

LE RISQUE MALADIE DANS LES ASSURANCES SOCIALES :
bilan et perspectives dans les PVD

Étude réalisée par le CREDES

Sylvie BOYER

Caroline DELESVAUX

Jean-Pierre FOIRRY

Christian PRIEUR

SEPTEMBRE 2000

*Cette étude est un document interne établi à la demande du
ministère des Affaires étrangères.
Les commentaires et analyses développés n'engagent que leurs auteurs
et ne constituent pas une position officielle.*

Tous droits d'adaptation, de traduction et de reproduction par tous procédés,
y compris la photocopie et le microfilm, réservés pour tous les pays.

Couverture : peinture de Jérôme Ramedame (RCA), *le dispensaire*. © Sépia
Ministère des Affaires étrangères, 2001.
ISSN : 1160-3372
ISBN : 2-11-092584-1

SOMMAIRE

RÉSUMÉ EXÉCUTIF _____	5
EXECUTIVE SUMMARY _____	15
I - INTRODUCTION _____	25
A - Intérêt et objet de l'étude _____	25
B - Déroulement de la mission _____	28
C - Plan du rapport _____	29
II - L'ASSURANCE MALADIE DANS LES PAYS EN DÉVELOPPEMENT UN PROBLÈME D'ACTUALITÉ _____	31
A - Le cadre général : les types d'assurance maladie et les leçons des pays industrialisés _____	31
a) De Bismarck à Beveridge _____	31
b) La crise de l'État-providence _____	33
c) Comment maîtriser les dépenses de santé ? _____	34
d) Conclusions et enseignements _____	36
B - les nouvelles politiques de développement à l'aube des années 2000 dans les pays en développement _____	40
a) Au delà de l'ajustement structurel : les nouvelles politiques de développement et le cadre stratégique de réduction de la pauvreté et de meilleure gouvernance _____	40
b) Au delà de l'initiative de Bamako : les nouvelles approches concernant le secteur de la santé et son financement _____	45
c) Les bailleurs : les nouvelles politiques en matière d'assurance maladie _____	49
C - Assurance maladie, protection sociale et niveau de développement : les pays de la zone de solidarité prioritaire _____	53

III - L'ASSURANCE MALADIE ET LA SÉCURITÉ SOCIALE DANS LES PAYS A REVENU INTERMEDIAIRE : QUESTIONS PRINCIPALES ET LECONS DES EXPÉRIENCES EN COURS _____	63
A - Leçons des pays d'amérique latine, des Caraïbes et d'Asie _____	63
a) Amérique latine et Caraïbes _____	63
b) Corée du Sud _____	65
B - Assurance maladie et sécurité sociale en Tunisie : bilan et perspectives _____	67
a) Une réforme qui se heurte à des nombreuses résistances _____	67
b) Des choix fondamentaux de la réforme ne sont pas explicités _____	68
C - Assurance maladie et protection sociale en Afrique du sud : bilan et perspectives _____	70
IV - ASSURANCE MALADIE ET SÉCURITÉ SOCIALE DANS LES PAYS À FAIBLE REVENU : QUESTIONS PRINCIPALES ET LEÇONS DES EXPÉRIENCES EN COURS _____	81
A - Débat sur le concept de protection sociale appliqué aux pays pauvres _____	81
a) Le concept de sécurité sociale appliquée aux pays en développement _____	81
b) Débat sur les modèles traditionnels de sécurité sociale _____	84
B - Assurance maladie et protection sociale en Asie : quelques expériences significatives _____	86
C - Assurance maladie, sécurité sociale et protection sociale en Afrique francophone : bilan et perspective _____	90
a) Le débat sur les mutuelles _____	91
b) Le débat sur les caisses nationales d'assurance maladie _____	94
c) Le cas du Togo _____	95
d) Les autres pays _____	101
V - PERSPECTIVES POUR L'ASSURANCE MALADIE DANS LES PAYS EN DÉVELOPPEMENT : CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS _____	109
A - Conclusions _____	109
B - Recommandatons _____	119
VI - ANNEXES : _____	123
1. Termes de référence _____	125
2. Comité de pilotage _____	129
3. Liste des personnes rencontrées _____	131
4. Situation détaillée du système de santé et d'assurance maladie en Afrique du Sud _____	134
5. Situation détaillée du système de santé et d'assurance maladie en Tunisie _____	144
6. Situation détaillée du système de santé et d'assurance maladie au Maroc _____	154
7 Assurances sociales : une clarification du concept _____	162
8. Bibliographie _____	165
9. Liste des abréviations _____	169

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

Le risque maladie qui fait l'objet de cette étude est de même nature que les autres risques inclus sous le vocable de sécurité sociale (accidents du travail, vieillesse et invalidité, maternité, chômage,...). Selon la déclaration universelle des droits de l'homme, la sécurité sociale est un droit universel et tout être humain a droit à un niveau de santé et de bien-être (alimentation, habillement, logement et soins médicaux) en accord avec le respect de sa dignité et de son développement personnel. Chacun doit donc avoir la possibilité de satisfaire ce besoin.

Cependant, dans beaucoup de pays pauvres, l'Initiative de Bamako a conduit à l'introduction du principe de paiement des médicaments et des soins par les usagers. Celle-ci entraîne l'exclusion du système de soins de la population la plus défavorisée et pose ainsi le problème de l'accès de tous à des services de base et à des services hospitaliers de qualité. De nombreuses initiatives, en provenance des autorités, des bailleurs de fonds ou des communautés, sont apparues depuis quelques années pour améliorer l'accessibilité financière et la fréquentation des services de santé et introduire des modes de financement qui tentent d'intégrer quatre composantes difficilement conciliables : la maîtrise des coûts, la qualité des soins, la participation communautaire et l'équité sociale.

