

LES PROGRAMMES DE MUTUELLES DE SANTE en milieu urbain

Comme évoqué dans le précédent document sur les prêts productifs, Inter Aide a démarré depuis de nombreuses années des actions de prêts productifs pour les familles vulnérables des bidonvilles de Mumbai et Pune en Inde. Mais en l'absence d'un système de couverture santé accessible, on a constaté que ces micro-entrepreneurs et leurs familles étaient fortement vulnérables face à la maladie, ce qui avait des conséquences sur leur santé, leurs activités génératrices de revenus et le remboursement de leur crédit. En effet, l'analyse des besoins en santé des familles ciblées a fait ressortir des difficultés concernant :

- Leur capacité à assumer des coûts de santé de plus en plus élevés (inflation annuelle d'environ 10% en Inde sur les dix dernières années¹), les problèmes de santé ayant un impact négatif sur le niveau de vie des familles et entraînant parfois le renoncement à certains soins ;
- L'accès à des soins adaptés et de qualité alors que l'offre apparaît faussement pléthore, cette dernière étant mal régulée et la fiabilité des prestataires variable ;
- La prévention contre les maladies les plus fréquentes auxquelles les familles vulnérables des bidonvilles sont d'autant plus exposées que le contexte sanitaire est difficile et qu'elles manquent de connaissances en santé préventive.

Ce diagnostic a été similaire à Madagascar où Inter Aide a démarré sa première mutuelle de santé en 2007.

On a donc cherché à apporter une réponse globale aux trois difficultés évoquées ci-dessus en fournissant, conjointement aux prêts productifs, des services à la fois financiers et sociaux pour améliorer l'accès des familles aux soins. Ces services s'articulent autour d'un réseau de prestataires de soins, qui est la clé de voute du système².

1 *Cross-national survey on health conducted by the National Sample Survey Office (NSSO) in the first half of 2014.*

2 *A mi-2015, ce réseau est composé de 260 prestataires conventionnés en Inde et 200 prestataires de soins à Madagascar : généralistes, spécialistes, hôpitaux publics, hôpitaux semi-publics (« trust hospitals »), hôpitaux privés, pharmacies, laboratoires.*

Les objectifs des mutuelles peuvent être synthétisés de la manière suivante :



On distingue les hospitalisations des soins primaires. Ces derniers constituent, d'après le Ministère français de la Santé, le « premier niveau de soins et, en règle générale, premier point de contact d'une personne avec le système de santé : ils comprennent des conseils sur la promotion de la santé et la prévention des maladies, l'évaluation de l'état de santé, l'établissement d'un diagnostic et la prescription d'un traitement dans le cas d'affections chroniques ou épisodiques... »³. Toutes les mutuelles initiées par Inter Aide et suivies aujourd'hui par ATIA⁴ ne proposent pas les mêmes services à leurs adhérents, car si l'hospitalisation est systématiquement couverte, les soins primaires ne sont pas pris en charge par les mutuelles indiennes, et pas toujours à Madagascar.

En termes de gestion du risque, l'hospitalisation présente une fréquence faible (on constate une fréquence d'environ 2% sur nos programmes)⁵ mais un coût moyen très élevé : la dépense est en général « catastrophique », c'est à dire que la famille doit se priver de produits de première nécessité pour payer les soins⁶.

3 France, Ministère de la Santé – Stratégie pour la réforme des soins primaires, 1999

4 Equipe de réalisation Inter Aide, qui a repris en 2014 la gestion des mutuelles initiées par Inter Aide en Inde, et en 2015/2016 celles lancées à Madagascar.

5 On peut le voir comme la probabilité pour une personne de devoir aller à l'hôpital dans l'année. Au niveau de la mutuelle, on le voit plutôt comme le pourcentage d'adhérents qui se feront hospitaliser dans l'année, ce qui revient au même. En connaissant les types d'hospitalisation les plus courants dans notre zone d'intervention, et le coût moyen de chaque type, on en déduit la charge financière probable que la mutuelle aura à prendre en charge dans l'année.

6 « L'OMS suggère que les dépenses de santé soient considérées comme catastrophiques quand elles atteignent ou dépassent 40% du revenu non indispensable à la subsistance du ménage, c'est-à-dire le budget restant une fois les besoins de base satisfaits. »
« Chaque année, environ 44 millions de ménages dans le monde, soit plus de 150 millions de personnes, doivent faire face à des dépenses catastrophiques et quelque 20 millions de ménages - plus de 100 millions de personnes - s'effondrent dans la pauvreté à cause du coût des services de santé. » - OMS, WHO/EIP/HSF/PB/05.02 F, 2005

Au contraire les soins primaires présentent une fréquence beaucoup plus élevée⁷, mais un coût moindre, rarement catastrophique.

