capitation** versés aux structures de soins partenaires sont à ce stade **sécurisés** (c'est-à-dire calculés sur la base d'un nombre sécurisé d'assurés théoriquement atteignable, mais pas toujours atteint dans la pratique), ce qui dans un premier temps est apparu nécessaire, pour rassurer les structures de santé le temps d'un « apprentissage » de l'assurance ; mais si le nombre d'assurés stagne, cela implique qu'il peut y avoir une part de subvention des structures de soins ;
- ▷ les structures de soins partenaires sont **appuyées par des ONG** (qui garantissent la qualité des soins) et proposent des tarifs très bas, ce qui laisse un doute sur la répliquabilité des partenariats et la viabilité de ces structures à terme ;
- ▷ la **négociation d'un tiers-payant** avec l'hôpital de Takéo n'a pas encore pu être obtenue à ce stade. Le seul contrat adapté pour le système d'assurance, avec un hôpital de ce type qui intervient en troisième niveau⁷, est un mécanisme de remboursement à l'acte. La qualité des soins étant convenable, avec des tarifs affichés, la capitation n'apporterait pas de sécurisation particulière. Le problème est que même si le délai de remboursement des soins à l'assuré est court (moins de deux jours), la famille est néanmoins obligée de déboursier à court terme une somme importante, qui peut avoir un impact malgré tout très fort. L'objectif est donc de négocier un mécanisme de tiers-payant, qui permette aux assurés de ne pas avancer la trésorerie nécessaire pour la prise en charge, ce qui est un élément crucial pour les familles rurales. Pour l'instant aucun accord de partenariat n'a pu encore être signé et la discussion a été repoussée à fin 2004. Pour cet hôpital, qui fonctionne bien, attirer de nouveaux clients par l'assurance n'est pas une priorité, et l'anticipation de contraintes de gestion supplémentaires (vérification des cartes de membres pour les assurés, facturation au projet, etc.) effraie la direction de l'hôpital, déjà soumise à des objectifs de rentabilité contraignants.

⁷ Le premier niveau étant le centre de santé primaire, le second l'hôpital de district.

- la **rationalisation de l'utilisation des soins** par les assurés est encore une nécessité : dans un premier temps, l'accès aux soins primaires par l'assurance s'est traduit par une surutilisation des soins par les assurés ; de ce fait les contrats de capitation sont au détriment des structures de soins (les taux de fréquentation utilisés pour les calculs étant inférieurs à la réalité). Il faut tout d'abord poursuivre l'apprentissage des taux d'utilisation des soins par les assurés. Une (brève) expérience en zone 1 montre que dans un système de capitation, la mise en place d'un copaiement est contre-productive : l'effet pervers du copaiement est en effet d'inciter le personnel du centre de santé à encourager les consultations, pour toucher de l'argent des assurés en complément de la capitation reçue...

■ **Un impératif : stabiliser les liens avec les structures publiques de soins**

Notre choix reposait, dans le cas particulier du Cambodge, sur l'hypothèse d'un intérêt partagé à ce stade entre le projet micro-assurance et les structures de soins publiques :

- pour rendre l'assurance attractive, le projet micro-assurance souhaitait offrir un accès aux soins primaires pour les assurés, mais en ne prenant en charge que le risque au niveau des soins hospitaliers ; par ailleurs il était essentiel d'avoir un minimum de garanties sur la qualité des soins et de l'accueil, clause qui a pu être introduite dans les contrats de partenariats ;
- les structures de soins primaires en milieu rural peinaient à attirer des clients, dans un contexte où la tutelle hiérarchique insistait de plus en plus sur la couverture sanitaire ; par ailleurs les budgets des structures parvenaient de façon aléatoire, et régulièrement en retard ; la perspective de toucher des sommes régulières au titre de la capitation était une incitation forte.

Bien que prévenues par le système d'assurance avant la signature des accords, les structures de santé ont fait en cours de route leur apprentissage des risques que représente la capitation pour elles, notamment :

- La **surconsommation de consultations et/ou médicaments** par les assurés. Lors du premier partenariat avec les centres de santé primaires, les taux de contacts⁸ ont grimpé fortement : de taux inférieurs à 1 avant le partenariat, à 5 environ sur Takéo, jusqu'à 8 à Kandal (alors que le calcul de la capitation s'était fait initialement sur une hypothèse de taux de contacts de 2 ou 3). On sait que les taux de contacts ont tendance à diminuer sur la durée, toutefois dans un premier temps c'est évidemment un sujet d'inquiétude pour les structures de soins ; or pour le système d'assurance, introduire dès le départ un copaiement (contribution de l'assuré, même symbolique, au coût du soin) présente le risque de freiner l'attractivité de l'assurance.

Quelles sont les raisons de la surconsommation ? D'après les enquêtes menées :

- la surconsommation est surtout le fait d'adultes bien portants plus que de consultations accrues pour les enfants ou les malades ; les enquêtes ont aussi montré que le centre de santé jouait parfois un rôle social notamment pour les personnes âgées des environs...
- les contacts multiples, au cours d'une seule consultation familiale, sont fréquents : une famille accompagne un enfant malade, et tous consultent en même temps ;
- quelques maladies chroniques ont été également identifiées ;

⁸ Taux de contacts : nombre de consultations par personne et par an.

