Les documents de travail
de la Direction scientifique

avril 2008

Coopérer aujourd'hui n° 60

➤ Cedric Salze et Aurore Duffau (Gret), Christine Poursat

Identification et faisabilité en micro-assurance santé : démarche et outils

L'expérience du projet SKY (Cambodge)

Dans les pays en développement, les problèmes de santé sont une cause importante de décapitalisation et d'appauvrissement des ménages. La micro-assurance vise à couvrir ces risques. Concevoir un dispositif de micro-assurance demande de faire des choix sur les pathologies à couvrir, le coût des cotisations, les liens avec les services de santé. Faute de références fiables, une réelle démarche expérimentale est souvent nécessaire.

À partir de l'expérience du projet SKY, au Cambodge, ce texte propose des repères méthodologiques pour l'identification et la faisabilité de projets de micro-assurance, autour de trois grands champs de questionnement : les politiques publiques de santé, l'offre actuelle de soins, les pratiques des ménages et leur niveau socio-économique.

Groupe de recherche et d'échanges technologiques

GRET

Sommaire

SYNTHESE 5

INTRODUCTION 7

I. DECRYPTER UN CONTEXTE : L'IDENTIFICATION EN MICRO-ASSURANCE SANTE 9

1. Identification ou faisabilité, comment aborder un nouveau terrain ? 9

2. La démarche d'identification en assurance-santé 11

2.1 Les éléments de contexte à analyser 11

2.2 Les questions-clés de la micro-assurance santé 12

2.3 Partenariat et montage institutionnel 13

3. Synthèse des résultats et préparation de la faisabilité 15

II. APPROFONDIR L'ANALYSE : DES OUTILS POUR UNE ETUDE DE LA FAISABILITE 16

1. Étape 1 : Analyse de l'offre de soins 16

1.1 Objectif 16

1.2 Démarche 16

1.3 Méthode 19

1.4 Le champ de l'enquête 20

1.5 Interprétation des données 22

1.6 Principales difficultés 25

2. Étape 2 : Vérifier la réceptivité des autorités au concept de l'assurance 27

3. Étape 3 : Enquêtes auprès des ménages 28

3.1 Objectifs 28

3.2 Démarche 29

3.3 Méthode 32

3.4 Le champ de l'enquête 33

3.5 Interprétation des données 34

3.6 Principales difficultés 38

4. En synthèse : moyens minimums nécessaires et coût estimé 40

III. DE LA FAISABILITE A LA CONCEPTION 42

CONCLUSION 44

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier le Bureau International du Travail et l'Organisation Mondiale de la Santé pour leur appui dans la mise en œuvre des activités d'assurance santé au Cambodge. Une attention particulière pour Dr Aviva Ron et ses conseils judicieux. Enfin un remerciement spécial à Pascale Le Roy et son implication sur le lancement du projet.

Synthèse

Là où il n'y a pas de couverture sociale, les dépenses de santé des familles reposent sur le paiement direct des coûts par les familles. Dès lors, un problème grave enclenche souvent des processus de décapitalisation et d'appauvrissement. Dans le monde, 100 millions de personnes « tombent » ainsi chaque année dans la pauvreté du fait de dépenses de santé catastrophiques et inattendues. Parmi les différents systèmes de couverture permettant une réduction de la vulnérabilité des familles et un accès plus facile à une offre de soins de qualité, la micro-assurance occupe une place importante.

Cependant, dans de nombreuses régions du monde, le principe de l'assurance – payer pour un risque potentiel à mutualiser – est peu évident au départ pour les adhérents potentiels. De plus, faute de références fiables sur les pathologies et leur prévalence, une réelle démarche expérimentale doit être mise en œuvre pour construire les références sur les pathologies en même temps que le produit est expérimenté, 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. Enfin, il est nécessaire d'articuler assurance santé et offre de soins afin de coupler garantie de qualité pour les patients et consolidation financière des structures de soins.

La conception de projets de micro-assurance santé doit prendre en compte ces enjeux, de façon à poser les bases solides à partir desquelles expérimenter, développer, puis stabiliser un dispositif efficace et efficient. Parce qu'elles posent le diagnostic de la situation et fondent les choix initiaux du projet, les étapes de l'identification et de la faisabilité du projet sont particulièrement importantes : des erreurs à cette étape sont souvent difficiles à rattraper.

Quelles sont les questions à se poser avant de concevoir un dispositif de micro-assurance santé adapté à un contexte particulier ? Quels sont les démarches et outils de diagnostic permettant d'y répondre ? Travaillant en micro-assurance santé au Cambodge depuis 1998, le Gret a progressivement stabilisé une méthodologie d'identification et de faisabilité permettant d'aboutir à la définition d'un projet adapté à son contexte de mise en œuvre.

Le but d'une identification de projet est de poser des bases réalistes pour une action, l'enjeu de la faisabilité étant de les décliner de façon opérationnelle. Ce texte présente les questions-clés dans le cadre d'une identification, détaille des outils facilitant l'approfondissement de l'analyse dans le cadre d'une faisabilité et propose quelques repères méthodologiques pour passer de cette étape préparatoire à la conception du projet.

La mise en place d'un programme de micro-assurance dépend principalement des éléments de contexte dans lequel il doit se situer et de la réponse préalable à deux questions de base :

1- Quel type d'assurance santé veut-on mettre en place ?

2- Quelle couverture veut-on proposer et avec quels prestataires de soins ?

Répondre à ces question et monter un dispositif d'assurance santé afin de sécuriser les économies des familles concernées et de faciliter leur accès à une offre de soin de qualité requiert :

- d'analyser la qualité de l'offre de soin existante et disponible dans la zone d'intervention afin de déterminer le paquet de services qui sera offert aux assurés ;
- d'en évaluer le prix et donc la prime qui devra être payée par les familles adhérentes, notamment par une estimation des prévalences des pathologies dans la zone d'intervention et donc des recours des familles assurées ;
- de s'assurer que cette prime correspond à la capacité contributive des familles et permet également au dispositif d'assurance d'atteindre un équilibre financier à moyen terme.

L'enjeu de l'identification et de la faisabilité est de récolter les informations nécessaires sur les politiques de santé et l'intérêt pour la micro-assurance, sur l'offre de soin disponible et sa qualité, sur la capacité contributive des familles et leur comportement en matière de santé.

Ces trois grands champs d'analyse renvoient à des questionnements et des méthodes spécifiques, décrits dans le texte. La démarche proposée part d'une caractérisation de ces trois thèmes lors de l'identification, de façon à cerner le champ des possibles, et un approfondissement de l'analyse de l'offre de soins et des comportements des ménages, par un dispositif d'enquête.

L'analyse de l'offre de soins comprend une cartographie des structures de santé, publiques ou privées, et une analyse au cas par cas de leur situation : état des bâtiments, équipement effectif, soins pratiqués et tarifs, accès aux médicaments, connaissances du personnel. Au delà des normes, on s'intéresse aux pratiques effectives : matériel effectivement disponible, prix réellement payés par les patients, etc. Mobiliser des compétences médicales connaissant bien les pratiques effectives est indispensable.

Les enquêtes « ménages » couplent une caractérisation du niveau économique des ménages, une enquête sur les dépenses de santé au cours du mois précédent, et sur les comportements face aux différentes pathologies : au sein de l'offre de santé (publique, privée, traditionnelle), quels sont les recours des ménages ? Quel est le coût réel des principales pathologies ?

Ces informations permettent de discuter l'opportunité de s'engager dans un projet de micro-assurance puis, si la réponse est positive, d'engager la phase de conception :

- ▷ définir la stratégie de partenariat avec les structures de santé, et les éventuels besoins en renforcements de capacités ;
- ▷ faire une première estimation de la clientèle potentielle. En effet, l'assurance santé n'est pas accessible à tous. Les plus pauvres ne pourront pas payer la prime. Les plus aisés ne sont pas forcément intéressés. Une première estimation, nécessairement grossière, de la clientèle potentielle est nécessaire pour s'interroger sur la possible viabilité, à terme, d'un dispositif de micro-assurance.

******

Identification et faisabilité en micro-assurance santé : démarche et outils

L'expérience du projet SKY (Cambodge)

Cedric SALZE / Aurore DUFFAU / Christine POURSAT (Gret)

INTRODUCTION

Dans la plupart des pays en développement, les systèmes de protection en santé sont limités, et sont inaccessibles à l'immense majorité de la population. Les dépenses en santé reposent en grande partie sur le paiement direct par les familles. Des problèmes graves entraînent des dépenses considérables, et enclenchent souvent des processus de décapitalisation et d'appauvrissement. Les problèmes de santé sont fréquemment la principale cause d'appauvrissement et de vente de terres.

Ce constat est à l'origine d'initiatives multiples des États et de leurs partenaires au développement, d'ONG, de groupes socioprofessionnels ou d'entreprise privées, pour proposer des mécanismes de prise en charge des coûts de la santé. Parmi les différents systèmes de couverture en cours de définition ou mis en œuvre, la micro assurance occupe une place importante.

Cependant, dans de nombreuses régions du monde, le principe de l'assurance – payer pour un risque potentiel à mutualiser – est peu évident au départ pour les adhérents potentiels. De plus, faute de références fiables sur les pathologies et leur prévalence, une réelle démarche expérimentale doit être mise en œuvre pour construire les références sur les pathologies en même temps que le produit est expérimenté, 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. Enfin, il est nécessaire d'articuler assurance santé et offre de soins afin de coupler garantie de qualité pour les patients et consolidation financière des structures de soins.

Le secteur de la micro-assurance santé est encore largement émergent. Il n'y a pas encore de réponses stabilisées à tous ces enjeux. Cependant l'intérêt croissant manifesté par les gouvernements sur la thématique du financement de la santé, l'apparition de nouveaux entrants potentiels (assureurs, IMF, etc.) et la mobilisation de bailleurs internationaux[1] permettent d'anticiper une croissance du secteur dans les prochaines années, et le développement de la micro-assurance santé dans de nouveaux contextes. Cela demande de savoir monter de nouveaux programmes de micro-assurance santé. Identifier et concevoir des actions devient donc une étape essentielle.

[1] En lien avec les OMD 4 (réduire la mortalité infantile), 5 (améliorer la santé maternelle) et 6 (combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies).

La conception de projets de micro-assurance santé doit prendre en compte les enjeux ci-dessus, de façon à poser les bases solides à partir desquelles expérimenter, développer, puis stabiliser un dispositif efficace et efficient. Parce qu'elles posent le diagnostic de la situation et fondent les choix initiaux du projet, les étapes de l'identification et de la faisabilité du projet sont particulièrement importantes : des erreurs à cette étape sont souvent difficiles à rattraper.

Une part importante du travail réalisé ces dernières années dans le cadre du projet d'assurance santé SKY mené par le Gret au Cambodge, consiste à réaliser des études d'opportunité et de faisabilité pour étendre le système de micro-assurance à de nouvelles zones, dans différents contextes (rural, urbain). S'appuyant initialement sur les outils existants, par exemple ceux développés par le programme STEP du BIT[2] qui présentent un large champ d'analyse, le Gret a enrichi sa démarche à la fois par recours à des compétences externes et en développant des outils d'enquêtes et d'analyse propres au projet, ce qui lui a permis de préciser et cibler les champs d'analyse essentiels pour un programme d'assurance santé.

SKY[3] en quelques chiffres

13 000 adhérents, 3°000 familles, soit un taux de pénétration d'environ 15 % dans les districts couverts. Phase d'extension prévue : 2008-2011.

Prime moyenne d'environ 4 dollars/personne/an en milieu rural, 15 dollars en milieu urbain (dont 6 dollars pris en charge par l'employeur) – pas de co-paiement.

Services couverts : l'ensemble des soins primaires et hospitaliers offerts dans les structures partenaires, apport en cas de décès, transport inclus en cas d'urgence.

Le premier objectif de ce document est de faire le point sur les connaissances acquises pour l'identification et la faisabilité en micro-assurance santé au Cambodge afin d'offrir un cadre d'analyse et un mode opératoire pour le lancement de nouveaux projets de micro-assurance santé dans des contextes nouveaux, en évitant des erreurs types.

Le document se présente en deux parties :

- ▷ la démarche d'identification des projets de micro-assurance ;
- ▷ la validation de la faisabilité par des outils pratiques.

[2] Health Micro-Insurance Scheme: Feasibility Study Guide, 2005.

[3] Acronyme khmer « *Sokapheap Krousat Yeugn* », santé pour nos familles. Plus d'info : www.sky-cambodia.org

I. DECRYPTER UN CONTEXTE : L'IDENTIFICATION EN MICRO-ASSURANCE SANTE

La mise en place d'un programme de micro-assurance dépend principalement des éléments de contexte dans lequel il doit se situer et de la réponse préalable à deux questions de base :

- Quel type d'assurance santé veut-on mettre en place ?
- Quelle couverture veut-on proposer et avec quels prestataires de soins ?

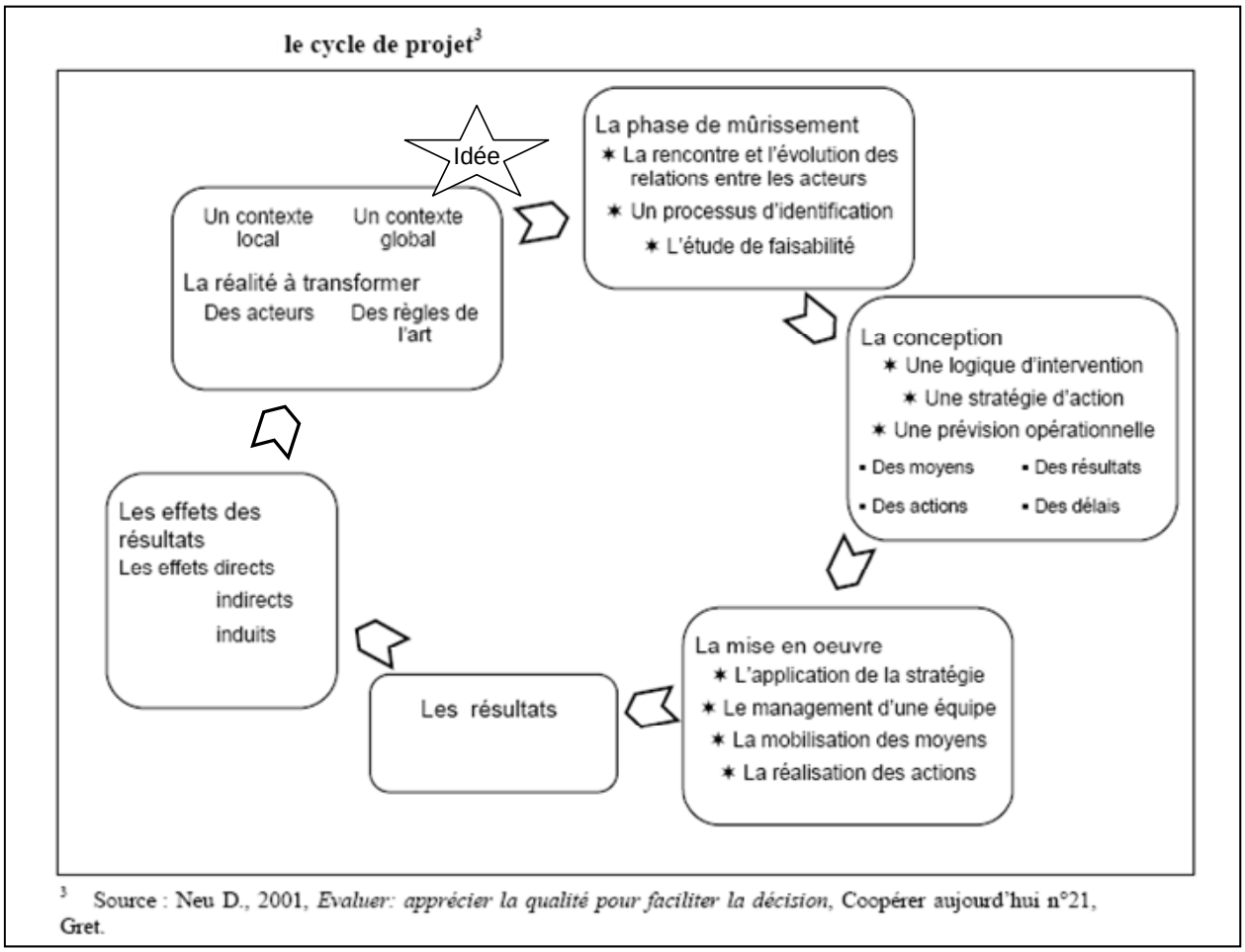
Répondre à ces question et monter un dispositif d'assurance santé afin de sécuriser les économies des familles concernées et de faciliter leur accès à une offre de soin de qualité requiert :

- d'analyser la qualité de l'offre de soin existante et disponible dans la zone d'intervention afin de déterminer le paquet de services qui sera offert aux assurés ;
- d'en évaluer le prix et donc la prime qui devra être payée par les familles adhérentes, notamment par une estimation des prévalences des pathologies dans la zone d'intervention et donc des recours des familles assurées ;
- de s'assurer que cette prime correspond à la capacité contributive des familles et permet également au dispositif d'assurance d'atteindre un équilibre financier à moyen terme.

