



Bureau international du Travail

Contribution à la lutte
contre le VIH/SIDA dans
l'économie informelle :

Le rôle actuel et
potentiel des systèmes
de protection sociale
décentralisés



Programme STEP
Service Politiques et Développement de la Sécurité sociale
Bureau international du Travail
4, route des Morillons
CH-1211 Genève 22 - Suisse
Tél. : +41 22 799 65 44
Fax : +41 22 799 66 44
Email : step@ilo.org
Web : www.ilo.org/step

BITSIDA

Programme du BIT sur le VIH/SIDA et le monde du travail
Bureau international du Travail
4, route des Morillons
CH-1211 Genève 22 - Suisse
Tél. : +41 22 799 64 86
Fax : +41 22 799 63 49
Email : iloaids@ilo.org
Web : www.ilo.org/aids

ISBN 92-2-213250-5



Stratégies et Techniques
contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté

BITSIDA

Programme du BIT sur le VIH/SIDA
et le monde du travail

Contribution à la lutte
contre le VIH/SIDA dans
l'économie informelle :

Le rôle actuel et
potentiel des systèmes
de protection sociale
décentralisés

Document de travail

Copyright © Organisation internationale du Travail 2003

Les publications du Bureau international du Travail jouissent de la protection du droit d'auteur en vertu du protocole n° 2, annexe à la Convention universelle pour la protection du droit d'auteur. Toutefois, de courts passages pourront être reproduits sans autorisation, à la condition que leur source soit dûment mentionnée. Toute demande d'autorisation de reproduction ou de traduction devra être adressée au Bureau des publications (Droits et licences), Bureau international du Travail, CH-1211 Genève 22, Suisse. Ces demandes seront toujours les bienvenues.

ISBN 92-2-213250-5

Les désignations utilisées dans les publications du BIT, qui sont conformes à la pratique des Nations Unies, et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Bureau international du Travail aucune prise de position quant au statut juridique de tel ou tel pays, zone ou territoire, ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières.

Les articles, études et autres textes signés n'engagent que leurs auteurs et leur publication ne signifie pas que le Bureau international du Travail souscrit aux opinions qui y sont exprimées.

La mention ou la non-mention de telle ou telle entreprise ou de tel ou tel produit ou procédé commercial n'implique de la part du Bureau international du Travail aucune appréciation favorable ou défavorable.

Imprimé au Sénégal

Liste des abréviations	iv
Synthèse	1
Contexte	3
1. La place centrale de l'action communautaire dans la lutte contre le VIH/SIDA	5
2. Les systèmes de protection sociale décentralisés : exemple de mécanismes communautaires de prise en charge	6
3. Systèmes de protection sociale décentralisés et VIH/SIDA	10
3.1 Contribution réelle et potentielle en matière de soins de santé	11
3.2 Le rôle social plus large des systèmes de protection sociale décentralisés	14
4. Conclusion et prochaines étapes possibles	18
Annexe 1 : Le programme Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté (STEP) du BIT	22
Annexe 2 : Le programme du BIT sur le VIH/SIDA et le monde du travail	23

Sommaire

Liste des abréviations

ARV	Antirétroviraux
SPSD	Systèmes de protection sociale décentralisés
PEV	Programme élargi de vaccination
VIH/SIDA	Virus d'immunodéficience humaine/syndrome d'immunodéficience acquise
MAS	Micro-assurance santé
OIT	Organisation internationale du Travail
BIT/SIDA	Programme du BIT sur le VIH/SIDA et le monde du travail
ONG	Organisation non gouvernementale
PTME	Prévention de la transmission mère-enfant
MST	Maladies sexuellement transmissibles
STEP	Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté
NU	Nations Unies
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
UNGASS	UN General Assembly Special Session – Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies
VCCT	Services de dépistage et conseil volontaires et confidentiels
OMS	Organisation mondiale de la Santé

Synthèse

Au cours des quatre dernières années, le programme STEP (Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté) du Bureau international du Travail (BIT) s'est penché sur le potentiel des systèmes de protection sociale décentralisés (SPSD) et a appuyé leur développement en tant que mécanismes d'amélioration de la protection sociale en santé. Reconnaisant la menace que représente l'épidémie du VIH/SIDA pour la promotion du travail décent, l'OIT a mis en place un programme sur le VIH/SIDA et le monde du travail (BIT/SIDA) et a élaboré un Recueil de directives pratiques sur le VIH/SIDA et le monde du travail. Ce recueil offre des orientations pertinentes pour la prévention du VIH/SIDA et l'atténuation de son impact sur le monde du travail. Il s'applique à tous les aspects du travail, formel comme informel. Le présent document analyse le rôle actuel et potentiel des СПSD en matière de lutte contre le VIH/SIDA et, par voie de conséquence, leur contribution à l'application du Recueil dans le secteur informel.

Ce document s'intéresse aux systèmes mis en place par les associations et les organisations de la société civile pour la couverture des travailleurs et des ménages qui n'ont pas accès aux systèmes formels de protection sociale. Il met un accent particulier sur le rôle des systèmes de micro-assurance santé (MAS) qui constituent une innovation en termes de prise en charge communautaire des risques liés à la santé. Des exemples sont fournis dans le texte à titre d'illustration, principalement dans les encadrés et les notes de fin de document.

Parce qu'ils contribuent à lever les obstacles financiers à l'accès aux soins, les СПSD, et les MAS surtout, ne sont souvent considérés que comme des systèmes communautaires de financement des soins de santé. Effectivement, dans ce domaine, ils peuvent avoir une contribution de taille. Néanmoins, beaucoup de СПSD jouent également un rôle social qui peut être tout aussi important, sinon potentiellement plus important, dans la lutte contre le VIH/SIDA. Ce rôle social renforce la capacité communautaire de prendre des mesures collectives dans le cadre de la prévention et de la prise en charge. Il facilite également les interactions entre, d'une part, les personnes et les ménages affectés par le VIH/SIDA et, d'autre part, les structures d'appui offrant divers services sociaux. Les СПSD peuvent servir de passerelles aux services sociaux et aux programmes nationaux, permettant à ces derniers de canaliser leurs ressources vers le niveau local. Dès lors, les СПSD contribuent à l'augmentation de la capacité des programmes nationaux VIH/SIDA de toucher les communautés les plus reculées et d'apporter leur soutien aux personnes et aux ménages qui en ont besoin.

Il est proposé en conclusion une liste d'actions concrètes afin de mieux comprendre le rôle des SPSD dans la lutte contre le VIH/SIDA et – plus important encore – de transformer progressivement leur potentiel en réalité. Enfin, il faut noter qu'améliorer la compréhension et renforcer l'expérience des SPSD sera également utile pour beaucoup d'autres formes d'organisations et d'associations à base communautaire.

Le 25 octobre 2001, le BIT est devenu le huitième partenaire du programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA), apportant au programme sa vision et son expertise concernant l'épidémie dans le monde du travail. Selon le Directeur général du BIT, Juan Somavia, le SIDA a un impact considérable sur les travailleurs et leur famille, les entreprises et les économies nationales et c'est également «un problème qui se pose sur le lieu du travail» et «un obstacle au développement.»¹

En prélude à sa contribution à la lutte contre le VIH/SIDA, le BIT a élaboré un Recueil de directives pratiques sur le VIH/SIDA et le monde du travail. Celui-ci a été approuvé par consensus en mai 2001, lors d'une réunion tripartite d'experts provenant du monde entier, et officiellement lancé en juin 2001 par le Directeur général du BIT lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies (UNGASS) tenue à New York. Ce Recueil offre des orientations pratiques aux décideurs politiques, aux organisations patronales et aux organisations des travailleurs, ainsi qu'aux autres partenaires sociaux pour la formulation et la mise en œuvre de politiques appropriées sur le lieu de travail ainsi que de programmes de prévention et de prise en charge. Il propose également des orientations pour la mise en place de stratégies permettant de prendre en compte la situation des travailleurs du secteur informel.