- un facteur essentiel est aussi l'attitude du personnel médical (ce qui explique la variation des niveaux de taux de contacts entre les deux zones) : le personnel du centre, insuffisamment formé, répond à la demande et ne sait pas s'opposer à l'attitude de « consommation » des familles. Il ne sait pas toujours identifier rapidement les maladies réelles. Toute personne venant au centre reçoit donc un traitement, que ce dernier soit ou non nécessaire. Par ailleurs, les médicaments ne sont pas toujours adaptés à la maladie, en qualité ou quantité (semble-t-il faute d'investissement suffisant dans des stocks ou parce que les antibiotiques sont donnés en deux fois), et le patient doit revenir quelques jours plus tard – or c'est le nombre total de contacts qui est comptabilisé, et non le nombre d'épisodes de maladies.

- Pour le personnel, une **baisse des revenus** malgré la clientèle accrue, du fait de l'amélioration de la qualité des pratiques médicales (notamment une baisse du recours aux injections, très rémunératrices). Finalement, certains ont réalisé que l'accord de capitation impliquait de travailler plus, avec davantage de contraintes, pour un salaire à peine supérieur...

Si à court terme, l'intérêt des prestataires de soins ruraux (contraints par leur difficulté à attirer de la clientèle) a permis de conclure ces accords reposant sur un intérêt mutuel, des interrogations subsistent donc sur la possibilité de négocier sur le long terme des partenariats équilibrés avec des structures de santé indépendantes, après le départ des ONG d'appui. Cette question est essentielle pour les perspectives de pérennisation et de répliquabilité du système.

■ **Un dialogue croissant avec l'État**

Face à ces difficultés, négocier et renouveler les partenariats (négociés jusqu'à présent sur une base courte, par cycle) s'est avéré complexe, prenant, et ardu.

Avant même d'entrer dans une phase de négociation, il a été nécessaire de réaliser un fort travail de sensibilisation à une multitude de niveaux hiérarchiques, à la fois :

- au niveau des structures de santé elles-mêmes : chef de centre de soins primaire, personnel ;
- au niveau de la tutelle du ministère de la Santé : accord des responsables aux différents niveaux, district, province, central.

Tout ce processus a été long, entre séminaires de restitution, présentations individuelles, allers-retours avec les personnes clés hostiles, etc. L'appui du ministère de la Santé au niveau central et des ONG de la santé, les difficultés (réelles) des centres primaires, ont eu un rôle déterminant pour maintenir ces contrats. De même, il a fallu souvent négocier des « plus » financiers (sécuriser le nombre d'assurés estimés), qui à long terme ne sont pas forcément aisés à financer par le système d'assurance.

Un élément qui s'est avéré crucial a été, en cas de blocage aux niveaux intermédiaires (souvent au niveau du district), d'avoir un appui solide au niveau du ministère directement. Il est clair que l'engagement du gouvernement en faveur d'un lien avec l'assurance sera déterminant pour un maintien de ces partenariats sur la durée.

Pour obtenir cet appui institutionnel indispensable, le projet a donc choisi de travailler en parallèle sur des réflexions conjointes avec le gouvernement et les principaux acteurs de la santé au Cambodge (groupe de travail sur l'assurance, formations ponctuelles, etc.).

3.3 Un nécessaire changement d'échelle

■ Une portée encore faible

À fin 2003, le projet s'étendait sur trois zones (zone 1 : province de Kandal, district de Mœung Char ; zone 2 : province de Takéo, district de Ang Roka ; zone 3 : province de Takéo, district de Kirivong). La zone 1 est la première zone d'implantation du projet (nous en sommes au cinquième cycle d'assurance, mais en tenant compte d'une évolution forte du produit par rapport au premier cycle) ; sur la zone 3, l'implantation est en revanche très récente (2003).

Malgré les efforts d'extension, le nombre d'assurés est encore faible (900) par rapport aux objectifs affichés (4 000 assurés à fin 2004). Plusieurs raisons à cela : la cotisation demandée aux familles, sur les zones 1 et 2, a plus que doublé ; par ailleurs dans un premier temps, l'extension géographique se traduit par beaucoup d'efforts d'investissement (montage des partenariats avec les structures de santé, sensibilisation de la population) et un taux de pénétration faible (inférieur à 10 %). Plusieurs cycles sont donc nécessaires pour « rentabiliser » cet investissement, l'effet de démonstration aidant à améliorer les taux de pénétration.