L'enjeu de l'identification et de la faisabilité est de récolter les informations nécessaires sur l'offre de soin disponible et sa qualité, sur la capacité contributive des familles, sur leur comportement en santé. Elles permettront de préciser le champ des possibles pour le futur projet. Des choix méthodologiques doivent ensuite être faits puis un projet expérimental va être lancé afin d'affiner avec le temps les informations disponibles (notamment la prévalence des pathologies) et d'ajuster le modèle mis en place, aboutissant ainsi à un dispositif d'assurance maladie de qualité.

1. Identification ou faisabilité, comment aborder un nouveau terrain ?

Un projet nait généralement d'une idée de problème à résoudre et d'actions à mener dans ce but. Le passage d'une idée à un projet s'articule autour de différentes étapes, constituant le cycle du projet :



[3] Source : Neu D., 2001, *Evaluer: apprécier la qualité pour faciliter la décision*, Coopérer aujourd'hui n°21, Gret.

L'identification et la faisabilité correspondent à la **phase de mûrissement du schéma**.

L'objectif de l'**identification**[4] est de permettre un premier décryptage du contexte afin d'analyser si l'idée est pertinente par rapport à ce dernier, si elle est en adéquation avec la réalité du terrain et ensuite de préciser cette idée de projet en définissant des pistes d'actions pertinentes par rapport au contexte, à la population cible et à l'état de l'art sur le thème concerné. Elle permet d'aboutir à la définition des objectifs du projet, ses éléments stratégiques majeurs, sa zone d'intervention, ses acteurs, ses grandes références techniques et méthodologiques[5]. Un accord politique de principe avec un premier noyau d'acteurs sera recherché, notamment sur les grands objectifs et les orientations de l'action.

La **faisabilité** part des conclusions de l'identification, elle en approfondit les hypothèses afin de définir les modalités de mise en œuvre du projet (options institutionnelles, phasage du projet, choix d'une méthodologie, dimensionnement humain et financier). Elle doit également

[4] L'identification est parfois appelée aussi mission exploratoire ou étude préalable.

[5] A.-C Creusot, *Identifier un projet en micro finance. Repères méthodologiques pour des projets réalistes*, Coopérer Aujourd'hui n°41, Gret, 2004.

veiller à la cohérence du projet au regard du contexte (cohérence externe) et de sa logique d'intervention (cohérence interne).

Dans un contexte nouveau, le premier travail sera donc une identification. En cas d'extension dans un contexte connu, une faisabilité suffira pour affiner la stratégie d'intervention.

Contre l'autisme des projets, analyser les pratiques préalables à l'intervention[6]

« Les projets de développement tendent à considérer qu'ils arrivent en terrain vierge et ont une lecture des réalités locales en termes d'absence, de manque.

Mais aucune intervention de développement n'intervient dans un terrain vierge. Face au « problème » identifié et auquel l'intervention est censée apporter une réponse, les acteurs ont – sauf exception – à leur disposition une série de possibilités et de recours. Même si ceux-ci sont limités, peu efficaces (ou en tous cas apparaissent comme tels aux yeux extérieurs), ils n'en existent pas moins. L'offre nouvelle apportée par l'intervention ne vient pas combler un vide, elle va s'insérer dans un ensemble préexistant, élargissant la gamme des choix. En fonction des caractéristiques de cette nouvelle offre, par rapport à ce qui préexiste, les acteurs vont, en fonction de leur situation et de leurs propres critères de choix, faire évoluer leurs stratégies, et modifier leur façon de recourir à telle ou telle solutions.

Partir de cette hypothèse, et s'interroger sur les avantages et inconvénients de l'offre nouvelle, du point de vue des différents types d'acteurs, permet de mieux cibler l'action et d'éviter des échecs cuisants ».

Comme en microfinance ou dans d'autres domaines, il est le plus souvent indispensable de mener d'abord une mission d'identification pour valider la pertinence de la mise en place d'un programme d'assurance avant de définir le modèle d'intervention (faisabilité).

2. La démarche d'identification en assurance-santé

2.1 Les éléments de contexte à analyser

Avant de se lancer dans la faisabilité, l'opérateur devra avoir acquis au préalable une analyse d'ensemble pour poser et affiner ses premières hypothèses de projet (zone ciblée, population envisagée, partenariats éventuels, etc.) afin qu'elles soient cohérentes et pertinentes avec le contexte pays.

Cette analyse d'ensemble commence par une **revue du contexte** sur les points suivants :

Compréhension des données clés du pays (contexte macroéconomique et socio-économique) : croissance / indicateurs / stabilité politique / sécurité… (comme pour tout projet).

Analyse de la politique de santé, de ses indicateurs et leur évolution, carte sanitaire, politique d'appui bailleurs /ONG/ État, mise en place de tarification officielle, contrôle des médicaments : il est possible de s'appuyer sur des rapports existants, mais en général une bonne compréhension exige un entretien avec les principaux acteurs de la santé dans le pays.

[6] Lavigne Delville Ph., *Contre l'autisme des projets, analyser les pratiques préalables à l'intervention,* Note méthodologique n°3, Gret, 2001.

Analyse du contexte de l'assurance : à quelles conditions peut-on être autorisé à mener un projet expérimental ; quelle est la tutelle gouvernementale de l'assurance santé (quel ministère précisément : ambiguïté au Cambodge entre finance et santé) ; textes de loi récents (sécurité sociale, assurance…) et degré de mise en œuvre ; existe-t-il des partenaires techniques possibles parmi les compagnies d'assurance ; quelle population est déjà couverte et comment, le cas échéant ; y a-t-il eu des expériences antérieures en micro-assurance santé ou autre mécanisme de couverture du risque maladie ?

> Valider la pertinence d'un projet d'assurance implique de se poser la question de ses apports par rapport à d'autres outils financiers de gestion du risque du point de vue du ménage, comme le crédit et l'épargne. Dans le cas du Cambodge, le programme d'assurance santé est né au sein d'un projet de microfinance, comme une solution possible aux problèmes de remboursement des crédits que rencontraient les emprunteurs. Très vite, la complémentarité des outils a été mise en évidence : si le crédit permettait effectivement la génération de revenus, il était néanmoins nécessaire, du fait des risques importants et souvent vérifiés de décapitalisation, d'agir en complément pour sécuriser ces revenus.

2.2 Les questions-clés de la micro-assurance santé

Une fois l'analyse de contexte réalisée, il est nécessaire de creuser certaines questions clés pour la micro-assurance santé :

- l'existence d'un besoin de couverture en santé ; dans le cas du Cambodge, on sait que les familles ne peuvent pas couvrir les grosses dépenses de santé sans assurance. Elles sont alors obligées de s'endetter lourdement ou de vendre leurs terres ;

> Au Cambodge, les dépenses totales de santé per capita ont été estimées à 28 dollars en 2005 : 7 dollars proviennent de fonds publics, 3 dollars d'ONG et 18 dollars sont une contribution directe des ménages[7].
>
> Les familles cambodgiennes consacrent entre 17 et 28 % de leur budget aux dépenses de santé[8], les plus pauvres dépensant le plus en valeur relative (28 %). 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[9].
>
> Une étude récente[10] confirme que 60 % des pertes de terre au Cambodge sont directement liées à un problème de santé survenu dans la famille.

- l'existence de conditions minimales pour pouvoir développer un programme d'assurance : notamment la présence de prestataires de soins pouvant assurer un service de qualité objectivement contrôlable ;

[7] WHO Health Account 2005.

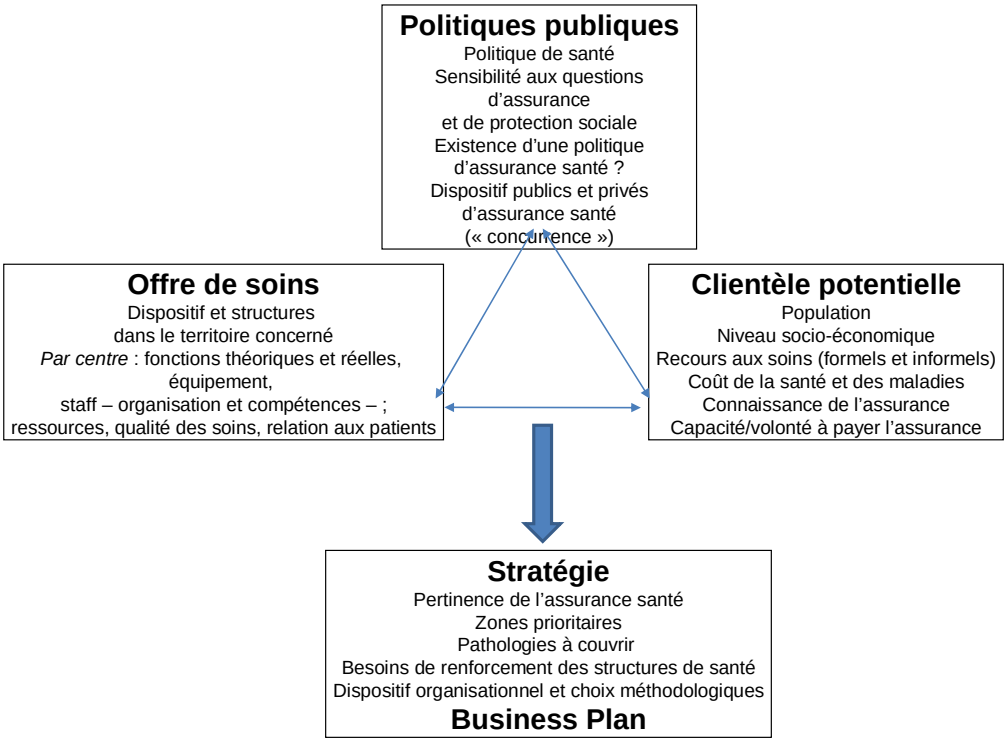
[8] NPHRI/GTZ/OMS, The *demand for health care in Cambodia, concept for future research,* 1998.

[9] Galland B., *Insurance program for rural households in Cambodia,* 1999.

[10] Oxfam, 2004.

- l'existence d'un environnement institutionnel propice au développement d'un projet éventuel : cadre légal minimum pour le développement de l'activité de micro-assurance, cohérence avec les politiques nationales de santé, soutiens institutionnels possibles aux niveaux national et local.

Sur ces trois aspects, une première analyse doit être réalisée sur la base d'informations disponibles soit sous forme de publications, soit sous forme d'entretien avec des personnes ressource. Si les réponses apportées semblent conforter la pertinence d'un programme d'assurance santé et permettent d'en préciser les grandes orientations stratégiques, une étude de faisabilité devra être menée afin d'approfondir ces trois questions clés et d'aboutir à la conception d'un projet.



2.3 Partenariat et montage institutionnel

Parmi les orientations stratégiques à définir lors de l'identification, la question des partenariats ou des alliances doit être considérée. Existe-t-il des intervenants déjà présents sur les zones envisagées dont l'expérience et la connaissance du milieu peuvent être mises à profit pendant l'identification et la faisabilité, et pourquoi pas, dans la phase de déploiement suivante ? Y a-t-il mutualisation de moyens possible (enquêteurs par exemple) ? Ces acteurs ont-ils des projets similaires ou connexes en préparation ? N'y a-t-il pas risque de « concurrence » avec eux ? Tous ces points devront être vérifiés pendant l'identification afin d'une part d'aplanir de possibles futures difficultés, d'éviter d'éventuelles incompréhensions, mais surtout d'identifier des complémentarités et d'optimiser l'efficacité du travail d'identification.

D'autre part, une première approche des autorités sanitaires locales et nationales doit permettre d'évaluer leur sensibilité par rapport à la micro-assurance santé. En effet dans le cadre du

dispositif qui sera mis en place, des accords avec différentes structures de soin devront être conclus sur les modalités de référencement et prise en charge des personnes assurées, ainsi que sur les modalités de paiement des services rendus.

SKY : Le choix initial de la séparation microfinance / micro-assurance[11]

Si les enquêtes et la réflexion sur l'assurance ont impliqué au démarrage plusieurs cadres et agents de crédit cambodgiens d'EMT [Amret aujourd'hui, institution de microfinance créée par le Gret], 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. Elle a été au démarrage soutenue avant tout par le Gret.

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 déplafonné. 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)[12].

Par ailleurs, la décision de lancer une faisabilité implique que l'opérateur ait au préalable vérifié la cohérence de ce projet avec les orientations stratégiques de l'organisation. Deux cas de figures peuvent être considérés :

- dans le cas de la création d'un programme, on s'assurera que l'activité est en cohérence avec le mandat de l'organisation ou du département qui le porte ;

[11] Poursat C., *Quelles articulations entre politique de santé et micro-assurance* ? Coopérer Aujourd'hui n°37, Gret, 2004.

[12] Noter qu'aujourd'hui la question d'un partenariat avec les IMF (type Amret) se repose pour SKY et pour les IMF au sein du modèle partenaire-agent, le contexte en microfinance ayant beaucoup évolué.

- dans le cas d'un programme déjà existant et souhaitant développer son activité sur de nouvelles zones, on vérifiera la cohérence géographique ou stratégique de ce nouveau développement. À titre d'exemple, dans un pays comme le Cambodge, l'extension de SKY à des zones limitrophes présente évidemment plus de facilités qu'un développement dans la province plus excentrée de Siem Reap, qui exigerait la mise en place d'une organisation spécifique.

Cette étape d'identification n'est pas toujours possible faute de temps ou d'argent. Il s'avère souvent difficile de financer une mission exploratoire qui relève davantage d'une obligation de moyens que de résultats. Elle n'en demeure pas moins un pré-requis essentiel. À défaut de pouvoir mener cette mission exploratoire, ces éléments devront être intégrés lors de la faisabilité.

3. Synthèse des résultats et préparation de la faisabilité

L'identification doit avoir **vérifié la pertinence** d'un programme d'assurance santé. La synthèse de l'identification doit permettre de **préciser les objectifs généraux et spécifiques** du futur projet, dégageant ainsi les grandes orientations stratégiques. Dans le cas où ces objectifs étaient prédéfinis, l'identification permet de les valider et de les préciser.

> Dans le cas de SKY, l'objectif principal du projet est de sécuriser les revenus des ménages cambodgiens en limitant les conséquences 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. L'objectif spécifique de la phase actuelle est de valider la viabilité financière du système à une large échelle et de tester sa réplicabilité dans d'autres contextes.

