



**PRIX EUROPÉEN DE LA  
MICROFINANCE 2021**

# Financements et soins de santé inclusifs

- NOTE CONCEPTUELLE -





## TABLE DES MATIERES

<b>PRIX EUROPÉEN DE LA MICROFINANCE 2021</b>	<b>3</b>
<b>A PROPOS DU PRIX EUROPÉEN DE LA MICROFINANCE</b>	<b>3</b>
<b>Le piège de la santé et de la pauvreté</b>	<b>4</b>
<i>Les besoins sanitaires des communautés à faible revenu</i>	<i>6</i>
<i>Les obstacles que rencontrent les femmes</i>	<i>8</i>
<b>Inclusion financière et facilitation de l'accès aux soins de santé</b>	<b>9</b>
<i>Les limites du secteur financier et le rôle de l'État</i>	<i>10</i>
<b>Produits financiers destinés aux soins de santé</b>	<b>11</b>
Assurance maladie	11
Épargne	12
Crédit	12
Autres produits financiers	13
<b>Produits non financiers et services à valeur ajoutée</b>	<b>14</b>



## PRIX EUROPÉEN DE LA MICROFINANCE 2021

Le Prix européen de la Microfinance 2021 « Financements et soins de santé inclusifs » met en valeur des initiatives qui permettent à des communautés à faible revenu d'accéder à des soins de santé de qualité et à un prix abordable.

Cette note conceptuelle livre des informations sur la thématique du prix. Les instructions à l'adresse des candidats sont consultables dans les lignes directrices pour le dépôt des candidatures disponibles sur le [site web du prix](#).

### A PROPOS DU PRIX

Doté d'une enveloppe de 100 000€ pour le gagnant et de 10 000€ pour les finalistes, le Prix européen de la Microfinance est une prestigieuse récompense annuelle briguée par ces organismes actifs dans la prestation de services financiers des quatre coins du monde qui pratiquent l'innovation dans un domaine spécifique de l'inclusion financière. Ce prix poursuit deux objectifs parallèles : récompenser l'excellence et répertorier et diffuser les pratiques les plus pertinentes en vue d'une application par d'autres.

Lancé en octobre 2005 par le Ministère luxembourgeois des Affaires étrangères et européennes, Direction de la Coopération au Développement et de l'Action humanitaire, le concours est organisé conjointement par le ministère, la Plateforme européenne de la Microfinance (e-MFP) et l'Inclusive Finance Network Luxembourg (InFiNe.lu), en coopération avec la Banque européenne d'Investissement.

Le prix est remis lors d'une cérémonie à laquelle S.A.R. la Grande-Duchesse de Luxembourg et le Ministre luxembourgeois de la Coopération au Développement et de l'Action humanitaire ont assisté par le passé. La cérémonie se tient durant la Semaine européenne de la Microfinance.

Organisateurs:





## Le piège de la santé et de la pauvreté

On peut dire sans exagération que la santé est le bien le plus précieux qu'il soit. Mais au-delà de la bonne forme ou de la maladie, la santé conditionne tout le reste : elle permet à l'éducation de jouer son rôle en ouvrant de nouveaux horizons ; elle permet aux gens de gagner leur vie, d'investir et de donner du travail aux autres ; elle permet aux groupes et aux sociétés de prospérer. Et l'inverse est tout aussi vrai. Sans la santé – sans soins de santé, que ce soit pour empêcher de petits pépins de se muer en gros ennuis de santé ou pour aider les gens à se remettre de chocs sanitaires graves – tous les autres paramètres de progrès sont contrariés.