	Zone 1	Zone 2	Zone 3	Total
Population cible (nbre de familles)	1 056	1 466	1 648	4 170
Nombre de familles assurées	142	84	65	291
Nombre total d'assurés	473	308	192	973
% de pénétration (familles)	13,4 %	5,7 %	3,9 %	7 %
Primes collectées	\$ 710	\$ 308	\$ 232	\$ 1 250

Or la question de l'échelle est un point crucial pour deux raisons centrales :

- la pertinence du modèle et l'attractivité des services ne peuvent être validés que si le nombre d'adhérents augmente nettement (une première échelle de 3 000-4 000 assurés avait été avancée sur ce point). C'est l'objectif de la phase en cours. Nous comptons pour cela à la fois sur l'amélioration des taux de pénétration après l'extension en zone 3, mais aussi (en zone 2 notamment) sur l'adaptation de la méthodologie rendant plus attractif le produit ;
- les modèles de projections financières réalisés montrent qu'une échelle minimum devra être atteinte pour espérer atteindre la rentabilité (économie d'échelle et lissage des risques statistiques ; rentabilisation également de l'investissement initial sur une nouvelle province, en temps de négociation notamment). *A priori*, on peut estimer que cette échelle pourrait être celle d'un district opérationnel au Cambodge (soit environ 30 à 40 000 clients, sur une population de 100 000 personnes). Un délai d'une dizaine d'années paraît au minimum raisonnable pour atteindre ce cap.

■ Le système peut-il être viable ?

Aujourd'hui, il n'existe pas encore suffisamment de références dans le secteur de la micro-assurance, permettant d'affirmer qu'un système de micro-assurance santé peut être totalement viable, ou inversement doit bénéficier d'un appui durable en subventions.

L'exemple de la microfinance, il est vrai, a guidé notre choix de tester une hypothèse d'indépendance financière de la structure de micro-assurance. Pendant des décennies, on est parti du principe qu'un service financier pour les pauvres ne pouvait être viable ; il a été dé-

montré, en microfinance, que la viabilité de ces services était possible. Le postulat inverse, qui consisterait à prétendre qu'on peut toujours et partout fournir ces services à des populations très pauvres, sur tous leurs besoins, de façon financièrement viable, serait aussi absurde. Mais il semble sain, pour ne pas repartir sur les erreurs antérieures (banques de développement à fonds perdus par exemple), de vérifier d'abord ce qui peut être viable financièrement, et de n'envisager des subventions que sur les compléments ; ces compléments étant souvent plus limités qu'on ne croirait *a priori*.

Le point central est donc pour nous de savoir ce qui peut être réellement financé par les bénéficiaires, indépendamment de l'État ou de l'aide publique au développement. Il s'agit donc de réfléchir éventuellement aux subventions en complément de ce qui peut être autofinancé, sur une base de contrat claire et limitée, sans remettre en cause un organisme fragile.

Nous avons donc fait le choix, dans le cas du projet micro-assurance, d'essayer de mettre en place les conditions (prime d'un montant suffisant, coûts restreints, échelle), qui permettent d'assurer autant que possible l'indépendance financière de la structure.

II. LA MICRO-ASSURANCE SANTE DANS LA POLITIQUE CAMBODGIENNE DE SANTE PUBLIQUE

L'expérience de micro-assurance santé du Gret au Cambodge a démarré dans un paysage encore peu structuré : politique de santé publique embryonnaire et secteur de l'assurance privé très peu développé. L'émergence de nouveaux acteurs et l'affichage d'une volonté politique forte dans le domaine de la santé ont durablement transformé ce contexte en cours de route. La question de l'articulation du projet de micro-assurance avec le système de santé publique en développement, mais aussi de sa place dans un cadre légal en cours de définition, s'est progressivement imposée.

1. La nouvelle politique de santé du Cambodge : processus et orientations

■ Une tentative de réforme ambitieuse du système public

En dehors des évolutions économiques et politiques (stabilisation), le contexte cambodgien a été marqué depuis le début de notre programme par de forts changements dans le secteur de la santé, avec une implication croissante de l'État.

Les pouvoirs publics cambodgiens se sont lancés, à partir de 1992, dans une politique de réforme qui a connu un tournant à partir de 1996, avec la publication de la Charte nationale sur le financement de la santé rendant possible l'introduction du recouvrement des coûts. Cette réforme a bénéficié, notamment ces cinq dernières années, du fort soutien de bailleurs de fonds importants (OMS, Norad et DFID notamment). Elle consiste à mettre en application le modèle « onusien » de distribution des services⁹.

⁹ Le système de santé cambodgien comporte trois niveaux : le premier niveau (district) est constitué par 73 districts opérationnels comprenant les centres de santé et les établissements hospitaliers de référence ; le second niveau (provincial) est constitué par 23 départements de santé comprenant les hôpitaux provinciaux et les cen-

Les grandes étapes de cette réforme ont compris :

- L'introduction d'une **tarification officielle** dans le secteur public, pour éliminer les paiements parallèles des soins par les usagers, et mieux rémunérer le personnel (49 % des recettes devaient être affectés aux salaires). Cependant, les contraintes institutionnelles (centralisation de la gestion du personnel, capacité de contrôle et de sanctions limitée), n'ont pas permis d'atteindre les résultats escomptés. La mise en place de la tarification n'est pas effective partout, et n'empêche pas le maintien de dysfonctionnements antérieurs ; là où le personnel de santé ne perçoit pas de compléments de salaires liés à l'appui de telle ou telle ONG, des tarifications officieuses parallèles se sont souvent maintenues. Par ailleurs, les pénuries de médicaments ont obligé la plupart des centres de santé à affecter une part de leurs revenus à des achats complémentaires ;
- des progrès importants en termes d'**investissement** (infrastructures, formation médicale et en gestion des personnels, renforcement institutionnel, cogestion de certains centres de santé, approvisionnement régulier en médicaments) ;
- des systèmes variés d'**agrément accordés à des ONG** (de toutes tailles, de toutes nationalités), pour une politique de restructuration et de formation du système de santé.