Il y a donc désormais de bonnes raisons de remettre en question le postulat selon lequel l'assurance contre le risque maladie serait hors de portée des pays pauvres en raison de leurs faiblesses financières, techniques, organisationnelles et institutionnelles.

De plus, beaucoup de pays de la Zone de Solidarité Prioritaire (ZSP) disposent déjà d'institutions de sécurité sociale. Les pays à faible revenu possèdent le plus souvent des caisses de sécurité sociale pour leurs travailleurs du secteur formel dans les domaines autres que la santé : la priorité actuelle est à leur assainissement, à la normalisation de leur gestion et à leur restructuration. Les pays à revenu intermédiaire ont quant à eux, des caisses d'assurance maladie et/ou des systèmes de mutualisation et d'assurance privée assez développés. Leur préoccupation est souvent, d'introduire des réformes pour passer d'une façon ou d'une autre à une couverture universelle.

Enfin, il ne faut pas oublier que de nombreux pays pauvres font coexister des systèmes modernes et des systèmes traditionnels de protection sociale de telle sorte que la sécurité sociale moderne ne peut être considérée indépendamment de toutes actions formelles et informelles, allant du niveau des ménages et des villages à celui de l'Etat, visant directement à réduire l'insécurité, la perte ou la vulnérabilité des individus.

Un des enjeux majeurs de la réflexion sur un financement plus assurantiel et plus solidaire de la santé est de faire le point sur les évolutions en cours dans les pays et d'établir un bilan comparatif entre des formules obligatoires et facultatives, entre des modes publics et des modes privés, entre l'assurance sociale et l'assistance sociale.

Les principales conclusions de cette étude sont les suivantes :

A - Sauf exception, trois systèmes paraissent peu satisfaisants : celui du tout privé, celui du tout facultatif et celui du tout gratuit

Les pays qui ont laissé se développer un double système privé d'offre de soins et d'offre d'assurances sont confrontés au problème de la difficulté pour les administrations publiques de réguler le système et d'imposer des politiques de santé publique et de solidarité entre groupes et régions.

Les pays qui pratiquent le tout facultatif comme l'Afrique du Sud se retrouvent dans une situation peu favorable à la protection de l'ensemble des populations contre le risque santé, car d'une part les populations à faible risque ont tendance à ne pas s'assurer et d'autre part les gouvernements sont amenés pour des raisons sociales à financer la protection sociale des plus pauvres par des mesures qui pèsent sur les coûts du système.

Quant aux pays restés partisans de la gratuité des soins, ils sont actuellement confrontés à un problème majeur de financement sur le budget de l'Etat et la qualité du système public de soins est particulièrement mauvaise.

B - Un peu partout, il existe des éléments sur lesquels on peut s'appuyer pour promouvoir les expériences de mutualisation et d'assurance maladie

On peut désormais s'appuyer sur les acquis de l'évolution des systèmes de santé au cours des dernières années : (1) présence et couverture des populations en centres de santé et hôpitaux de districts ; (2) habitudes prises de tarification et de paiement des services même si la tarification ne se fait pas en relation avec le prix de revient ; (3) existence de systèmes décentralisés de santé (districts et régions) ; (4) mouvement vers l'autonomisation des structures de santé plus ou moins forte selon les pays : des hôpitaux et/ou des centres de santé (ou des associations de centres de santé comme au Togo) ; (5) expériences formelles et/ou informelles de solidarités sectorielles et villageoises. En plus, dans les pays à revenu intermédiaire, il existe des systèmes nationaux d'assurance maladie qui commencent à toucher une partie importante des populations.

C - Mais partout se fait sentir le besoin d'une gouvernance stratégique de la protection sociale et d'une promotion du capital social et des deux éléments que sont l'assurance maladie et la santé des pauvres comme biens publics élémentaires

La capacité des pays à définir les orientations des réformes, à intégrer le problème de l'assurance maladie dans une stratégie de protection sociale paraît assez faible. Qui a la responsabilité globale de la protection sociale en général et de l'assurance maladie en particulier ? Le morcellement et la fragmentation des responsabilités constituent un frein aux réformes. Dans tous les cas, se pose la question de la tutelle ministérielle sur les systèmes de sécurité sociale.

Au plan national, le domaine de l'assurance maladie est un domaine complexe et source de conflits qui ne peut être réglé en un jour : il faut laisser du temps au temps, c'est-à-dire à des études précises, à l'établissement de scénarii dans le cadre d'un calendrier détaillé. Plus généralement, les préalables pour la mise en place d'une assurance maladie doivent être mis en place avant de légiférer et surtout d'adopter les textes d'application.

Parmi ces préalables, on peut citer : (1) la connaissance de l'assurance maladie, (2) l'existence de systèmes d'informations et de capacités techniques pour évaluer les conséquences des réformes, (3) la recherche de consensus sur les éléments clés de la réforme (tiers payant ? paiement à la capitation ? taux de cotisation ? etc.).

De même, comment peut-on promouvoir le développement des mutuelles si les pouvoirs publics n'acceptent pas les préalables de l'autonomie de la société civile et la possibilité de contractualisation entre structures autonomes de financement et d'offre ?