L'importance de la santé dans le développement humain n'est plus à démontrer et apparaît au fronton des efforts de développement international. L'article 25 de la Déclaration universelle des Droits de l'Homme stipule que l'accès aux soins de santé est un besoin humain fondamental. Les objectifs de développement durable (ODD), qui établissent un lien entre les résultats en matière de santé et la protection des ménages pauvres contre les risques<sup>1</sup>, sont assortis d'[un large éventail d'indicateurs](#) permettant de suivre les progrès accomplis dans chaque pays en vue de réduire les répercussions d'une santé catastrophique sur les personnes à faible revenu. Les ODD sont soutenus par de nombreuses autres initiatives mondiales, notamment [les cibles du triple milliard](#) de l'OMS dont un des objectifs est de permettre à un milliard de personnes supplémentaires d'accéder aux soins de santé sans rencontrer de difficultés financières. La santé est d'ailleurs un facteur de développement autant que le développement est un facteur de santé ; la Coalition pour la couverture médicale universelle considère que « la santé est primordiale pour éradiquer l'extrême pauvreté et promouvoir la croissance du bien-être. Au cours de la décennie qui s'est achevée en 2015, l'amélioration de la situation sanitaire – mesurée au nombre d'années de vie gagnées<sup>2</sup> – [a représenté 24% de la croissance totale des revenus dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire.](#) »

Ce qui distingue les besoins sanitaires des populations pauvres des pays à faible revenu, ce sont *les conséquences* de la mauvaise qualité ou de l'absence des soins de santé. Les pauvres de la planète – les financièrement exclus – ont généralement des revenus volatiles

<sup>1</sup> ODD 3.8. : Faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable

<sup>2</sup> La valeur intrinsèque des années de vie supplémentaires peut être déduite de la volonté des gens d'échanger un revenu, un plaisir ou une commodité contre une augmentation de leur espérance de vie (Global health 2035: a world converging within a generation; The Lancet 2013).



et précaires et vivent dans des pays dépourvus d'une couverture médicale universelle de qualité. Ils devraient non seulement pouvoir accéder aux soins de santé, mais aussi pouvoir se les payer.

Payer les soins de santé est le plus grand risque financier auquel sont confrontés les ménages pauvres dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire. La problématique est double : d'un côté, l'accès aux soins de santé de base ou quotidiens (examens, médicaments ou traitements mineurs) et leur coût peuvent s'avérer insurmontables pour les ménages pauvres. De l'autre, même ceux qui sont traités avec succès et qui se remettent complètement d'une maladie ou d'une blessure, peuvent traîner comme un boulet la charge financière qui en découle, des années durant.

L'OMS estime que les dépenses occasionnées par les soins de santé posent de graves difficultés financières à environ 150 millions de personnes de par le monde et [plongent 100 millions d'entre elles dans une situation de pauvreté](#). La situation s'est considérablement aggravée l'année dernière, et les [conséquences de la pandémie](#) sur les populations les plus vulnérables de la planète pourraient prendre des années, voire des décennies, à se résorber.

Le financement des dépenses de santé est l'une des principales raisons pour lesquelles les clients empruntent auprès des institutions de microfinance (même si la raison invoquée est autre) et les questions de santé – pas seulement les coûts directs mais aussi le coût d'opportunité lié au fait de ne pas travailler – sont également un facteur de remboursement.

Le problème est fondamentalement humain. Lorsqu'ils sont confrontés au stress émotionnel d'une urgence sanitaire, les membres de la famille envisagent généralement toutes les solutions pour accéder au traitement, aussi coûteuses soient-elles. Pour les ménages pauvres qui vivent dans des pays sans couverture médicale universelle, cette solution est parfois synonyme d'endettement ou de vente d'actifs générateurs de revenus, voire de leur maison. Dans les familles où le choc sanitaire empêche un salarié de travailler, la perte des actifs alloués au paiement du traitement se double d'une perte de revenus.<sup>3</sup> Avec le risque d'**amorcer une spirale négative, où la pauvreté contribue à une mauvaise santé, laquelle contribue à son tour à la paupérisation.**

<sup>3</sup> Collins et. al., Portfolios of the Poor, Princeton University Press, 2009. p.86



## Les besoins sanitaires des communautés à faible revenu

Pour sortir de cette spirale négative, les populations à faible revenu doivent : a) avoir accès aux **soins quotidiens « d'entretien » de la santé** et les moyens de se les payer ; b) être protégées des conséquences financières dévastatrices d'une **urgence sanitaire inopinée et très coûteuse** ; et c) avoir les moyens de faire face à **toutes les circonstances intermédiaires**.

