

Comment mieux intégrer les pauvres dans les assurances-santé en Afrique ? Un aperçu des stratégies possibles

Florence Morestin & Valéry Ridde (Université de Montréal, Canada)

Ce document fait partie d'une série de quatre notes d'information sur les mécanismes favorisant l'accès des pauvres aux services de santé dans les pays à faible revenu (abolition du paiement, fonds d'équité, dispositions spéciales des assurances-santé, ciblage des indigents).



L'assurance-santé fait partie des solutions promues dans les pays en développement depuis les années 1990 pour améliorer l'accès aux soins, puisqu'elle évite le paiement direct des soins par les patients et répartit le risque financier sur l'ensemble des assurés. De nombreuses mutuelles de santé se sont développées en Afrique subsaharienne, et depuis quelques années certains pays africains mettent en place des systèmes d'assurance-santé nationale. Mais, dans les pays qui choisissent de donner un rôle important aux assurances, il faut vérifier si celles-ci rejoignent vraiment les plus vulnérables au plan de l'accès financier aux soins : les pauvres. Or, le manque d'argent pose problème à deux niveaux : au moment d'adhérer à l'assurance; et lorsque les assurés ont besoin d'utiliser des services de santé. Pour ces deux niveaux, cette note d'information fait le constat de la situation des pauvres, examine les problèmes qu'ils rencontrent, et présente les dispositions adoptées par certaines assurances afin d'y remédier.

MÉTHODES

Délimitation du sujet :

- Considération de tous types d'assurance-santé (nationales, privées, mutuelles communautaires).
- La situation des pauvres vis-à-vis des assurances; mais pas la protection que donnent les assurances contre l'appauvrissement relié aux dépenses de santé.
- Considération de la dimension financière de la pauvreté (manque d'argent); mais pas de ses dimensions sociales (sujet trop vaste).
- Pour les critères et méthodes d'identification des pauvres, se référer à notre note d'information sur le ciblage.

Démarche :

Les publications scientifiques et les rapports parus entre 1988 et 2008 ont été recherchés. Mais presque aucun n'avait pour sujet central la situation des pauvres vis-à-vis des assurances-santé. Les informations sur les pauvres étaient trop rares et éparpillées dans de très nombreux documents sur les assurances pour pouvoir faire une revue systématique (basée sur tous les documents). Cette note d'information prétend donc seulement donner un aperçu des stratégies possibles pour mieux intégrer les pauvres dans les assurances-santé. Pour des raisons de comparabilité, elle présente surtout les expériences d'assurances africaines; mais aussi quelques expériences d'assurances s'adressant à des populations très pauvres en Inde et au Bangladesh.

1er NIVEAU : ADHÉRER À L'ASSURANCE-SANTÉ

➔ Constat : La sous-représentation des pauvres parmi les assurés

En Afrique, dans les assurances-santé ne prévoyant pas de dispositions pour faciliter l'adhésion des pauvres, ceux-ci sont sous-représentés parmi les assurés. C'est ce qu'ont montré des études réalisées au Burkina Faso (district de Nouna) [1], au Mali (districts de Bla et Sikasso) [2, 3], au Sénégal dans la région de Thiès [4-6] et à l'échelle nationale [7, 8], au Ghana (districts de Dangme West, Nkoranza, West Gonja et Kwahu South) [9-11], au Kenya et en Afrique du Sud à l'échelle nationale [8], en République Démocratique du Congo (district de Bwamanda) [12] et au Burundi [13].



Quelques chiffres : Au Sénégal, 31% des ménages du quintile le plus riche sont assurés, contre 8% des ménages du quintile * le plus pauvre [7]. Dans le district burkinabé de Nouna, en 2004, seulement 11% des assurés appartenaient au quartile le plus pauvre (si les pauvres étaient autant assurés que les autres, ils représenteraient 25% des assurés) [1].

* **Quintile** : Tranche de 20% dans un ensemble statistique organisé dans l'ordre croissant. Exemple : Dans un groupe de 100 ménages, le quintile le plus pauvre correspond aux 20 ménages les plus pauvres.

→ Problème : Les difficultés à payer la cotisation

Il faut payer une cotisation pour devenir membre d'une assurance. Les cotisations mises en commun constituent le fonds de l'assurance, dans lequel elle puise pour indemniser ses membres qui utilisent les services de santé assurés.