Il est donc primordial que l'assurance maladie et la santé (dont celle des pauvres) soient perçues dans les pays comme des biens publics. De même, au plan international, il est important de percevoir l'aide publique au développement de l'assurance maladie et d'actions sociales contre l'insécurité et la vulnérabilité comme des biens publics globaux. En ce qui concerne particulièrement les actions en faveur des pauvres dans les différents pays, on observe qu'elles sont trop souvent perçues par les plus riches comme des actions de redistribution qui les appauvrissent alors même qu'il s'agit en fait d'actions "gagnant-gagnant" qui avantagent à "moyen terme" tous les joueurs (amélioration de la paix sociale, réduction des maladies transmissibles, augmentation de la contribution productive des pauvres...).

D - Un peu partout, se pose le problème de l'absence relative de qualité des structures publiques de soins

La mauvaise qualité des structures publiques de soins a des causes nombreuses qui tiennent tantôt à l'absence de fiabilité des allocations publiques, tantôt à la faible utilisation des structures par les usagers, tantôt encore au comportement stratégique des offreurs publics qui préfèrent officier dans les services privés tout en bénéficiant des avantages du statut public. Or, beaucoup de responsables publics attendent de l'assurance sociale la mise à disposition de fonds pour améliorer la qualité des structures publiques.

Il y a ici une inversion du processus : seule la garantie de qualité préalable peut justifier un prépaiement à destination d'une structure publique. Les agents sont en effet prêts à utiliser tous les artifices possibles et si nécessaire des ressources financières complémentaires pour obtenir des soins dans des structures privées à but lucratif ou à but non lucratif de meilleure qualité. Dans un pays comme l'Afrique du Sud avec assurance facultative, il n'y a aucune chance de voir se réaliser l'objectif du gouvernement, à savoir : donner suffisamment d'incitations aux assurés pour qu'ils fréquentent et financent les structures publiques. En Tunisie où l'assurance est obligatoire, la volonté politique justifiée de faire une réforme qui réponde aux attentes des populations, conduira à introduire la possibilité pour les assurés de s'adresser aux structures privées. Le double risque est évidemment de vider les structures publiques et d'accroître les coûts financiers du nouveau système.

Que faire du secteur public d'offre de soins aux niveaux primaire et secondaire ? Faut-il le transformer en secteur privé à but non lucratif comme semblent le faire plusieurs pays avec succès ? Dans tous les cas, des capacités de tarification et de gestion constituent un préalable évident à un système d'assurance maladie qui ne consiste pas seulement en une mobilisation de ressources affectées ensuite au budget de l'Etat.

E - Une différence fondamentale entre pays déjà "avancés" (niveau de PNB par habitant supérieur à 1.000 dollars, population active formelle importante, finances publiques crédibles,...) et pays "pauvres"

Par définition, un pays en développement n'a pas les moyens de répondre à tous les besoins de santé de sa population. La question est donc de savoir comment va se faire le rationnement ? Par les quantités (gratuité totale), par les prix (paiement par les usagers) ou par des moyens à la fois plus efficaces et plus équitables ?

Il n'est pas certain que le système qui combine d'une façon ou d'une autre assurance sociale et assistance sociale n'aboutisse pas à un système à deux vitesses. Cela est certainement le cas si l'assurance sociale est facultative car elle favorisera, contrairement à un bon système de mutualisation des risques, les catégories à faible risque (les jeunes en Afrique du Sud) au détriment des catégories à risque et si l'assistance sociale sous forme de gratuité des soins de santé primaires dans les établissements publics ne parvient pas à maintenir la qualité de ces établissements. Le risque existe de voir le système de rationnement évoluer vers un rationnement pervers : (1) si les assistés n'ont droit à rien (si leurs droits ne sont pas reconnus) ou ont simplement droit à des structures publiques de mauvaise qualité, (2) si les assurés ont droit à tout, ou au moins à des structures privées de bonne qualité.

Dans la plupart des pays, des efforts devraient être faits pour favoriser l'évolution du système de santé et de son financement vers un rationnement plus satisfaisant :

- l'ensemble de la population a droit au même régime de base,
- pour le reste, sans fermer la porte à personne, on pratique le rationnement le moins inégalitaire et le moins défavorable aux objectifs de santé publique possible.

Le projet en cours au Togo est tout à fait intéressant sur ce point. En effet, la porte n'est fermée pour personne *a priori* puisque les assurés du secteur formel peuvent prendre s'ils le désirent des assurances complémentaires pour les gros risques et les mutuelles ont un fonds de réassurance pour les gros risques de leurs clients.

Bien entendu, les pays à revenu intermédiaire ont les moyens de couvrir davantage de risques que les pays les plus pauvres. Les risques d'hospitalisation et la possibilité d'utiliser des structures privées sont généralement couverts et les taux de remboursement sont plus élevés.

F - Pays à revenu intermédiaire

Les pays à revenu intermédiaire qui consacrent entre 100 et 500 dollars, par habitant et par an, à leurs dépenses de santé ont quelques caractéristiques communes :

- Ce sont des pays qui ont déjà des organisations structurées couvrant plus ou moins bien une partie plus ou moins importante de leur population.
- Ce sont des pays où les inégalités en matière de couverture et de contributions au financement deviennent de plus en plus difficiles à supporter, situation lourde de menaces pour les pouvoirs publics en place d'autant plus que les bailleurs de fonds internationaux les pressent de réformer leurs systèmes de santé pour qu'ils soient plus adaptés aux besoins réels des populations, plus efficaces et plus équitables.
- Les gouvernements de ces pays découvrent qu'il s'agit de problèmes complexes qui font apparaître des intérêts divergents au sein de leurs administrations comme dans leurs sociétés civiles : syndicats de salariés, employeurs, organisations hospitalières, gardiens des finances publiques mais aussi gardiens de la compétitivité de leurs

économies engagées dans la mondialisation.