Les besoins médicaux s'inscrivent finalement dans un continuum<sup>4</sup> que l'on peut subdiviser en quatre niveaux, suivant la situation sanitaire et les pressions financières. Le premier concerne les **soins réguliers et préventifs** : autrement dit, les dépenses modestes mais régulières pour les vaccins contre les maladies courantes, la dentisterie et l'optométrie, les moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) afin de se prémunir contre le paludisme, et d'autres besoins divers en matière d'hygiène – eau douce, eaux usées et air pur. Certaines de ces dépenses sont très faibles (les MII) et d'autres plus coûteuses (installation de la plomberie), mais la plupart des ménages peuvent généralement y faire face. Par ailleurs, les vaccins contre des maladies fréquentes comme la rougeole et la polio peuvent être financièrement abordables, mais difficiles à se procurer dans certaines régions. Ces besoins préventifs peuvent souvent être pris en charge grâce à l'épargne existante, à des crédits de faible montant et à court terme et à des services de soins de santé non financiers, le cas échéant, tels que des campagnes ou des camps d'éducation.

Le niveau deux correspond à la majorité des **problèmes de santé** : grippe, blessures mineures, morsures de serpent, troubles digestifs en tout genre, voire crises de paludisme dans certaines régions du monde. La plupart d'entre eux nécessitent un certain niveau de soins (et dans certains cas, de soins urgents), dont le coût reste malgré tout généralement modeste et abordable pour la majorité de la population. Chez la plupart des gens, ce sont les produits pharmaceutiques et les consultations externes qui représentent la majeure partie des dépenses médicales. Le problème avec ces dépenses, c'est que même si elles sont prévisibles, elles ne sont cependant pas planifiées et que les besoins financiers spécifiques ne sont jamais connus à l'avance. Il s'ensuit que ces besoins coïncident souvent avec un manque de liquidités dans des ménages qui tirent le diable par la queue : nombre d'entre eux n'ont pas les fonds nécessaires sous la main quand le temps presse. La plupart des besoins du niveau 2 peuvent être couverts par l'épargne et le crédit à court terme.

<sup>4</sup> On peut également subdiviser le continuum en soins primaires, secondaires et tertiaires. Les soins primaires constituent le premier et le plus large niveau d'intervention, lorsqu'un patient consulte un prestataire de soins de santé qualifié pour obtenir des conseils, des produits pharmaceutiques ou un traitement physique. Les soins secondaires correspondent à des soins aigus pour une maladie brève mais éventuellement grave. Les soins tertiaires désignent les traitements spécialisés en milieu hospitalier, en raison d'une maladie grave ou suite à un accident.



Le niveau trois est celui des **maladies chroniques** graves : diabète et maladies cardiaques, certaines formes de handicap, la séropositivité et d'autres affections de longue durée. La plupart de ces pathologies peuvent être gérées des années durant pour un coût modeste, mais elles requièrent des dépenses constantes en soins hospitaliers ainsi qu'un soutien ambulatoire et un accompagnement pharmaceutique. Dans certains cas, en effet, l'interruption des traitements peut compromettre l'efficacité des traitements futurs. Ces maladies n'affectent cependant qu'une partie de la population, et souvent à des moments spécifiques de la vie. À bien des égards, les besoins du niveau 3 constituent le défi majeur pour les ménages à faible revenu. Certains d'entre eux peuvent y faire face en conjuguant une assurance maladie à de l'épargne et du crédit. Mais certaines maladies chroniques nécessitant des médicaments coûteux ne peuvent être durablement prises en charge sans aide extérieure.

Le niveau quatre, enfin, rassemble les **épisodes graves et souvent soudains de mauvaise santé** tels que les insuffisances rénales, les accidents et brûlures graves, ainsi que le cancer et les maladies cardio-vasculaires. Ces cas, qui nécessitent des soins hospitaliers coûteux, concentrent en général les charges financières les plus importantes et les plus soudaines, avec des effets potentiellement catastrophiques pour les ménages à faible revenu. Les soins de santé maternelle, qui se situent au niveau deux lorsque la grossesse se passe bien, peuvent rapidement passer au niveau quatre lorsque surviennent des complications. Beaucoup ne connaîtront jamais – ou alors occasionnellement – des épisodes de niveau quatre, dont la faible fréquence et le caractère inopiné rendent toute planification pratiquement impossible. Le coût des traitements est trop élevé pour tout le monde, sauf pour les ménages les plus nantis.