Le Programme du BIT sur le VIH/SIDA et le monde du travail (BIT/SIDA) vient en appui à l'application du Recueil au niveau national et au niveau de l'entreprise, à travers des services consultatifs au profit des gouvernements et des partenaires sociaux, un programme d'éducation et de formation, et d'autres activités de coopération technique visant à renforcer la capacité des mandants de développer et mettre en œuvre des politiques et programmes sur le lieu de travail. Un manuel d'éducation et de formation, qui aidera à orienter l'utilisation du recueil et son adaptation aux différents secteurs et situations, est en cours d'élaboration.

Tout en s'engageant à apporter son appui à l'application du Recueil, le BIT n'en reconnaît pas moins que «alors que les grandes entreprises du secteur structuré commencent à accumuler connaissances et expérience en matière de VIH/SIDA, il n'en est pas de même dans le secteur non structuré ou dans les petites entreprises dont les effectifs représentent pourtant la majorité des effectifs de travailleurs des secteurs structurés et non structurés com-

binés.»² S'agissant du secteur informel, le BIT reconnaît aussi qu'il «serait utile, à cet égard, d'étudier de façon plus approfondie ce qui a été fait dans le cadre du programme STEP³ du BIT, pour mettre en place des programmes de prévention et de prise en charge du VIH/SIDA financés par des sociétés de fonds mutuels établies pour les petites entreprises et les exploitants du secteur non structuré dans de nombreux pays et, en particulier, en Afrique».

Ce document passe en revue les efforts déployés par le BIT pour renforcer la capacité des groupes de travailleurs et de leur famille, surtout ceux qui sont dans le secteur informel, d'organiser des activités de prévention du VIH/SIDA et de prise en charge des personnes affectées par le VIH/SIDA. Conformément aux principales recommandations de l'UNGASS, l'approche est fondée sur les activités et la mobilisation communautaires. Cette approche met à profit la forte expérience acquise par le programme STEP et ses partenaires au développement dans l'étude du potentiel des systèmes décentralisés, comme les MAS, pour étendre la protection sociale en santé.

Depuis les années 80, lorsque le SIDA a été pour la première fois reconnu comme un problème majeur de santé publique, la lutte contre l'épidémie du VIH/SIDA a beaucoup évolué : de l'étape initiale où l'accent était mis sur l'action médicale, elle est passée à celle où une priorité est accordée à l'action communautaire. Aujourd'hui, tout le monde s'accorde à dire que les stratégies les plus efficaces pour lutter contre cette pandémie sont communautaires et multisectorielles ; en effet, la majorité des activités de prévention et de prise en charge sont menées au niveau des ménages et des communautés et – le plus souvent – la plupart des ressources nécessaires à ces actions provient des communautés elles-mêmes à travers une vaste gamme de moyens.

Une analyse de l'épidémie a montré clairement que celle-ci affecte plus particulièrement les femmes. Etant donné les inégalités sociales, économiques et culturelles entre les hommes et les femmes, celles-ci supportent le fardeau le plus lourd de la propagation de l'épidémie. La responsabilité de la prise en charge et du soutien aux membres du ménage ayant contracté la maladie incombe dans une large mesure aux femmes. Il en va de même dans le cas des nombreuses personnes à charge au sein de la famille élargie. Etant donné leur rôle traditionnel de dispensatrices de soins, les femmes sont également le chaînon le plus important en matière de prévention et de prise en charge.

«Le résultat de la lutte contre le SIDA est décidé au sein de la communauté. Les personnes, et non les institutions, décident en dernier lieu si elles doivent adapter leur comportement sexuel, économique et social à l'existence du SIDA. Les organisations gouvernementales et non gouvernementales peuvent simplement influencer sur la riposte des personnes face au VIH/SIDA, soit en les contraignant, soit en les aidant.»

(Etude de cas de Phayao, ONUSIDA, avril 2000)

L'ONUSIDA a explicitement adopté des approches visant le renforcement des stratégies de prise en charge propres aux communautés. Cependant, de réelles difficultés subsistent pour trouver des approches communautaires efficaces susceptibles d'être généralisées au niveau régional et national, de façon à obtenir un impact qui ne se limite pas à quelques groupes.

Les SPSD sont des mécanismes communautaires de prise en charge. Une bonne partie de l'expérience acquise à travers le développement et le fonctionnement de ces systèmes peut être appliquée à la conception et à l'élaboration des programmes nationaux sur le VIH/SIDA.

2

Les SPSD peuvent être perçus comme des systèmes qui améliorent la capacité des individus et des ménages appartenant à un groupe organisé de faire face à un ensemble d'événements (risques) négatifs. Ils améliorent la sécurité en permettant aux individus et aux ménages de réduire l'impact des risques. Dans leur grande majorité, les SPSD ne sont pas en mesure de réduire considérablement l'impact de risques majeurs comme les inondations ou les tremblements de terre qui touchent des communautés entières. Ils sont plus efficaces dans le renforcement de la capacité des individus et des ménages à réduire l'impact des risques qui n'affectent qu'une petite partie de la communauté à un moment donné, comme la maladie ou l'impossibilité temporaire de gagner sa vie. Généralement, les caractéristiques des SPSD les incitent à s'engager dans des actions préventives qui réduisent l'exposition aux risques.

Ce document se focalise sur les SPSD communautaires mis en place pour couvrir les ménages n'ayant pas accès aux systèmes formels de protection sociale. La gamme est variée, elle va de systèmes dont l'objectif premier est la création de revenus et d'emplois, à l'image des systèmes d'épargne et de crédit,⁴ aux systèmes dont l'objectif premier est la protection sociale en santé, à l'image des systèmes de micro-assurance santé. Quel que soit leur objectif premier, les SPSD requièrent souvent une certaine structure associative de laquelle peuvent découler différentes obligations et responsabilités. Certaines de celles-ci sont liées au degré de solidarité ou d'assistance réciproque offertes par le système. Par exemple, il existe une forme de partage des risques dans les systèmes dont l'épargne des membres constitue la base des prêts et des autres avantages octroyés (banques villageoises). Des niveaux de solidarité et de partage de risques plus élevés sont inhérents aux systèmes d'assurance pour lesquels la contribution périodique des membres est nécessaire pour accéder aux prestations en cas de besoin.

Etant donné que, de manière générale, les SPSD obéissent à une logique de création axée sur des approches locales, ils varient énormément en termes de taille, d'objectifs principaux et de capacité opérationnelle. Leurs différences peuvent être considérées comme une force, dans la mesure où elles reflètent les réalités distinctes des différents groupes organisés de la société civile. Cependant, cette grande différenciation rend difficile la tâche de tirer des enseignements applicables à tous les SPSD. Il convient de garder cela à l'esprit lorsqu'il s'agira de réfléchir à la contribution potentielle de ces systèmes à la lutte contre le VIH/SIDA.

Parmi les SPSD, les MAS présentent un intérêt particulier. Elles constituent une innovation dans le secteur de la santé et montrent un important potentiel à améliorer la capacité des communautés de prendre en charge des problèmes de santé et d'interagir avec les prestataires des services de santé. Les MAS sont également pertinentes en ce qu'elles permettent aux communautés de faire face à la pandémie du VIH/SIDA pour couvrir d'autres risques, comme les dépenses funéraires – que les décès soient liés ou non au SIDA – et celles relatives à l'éducation des enfants.