- Les gouvernements hésitent, prennent leur temps d'autant plus que les solutions ne sont pas évidentes et qu'ils sont bien conscients du fait que les modèles des pays industrialisés sont différents : du modèle américain au modèle anglais, en passant par le modèle européen type français ou allemand.

La solution d'une assurance maladie obligatoire couvrant toute la population peut leur être proposée. Elle comporte de gros avantages par rapport à toute autre solution, à condition qu'elle soit adaptée à la culture de chaque pays. Il faut également rappeler que les pays industrialisés ont mis des décennies pour passer de solidarités corporatistes limitées, aux assurances sociales, puis à la généralisation de l'assurance maladie à toute la population, pour terminer par des dispositifs ciblés à l'égard des pauvres du type CMU (en France). En outre, les systèmes de sécurité sociale des pays développés sont eux-mêmes en voie d'adaptation aux conséquences non maîtrisées de la mondialisation.

Faute de régulation par le marché, les régimes d'assurance maladie sont généralement en équilibre financier instable car il n'existe pas de liaison directe entre les ressources (cotisations ou impôts) et les dépenses (remboursement ou prise en charge directe d'une fraction de la consommation médicale des assurés). Pour réaliser l'ajustement entre recettes et charges, il importe que des choix fondamentaux, dont les réformateurs des systèmes existants dans les pays à revenu intermédiaire doivent être bien conscients, soient faits au départ :

- Quelle est la population couverte par le régime obligatoire : salariés du secteur formel ? Travailleurs du secteur informel ? Comment couvre-t-on les indigents, les chômeurs, les retraités : par une solidarité avec les autres travailleurs ou par un financement direct par l'impôt ?
- Quelles prestations sont proposées par les régimes ? Mise à la disposition des assurés de services de santé offerts par un appareil de production, financés globalement par l'Etat (système anglais), soit par le régime d'assurance lui-même (régime minier en France) ou remboursement des dépenses engagées par les assurés pour se soigner (régime général des salariés en France) ou système mixte avec un tiers payant plus ou moins développé.
- Quel est le degré de couverture proposé ? A 100%, ticket modérateur variable suivant les services pris en charge, en fonction du risque (longues maladies, médecine courante).
- Comment sont déterminés les prix des services offerts par l'appareil de soins ? Tarifs opposables aux médecins négociés dans le cadre de convention, tarifs de remboursement fixés unilatéralement par les caisses, prix fixés par l'Etat, structure de facturation des hôpitaux.
- Quelles ressources sont affectées au financement du régime ? Cotisations assises sur les salaires ou les revenus non salariaux, impôts affectés, subventions publiques.
- Quels sont les organismes gestionnaires chargés de prélever les cotisations et de servir les prestations ? Organisme unique créé à cet effet ou utilisation des structures existantes avec définition de leur rôle exact.
- Comment se réalise l'équilibre financier du régime ? S'agit-il d'un régime à taux de cotisations fixés pour une période donnée ou d'un régime dans lequel les dépenses remboursées doivent être équilibrées par les recettes de l'année ?
- Qui est responsable de l'équilibre financier du régime c'est-à-dire qui fixe le taux des recettes et qui prend les décisions en matière de dépenses ?

Les réponses à ces différentes questions sont nécessairement liées entre elles et forment la cohérence d'un système qui soit, à la fois, économiquement supportable et socialement juste. Or, en général, les réformateurs ne se les posent pas et comptent sur le temps pour résoudre les difficultés, ce qui est une illusion. En fait, ils sous-estiment quelques données fondamentales propres à tout régime obligatoire d'assurance maladie.

(a) Toute assurance maladie sociale obligatoire, quelle que soit la population couverte, remplit deux fonctions : elle mutualise le risque comme le ferait toute assurance et elle redistribue les ressources puisque les recettes sont fonction des salaires ou des revenus et non des risques encourus.

(b) Les dépenses de consommation médicale augmentent naturellement plus vite que le Produit Intérieur Brut (PIB), assiette des ressources affectées, quelles soient cotisations ou impôts généraux. Plus un pays est riche, plus il consacre une part importante de son PIB au financement de son système de santé et d'assurance maladie. Là encore, mieux vaut le savoir et se préparer pour faciliter la transition à maîtriser les dépenses de santé remboursables, c'est-à-dire à se doter des instruments, *ad hoc*, qui ont besoin de temps pour s'adapter.

(c) Il est illusoire de penser que l'Etat peut se désintéresser de la création d'un régime d'assurance maladie obligatoire pour au moins quatre raisons :

- C'est l'Etat qui définit la politique sociale notamment en faveur des plus pauvres : comment sera financée la délivrance des soins aux indigents et à ceux qui ont de très bas revenus ?
- C'est l'Etat qui oriente la politique de la santé, du point de vue de la prévention et de toutes les actions non sanitaires dont l'influence est souvent beaucoup plus importante pour l'état de santé des populations que les services de soins curatifs.
- C'est l'Etat qui apprécie le niveau des prélèvements obligatoires (impôts et cotisations sociales) que peut supporter l'économie du pays et qui doit donc arbitrer entre les différentes priorités financées par la collectivité : défense nationale, équipements publics, éducation, santé.
- C'est l'Etat qui emploie une partie souvent importante de la population active : il doit donc à ce titre payer des cotisations sociales qui sont autant de charges budgétaires et qui s'ajoutent à ce qu'il doit payer, peu ou prou, directement ou indirectement, pour les soins délivrés aux pauvres, ce qui rend plus délicat l'exercice annuel de l'équilibre budgétaire.