Au total, en bilan de la réforme à fin 2002, 82 % des hôpitaux de référence et centres de santé programmés avaient été construits. L'appui aux structures de soins par des ONG internationales s'est fait avec différentes formules (« contracting in » et « contracting out » notamment¹⁰), et des succès très divers.

Sur le fond, la situation sanitaire du Cambodge reste préoccupante même si le pays a connu, sur la dernière décennie, de véritables progrès concernant les indicateurs de vaccination (éradication de la polio par exemple) ou dans la lutte contre la tuberculose et la malaria ; la rapide extension du sida dans le pays a été reconnue officiellement, ce qui a permis des efforts concertés de prévention. Mais les indicateurs de santé publique, parmi les plus mauvais d'Asie, ont connu peu d'amélioration.

Le gouvernement cambodgien a fait un effort réel de formulation d'une politique nationale de la santé qui s'est traduite par la définition récente d'un « Masterplan » national de la santé. Toutefois, si la couverture de l'offre de soins primaires dans le pays s'est incontestablement améliorée, on constate que les efforts du gouvernement se sont essentiellement traduits par le développement de l'infrastructure et des actions de formation, plus que par une réelle amélioration de l'accès aux soins.

Plusieurs difficultés de fond n'ont pu être résolues encore, malgré la politique de réforme menée par le gouvernement :

- le **financement de l'offre de soins** reste une des principales pierres d'achoppement du système. Le gouvernement ne finance aujourd'hui que 5 % du budget total actuel de la

tres régionaux de formation ; le niveau central comprend le ministère, les centres de formation, les centres et instituts nationaux, un laboratoire de fabrication des médicaments et les hôpitaux nationaux.

¹⁰ Dans le « contracting out » la gestion de la structure de soins est entièrement sous-traitée à l'ONG (qui peut réduire le personnel ou embaucher, définir la politique salariale, etc.) ; en « contracting in », l'ONG d'appui a un certain nombre de leviers possibles (financement, formation, définition de procédures, etc.), mais ne peut agir sur les ressources humaines.

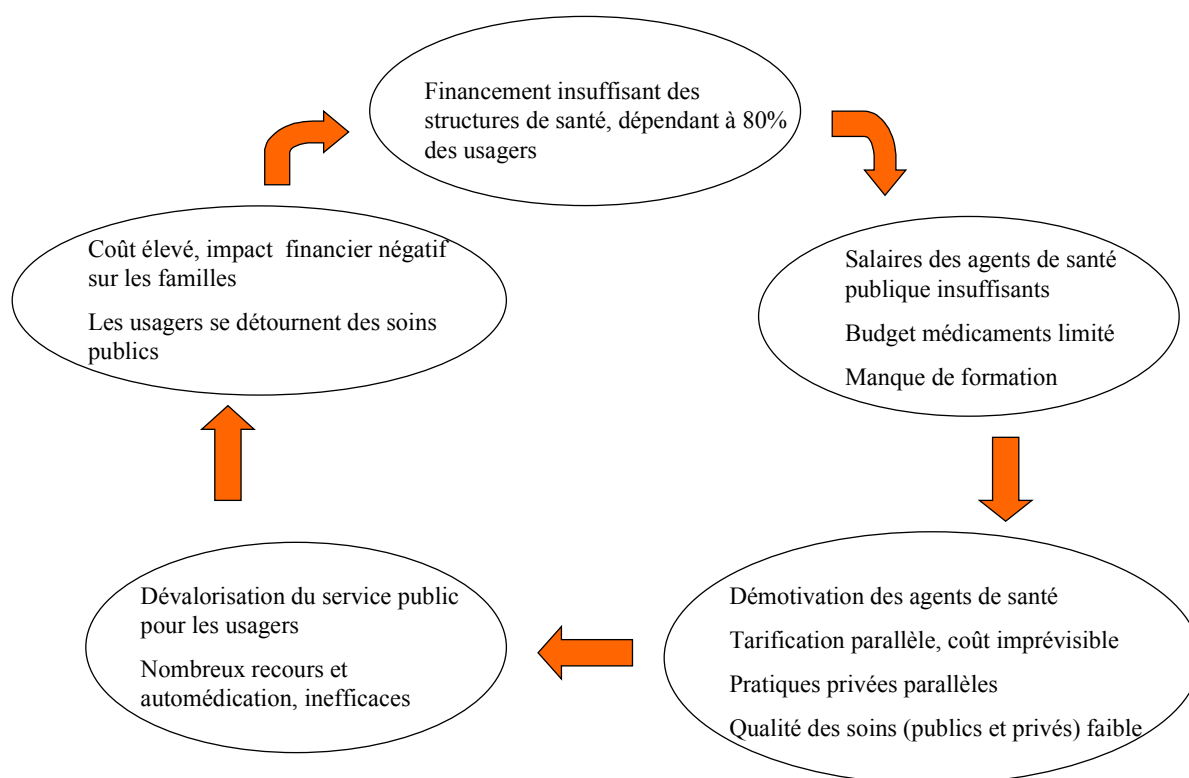
santé ; l'apport des bailleurs de fonds est estimé à 12 %. Le reste du financement est à la charge des usagers ;

1998	% des dépenses de santé
État	5 %
Aide internationale	12 %
Ménages	78 %

Source : ministère de la Santé, 1999.

