

LES SERVICES À VALEUR AJOUTÉE EN MICRO-ASSURANCE SANTÉ

John Pott et Jeanna Holtz
Février 2013

Dans l'État indien d'Andhra Pradesh, le centre d'appels Aarogyasri/HMRI traite 25 000 appels par jour, apportant des conseils médicaux à 85 millions de personnes. Il s'agit sans doute de l'illustration la plus frappante du nombre croissant de dispositifs de micro-assurance santé (MAS) qui améliorent la valeur pour le client au moyen de services à valeur ajoutée (SVA).

Les familles à faibles revenus citent fréquemment les risques de santé comme les principaux risques auxquels elles sont confrontées et contre lesquels elles ont absolument besoin d'être protégées. Ces mêmes familles montrent cependant peu d'attraction envers les produits de MAS de base qui, pour un prix généralement abordable (environ 10 US\$ par famille et par an en Inde), leur offrent une protection contre les effets économiques potentiellement dévastateurs d'une hospitalisation. Le manque de tangibilité, la rareté des hospitalisations et la volonté de la famille et des amis d'apporter leur aide lorsqu'une crise de ce type survient font de la couverture hospitalisation un produit présentant peu de valeur pour les familles à faibles revenus. C'est pourquoi la demande de MAS volontaire, et à travers elle le potentiel du marché, s'avèrent dans leur ensemble décevants pour les praticiens de MAS.

En revanche, les familles à faibles revenus sont très demandeuses d'aide concernant les dépenses de santé plus immédiates et notamment celles occasionnées par les soins ambulatoires. Venant infirmer les conclusions exposées jusqu'ici, de récentes recherches montrent que la pression constante exercée par les dépenses en ambulatoire (consultations et médicaments) pour soigner des maladies aiguës et souvent infectieuses et des affections chroniques plongent trois fois plus de familles dans la pauvreté que les dépenses hospitalières. Malheureusement, des prestations complètes pour soins ambulatoires seraient inabordables pour les familles à faibles revenus, car les primes seraient vraisemblablement deux à trois fois plus élevées (entre 20 et 30 US\$ par famille et par an en Inde) que celles de la couverture des seuls soins hospitaliers.

Un certain nombre de praticiens de MAS, en particulier sur le sous-continent indien, font d'ores et déjà l'expérience de l'offre de SVA pour augmenter l'attractivité des produits de MAS de base. Les SVA présentent un intérêt pour eux du fait de leur fort potentiel d'amélioration de la viabilité commerciale de la MAS et de sa valeur pour le client. Pour ce dernier, en effet, les SVA offrent une valeur tangible et plus immédiate (par rapport à l'assurance des seuls soins hospitaliers) et doivent en théorie leur permettre d'être en meilleure santé, donc plus productifs. Les SVA devraient en outre générer une valeur commerciale supplémentaire en réduisant tout à la fois le coût d'acquisition des polices et le coût des sinistres. En encourageant les renouvellements, ils peuvent jouer un rôle dans la gestion de l'anti-sélection, car ils réduisent la propension des clients à ne souscrire une assurance que lorsqu'ils pensent avoir l'utilité des prestations fournies, puis à se désinscrire pour éviter de devoir continuer à verser les primes. Si les SVA encouragent les diagnostics et les soins plus précoces, ils peuvent également diminuer la fréquence et l'intensité des soins hospitaliers, réduisant par là même le coût des sinistres pour les dispositifs MAS de soins hospitaliers auxquels ils sont couplés.

Cette *Briefing Note*¹ présente les résultats de l'examen de 13 dispositifs de MAS avec SVA, ainsi que les enseignements tirés de sept programmes qui ne sont pas encore liés à la micro-assurance santé mais pourraient à l'avenir constituer des SVA.

© FMVA



¹ Cette note est extraite du Microinsurance Paper n°19 dans lequel on trouvera les citations et les détails pertinents concernant la méthodologie et les cas examinés. Il est disponible sur www.ilo.org/microinsurance. John Pott est consultant indépendant et Jeanna Holtz fait partie de l'équipe du Fonds pour l'innovation en micro-assurance du BIT.

LES DIFFÉRENTS TYPES DE SVA

Les SVA se définissent comme des services couplés à des dispositifs de MAS existants dans le but de fournir plus de valeur au client et d'améliorer la viabilité commerciale des dispositifs de MAS. Ils sont accessibles aux membres d'un dispositif de MAS soit au moment de la souscription (par exemple sous la forme d'un bilan de santé initial du souscripteur) ou par la suite pendant la période de couverture (il peut s'agir de remises sur des consultations médicales ou sur des achats en pharmacie).