Une fois l'identification terminée, la faisabilité va permettre d'approfondir les analyses de cette première phase et de définir les modalités précises de mise en œuvre de l'action. La préparation de cette deuxième étape passe par une recherche de financement, un contact avec les autorités sanitaires et une préparation de l'équipe en charge.

Le financement de l'identification et de la faisabilité peut être assuré soit par un donneur, soit par l'organisation qui décide d'investir dans le développement de nouveaux projets. En cas de financement externe, il est vraisemblable que le donneur qui finance la faisabilité soit enclin à soutenir le démarrage du projet ; en revanche, en cas de financement interne, il est important de s'assurer au préalable de l'existence de ressources financières mobilisables (ou, au minimum, de la capacité de l'organisation à se mobiliser pour la recherche de financements, avec des pistes déjà identifiées) en cas de conclusions positives de l'étude de faisabilité. Dans les deux cas, la connaissance de la stratégie et des orientations des bailleurs sur le secteur de la santé, de l'accessibilité au soin, ou en matière de prévention de la pauvreté sera extrêmement importante pour faire en sorte que l'étude de faisabilité ne reste pas lettre morte, faute de financements.

Un premier contact avec les autorités sanitaires et les autorités locales est nécessaire pour obtenir toutes les autorisations nécessaires à la conduite des enquêtes de terrain (enquêtes dans les villages, enquêtes dans les structures de santé). Comme mentionné précédemment, il doit également permettre de mesurer la connaissance et l'acceptation du concept de micro-assurance santé par les autorités. Nous y reviendrons plus longuement dans le deuxième chapitre.

Enfin l'organisation doit s'assurer de la disponibilité des moyens financiers et humains, constituer l'équipe opérationnelle en charge de la supervision de l'étude, des opérations de terrain

(enquêtes), du traitement des données, de l'analyse des résultats et de la préparation des rapports. Selon les options choisies on fera appel à des ressources permanentes de l'organisation, à des partenaires ou des consultants, ou encore des enquêteurs. Le plan de travail issu de l'identification est alors préparé et l'étude peut commencer.

II. APPROFONDIR L'ANALYSE : DES OUTILS POUR UNE ETUDE DE LA FAISABILITE

La faisabilité va donc s'attacher à approfondir les trois questions clés traitées lors de l'identification :

- L'offre de soins : analyse des structures de santé et du niveau de qualité des soins
- Les politiques de santé et l'intérêt des autorités sanitaires pour la micro-assurance
- L'existence d'un besoin et d'une demande : enquêtes socio-économiques et sur les comportements en santé.

L'enchaînement de ces éléments est assez largement séquentiel. Il peut cependant être adapté en fonction des contextes. Par exemple, on pourra profiter de l'opportunité créée par l'analyse des structures de santé pour mesurer les niveaux de sensibilité des autorités sanitaires aux concepts-clefs de l'assurance.

1. Étape 1 : Analyse de l'offre de soins

1.1 Objectif

La micro-assurance santé ne peut fonctionner que si les personnes assurées peuvent bénéficier de soin d'une qualité suffisante. Le premier objectif de cette étape est d'analyser le dispositif sanitaire et l'offre de soins, sa disponibilité et sa qualité. La qualité s'entend ici au sens large ; elle recouvre la qualité avérée des soins et du service autant que la qualité perçue par les patients.

Le second objectif de cette étape est de définir une stratégie d'intervention progressive. La comparaison des structures entre elles permettra d'identifier dans quelles zones, et avec quels prestataires le programme pourra débuter le plus favorablement ses activités.

1.2 Démarche

L'analyse de l'offre de soins est la pierre angulaire de la mise en place du futur programme. Une première étape consistera à évaluer la couverture géographique proposée par le dispositif sanitaire existant (localisation des différents types de structures de soin, qualité du maillage, etc.). Ensuite l'offre de soin elle-même doit être analysée, pour cela quatre éléments d'observation ont été identifiés.

La qualité perçue est le critère essentiel d'intérêt des familles pour l'assurance. Si cette qualité est jugée insuffisante, les familles ne sont pas prêtes à payer un service qu'elles considèrent en deçà de leurs attentes. Il convient de distinguer la qualité perçue par les familles de la qualité réelle des soins offerts. Cette différence entre qualité réelle et qualité perçue couvre tout une série d'aspects tels que :

- ***L'infrastructure*** : les locaux, faute de moyens financiers suffisants, sont souvent peu entretenus dans le secteur public. L'hygiène générale des locaux est importante pour la qualité réelle des soins mais a aussi un fort impact quand à l'opinion générale des familles. Une remise en état des locaux est souvent un moyen simple d'améliorer la qualité perçue des soins. La tenue vestimentaire du personnel médical a aussi son influence (le personnel est mieux perçu s'il est habillé en blouse qu'en tee-shirt…).
- ***L'accueil*** : la qualité de l'accueil est un facteur capital à prendre en compte dans l'appréciation d'une structure de soins par les patients. Au Cambodge, c'est une des raisons du succès des praticiens privés par rapport au public. Dans le fonctionnement « type » d'une structure publique, les patients n'ayant pas les moyens de payer sont souvent reçus avec indifférence et ne reçoivent pas d'examen clinique. La prescription s'effectue selon la déclaration des symptômes par le patient. Les praticiens publics étant très peu payés, beaucoup demandent des dessous-de-table aux patients et développent une pratique privée parallèle. Ils se servent de leur travail au sein des structures publiques pour attirer des clients dans leur activité privée.
- ***Les soins*** : dans un pays comme le Cambodge, où la médecine est très peu régulée, n'importe qui peut se déclarer médecin ou pharmacien. Il est fréquent de voir des prescriptions de « *médecins privés* » comprenant 3 à 4 antibiotiques différents ainsi qu'une série d'injections de sérum. Cette prestation médicale est pourtant souvent jugée satisfaisante par le patient car elle fait suite à un examen physique du malade. Pour le même épisode de maladie, un patient qui se rendra dans un dispensaire public sera reçu par un personnel médical qualifié qui lui prescrira un maximum de trois médicaments fournis par le dispensaire au terme de la consultation.

  Dans la plupart des cas, les patients préféreront le recours au « médecin » privé plutôt qu'au service de santé publique. Le patient aura sans doute dû attendre au centre de santé pour se faire soigner, l'accueil aura été probablement peu aimable, on lui aura demandé un paiement supérieur aux tarifs en vigueur et il doutera de l'efficacité des médicaments qu'il aura reçu, ceux-ci étant génériques, donc tous blancs et livrés en vrac dans de petits sachets en plastiques. Chez le médecin privé, il aura reçu un accueil plus chaleureux (il est davantage considéré comme client que patient…), il aura payé un prix certes élevé (on lui aura peut-être fait crédit) mais il aura reçu un examen clinique plus approfondi qu'au centre de santé. Enfin, on lui aura prescrit beaucoup de médicaments, peut-être contrefaits, mais de couleurs différentes et livrés dans des emballages individuels qui seront perçus comme plus efficaces par le patient.

L'évaluation de la qualité réelle doit s'appuyer sur une analyse objective des pratiques et des infrastructures de santé concernées. Elle doit être mise en parallèle avec la qualité perçue, l'une n'allant pas sans l'autre. Les assureurs n'étant pas des médecins, l'évaluation de la qualité réelle des soins nécessite des compétences pas nécessairement disponibles au sein des projets. Il est donc souvent nécessaire de recourir à des experts extérieurs pour la mener à bien.

Très récemment, le Ministère de la santé du Cambodge a, avec l'aide d'ONG de santé opérant dans le pays, développé un système d'évaluation de la qualité réelle des soins. Deux outils distincts ont été développés pour les centres de santé et les hôpitaux.

Ils se fondent sur une évaluation annuelle des structures et couvrent des champs aussi variés que les infrastructures, l'équipement, l'hygiène, le respect des protocoles médicaux, le management du personnel, ou encore la transparence financière. Ces évaluations sont menées de façon externe par le département qualité des soins du ministère de la santé ou par une ONG, et se déroulent en un temps limité (4 jours pour une équipe de 5 personnes pour un hôpital provincial). Pour chaque secteur d'activité et service donné, elles donnent lieu à la construction d'un index (score sur 100). Ces mesures permettent de suivre dans le temps l'amélioration de la qualité des soins de la structure enquêtée et d'identifier les manques et faiblesses des différents services.

Le programme SKY a décidé d'intégrer ces indicateurs de qualité dans ces contrats. Certains hôpitaux contractualisés par le programme ont l'obligation d'améliorer leur score global au cours de l'année en cours. Les Fonds d'Equité finançant les frais de santé des plus pauvres ne peuvent aujourd'hui être mis en place que dans des zones où l'hôpital obtient un score minimum de 60 %.

Il convient également donc de bien définir quels **types de structures** vont être enquêtés ; dispensaires délivrant des soins primaires, hôpitaux de districts à plateaux techniques limités (généralement sans chirurgie), hôpitaux provinciaux offrant soins ambulatoires et hospitaliers, établissements privés, etc. Pour chacun de ces types d'établissements, il est nécessaire de définir quels objectifs peuvent leur être assignés.

Dans le cas du Cambodge, nous avons choisi de travailler avec les structures publiques de santé et de définir le seuil minimal de service par rapport à la classification par type d'établissements définis par le ministère de la santé. Ainsi, un dispensaire entrant dans la catégorie MPA[13] devra être accessible au moins 12 heures par jour et 24h/24h en cas d'urgence, comporter au moins un infirmier secondaire ou un assistant médical et une sage-femme, être à même de pratiquer des accouchements simples, et disposer dans la pharmacie des médicaments de base définis par le ministère. Des classifications similaires existent pour les établissements hospitaliers[14] en fonction de leurs plateaux techniques. L'évaluation des structures s'attachera à mesurer les écarts entre les services prévus et ceux effectivement disponibles.

Ce travail d'évaluation vise à définir un niveau de **qualité minimum** de l'offre de soins nécessaire pour la mise en place d'un système de micro-assurance santé. À ce stade, nous ne nous situons pas dans une démarche d'appui à l'offre de soin. L'évaluateur doit se placer du point de vue de l'assureur qui choisit de retenir des critères qui lui sont propres.

Il y a là un parti prix très clair qui doit être expliqué aux autres acteurs – notamment ceux qui sont en charge de la composante « appui à l'offre de soins » – qui risquent de ne pas comprendre les choix qui sont faits. Les critères retenus sont ceux qui apparaissent à l'assureur comme nécessaires et suffisants, pour assurer sur un plan médical une qualité de soins minimale, et

[13] Minimum Package of Activity.

[14] De CPA1 (Complementary Package of Activity) à CPA3.

vis-à-vis des adhérents potentiels, un niveau de satisfaction suffisamment élevé pour les inciter à adhérer et rester dans le programme.

Enfin, le dernier élément de cette évaluation des structures de santé porte sur une analyse de la **tarification** des services offerts par le prestataire de soin. Pour chaque type de service offert, on analysera et comparera les tarifs proposés par les différentes structures, leur base de calcul (un prix pour chaque acte ou un prix forfaitaire pour un service donné), et la transparence avec laquelle ils sont appliqués (affichage des tarifs visibles par les patients, dessous-de-table, etc.).

Les éléments d'information collectés lors de l'analyse des structures de santé visent prioritairement à comparer les structures entre elles afin de déterminer les zones présentant les conditions les plus favorables à la mise en place d'un programme. Certaines des informations collectées pourront être utilisées pour mettre en place des programmes d'appui à ces structures afin de les amener aux niveaux de services requis par l'assureur. Il est toutefois important de ne pas perdre de vue que ce type d'appui visant à l'amélioration de la qualité des soins requiert des compétences et des moyens humains et financiers qui ne sont pas ceux de l'assurance.

Dans le cas du Cambodge, la prise en charge de l'amélioration de la qualité des soins des structures de santé par l'assurance a été testée il y a quelques années dans la province de Kandal. Des formations furent mises en place à l'hôpital et un soutien technique et financier déployé sur un centre de santé. Les compétences techniques pour effectuer ce travail n'étant pas disponibles au sein du projet, le programme s'est attaché le service d'opérateurs médicaux externes. Si les résultats furent satisfaisants, leur coût s'avéra vite incompatible avec l'objectif de rentabilité et de pérennisation du système d'assurance. Cette approche fut abandonnée pour le déploiement du programme dans les nouvelles zones, au profit d'un partenariat passé avec un opérateur spécialisé intervenant sur l'amélioration de la qualité des soins.

1.3 Méthode

La méthode d'évaluation repose sur la mise en place d'une enquête simultanée auprès de toutes les structures d'une zone donnée. L'enquête permet d'obtenir une photographie globale à un instant donné de la situation sanitaire de la zone. Dans le cas du Cambodge, il est important de réaliser l'enquête au même moment dans toute la zone choisie pour éviter les biais d'analyses liés à la saisonnalité. Ainsi, pendant la saison des pluies, certains des centres de santé deviennent très difficilement accessibles et leur activité ne peut être comparable avec d'autres structures similaires en saison sèche.

Ces enquêtes sont réalisées par des médecins indépendants des structures enquêtées et qui ne connaissent pas la région enquêtée. On pourra par exemple recourir à de jeunes médecins ou internes. Il est important que les médecins en charge de l'enquête aient le même regard neuf sur les structures enquêtées et sur leur environnement.

Ces médecins enquêteurs sont supervisés par un médecin senior. Le médecin senior encadre l'équipe de médecins enquêteurs et vérifie à la fin de chaque journée d'enquête avec tous les enquêteurs le bon déroulement du travail. Il s'assure notamment que la compréhension des champs de l'enquête soit bien homogène et vérifie la cohérence des réponses faites par les différentes structures de santé. En cas de doute, certaines structures peuvent être visitées une seconde fois.

Compte tenu de la difficulté à analyser certaines données peu transparentes (ex fréquentation, dessous-de-table), il est nécessaire que le médecin senior ait une compréhension fine du fonctionnement des structures de santé dans le pays, pour recouper les données et s'assurer de leur

cohérence. Dans le cas du Cambodge, pour ce travail, SKY a eu recours à plusieurs occasions à un médecin expatrié connaissant à la fois le pays et surtout les contraintes de la santé dans les pays du Sud. Par ailleurs un complément d'information sur le sujet sera obtenu lors des enquêtes auprès des familles.

Chaque centre de santé est visité pendant une journée. L'essentiel des visites des patients ayant lieu le matin, on travaille davantage sur l'analyse des pratiques. L'après-midi est plutôt consacré aux discussions avec le personnel et à l'analyse des données chiffrées. Pour certaines structures ayant une faible activité, la visite peut s'effectuer sur la matinée. Les données collectées sont à la fois qualitatives et quantitatives. Elles exigent aussi de la part de l'enquêteur un jugement sur la pratique médicale observée.

L'analyse des données est réalisée conjointement par SKY/Gret et le médecin senior responsable de l'enquête. C'est à la fois :

- une analyse physique (implantation, équipement, matériel) ;
- une analyse quantitative (activités) ;
- une analyse qualitative (estimation des compétences et des pratiques du personnel).

Le mélange des deux logiques (médicales et assurantielle) est nécessaire pour éviter une dérive trop médicale de l'enquête au détriment de l'objectif du projet – s'assurer simplement d'un niveau minimum de qualité nécessaire pour l'assureur.

1.4 Le champ de l'enquête

Divers domaines sont évalués :

Localisation et accès. Dans certains cas, les centres de santé sont difficilement accessibles (en saison des pluies par exemple), ou ne sont pas situés à l'endroit indiqué par les documents du Ministère de la Santé. On effectue pour chaque structure un relevé GPS et les coordonnées sont ensuite reportées sur une carte de la zone. Les éléments sur la démographie de la zone collectés au niveau national sont confrontés avec ceux obtenus auprès des responsables des structures enquêtées. On note également les distances, durées et coûts de transport d'un patient couché ou debout avec les autres structures de référencement. Le critère d'accessibilité géographique est souvent primordial dans le choix du recours, surtout en cas d'urgence.