Autant dire que proposer aux pays à revenu intermédiaire la réalisation d'une assurance maladie obligatoire est une réforme de grande ampleur dont les dimensions ne doivent pas être sous-estimées au niveau de la conception comme de l'application. C'est une réforme compliquée et à hauts risques financiers qui peut sombrer dans le désordre et l'inflation non maîtrisée des coûts. Il faut également porter une attention particulière à un certain nombre de sous systèmes qui doivent être eux-mêmes réformés (fonctionnement des hôpitaux et facturation de leurs services, fonctionnement des caisses, organisation des relations avec les professions de santé en exercice libéral) pour s'insérer correctement dans le dispositif. Nul doute que, sur tous ces points, la France puisse apporter à ces pays une aide en ayant conscience que c'est à leurs gouvernements de faire les choix politiques majeurs dans ce domaine, en n'oubliant pas que le financement équitable d'un bien collectif durable, comme la santé, contribue à la croissance économique de plusieurs manières : développement du secteur sanitaire et meilleure motivation de la main d'œuvre.

G - Pays pauvres : la promotion de l'assurance sociale de proximité est la seule politique capable de réduire l'insécurité de la majeure partie de la population à court et à moyen terme

L'un des arguments les plus significatifs pour rejeter l'assurance maladie nationale au Sénégal aura été celui du sentiment d'appartenance communautaire des assurés des IPM qui appartiennent à des entreprises ou à des secteurs spécifiques.

Promouvoir l'assurance santé en partant des solidarités existantes formelles et informelles est certainement une orientation prometteuse que l'on observe un peu partout : les pêcheurs, les villageois, les éleveurs, les associations de femmes de quartier, les groupes de crédit solidaires, pratiquent de fait la solidarité et peuvent facilement s'ouvrir à des préoccupations d'assurance santé si l'insécurité en matière de santé est couplée avec les autres types d'insécurité et avec les préoccupations et les habitudes des populations (insécurité alimentaire et insécurité financière, médecine traditionnelle et médecine moderne).

Les trois stratégies de développement des mutuelles, de développement des districts sanitaires et de cogestion et participation communautaire gagnent un peu partout du terrain sans pour autant être toujours liées.

Le district ou la région sanitaire sont une bonne base pour promouvoir la couverture universelle dans le cadre d'orientations définies au plan national et d'un horizon à moyen et long terme avec des échéances bien précises et des appuis et incitations pour les respecter.

Le district ou la région se situent à mi-chemin entre le niveau national et le niveau local.

Le niveau national est sur le plan théorique le niveau optimal pour une assurance maladie généralisée : meilleure intégration d'efficacité et d'équité, réduction de l'incertitude et des risques catastrophiques, économies d'échelle, etc. Toutefois, il apparaît aux yeux des acteurs de la plupart des pays comme non crédible et non praticable à court terme. Tant que les caisses existantes n'ont pas été restructurées et n'ont pas fait la preuve de leur bonne gouvernance, il paraît prématuré de leur adjoindre une branche maladie ou de créer une caisse d'assurance maladie à leur image.

Le niveau local, qui est celui des solidarités de base et des petites mutuelles ou caisses d'épargne et de crédit, offre de son côté les avantages de la simplicité, de la participation et de la confiance sur la base d'une réciprocité de droits et devoirs et d'un sentiment d'appartenance à une collectivité (villageoise ou sectorielle). Ses inconvénients en matière de risque santé sont bien connus : faible mutualisation des risques, incapacité à faire face à un risque qui touche l'ensemble de la communauté, importance des coûts de gestion et de négociation, absence de prise en compte des pauvres.

Le niveau du district ou de la région aboutit à un arbitrage satisfaisant entre objectifs contradictoires. Il introduit un cadre et un horizon par rapport à la plate forme d'Abidjan qui définissait une stratégie d'appui aux mutuelles de santé en Afrique. Il est important toutefois de ne pas avoir une approche rigide car le choix du bon niveau doit être adapté à chaque pays : il s'agit de trouver un compromis raisonnable entre le niveau supérieur au district ou à la région (pour des motifs de couverture des risques, d'organisation institutionnelle, d'offre efficace de soins) et le niveau inférieur des solidarités sociales de fait (pour prendre en compte la dimension identitaire : métier, quartier, village,...).

Le développement de l'assurance sociale de proximité doit prendre en considération le fait que les revenus de la majeure partie des ménages sont à la fois faibles et instables. Pour répondre

à ce problème majeur, il faut s'engager dans des voies novatrices et ambitieuses qui d'une part répondent aux attentes des populations et aux évolutions institutionnelles (décentralisation administrative), d'autre part doivent limiter, mais seulement limiter, les inégalités d'accès aux services de santé. Le niveau local de la décentralisation administrative doit correspondre peu ou prou au niveau choisi d'institutionnalisation de l'assurance sociale de proximité : dans les deux cas, il y a un processus qui doit être à la fois volontariste et réaliste dont le modèle est sans doute celui de la commune malienne qui réunit plusieurs villages autour de programmes de développement (où la dimension santé doit tenir une grande place).