Tous les programmes de mutuelles couvrent donc le risque hospitalisation, le but premier étant d'éviter que les familles ne s'appauvrissent à cause d'une dépense de santé trop importante. Mais la concrétisation de ce risque étant rare, les familles n'en voient pas toujours l'intérêt. La demande des familles pour ce service est parfois présente, mais elles ne sont en général pas prêtes à payer pour et, comme souvent, le but sous-jacent des programmes devient de renforcer cette demande...

Les programmes de mutuelles pâttissent en effet de plusieurs difficultés, et si leur appropriation et leur diffusion restent possibles, elles ne sont pas aisées.

- **Prévoyance** : il est très compliqué de convaincre une famille vivant dans la précarité de payer pour son avenir (et un risque somme toute peu probable), alors qu'elle lutte au quotidien pour sa survie.
- **Solidarité** : de même les familles ne sont pas toujours prêtes à « payer pour les autres ».
- **Complexité** : le service proposé a des règles d'utilisation précises. Certains soins sont remboursés, d'autres pas, ou alors seulement partiellement ; cela dépend en outre du type de prestataire chez qui le malade va, et il y a souvent une procédure à respecter pour garantir le remboursement ultérieur : information préalable de l'équipe de la mutuelle, présentation de sa carte d'adhérent à jour en arrivant à l'hôpital... De surcroît, les surfacturations et pratiques de corruption restent omniprésentes, et entament la confiance des familles dans les mutuelles (« on m'avait dit que je ne devrais rien payer, mais j'ai quand même dû donner au médecin de la main à la main pour qu'il accepte de me recevoir... »).



Mise à jour de la carte d'adhérent à la mutuelle de santé d'AFAFI, à Antananarivo (Madagascar).

Son utilisation par les familles n'est donc pas évidente, et requiert des formations, des contrôles et un accompagnement intensifs, surtout pour les familles que nous ciblons en priorité qui sont peu éduquées, peu informées et pour qui ce genre de système est en général totalement nouveau. Cela rend aussi la pérennité financière d'un tel mécanisme difficile à atteindre, on y reviendra.

⁷ de l'ordre de 20% pour les adhérents de la mutuelle AFAFI à Madagascar par exemple.

Pour pallier ces difficultés, répondre aux besoins d'orientation et de prévention des familles, faire en sorte qu'elles utilisent les mutuelles et sollicitent des soins, les responsables de programme ont donc mis en place des services non financiers (qui relèvent plus des soins primaires). C'est dans les villes indiennes que l'on a le plus étoffé ces services, les principaux étant :

- Une permanence médicale hebdomadaire. Elle est tenue par un médecin conseil du programme. Elle permet d'écouter et conseiller les bénéficiaires et donne lieu à des lettres de référencement vers un prestataire de soins du réseau en cas de besoin.
- Une permanence médicale téléphonique. Elle est tenue par un médecin conseil 24h/24h et 7j/7j. Elle est aussi un service d'information et d'orientation médicale.
- Des bilans médicaux et dépistages gratuits. Ils sont organisés mensuellement dans chacune des zones d'intervention avec les médecins du réseau. Ils visent à orienter et insérer les bénéficiaires dans le système de santé, en favorisant le suivi par le médecin qui a contribué à la campagne et qui peut devenir le « médecin de famille ».
- Des animations en santé préventive. Organisées très régulièrement, à raison de 7 à 10 séances sur un même thème par mois et par zone d'intervention, elles ont pour objectif d'informer et de sensibiliser sur les maladies fréquentes dans les zones d'intervention (paludisme, typhoïde, jaunisse, dengue, diarrhée, etc.), et d'éduquer sur les gestes de base en matière d'hygiène et de prévention. Ces séances se déroulent chez les adhérents, en petits groupes, et sont très participatives.
- L'accompagnement du malade à l'hôpital quand c'est nécessaire, et éventuellement des visites à domicile après l'hospitalisation.