- la dépense de santé par habitant et par an représente un **coût très élevé pour les ménages** (entre 25 et 33 \$ par personne et par an selon les estimations d'études récentes, soit de 12 à 20 % du budget moyen des ménages), notamment en zones rurales. Malgré la réforme, les usagers continuent de bouder **un secteur public sous-utilisé**, perçu comme de mauvaise qualité, et à la tarification toujours peu claire ;
- conséquence des difficultés de financement et de la faible attractivité du secteur public, les agents de santé de la fonction publique restent **insuffisamment rémunérés**. À titre indicatif, les salaires versés par l'État aux agents de la fonction publique de l'hôpital de Takéo ne représentent que 5 % du budget de fonctionnement de cet hôpital (pour ce type d'établissement, la norme est supérieure à 50 %). L'absentéisme, le manque de motivation du personnel et les recours à des pratiques privées parallèles en sont la conséquence ;
- la **tutelle de l'État sur le système reste encore faible** ; cette faiblesse se traduit notamment par la difficulté de mise en place des pratiques de tarification, par la multiplication de pratiques privées illégales et de mauvaise qualité, d'agents de santé non qualifiés (ou, souvent, d'agents de la fonction publique), et par l'existence d'un marché de médicaments non contrôlé ;
- les structures de santé « pilotes », appuyées par des ONG, sont **dépendantes de cet appui** (qui inclut fréquemment par exemple des primes complétant le salaire des agents publics), et le maintien de la qualité des soins au-delà de la présence de ces ONG est incertain.

Ces différents facteurs se combinent dans un cercle vicieux, que l'on pourrait (très schématiquement) représenter comme suit :



■ Un engouement récent pour le thème de la micro-assurance santé

Le ministère de la Santé et ses principaux bailleurs ont manifesté récemment (depuis 2002) un intérêt de plus en plus fort pour le thème de l'assurance santé au Cambodge.

Plusieurs facteurs ont joué en ce sens : la prise de conscience progressive des limites du financement direct de la santé par les usagers est bien sûr un facteur essentiel. D'autres facteurs conjoncturels (l'intervention d'une consultante issue de l'OMS, impliquée dans des schémas d'assurance sociale aux Philippines et Laos notamment, l'intérêt de certains bailleurs, les efforts du Gret¹¹ et de GTZ) ont déclenché la volonté affichée du ministère de la Santé de s'impliquer dans le domaine de la micro-assurance.

Le plan d'action¹² du ministère de la Santé pour 2003-2007 reconnaissait l'importance de développer des systèmes alternatifs de financement du système de santé. Un comité de l'assurance santé était nommé fin 2002, et le gouvernement demandait à l'OMS de fournir une expertise technique pour le développement d'un plan national dans le domaine de l'assurance.

Le document de proposition de ce plan sur l'assurance santé vient d'être produit ; il affiche une volonté forte de développer la micro-assurance santé, faisant explicitement référence au

¹¹ En particulier démarche précoce requérant une convention auprès du ministère de la Santé pour le projet, formations à l'assurance pour les cadres du gouvernement et des hôpitaux, mise en place d'un comité de pilotage du projet, contribution aux réflexions du ministère de la Santé sur l'assurance, démarche active d'information auprès du ministère des Finances.

¹² « Five Year Implementation Framework ».

programme du Gret (seul encore dans ce domaine au Cambodge) pour développer de nouveaux « pilotes ». Il propose trois axes d'intervention pour le gouvernement :

- la mise en place d'un système de Sécurité sociale pour les salariés du secteur public et privé, renforçant la loi sur la Sécurité sociale votée en 2002 ;
- le développement de systèmes d'assurance volontaire impliquant les communautés (Community Based Health Insurance (CBHI) schemes) ;
- l'utilisation des fonds d'équité pour les indigents déjà en place pour l'achat de polices d'assurance en faveur des populations les plus démunies.

Parallèlement, les compagnies d'assurance privées renforcent leur positionnement au Cambodge. Une compagnie d'assurance vient pour la première fois d'être agréée par le ministère des Finances ; il s'agit de la première compagnie du pays, Indochine (qui couvre environ 60 % du marché). Plusieurs compagnies – nationales (Caminco, Cambodia Re) ou privées (Forte, Asia, Pana) – ont depuis peu une stratégie d'implantation au Cambodge. L'essentiel de leur activité est réalisée à ce stade avec des compagnies et résidents étrangers. Sur la base des premières études existantes et de quelques contacts, on peut faire assez facilement l'hypothèse, qu'elles ne seront pas avant longtemps intéressées par une clientèle rurale pauvre.