Le Tableau 1 expose les SVA de MAS rencontrés au cours de l'étude et ceux qui pourraient à l'avenir être couplés à la MAS en tant que SVA.

Parmi ces SVA, ce sont les services de mise en relation téléphonique avec un médecin qui atteignent l'échelle la plus étendue et se développent le plus, sans doute parce que les

clients leur accordent une valeur très forte. S'appuyant sur l'utilisation désormais généralisée des téléphones mobiles, les services de mise en relation téléphonique avec un médecin donnent accès à une consultation « virtuelle » aux ménages à faibles revenus, ce qui est particulièrement important dans les zones reculées.

Les grands opérateurs fonctionnent comme des centres d'appels : une équipe d'infirmières et de médecins sont placés en un point géographiquement central et sont accessibles via le centre d'appels. Les programmes les plus sophistiqués ont recours à des algorithmes pour effectuer les diagnostics cliniques, ce qui permet aux infirmières de traiter les appels. Ces dernières posent un diagnostic et apportent des conseils médicaux sur des cas relativement simples (affections soignées par des médicaments vendus sans ordonnance, par exemple).

Tableau 1 Les différents types de SVA (actuels et à venir)

Catégorie de SVA	Type de service	Description
PRÉVENTIF	Éducation à la santé	➤ Éducation du client pour prévenir les maladies et améliorer sa santé (hygiène, nutrition, etc.).
	Camps de santé	➤ Forme de SVA préventif la plus répandue ; peut inclure une composante éducation, des consultations et la prescription de médicaments.
	Bilans de santé	➤ Dépistage des risques de santé ou des maladies (hypertension, par exemple).
THÉRAPEUTIQUE : CONSULTATIONS	Consultation en personne	➤ Visite caractérisée par un examen physique direct du patient et un échange en temps réel entre celui-ci et le prestataire de soins. Portée et nombre de visites généralement limités pour restreindre les coûts ; destiné à réduire les dépenses de santé et à améliorer l'accès aux soins de santé primaires.
	Consultation à distance : par voie téléphonique	➤ Mise en relation téléphonique avec un prestataire de soins (infirmière ou médecin). Solution pratique et à faible coût donnant accès à un diagnostic et à des conseils médicaux simples. Peut déboucher sur une consultation en personne si nécessaire. Type de SVA connaissant l'échelle la plus étendue et le développement le plus rapide à ce jour.
	Consultation à distance : auxiliaire ayant recours à un médecin à distance et à des diagnostics s'appuyant sur la technologie*	➤ Transmission électronique d'informations relatives à un examen de santé simple (tension artérielle, ECG, pouls, par exemple) par un auxiliaire de santé ayant reçu une formation médicale à un médecin qui pose un diagnostic à distance et recommande un traitement au patient.
THÉRAPEUTIQUE : ACCÈS À DES PRODUITS OU DES SERVICES À FAIBLE COÛT	Médicaments à faible coût	➤ Fourniture de médicaments de qualité aux clients via des pharmacies détenues par le dispositif de MAS ou partenaires, à un prix réduit ou inférieur à celui du marché ; destiné à réduire les dépenses de santé et à améliorer l'accès aux médicaments.
	Cliniques à faible coût*	➤ Offre de consultations, de médicaments et de diagnostics à faible coût par des médecins employés par la clinique.
	Diagnostics à faible coût	➤ Offre de diagnostics de qualité aux clients via des pharmacies détenues par le dispositif de MAS ou partenaires, à un prix réduit ou inférieur à celui du marché ; destiné à réduire les dépenses de santé et à améliorer l'accès aux soins de santé primaires.
	Aide médicale d'urgence	➤ Utilisation de la technologie GPS et d'un centre de répartition des appels pour faciliter un accès adapté et rapide aux soins de santé en cas d'urgence médicale. Inclut le transfert en ambulance des patients blessés ou gravement malades vers un hôpital adapté.

* SVA potentiels pouvant être couplés à des dispositifs de MAS.



Lorsque les cas sont plus compliqués (c'est-à-dire lorsque des médicaments sur ordonnance sont nécessaires), les infirmières consultent un médecin du centre d'appels.