Suivi hospitalier par la responsable de la mutuelle de santé de MAMPITA, à Mahajanga (Madagascar)

L'objectif des services ci-dessus est évidemment aussi de minimiser le risque de maladie grave pour les adhérents et du même coup de dépenses élevées pour la mutuelle. Mais nous n'avons pas encore pu en démontrer l'impact sur la santé et le niveau d'information des familles⁸. On a en revanche essayé de quantifier les gains financiers que représentent ces services pour les adhérents, lesquels sont loin d'être négligeables par rapport au remboursement des soins proprement dit, comme le montre l'exemple indien ci-dessous.

⁸ Evaluation du programme de mutuelle de santé d'Inter Aide en Inde, septembre 2013, ISPED

Résultats des mutuelles en Inde en 2014 dans les bidonvilles de Pune et Mumbai :

Nombre de membres	64 919 (environ 17 000 polices)	
Services financiers	Nombre de sinistres déclarés	1 246 (fréquence de 1.8%)
	Montant total remboursé	Environ 54 kEUR
Services non financiers	Economies réalisées grâce aux tarifs négociés	Environ 6 kEUR
	Economies réalisées grâce aux services d'orientation et checkups médicaux gratuits	Environ 29 KEUR

Des études plus qualitatives ont aussi fait ressortir que ces services non financiers étaient très appréciés par les adhérents⁹.

L'orientation des adhérents dans leur parcours de soins prend tout son sens face à une médecine privée peu régulée et parfois peu scrupuleuse, qui a tendance à profiter du manque de connaissances des familles des bidonvilles. La mise en place d'une mutuelle s'accompagne d'un conventionnement avec les structures de soins publiques et privées (y compris les médecins de quartier), permettant de s'assurer du sérieux et de la qualité des soins proposés, et parfois de négocier des tarifs préférentiels... Valoriser ces économies permet aussi de convaincre les familles du retour sur investissement de leur prime d'adhésion, même si elles ne sont pas hospitalisées.

On s'est aussi rendu compte que ces services non financiers étaient une nécessité pour que les familles aient recours aux soins. En effet, ils permettent de combattre les superstitions et le recours à des pratiques non scientifiques, qui peuvent aggraver la situation en retardant l'accès aux soins nécessaires. Mais c'est surtout en donnant confiance et en accompagnant les familles (en les prenant parfois littéralement par la main !) qu'on leur permet de se soigner. Sinon de mauvaises expériences passées (mauvais accueil, corruption...), le manque d'information sur les symptômes ou sur « où aller », ou simplement l'habitude de ne pas se soigner, gardent les familles éloignées des soins. C'est cette « barrière psycho-sociale » que les mutuelles visent à franchir par les services non financiers.

Sans pouvoir précisément quantifier cette barrière, le nombre de demandes de remboursement peut en donner une idée. On suit un indicateur mesurant l'utilisation du fonds mutuel rapporté aux cotisations acquises : le ratio « sinistres à primes ».



Dr Supekar, médecin de quartier conventionné par la mutuelle de santé de SAI à Mumbai.

⁹ Dernière étude de satisfaction réalisée avec notre partenaire NSVK à Mumbai, été 2015

S'il dépasse 100%, il signifie que le fonds mutuel dépense trop, c'est à dire que les cotisations des adhérents ne permettent pas de couvrir les remboursements de soins. Si au contraire il est en dessous de 100%, le fonds mutuel capte plus de cotisations qu'il ne dépense en remboursements de soins. Un pourcentage trop bas peut signifier que les familles ne sollicitent pas assez le fonds. Mais d'autres causes sont possibles : panier de soins trop limité, plafonds de remboursement trop bas, procédures de remboursement trop contraignantes pour les adhérents, établissements conventionnés peu fréquentés à cause d'une mauvaise image ou d'une mauvaise qualité de l'accueil ou des soins, etc.



Comité des représentants des adhérents de la mutuelle de SAI, à Mumbai.