Infrastructure et équipement technique. On relève le nombre de chambres, de lits, les moyens de télécommunication (i-com, téléphone portable) et leur état de fonctionnement, l'alimentation en électricité (permanente, batterie, panneaux solaires, générateurs), en eau pure (puits, citernes, etc.), la présence et l'état de l'équipement médical de base (dans le cas des centres de santé, on se réfère à la liste prévue par le Ministère). En matière d'hygiène, on vérifie la présence de moyens de stérilisation (autoclaves), de destruction des déchets médicaux (incinérateurs) et de moyens de conservation pour les vaccins (glacières, réfrigérateur, etc.). À chaque fois, la présence, mais surtout l'état et la connaissance du fonctionnement des appareils par le personnel sont relevés.

Ressources humaines. On vérifie le nombre de personnes affectées à la structure visitée (et le nombre effectivement présentes le jour de l'enquête), leur niveau de formation, expérience, statut, et niveaux de salaires (estimer primes, salaire « off », y compris par des pratiques privées parallèles, etc.) ainsi que leur ancienneté dans la structure.

Activité. L'analyse de l'activité se fonde sur les données collectées dans la structure. Elles seront ensuite comparées avec celles qui sont disponibles au niveau central pour vérifier leur

cohérence. Si les données sont disponibles, on étudiera plus attentivement les indicateurs de fréquentation, les activités de prévention (campagnes de vaccination, nutrition, etc.), la couverture des principales pathologies, et les taux de référencement vers les hôpitaux.

Dans le cas du Cambodge, les indicateurs suivants sont plus particulièrement suivis pour les centres de santé. Ils peuvent être adaptés en fonction de la situation sanitaire de la zone concernée.

VOLUMES ANNUELS	Nbre	ETIOLOGIES	Nbre
Total Contact Annuel		Malaria	
Patients référés vers l'hôpital		Diarrhées	
Première visite pré Natale		Infects respiratoires hautes	
Grossesse à Risque		Infects respirat. basses	
Mortalité périnatale*		Dengue	
Accouchement :		Toux > 21 j.	
- Référés à l'hôpital		MST	
- Au Centre de Santé		Traumatisme/blessés	
- Au domicile			
(*) BB DCD entre le 6ème mois de grossesse et le 7ème mois de vie			

On complétera cette partie en demandant s'il existe des pathologies plus particulières ou plus fréquentes dans la zone enquêtée.

Pharmacie. On vérifie le stock de médicaments disponibles au jour de la visite par rapport à la liste des médicaments essentiels du ministère, leur origine et leur provenance (fournis par le ministère ou achetés), leur qualité (conditions de stockage, date de péremption). On complète cet inventaire en interrogeant l'équipe sur d'éventuels manques récurrents de médicaments et les solutions alternatives qui sont proposées aux patients en cas de rupture de stock.

Organisation administrative de la structure. On vérifiera l'existence d'horaires d'ouverture officiels et on les comparera avec les horaires effectifs, la présence d'un service de garde avec le nom et les coordonnées de la personne de service, le nombre de jours de vacances ou de formations.

Recouvrement des coûts. L'enquêteur recueillera les données financières disponibles (revenus du centre de santé au cours du dernier mois) ainsi que les données complémentaires suivantes : nombre de patients payants, nombre de patients exemptés, critères d'exemptions, tarif officiel des actes, visibilité de ces tarifs pour les patients (panneau d'affichage), existence de factures ou de reçus, allocation des revenus (aux salaires, au fonctionnement de la structure, reversement à l'échelon supérieur). L'estimation des revenus des structures de santé est délicate à réaliser car le manque de transparence prévaut largement. Il convient donc de rester prudent lors de l'utilisation de ces données. Ce relevé indique plus une tendance qu'une valeur mais permet néanmoins une comparaison des structures entre elles. Le calcul de ratios simples (patients exemptés/patients payants ou revenus totaux/nombre de contacts) donne une bonne indication de la qualité de ces données.

Enfin, on identifie et l'on estime les composantes et les revenus mensuels des personnels soignants. Dans le cas du Cambodge ils sont constitués par le salaire de base versé par le Ministère de la santé (environ 30 dollars pour une infirmière secondaire), 60 % des sommes payées par les patients, les éventuels bonus liés à tel ou tel programme complémentaire (par exemple

les campagnes de vaccination dans les villages) et les activités économiques complémentaires (élevage, agriculture, pratique privée, etc.).

Capacité technique. C'est dans cette phase que la compétence du médecin enquêteur est la plus nécessaire. On évalue les réponses des soignants aux cas suivants :

- Description d'un bilan prénatal type tel que réalisé dans la structure ;
- Protocole « Diarrhées fébriles chez l'enfant » ;
- Conduite face à une toux de longue durée : à quoi pense-t-on, conduite à tenir ;
- Conduites préventives Hépatites et VIH : personnel et populations à travers la pratique des soins.

L'évaluation de la compétence technique est complétée par l'observation des consultations des patients présents lors de la visite du centre de santé.

Par ailleurs, on demandera à l'équipe soignante quelle est la perception de leur compétence pour les tâches qui leur sont assignées et quels sont les secteurs qui selon eux mériteraient un renforcement de leur compétence.

Concurrence sur la zone. Les enquêteurs tenteront d'obtenir des informations sur la nature et le nombre des autres prestataires de soins opérant sur la zone d'intervention de la structure enquêtée (médecins privés, guérisseurs, etc.).

Connaissance basique de l'assurance. On conclura l'entretien en vérifiant quel est le niveau d'information des soignants sur l'assurance et s'ils y voient un intérêt à court ou moyen terme.

Qualité de l'accueil. L'observation des visites des patients permet une première appréhension des pratiques des médecins (qualité de l'écoute, examen physique...) Des entretiens de patients peuvent permettre de recueillir / vérifier des informations additionnelles (pratiques de dessous de tables, etc.).

L'enquêteur termine l'enquête en rédigeant une synthèse où il donne son point de vue sur la fiabilité des données recueillies et sur l'impression d'ensemble de la visite.

Pour les structures hospitalières, la grille d'analyse est adaptée au plateau technique et à la taille de l'hôpital, mais le champ de l'enquête reste similaire. Les établissements hospitaliers bénéficiant d'un suivi généralement plus rapproché que les structures de soins primaires, on vérifie l'existence de missions d'évaluation ayant déjà été menées sur ces structures. Un rapprochement avec les évaluateurs peut alors être très utile pour affiner la connaissance des hôpitaux et identifier les secteurs où les progrès sont nécessaires.

1.5 Interprétation des données

Toutes les données sont revues par le médecin responsable de l'enquête. Il s'assure qu'il n'y a pas de réponses aberrantes et vérifie que toutes les structures ont bien été enquêtées selon le même protocole et avec les mêmes outils.

Les données sont ensuite codées et les ratios et indicateurs essentiels sont analysés. On arrive ensuite à définir un index de « notation » pour pouvoir comparer les structures entre elles. Dans le cas du Cambodge, le Gret a mis au point un indice d'attractivité des centres de santé primaires auprès du public. Cet indice est constitué du nombre de contacts par rapport à la population de la zone, du nombre de premières consultations prénatales par rapport à la population, et du nombre d'accouchements assistés par rapport à la population :

Taux d'utilisation théorique par la population :
Contacts / Population

Indice d'attrait des parturientes pour la structure :
Nombre de 1ère visite anténatales/population

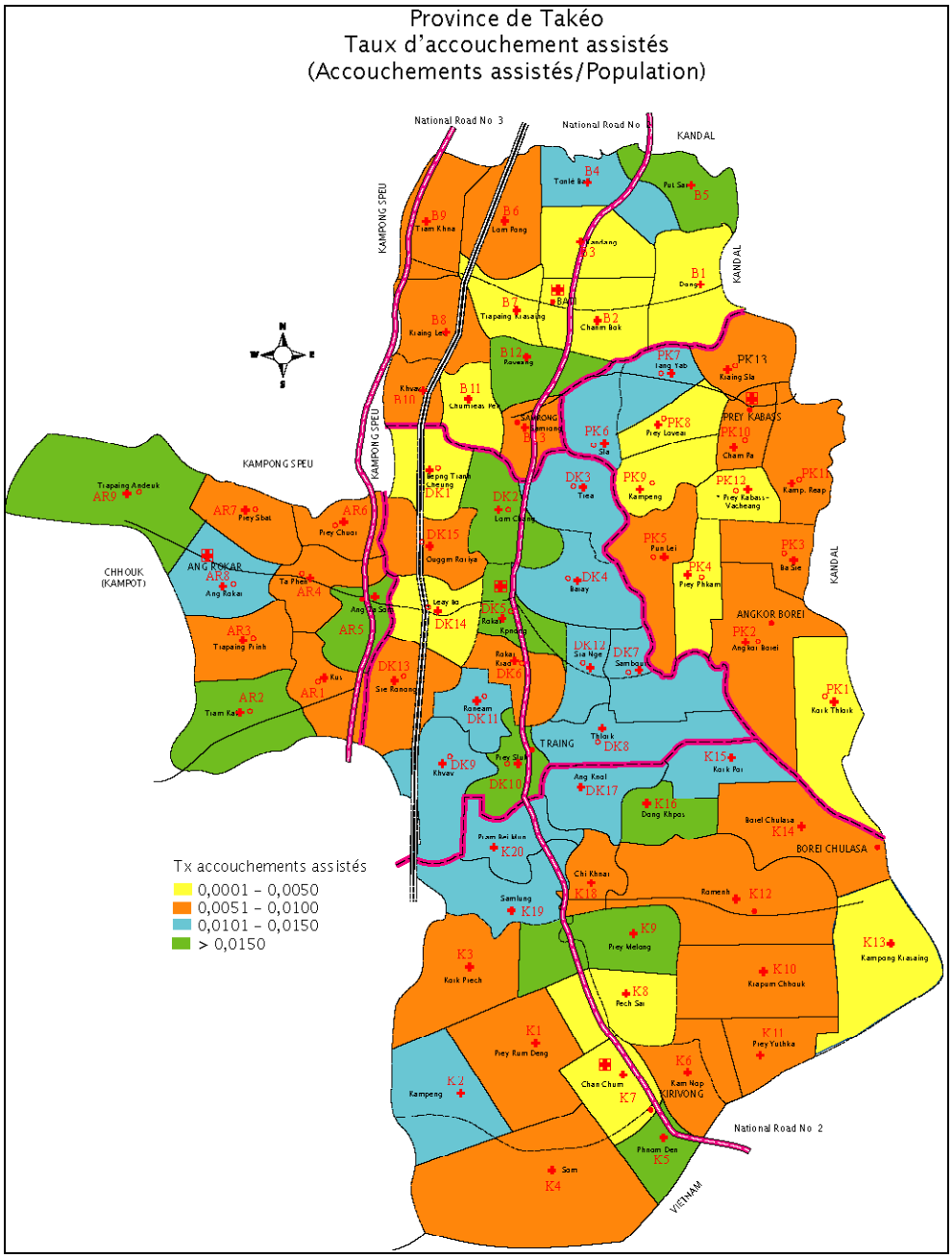
Volonté des parturientes d'assistance obstétrique :
Accouchements assistés / Nombre de 1ère visite anténatale

Indice de coût hospitalier pour l'assureur : Taux de transfert :
Transferts / Contacts

Le tableau ci-dessous présente la synthèse d'une étude de ce type sur un des cinq districts de la province de Takeo. Pour chaque centre de santé enquêté, une fiche détaillée reste disponible.

District XX mauvais - - mediocre - moyen+ conforme++ bien+++	HC1	HC2	HC3	HC4	HC5	HC6	HC7	HC8	HC9	TOTAL
DONNEES PHYSIQUES Population	**12 176**	**13 246**	**9 963**	**13 265**	**14 379**	**10 125**	**11 422**	**12 184**	**16 609**	**113 369**
Temps d'accès à hopital référence	1h	3O mn Takeo	20 mn	10 mn	25 mn	25 mn	25 mn	sans objet	30 mn	
Temps d'accès à hopital de TAKEO	0h30		50 mn	40 mn	00 mn	40 mn	1h 20mn	45 mn	1h 20mn	
Indigents "officiels" ds la commune	2300	2 600		3230	1470	2 400	3 994	?	4 600	
taux : nb. d'indigents / population	*19%*	*20%*	*0%*	*24%*	*10%*	*24%*	*35%*	*33%*	*28%*	
Recette annuelle (US$)	2 030	2 572	1 906	1 863	4 121	2 446	3 994	3 256	2 954	**25 142**
% de recouvrement estimé	80%	90%	80%	90%	90%	80%	90%	80%	90%	
PLATEAU TECHNIQUE										
Type de dispensaire	Mod. New Zealand	Ancien bâtiment	Type BAD	Type BAD	Ancien bâtiment	Type BAD	Type BAD	Type BAD	Type BAD	
Nb. de lits d'hébergement	**2**	**0**	**1**	**1**	**2**	**1**	**1**	**1**	**1**	**10**
Matériel médical réglementaire							C	C	C	
Eau	C	**B**	B	D	E	E	B	B	B	
Electricité	B	B	B	D	A	D	B	B	C	
Entretien des accès publics	B	B	B	C	C	C	B	B	D	
Hygiène des zones de travail	C	C	D	D	C	D	D	D	E	
Effectif	**4**	**6**	**5**	**5**	**5**	**5**	**5**	**5**	**5**	**45**
dont assistant médecin	0	1	0	0	1	1	1	0	1	
dont infir. ou S-F d'état	3	3	2	3	3	3	3	2	1	
ACTIVITE et INDICATEURS DE FREQUENTATION (extrapolations 2005)										
CONSULTATIONS TOTALES (CT)	**8 575**	**9 242**	**9 390**	**8 110**	**17 100**	**13 860**	**13 003**	**18 379**	**10 782**	**108 441**
Taux de fréquentation : ***Tf*** *= CT/Pop.*	*0,704*	*0,698*	*0,942*	*0,611*	*1,189*	*1,369*	*1,138*	*1,508*	*0,649*	
Malades référés	**139**	**43**	**104**	**119**	**156**	**73**	**140**	**1784**	**130**	2 6
Taux de transfert : transferts/consultations	*1,62%*	*0,47%*	*1,11%*	*1,47%*	*0,91%*	*0,53%*	*1,08%*	*9,71%*	*1,21%*	
Consultation Prénatale N°1 (CPN1)	**289**	**605**	**226**	**226**	**685**	**334**	**305**	**527**	**604**	**3 801**
Grossesses à risque signalées	**1**	**2**	**2**	**16**	**14**	**26**	**4**	**77**	**1**	1
Accouchements • référés hopital	**2**	**10**	**5**	**0**	**9**	**10**	**0**	**26**	**12**	**74**
• au dispensaire .	**88**	**247**	**77**	**94**	**209**	**67**	**77**	**130**	**209**	**1 198**
• à domicile assistés	**12**	**30**	**10**	**10**	**10**	**13**	**1**	**16**	**31**	**133**
Mortalité périnatale	**0**	**1**	**6**	**0**		**0**	**0**	**2**	**1**	**10**
Attractivité pour les futures mères : ***At*** *= CPN1/pop.*	*0,0237*	*0,0457*	*0,0227*	*0,0170*	*0,0476*	*0,0330*	*0,0267*	*0,0433*	*0,0364*	
Taux d'accouchements assistés : ***Ta*** *= Acc.assist./pop.*	*0,0084*	*0,0217*	*0,0092*	*0,0078*	*0,0159*	*0,0089*	*0,0068*	*0,0141*	*0,0152*	
INDICES D'EVALUATION										
Indice d'attractivité auprès du public (*)	**1,183**	**2,628**	**1,405**	**0,904**	**2,997**	**2,003**	**1,441**	**3,035**	**1,893**	
Compétences théoriques (sur10)	8,3	7,7	7,3	6,3	5,3	6,3	6,7	8,3	6,0	
Intérêt pour ASSURANCE	A	B	C	B	B	B	C	C	B	
Liens entre domicile, carrière et poste (**)	B	B	A	C	B	E	A	B	B	
NOTES ET OBSERVATIONS										
PARADOXE • bonne équipe et structure bien tenue • SOUS UTILISATION par la population et femmes enceintes	• bonne équipe mais résultats grévés par l'absence de lits et donc le faible nombe d'accouchements • réfère habituellem. sur Takéo à 30mn	• rareté des CPN1 probablement en raison de l'éloigne-ment du village et de l'attraction d'autres structures	• A mi-chemin des 2 "poids lourds" du district : drainage négatif • problèmes matériels indépendants de la volonté du personnel	• dispensaire proche de l'administration du district	• problèmes matériels indépendants de la volonté du personnel	• dispensaire "INDEX" • déjà partenaire du programme "SKY"	• dispensaire de l'hôpit. de référence • Nb. de consultation "de porte" pour l'hôpital de ref.	• enclavement et population pauvre		

Tous ces éléments sont ensuite synthétisés sur des cartes afin de mieux identifier les caractéristiques de l'offre de soin sur chaque zone d'intervention et de définir les zones d'intervention possibles du programme.