La réussite en matière de développement et la généralisation de l'assurance sociale de proximité présuppose les trois orientations suivantes :

- dépasser le cadre d'actions isolées de mutualisation et inscrire les actions dans des plans de développement à moyen et long terme ;
- poursuivre les actions en faveur d'une rationalisation de l'offre de soins afin qu'elle soit la moins coûteuse possible ;
- enfin associer mutualisation, microfinance et réassurance.

Face à la faiblesse et à l'instabilité des revenus des ménages, associées à la mutualisation, la microfinance peut permettre aux ménages d'entrer dans une spirale positive en termes de santé et de revenus. Il peut s'agir de microfinance bancaire incluant un volet d'assurance santé. Il peut aussi s'agir de microfinance communautaire traditionnelle ou moderne qui associe au sein des communautés les deux types d'appuis et de dépenses. Pour faire face au risque bien connu de baisse simultanée des revenus de tous les ménages de la communauté (exemples : baisse des cours des produits, sécheresse), une forme de réassurance ou de compensation au niveau national est nécessaire qui pourrait être alimentée en partie par les cotisations des communautés (dans les bonnes années), en partie par une ligne budgétaire spécifique au niveau de l'Etat.

La promotion de l'assurance sociale de proximité ne signifie pas que d'autres stratégies ne doivent pas être en même temps employées. La combinaison d'une assurance nationale obligatoire pour le secteur formel, d'une assurance nationale de proximité d'abord facultative puis obligatoire à un horizon décennal et d'une assistance sociale bien ciblée (si nécessaire par une institution autonome), représente assurément un programme ambitieux et crédible. En l'état actuel de gouvernance des administrations centrales et des organisations de sécurité sociale, il est possible que le schéma de l'assurance sociale de proximité ait plus de chance d'atteindre ses objectifs à court et à moyen terme.

Les principales recommandations de l'étude peuvent être résumées comme suit :

- Il importe de bien définir l'objet d'une politique d'assurance maladie obligatoire.
- L'Etat doit partout donner l'exemple et jouer son rôle de planificateur, d'informateur et de régulateur du système de santé, et notamment veiller à ce que les actions entreprises au niveau des systèmes de santé et les actions intersectorielles pertinentes en matière de prévention soient menées à bien pour améliorer l'état de santé des populations et pérenniser les systèmes d'assurances sociales.
- Partout, il s'agit de mettre en place et/ou renforcer des systèmes IEC (information, éducation et communication) performants pour promouvoir les notions de solidarité et d'assurance obligatoire, de protection sociale et de réduction de l'insécurité des pauvres.
- Il importe de poursuivre la restructuration des caisses existantes avant de leur adjoindre une branche maladie.
- Le renforcement des capacités de l'Etat, de la société civile et du secteur privé vont de pair dans une optique de décentralisation et de déconcentration.

- Les systèmes de protection moderne et les systèmes de protection traditionnelle devraient se compléter et non se concurrencer.
- Dans les pays pauvres à forte dominante rurale, il s'agit de favoriser les actions de réduction de l'insécurité sous toutes ses formes dans un contexte d'économie communautaire.
- Il est souhaitable d'inscrire les appuis dans la durée avec des actions sur les facteurs préalables (notamment socio-institutionnels) et des expériences pilotes.
- Il est recommandé de réexaminer les orientations de la politique française et de valoriser et promouvoir les actions et les compétences françaises :
 - Participer davantage aux réflexions stratégiques nationales sur l'assurance et la protection sociale dans les différents pays.
 - Appuyer davantage les réformes engagées dans les pays d'Afrique du Nord dont les systèmes ressemblent au système français.
 - Promouvoir l'assurance maladie dans les autres pays à travers la promotion d'action de coopération Sud-Sud en partant d'expériences réussies du Sud (notamment celle de la Tunisie).
 - Appuyer les pays à revenu intermédiaire dans la réalisation des conditions de réussite de leurs réformes d'assurance maladie par les appuis techniques sur les instruments de maîtrise des coûts (cartes sanitaires prospectives, références médicales opposables, conventionnement, capitation, etc.) et renforcement des capacités de gestion des structures de soins et des caisses), etc.).
 - Appuyer les pays à faible revenu en promouvant des projets qui intègrent les avantages des fonds sociaux et combinent décentralisation, cogestion communautaire et mutualisation des risques, en favorisant l'intégration des politiques de développement local et des politiques de décentralisation des systèmes de santé dans le but de promouvoir l'élaboration de plans de développement communaux à l'image des plans de terroirs à base participative.
 - Renforcer les synergies et les complémentarités entre les actions innovantes de diversification de l'offre de soins (secteur non lucratif, médecins de campagne,...) et les actions innovantes en matière de financement (mutuelles, etc.).
 - Promouvoir la création de réseaux du Sud favorables aux modèles de solidarité. A terme, les partenariats entre réseaux français et réseaux du Sud permettront en effet de promouvoir les modèles de solidarité face aux modèles de marché. Dans les pays à faible revenu, le réseau "mutuelle" jouera à court terme un rôle clé alors que le réseau "protection sociale" jouera un rôle complémentaire. Inversement, dans les pays à revenu intermédiaire, le réseau protection sociale jouera à court terme un rôle clé et le réseau "mutuelle", un rôle complémentaire.
 - Associer les initiatives de lutte contre la pauvreté et de réduction de la dette et les stratégies de sécurité et de protection sociale en orientant les fonds libérés vers des appuis budgétaires ciblés et sécurisés : crédits délégués vers les régions les plus pauvres, prise en charge par l'Etat des dépenses de santé des fonctionnaires, stocks alimentaires et de médicaments essentiels génériques, lignes d'assistance sociale, dépenses de prévention.