Mais le **manque d'argent** pour payer la cotisation est la première raison pour ne pas s'assurer, comme l'ont montré des enquêtes dans le district de Nouna au Burkina Faso [14, 15], dans le district de Kissidougou en Guinée-Conakry [16], dans la région de Thiès au Sénégal [4, 6], dans le district de Nkoranza au Ghana [11, 13], au Burundi [13], en Ouganda [17, 18].

Les **modalités de paiement** peuvent aussi poser problème. Si la cotisation annuelle est exigée en un paiement (au lieu de plusieurs répartis sur l'année), les ménages ont plus de difficultés à payer [13, 19]. Au Burkina Faso, les ménages enquêtés soulignaient que le paiement unique est encore plus problématique dans les zones rurales, où le crédit est peu accessible [14, 15]. D'autre part, le moment du paiement est important parce que les travailleurs du secteur informel ou agricole ont des revenus variables au cours de l'année. À Nkoranza au Ghana, les ménages ont regretté que la cotisation soit demandée à un moment de l'année où la situation financière est mauvaise [13]. Au Rwanda, la cotisation doit être payée au début de l'année civile, au moment où les familles doivent aussi payer les frais de scolarité [20].

→ Dispositions pour favoriser l'adhésion des pauvres aux assurances-santé

Elles sont résumées dans le tableau ci-dessous et présentées plus en détail par la suite.

Disposition	Exemples	Augmente l'adhésion des pauvres ?	À retenir
a. Cotisation subventionnée à 100%	Rwanda, Ghana, Tanzanie	Oui lorsque la subvention est vraiment appliquée	Des ressources financières suffisantes doivent être disponibles pour compenser les cotisations non payées par les pauvres La population doit être informée sur la subvention
b. Cotisation subventionnée partiellement	Burkina Faso, Ghana	Une partie d'entre eux	Même les frais « minimes » restant à la charge des ménages sont des obstacles pour les plus pauvres
c. Cotisation variant selon le revenu	Bangladesh	Oui si les niveaux de cotisation sont bien fixés	Les niveaux de cotisation doivent bien refléter les niveaux de richesse dans la population
d. Cotisation en nature ou en travail	Éthiopie, Inde	Indices que c'est acceptable pour les pauvres	Le « montant » du paiement en nature ou en travail doit être bien délimité pour ne pas s'apparenter à de la surexploitation
e. Prêts pour payer la cotisation	Rwanda	Oui pour les modérément pauvres	L'appui des institutions est important pour faciliter l'accès des ménages modestes aux prêts
f. Paiement de la cotisation en plusieurs tranches	Ouganda, Mali, Sénégal, Tanzanie	Oui pour les modérément pauvres	
g. Paiement de la cotisation lors des récoltes	Burkina Faso, Guinée-Conakry	Indices que ça peut fonctionner avec les modérément pauvres	Il faut s'informer sur les périodes annuelles de disponibilité de ressources



a. Cotisation subventionnée à 100%

Principe : Les pauvres sont assurés sans avoir à payer ; leur cotisation est payée par un tiers.

Au **Rwanda**, lorsque les premières mutuelles de santé sont apparues en 1999, il y a eu des initiatives locales de paiement des cotisations des indigents par certaines églises [21] ou par les autres assurés [22]. Dans les années suivantes, des bailleurs de fonds ont commencé à intervenir mais les initiatives restaient circonscrites. Par exemple, dans une commune, la coopération allemande a accordé aux ménages les plus pauvres 32 \$US, dont 7,9 \$US correspondant à l'époque à la cotisation annuelle pour un ménage, et le reste pour acheter du bétail dont la productivité permettrait de payer la cotisation les années suivantes [23]. Du temps de ces initiatives localisées, les pauvres restaient sous-représentés parmi les assurés [21, 24].

En 2006, la subvention des cotisations des indigents est devenue une politique nationale. Les cotisations (environ 3,6 \$US par personne et par an) sont financées par le gouvernement rwandais avec l'aide des bailleurs de fonds, notamment le Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme qui y consacre environ 30 millions \$US pour une durée de cinq ans. Les maires de district transmettent au Ministère de la santé une demande indiquant pour chaque mutuelle le nombre et les noms des indigents, et la somme requise pour payer leurs cotisations. Une partie de l'argent est versée directement aux mutuelles (assurance pour les soins primaires); l'autre, au district (fonds commun d'assurance pour les soins hospitaliers) [20]. Le nombre d'indigents bénéficiaires a augmenté drastiquement : passant de 45 000 en 2005 à environ 1,8 millions en 2006 (dont 800 000 soutenus par le Fonds Mondial), soit 20% de la population rwandaise. Cependant, il y aurait encore 1,85 millions de rwandais indigents ne bénéficiant à ce jour d'aucune subvention pour s'assurer [20].