1.6 Principales difficultés

La principale difficulté de ce type d'enquête réside dans le manque de fiabilité des chiffres et données des structures de soins. Il est impossible de tout vérifier et les données collectées sont parfois partielles ou aberrantes.

Un exemple des difficultés rencontrées : les incohérences des données officielles des centres de santé au Cambodge

« Au niveau des centres de santé, il n'y a pas de fichier médical ni de fichier SMI. Les seules fiches conservées sont celles des patientes sous contraception (d'ailleurs plus de type comptable que de type clinique…). C'est très insuffisant et d'autant plus étonnant que le personnel des centres de santé, parfois peu formé, doit alimenter tout au long de l'année un tableau d'activité qui compte jusqu'à 1340 cases !

Lorsque l'on consulte ces tableaux auprès des OD (districts opérationnels) qui en disposent, on peut constater que plus de 30 % des renseignements requis ne sont jamais recueillis (par exemple, sur des milliers de naissances, aucun nouveau-né de moins de 2,5 kg n'a été signalé dans les cases prévues à cet effet).

Une autre cause importante de perte de données est due à la lourdeur des renseignements demandés aux équipes de terrain. Lorsqu'elles sont en retard et que la date de remise des rapports est passée, les autorités sanitaires publient les statistiques en éludant les données des secteurs retardataires. Aucune des corrections nécessaires n'est d'ailleurs opérée dans les publications qui sont éditées : les taux calculés le sont à partir de la somme des données reçues, les données manquantes ne sont pas retirées mais entrent dans les calculs en étant comptées pour zéro.

En matière de périnatalogie, l'information médicale produite par les centres de santé est particulièrement... pudique. Sur les 19 587 grossesses surveillées colligées au cours de l'année 2004-2005 dans les 5 districts de la province de Takéo, on a rapporté 27 décès de nouveau-nés. Cela correspond à une mortalité périnatale de 1,38 ‰. On peut arguer que les dispensaires ne contrôlent pas toutes les issues de grossesse. Si on recalcule alors ce taux à partir des seuls 8138 accouchements assistés, ce taux de mortalité périnatale est de 3,3 ‰. Pour mémoire, il est en France de l'ordre de 6,4 ‰ et est estimé par l'OMS à 50 ‰ pour l'Asie du sud-est... ».

(extrait du rapport de faisabilité du Dr. J.F. Lefait dans la province de Takeo, 2005)

Pour contourner cette difficulté, l'avis de l'équipe d'enquêteurs est primordial. Pour être pertinents, il faut que les critères d'analyses soient partagés entre les membres de l'équipe et que chacun maîtrise parfaitement la grille d'analyse proposée. Les restitutions et les discussions sur les structures visitées se font quotidiennement et en commun. Cela permet d'assurer une homogénéité de l'approche.

D'un point de vue scientifique, les valeurs des indices n'ont aucun sens en tant que telles. Elles sont simplement indicatrices d'une tendance et servent à construire des éléments de comparaisons entre les structures. Il est impossible de dire par exemple que le score minimum pour une structure de santé est de x points pour pouvoir être agréée par l'assurance. En revanche, on peut dire que les structures A, et B sont meilleures que C mais à un niveau acceptable et que les structures D, E et F doivent encore progresser pour y parvenir. Ces indices nous aident à nous faire une idée d'ensemble. Ils peuvent ensuite être affinés par des recoupements.

Un outil méthodologique d'évaluation des structures de santé publiques a été développé par le ministère de la Santé cambodgien, avec l'appui de la GTZ et de l'OMS (voir encadré p.13). Ces outils sont fortement inspirés de l'expérience du Gret[15].

[15] Ministry of Health, Guideline for the implementation of Community Based Health Insurance CBHI, June 2006.

Il pourra être intéressant pour l'assureur de bien connaître les lacunes de la couverture de soins proposées (pas de spécialiste ORL à l'hôpital, pas de test XX disponible au labo ...) afin de pouvoir promouvoir le programme de façon précise quant aux services de santé disponibles dans les différentes institutions sanitaires référentes, et assurer le lobby nécessaire pour l'amélioration de la prise en charge.

Évaluation de l'offre de soins dans la province de Takeo

En 2005, le Gret a mené une étude de faisabilité dans la province de Takeo afin de préparer l'extension de son programme d'assurance SKY à l'ensemble de la province. L'examen systématique des 70 centres de santé, des cinq hôpitaux et les contacts avec les autorités sanitaires aux échelons de la province et des districts ont nécessité une logistique importante. Le médecin coordonnateur et les quatre médecins enquêteurs et évaluateurs ont eu l'occasion de rencontrer au cours de leurs entretiens près de 200 professionnels de santé, du Directeur Provincial de la Santé jusqu'au personnel de service des centres de santé villageois. Lorsque la situation l'a permis, le public présent dans les structures de soins a été mis à contribution et questionné.

La période choisie pour cette opération, en principe intermédiaire sur le plan météorologique, devait permettre d'estimer de façon médiane les problèmes d'enclavement routier et lacustre. Les journées de trajets fluviaux ou lacustres, les 3 200 kilomètres de routes (dont la majorité de pistes) et les quelques kilomètres à pied parcourus par les équipes d'enquête pour atteindre la totalité des structures de santé jusqu'aux plus périphériques ont permis de prendre la mesure des difficultés auxquelles sont soumises les populations à la recherche d'un accès aux soins.

L'équipe de terrain a pour finir participé aux ateliers de synthèse et d'analyse qui ont pu être enrichis grâce aux travaux et aux rencontres avec les assistants techniques de la Coopération française et de la Croix Rouge suisse en appui sur le secteur hospitalier et sur certains centres de santé de cette province depuis plusieurs années.

À partir de cette étude, nous avons pu conclure que trois des cinq districts présentaient une offre publique de soins de niveau suffisant pour permettre le démarrage du programme d'assurance. Pour les deux autres districts, les secteurs d'amélioration ont pu être identifiés et un programme d'appui, connexe à l'assurance, est en cours de définition par l'AFD. L'articulation entre l'amélioration de la qualité des soins et le programme d'assurance a ainsi permis de définir un plan de déploiement précis sur l'ensemble de la province, qui sert de base à la construction du plan d'affaire.

2. Étape 2 : Vérifier la réceptivité des autorités au concept de l'assurance

L'identification a permis de repérer si des programmes de protection en santé existaient dans le contexte du futur projet.

Si c'est le cas, il est nécessaire d'approfondir la compréhension de ces systèmes (population cible, services couverts, système de paiement, mode de contractualisation avec les institutions sanitaires, etc.).

Dans le cas contraire, comme au Cambodge, où le concept de l'assurance est très peu connu, il est très important de s'assurer que les autorités nationales et locales qui seront en charge de la

tutelle du projet (il peut s'agir d'autorités relevant de différents ministères – santé, travail, finances…) :

- **Comprennent** la démarche de l'opérateur. On pourra s'appuyer sur des exemples très concrets illustrant les principes de partage du risque et sur des exemples de programmes ayant été développés dans des pays voisins ;
- **Identifient** bien la complémentarité entre les systèmes visant à protéger les plus pauvres, généralement financés par de l'aide extérieure et/ou le budget de l'État[16], et le dispositif d'assurance qui implique une participation financière de l'assuré ;
- **Adhèrent** très tôt à la démarche de l'opérateur et lui apportent un soutien dans la durée. Ce soutien est nécessaire à court terme pour mener à bien l'étude de faisabilité (la visite des structures de santé requiert l'autorisation des autorités sanitaires nationales et locales), et à moyen terme lors de la phase de mise en œuvre et de déploiement du programme.

Cette étape, bien que d'apparence mineure est extrêmement importante pour garantir le succès futur de la mise en place du programme. On doit s'assurer qu'à son terme, les autorités sanitaires disposent d'une compréhension minimum des principes de l'assurance santé (partage du risque entre les adhérents, nécessité de volume importants, objectif de pérennisation du dispositif, etc.) qui devront être rappelés à chaque occasion.

3. Étape 3 : Enquêtes auprès des ménages

3.1 Objectifs

Les objectifs de cette étape sont multiples. Il s'agit de :

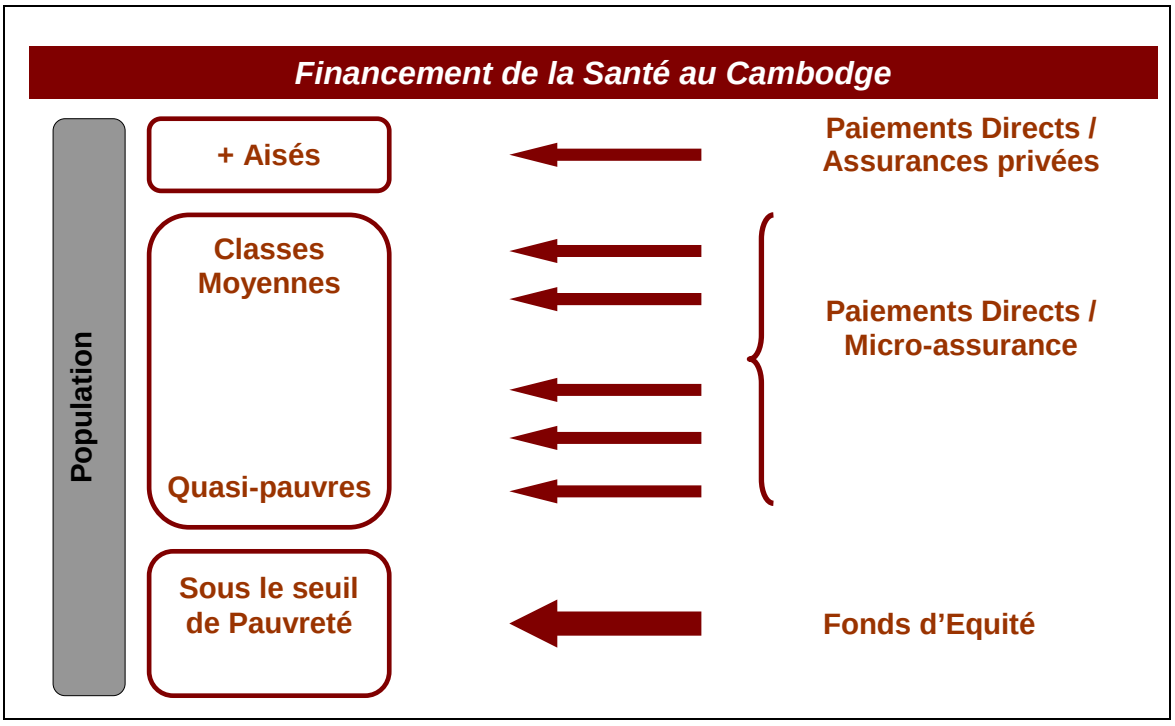
- comprendre les comportements des familles face aux soins. Cette étape présente plusieurs intérêts : elle permet d'une part d'obtenir les bases pour construire une offre de service en adéquation avec les souhaits de la population, et d'autre part de dimensionner la demande potentielle pour le service d'assurance proposé. Ces informations permettent d'affiner les outils marketing vers des segments de population particuliers et d'améliorer ainsi la pénétration globale de l'offre d'assurance. Enfin, elle inclut l'analyse de l'offre de santé informelle dans la zone concernée qui constitue au Cambodge l'un des principaux concurrents au service d'assurance ;
- estimer leurs niveaux de revenus/richesse afin de vérifier la capacité contributive (voir définition plus bas) du groupe cible et d'en estimer la taille. Cette information est capitale, pour définir si le public cible peut avoir accès à différents types de garanties, ou plus simplement, dans le cas de zones particulièrement pauvres ou à l'économie peu monétarisée, si la population dispose de moyens financiers réguliers et suffisants pour payer une prime d'assurance ;
- clarifier qui est le groupe cible et mieux en cerner les contours, à partir des résultats obtenus par les deux enquêtes mentionnées.

[16] Au Cambodge, certains districts bénéficient de « fonds d'équité » financés par les bailleurs internationaux qui couvrent les frais de santé des plus pauvres.

3.2 Démarche

L'assurance n'a pas de vocation universelle. Elle est par définition accessible à ceux qui sont en mesure de payer la prime et ne vise pas prioritairement le groupe le plus pauvre de la population. On peut toutefois imaginer que les dispositifs d'assistance aux plus pauvres puissent souscrire des assurances pour les groupes les plus vulnérables de la population, garantissant ainsi un accès équitable aux services de soins, sans stigmatisation de la pauvreté par rapport aux groupes plus aisés[17]. Ces dispositifs d'aide étant souvent partiels et limités, on s'attachera ici à bien définir le « cœur de cible » de l'assurance, c'est-à-dire les familles qui se situent à proximité et au-dessus du seuil de pauvreté. Ces familles, en cas d'épisode de maladie grave, ne pourront pas faire face à la charge financière occasionnée et devront soit s'endetter lourdement, soit vendre leurs biens productifs ou leur terre.

Dans le cas du Cambodge, la situation du financement de la santé pourrait être résumée comme suit :



Le programme d'assurance vise prioritairement la « classe moyenne » – étant entendu que dans un pays comme le Cambodge, cette moyenne est déjà très basse notamment en milieu rural, et que l'ensemble de la population, hormis une frange très aisée en ville, n'a pas accès à des services d'assurance santé ou vie.

L'étude socio-économique permet d'affiner la connaissance de cet ensemble et d'en identifier plus précisément les différentes composantes et leurs caractéristiques respectives. Elle permettra aussi une première estimation de la capacité contributive des familles.

[17] Un mécanisme de ce type sera prochainement testé dans la province de Kâmpôt. Le fonds d'équité financé par les bailleurs internationaux, achètera les cartes d'assurance pour environ 20 % de la population du district les plus pauvres, préalablement identifiés.

➢ Recours aux soins

La bonne connaissance des comportements des familles face aux soins est un élément important de l'étude de faisabilité. C'est à partir de cet ensemble que sera définie l'offre de service couverte par l'assurance qui devra répondre aux besoins des futurs assurés en prenant en compte leurs habitudes de santé actuelle et leurs capacités contributives.

L'étude des recours est particulièrement intéressante. Elle permet de voir où les familles vont se soigner prioritairement, combien elles dépensent par épisode, et quelles perceptions elles ont du service offert. À ce stade, il est important de ne pas limiter l'étude aux seuls prestataires de soins pressentis (les structures publiques par exemple) mais bien d'essayer d'appréhender la globalité de l'offre de service disponible. Cette dernière comprend les pratiques informelles (médecine traditionnelle), l'automédication, le recours à la médecine privée ou encore l'offre du service public.