Figure 1: Continuum des besoins sanitaires

	Niveau 1 : soins réguliers et préventifs	Niveau 2 : besoins sanitaires mineurs	Niveau 3 : maladies chroniques graves	Niveau 4 : épisodes graves de mauvaise santé
Exemples	Vaccinations Dentisterie Optométrie Moustiquaires Bonne hygiène	Grossesse sans complications Maladies / accidents mineurs	VIH Diabète Maladie des organes	Crise cardiaque Traumatisme majeur Cancer Grossesse avec complications
Produits financiers et non-financiers	Liquidités disponibles Épargne à court terme Camps de santé Télémedecine	Épargne Crédit à court terme Télémedecine	Épargne, crédit et assurance Subside / aide de l'État	Assurance



Toutes les populations du globe ont des besoins sanitaires, à titre collectif et individuel. Au-delà des besoins applicables à tous (dentisterie, optométrie et vaccination, par exemple) et des besoins singuliers qu'une personne peut avoir en raison d'une affection particulière, il existe également des besoins liés à certains groupes, en fonction de l'âge, du sexe, du handicap ou de la prédisposition génétique à certaines maladies. Il est évident que les enfants ont des besoins spécifiques en matière de soins de santé. Il en va de même pour les personnes âgées, les personnes appartenant à des communautés ultra-pauvres ou marginalisées et les groupes ethniques ayant une prédisposition à certaines maladies. Les femmes ont souvent un double rôle à jouer : celui de procréatrice – avec tous les soins pré- et postnataux que cela implique - et celui de principale dispensatrice de soins au sein du ménage. Tous ces groupes rencontrent des difficultés dans l'accès aux soins, qui s'ajoutent à celles rencontrées par les personnes financièrement exclues en général.

## Les obstacles que rencontrent les femmes

Les femmes se heurtent à des obstacles particuliers pour avoir physiquement et financièrement accès à des soins de santé adéquats. C'est la conséquence à la fois de certaines normes culturelles qui limitent leur autonomie financière, et de leur rôle typique de principales dispensatrices de soins au sein du ménage. Les besoins singuliers et supplémentaires des femmes en matière de soins de santé sont aussi réels [dans les pays à revenu élevé](#) que dans les régions du monde à faible revenu. Les femmes ont en outre été particulièrement victimes des effets négatifs de la pandémie de Covid-19. [Selon le FNUAP, dès avril 2020](#), 47 millions de femmes avaient perdu l'accès au planning familial et, au cours des six premiers mois de la pandémie, on dénombrait sept millions de grossesses non désirées dans 114 pays à faible revenu et revenu intermédiaire. Et cela, rien qu'au cours des premiers mois – et seulement au niveau du planning familial. Des recherches plus récentes continuent de montrer l'effet disproportionné de la pandémie sur les femmes. En pratique, les besoins particuliers des femmes en matière de soins de santé requièrent qu'une attention particulière soit accordée à la dimension genre dans la conception des solutions et produits médicaux. [Citons à ce propos l'OIT](#) : « La relation entre les femmes, la santé de la famille et les obstacles à l'inclusion financière doit être soigneusement comprise avant de concevoir des produits et des solutions ».



Certaines **difficultés d'accès** sont propres à leurs circonstances et besoins particuliers ; d'autres sont exacerbées par la conjonction des faibles revenus et de l'exclusion financière. Ces groupes peuvent ne pas bénéficier de soins préventifs parce qu'ils n'ont pas les moyens de se priver d'heures de travail. La volatilité des revenus peut entraîner des retards dans le traitement de maladies assez mineures et muer des affections traitables en problèmes majeurs ou chroniques. Les communautés vivant dans des zones rurales et reculées peuvent ne pas avoir accès à certains services médicaux. Et les pauvres et les personnes vulnérables, souvent intimidés par les professionnels de la santé, peuvent hésiter à demander des conseils, voire être gênés de révéler qu'ils ne savent pas bien lire, écrire, ou compter.