Au **Ghana**, la loi sur l'assurance-santé nationale exempte les plus pauvres de payer la cotisation. Mais la proportion des plus pauvres parmi les assurés a diminué, passant de 30% en 2005 à 1,8% en 2006. Une des explications serait que le gouvernement central ne transfère pas assez de ressources financières aux districts pour couvrir leurs cotisations [25].

En **Tanzanie**, dans le cadre du Community Health Fund (CHF) qui assure la population rurale, les districts sont censés payer les cotisations des ménages les plus pauvres. Certains districts ont reçu l'assistance technique de partenaires comme la coopération allemande pour trouver des moyens de financer ce manque à gagner [26]. Mais la plupart des gestionnaires des districts n'accordent pas d'exemptions de cotisation, par crainte qu'elles menacent la viabilité financière du CHF; ils se plaignent aussi du manque de considération du gouvernement central pour ce problème [27]. Par ailleurs, une enquête a révélé que les pauvres ne connaissent pas la possibilité des exemptions de cotisation [27]. Aussi, même dans le premier district à avoir implanté le CHF, seulement 33% des pauvres sont assurés, contre plus de 60% des non-pauvres [28].

À retenir

- Des ressources financières suffisantes doivent être disponibles pour compenser les cotisations non payées par les pauvres.
- La population doit être informée des possibilités de subvention des cotisations.

b. Cotisation subventionnée partiellement

Principe : Les pauvres payent une partie de la cotisation, le reste est pris en charge par un tiers.

À Nouna au **Burkina Faso**, en réponse à la sous-représentation des pauvres parmi les assurés (mentionnée plus haut), une subvention de 50 % de la cotisation des ménages les plus pauvres a été mise en place depuis 2007. Sont concernés par cette subvention les 20 % des ménages les plus pauvres, tels que définis par la communauté. Ceux-ci peuvent donc s'assurer en payant seulement les 50 % restants, soit 1,14 \$US par adulte et 0,47 \$US par enfant pour l'année. L'argent de la subvention provient d'une fondation allemande et a été attribué pour une durée de cinq ans. Au bout de la première année, 186 ménages sur les 1666 éligibles (soit 11,1 % d'entre eux) s'étaient assurés, au lieu de 18 (1,1 %) l'année précédant la mise en place de la subvention [29].



Au **Ghana**, avant la mise en oeuvre de l'assurance-santé nationale, un projet du Bureau International du Travail avec la mutuelle de Dangme West a consisté à payer 75% de la cotisation des pauvres. Ceux-ci pouvaient donc s'assurer en payant seulement les 25% restants. Il a aussi fallu subventionner la photo d'identité demandée pour la carte d'assuré, car les ménages refusaient cette dépense supplémentaire. Au terme de la première année du projet, 700 ménages sur les 1622 éligibles s'étaient assurés (soit 43%). Il semble que le coût indirect de l'adhésion (cesser de travailler pour aller faire les démarches à la mutuelle) ait été dissuasif pour les autres. De plus, alors que la période normale d'adhésion à la mutuelle coïncide avec les récoltes, les bénéficiaires de la subvention ont été identifiés plus tard, à une période où les ménages disposent de moins d'argent liquide [30].

À retenir : Même les frais « minimales » restant à la charge des ménages peuvent être des obstacles pour les plus pauvres.

c. Cotisation variant selon le revenu

L'assurance Gonosasthya Kendra (GK) du Bangladesh propose quatre niveaux de cotisation différents, pour les mêmes services assurés :

Groupe	Cotisation (en taka)	% d'assurés dans chaque groupe
Indigents *	5	80,2 %
Pauvres	15	46 %
Cl. moyenne	40	19,9%
Riches	50	9,7 %

* Veuve, femme abandonnée, mendiant, handicapé mental ou physique

Cette assurance réussit à intégrer les très pauvres, puisque 80,2% des indigents sont assurés. Mais elle ne favorise pas assez les pauvres, ni la frange la plus modeste de la « classe moyenne » telle que définie par cette assurance : beaucoup d'entre eux ne s'assurent pas à cause du montant des cotisations. En fait, des enquêtes ont montré que les différences entre les quatre niveaux de cotisation sont exagérées par rapport aux différences réelles de revenu entre les groupes socio-économiques [31].