Un très faible taux de fréquentation des services publics sur une zone donnée est un bon indicateur de la faible qualité perçue de ces structures. Si le recours à la médecine privée est important sur cette même zone, il est possible que les praticiens publics développent leurs propres consultations privées en marge de leur activité publique. Enfin, une zone où le recours à la médecine traditionnelle est prééminent augurera de probables difficultés lors du démarrage du projet.

Ces éléments sont importants pour le choix du ou des prestataires de soins et devront être pris en compte pour l'élaboration de stratégies marketing différenciées. Ainsi, l'approche marketing est très différente dans une zone où la médecine traditionnelle constitue le principal mode de traitement, d'une autre zone où l'essentiel des services est assuré par le secteur public.

Les modes de recours au soin au Cambodge : le secteur privé domine

Dans l'enquête démographique et sanitaire 2005, l'Institut National de Santé Publique publie une analyse des modes de recours au soin au Cambodge[18].

16 % des personnes interrogées ont déclaré avoir été malades au cours des 30 jours précédant l'enquête. Les 9/10ème de ces personnes étaient atteints de maladies bénignes. 92 % des personnes malades ont eu recours à au moins un traitement, 27 % à au moins deux traitements et 10 % à au moins trois traitements.

En milieu rural, les malades se font principalement soigner dans le secteur privé (46 %). Ces médecins privés sont dans la plupart des cas des médecins du secteur public qui ont développé leur propre pratique privée en marge de leur activité, afin de compenser la faiblesse des salaires du secteur public.

22 % des malades se font soigner dans le secteur public, principalement au niveau des centres de santé (13,6 %).

[18] Cambodia Demographic and Health Survey 2005, National Institute of Public Health and National Institute of Statistics, ORC Macro, Calverton, Maryland USA, December 2006, Chap. 2 pp 34-35.

Enfin, un nombre à peu près équivalent de malades (21,6 %) se soigne dans le secteur non-médical, principalement par un large recours à l'automédication et à l'achat de médicaments disponibles dans les différents points de vente dans les villages. La vente de médicament est très mal contrôlée et l'accès à n'importe quel type de substance est extrêmement aisé. Une large proportion des médicaments disponibles en milieu rural est périmée ou contrefaite.

Les modes de recours au soin sont directement liés à la qualité des services de santé disponibles dans chaque région. Il existe donc une variabilité importante de ces modes de recours. Ainsi, les districts où les services de santé sont appuyés par des opérateurs externes bénéficient de taux de fréquentation plus élevés, parfois supérieur à 50 %. Dans le district d'Ang Roka où le programme SKY est présent depuis 2003, 69 % des patients assurés fréquentent une structure publique contre 46 % pour les non-assurés[19].

Le coût des traitements varie en fonction de la gravité de la maladie et du mode de recours choisi. Ainsi 54 % des malades ont dépensé moins de cinq dollars (coût de transport inclus), 30 % ont dépensé entre 5 et 20 dollars, et 16 % ont dépensé de 20 à 100 dollars. En moyenne le traitement dans le secteur privé est 25 % plus cher que le traitement dans le secteur public. Le principal facteur de choix pour les familles est la proximité du service, (les coûts de transport pouvant parfois être supérieurs aux coûts médicaux d'un centre de santé). Le second facteur de choix est la possibilité de bénéficier d'un crédit de paiement chez un praticien privé.

➢ Capacité contributive

Calculer la capacité contributive des assurés consiste à mesurer combien les familles peuvent, ou plus exactement, sont prêtes à payer pour un service d'assurance en fonction de leurs contraintes financières et de leurs choix d'allocations budgétaires. L'étude des revenus en milieu rural est toujours un exercice délicat. Dans le cas du Cambodge où l'essentiel du revenu dépend de la récolte rizicole annuelle, il peut exister une variabilité assez forte entre les années. Le montant du revenu est difficile à évaluer simplement à travers une enquête, qui ne suffit pas à appréhender précisément la part du budget familial et le montant consacré aux dépenses de santé. Il est donc nécessaire d'affiner l'enquête par un volet spécifique à la santé.

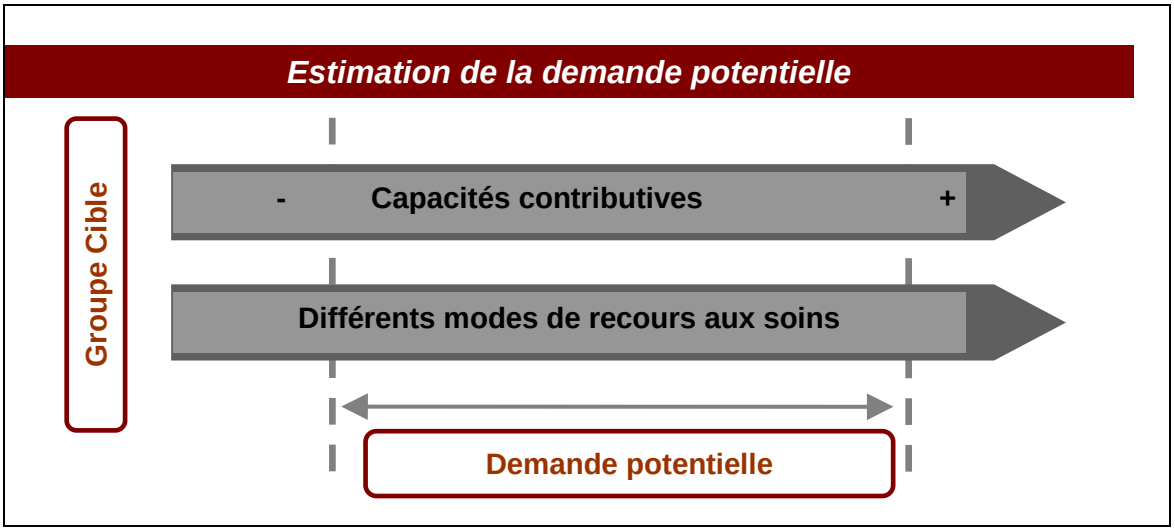
Il est possible d'estimer assez finement le montant de la dépense moyenne par personne par an. Au Cambodge il se situe entre 18 et 25 dollars[20] selon les estimations. Cela ne signifie pas pour autant que les familles soient prêtes à dépenser ce montant dans un service d'assurance santé. La « tolérabilité » de la prime, c'est-à-dire le montant que les familles sont effectivement prêtes à payer pour l'assurance, se situe bien au-dessous du niveau de dépense actuel, ce qui est parfaitement normal. Dans le cas du Cambodge, il semble que ce seuil se situe aux alentours de 3 ou 4 % du revenu de la famille. Il faut se rappeler que dans un contexte où l'assurance est très peu développée, où l'argent est rare, et où la méfiance envers la nouveauté prévaut, le principe de payer pour couvrir un risque qui n'arrivera peut-être pas est une notion difficile à intégrer, du moins au démarrage du programme. Avec le temps, et en s'appuyant sur des exemples précis étant arrivés à leurs proches ou leurs voisins, les familles réalisent l'intérêt du système d'assurance et sont prêtes à investir davantage dans un tel système. Toute-

[19] SKY Health Behaviour Survey 2007.

[20] Site web WHO NHA - update 2006, et Cambodian Demographic and Health Survey 2005.

fois cette évolution requiert du temps et ne doit pas être sous-estimée dans le plan de déploiement.

C'est à partir de l'ensemble des données collectées au cours de cette phase d'étude que l'on pourra faire une première estimation de la taille de la demande potentielle pour le futur programme d'assurance.



3.3 Méthode

L'estimation d'un revenu rural est toujours assez difficile à réaliser, particulièrement dans le cas où les revenus annuels sont principalement liés à une activité agricole dominante (le riz dans le cas du Cambodge). Pour cette raison, nous avons choisi de nous concentrer sur l'estimation d'un niveau de richesse familial plutôt que sur une simple analyse de revenu. Ce niveau de richesse s'estimera suivant un ensemble de critères (type d'habitat, description des actifs, autosuffisance alimentaire, etc.).

> Les critères utilisés par SKY portent sur une estimation du niveau de richesse de la famille. Ils prennent en compte le type de logement (en paille, en bois ou en brique), l'équipement du ménage, (TV, vélo, moto), l'équipement productif (charrue, bœufs, etc.), le recours à l'emprunt pour se nourrir (combien de mois dans l'année) et la surface possédée ramenée au nombre de têtes dans la famille. Un index est créé sur la base de ces données qui permet de voir la distribution de richesse au sein de la population enquêtée. Cette approche sera enrichie prochainement par un nouvel outil d'identification des pauvres standardisé et à vocation nationale et transectorielle, mis au point en 2007 par le ministère du Planning et la GTZ[21].

Si nécessaire, des discussions en groupes (« focus group ») peuvent être organisées avec la population afin d'affiner ou de vérifier certains éléments de réponse.

Concernant les habitudes de santé, l'enquête s'appuie principalement sur une l'analyse du dernier épisode de maladie au sein de la famille (nature, recours, coût…) ainsi que sur une

[21] GTZ, Ministère Cambodgien du Planning, Identification of poor households, Most Vulnerable Household List (MVHL), 2007.

comparaison entre les dépenses de santé du foyer et ses autres principaux postes de dépense (alimentation, logement, etc.). L'analyse du dernier épisode de santé ayant conduit à des dépenses de santé importantes apportera des indications sur les stratégies des familles en cas d'urgence (endettement, vente d'actifs).

Pour ces deux enquêtes, la constitution de l'échantillon doit s'efforcer de refléter le plus finement possible la distribution géographique des foyers au sein de la zone concernée. Si l'on prend le cas de l'étude de faisabilité pour la province de Takéo, elle portait sur quatre des cinq districts sanitaires de la province[22], chacun ayant des densités de population différentes. 20 % des villages dans chaque district ont été sélectionnés aléatoirement, garantissant ainsi la représentativité de la distribution de la population au sein de la province. Près de 2 500 foyers ont ainsi été enquêtés, soit environ 2 % de la population.

Selon la taille de la zone choisie, il peut être nécessaire de procéder à une analyse par sous-ensemble géographique. Si dans le cas d'un district géographiquement homogène, la question ne se pose sans doute pas, il n'en va pas nécessairement de même à l'échelle d'une province.

L'élaboration, le test et l'éventuelle traduction du questionnaire sont des étapes fondamentales pour la pertinence des résultats de l'enquête. Le test du questionnaire est nécessaire pour s'assurer de la bonne adaptation des questions au contexte local. Plus le questionnaire est simple et précis, plus la qualité des réponses sera garantie. Il est nécessaire de travailler avec un questionnaire traduit dans la langue du pays.

La qualité de collecte des données est le pré-requis pour une analyse pertinente de l'enquête. Pour cela, le recrutement et la formation des enquêteurs sont essentiels. Les questionnaires doivent être testés sur le terrain par l'ensemble de l'équipe et une mise en commun des résultats effectués. Il est important que les interprétations des enquêteurs soient homogènes. Il est aussi utile que la personne qui sera ensuite en charge de la saisie des données soient elle aussi formée et passe au moins une journée sur le terrain.

Lors des enquêtes de terrain, un superviseur vérifie la qualité des questionnaires et discute avec les enquêteurs quotidiennement.

3.4 Le champ de l'enquête

(a) Capacité contributive des familles

Les points suivant sont évalués, soit à partir de la réponse de la personne enquêtée, soit directement par l'enquêteur au cours de l'entretien (type d'habitat par exemple). Cela nécessite une formation préalable de ces derniers afin de garantir l'homogénéité des données collectées pendant l'enquête.

- type d'habitation ;
- nombre de personnes dans le foyer ;
- surface de terre possédée ou exploitée. Dans un environnement rizicole comme le Cambodge, il devient assez facile d'estimer le revenu généré par une rizière selon sa taille ;
- moyens de production (bœuf, charrue, motopompe, charrette, etc.) ;
- ratio nombre d'actifs/total famille ;
- activités principales et secondaires (commerce, artisanat, élevage, etc.) ;

[22] Un des cinq districts ayant déjà été enquêté les années précédentes, l'enquête n'a finalement porté que sur quatre districts.

- capacité d'épargne et mode d'épargne (donnée déclarative uniquement) ;
- existence de biens de consommations dans le foyer (TV, générateur, etc.) ;
- recours à l'emprunt (microfinance, prêteurs privés) ;
- autosuffisance alimentaire (nécessité d'emprunter pour se nourrir à certaines périodes de l'année) ;
- scolarisation des enfants ;
- soutien financier d'autres membres de la famille (un membre de la famille travaille en ville en usine ou à l'étranger et envoie régulièrement de l'argent à sa famille).

(b) Recours aux soins

Il s'agit de déterminer :

- la part de revenus consacrée aux dépenses de santé. Cette estimation est là aussi purement déclarative. La valeur en tant que telle est de moindre importance. La perception de la part que représente ces dépenses dans le budget des ménages est bien plus intéressante ;
- la part des dépenses de santé par rapport aux autres dépenses considérées comme essentielles par le foyer (nourriture, moyens de production, équipement, éducation, etc.) ;
- les modes de recours utilisés (automédication, offre publique, médecine privée, médecine traditionnelle) ;
- l'ensemble des dépenses liées à un événement de santé (transport, nourriture, dessous de table, etc.) ;
- la qualité des soins perçue par les assurés, qui ne correspond pas nécessairement à la qualité effective des soins.

L'enquête s'appuie sur des questions portant sur les dépenses médicales récentes (dernière grosse dépense de santé, maladie au cours des trois derniers mois). Elle nécessite une bonne connaissance préalable de l'environnement sanitaire de la zone en question afin de pouvoir affiner les réponses données par les familles. C'est aussi pour cette raison que cette enquête a lieu après l'analyse de l'offre de soins dans la zone concernée.

3.5 Interprétation des données

Les questionnaires sont ensuite codés et traités statistiquement. Leur analyse permet d'identifier à la fois des profils type et des groupes de population en fonction de leur richesse et en fonction de leurs habitudes de santé. Le croisement de ces deux axes permet de mieux identifier les différents segments de population concernés par l'assurance santé, de s'assurer que le montant proposé de la prime est adapté à leur niveau estimé de richesse, et de dimensionner une demande potentielle pour le service d'assurance.

■ Les niveaux socio-économiques

Sur le plan économique, un premier niveau d'interprétation des données permet de mieux maîtriser le statut économique du groupe ciblé par l'assurance et d'en établir le profil type. On sait par exemple que la « tolérabilité » de la prime d'assurance se situe généralement entre 4 et 5 % du revenu. Les indications de revenus collectées permettent de s'assurer que le montant de la prime choisi reste accessible à la grande majorité des familles. Une bonne connaissance de la fréquence des revenus est également un élément capital dans la détermination du mode et de la fréquence du règlement des primes. Si la majorité des familles ne dispose que d'une rentrée d'argent substantielle lors de la récolte, on privilégiera un mode de règlement annuel de la

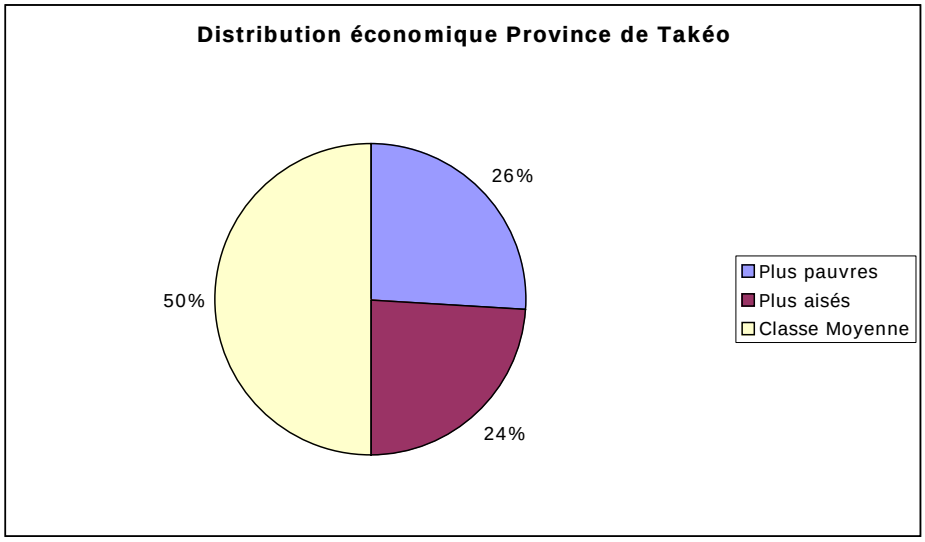
prime, calé sur la saisonnalité. Dans le cas de familles pluriactives, on privilégiera un mode de règlement à fréquence plus régulière (trimestriel ou mensuel) mais de montant plus faible.