On vise en général un ratio entre 80% et 90%, qui permette de constituer quelques réserves pour la mutuelle en cas de fréquence de sinistres anormalement élevée. Les réserves peuvent aussi être « distribuées » de manière exceptionnelle par les adhérents, qui peuvent choisir de rembourser alors que le cas est exclu du panier de soins, ou augmenter les plafonds pour des familles particulièrement pauvres. Cela se fait lors des réunions mensuelles des comités des représentants des adhérents lesquels servent à décider de l'octroi des remboursements. Ce mécanisme très participatif est apprécié des adhérents, qui prennent ainsi part au

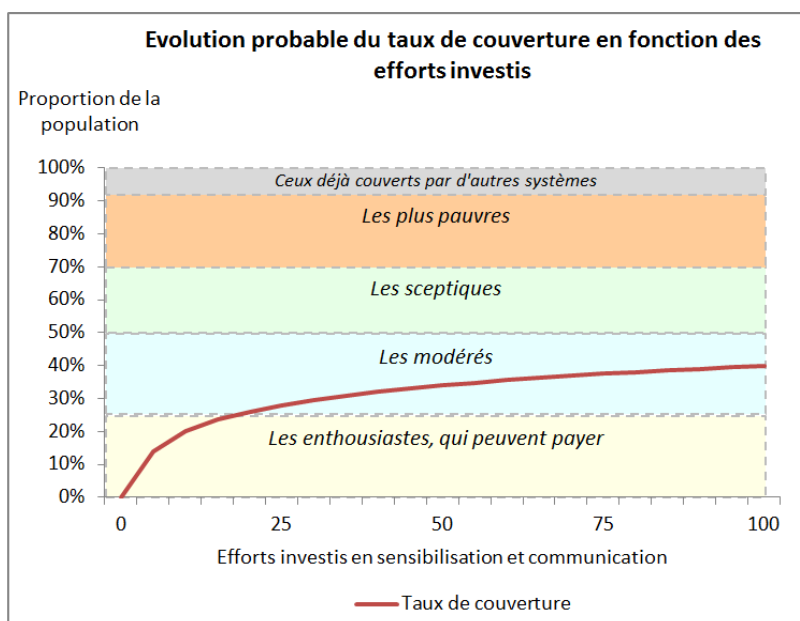
pilotage de leur mutuelle, mais suppose aussi beaucoup de temps d'explication et d'animation...

Exemples de ratios « sinistres à primes » sur 12 mois de certaines mutuelles en Inde et à Madagascar :

	2014	2015
SAI (Inde)	54%	84%
ANTYODAYA (Inde)	53%	53%
AFAFI (Madagascar)	79%	75% (en juin 2015)
MAMPITA (Madagascar)	38%	61% (en juin 2015)
VAHATRA (Madagascar)	130%	114%

Un des objectifs de 2016 est justement de faire en sorte que les adhérents de la mutuelle ANTYODAYA obtiennent plus de remboursements en allant plus souvent chez les prestataires conventionnés...

Malgré ces services non financiers et l'implication des adhérents dans la gestion du fonds mutuel, les adhésions volontaires restent trop limitées pour envisager de faire fonctionner un programme de mutuelle de santé sur cette seule base. Les équipes de la mutuelle dépenseraient alors trop d'énergie à convaincre des familles d'adhérer, ou à motiver les membres pour qu'ils renouvellent leur adhésion : atteindre une taille critique devient compliqué et on peut se retrouver face à un problème de « sélection adverse » (seules les familles qui en voient l'intérêt adhèreraient et le système de répartition des risques de fonctionnerait plus). Surtout, on risque de laisser de côté les familles les plus pauvres qui ne pourraient pas facilement payer la cotisation (mais qui en auraient le plus besoin !). C'est par exemple le constat qui a été fait sur le pilote lancé par la mutuelle AFAFI auprès des familles de la commune d'Ambohitrimanjaka, près d'Antananarivo à Madagascar : la mairie et les autorités de quartiers (« fokontany ») se sont montrées très motivées pour proposer la mutuelle à tous les habitants, mais en l'absence d'un mécanisme systématique et obligatoire, le taux d'adhésion par fokontany est resté très limité (25% des habitants en moyenne ont adhéré), les animatrices d'AFAFI passant un temps important à gérer les renouvellements. Les familles les plus précaires sont restées en majorité exclues du dispositif¹⁰. Le graphique ci-dessous schématise ce phénomène, en segmentant de manière théorique la population de la ville et en projetant le taux d'adhésion par rapport aux efforts investis dans la sensibilisation et la promotion du service auprès des habitants : pour changer la tendance et arriver à inclure les plus pauvres, un autre mécanisme est nécessaire.



C'est pourquoi on a développé ces mutuelles de santé en les associant systématiquement aux programmes de prêts productifs¹¹, là où c'était pertinent (quand les soins n'étaient pas gratuits pour les plus pauvres, comme c'est le cas aux Philippines par exemple). Cette démarche a permis de rapidement toucher un nombre important de familles, comme le montre l'exemple de Madagascar ci-dessous.