À retenir : Les niveaux de cotisation doivent bien refléter les niveaux de richesse, surtout lorsque la majorité de la population est modeste, avec peu de variations entre ménages.

d. Paiement de la cotisation en nature ou en travail

Les petits agriculteurs vivent dans une économie locale souvent peu monétarisée. Aussi, certaines assurances de l'Inde ont accepté les cotisations payées sous forme de riz ou de sorgho; l'une d'elles employait un travailleur une fois par an, au moment de la récolte, pour recueillir les contributions auprès des ménages et les vendre sur le marché [13]. Une autre possibilité est de payer la cotisation en donnant du temps de travail à l'assurance (par exemple, sur un champ dont elle vend ensuite les récoltes). Bien entendu, le travail demandé doit être raisonnable, ne doit pas devenir une surexploitation de ménages déjà vulnérables. L'assurance Goalpara en Inde a adopté le paiement sous forme de travail [13]. Une enquête en Éthiopie a montré que plus les ménages sont pauvres, plus ils sont intéressés à payer leur cotisation par du travail; et que le « montant » qu'ils acceptent de donner sous forme de travail est supérieur au montant qu'ils sont prêts à donner en argent [32].

À retenir : Le « montant » du paiement en nature ou en travail doit être bien délimité pour ne pas s'apparenter à de la surexploitation.

e. Prêts pour faciliter le paiement de la cotisation

Cette stratégie ne s'adresse pas aux ménages souffrant d'un manque d'argent permanent, mais aux modérément pauvres, capables de payer la cotisation mais pas en une seule fois. Lors des débuts des mutuelles au Rwanda, 7% des ménages assurés avaient payé leur cotisation grâce à une tontine * [21]. Dans les années suivantes, les mutuelles ont conclu des accords avec des coopératives de crédit pour qu'elles octroient des prêts du montant de la cotisation annuelle. La caution morale venait d'associations communautaires pour les prêts demandés par leurs

* **Tontine :** Système dans lequel un groupe de personnes crée un pot commun où chacun verse la même somme à une date régulière et où à chaque tour de versement, un participant est désigné comme bénéficiaire de tous les versements.



membres [33], et de certains maires pour les prêts demandés par leurs administrés [23]. Avec ce système, l'adhésion aux mutuelles dans le district de Gakoma est passée de 18% en 2000 à 63% en 2003; 61% des assurés à cette époque payaient leur cotisation grâce à un prêt [23].

À retenir : L'appui des institutions (assurances, associations communautaires, administration) est important pour faciliter l'accès des ménages modestes aux prêts.

f. Paiement de la cotisation en plusieurs tranches

Une enquête auprès des membres d'une mutuelle ougandaise révèle que le paiement de la cotisation étalé sur l'année facilite beaucoup leur adhésion [17]. Une autre étude a montré que le niveau de richesse des ménages influençait plus fortement le fait d'être assuré au Ghana, où la mutuelle étudiée collectait la cotisation en une fois, et moins fortement au Sénégal et au Mali, où les paiements étaient étalés sur l'année [34]. Mais en Tanzanie, malgré la possibilité de paiement par tranches, il y a bien moins d'assurés parmi les pauvres que parmi les autres [28]. En effet, comme les prêts, le paiement par tranches favorise surtout les modérément pauvres.

g. Paiement de la cotisation au moment des récoltes

Selon une étude dans la région de Thiès (Sénégal), les ménages du quintile le plus pauvre utilisent principalement l'argent tiré des récoltes pour payer la cotisation [6]. Si le paiement est exigé en une fois, il faut au moins que ce soit après les récoltes. Les ménages du district de Nouna au Burkina Faso ont justement demandé que l'adhésion aux mutuelles se fasse à cette période [14]. Mais une étude en Guinée-Conakry rappelle que même lors des récoltes, certains sont trop pauvres pour réunir l'argent requis [16].

À retenir : Il faut s'informer sur les périodes annuelles de disponibilité de ressources.

2e NIVEAU : UTILISER LES SERVICES DE SANTÉ

Adhérer à une assurance n'est pas une fin en soi. Encore faut-il que les assurés pauvres ne rencontrent pas de plus grands obstacles à l'utilisation des services de santé.