Le terme «micro-assurance» est utilisé au sens large pour désigner différents systèmes communautaires de financement de la santé, dont les mutuelles de santé.

Le terme «micro» fait référence à la faible capacité de contribution des membres, ce qui limite également le volume des transactions financières et le paquet de garanties, et non à la taille du système. Toutefois, dans la pratique, la plupart des MAS sont d'une taille relativement modeste ; elles ne comptent que quelques milliers de bénéficiaires. Ces MAS ne sont pas très répandues dans le monde, mais leur nombre ne cesse de croître. On en trouve dans les pays suivants : Afrique du Sud, Bangladesh, Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Equateur, Ghana, Guatemala, Guinée, Inde, Mali, Népal, Nicaragua, Nigeria, Ouganda, Philippines, République dominicaine, République Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal et Togo.⁵

Comme tous les systèmes d'assurance, les MAS sont fondées sur la mise en commun des ressources et le partage des risques entre les membres du groupe.⁶ La preuve est de plus en plus faite que l'assurance est particulièrement importante pour la protection des pauvres. L'adhésion à une MAS est synonyme de réduction de la menace de décapitalisation – épuiser l'épargne et/ou vendre des biens – à laquelle sont confrontés les ménages pour faire face aux coûts médicaux.⁷ Ainsi, les MAS constituent pour les ménages exclus un mécanisme de réduction de la vulnérabilité face à la maladie ; elles les aident également à faire face aux dépenses de santé qui auraient pu les faire basculer – ou les enfoncer – dans la pauvreté. Les MAS peuvent nettement améliorer la vie des femmes en allégeant leur fardeau en tant que dispensatrices de soins et en renforçant leur sécurité.

Les MAS diffèrent des sociétés d'assurance santé commerciales. En règle générale, elles sont à but non lucratif et ne font pas de la sélection du risque une stratégie principale.⁸ Le plus souvent, elles sont également

Dans beaucoup de pays, il existe des exemples d'hôpitaux qui ont mis en place des MAS pour améliorer l'accès des populations locales aux services de santé, y compris aux services liés à la prise en charge du VIH/SIDA. Le plan de santé de l'Hôpital Kisiizi en Ouganda couvre les coûts de dépistage et de conseil, ainsi que les maladies opportunistes, approfondissant ainsi son travail lié au VIH/SIDA.

caractérisées par le haut niveau de cohésion sociale de leurs membres, puisqu'ils appartiennent à la même communauté. Contrairement à l'assurance commerciale, les membres se connaissent généralement, directement ou indirectement, et sont par conséquent beaucoup plus disposés à prendre des mesures collectives et à s'engager dans des activités d'assistance mutuelle.⁹

Les associations et organisations de la société civile ayant créé des MAS sont diverses. Des MAS ont été créées par des associations de travailleurs¹⁰ et des coopératives¹¹ du secteur informel,¹² par des organisations religieuses, des associations villageoises et des associations de femmes ou de jeunes. Certaines organisations de développement plus connues pour les services de microcrédit qu'elles offrent ont introduit des MAS, le plus souvent dans l'optique d'aider leurs membres à faire face aux risques financiers induits par les problèmes de santé.¹³ Certaines administrations locales et régionales ont introduit des MAS dans le contexte de la réforme du secteur de la santé.¹⁴ Des ONG prestataires de services, dont la plupart sont religieuses, ont également mis en place des MAS. Pour les besoins de ce document, les MAS qui nous intéressent sont celles où la structure de gouvernance est avant tout entre les mains d'un groupe communautaire de la société civile, plutôt qu'entre celles d'une ONG ou d'une organisation de développement.

Les structures qui appuient les MAS varient également selon le contexte. Elles peuvent être nationales ou internationales et, le plus souvent, incluent des institutions gouvernementales et non gouvernementales. Voici quelques exemples de structures d'appui :

- les réseaux, fédérations et ONG créés dans le but précis d'appuyer les MAS – ils peuvent être internationaux, régionaux,¹⁵ nationaux ou sous-nationaux ;¹⁶
- les associations de commerçants et les mouvements de travailleurs du secteur informel¹⁷: généralement créés pour défendre les droits des travailleurs sur le marché, ils s'impliquent de plus en plus dans l'action visant à aider leurs membres à satisfaire d'autres types de besoins;
- les ONG qui sont directement ou indirectement impliquées dans la prestation

La « Concertation entre les acteurs du développement des mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre » est un exemple de réseau international. Elle dispose d'un site web (voir www.concertation.org) et réalise également des ateliers et des bulletins pour repérer et partager des expériences locales, nationales et sous-régionales ayant trait aux mutuelles de santé. La Concertation bénéficie d'un appui technique et financier de la part de certains partenaires internationaux dont : Partnership for Health Reform Plus/USAID, l'Association internationale de la Mutualité, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ), l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes, le Réseau français d'Appui aux Mutuelles de Santé et l'Union des Mutualités Socialistes.

L'Association guinéenne de bien-être familial (AGBEF), qui est active dans la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles dont le VIH/SIDA, appuie les communautés locales dans la création de mutuelles de santé pour faciliter l'accès aux services de santé, et surtout aux services de santé de la reproduction. L'Association sénégalaise de bien-être familial (ASBEF) agit de manière similaire.

de service de santé – beaucoup d'entre elles sont activement engagées dans la lutte contre la pandémie du VIH/SIDA. L'assistance peut être financière, comme c'est le cas avec les subventions ou les tarifs préférentiels accordés aux bénéficiaires des MAS, ou bien technique, par exemple le contrôle des ordonnances ;

- les institutions de microfinance – si quelques institutions de microfinance ont créé leurs propres MAS, d'autres appuient la création ou le fonctionnement de MAS, par exemple en tenant régulièrement des séances d'éducation à la santé avec les groupes de crédit et/ou en faisant de la promotion pour accroître l'adhésion aux MAS ;
- les administrations locales – surtout dans les pays qui ont fait des progrès réels dans le processus de décentralisation ;
- une grande diversité d'autres ONG nationales et internationales ; elles peuvent fonctionner au niveau communautaire, régional ou national.

On peut retrouver les SPSD dans les zones de forte prévalence du VIH/SIDA comme dans les zones où celle-ci reste faible. Le VIH/SIDA peut menacer la viabilité des MAS. Lorsque des membres d'un système d'épargne et de crédit sont affectés par le SIDA, soit directement après avoir contracté la maladie, soit indirectement parce qu'ils doivent s'occuper des malades ou parce qu'ils étaient à la charge de personnes décédées des suites du SIDA, ils peuvent se trouver dans l'incapacité de rembourser les prêts et mettre en péril la viabilité du système. Dans le cas des MAS, la prévalence du VIH/SIDA introduit de forts risques d'augmentation des prestations voire de faillite du système. La hausse des prestations peut également se traduire par une augmentation des cotisations.

Cependant, les SPSD peuvent jouer un rôle important et positif dans la lutte contre le VIH/SIDA. Les faits indiquent que, au fur et à mesure que les premiers malades du SIDA apparaissent parmi les membres des MAS, ils sont d'ordinaire traités au cas par cas. Les prestations que les SPSD peuvent octroyer à eux seuls sont limitées. Les MAS ne couvrent pas (ne peuvent pas couvrir) tous les frais de santé. Les MAS s'efforcent de mettre en relation les individus et les ménages avec d'autres services de prise en charge et de soutien, y compris ceux qui sont offerts par les programmes nationaux VIH/SIDA. Les faits montrent également que, face à cette situation, les SPSD entament un processus de réflexion sur la nature des mesures à prendre pour faire face à la pandémie. Cette réflexion peut également commencer à l'intérieur des MAS mises en place dans des zones de faible prévalence du VIH/SIDA. Elle peut résulter de situations spécifiques auxquelles une MAS est confrontée, par exemple le fait qu'une partie de ses bénéficiaires soient des travailleurs migrants présentant des risques de contamination par le VIH/SIDA élevés ; elle peut aussi provenir des efforts en matière d'éducation réalisés par le gouvernement et/ou des ONG actives dans la lutte contre le VIH/SIDA.