## Inclusion financière et facilitation de l'accès aux soins de santé

Le secteur de l'inclusion financière peut jouer un rôle essentiel en aidant les ménages à planifier leurs dépenses médicales au quotidien et en « lissant » les chocs financiers liés à la santé. En favorisant l'épargne, en concevant des crédits appropriés et, peut-être et surtout, en facilitant l'accès à l'assurance, les prestataires de services financiers (PSF) peuvent mettre l'expertise de leur métier au service de produits financiers qui apportent aux clients à faible revenu suffisamment de flexibilité financière pour faire face à leurs dépenses de santé. Les PSF entretiennent par ailleurs des relations solides et souvent très étroites avec une clientèle souvent composée en majorité de femmes, parfois fédérées par des modèles de groupe à forte cohésion sociale, ce qui leur donne une occasion inestimable de donner des conseils sur les bonnes pratiques de santé et d'éduquer à la prévention et aux traitements.

Les solutions de financement pour rendre les soins de santé accessibles à tous sont essentiellement des dispositifs préalables qui sont mis en place pour fournir les soins médicaux nécessaires ou l'argent pour les payer. Il leur arrive d'inclure des éléments supplémentaires visant à garantir la qualité et la rentabilité des soins, à provoquer un changement de comportement ou à soutenir les travailleurs de santé communautaires. Souvent, les ménages à faible revenu financent leurs besoins médicaux inopinés en faisant appel à la solidarité de leur famille et de leurs amis, en liquidant leur épargne formelle et informelle, en contractant des crédits formels ou informels ou en vendant des actifs. Toutefois, les PSF peuvent également proposer des produits financiers spécifiques à la santé qui vont au-delà des comptes d'épargne génériques ou des microcrédits.



## Les limites du secteur financier et le rôle de l'État

Aucun secteur financier, aussi motivé soit-il, ne peut répondre durablement à tous les besoins de santé de la population d'un pays. Même dans les pays à faible revenu où l'assiette fiscale est réduite, les gouvernements se doivent de garantir l'accès de tous à des soins de santé de qualité. Outre l'apport d'infrastructures, de formations, d'une réglementation et l'établissement de normes (entre autres), l'État peut également jouer un rôle par le biais de partenariats, en intégrant notamment les programmes communautaires existants dans le programme national géré par le gouvernement, ou en s'associant au secteur de l'assurance privée. Dans certains cas, les régimes nationaux de sécurité sociale s'associent eux-mêmes à des assureurs, des ONG et/ou des institutions financières pour étendre leur périmètre à un secteur informel qu'ils auraient sinon bien du mal à atteindre par des canaux conventionnels, souvent conçus en fonction de relations de travail formelles. Outre la fourniture du cadre et des règles permettant aux prestataires d'assurance de participer au partenariat (niveaux de couverture, détails de mise en œuvre, etc.), les gouvernements peuvent utiliser ces régimes pour verser des primes aux communautés marginalisées ou à faible revenu.

Il n'en demeure pas moins que la santé reste un secteur vaste et complexe. Très peu d'institutions financières (voire aucune) sont en capacité ou réglementairement en droit de dispenser directement des soins de santé. La spécialisation nécessaire à la prestation des soins de santé fait que de nombreux programmes sont conçus pour fonctionner en **partenariat** avec un large éventail d'acteurs du monde de la santé. Il arrive souvent que les PSF, y compris les assureurs, concluent des accords avec des cliniques, des pharmacies, des ONG ou des hôpitaux locaux. Ces accords prévoient parfois des réductions de prix qui peuvent être répercutées sur les clients ou des dispositifs qui permettent aux PSF de proposer divers services de santé non financiers et éducatifs.



## Produits financiers destinés aux soins de santé

### Assurance maladie

L'assurance mutualise les risques et, par un système de vases communicants, donne à ceux qui en ont besoin à *un moment donné* de l'argent venant de ceux pour qui tout va bien. Elle peut prendre en charge de modestes mais fréquentes dépenses aussi bien que de grosses factures ponctuelles, et c'est cette gamme de couverture qui détermine le prix et l'accessibilité financière d'une police. La couverture, même pour les événements très graves, est toutefois rarement illimitée, et les petits frais sont également laissés à la charge du client car une assurance ne serait plus administrativement pérenne face à de fréquentes petites dépenses.