¹⁰ Evaluation interne Inter Aide – AFAFI, juillet 2015, Dode Laurant et Paul Orsoni. Cette évaluation a clairement montré que les familles non membres étaient intéressées par les services de la mutuelle, et d'autre part que les familles adhérentes étaient très satisfaites. Mais c'est insuffisant pour faire adhérer une majorité de familles : on revient sur l'ensemble des raisons déjà évoquées pour lesquelles la demande pour un système d'assurance santé est faible...

¹¹ L'adhésion à la mutuelle étant obligatoire avec le prêt

Principaux résultats financiers des mutuelles de santé à Madagascar en 2014 :

	AFAFI	VAHATRA	MAMPITA
Année de lancement de la mutuelle	2007	2012	2013
Nombre de familles bénéficiaires/Nombre de bénéficiaires	6 051 (21 901)	5 301 (21 070)	1 692 (6 047)
Fréquence des soins pris en charge	20% (hospitalisations +soins de santé primaire)	2.8%	2%
Montants totaux pris en charge	21 700€	14 200€	1 000€

Il faut rappeler qu'un des objectifs de départ des mutuelles était d'éviter aux micro-entrepreneurs d'échouer dans leur projet à cause d'un incident de santé : la mise en place d'une mutuelle devait donc avoir un impact sur le taux de remboursement des prêts. Même si on n'a pas été capable de démontrer un impact évident sur le niveau de vie global des bénéficiaires, une étude réalisée avec l'association indienne PARVATI SWAYAMROJGAR en 2008 a comparé les situations d'un groupe d'emprunteurs adhérant à la mutuelle avec un groupe d'emprunteurs non adhérents, et a permis de confirmer de meilleures performances au niveau du crédit ainsi que d'autres bénéfices liés à la mutuelle¹². Nous en re prenons ici les principaux constats :

« (...) malgré les similitudes observées entre les deux groupes, l'étude a permis d'identifier des différences significatives concernant le groupe des emprunteurs assurés (...) :

- meilleur accès au soin et à la couverture santé (...) Elle confirme aussi le fait que les assurés ont tendance à consommer plus de service de santé que les non assurés.
- meilleure stabilité économique pour les familles assurées : les bénéficiaires du groupe IGP [prêts productifs] + HMF [assurés] ont tendance à manquer moins d'échéances de remboursement que les membres du groupe IGP [non assurés].
- Meilleure sensibilisation à la santé (...).
- Impact sur le comportement d'épargne : à capacité d'épargne égale, le nombre d'épargnants du groupe IGP + HMF [adhérents] a presque doublé et le montant d'épargne accumulé par les bénéficiaires assurés a augmenté de 60 % entre la première année et la troisième année de service.»

¹² Etude d'impact menée par Inter Aide et Uplift India sur l'impact des programmes de microfinance et mutuelle de santé menés en partenariat avec l'ONG indienne PARVATI SWAYAMROJGAR. Cette étude a été conduite sur un échantillon de 285 personnes entre mai et décembre 2008. L'intégralité de ce rapport est disponible sur le site Pratiques : <http://www.interaide.org/pratiques/content/etude-dimpact-sur-les-mutuelles-de-sante-en-inde-inter-aide-uplift-india-bim-publie-par-le?language=fr>.

La question de couvrir les soins primaires a aussi été étudiée, en réponse aux demandes des bénéficiaires, et cette couverture a été mise en place à Madagascar dans les mutuelles d'AFIFI à Antananarivo et plus récemment chez MAMPITA à Mahajanga (2015). La couverture des soins primaires permet de mieux convaincre les adhérents de l'intérêt des mutuelles, même si nous avons vu que ce n'était pas suffisant pour faire adhérer volontairement les familles (cas du pilote d'AFIFI à Ambohitrimanjaka). Le but est surtout de faire en sorte que les familles précaires aient plus recours aux soins, et à plus contribuer à leurs dépenses, même si celles-ci ne sont pas « catastrophiques ». Comme le notent des experts de l'OMS¹³ : « *Beaucoup renoncent à utiliser les services [de santé] tout simplement parce que le coût direct (consultations, médicaments, analyses de laboratoire) ou indirect (transports, alimentation spéciale) est trop élevé pour eux. Les ménages pauvres risquent alors de s'enfoncer un peu plus dans la misère en raison de la perte de revenu qu'entraîne la maladie et de ses répercussions sur leur qualité de vie en général.* »

Si cette expérimentation est en cours à Madagascar, elle n'a pas été tentée en Inde où la demande a été moins forte, et où les mutuelles négocient déjà des réductions importantes auprès des médecins privés.