D'autres dispositifs de SVA offrent un nombre limité de visites gratuites en ambulatoire par an. Lorsqu'ils sont couplés à un dispositif de MAS, les examens qui s'appuient sur la technologie et sont transmis à un médecin géographiquement éloigné présentent un fort potentiel de SVA pour l'avenir. D'autres dispositifs encore proposent aujourd'hui un accès à des médicaments à tarif réduit/à faible coût ou proposeront un accès à des chaînes de cliniques à faible coût. L'objectif de ces SVA est d'exercer un impact favorable sur les déclarations de sinistre, de réduire les dépenses de santé des patients, de déclencher un recours plus précoce aux soins de santé et ainsi de réduire les risques pour l'assureur de demandes d'indemnisation pour des dépenses de soins hospitaliers élevées. Il est en effet prouvé que l'accès, même limité, aux services en ambulatoire réduit les demandes d'indemnisation pour soins hospitaliers. Les données fournies par Swayam Shikshan Prayog (SSP) en Inde sur les SVA de soins ambulatoires à prix réduit montrent que les membres situés à proximité de cliniques de soins ambulatoires pratiquant des tarifs réduits enregistrent des taux d'hospitalisation plus bas, ce qui réduit l'ensemble des coûts pour l'assureur. Les villages disposant d'une clinique de jour ont un taux de demandes d'indemnisation pour hospitalisation inférieur de moitié environ aux villages distants de plus de 2 km d'une clinique.

Certains prestataires de MAS sont désireux d'ajouter des SVA préventifs, sous forme par exemple de discussions autour de

la santé ou de camps de santé qui permettent de dispenser une éducation sanitaire encourageant l'amélioration des habitudes et des comportements de protection de la santé. L'incitation à participer à ces camps se fait souvent au moyen d'une consultation gratuite. Les SVA encourageant de meilleurs comportements et habitudes sanitaires présentent d'importantes perspectives de réduction du coût global des sinistres et leur offre coûte relativement peu cher ; ils rencontrent cependant un succès moindre auprès des clients du fait de leur manque d'impact immédiat et tangible sur les dépenses de santé.

LA VALEUR POUR LE CLIENT ET LA VALEUR COMMERCIALE DES SVA

Il n'existe pour l'instant qu'un nombre trop limité de données pour procéder à une quantification fiable des avantages potentiels des SVA pour les clients et les praticiens, et pour évaluer l'échelle des différents SVA. Sur le sous-continent indien, la mise en relation téléphonique avec un médecin semble actuellement être le SVA le plus viable. Un ménage rural en bénéficie par exemple lorsqu'il peut régler un besoin de soins de santé par une consultation à distance (par téléphone mobile), ce qui lui évite de devoir renoncer à une journée de travail et d'endosser des frais de transport pour se rendre en personne à une consultation plus coûteuse en ville avec un médecin. Il n'existe pas de preuve directe de l'effet de baisse des demandes d'indemnisation, baisse qui devrait apporter une valeur commerciale à l'assureur. Cependant, les données relatives aux dispositifs Aarogya Raksha Yojana (ARY) et Swayam Shikshan Prayog, ainsi que les recherches concernant le dispositif gouvernemental indien

Encadré 1 Les aspects financiers d'un service de mise en relation téléphonique avec un médecin

D'après les données fournies par les dispositifs, le coût de ces services est estimé à 50 INR (1 US\$) par appel. Lorsque les membres du dispositif de MAS ont recours à ce service pour 40 % de leurs épisodes malades, ce dernier coûte 35 INR (environ 0,65 US\$) au dispositif par membre et par an.

Le phénomène le plus notable et le plus encourageant commun à presque tous ces services de mise en relation téléphonique avec un médecin, qu'ils soient étendus ou limités, subventionnés par l'État ou indépendants, est qu'environ 70 % des demandes téléphoniques d'aide médicale débouchent sur un diagnostic au cours de l'appel, qui se traduit la plupart du temps par la préconisation de médicaments ne nécessitant pas d'ordonnance. Les appels n'entraînant pas de consultation d'un prestataire de soins de santé font économiser de l'argent au patient (coût de transport réduit ou nul, moindres répercussions sur le travail). Les 30 % d'appels restants nécessitent une visite en personne chez un médecin. Selon les auteurs, ce type de service peut générer pour les clients des économies en coûts de consultation allant jusqu'à 3 US\$ par famille et par an dans les zones urbaines. Dans les zones rurales, les économies faites sur le coût du transport et le coût de la consultation, auxquelles il faut ajouter l'absence de perte de revenus, peuvent se monter à 10 US\$ par famille.