L'assurance répond à la « loi des grands nombres », c'est pourquoi les PSF en contact direct avec leurs clients s'associent généralement à des compagnies d'assurance pour répartir le risque sur une large clientèle. Les modèles de paiement varient considérablement dans l'assurance maladie : il y a notamment les services **tiers-payant**, dans lesquels c'est l'assureur et non le patient qui paie directement le prestataire de soins de santé ; les modèles de **soins gérés**, dans lesquels les prestataires reçoivent un montant annuel fixe pour chaque assuré, en échange de la fourniture de soins aux membres du groupe assuré ; **l'assurance par indemnisation**, qui rembourse diverses dépenses engagées, comme les factures d'hôpital ; ou le simple modèle d'**assurance forfaitaire**, intéressant pour le prestataire, qui verse une somme fixe chaque fois que se produit un événement assuré (acquittement d'un montant fixe pour chaque nuit passée à l'hôpital, par exemple).

Du point de vue du client, une prime d'assurance est payée à l'avance, de sorte que, comme l'épargne, elle fonctionne comme un **dispositif d'engagement**. Cependant, les clients des marchés émergents, qui sont souvent novices en matière d'assurance, ont souvent du mal à comprendre la différence entre assurance et épargne, et s'attendent à récupérer leur prime s'ils n'utilisent pas l'assurance. Répondre à ces attentes asymétriques est un défi majeur pour les prestataires d'assurance. Ils peuvent l'atténuer par la communication et par des dispositifs supplémentaires (telles que des bons à valoir pour des soins réguliers) qui augmentent la probabilité que l'assuré utilise et valorise son assurance durant la période où il est couvert.



## Épargne

Les gens épargnent généralement afin d'avoir une « poire pour la soif », comme dit le proverbe. Mais « la soif » se manifeste le plus souvent par des frais médicaux inattendus. Lorsque cela arrive, il faut disposer de liquidités et l'épargne est l'un des moyens les moins coûteux de trouver l'argent nécessaire. Contrairement aux primes d'assurance, l'argent sur le compte d'épargne appartient à l'épargnant et peut être reporté d'une année sur l'autre, ce qui peut l'inciter à adopter des comportements qui sont bons pour la santé.

Tout type d'épargne peut être mobilisé pour faire face aux dépenses de santé, mais un compte d'épargne santé qui empêche les fonds d'être retirés pour des dépenses non médicales augmente la probabilité de disposer d'argent au moment où on en aura besoin. En général, ces comptes sont toutefois plafonnés à un montant modeste qui ne peut couvrir que les dépenses de santé ordinaires. Une exception à cette règle concerne les besoins en matière de soins de santé (un accouchement, par exemple) qui sont à la fois connus et suffisamment éloignés dans le temps pour qu'un instrument d'épargne – d'engagement en particulier – soit quasi en parfaite adéquation avec cet objectif.

## Crédit

Les urgences médicales ont toujours été l'un des principaux motifs d'octroi de crédit par les institutions de microfinance et d'autres prêteurs, souvent moins formels, bien qu'elles aient rarement fait l'objet d'un produit spécifique. Cela s'explique principalement par le fait que l'approbation d'un crédit prend du temps alors que les frais médicaux sont souvent de nature urgente. Cependant, il s'agit d'une partie du secteur en pleine évolution : les clients se voient de plus en plus souvent proposés des prêts personnels spécifiquement destinés aux urgences médicales et conçus pour une approbation rapide (au moyen d'un système de notation alternatif), un décaissement rapide et avec des modalités de remboursement assouplies. Les prêts d'urgence génériques de type « complémentaire » peuvent également convenir aux dépenses de santé et sont fréquemment utilisés à cette fin. Il existe par ailleurs des produits de crédit spécifiquement conçus pour certains besoins de santé, comme le prêt de grossesse pour les dépenses pré- et postnatales généralement prévisibles.

Le recours au crédit pour les besoins de santé peut néanmoins être un mauvais choix car les grands événements de santé (en particulier pour celui ou celle qui fait vivre le ménage) se caractérisent souvent par des contrecoups importants tant du côté des dépenses que des revenus. Le fait de contracter un crédit important peut résoudre le problème immédiat du paiement des soins médicaux indispensables, mais au risque de surendetter et, à terme, d'appauvrir toute la famille. C'est pourquoi il est préférable de réserver le crédit aux besoins sanitaires de moyenne ampleur, et de garder l'assurance pour les situations graves, là où



elle est la meilleure solution.