Les MAS et, d'une façon plus générale, les SPSD sont en général considérés comme des mécanismes de réduction des barrières financières à l'accès aux soins de santé. De ce

La micro-assurance est autre chose qu'une simple forme d'assurance ou de financement des soins de santé. C'est une sorte d'organisation sociale fondée sur les concepts de solidarité et de mise en commun des risques, ce qui suppose la participation active des membres de chaque groupe.

Source : BIT. 2000. *Rapport sur le Travail dans le Monde 2000. Sécurité du revenu et protection sociale dans un monde en mutation* (Genève), pp. 92, 93.

fait, ils sont souvent regroupés sous l'appellation de «systèmes communautaires de financement de la santé». Cette caractéristique est importante du point de vue de leur contribution dans la lutte contre le VIH/SIDA. Mais leur rôle social plus vaste est également d'une importance capitale. Celui-ci a trait au fait que les SPSD peuvent améliorer les conditions de vie en donnant plus de «voix» à des individus ou à des groupes qui étaient auparavant exclus. Les SPSD peuvent renforcer la capacité des exclus à se mettre en relation avec les institutions prestataires de services, à négocier avec ces institutions et à exiger d'elles qu'elles leur rendent des comptes. Cela rend les SPSD particulièrement aptes à l'amélioration de la situation des femmes.

La description de la contribution potentielle des SPSD à la lutte contre le VIH/SIDA, présentée dans les paragraphes qui suivent, est tirée du fonctionnement actuel des systèmes et, dans certains cas, de l'extrapolation de pratiques existantes. La description ne cherche nullement à suggérer que certains SPSD devraient s'engager dans toutes les actions spécifiées. Comme il a été souligné plus haut, les systèmes varient énormément en termes de taille, de composition sexospécifique et de structure de gouvernance, et du contexte d'évolution. Ces facteurs influent sur la contribution potentielle des SPSD dans la lutte contre le VIH/SIDA.

Le document ne prétend pas que les SPSD soient utilisés pour un transfert de responsabilité et de fardeau toujours plus grand vers les communautés dans la lutte contre la maladie. Au contraire, l'un des objectifs principaux est de situer comment les systèmes décentralisés peuvent être utilisés pour canaliser les ressources et le soutien des institutions gouvernementales et non gouvernementales vers ceux qui en ont le plus besoin (en particulier les femmes).

L'un des intérêts majeurs des SPSD réside dans leur rôle en matière d'organisation des ressources destinées à améliorer la prise en charge médicale. Ce rôle ainsi que d'autres leviers utilisés par les SPSD dans la lutte contre le VIH/SIDA pour renforcer les systèmes de santé,¹⁸ sont examinés dans les paragraphes qui suivent.

→ **Accès aux services de santé** – Les SPSD facilitent l'accès à la prise en charge médicale de leurs membres qui vivent avec le VIH. L'objectif principal des MAS est d'améliorer l'accès aux soins. Les garanties couvrent, à des degrés divers selon la situation locale, le traitement des infections opportunistes ainsi que des éléments de médication palliative (pas seulement liés au VIH/SIDA). Certains systèmes couvrent également le dépistage du VIH/SIDA en tant que service aux patients non hospitalisés. Les individus et les ménages bénéficient de cette couverture de l'assurance qu'ils soient informés ou non de leur situation sérologique. D'autres SPSD, comme ceux dont l'objectif central est d'accroître le revenu, peuvent également contribuer à l'amélioration de l'accès financier aux services de santé.

3.1 Contribution réelle et potentielle en matière de soins de santé

Les systèmes sont à juste titre préoccupés par la couverture des dépenses liées à la prise en charge des patients sidéens, dépenses qui pourraient mettre en péril leur stabilité financière. C'est pourquoi, ils cherchent à renforcer leur capacité de déterminer la meilleure manière d'inclure la prise en charge et le traitement des maladies liées au VIH/SIDA dans leur paquet de garanties ; l'objectif est de maximiser la couverture de la prise en charge médicale liée au VIH/SIDA sans mettre en péril la viabilité du système. Dans certains pays,¹⁹ les MAS ont déjà commencé un travail dans cette perspective.

Même lorsque les MAS sont en passe de revoir leur paquet de garanties pour inclure les maladies liées au VIH/SIDA, il est très peu probable qu'elles soient en mesure de couvrir le coût des antirétroviraux (ARV) parce que ceux-ci restent toujours très chers par rapport à la capacité contributive des membres. Cette situation pourrait changer rapidement si les ARV venaient à être disponibles à un prix abordable (subventionnés peut-être) dans les pharmacies publiques ou privées, ainsi que dans les centres de santé.

Dans ce contexte, les MAS pourraient renforcer la capacité des programmes nationaux VIH/SIDA, susceptibles de subventionner les ARV, de toucher des individus qui autrement seraient difficilement pris en compte.

Dans le village de Ngongo au Mali, le paludisme n'a fait aucune victime chez les enfants depuis que la MAS a été créée. Selon les responsables du système, ce résultat est dû au fait que les services sont plus accessibles et que les femmes amènent leurs enfants plus tôt au centre de santé, grâce aux informations sanitaires qui leur sont données. Le système organise également des activités d'éducation par les pairs chez les adolescents, afin d'améliorer leurs connaissances et de favoriser des comportements responsables, surtout en matière de santé de la reproduction. En outre, le système fait la promotion des soins prénataux en posant comme condition d'accès au bénéfice de l'accouchement la participation des femmes enceintes à quatre séances au moins. Les nouveaux-nés sont immédiatement pris en compte dans la prévention. Le système fait une promotion de la vaccination en donnant gratuitement aux mères le carnet de vaccination PEV et en ne couvrant pas les maladies du PEV si le calendrier de vaccination n'a pas été correctement suivi. D'autres systèmes contribuent à la prévention du paludisme en facilitant l'accès aux moustiquaires.

Un certain nombre de MAS sont déjà impliquées dans des activités d'éducation et d'information sur le VIH/SIDA. A Zabre, Burkina Faso, la mutuelle de santé Leere Laafi Bolem mène des activités éducatives villageoises dans les 83 villages où elle a des membres. Travailler avec des communautés villageoises lui permet de toucher des populations bien au-delà de ses membres qui sont approximativement 5000. Les activités éducatives sont organisées avec l'appui de l'Initiative Privée et Communautaire contre le SIDA au Burkina Faso (IPC/BF).

Les MAS peuvent aussi contribuer à la lutte contre la tuberculose, surtout dans les pays où il existe une politique pour lutter contre cette maladie qui mobilise des subventions destinées à faciliter l'accès financier au dépistage et au traitement. Dans ces conditions, les MAS peuvent travailler en collaboration avec les centres de santé afin de promouvoir, et peut-être d'effectuer, les dépistages de la tuberculose et de faciliter l'accès au traitement indiqué. Ce type d'action est particulièrement pertinent lorsque l'augmentation des cas de tuberculose est directement liée au VIH/SIDA. L'expérience dans ce domaine va contribuer à faciliter l'accès aux ARV lorsque ceux-ci seront disponibles à des prix abordables.

→ **Prévention** – Les SPSD sont des mécanismes efficaces de promotion de la santé, du fait que la santé de leurs membres est leur préoccupation majeure. Pour les MAS la prévention est également un moyen efficace pour limiter les coûts.