Un deuxième niveau d'analyse consiste à déterminer si au sein de la population, on peut identifier des groupes types d'un point de vue économique ou d'un point de vue sanitaire, et, si c'est le cas, s'il existe des corrélations entre leur situation économique et leurs habitudes de santé.

Cette analyse est effectuée à l'aide d'un logiciel de traitement statistique de données[23] et s'appuie sur l'utilisation d'un certain nombre de variables déterminées préalablement (par exemple surface de terre, type de logement, recours à l'emprunt pour se nourrir).

Dans le cas de l'étude sur la province de Takéo au Cambodge, ce travail a permis d'identifier trois différents profils :

- Les plus pauvres, vivant principalement dans un habitat précaire, avec moins d'un ½ hectare de terre et ayant un recours régulier à l'emprunt pour se nourrir ;
- Les plus riches, vivant dans des maisons en dur, possédant entre 1 et 3 hectares de terre et n'ayant pas de recours à l'emprunt pour se nourrir ;
- La « classe moyenne » rurale, vivant principalement dans des maisons en bois, possédant moins de 1ha de terre et ayant un recours partiel à l'emprunt (de 1 à 3 mois par an).



■ Les recours aux soins

En matière de santé, l'analyse des fréquences de maladie au cours des derniers mois permet une première évaluation du volume de service qui pourrait être utilisé (nombre de contacts par personne et par an). Cette donnée est capitale à plus d'un titre :

- À ce stade, c'est la première donnée fiable qui permet d'estimer un volume de service de soins requis ;

[23] « Cluster Analysis » sous SPPS et « Analyse factorielle » sous Sphynx dans le cas du Cambodge.

- Elle va permettre une première estimation des coûts médicaux qui seront supportés par le programme, c'est donc un élément important pour le premier calcul d'un niveau de prime ;
- Elle va servir de base également à la négociation des contrats (niveaux de services et prix) avec les structures de santé qui seront en charge de fournir le service.

L'étude du mode de recours de soins de la population donne une bonne indication de l'attractivité du fournisseur de soins pressenti par le programme d'assurance auprès du groupe cible. Sans être un indicateur objectif du niveau de qualité des soins délivrés par les différentes structures de santé[24], elle donne néanmoins une bonne indication de la perception – favorable ou négative – du prestataire de soins pressenti.

L'étude du mode de recours de soin permet également de mieux appréhender l'impact possible de la concurrence des autres prestataires de santé sur le programme d'assurance. Dans le cas du Cambodge, l'étude faisait apparaître un recours assez faible aux structures de santé publique. *A contrario*, le volume de visites aux médecins privés était extrêmement important. Il se trouve que ces médecins sont en fait les professionnels de santé publique qui, en marge de leur activité, avaient développé une pratique privée. Dans ce cas, nos principaux partenaires devenaient également nos principaux concurrents !

Enfin, l'étude de santé donne des indications sur la présence ou non de pathologies particulières au sein de la population visée qui permettront de décider de leur prise en charge ou de leur exclusion par le programme.

Le second niveau d'analyse sur le plan sanitaire consiste, à partir d'une analyse croisée, à identifier des modes de corrélations possibles entre des modes de soins particuliers et la situation économique de ces différents groupes.

Dans le cas de l'étude sur Takéo, les principales corrélations portaient sur :

- Les facteurs clefs de décisions dans le choix du prestataire de soins. En premier arrive la proximité du prestataire de soins (pour tous les groupes), puis le prix du service et la confiance en ce prestataire. Pour ces deux derniers critères, le prix était plus important pour les plus pauvres, tandis que la confiance était plus importante pour la classe moyenne ;
- Le mode de règlement des frais de santé (recours à l'épargne, emprunt ou vente d'actifs pour les plus pauvres).

■ La définition de la clientèle visée

Le programme d'assurance du Gret vise prioritairement la classe moyenne, c'est à dire le groupe qui à une capacité contributive suffisante pour payer une prime d'assurance mais dont les moyens financiers (réguliers et épargne) sont insuffisants pour faire face à des dépenses de santé lourdes. L'approche du Gret est donc de privilégier la prévention de la pauvreté – par ailleurs, il faut rappeler qu'en zone rurale cambodgienne, cette « classe moyenne » est déjà très défavorisée (sur Takéo, qui est pourtant parmi les provinces les moins pauvres du Cambodge, le quintile le plus pauvre regroupe 14,1 % de la population tandis que les 2 quintiles

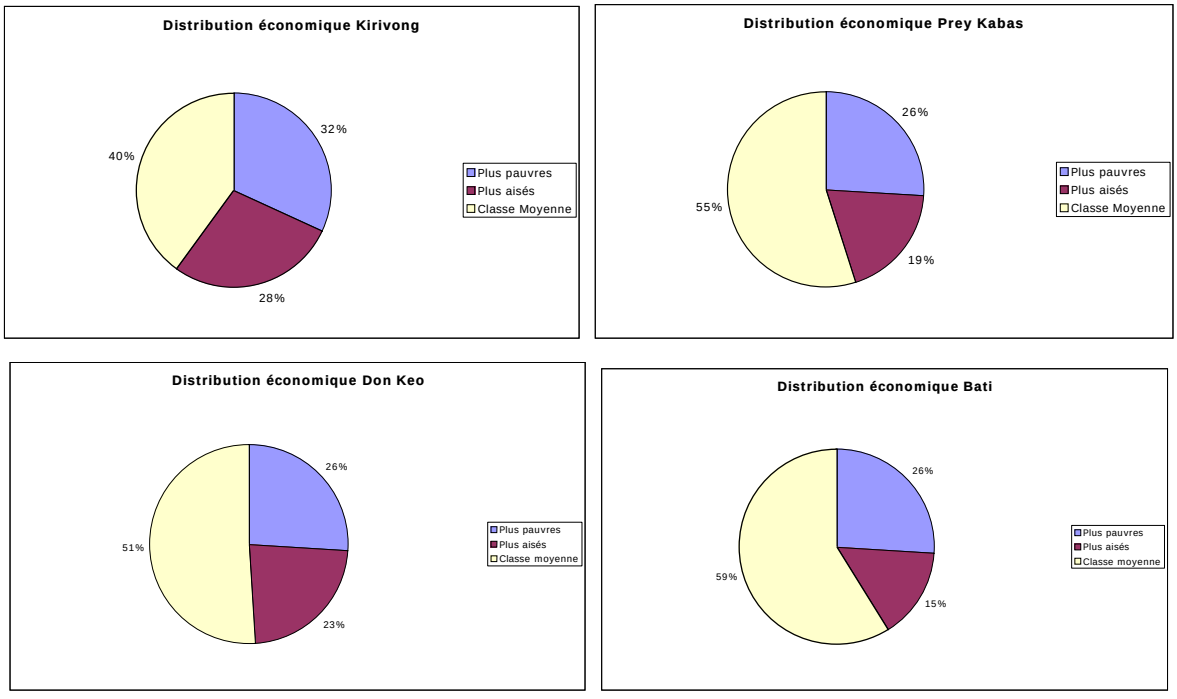
[24] La possibilité de crédit ou la proximité de la structure de santé sont des facteurs qui n'ont rien à voir avec la qualité des soins proposés mais qui peuvent influer la décision des familles de choisir tel ou tel prestataire de soin.

suivants regroupent 76 % de la population. On estime que 34,7 % de la population vit en deçà du seuil de pauvreté fixé à 1 dollar/jour)[25].

Pour le groupe le plus pauvre, d'autres dispositifs de prise en charge des coûts de santé doivent être développés mais la micro-assurance n'a pas de vocation universelle[26]. Elle constitue une solution possible pour seulement un segment de population vulnérable aux risques financiers liés à la santé.

La partie la plus aisée de la population a un intérêt limité pour le système d'assurance puisqu'elle considère qu'elle a les moyens de faire face à ses dépenses de santé. D'autres part, le choix de prestataires de santé publiques n'est pas toujours bien perçu par un groupe qui considère ces services comme de la « médecine pour pauvre » et donc, en deçà des services proposés par le secteur privé.

Afin de vérifier la cohérence des données au sein des districts, la même analyse a été effectuée pour chaque zone. La situation était assez homogène sur trois des quatre districts étudiés mais sur le quatrième, on constatait une « classe moyenne » plus réduite et un taux de « profils aisés » et de « très pauvres » plus importants. La demande potentielle pour l'assurance serait donc moindre dans ce district et nécessiterait des moyens marketings différenciés.



L'analyse plus fine de chacun de ces trois groupes indique également que la distinction entre les plus pauvres et les autres groupes est la plus marquée. En revanche pour la classe moyenne et le groupe des plus aisés, il n'y a pas de limite franche et claire. Il y a un « continuum » socio économique plus net entre ces deux catégories qu'avec le groupe des plus pauvres.

À partir des corrélations présentées précédemment, deux nouveaux groupes ont pu être identifiés ; un groupe potentiellement intéressé par l'assurance qui recourt principalement au secteur

25 Cambodia Demographic and Health Survey 2005.

26 Au Cambodge, SKY a pour ce segment cherché à s'articuler avec des mécanismes de prise en charge des soins pour les plus pauvres, nommés « fonds d'équité ».

privé et n'a pas de problème de financement de la santé ; et un groupe cible avec des spécificités inverses.

La superposition de ces groupes avec l'analyse économique réalisée précédemment a permis d'arriver à une distribution de la population sur la province en trois groupes aux caractéristiques suivantes :

- un groupe qui n'a pas d'intérêt pour l'assurance malgré une capacité financière suffisante pour y accéder ;
- un groupe qui pourrait être intéressé par l'assurance mais qui n'a pas de moyens financiers suffisants pour y accéder ;
- un groupe qui peut être intéressé par l'assurance et qui a des moyens financiers suffisant pour payer régulièrement une prime. Ce dernier groupe constitue le groupe cible final.

Ces données peuvent être synthétisées dans le tableau suivant :

	Kirivong	Donkeo	Bati	PreyKabass	Takeo Province
Pop. Cible	**49 %**	**49 %**	**53 %**	**54 %**	**52 %**
Pas d'intérêt pour l'assurance	21 %	23 %	20 %	19 %	21 %
Plus pauvres	30 %	27 %	26 %	26 %	27 %

En appliquant les pourcentages obtenus sur la population du district, on arrive alors à une estimation de la population cible du programme sur le district :

	Kirivong	Donkeo	Bati	PreyKabass	Takeo Province
Pop. cible	**104 000**	**93 000**	**97 000**	**81 000**	**376 000**
Pas d'intérêt pour l'assurance	45 000	44 000	37 000	29 000	155 000
Plus pauvres	63 000	52 000	48 000	39 000	202 000
Total	212 000	189 000	182 000	149 000	733 000

3.6 Principales difficultés

Connaissance de la zone

Une enquête de cette ampleur requiert une bonne connaissance préalable de la région. Il est donc nécessaire, avant de commencer, d'obtenir le maximum d'information sur la zone choisie (données statistiques, cartes, conditions de circulation, accessibilité, etc.)

Une sous-estimation des données physiques et donc des moyens à mettre œuvre pour mener l'étude à bien peut conduire à d'important retards ou à une étude incomplète de certaines zones. La fiabilité des résultats de l'étude s'en trouverait alors fortement affectée.

Volume de données collectées

Une seconde difficulté réside en la difficulté à gérer une masse importante de données statistiques. La tentation peut être grande au début de l'enquête d'étendre le champ des questions à une multitude de sujets. Il est important de garder à l'esprit quel est l'objectif de la faisabilité et donc, de limiter les questions à l'obtention des informations nécessaires.

Qualité des données collectées

Les enquêtes de santé et les enquêtes socio-économiques s'appuient assez largement sur des données qualitatives ainsi que sur l'observation des enquêteurs. Leur rôle est déterminant dans la qualité des données collectées. Il est donc important de veiller à ce que les enquêteurs bénéficient d'une formation préalable importante à l'enquête et d'un suivi régulier pendant son déroulement.

Le traitement statistique des données

Le traitement statistique des données ne pose pas de problème en soi, à condition de savoir le faire… Le premier niveau d'interprétation définissant des profils types est assez aisé à réaliser. En revanche, l'identification de groupes ("cluster analysis") et l'étude des corrélations requièrent un niveau d'expertise pas nécessairement disponible au sein des organisations chargées du projet. Il convient donc de s'assurer au début de l'enquête que cette expertise extérieure au projet pourra être mobilisée.

Maîtrise du temps d'étude

Comme toujours, le temps requis par ce type d'enquête dépasse très souvent ce qu'on avait initialement estimé. Les temps d'enquête, de dépouillement des données et d'analyse peuvent être assez lourds selon la taille de la zone choisie et l'ampleur du questionnaire. Il est donc prudent de tester avant de démarrer le questionnaire, de vérifier le temps requis par son dépouillement et son traitement statistique afin d'ajuster au mieux le programme. Des délais importants peuvent avoir des incidences financières importantes sur le budget total de l'étude.

Risque de minimiser l'importance de l'étude

Il est parfois tentant de passer rapidement sur cette phase de faisabilité. Les raisons peuvent être multiples :

- Tous les programmes n'ont pas nécessairement le budget nécessaire pour mener à bien ce type d'enquêtes. Cette phase de faisabilité est parfois délicate à financer par un donneur, puisqu'il y a un risque objectif que les conclusions soient négatives et que le projet ne puisse démarrer ;
- Le temps requis pour ce type de travail peut être important et n'est pas forcément compatible avec le calendrier de mise en place du programme. Il est donc important de bien dimensionner et planifier cette phase d'enquête au moment de la conception du projet ;
- La complexité du travail d'enquête peut paraître rebutante et le manque de capacité technique interne au sein de certains programmes peut les inciter à minimiser cette phase d'étude.

Le dimensionnement du programme et la première tarification des services dépendant directement de cette faisabilité, nous ne pouvons qu'insister sur la nécessité de conduire à terme ce travail.

4. En synthèse : moyens minimums nécessaires et coût estimé

La question des moyens dépendra largement de la taille de la zone choisie. Toutefois, on peut identifier un certain nombre de moyens à mobiliser sur ce type d'enquête :

Moyens matériels

Documentation, données statistiques, cartes, logiciel de traitement statistique des données.

Moyens humains

Nous recommandons la mise en place d'un groupe de travail au sein de l'équipe permanente, si cette équipe est déjà en place. Ce groupe peut être constitué du directeur du projet, du directeur des opérations et d'agents de terrain. Chacun consacrera une partie variable de son temps au suivi de l'étude de faisabilité en fonction des différentes phases. Les phases de conception de l'étude et d'analyse des résultats nécessiteront une implication plus importante de l'équipe permanente.