Il importe que le crédit, plutôt que de répondre à la demande, se concentre sur l'**offre de soins de santé**. Prêter de l'argent aux prestataires locaux de soins de santé – qui sont souvent des petites et moyennes entreprises (PME) – permet à ces derniers d'améliorer la qualité de leurs installations, fournitures et équipements. Des investissements susceptibles d'améliorer la qualité et l'accès aux soins de santé pour la communauté locale tout en renforçant l'économie et en créant de l'emploi.

### Autres produits financiers

Les **services médicaux prépayés** est le nom fréquemment donné à un autre dispositif d'engagement, principalement destiné à couvrir des dépenses modestes et récurrentes. Ce sont généralement les prestataires de soins de santé ou leurs réseaux qui proposent ce dispositif au mode de fonctionnement très similaire à celui d'une assurance, sauf qu'il n'est normalement pas réglementé comme une compagnie d'assurance, et qu'il ne prévoit la fourniture de soins sur une année qu'à concurrence ou presque de la cotisation annuelle versée par le souscripteur. Pour les consommateurs, il s'agit d'un dispositif d'engagement ; pour les prestataires, d'un moyen de mieux prévoir et de mieux budgétiser leurs services. Les régimes varient beaucoup d'un pays à l'autre, mais ils peuvent constituer une alternative raisonnable à l'assurance maladie, même si le nombre de personnes concernées demeure limité.

Les **bons à valoir** qui permettent de recourir à des services habituellement spécifiques (les soins de santé génésique, par exemple) visent à renforcer la demande de certains services de santé dans l'espoir que (1) l'offre suivra et (2) que les personnes utiliseront leur bon là où elles perçoivent la meilleure qualité de service, récompensant ainsi les bons prestataires de soins. Les bons à valoir ont également le mérite de rappeler aux clients l'importance des soins de santé réguliers et préventifs. Ces bons sont généralement financés par les gouvernements ou des donateurs.

Bien qu'ils soient rarement destinés à couvrir spécifiquement des soins de santé, les **envois de fonds** par des membres de la famille (vivant ailleurs dans le pays ou à l'étranger) sont un moyen sur lequel beaucoup comptent pour payer leurs dépenses de santé. Dans la plupart des cas, les fonds requis sont directement envoyés à la famille, mais les prestataires de services de paiement peuvent donner à l'expéditeur la possibilité de régler directement les factures de soins médicaux, de façon à réduire le risque que l'argent ne serve à autre chose.



## Produits non financiers et services à valeur ajoutée

Les PSF qui mettent l'accent sur l'accès aux soins de santé recourent souvent à des moyens non financiers pour améliorer les résultats de leurs programmes. Parmi les services à valeur ajoutée (SVA) les plus courants, citons les réductions obtenues grâce aux achats en gros (accès à des produits pharmaceutiques, diagnostics et fournitures médicales à prix réduit, par exemple), les consultations de télémédecine, les camps de santé, les bilans de santé et les dépistages, les conseils de santé et le matériel d'information, ainsi que les conseils d'orientation vers des prestataires de soins et leurs spécialisations respectives. Ces services ne sont généralement pas facturés séparément aux clients mais financés par le PSF, conscient qu'une amélioration de la santé de ses clients est mutuellement avantageuse.

Les interventions destinées à **promouvoir un comportement sain** constituent une catégorie particulière de SVA. Les efforts visant à rendre l'éducation sanitaire plus efficace, et donc à avoir plus d'incidence sur la situation sanitaire, exploitent la communication numérique et la ludicisation. Si le lavage des mains et l'accouchement assisté par du personnel qualifié sont depuis longtemps encouragés séparément, les prestataires de services financiers liés à la santé reconnaissent de plus en plus la pertinence de ces campagnes, notamment celles qui envisagent de promouvoir le bien-être général de leurs clients, par opposition à la simple prise en charge des coûts résultant d'une mauvaise santé.