EXECUTIVE SUMMARY

Health, the focus of this study, is comparable to other risks — such as workplace accidents, old age, disability, maternity and unemployment — included in the concept of “social security”. According to the Universal Declaration of Human Rights, social security is a universal right and everyone has the right to a standard of health and well-being (food, clothing, housing and medical care) in accordance with his dignity and the free development of his personality. Therefore, everyone must have the opportunity to meet this need.

In many poor countries, the Bamako Initiative has resulted in the introduction of user fees for medicines and health care. This is causing the most disadvantaged people to be excluded from the health care system and raises the problem of universal access to basic services and to quality hospital services. Governments, donors and communities have taken numerous initiatives in the past few years to improve health-service affordability and attendance and to introduce financing mechanisms that seek to fulfil four often contradictory aims: cost control, quality care, community participation and social equity.

There are therefore good reasons to challenge the assumption that health insurance is beyond the financial, technical, organisational and institutional means of poor countries.

Moreover, many countries in the Priority Solidarity Zone (PSZ) already have social security organisations. Most low-income countries have social security funds for formal-sector employees that cover needs other than health. The priority is now to rationalise and restructure these funds and improve their management. Middle-income countries have health insurance funds and/or fairly developed mutual and private insurance systems and many are now seeking to introduce reforms to move towards some form of universal coverage.

Lastly, it should not be forgotten that in many poor countries, modern and traditional systems of social protection operate side by side. The introduction of modern social security therefore cannot be considered in isolation from other formal and informal action — ranging from household and village level to the national government — taken to reduce people’s insecurity, loss or vulnerability.

When considering a more insurance- and solidarity-based approach to financing health care, it is important to review current developments in the countries and to assess the comparative advantages and disadvantages of compulsory and optional systems, public and private systems, social insurance and social welfare.

Main conclusions of the study

A - Three systems seem to have serious disadvantages: schemes that are completely private, schemes that are completely optional and schemes that are completely free of charge

In countries with completely private systems — i.e. where both health care provision and health insurance are private — governments have difficulty regulating the system and applying policies of public health and solidarity between groups and regions.

Completely optional systems, in countries like South Africa, do not provide adequate protection for the health of the whole population. Low-risk population groups tend not to take out insurance and governments are obliged, for social reasons, to finance the social protection of the poorest people through measures that inflate the cost of the system.

Countries that have maintained free health care now face two major problems: serious difficulties financing their systems through the government budget and the extremely poor quality of the public health system.

B - In most countries, there is already a basis for promoting mutual schemes and health insurance

It is now possible to build on developments in health systems that have occurred in the past few years: i) health centres and district hospitals that cover a broader population; ii) user fees, even if prices are not always set in relation to cost; iii) decentralised health systems (districts and regions); iv) depending on the country, some degree of independence of health facilities: hospitals and/or health centres (or associations of health centres as in Togo); v) formal and informal experiences of sectoral and village solidarity. In addition, many middle-income countries have national health insurance systems that are being extended to include a sizeable share of the population.

C - But in all countries, there is a for need strategic governance of social protection and promotion of social capital and the basic public goods of health insurance and poor people's health

The countries' capacity to set guidelines for reform and to integrate health insurance into a strategy of social protection seems fairly low. Who is responsible for social protection in general and for health insurance in particular? The fragmentation of responsibility is a brake on reform. In any case, the question of ministerial responsibility for social security systems needs to be considered.

At national level, health insurance is a complex issue and a source of conflict that cannot be resolved in a day: the proper time should be taken to conduct accurate studies and to draw up scenarios with a precise schedule. More generally, the preliminaries for the implementation of health insurance must be in place before laws are passed and especially before enabling laws are adopted. These preliminaries include: i) knowledge of health insurance; ii) information systems and technical capacity to evaluate the consequences of reform; iii) consensus on the key components of reform (third-party payment, capitation, contribution rates, etc.).

Similarly, how can the development of mutual health organisations be promoted unless governments accept the preliminaries of an independent civil society and the possibility of

contractualisation between separate health care financing organisations and health care provision organisations?

It is therefore of prime importance that health insurance and health (including poor people's health) be perceived as public goods in the countries. Similarly, at international level, it is important that official development assistance for health insurance and social action against insecurity and vulnerability be perceived as promoting global public goods. Actions in favour of poor people in the countries are too often perceived by the richest as redistributive mechanisms that make them poorer, whereas in fact they benefit all players in the medium term, through improved social harmony, a fall in communicable diseases, an increase in the productive contribution of the poor, etc.

D - In many countries, public health facilities are of low quality

There are many reasons for the poor quality of public health facilities, including unreliable public funding, low utilisation rates and strategic behaviour of public-sector practitioners who work in private facilities while benefiting from the advantages of a public-sector status. Many public policymakers hold the mistaken view that social insurance will generate funds for improving the quality of public facilities. In fact, people will only make pre-payments to a public facility if there is a prior guarantee of quality. Indeed, people will use any way they can, including paying extra, to obtain care in for-profit or not-for-profit private facilities that offer higher quality. In South Africa, where insurance is optional, the government has no chance of achieving its objective of encouraging insurance policy holders to use and finance public facilities. In Tunisia, where insurance is compulsory, the understandable political concern to introduce health reform in line with the population's expectations will lead to coverage of care in private facilities. This carries two obvious risks: draining public facilities of resources and increasing the cost of the new system.