→ Constats sur l'utilisation des services de santé par les assurés pauvres

Il existe encore peu d'études sur ce sujet, et elles n'aboutissent pas aux mêmes conclusions (même pour certaines études faites dans la même région, comme à Thiès au Sénégal [4, 6]) :

Pas de différence d'utilisation entre assurés riches et pauvres	Pas de relation claire entre revenu et utilisation	Utilisation moindre par les assurés pauvres
Sénégal (région de Thiès) pour les hospitalisations [6]	Sénégal (région de Thiès) pour les consultations [6]	Sénégal (région de Thiès) pour les hospitalisations [4]
Inde (assurance SEWA) pour les assurés urbains [35]	Sénégal (Thiès), Mali (Bla et Sikasso), Ghana (Nkoranza) [34]	Burkina Faso (district de Nouna) [36]
	Mali (districts de Bla et Sikasso) [3]	Ghana (Dangme West) [9]
		Inde (assurance SEWA) pour les assurés ruraux [35]

Quelques chiffres : Au Ghana (Dangme West) [9] on observe 3,11 consultations par personne et par an parmi les assurés du quintile le plus riche, contre 2,61 parmi ceux du quintile le plus pauvre. Parmi les assurés ruraux de SEWA en Inde, les 30% les plus riches présentent 2,3 fois plus de demandes de remboursement pour hospitalisation, que les 30% les plus pauvres [35].

Il faut certainement plus de recherche pour éclaircir le sujet de l'utilisation des services par les assurés pauvres. Il y a en tout cas des soupçons que souvent cette utilisation pose problème.



➔ Problèmes : dépenses de santé non assurées, co-paiements et remboursement a posteriori

L'utilisation des services de santé dépend de nombreux facteurs. Beaucoup sont hors du contrôle des assurances. Mais certains tiennent à des modalités de fonctionnement des assurances qui laissent persister des obstacles financiers.

Dépenses de santé non assurées : Elles restent entièrement à la charge de l'assuré. Selon les assurés de SEWA en Inde, un obstacle important aux hospitalisations est le coût du transport vers l'hôpital, souvent très élevé pour les ruraux mais non couvert par SEWA [37].

Co-paiements : Souvent, même pour les services assurés, l'assurance ne rembourse qu'une partie des dépenses, et le reliquat (co-paiement) est à la charge de l'assuré. Au Rwanda, le co-paiement (10% du coût des soins) pose problème pour les pauvres, surtout en cas d'hospitalisation coûteuse [25]. Au Sénégal (région de Thiès), les mutuelles payent les frais de soins de leurs assurés; ensuite, ceux-ci doivent leur rembourser le co-paiement. Mais pour les assurés des trois quintiles les plus pauvres, la difficulté à rembourser ce co-paiement est la principale cause d'endettement envers leur mutuelle [6].

Remboursement a posteriori : Certaines assurances laissent l'assuré payer les frais de soins et le remboursent ensuite. C'est le cas de SEWA en Inde. Or le manque d'argent est le plus important obstacle rencontré par ses assurés lorsqu'ils doivent se faire hospitaliser [37]. Ils savent que s'ils empruntent l'argent requis, les intérêts continueront à croître en attendant le remboursement par l'assurance, qui peut prendre des semaines voire des mois [38]. De plus, le processus de remboursement est coûteux : pour obtenir les justificatifs requis (transport vers la structure de santé, paiement exigé par le médecin pour produire les documents); pour déposer la demande de remboursement (transport vers le bureau de l'assurance); pour encaisser le chèque de remboursement (transport vers une banque); sans compter les heures de travail perdues pendant ces démarches [37].

➔ Dispositions pour réduire les obstacles à l'utilisation de services pour les assurés pauvres

Quelques dispositions que les assurances-santé peuvent adopter sont présentées, ainsi que l'utilisation des services de santé observée parmi leurs assurés (à titre indicatif seulement, puisque l'utilisation dépend aussi d'autres facteurs externes aux assurances).

a. Réduction ou exemption de co-paiement

Dans l'assurance GK du Bangladesh, le co-paiement varie selon le revenu de l'assuré :

		Assurés				Non assurés
		Indigents	Pauvres	Cl. moyenne	Riches	
Co - pt	Consultation (en taka)	3	5	10	10	20
	Médicaments	Gratuits	Gratuits	25% du prix	75% du prix	100% du prix
	Césarienne (en taka)	50	500	1500	3000	3500
Utilisation	Consultation (par personne, par an)	1,74	0,80	0,60	1,01	0,004
	Hospitalisation (pour 100 personnes, par an)	2,00	2,30	3,72	10,70	0,41
	Chirurgies (pour 100 personnes, par an)	0,25	0,50	0,73	2,27	0,05