© MeraDoctor

Rashtriya Swasthya Bima Yojana (RSBY) montrent qu'un accès facilité aux services ambulatoires est censé réduire de manière significative les demandes d'indemnisation pour frais hospitaliers. On peut donc raisonnablement estimer qu'il devrait en aller de même pour les services de mise en relation téléphonique avec un médecin étant donné leur facilité d'accès, l'expérience ayant en outre montré que 70 % des problèmes sont résolus lors de l'appel téléphonique sans qu'aucune prescription de médicaments ni visite en personne chez le médecin ne soient nécessaires (voir l'Encadré 1 pour l'analyse coûts-bénéfices).

De la même façon, un grand nombre de clients devraient être séduits par la baisse des dépenses importantes qu'ils consacrent à l'achat de médicaments grâce aux rabais négociés avec les pharmacies locales. Ceux-ci sont plus particulièrement réalisables en dehors du sous-continent indien, là où le prix des médicaments est plus élevé et où les marges des pharmacies de détail, plus importantes, permettent des négociations plus poussées. Ce type d'avantage de SVA peut être proposé pour un coût permanent quasi nul pour le dispositif de MAS et doit en théorie augmenter la valeur commerciale en fidélisant la clientèle et en offrant la perspective d'une plus grande pénétration du marché, ce qui réduit les frais d'acquisition de nouveaux clients pour le dispositif de MAS. Mais si cette hypothèse semble a priori raisonnable, les données manquent là encore pour venir confirmer les avantages commerciaux supposés pour le dispositif de MAS. Cependant, à titre d'exemple, lors de discussions thématiques de groupe en Tanzanie, des clients de microfinance ont fait observer que des rabais de 30 % les inciteraient certainement à

rejoindre un dispositif de MAS. On a pu constater parallèlement que les pharmacies, qui affichent généralement des marges de détail comprises entre 40 et 60 %, étaient prêtes à accorder des rabais allant jusqu'à 30 % sur leurs prix à la consommation aux membres d'importants dispositifs de MAS, à condition qu'ils soient dirigés exclusivement vers elles et non vers leurs concurrents. Les rabais sur les médicaments sont particulièrement importants puisque ces derniers représentent dans de nombreux pays l'essentiel des dépenses ambulatoires qui pèsent sur les ménages (dépenses qui, comme nous l'avons vu plus haut, sont les premières à faire retomber dans la pauvreté les familles à faibles revenus).

Les SVA proposant des services de soins de santé préventifs sont plus difficiles à évaluer. D'un côté, il est plus que clair qu'un grand nombre de maladies contagieuses peuvent être enrayerées par des interventions simples, ce qui constitue un avantage non négligeable pour les clients. Il pourrait donc sembler logique d'accorder une valeur commerciale aux camps de santé et aux approches mixtes des dispositifs de MAS qui associent éducation et diagnostic et apportent des solutions simples sur place. D'un autre côté, les clients ne montrent qu'un enthousiasme modéré à l'égard des soins de santé préventifs et, comme l'ont montré de récentes recherches menées par VimoSEVA en Inde, des connaissances accrues et un changement d'attitude individuelle ne se traduisent pas obligatoirement par une amélioration des résultats de santé, du moins à court terme, pour ce qui est des maladies répandues (voir l'Encadré 2).

Encadré 2 La campagne d'éducation à la santé de VimoSEWA

VimoSEWA gère un programme de santé qui comprend une éducation communautaire à la santé, l'offre de soins de santé primaires de proximité par des agents de santé communautaires (*arogya sevikas*) et l'amélioration de l'accès aux services de soins ambulatoires, ce qui inclut, en cas de nécessité, la consultation par le patient des services de santé publics.

Un projet de recherche soutenu par le Fonds pour l'innovation en micro-assurance du BIT a évalué l'impact d'une éducation à la santé ciblée sur les circonstances qui font le plus souvent l'objet d'une demande d'indemnisation.

La démarche éducative a été mise en œuvre par un groupe d'agents de santé choisis de façon aléatoire, puis évaluée par une étude randomisée en grappes. Grâce à une enquête qualitative concomitante, VimoSEWA a constaté que les hospitalisations pour affections communes ne se produisaient qu'après des interventions répétées en soins ambulatoires.

Le SVA a amélioré les connaissances et les comportements de santé préventifs chez les participants urbains (mais pas chez les ruraux), mais n'a pas fait baisser les hospitalisations pour diarrhée ou fièvre. Si l'on considère en outre que les hospitalisations ne se produisent qu'après l'échec de plusieurs autres solutions, il en ressort que l'amélioration des soins ambulatoires et des interventions structurelles en matière d'eau et d'assainissement sont absolument essentielles pour faire baisser les demandes d'indemnisation liées à une hospitalisation pour une affection courante.