De plus, en Inde, des systèmes publics se mettent en place qui visent à procurer à terme une couverture santé, ce qui est encore loin d'être le cas à Madagascar. Ainsi, deux mécanismes sont peu à peu déployés en Inde :

- le « **RSBY – Rashtriya Swasthya Bima Yojna** » (projet du gouvernement central d'Inde), une assurance hospitalisation familiale plafonnée à 30 000 INR par an moyennant le paiement d'une prime nominale de 30 INR, qui concurrencerait nos programmes de mutuelles de santé
- le « **RGJAY – Rajiv Gandhi Jeevandayee Arogya Yojana** » (projet de l'Etat du Maharashtra), une couverture pour des hospitalisations lourdes, accessible à la population vivant sous le seuil de pauvreté indien, ou celle détentrice d'une carte de rationnement « jaune » ou « orange », qui est plutôt complémentaire de nos mutuelles (les équipes y réfèrent déjà leurs adhérents quand c'est possible).

Leur déploiement reste très lent et leur accès contraignant (la majorité des familles des bidonvilles illégaux ne disposant pas de carte de rationnement par exemple) : le RSBY n'est pas encore disponible pour les familles des bidonvilles de Mumbai ou Pune, en revanche le RGJAY commence à l'être. Leur impact reste donc encore très limité. Mais au fur et à mesure de leur déploiement, les mutuelles mises en œuvre par ATIA dans ce pays devront se repositionner, revoir leur offre pour compléter cette couverture publique, ou aider les familles à y adhérer et à faire en sorte que le système public fonctionne comme prévu. Un partenariat avec les autorités en charge de leur mise en place prendrait tout son sens et fait donc partie des chantiers à venir.

En Inde, 12 ans après le démarrage des premières activités avec ANNAPURNA, la question de la viabilité de ces mutuelles est devenue incontournable. Cette évolution dans le pilotage des programmes est liée à plusieurs facteurs, le premier étant la durée d'accompagnement de nos partenaires indiens, qui deviennent techniquement autonomes : se pose alors la question de leur viabilité financière, et jusqu'où ATIA peut continuer de soutenir financièrement les activités quand notre apport technique ou méthodologique devient limité.

13 OMS, WHO/EIP/HSF/PB/05.02 F, 2005

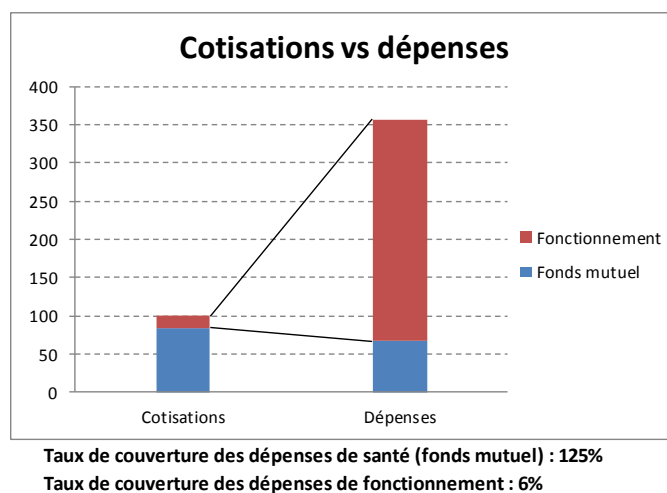
La constitution de tels partenaires est le propre des programmes urbains : face à des besoins durables, la pérennisation des activités passe par la mise sur pied d'une organisation locale qui salarie des professionnels, plutôt qu'en coordonnant ou structurant des communautés préexistantes (comme c'est le cas la plupart du temps dans les programmes ruraux d'Inter Aide), lesquelles sont faibles ou absentes en milieu urbain. Une viabilité financière devient envisageable quand les bénéficiaires payent cette organisation pour le service rendu (plutôt que de contribuer au projet par leur travail ou en nature) : l'exemple classique en seraient les actions de prêts productifs. Le fait de constituer une organisation locale et de salarier des employés permet aussi d'imposer des procédures très strictes, cadre indispensable au bon fonctionnement d'activités où l'on manipule des sommes d'argent relativement élevées.