Adapté de Desmet et collègues, 1999 [31]

Les assurés, même indigents, utilisent beaucoup plus de soins que les non assurés. Mais la comparaison entre les assurés de différents groupes socio-économiques est mitigée. Les assurés plus modestes ont des taux de consultations plus élevés, mais des taux d'hospitalisations et d'interventions chirurgicales plus bas que les assurés mieux nantis [31]. Une autre possibilité est d'exempter les indigents de tout co-paiement. C'est théoriquement le cas au Rwanda, mais selon des observations récentes sur le terrain, cette exemption est rarement respectée [20]. On manque d'études récentes sur la question.



b. Accord financier entre assurance et prestataire de soins

Les mutuelles de Thiès, au Sénégal, ont un accord avec un hôpital de la région. En cas d'hospitalisation, les assurés présentent une lettre de garantie de leur mutuelle, grâce à laquelle ils sont pris en charge sans payer. La mutuelle paye à l'hôpital la facture d'hospitalisation. Si cette facture dépasse le plafond maximal assuré, l'assuré rembourse le montant excédentaire à la mutuelle, en plusieurs étapes. Mais malgré ce mécanisme, la probabilité de recourir à l'hôpital reste beaucoup déterminée par le niveau de richesse des assurés [4].

c. Procédures de remboursement simplifiées

L'assurance SEWA en Inde a expérimenté un système de remboursement prospectif pour les hospitalisations dans certains hôpitaux désignés. Dès son arrivée à l'hôpital, l'assuré fait contacter le représentant local de SEWA. Celui-ci se rend à l'hôpital dans les 48h et rembourse l'assuré pour les frais déjà encourus. Puis, le jour où l'assuré sort de l'hôpital, le représentant de SEWA lui rembourse le reliquat de ses dépenses de santé et collecte lui-même les justificatifs requis. Ainsi, l'assuré est remboursé sans délai et sans démarches compliquées. On constate que les assurés qui ont opté pour ce système de remboursement prospectif sont plus pauvres que ceux qui ont choisi le remboursement a posteriori. Ils ont apprécié que les démarches de remboursement ne soient pas à leur charge. Mais ils ont toujours des difficultés à réunir l'argent requis pour payer les soins en attendant le remboursement, même si celui-ci est accéléré [39].

Il ne faut pas s'étonner que l'utilisation des services de santé par les assurés pauvres soit parfois limitée même quand les assurances adoptent des dispositions qui leur sont favorables. Cela ne veut pas dire que ces dispositions sont inefficaces, mais plutôt qu'elles n'agissent que sur certains des facteurs qui limitent l'utilisation.

CONCLUSION

Au terme de cet aperçu des stratégies d'intégration des pauvres dans les assurances-santé, il ne s'agit pas de définir laquelle est la « meilleure ». La situation varie d'une assurance à l'autre, et doit être étudiée pour identifier la ou les solutions les plus appropriées parmi l'éventail présenté. On retiendra simplement, d'une part, qu'il faut bien distinguer, parmi les dispositions destinées à favoriser l'adhésion, celles qui répondent aux besoins des très pauvres et celles qui sont indiquées pour les modérément pauvres ; et d'autre part, que les dispositions pour réduire les obstacles à l'utilisation des services de santé ne ciblent que les obstacles internes aux assurances : les obstacles externes persistent et devraient faire l'objet d'autres interventions.

Références :