Les SPSD peuvent promouvoir la santé à travers des activités éducatives qui sensibilisent à l'importance de la protection et au comportement approprié pour être en bonne santé. Cela peut être complété par des actions au sein de la communauté par exemple celles visant à améliorer la disponibilité de préservatifs. En outre, les MAS peuvent encourager la prévention lors de la définition du paquet de garanties.

→ **Services de dépistage et de conseil volontaires et confidentiels (VCCT)** – Le VCCT intègre les liens entre la prévention et la prise en charge, ainsi que l'articulation entre les services à fournir par les centres de santé et les mesures qui peuvent être prises par l'individu et la communauté. La présence même d'un système qui couvre quelques éléments du traitement et de la prise en charge liés au VIH/SIDA peut constituer une incitation à faire le dépistage. L'expérience montre que les populations sont beaucoup plus disposées à recourir au VCCT lorsqu'elles savent qu'une certaine forme de traitement est accessible.²⁰ En outre, comme noté plus haut, les MAS peuvent concevoir leurs paquets de garanties de manière à promouvoir les visites prénatales, contribuant de ce fait à l'acceptation du VCCT par les femmes enceintes et à la prévention de la transmission mère-enfant (PTME).

Les MAS peuvent mener également d'autres actions dans la promotion du VCCT. Là où les infrastructures et le

Beaucoup de MAS promues par les hôpitaux couvrent les coûts de dépistage et de conseil sur le VIH/SIDA et certains les lient à d'autres prestations. Le Plan de santé de l'Hôpital Ishaka en Ouganda, conçu par l'hôpital pour améliorer l'accès de la population locale aux soins de santé, conseille vigoureusement aux femmes enceintes de faire le dépistage du VIH/SIDA au cours des visites prénatales.

système de distribution pour les kits de dépistage existent, elles peuvent inclure le coût du dépistage dans le paquet de garanties et le lier aux conseils pré et post-dépistage. Potentiellement, elles peuvent jouer un rôle dans la réalisation du dépistage, la production de solutions communautaires pour relever le défi de la confidentialité, de la notification au partenaire et d'une possible stigmatisation.

Une autre contribution pourrait se situer en matière de conseil (et assistance morale) aux personnes affectées. Ceci permettrait d'offrir non seulement un bénéfice direct aux membres, mais ce serait aussi un moyen pour la MAS de faciliter les liens avec les systèmes communautaires de soins et avec les institutions ou organisations fournissant des services non sanitaires appropriés. Ce rôle social de la MAS est examiné en détail dans le chapitre suivant.

En outre, les MAS peuvent améliorer la capacité des prestataires d'offrir des services de santé de qualité. La raison majeure de cette amélioration résulte du fait que les MAS accroissent la régularité des recettes des prestataires. Du coup, les prestataires de services de santé ont une capacité accrue de planifier leurs activités et peuvent réaliser d'importantes économies d'échelle dans l'achat des médicaments et des équipements.

La contribution la plus importante des SPSD en matière de lutte contre le VIH/SIDA a trait probablement à leur rôle dans la réduction de l'exclusion des personnes et des ménages, et dans la possibilité qu'ils leur donnent de participer de manière plus active à la recherche de solutions à leurs problèmes de santé. La capacité individuelle des membres de faire face à leurs problèmes est d'autant plus grande qu'ils sont moins isolés et appuyés par le groupe. Au sein du groupe, les SPSD peuvent jouer un rôle important pour :

→ **Relever le défi de la stigmatisation et de la discrimination** – Les questions relatives à la stigmatisation et à la discrimination qui prévalent dans un contexte donné vont nécessairement se refléter dans un SPSD. Ainsi, le danger apparaît lorsque des membres d'un SPSD sont confrontés au VIH ou au SIDA ; ces membres peuvent «disparaître» plutôt que de faire face à la stigmatisation qui pourrait découler de leur recours au SPSD. Cependant, beaucoup de SPSD démontrent un haut niveau de cohésion sociale, un fort engagement vis-à-vis de leur rôle social et une volonté de prendre en charge les membres, au point de faire d'importantes exceptions pour couvrir leurs besoins.²⁰ À cet égard, ils peuvent offrir un cadre favorable pour faire face à la stigmatisation et à la discrimination. Leurs efforts dans ce domaine peuvent être renforcés à travers un partenariat avec des associations de personnes vivant avec le VIH/SIDA. Dans une telle situation, la confidentialité du dossier médical des membres mérite une attention spéciale.

Les SPSD peuvent également améliorer la capacité de la communauté d'interagir avec les institutions gouvernementales et non gouvernementales qui affectent le bien-être de leurs membres. Ils peuvent faciliter les liens et le partenariat entre la communauté et les institutions qui offrent des services sociaux. Au-delà, ils peuvent «servir» de mécanismes communautaires pour canaliser les ressources vers le niveau local ; dans le contexte de la lutte contre le VIH/SIDA, c'est peut-être le potentiel non encore exploité le plus important. Les SPSD peuvent contribuer à :

→ **Lier les bénéficiaires aux services requis** – Comme indiqué ci-dessus, les faits montrent que, dans la mesure où ils sont conscients des limites de la couverture qu'ils offrent aux bénéficiaires affectés par le VIH/SIDA, les SPSD apportent un soutien en mettant en relation des individus, des familles et des communautés avec un ensemble de prestataires de services (publics, privés ou qualitatifs) qui peuvent aider les membres non seulement en ce qui concerne leurs problèmes de santé, mais aussi à travers l'offre d'un soutien psychologique, d'un appui pour la planification du bien-être des enfants (y compris leur éducation), d'un appui juridique pour les questions d'héritage ou d'un appui financier pour couvrir les coûts des funérailles et de la perte de revenus. Les relations avec ces services peuvent être formelles ou non. Il existe déjà des exemples de MAS ayant signé des accords – parfois des contrats – avec des ONG ou des institutions publiques dans lesquels la MAS identifie le ménage ou les individus dans le besoin de façon à leur permettre de bénéficier des services de ces organisations.²² Certains des services peuvent être offerts par ou à travers les programmes nationaux VIH/SIDA.

→ **Canaliser les ressources vers le niveau local** – Lorsque les SPSD sont véritablement communautaires et fonctionnent selon des règles démocratiques, ils sont dans l'obligation de répondre aux besoins des communautés et sont tenus de rendre compte à leurs membres. Ainsi, ils peuvent être utilisés par le gouvernement et les ONG pour canaliser des ressources et atteindre ceux qui en ont le plus besoin au cœur des communautés.²³

L'un des moyens, certes limité mais direct, dont disposent les gouvernements et les ONG pour canaliser les ressources vers des individus et des ménages affectés par le VIH/SIDA, c'est de couvrir les frais d'adhésion des familles qui n'ont pas les ressources suffisantes. Dans les systèmes de santé, cela peut se faire à travers des fonds de contrepartie ou des subventions.²⁴ En matière d'éducation, il y a des cas dans lesquels les contributions des familles au profit de l'éducation de leurs enfants bénéficient d'une contrepartie sous forme de bourse d'étude offerte par des ONG ou par le gouvernement.

Les institutions publiques et les ONG peuvent canaliser une assistance plus substantielle à travers les SPSD, en leur octroyant des dons ou des subventions pour mener à

bien des actions au niveau local. Canaliser les ressources de cette manière peut nécessiter la signature d'un contrat, entre la structure d'appui et les SPSD, définissant les responsabilités de chacune des parties. L'action au niveau local peut se situer dans le domaine de la prévention ou de la prise en charge, et, le plus souvent, elle est destinée au profit de la communauté dans son ensemble et non aux seuls membres du SPSD. Les dons ou subventions peuvent permettre aux SPSD d'entreprendre, de manière plus complète, les activités décrites plus haut.