Ce développement, encore tout relatif, de l'assurance privée s'accompagne de premiers pas législatifs dans le secteur. La loi du 25 juillet 2000 précise les conditions d'exercice de l'assurance au Cambodge, instaure une entité de régulation et de contrôle au sein du ministère des Finances, décide des risques devant obligatoirement être couverts. Il s'agit de tous les véhicules de transports et de marchandises (actuellement environ 12 % seulement sont assurés...), des constructions ou réhabilitations d'immeubles, et des travaux d'installation dans des bâtiments à usage public.

En parallèle, une loi sur la Sécurité sociale a été votée en 2002 dont le ministère du Travail (département de la Sécurité sociale) est la tutelle.

Une implication directe des compagnies d'assurance dans de la micro-assurance rurale à court et moyen terme, paraît en conclusion peu plausible (sauf, peut-être, en réassurance du système mis en place).

L'évolution de la législation du secteur est importante. À ce stade le premier risque est celui d'un manque de coordination ou d'un antagonisme, entre les principales tutelles : « assurance sociale » pour le ministère de la Santé, « compagnies d'assurance » pour le ministère des Finances, et dans une moindre mesure, « Sécurité sociale » pour le ministère du Travail.

L'engagement du ministère de la Santé cambodgien en faveur d'une politique nationale d'assurance santé, enfin, est bien entendu favorable. Il peut également présenter quelques risques, dans un contexte où l'assurance est un domaine entièrement nouveau et où très peu de décideurs du ministère connaissent le sujet (multiplication d'initiatives « pilotes » artificielles ou tentation d'imposer un modèle unique de développement aux futurs projets dans ce domaine, qu'il fasse référence à l'initiative du Gret ou aux expériences de l'OMS aux Philippines et au Laos).

2. Entrer par les structures de soins ou par les familles ?

Le débat qui s'engage aujourd'hui au Cambodge sur le développement de l'assurance santé fait référence à plusieurs approches, qui diffèrent notamment par les objectifs qu'elles se fixent et le rôle qu'elles accordent à l'État :

- Jusqu'à présent, l'approche du gouvernement et de ses principaux bailleurs était celle d'un **appui direct au système de santé**. Autrement dit, un budget important transitait par l'État, maître d'ouvrage, pour financer et former les structures de santé, principalement *via* des sous-traitances à des ONG internationales spécialisées. Les limites de cette stratégie sont aujourd'hui claires : il est difficile d'assurer l'avenir des structures de santé, qui après le départ des ONG d'appui (et des subventions, notamment en boni de salaires) survivent plus ou moins ; le budget de l'État est inégalement utilisé, suivant une comptabilisation souvent opaque ; et surtout, une part considérable de la population n'a toujours pas accès aux soins. Les tentatives sur ce point, récentes au Cambodge, d'obtenir un engagement du gouvernement sur l'utilisation d'une ligne de son budget pour un fonds d'équité en faveur des indigents, pêche également par son évidente absence de pérennité. Se sont opposés les tenants d'un « tout-État » (où l'État est supposé financer le système davantage, sur la durée) à ceux d'un « tout-privé » (les usagers doivent payer) ; en réalité dans la pratique, on l'a vu plus haut, le financement du système de santé est un échec, puisqu'il reste théoriquement à la charge des usagers, qui n'en ont pas les moyens.
- **L'approche promue par l'OMS dans la sous-région** (aux Philippines avec ORT, plus récemment au Laos et au Vietnam), qui appuie le développement de « Community Health Insurance Schemes », est partie de ce constat d'échec sur la question du financement de la santé. Son objectif premier est de rentabiliser les structures de santé développées par l'État et d'offrir l'accès le plus large possible aux soins, par la mise en place de tarifs clairs et la garantie d'une qualité minimum des soins. Plutôt que de subventionner directement les structures de santé, l'idée est de collecter des cotisations des bénéficiaires pour constituer un fonds, qui verse des capitations attractives aux centres de santé et hôpitaux. Les partenariats visent à encourager le service public, et les contrats comprennent des obligations en termes de qualité. Il ne s'agit donc pas à proprement parler d'assurance, puisqu'à aucun niveau (soins primaires ou hospitaliers) le système ne prend en charge les risques de santé des membres. Il s'agit plus exactement d'une **mutualisation des fonds collectés** auprès des utilisateurs, permettant d'attirer la population vers les structures publiques. Pour maintenir les cotisations demandées à la population à des niveaux faibles, et que la capitation soit attractive pour les structures de santé, les fonds collectés doivent être complétés par une subvention.

Cette approche est novatrice dans la définition de partenariats avec les structures de soins, elle implique globalement moins de subventions dépensées, et permet potentiellement d'attirer les usagers vers les structures de santé publiques ; les résultats attendus sont en outre un impact positif sur la santé par une meilleure prévention santé, et une qualité des soins accrue. Ses inconvénients reposent sur des biais (surconsommation par les usagers) ; le système reste subventionné pour une part qui reste à estimer mais sera vraisemblablement forte. En outre, le système repose sur un système central de pilotage direct par l'État, crucial pour assurer l'adhésion des structures de soins au système, mais qui peut poser question en termes de gouvernance. La tutelle de l'État sur le système de santé fonctionne encore très mal dans la plupart des pays de la sous-région ; une prise en charge de manière efficace de ces systèmes de collecte de fonds exigerait un pilotage performant par des cadres de bon niveau, spécialisés.