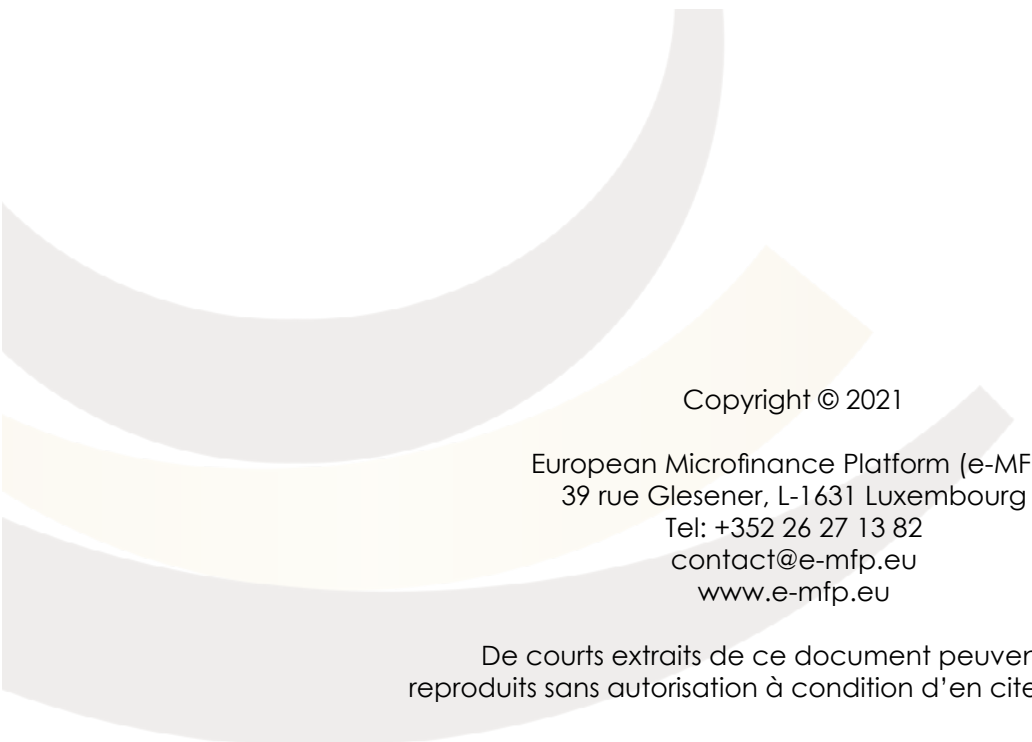
La prévalence des **plateformes numériques**, où apparaissent notamment les services financiers numériques, s'accompagne d'une multitude de moyens rentables pour interagir avec la population, au travers d'outils tels que les systèmes vocaux interactifs et les robots conversationnels (« chatbots »). Et cela a des répercussions positives : les clients à faible revenu sont de plus en plus habitués à ces outils et plateformes qui facilitent les interconnexions entre le client, le prestataire de services de santé et le prestataire de services de financement, qui rendent la diffusion d'informations sur la santé plus rentable (et plus sûre – aspect particulièrement pertinent pendant la Covid-19), et qui permettent même au consommateur de publier une note pour les soins de santé qu'il a reçus.

**Les programmes de fidélisation** sont un moyen de récompenser les clients fidèles d'un produit ou d'une plateforme – les clients des données mobiles, par exemple – en leur offrant une assurance maladie basique. Une façon de « donner un coup de pouce » à l'assurance et d'en inculquer le principe, ce qui profite à tout le monde : l'opérateur de



réseau, l'assureur, le prestataire de soins de santé, le prestataire de services financiers et le client. Les PSF peuvent également offrir une assurance à leurs clients, en récompense de leur activité d'épargne, en proposant une assurance gratuite aux déposants, par exemple.

Étant donné que ces divers produits répondent à divers besoins, un programme global qui **associe des produits financiers à des SVA** sera sans doute plus efficace – et aussi moins coûteux – qu'un produit isolé de financement des soins de santé. Une assurance, par exemple, pourra combiner un compte d'épargne santé à un produit de télésanté de façon à encourager les soins préventifs et le diagnostic précoce, et ainsi réduire le coût global des soins.



Copyright © 2021

European Microfinance Platform (e-MFP)  
39 rue Glesener, L-1631 Luxembourg  
Tel: +352 26 27 13 82  
contact@e-mfp.eu  
www.e-mfp.eu

De courts extraits de ce document peuvent être  
reproduits sans autorisation à condition d'en citer la source.