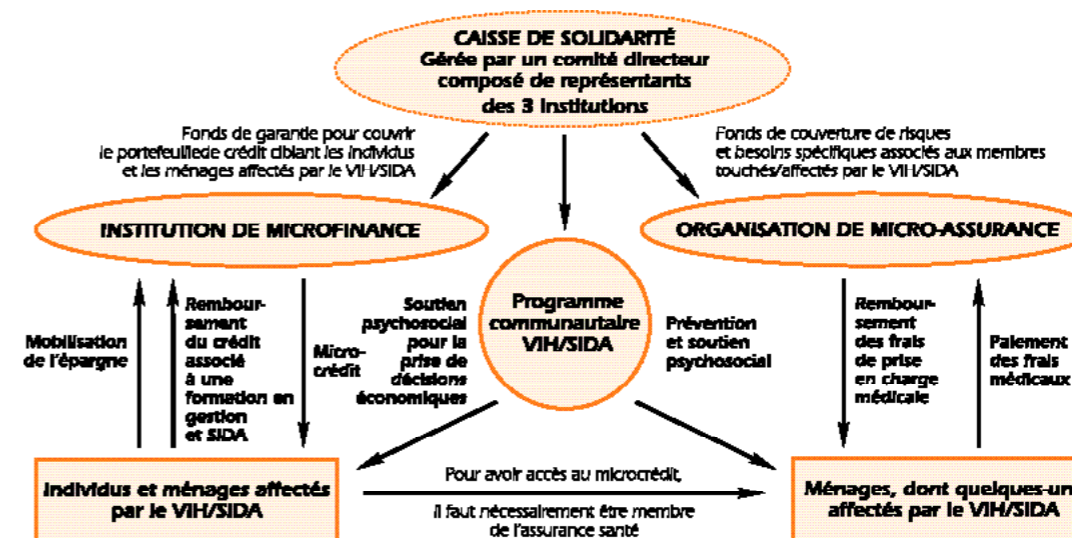
Les deux derniers points, à savoir le lien avec les services d'appui et la canalisation des ressources vers le niveau local, constituent deux facettes de l'idée selon laquelle la contribution des SPSD à la lutte contre le VIH/SIDA est directement liée à leur capacité d'améliorer l'accès des individus et des ménages aux ressources disponibles. Pour les SPSD, le partenariat avec les structures d'appui est nécessaire pour renforcer leur capacité de porter assistance aux ménages et aux individus affectés par le VIH/SIDA. En effet, étant donné la faiblesse de la capacité contributive des membres de la plupart des SPSD, l'impact de ceux-ci sur la prévention et la prise en charge du VIH/SIDA serait très limité en l'absence de ressources extérieures.

Le partenariat avec les SPSD constitue pour les structures d'appui un moyen d'accroître l'efficacité de leur action en matière de lutte contre le VIH/SIDA, car elles peuvent à travers les SPSD atteindre des individus et des ménages qui seraient autrement exclus. Il peut être en particulier très important pour les organisations et associations de personnes vivant avec le VIH/SIDA basées dans les zones urbaines, d'accroître leur couverture en touchant des populations de zones rurales.

L'efficacité de ce partenariat dans la lutte contre la pandémie est d'autant mieux mise en lumière que les structures d'appui favorisent l'échange d'expériences entre les différents systèmes, et font partie elles-mêmes de réseaux nationaux/internationaux encourageant la diffusion des leçons apprises et la démultiplication des expériences positives.

Le Burkina Faso fournit un exemple où un partenariat se met en place entre trois structures d'appui qui sont quotidiennement confrontées au VIH/SIDA et qui sont convaincues que l'impact de leur propre action sur l'épidémie sera plus grand si elles intègrent leurs approches. Pour l'une des organisations, l'objectif premier est la lutte contre le VIH/SIDA. Il s'agit de l'Initiative privée et communautaire contre le SIDA au Burkina Faso (IPC/BF), partenaire national de l'ONG internationale Step Forward for Children et de International HIV/AIDS Alliance. Les deux autres sont AQUADEV, une ONG internationale spécialisée dans la microfinance, et le programme STEP, qui appuie les MAS. Lors de la conférence internationale sur le SIDA et les MST en Afrique, organisée à Ouagadougou

au Burkina Faso en décembre 2001, elles ont présenté les résultats partiels d'une réflexion commune. Le schéma suivant résume les différentes synergies envisagées.²⁵



Source: Présentation d'affiches, Conférence Internationale sur le SIDA et les MST en Afrique, Ouagadougou, décembre 2001, Aquadev International, International HIV/AIDS Alliance, IPC/BF et STEP.

L'impact des SPSD sur le VIH/SIDA sera plus important et plus durable si des expériences positives sont utilisées comme «points d'appui» pour les systèmes nationaux de protection sociale, ces derniers bénéficiant directement ou indirectement de l'appui gouvernemental. C'est dans ce contexte que le BIT apporte son soutien à l'élaboration de programmes et de politiques de différentes manières, toutes susceptibles d'être ajustées afin de mettre davantage en avant les questions relatives au VIH/SIDA.

L'analyse du contexte juridique, administratif et politique qui prévaut et de la possibilité de rendre ce contexte plus favorable au développement de l'action locale est aujourd'hui un champ de travail prioritaire. En relation avec ce dernier point, il est également nécessaire de rechercher les voies permettant de lier les systèmes formels de protection sociale et les systèmes décentralisés afin de développer des systèmes nationaux de protection sociale cohérents. Des progrès dans ce domaine auraient un impact décisif sur la capacité nationale de faire face à la pandémie du SIDA.

Les SPSD seuls ne résoudront pas la crise du VIH/SIDA. Néanmoins, ils peuvent apporter une importante contribution dans la lutte contre la pandémie, surtout aux groupes de travailleurs du secteur informel. Un certain nombre d'actions, présentées ci-dessous, sont proposées pour mieux comprendre le rôle des SPSD dans la lutte contre le VIH/SIDA, et pour renforcer leur apport. Afin de conduire ces actions de manière efficace, il sera important de mettre en place des partenariats entre les acteurs impliqués dans les SPSD et le VIH/SIDA, au sein du BIT, avec les autres partenaires de l'ONUSIDA, et aussi avec d'autres acteurs internationaux.

→ **Recherche sur l'impact du VIH/SIDA sur le travail et les travailleurs du secteur informel** – L'impact du VIH/SIDA sur le capital humain dans le secteur informel a fait l'objet de très peu d'attention, et très peu d'initiatives ont été lancées sur le VIH/SIDA qui ciblent les travailleurs de ce secteur et ce malgré leur importance économique et leur effectif croissant. L'analyse doit considérer les différents effets de la pandémie sur les hommes et les femmes et ne pas se limiter aux problèmes de santé (elle doit tenir compte de la prise en charge des enfants ayant perdu leurs parents ou l'un d'entre eux).

→ **Une analyse systématique des SPSD pour tirer des leçons sur la manière dont ils abordent les problèmes du VIH/SIDA** - Une bonne partie de l'analyse doit être menée par les SPSD existants en utilisant des approches participatives. De cette façon, l'analyse peut simultanément servir à la sensibilisation et à une meilleure compréhension du VIH/SIDA par les SPSD impliqués et permettre la réalisation d'actions concrètes au niveau local. Pour qu'elle soit la plus efficace possible, cette analyse doit associer les principaux acteurs et structures d'appui et leur permettre de réfléchir sur la manière de canaliser plus efficacement leurs ressources. Ainsi, l'analyse peut faciliter le développement d'actions communes dans le contexte de la lutte contre le VIH/SIDA. Elle peut également créer des opportunités pour promouvoir une plus grande ouverture d'esprit au sujet du VIH/SIDA et réduire la stigmatisation et la discrimination qui lui sont associées.