Analyse de l'offre de soins

Un médecin senior, de préférence avec un profil de santé publique, en charge de l'enquête pendant toute la durée de l'étude. Il connaît bien l'environnement de la santé dans ce pays. Il assume la responsabilité globale de ce segment de l'étude, de la coordination et du suivi des activités jusqu'à la rédaction du rapport final. Il se charge également de recrutement et de la formation des médecins juniors en charge des enquêtes terrain.

Médecins juniors : de jeunes médecins, ou de jeunes internes pourront mener les enquêtes auprès des structures de santé. Il est important de choisir des médecins extérieurs à la zone choisie et, si possible, issus de milieu n'ayant pas de rapport avec les structures enquêtées, afin de s'assurer que les répondants puissent apporter les réponses le plus objectivement possible.

Il faut compter environ une journée par centre de santé visité et de deux à trois jours pour les structures hospitalières.

Études socio-économique

Si les moyens humains de la structure sont insuffisants, il est nécessaire de recruter un responsable d'enquête pour la durée de l'étude. Ce genre de fonction est bien adapté à un jeune universitaire en sciences humaines ou en sciences économiques. Tout comme le médecin, il assurera le suivi des opérations sous la responsabilité du chef de projet.

La phase d'élaboration du questionnaire sera plus ou moins longue suivant la phase dans laquelle se trouve le projet. Elle sera particulièrement sensible s'il s'agit d'une première étude dans un contexte nouveau. Il est toujours intéressant de consulter les études produites par d'autres organismes. Dans l'idéal, cette étape sera confiée au responsable d'enquête. Le questionnaire devra être validé par la direction du projet avant la conduite des enquêtes.

Pour la conduite des enquêtes, les enquêteurs chargés de l'étude socio-économique et de l'étude sur les habitudes de santé doivent être de bon niveau. De jeunes étudiants peuvent parfaitement effectuer ce type de tâche. Leur parcours académique en sciences sociales par exemple, peut leur donner une certaine familiarité avec les techniques d'enquêtes qui s'avèrera précieuse. Il est préférable qu'ils bénéficient d'une expérience préalable d'enquête de terrains. Leur nombre dépendra de l'ampleur donnée à l'étude.

Une bonne estimation de la durée du questionnaire est indispensable pour l'estimation du temps et du nombre d'enquêteurs nécessaires. La prise en compte de la disponibilité des famil-

les est elle aussi importante (il est préférable de ne pas effectuer les enquêtes durant la récolte de riz, au Cambodge, par exemple).

Logistique

Il est nécessaire de prévoir les déplacements des enquêteurs, de préférence de manière autonome afin de ne pas perdre de temps. Selon la configuration des lieux, on peut recourir à des voitures, des motos, des bateaux et à ses propres pieds dans les zones les plus difficiles… Il est toutefois important de bien planifier et prévoir la mobilisation de ces moyens de transport afin de ne pas rallonger inutilement la durée de l'enquête et d'en augmenter les coûts.

De même, on privilégie l'hébergement sur place des équipes d'enquêtes afin de limiter les temps de transports et les coûts. Cela donne en plus une opportunité supplémentaire de discuter avec les équipes à la fin de la journée du bon déroulement des opérations et d'apporter des ajustements si nécessaire.

Traitement statistique des données

Le dépouillement des enquêtes peut être effectué de deux manières différentes.

Le recrutement d'une personne chargée de la saisie de données peut être nécessaire. Elle doit avoir un niveau d'anglais (si c'est la langue de travail) suffisant à la traduction de données manuscrites. Comme déjà mentionné, il est préférable que cette personne ait une bonne compréhension du questionnaire (dans l'idéal, elle aura passé un jour sur le terrain avec les enquêteurs). La saisie de données peut être longue et il est important qu'elle commence à traiter les questionnaires au fur et à mesure de la réalisation de l'enquête, sans en attendre la fin.

Une seconde solution consiste à demander à un ou deux des enquêteurs d'effectuer le dépouillement. Cela permet de bénéficier de leur connaissance de l'enquête et donc d'améliorer leur productivité. On s'assurera au préalable de leur familiarité avec l'informatique et de la rapidité avec laquelle ils peuvent saisir les données. Si nécessaire, un agent de saisie peut également être recruté spécifiquement pour cette tâche. Dans un cas comme dans l'autre, on effectuera quelques sondages aléatoires pour vérifier la cohérence des données rentrées avec quelques questionnaires d'enquête.

Le traitement statistique des données sera confié de préférence au responsable d'enquête. On s'assurera lors de son recrutement qu'il a les capacités techniques requises pour mener à bien cette tâche (cela peut faire partie des termes de référence de la fonction). Si cette compétence n'est pas disponible au sein du projet, il faudra externaliser cette fonction.

L'analyse des résultats doit être partagée entre les différents membres de l'équipe projet et faire l'objet de discussions internes.

Coût de l'étude

Dans le cas de programme en phase de démarrage, il est recommandé d'inclure cette phase dans le document de projet afin qu'il puisse être spécifiquement financé.

À titre d'exemple, les dépenses terrain de l'étude de préfiguration menée par le Gret sur la province de Takéo s'élevaient à 57 000 dollars. 35 % de ses dépenses portait sur l'analyse de l'offre de soin dans la province (évaluation des 70 centres de santé et cinq hôpitaux) tandis que les 65 % restant ont financé l'étude socio-économique et l'analyse des recours aux soins des habitants de la province (2 300 questionnaires).

Les honoraires (médecins, enquêteurs, chargé d'étude) représentent le premier poste de dépense de cette étude (63 %), suivis par les coûts d'opération (transport, logistique, logement,

repas des équipes) avec 34 % du budget, et enfin les coûts de traitement des données (dépouillement des questionnaires, saisie…) avec 3 % du total.

Les montants requis par une étude de cette ampleur nécessitent une programmation particulière au niveau d'un projet. Dans le cas présent, ils ont fait l'objet d'une demande de financement spécifique auprès de l'AFD qui a ensuite utilisé une partie du résultat de ses enquêtes pour préparer son propre projet santé sur la province.

III. DE LA FAISABILITE A LA CONCEPTION

L'identification et la faisabilité ont permis de préciser les contraintes pour le futur projet. En fonction de celles-ci, différents choix méthodologiques restent possibles quant au système de contractualisation avec l'offre de soins, au mode de paiement des primes, au type de gouvernance du dispositif d'assurance santé, à la stratégie de lancement, aux actions d'accompagnement, etc. Ces choix sont guidés par l'expérience et le savoir-faire de l'opérateur du programme d'assurance, ainsi que son analyse de l'état de l'art. Ils permettront de constituer le corps du projet, de préciser les résultats attendus et les activités à mettre en œuvre.

Un exemple de choix méthodologique pour SKY : la mise en place d'une démarche de sensibilisation des autorités

Négocier et renouveler les partenariats (négociés jusqu'à présent sur une base courte, par cycle) avec des structures de soins publiques s'est avéré complexe, prenant, et ardu. Avant même d'entrer dans une phase de négociation, il a été décidé pour le projet SKY de réaliser un fort travail de sensibilisation à une multitude de niveaux hiérarchiques, à la fois :

- Au niveau des structures de santé elles-mêmes : chefs de centres de soins primaires, 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.

Ce processus s'est cependant avéré très pertinent car il a permis de faciliter la mise en place du dispositif d'assurance santé. À titre d'exemple, 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 de la Santé directement et des autorités provinciales. Il est clair que l'engagement du gouvernement en faveur d'un lien avec l'assurance a été déterminant pour un maintien de ces partenariats sur la durée.

Pour obtenir cet appui institutionnel indispensable, le projet a travaillé en parallèle sur des réflexions conjointes avec le gouvernement et les principaux acteurs de la santé au

> Cambodge (convention de projet avec le ministère de la Santé, groupe de travail sur l'assurance avec des représentants des ministères de la Santé et des Finances, formations ponctuelles, etc.).

En complément des choix méthodologiques, un plan d'affaire, plus ou moins élaboré selon l'ampleur de l'intervention retenue, devra être défini, permettant d'évaluer les perspectives économiques du dispositif et sa capacité à atteindre un équilibre financier à moyen terme, une des conditions de sa pérennité. Une série d'étapes sont nécessaires, à titre d'exemple :

- Les résultats de l'étude de l'offre de soin permettront d'identifier le ou les prestataires qui seront contractés par l'assureur et de fournir une première base de tarification de ces services. Le calcul se fondera sur les tarifs pratiqués par la structure de santé pressentie. En fonction du volume de prestation envisagé et du mode de tarification proposé par la structure, un tarif pour un ensemble de soins pourra être négocié (par exemple un seul tarif pour un ensemble visite prénatale, accouchement médicalisé, vaccination du bébé et visite post natale) avec une éventuelle remise tarifaire pour l'ensemble.
- L'enquête sur les habitudes de santé permettra de définir un niveau de service de soins à offrir aux assurés et de valider le choix du prestataire. Ainsi, si l'on s'aperçoit que dans une zone donnée, les coûts de transport sont un obstacle important à l'accessibilité aux soins publics, ceux-ci pourront être intégrés dans la couverture de l'assurance afin de la rendre attractive auprès du public visé.

  L'analyse de cette enquête peut parfois mener à choisir des options de service qui peuvent aller à l'encontre des pratiques médicales actuelles du groupe cible afin de les améliorer. Par exemple, dans le cas du Cambodge, la demande des malades est extrêmement forte en matière d'accès aux médicaments injectables. L'automédication est généralisée et il y a sur-prescription de la part des structures de santé, notamment sur les antibiotiques et les produits injectables. Dans le cas présent, les structures de santé afin de ne pas déplaire aux patients, accèdent à leur demande et les considèrent davantage comme un client que comme un patient. Devant une telle situation, il sera très important de s'assurer de la qualité (produits non-périmés et non-contrefaits) et de la disponibilité des médicaments auprès du prestataire afin d'en rationaliser l'usage et d'en maîtriser les coûts. Cette stratégie, pour être efficace doit être accompagnée d'un programme d'éducation à l'usage rationnel des médicaments, à la fois au niveau des structures partenaires, mais aussi des patients. Sans cette dimension, elle générera de la frustration chez les praticiens, du mécontentement chez les assurés et donc une adhésion faible au programme.
- L'étude socio-économique permettra d'une part de dimensionner le projet en fonction de la taille du groupe ciblé, et d'autre part de vérifier que le montant de prime requis pour financer le niveau de service choisi est compatible avec les capacités contributives du groupe cible. Les programmes d'assurance oscillent toujours autour du délicat équilibre à trouver entre l'étendue et la qualité des services offerts et le prix de la prime qui doit rester accessible au plus grand nombre.
- Ces deux éléments permettront une première approche de la viabilité financière du système proposé et des moyens à mobiliser.

CONCLUSION

L'identification et la faisabilité permettent d'apporter les éléments nécessaires pour préciser le cadre de l'intervention et les grands choix stratégiques du futur projet. Parmi les principaux facteurs influant dans cette analyse, se trouvent entre autres :

- la présence ou non d'un système de protection sociale (fonds d'équité, couverture universelle, etc.) ;
- le contexte de santé générale (une forte mortalité maternelle incitera par exemple à améliorer la couverture des accouchements et visites prénatales...) ;
- la familiarité des populations avec l'assurance et les principes de mutualisation (dans le cas de SKY, la couverture des soins primaires a été nécessaire pour permettre l'acceptation du paiement d'une prime, le concept de payer pour un risque trop peu fréquent comme l'hospitalisation étant trop difficile à admettre) ;
- les comportements de santé des populations (une large habitude d'automédication plaidera pour un système incluant les médicaments) ;
- la géographie de la zone et l'accessibilité physique des services proposés ;
- le contexte institutionnel dans lequel se trouve le projet ; dans le cas de collaborations avec le secteur public, un soutien des autorités sanitaires nationales et locales est indispensable.

Quelle que soit la situation dans laquelle se trouve le projet (démarrage, extension) et les variations liées au contexte que peut prendre sa forme, le cadre général de l'identification et de la faisabilité d'un projet de micro-assurance reste globalement similaire à celui proposé ici : analyse de l'offre de soin d'une part, et étude de marché d'autre part.

Il est important de rappeler que si cette démarche permet de préciser les premières orientations du projet, la conception du projet débute véritablement au terme de cette étape et doit se nourrir de ses conclusions.

Quelques références

Le site GIMI du BIT propose une page sur les études de faisabilité et présente une bibliographie intéressante avec des outils et des exemples d'études de faisabilité dont le « Guide pour l'étude de faisabilité de systèmes de micro-assurance santé »

Tome 1 : Démarche, tome 2 : outils (BIT-STEP, 2005)
http://www.ilo.org/gimi/ShowFaisabilite.do

Pour plus d'information sur le programme de micro-assurance du projet SKY du Gret au Cambodge :
http://www.sky-cambodia.org

Le site du « Micro-insurance centre » rassemble aussi un certain nombre de ressources en ligne dont des exemples d'études de faisabilité :
http://www.microinsurancecentre.org/index.cfm?fuseaction=resources.documents

Sur l'identification : *Identifier un projet en micro finance. Repères méthodologiques pour des projets réalistes* (Anne-Claude Creusot), coopérer aujourd'hui n°41 :
http://www.gret.org/ressource/pdf/cooperer41.pdf

Sur l'histoire du projet : *Quelles articulations entre politique de santé et micro-assurance ?* (Christine Poursat), coopérer aujourd'hui n°37 :
http://www.gret.org/ressource/pdf/07007.pdf

Sur l'offre de service *Contre l'autisme des projets, analyser les pratiques préalables à l'intervention*, (Philippe Lavigne Delville), notes méthodologiques n°3 :
http://www.gret.org/ressource/pdf/methodo3.pdf

Ron, A., Bayarsaikhan, D. and Than Sein (Eds.)°: *Social Health Insurance: Selected Case Studies from Asia and the Pacific, WHO South East Asia and Western Pacific Regional Offices*, March, 2005, ISBN 92 9022 239 5

Coopérer aujourd'hui

est disponible sur le site du Gret : www.gret.org/ressources en ligne

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 élective. 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 menés au Gret, elle accueille volontiers des textes externes.

La collection « Coopérer aujourd'hui » est dirigée par Philippe Lavigne Delville.

➤ **Derniers titres parus**

n° 56. « Valoriser la dimension interculturelle dans le management des projets de coopération. Leçons d'expériences franco-vietnamiennes » (Sylvie Chevrier [Université Paris-Est], Gret/Direction scientifique, novembre 2007, 33 pages).

n° 57. « CEDAC & GRET: the History of a Partnership. Viewpoints and Prospects » (Pierre-Yves Le Meur [Gret], Gret/Direction scientifique, novembre 2007, 30 pages).

n° 57. *Version française*. « Cedac & Gret : histoire d'un partenariat. Points de vue et perspectives » (Pierre-Yves Le Meur [Gret], Gret/Direction scientifique, janvier 2008, 32 pages).

n° 58. « Accompagner l'émergence et l'institutionnalisation de services de proximité. Grille d'analyse et repères méthodologiques à partir du projet Dialogs (Vietnam) » (Lavigne Delville Ph. [Gret], avec la collaboration de Kuhn R., Thibault D. [Gret], Thi Thai Bui [Vasi], Gret/Direction scientifique, avril 2008, 56 pages).

n° 59. « À la recherche du chaînon manquant. Construire des articulations entre recherche en sciences sociales et pratique du développement » (Philippe Lavigne Delville [Gret], Gret/Direction scientifique, avril 2008, 22 pages).

Groupe de recherche et d'échanges technologiques
Campus du Jardin tropical, 45 bis avenue de la Belle Gabrielle
94736 Nogent-sur-Marne Cedex, France.
Tél. : 33 (0)1 70 91 92 00. Fax : 33 (0)1 70 91 92 01.
gret@gret.org - http://www.gret.org

GRET