Jeu participatif « des serpents et des échelles » conçu par VimoSEWA pour la prévention de la diarrhée et du paludisme

PREMIERS ENSEIGNEMENTS

Les SVA peuvent encore être améliorés. Plusieurs enseignements clés peuvent d'ores et déjà être tirés et devraient intéresser les praticiens de MAS qui mettent en œuvre des SVA.

Premièrement, les dispositifs de MAS offrant des SVA doivent faire la promotion de chaque service et les intégrer dans l'éducation des clients. Plusieurs démarches ont en effet échoué, car les clients n'avaient pas bien compris les nouveaux services et n'y avaient pas été suffisamment sensibilisés. Certains SVA ont donc été sous-utilisés et n'ont pas été appréciés à leur juste valeur.

Deuxièmement, lorsque les SVA sont confiés à une tierce partie (prestataires de soins de santé offrant des services ambulatoires, par exemple), les dispositifs de MAS qui les proposent doivent disposer de leur propre expertise médicale en interne.

Troisièmement, la mise en œuvre progressive des SVA est importante. Lorsque ceux-ci sont lancés en même temps que la

MAS, leur succès peut être compromis du fait d'un manque de ciblage. Il est donc important que le produit d'assurance principal ait atteint une échelle et une stabilité suffisantes avant de lancer des initiatives de SVA ; il est également possible, comme nous l'avons vu, de commencer par lancer le SVA, puis d'y ajouter la composante assurance.

Quatrièmement, la plupart des innovateurs en matière de SVA se concentrent sur une seule intervention, mais certains tentent d'en lancer deux, voire plus, simultanément. Si cette approche multi-intervention peut permettre d'obtenir des avis utiles de la part des clients sur les avantages respectifs des SVA, le risque n'en est pas moins que les ressources soient dispersées et qu'aucune des interventions ne soit assez efficace pour pouvoir être correctement appréciée par les clients et pour que sa valeur commerciale soit pleinement exploitée.

Enfin, ce sont les dispositifs subventionnés par l'État qui parviennent le mieux à étendre l'échelle des SVA. Dans le cas de dispositifs de MAS plus petits et privés, l'échelle des SVA dépend, assez logiquement, de leur faculté à les mettre en œuvre.

Il est nécessaire de lancer davantage d'initiatives de SVA au cours des deux prochaines années, sur le sous-continent indien mais aussi et surtout dans d'autres pays en développement. Il faut dans le même temps mettre en œuvre un programme de recherche regroupant ces premières initiatives afin de combler le plus grand nombre possible de lacunes de connaissances par de solides résultats et données empiriques. D'ici là, des mesures générales servant souvent de critères indicatifs pour évaluer l'efficacité de mécanismes de financement ou d'offre de soins de santé, tels que la mortalité infantile et maternelle, peuvent fournir les premiers indicateurs d'impact.

Les SVA en MAS peuvent offrir une valeur plus tangible aux clients et encourager une meilleure gestion des risques et de meilleures pratiques sanitaires. Si celles-ci améliorent la santé, cela pourrait se traduire par une plus grande rentabilité de la MAS couvrant les soins hospitaliers du fait de souscriptions et de renouvellements plus nombreux et de demandes d'indemnisation en baisse. C'est pourquoi les SVA ont toute leur place dans une solution plurielle qui permettra à la MAS de devenir un mécanisme plus apprécié et plus viable de protection de la santé (et du niveau de vie) des pauvres.

Sous couvert de l'Organisation internationale du Travail et du Programme Finance et Solidarité, le **Fonds pour l'innovation en micro-assurance** vise à accroître la disponibilité de produits d'assurance de qualité pour les personnes à faibles revenus des pays en développement afin de les protéger des risques et rompre le cycle de la pauvreté. Le Fonds a été créé en 2008 grâce à une généreuse subvention de la [Fondation Bill et Melinda Gates](#) pour apprendre comment étendre une couverture de micro-assurance de qualité aux travailleurs pauvres et promouvoir les enseignements émergents du secteur. Le Fonds bénéficie aussi de subventions en provenance de [différents bailleurs](#) dont la [Foundation Z Zurich](#) et [AusAID](#).
Pour en savoir plus : www.ilo.org/microinsurance



Bureau
international
du Travail



microinsurance@ilo.org
www.ilo.org/microinsurance