Cette analyse doit également identifier si les SPSD ont des relations avec les institutions gouvernementales et non gouvernementales, et si oui de quelle manière ; elle doit en particulier déterminer si les SPSD sont utilisés pour canaliser les ressources vers les ménages affectés par le VIH/SIDA, et pour améliorer l'accès de ces derniers aux services

appropriés, et le cas échéant de quelle manière. Le programme STEP a commencé à promouvoir ce type d'analyse auprès des SPSD faisant partie des réseaux qu'il a mis en place, ainsi qu'auprès de ses partenaires. Un effort plus systématique devrait permettre une meilleure compréhension non seulement de la contribution réelle et potentielle des SPSD mais également des facteurs qui influencent ce potentiel.

→ **Plus d'actions et d'expérimentation** – En donnant plus de visibilité aux contributions que les SPSD et leurs structures d'appui apportent déjà dans la lutte contre le VIH/SIDA, le processus d'évaluation et d'analyse des méthodes actuelles de lutte contre la pandémie peuvent non seulement renforcer la confiance dans l'apport de ces systèmes mais aussi montrer la voie qu'ils peuvent emprunter pour mieux faire. Il est essentiel qu'un appui provienne des niveaux local, national et international, afin de promouvoir des actions communautaires jugées efficaces. Les initiatives ciblant les travailleurs du secteur informel et leur famille doivent prendre en compte que leurs réalités et besoins diffèrent souvent de ceux des autres travailleurs.

Même si l'on peut tirer énormément des pratiques existantes, un appui est toujours nécessaire pour expérimenter d'autres voies permettant aux SPSD de contribuer à la lutte contre le VIH/SIDA. Il est particulièrement important d'engager des travaux d'expérimentation et de documenter des expériences dont l'objectif est de renforcer la capacité des SPSD de canaliser les ressources de structures d'appui nationales et internationales vers les communautés. L'expérimentation de mécanismes de subventions accordées aux SPSD doit d'être poursuivie, tout comme l'analyse des voies et moyens à travers lesquels les systèmes décentralisés peuvent être articulés avec les systèmes formels de protection sociale.

→ **Diffusion et application des leçons apprises** – La diffusion des leçons apprises mérite également d'être effectuée en association avec les SPSD. Les programmes SIDA et STEP du BIT et leurs partenaires au développement peuvent faciliter le partage des leçons concernant la contribution des SPSD dans la lutte contre le VIH/SIDA entre les SPSD et avec les acteurs concernés au niveau national, régional et international ; ils doivent également promouvoir l'application du Recueil pour les défis spécifiques auxquels sont confrontés les travailleurs du secteur informel et leur famille. La diffusion de l'expérience au niveau national doit être faite de manière à non seulement influencer les SPSD mais aussi à servir de base à l'élaboration des programmes nationaux sur le VIH/SIDA et aux décisions ayant trait à l'allocation des ressources. L'expérience doit être également partagée de manière systématique au niveau international de façon à être prise en compte par la communauté internationale dans les décisions relatives à l'appui octroyé aux pays.

Parmi les méthodes concrètes de diffusion des expériences, on peut noter leur incorporation dans les outils de formation et les activités de renforcement des capacités organisées au niveau local, national et international. Les cours et le matériel de formation utilisés pour aider les organisations et les associations de la société civile à mettre en place de nouveaux systèmes et renforcer ceux existant peuvent être révisés pour intégrer une orientation plus nette vers le VIH/SIDA. De nouveaux matériels pourraient également être conçus. Au sein du BIT, les programmes STEP et SIDA travaillent en étroite collaboration avec le Centre international de Turin pour organiser des cours de formation sur les MAS ainsi que des activités sur l'application du Recueil.

L'amélioration des connaissances, de la compréhension et de la mobilisation des acteurs résultant de ces activités ne profiterait pas aux seuls systèmes de protection sociale décentralisés. Une bonne partie de l'expérience serait directement utilisable dans le cas d'autres groupes de la société civile (coopératives, associations de travailleurs du secteur informel, organisations communautaires) qui n'ont peut-être pas – ou pas encore – de systèmes de protection sociale structurés.

Notes

¹ Discours de Juan Somavia, Directeur général du BIT, Session extraordinaire de l'Assemblée générale des NU, 25-27 juin 2001, New York.

² BIT. 2000. VIH/SIDA : une menace pour le travail décent, la productivité et le développement, document soumis pour discussion à la Réunion spéciale de haut niveau sur le VIH/SIDA et le monde du travail, Genève, 8 juin 2000.

³ Ibid.

⁴ Voir Document de travail du BIT/Unité des Finances Sociales n°. 25 pour une analyse plus approfondie des stratégies sur l'atténuation et la prévention du VIH/SIDA adoptées par les institutions de micro-finance.

⁵ BIT/STEP. 2000. Health micro-insurance: A compendium (Genève, BIT/STEP).

⁶ L'exemple suivant illustre le concept de mise en commun des ressources et de partage des risques : un groupe de 10 000 individus estime à 4%, en moyenne, par année, la probabilité de devoir payer pour un accouchement. Le coût d'une telle prise en charge est de 50 USD. A supposer qu'il n'y ait pas de charges ou de prestations supplémentaires associées à une mise en commun des ressources, tous les membres de la MAS seraient entièrement couverts si chacun s'acquittait d'une cotisation annuelle de 2 USD. Lorsque les ressources sont regroupées, le coût de l'accouchement est supporté par tous les membres de la MAS, ce qui le rend financièrement accessible à chaque membre qui en a effectivement besoin.

⁷ OMS. 2000. Rapport sur la santé dans le monde, 2000 - Pour un système de santé plus performant (Genève, OMS), chapitre 5.

⁸ Comme tous les systèmes d'assurance, la micro-assurance doit être mise en place de manière à minimiser la sélection adverse (qui se traduit par le fait que les personnes qui présentent un risque de maladie au-dessus de la moyenne adhèrent à un système dans une proportion plus élevée que le pourcentage qu'elles représentent dans l'ensemble de la population).

⁹ L'importance de cette cohésion sociale et son rapport avec la probabilité qu'une MAS fasse des efforts spéciaux pour aider ses membres dans le besoin ont été traités dans le cadre d'un document de travail

sur la capacité des MAS de Dakar (Sénégal) d'aider les personnes vivant avec le SIDA, Institut de Recherche pour le Développement (IRD), décembre 2000.

¹⁰ L'un des systèmes les plus grands et les plus célèbres est le système d'assurance intégré de l'Association des Femmes Travailleuses Indépendantes (Self-Employed Women's Association, SEWA) en Inde.

¹¹ Aux Philippines, il existe l'exemple du programme d'assurance santé mis en place par Novadeci, une coopérative de petits vendeurs de marché et de micro-entrepreneurs (des femmes pour la plupart) opérant à Novaliches.

¹² Par exemple, le Atiman Health Trust Fund en Tanzanie est organisé autour des communautés paroissiales chrétiennes.

¹³ Parmi les exemples asiatiques, on peut citer le système d'assurance maladie Kalayan Grameen au Bangladesh créé par la Grameen Bank ainsi que la MAS créée par le Groupe de recherche et d'échanges technologiques (GRET) au Cambodge. Parmi les exemples africains, on peut citer les systèmes mis en place par FINCA en Ouganda.