1. De Allegri M, Kouyaté B, Becher H, Gbangou A, Pokhrel S, Sanon M, and Sauerborn R, Understanding enrolment in community health insurance in sub-Saharan Africa: a population-based case-control study in rural Burkina Faso. *Bulletin of the World Health Organization*, 2006. 84: p. 852-858.
2. Franco LM, Simpara CHT, Sidibé O, Kelley AG, Diop FP, Makinen M, Ba A, and Burgert CR, Equity Initiative in Mali: Evaluation of the Impact of Mutual Health Organizations on Utilization of High Impact Services in Bla and Sikasso Districts in Mali. 2006, The Partners for Health Reformplus Project, Abt Associates Inc.: Bethesda, MD.
3. Franco LM, Diop FP, Burgert CR, Kelley AG, Makinen M, and Simpara CHT, Effects of mutual health organizations on use of priority health-care services in urban and rural Mali: a case-control study. *Bulletin of the World Health Organization*, 2008. 86: p. 830-838.
4. Jütting JP, Do Community-based Health Insurance Schemes Improve Poor People's Access to Health Care? Evidence From Rural Senegal. *World Development*, 2004. 32(2): p. 273-288.
5. Jütting J, Health insurance for the poor? Determinants of participation in community-based health insurance schemes in rural Senegal. 2003, OCDE.
6. Diop F, Determinants of Financial Stability of Mutual Health Organizations in the Thies Region of Senegal: Household Survey Component. 2005, The Partners for Health Reformplus Project, Abt Associates Inc.: Bethesda, MD.
7. Asfaw A and Jütting JP, The Role of Health Insurance in Poverty Reduction: Empirical Evidence From Senegal. *International Journal of Public Administration*, 2007. 30(8): p. 835-858.
8. Scheil-Adlung X, Asfaw A, Booysen F, Lamiraud K, Reynaud E, Juetting J, Xu K, Carrin G, Chatterji S, Evans D, James C, and Muchiri S, What is the impact of social health protection on access to health care, health expenditure and impoverishment? A comparative analysis of three African countries. 2006, World Health Organization: Geneva.
9. Ansah EK, Narh-Bana S, Asiamah S, Dzordzordzi V, Biantey K, Dickson K, Gyapong JO, Koram KA, Greenwood BM, Mills A, and Whitty CJM, Effect of Removing Direct Payment for Health Care on Utilisation and Health Outcomes in Ghanaian Children: A Randomised Controlled Trial. *PLoS Medicine*, 2009. 6(1): p. 1-11.
10. Osei-Akoto I, Demand for voluntary health insurance by the poor in developing countries: Evidence from rural Ghana. 2003, Center for Development Research (ZEF), University of Bonn: Bonn.
11. Sulzbach S, Garshong B, and Banahene G, Evaluating the Effects of the National Health Insurance Act in Ghana: Baseline Report. 2005, The Partners for Health Reformplus Project, Abt Associates Inc.: Bethesda, MD.