- L'approche de « micro-assurance » que nous avons développée au Cambodge a un point commun avec cette approche : le choix de partenariats par capitation au niveau primaire, pour assurer la qualité des soins et la prévention. Cependant, notre objectif premier diffère : le but n'est pas d'abord de rentabiliser le système de santé public, mais de sécuriser les économies familiales. L'impact positif sur les structures de santé et la qualité des soins est en quelque sorte un effet induit espéré, et non un objectif en soi. Le cadre logique de l'intervention est décalé, en quelque sorte. Cela a plusieurs implications :
- pour offrir un accès à des soins de qualité, il nous semble tout à fait acceptable de travailler avec le secteur privé, dans le cas où ce dernier s'avèrerait plus efficace à des tarifs acceptables ;
 - l'idée est de tester la pérennisation du système, pour rendre l'offre d'un service d'assurance aussi durable que possible, sans tabler d'entrer de jeu sur des subventions (mais sans exclure une part réduite de subventions, si nécessaire, à terme). Autrement dit, nous essayons de relever la cotisation à un niveau d'équilibre (au risque de décourager une part de la population) ; et de fixer le niveau de capitation avec les structures de santé à un niveau acceptable pour le système ;
 - même s'il y a une part de « service public » dans la micro-assurance, le constat des difficultés de l'État à gérer le système de santé nous encourage à soutenir l'idée de mettre en place une structure privée, intervenant en collaboration avec l'État et sous sa tutelle, mais sans gestion directe par ce dernier. On peut faire souvent l'hypothèse que pour différentes raisons (turn-over politique des cadres notamment) l'État, qui a en général des compétences réduites, devrait d'abord faire porter le renforcement de ses capacités sur des fonctions essentielles de supervision.

Il ne s'agit pas d'opposer ces approches, dans un secteur où le lien avec la politique de santé publique est aussi important, et où le lien avec les structures de santé publiques, en milieu rural, est central. Mais identifier les différences entre ces expériences sous-régionales peut être un moyen d'éviter une réflexion manichéenne sur le rôle de l'État, et d'enrichir le débat par des enseignements concrets. Un minimum de recul sera nécessaire sur ce point – les expériences de la sous-région (Philippines et Laos notamment) étant encore récentes et relativement peu documentées.

CONCLUSION

■ Entre construction de l'offre de soins et micro-assurance santé, une interaction obligée

Partis d'un objectif premier de sécurisation des économies familiales, nous avons intégré la nécessité d'une offre de soins de qualité comme condition première pour le développement de l'assurance santé. Au Cambodge où l'offre de soins en milieu rural est encore peu étendue et de faible qualité, la micro-assurance est nécessairement tributaire du rythme de développement de l'offre de soins, par des partenariats étroits avec les structures publiques de santé. Parallèlement, le gouvernement cambodgien a évolué dans sa vision de la réforme de la santé publique. Face à l'impossibilité de financer durablement le système de soins par son propre budget comme par les usagers, il prend conscience progressivement des enjeux potentiels

d'une mise en place de l'assurance pour attirer la population vers le système public, rentabiliser ce dernier et améliorer les résultats sanitaires du pays.

Il y a donc une interdépendance forte entre la construction d'une offre de soins de meilleure qualité et viable, et le développement de l'assurance santé : cette dernière n'est attractive, que si l'offre de soins s'améliore ; mais l'offre de soins ne peut progresser qu'en se finançant mieux et en attirant des usagers, ce que peut permettre en partie le lancement de la micro-assurance.

■ **Une approche encore à valider**

Sur la façon de relier offre de soins et micro-assurance, plusieurs approches sont en revanche possibles, qui diffèrent par leurs objectifs et leurs modalités, notamment la place qu'elles accordent à l'État dans la gestion de la structure.

Le système pilote que nous avons mis en place à ce jour au Cambodge est en ce sens une approche possible, mais il est important de souligner que ce système est encore à valider, à l'issue de la phase projet en cours. Un dispositif (services, partenariats avec les structures de soins, équipe locale) a été calé, mais sa validité dépend notamment de la possibilité d'atteindre un nombre de clients plus important. La stabilisation des relations avec les structures de soins, en particulier d'un point de vue financier, est également clé pour la pérennisation du système. Plusieurs questions enfin restent à creuser, notamment concernant l'avenir institutionnel de la structure, et la validation de la possibilité de l'équilibre financier (ou le constat d'un nécessaire maintien d'une part de subventions publiques). Ces questions sont travaillées dans le cadre de la phase pilote. Nous veillons à capitaliser sur ces points et à confronter notre expérience aux autres programmes de micro-assurance santé en cours.