¹⁴ Le programme d'assurance maladie de Bukidnon (BHIP) et le système d'assurance maladie de Guimaras (GHIP), tous deux aux Philippines, ont été lancés par l'administration régionale conjointement avec des ONG et d'autres acteurs sociaux.

¹⁵ L'Union technique de la mutualité (UTM) au Mali en est un exemple ; la Community Based Health-Financing Association (UCBHFA) en Ouganda est un exemple de réseau national qui facilite les échanges entre MAS et apportent un appui technique.

¹⁶ La Coordination des mutuelles de Thiès au Sénégal est un exemple de niveau sous-national.

¹⁷ On peut trouver des exemples d'associations ou de mouvements de travailleurs du secteur informel dans la plupart des pays. En Tanzanie, le mouvement commercial du secteur informel VIBINDO s'est impliqué dans l'appui direct à des groupes commerciaux pour la création et le fonctionnement de MAS. Au Sénégal, la fédération nationale des pêcheurs FENAGIE-Pêches offre une assistance aux syndicats locaux de pêcheurs pour créer des MAS. Depuis 2002, cinq systèmes sont fonctionnels dans différentes localités.

¹⁸ Selon la définition de l'OMS, les systèmes de santé comprennent « toutes les activités dont l'objectif principal est de promouvoir, restaurer et maintenir la santé ».

¹⁹ Au Burkina Faso, une méthode a été développée afin de calculer la prime d'une assurance permettant de couvrir les risques de santé liés au VIH/SIDA (y compris les coûts du traitement aux ARV). Ce calcul indique clairement que si la prime était calculée sans inclure de subvention, elle ne serait financièrement pas accessible à la plupart des membres.

²⁰ UNAIDS. 2001. Together we can (Genève, ONUSIDA).

²¹ Voir document de travail IDB, op. cit.

²² Par exemple, la Mutuelle des volontaires de l'éducation nationale et des maîtres contractuels du Sénégal travaille avec l'ONG « SOS Village d'Enfants » pour placer les orphelins en situation difficile.

²³ Par exemple, grâce à une subvention octroyée par une ONG, la mutuelle Wer-wer-le, mise sur pied par le programme des femmes en milieu urbain à Dakar, est en passe de créer une caisse spéciale pour aider des particuliers et des ménages, des enfants et des vieillards ne pouvant pas bénéficier d'une prise en charge médicale, faute de moyens financiers.

²⁴ Par exemple au Rwanda, un groupe clérical a payé les droits d'inscription de 50 individus pour qu'ils adhèrent à la MAS associée au centre de santé de Matayzo. Ils étaient tous membres d'une association SIDA. Etude de cas de l'ONUSIDA : Paying for HIV/AIDS services – Lessons from National Health Accounts and community-based health insurance in Rwanda, 1998-1999, septembre 2000.

²⁵ Le schéma original faisait une différenciation entre individus et ménages de situations économiques différentes. Il montrait que les bénéficiaires/membres de l'organisation de microfinance et les institutions de micro-assurance étaient surtout constitués des pauvres et des très pauvres et que ces institutions tout comme le programme communautaire VIH/SIDA envisageaient des actions en faveur des démunis.

Le programme Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté (STEP) du BIT

Le programme Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté (STEP) du Bureau international du Travail (BIT) intervient dans deux domaines thématiques inter-dépendants :

- extension de la protection sociale aux exclus ;
- approches intégrées d'inclusion sociale.

STEP appuie la conception et la diffusion de systèmes novateurs destinés à la protection sociale des populations exclues, notamment de l'économie informelle. STEP travaille en particulier sur les systèmes basés sur la participation et l'organisation des exclus. Il œuvre également au renforcement des liens entre ces systèmes et les autres mécanismes de protection sociale. Il soutient ainsi la mise en place de systèmes nationaux de protection sociale cohérents basés sur les valeurs d'efficacité, d'équité et de solidarité.

STEP situe son action en matière de protection sociale dans le cadre plus large de la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Il s'attache en particulier à une meilleure compréhension des phénomènes d'exclusion sociale et au renforcement, sur le plan méthodologique et stratégique, des approches visant à réduire ce problème. STEP met l'accent dans ce domaine sur les articulations entre les niveaux locaux et nationaux tout en contribuant aux travaux et agendas internationaux.

Dans ses interventions, STEP combine différents types d'activités : réalisation d'études et de recherches, production d'outils méthodologiques et d'ouvrages de référence, exécution de projets sur le terrain, appui technique à la définition et à la mise en œuvre de politiques, formation et mise en réseaux des acteurs.

L'action du programme s'inscrit dans l'intervention plus large du Service Politique et Développement de la Sécurité sociale et en particulier dans la Campagne mondiale sur la Sécurité sociale et la Couverture pour tous.

Le programme du BIT sur le VIH/SIDA et le monde du travail

L'engagement du BIT vis-à-vis du VIH/SIDA s'est concrétisé par la création d'un programme mondial sur le VIH/SIDA et le monde du travail (BIT/SIDA) en novembre 2000. Ce programme bénéficie de l'appui de tous les représentants des mandants du BIT à travers le monde.

Le Programme a pour objectifs :

- améliorer la sensibilisation sur l'impact social et économique du VIH/SIDA dans le monde du travail ;
- aider les gouvernements, les employeurs et les travailleurs à faire face au VIH/SIDA à travers la coopération technique, la formation, l'orientation politique en matière de prévention, la prise en charge et la protection sociale ;
- lutter contre la discrimination et la stigmatisation associées à la séropositivité.

Les activités du programme sont basées sur la promotion et la mise en œuvre du *Recueil de directives pratiques sur le VIH/SIDA et le monde du travail*, qui constitue la pierre angulaire des efforts du BIT dans la lutte contre le VIH/SIDA. Ce Recueil, qui est le fruit de consultations tripartites, a reçu l'appui du Secrétaire général des Nations Unies, ainsi que celui du système des Nations Unies lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale sur le VIH/SIDA, New York, 25-27 juin 2001, ainsi que de ceux des entreprises, des organisations d'employeurs et des ONG.

Le Recueil a pour objectif de réduire la propagation du VIH et d'atténuer son impact sur les travailleurs et leur famille. Il contient les principes de base pour l'élaboration de politiques et des orientations pratiques desquelles des réponses concrètes peuvent être tirées au niveau de l'entreprise, au niveau communautaire et national, dans les principaux domaines suivants :

- **la prévention** à travers l'information, l'éducation et l'appui pratique pour un changement de comportement ;
- **la non discrimination et la protection** des droits des travailleurs, y compris la sécurité de l'emploi, le droit aux allocations et l'égalité homme-femme ;
- **la prise en charge et le soutien**, incluant le conseil et le dépistage volontaires et confidentiels, ainsi que le traitement dans des lieux où les systèmes de santé locaux sont inadaptés.

Les activités du Programme incluent :

- **la recherche et l'analyse des politiques** sur les problèmes du VIH/SIDA dans le monde du travail ;
- **le développement de programmes d'enseignement et de formation** pour appuyer la mise en œuvre du Recueil, l'échange d'expériences et le renforcement de la capacité des gouvernements et des partenaires sociaux à faire face au VIH/SIDA ;
- **les conseils aux gouvernements et aux partenaires sociaux** pour l'intégration des problèmes du monde du travail dans les plans nationaux sur le SIDA, et pour la révision des législations du travail pour faire face au problème du VIH/SIDA ;
- **les réunions techniques** aux niveaux mondial, régional et national pour sensibiliser sur la priorité à accorder à l'impact du SIDA dans le monde du travail, présenter le Recueil et mobiliser les mandants du BIT ;
- **les missions d'enquête et de développement de programme** en Afrique, en Asie, aux Caraïbes, ainsi qu'en Europe centrale et en Europe de l'Est.