12. Moens F, Design, implementation, and evaluation of a community financing scheme for hospital care in developing countries: a prepaid health plan in the Bwamanda Health Zone, Zaire. *Social Science and Medicine*, 1990. 30(12): p. 1319-1327.
13. Jakab M and Krishnan C, Community involvement in health care financing : A Survey of the Literature on the Impact, Strengths, and Weaknesses. 2001, The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank: Washington.
14. De Allegri M, Sanon M, Bridges J, and Sauerborn R, Understanding consumers' preferences and decision to enrol in community-based health insurance in rural West Africa. *Health policy*, 2006. 76(1): p. 58-71.
15. De Allegri M, Sanon M, Sauerborn R, De Allegri M, Sanon M, and Sauerborn R, «To enrol or not to enrol?»: A qualitative investigation of demand for health insurance in rural West Africa. *Social Science & Medicine*, 2006. 62(6): p. 1520-7.
16. Criel B and Waelkens MP, Declining subscriptions to the Maliando Mutual Health Organisation in Guinea-Conakry (West Africa): what is going wrong? *Social Science & Medicine*, 2003. 57(7): p. 1205-1219.
17. Basaza R, Criel B, Van der Stuyft P, Basaza R, Criel B, and Van der Stuyft P, Low enrollment in Ugandan Community Health Insurance schemes: underlying causes and policy implications. *BMC Health Services Research*, 2007. 7: p. 105.
18. Basaza R, Criel B, and Van der Stuyft P, Community health insurance in Uganda: Why does enrolment remain low? A view from beneath. *Health Policy*, 2008. 87: p. 172-184.
19. Musango L, Martiny P, Porignon D, and Dujardin B, Le système de prépaiement au Rwanda (I) : analyse d'une expérience pilote Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé, 2004. 14(2): p. 93-99.
20. Kalavakonda V, Groos N, and Karasi J-C, Mid-term evaluation of the Global Fund to Fight HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria (GFATM) 5th Round Project on Health Systems Strengthening: Assuring Access to Quality Care: The Missing Link to Combat AIDS, Tuberculosis and Malaria in Rwanda. 2007, The Global Fund to Fight HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria.
21. Schneider P and Diop F, Impact of Prepayment Pilot on Health Care Utilization and Financing in Rwanda: Findings from Final Household Survey. 2001, The Partners for Health Reformplus Project, Abt Associates Inc.: Bethesda, MD.
22. Schneider P, Diop F, and Leighton C, Pilot Testing Prepayment for Health Services in Rwanda: Results and Recommendations for Policy Directions and Implementation. 2001, Abt Associates Inc.: Cambridge, MA.
23. Musango L, Martiny P, Porignon D, and Dujardin B, Le système de prépaiement au Rwanda (II) : adhésion et utilisation des services par les bénéficiaires Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé, 2004. 14(2): p. 101-107.
24. Musango L, Dujardin B, Dramaix M, and Criel B, Le profil des membres et des non membres des mutuelles de santé; au Rwanda: le cas du district sanitaire de Kabutare. *Tropical Medicine & International Health*, 2004. 9(11): p. 1222-1227.
25. Oxfam International, Health Insurance in low-income countries, Joint NGO Briefing Paper. 2008.
26. Mtei G and Mulligan J-A, Community Health Funds in Tanzania: A literature review. 2007, Ifakara Health Research and Development Centre.
27. Kamuzora P and Gilson L, Factors influencing implementation of the Community Health Fund in Tanzania. *Health Policy Plan.*, 2007. 22(2): p. 95-102.
28. Msuya JM, Jütting JP, and Asfaw A, Impact of Community Health Funds on the Access to Health Care: Empirical Evidence from Rural Tanzania. *International Journal of Public Administration*, 2007. 30(8): p. 813-833.
29. Souares A, Savadogo G, Parmar D, Sié A, and Sauerborn S, Targeting the poor: successful use of community wealth ranking as a basis to subsidize insurance premiums. [données en cours de publication].
30. International Labour Organization, Improving Social Protection for the Poor: Health Insurance in Ghana. The Ghana Social Trust pre-Pilot Project. Final Report. 2005, International Labour Organization: Genève.
31. Desmet M, Chowdhury AQ, and Islam MK, The potential for social mobilisation in Bangladesh: the organisation and functioning of two health insurance schemes. *Social Science & Medicine*, 1999. 48(7): p. 925-938.
32. Asfaw A and von Braun J, Can community health insurance schemes shield the poor against the downside health effects of economic reforms? The case of rural Ethiopia. *Health Policy*, 2004. 70: p. 97-108.
33. Diop FP and Butera JD, Community-Based Health Insurance in Rwanda. *Development Outreach* 2005(7): p. 19-22.
34. Chankova S, Sulzbach S, and Diop F, Impact of mutual health organizations: evidence from West Africa. *Health Policy Plan.*, 2008. 23(4): p. 264-276.
35. Sinha T, Ranson MK, and Mills AJ, Protecting the Poor? The Distributional Impact of a Bundled Insurance Scheme. *World Development*, 2007. 35(8): p. 1404-1421.
36. Gnawali DP, Pokhrel S, Sié A, Sanon M, Allegri MD, Souares A, Dong H, and Sauerborn R, The effect of community-based health insurance on the utilization of modern health care services: Evidence from Burkina Faso. *Health Policy*, Sous presse.
37. Sinha T, Ranson MK, Chatterjee M, Acharya A, and Mills AJ, Barriers to accessing benefits in a community-based insurance scheme: lessons learnt from SEWA Insurance, Gujarat. *Health Policy Plan.*, 2006. 21(2): p. 132-142.
38. Ranson MK, Reduction of catastrophic health care expenditures by a community-based health insurance scheme in Gujarat, India: current experiences and challenges. *Bulletin of the World Health Organization*, 2002. 80(8): p. 613-21.
39. Ranson K, Sinha T, Gandhi F, Jayswal R, and Mills A, Helping members of a community-based health insurance scheme access quality inpatient care through development of a preferred provider system in rural Gujarat. *National Medical Journal of India*, 2006. 19(5): p. 274-282.

Les auteurs remercient pour leurs commentaires toutes les personnes consultées sur une première version de ce document, notamment au Burkina Faso où la consultation a été organisée par L. Queuille dans le cadre du projet de l'ONG HELP. Ils remercient également Aurélia Souares, de l'Université de Heidelberg, pour les informations (encore non publiées) sur la subvention de la cotisation à Nouna. Enfin, ils remercient *Cadu Rocha Design* pour la mise en page de ce document.

Cette note est accessible sur le site : <http://www.medsp.umontreal.ca/vesa-tc/ressrc.htm>

Comment citer cette note d'information :

Morestin F & Ridde V (2009). *Comment mieux intégrer les pauvres dans les assurances-santé en Afrique? Un aperçu des stratégies possibles*. Université de Montréal.