La volonté d'autonomiser ces partenaires locaux dépend des besoins des familles précaires dans la durée :

- Si on estime avoir répondu aux besoins de ces familles, l'organisation locale n'a plus d'objet et travailler à son autonomisation devient superflu.
- Si au contraire on estime que les besoins sont là pour durer, on doit travailler à rendre cette structure autonome.

C'est la réflexion qui nous a amenés à travailler sur l'autonomisation des mutuelles indiennes, car comme on l'a vu, les mécanismes de protection publique restent faiblement déployés, et leur calendrier de développement incertain. C'est encore plus vrai à Madagascar où aucun projet public concret n'a encore pris corps.

Concernant la viabilité financière des mutuelles, si l'on calibre dès le départ le panier de soins remboursés et la cotisation payée par les adhérents pour que le fonds mutuel soit équilibré, les frais de fonctionnement restent eux très largement subventionnés. Très schématiquement, on a le rapport suivant¹⁴ :



Ce graphique signifie que comparé à une cotisation de 100, le coût total de la mutuelle revient à 350. La cotisation est aujourd'hui calculée pour couvrir les dépenses de santé, mais pas les frais de fonctionnement, qui sont importants en raison du fort besoin d'accompagnement des familles adhérentes, comme nous l'avons vu plus haut.

14 Données basées sur les mutuelles malgaches AFAMI, VAHATRA et MAMPITA, 2014

On sait donc qu'à moins de subventionner leur fonctionnement, les mutuelles ne seront jamais viables financièrement, les cotisations payées par les adhérents étant trop faibles et difficilement augmentables (il faudrait en l'occurrence les multiplier par 3,5 !). On peut rappeler que même dans nos pays développés, faire fonctionner un système de couverture santé en équilibre financier reste un défi...

Pourtant, plusieurs mutuelles de santé indiennes ont déjà atteint leur autonomie financière (dont ANNAPURNA dont nous avons déjà parlé), et d'autres sont en passe de l'atteindre, comme PARVATI à Pune ou l'association malgache VAHATRA à Antsirabe. Elles sont en fait adossées à une activité de prêts productifs suffisamment volumineuse et rentable pour couvrir leurs coûts. Un autre levier possible d'autonomisation est de proposer leurs services à d'autres groupes organisés (comme AFAFI à Madagascar qui s'est ouverte à d'autres institutions de microfinance, des associations, ou des très petites entreprises...), en faisant payer une cotisation plus importante aux nouveaux membres. Mais cela présente aussi le risque d'un glissement vers un public moins précaire, et qu'à terme la mutuelle en vienne à ne protéger que des personnes solvables avec qui il est toujours plus facile de travailler qu'avec des familles très précaires. La seule alternative à l'adossement sur des actions de prêts productifs serait à nos yeux un subventionnement par les pouvoirs publics, c'est pourquoi AFAFI est fortement impliquée dans la discussion avec le Ministère de la Santé à Madagascar sur la mise en place d'une couverture santé universelle. L'objectif serait que les mutuelles associatives déjà existantes puissent être intégrées au schéma d'ensemble, et même devenir un vecteur de diffusion. Mais le risque de glissement vers un public moins précaire reste présent...

En attendant, les mutuelles de santé se sont donc développées très significativement via les activités de prêts productifs et devraient compter en 2015 plus de **15 000 familles bénéficiaires en Inde et 17 000 à Madagascar** (ces chiffres ne tiennent pas compte des adhérents la mutuelle ANNAPURNA devenue autonome en 2012 avec plus de 20 000 familles adhérentes, ce nombre ayant continué de progresser depuis¹⁵). D'autres mutuelles indiennes devraient devenir autonomes courant 2016 : PARVATI (avec environ 8 000 familles adhérentes), et PREM SEVA (environ 2 00 familles adhérentes). L'impact positif de cette activité nous pousse à vouloir l'étendre en lien avec d'autres programmes de prêts productifs. Cependant le fait pour une mutuelle d'être associée aux prêts productifs présente une sérieuse limite : la famille n'est en général protégée que pour la durée de son crédit. Il est donc intéressant de creuser d'autres vecteurs de diffusion qui permettent d'envisager une durée de couverture plus longue, comme par exemple la consommation de biens ou de services de première nécessité.

15 http://www.annapurnapariwar.org/?page_id=20