Bibliographie

- Atim C., *Contribution of Mutual Health organizations to financing, delivery and access to health care, Synthesis of research in nine West and Central African countries*, PHR project, juillet 1998.
- BIT/CIDR, *Guide de suivi et d'évaluation des systèmes de micro-assurance santé*, BIT, 2002.
- Botzung M., Niewkerk M., *Un programme expérimental de micro-assurance santé au Cambodge : évaluation interne de Angkar SAM*, Gret, janvier 2002.
- Brown W., Churchill C., *Insurance provision in Low-income communities*, Part II, Micro-finance Best Practices project, DAI, mai 2000.
- Daubert P., Gauthier N., Parent M., *Étude micro-économique du crédit rural au Cambodge*, Études & Travaux, Gret 1997.
- De la Seiglière A., *Mission d'expertise en appui au projet d'assurance maladie mené au Cambodge par le Gret*, MSA, septembre 2000.
- Galland B., *Insurance program for rural households in Cambodia*, Mission d'appui technique, CIDR, juin 1999.
- *Insurance Law* (20 juin 2000), Royaume du Cambodge.
- McCord M. J., *Health care micro-insurance : a synthesis of case studies from health care financing programs in Uganda, Tanzania, India, and Cambodia*, MicroSave-Africa, décembre 2000.
- McCord M. J., *Micro-Insurance : A case study of an example of the provider model of micro-insurance provision – Gret Cambodia*, MicroSave-Africa, janvier 2001.
- NPHRI/GTZ/OMS : *The demand for health care in Cambodia, concept for futur research*, 1998.
- OXFAM, *Interim Reports on Findings of Landlessness and Development Information Tool (LADIT) Research*, juin 2000.
- Poursat C., Le Roy P., *Projet d'assurance maladie en zone rurale au Cambodge, Rapport d'activités de deux années d'expérimentation Gret*, Gret, janvier 2001.
- Poursat, C., Le Roy, P., *Micro health insurance : a financial product for MFIs ? Lessons from Gret's pilot programme in Cambodia*, Gret, 2002.
- Poursat C., *Micro-assurance santé et microfinance : quelques enseignements du programme pilote du Gret au Cambodge*, in *Exclusion et liens financiers*, Economica, 2003.
- Ron A., *Review of Gret Health Insurance Project Cambodia*, Gret, 2002.
- *Social Health Insurance in Cambodia - Proposal for a Master Plan*, OMS, septembre 2003.
- Weber A., *Health insurance in Cambodia – Feasibility and possible approaches*, juillet 2000.

Le monde change, les façons de travailler en coopération aussi. Au Sud comme au Nord, effervescence associative, libéralisation économique et décentralisations administratives renouvellent le paysage institutionnel. Les revendications légitimes des citoyens à plus de prises sur leurs conditions de vie amènent à inventer des articulations originales entre démocratie participative et démocratie électorale. Pour rompre les logiques d'exclusion, pour assurer un accès équitable aux services et aux opportunités économiques, de nouvelles articulations entre État, marché et société civile sont à créer, et à consolider institutionnellement et juridiquement.

La légitimité d'actions de solidarité internationale est d'y contribuer, aux côtés des acteurs locaux engagés dans de telles démarches. Mais le système d'aide favorise trop souvent les modes, les impositions de problématiques, les solutions toutes faites. Coopérer aujourd'hui implique de travailler en phase avec les dynamiques sociales, politiques et institutionnelles locales, avec une exigence accrue en termes de qualité et d'efficacité à long terme.

Publiée par la Direction scientifique du Gret, cette série souhaite contribuer au renouvellement de la réflexion stratégique et méthodologique sur l'intervention de développement et les pratiques de coopération, à partir d'une réflexion critique sur les pratiques. Principalement issue des travaux et actions menées au Gret, elle accueille volontiers des textes externes.

► Derniers titres parus

n° 32. « Décentralisation et coopération intercommunale : quelques réflexions à partir de l'exemple français d'administration territoriale » (Rodolphe Carlier [Gret], Gret/Direction scientifique, juin 2003, 31 pages).

n° 33. « La microfinance a-t-elle encore sa place lorsque l'offre publique de crédit s'étend ? L'expérience des caisses autogérées par l'association des femmes au Nord Vietnam » (Anne-Claude Creusot [Gret] et Quynh Tran Thi Thanh [Gret-PFR], Gret/Direction scientifique, septembre 2003, 45 pages).

n° 34. « Décentralisation et développement local. Espace public, légitimité et contrôle des ressources » (Pierre-Yves Le Meur, Gret/Direction scientifique, décembre 2003, 20 pages).

n° 35. « La planification concertée pour une meilleure gestion des excréta urbains ? » (Perrine Royaume, avec la collaboration de Jacques Monvois, Rodolphe Carlier et Philippe Lavigne Delville [Gret], Gret/Direction scientifique, décembre 2003, 50 pages).

n° 36. « Jachères, fertilité, dynamiques agraires, innovations paysannes et collaborations chercheurs/paysans. Fondements pour des recherches-actions en milieu paysan sur la fertilité des terres » (Philippe Lavigne Delville, Cécile Broutin, Christian Castellanet [Gret], Gret/Direction scientifique, avril 2004, 59 pages).