What should be done about the public primary and secondary health care sector? Should it be transformed into a not-for-profit private sector, as some countries seem to have done successfully? In any case, pricing and management capacities are an obvious preliminary to a health insurance system that does more than simply raise revenue for the general government budget.

E - A fundamental difference between comparatively "advanced" countries (per capita GNP above \$1,000, a large formal-sector workforce, credible public finances, etc.) and "poor" countries

By definition, a developing country does not have the resources to meet all the health needs of its population. Instead, it has to decide how best to ration health care: by quantity (completely free-of-charge), by price (user fees) or by a more efficient, more equitable system?

A system that combines social insurance and social welfare risks becoming a two-tier system. This is certainly the case when social insurance is optional because, unlike effective risk pools, it favours low-risk groups (e.g. young people in South Africa) to the detriment of high-risk groups; and when social welfare, in the form of free primary health care in public facilities, fails to maintain the quality of those facilities. There is a risk of adverse rationing if: i) the insured are not entitled to anything (or if their rights are not recognised) or only to low-quality public facilities; or ii) the insured are entitled to everything or at least to high-quality private facilities.

In most countries, efforts should be made to improve the rationing of health care and its

financing, so that:

- the whole population is entitled to the same basic scheme of benefits;
- beyond this, health care is rationed in the least unfair manner possible and the least unfavourable to public health objectives.

The project underway in Togo is most interesting in this regard. In principle, the scheme is open to everyone, since formal-sector insurance policy holders can take out supplementary insurance for large risks and mutual health organisations have a reinsurance fund for their customers' large risks.

Of course, middle-income countries have the resources to cover more risks than the poorest countries. Coverage usually includes hospitalisation and care in private facilities and reimbursement rates are higher.

F - Middle-income countries

Middle-income countries that spend \$100-\$500 per person per year on health have some common characteristics :

- These countries already have structured organisations that offer some degree of coverage to a proportion of the population.
- Inequality in terms of coverage and contributions is becoming increasingly unsustainable. This situation is particularly menacing for the governments in power, especially as they are under pressure from international donors to make their health systems more efficient, more equitable and better adapted to the real needs of the population.
- The governments are discovering that these are complex problems that highlight diverging interests within the administration and civil society: trade unions, employers, hospitals, custodians of public finances and custodians of the competitiveness of their globalising economies.
- The governments are hesitating and taking their time over reform, especially since there are no obvious solutions and industrialised countries offer a range of different models, from the UK system to the US system, via European models such as in France or Germany.

Compulsory health insurance covering the whole population can be proposed to these countries. It has major advantages over alternatives, on the condition that it is adapted to the culture of each country. It is important to remember that the industrialised countries took decades to move from solidarity within trades to social insurance, to health insurance for the whole population, and lastly to mechanisms that specifically target the poor, such as the Couverture Maladie Universelle (CMU) universal health benefits scheme in France. Furthermore, social security systems in developed countries are themselves in the process of being adjusted to the unmanaged consequences of globalisation.

Because health insurance systems are not regulated by the market, their financial situation is generally unbalanced because there is no direct link between revenue (contributions and taxes) and expenditure (reimbursement or direct payment of a share of the insured's medical consumption). To achieve a closer match between revenue and expenditure, reformers of existing systems in middle-income countries need to be aware of the fundamental choices to be made:

- Who will be covered by the compulsory scheme: formal-sector employees only or informal-sector workers as well? How can the destitute, the unemployed and retired people be covered:

through solidarity with other workers or direct financing by taxation?

- What benefits will the schemes offer: health care services by a provider financed entirely by the state (UK system) or by the insurance scheme (scheme for miners in France), or reimbursement of expenses paid by the insured for treatment (general scheme for employees in France) or a mixed system with some degree of third-party payment?
- What rate of coverage will be offered: 100% or variable patient co-payment depending on the care covered and/or on the risk (e.g. long illness versus ordinary medical expenses)?
- How will prices be determined for the services provided by the health care system: standard rates for doctors negotiated under an agreement, reimbursement rates set unilaterally by the funds, prices fixed by the state, hospital billing structure?
- How will the scheme be financed: by contributions based on wage- or non-wage income, by earmarked taxes or by public subsidies?
- Which organisations will be in charge of levying contributions and paying benefits: a single organisation set up for this purpose or existing structures with a redefined role?
- How is the scheme to be balanced financially: will contribution rates be fixed for a set period or must expenditure on reimbursements be in line with revenue for the year?
- Who will be responsible for the scheme's financial balance, i.e. who will set the rate of contributions and who will take decisions on expenditure?

The answers to these questions are necessarily interlinked and underpin the coherence of a system that must be both economically sustainable and socially equitable. However, reformers rarely ask these questions and instead rely on time to resolve problems, which is a mistake. In fact, they underestimate some fundamental aspects of compulsory health insurance schemes.

(a) Regardless of the population covered, all compulsory health insurance schemes fulfil two functions: they pool risk, like any other form of insurance, and they redistribute resources since revenue is based on wages and/or other income and not on the risks incurred.

(b) Spending on medical consumption naturally increases faster than Gross Domestic Product (GDP), the base for the revenue allocated, whether this comes from specific contributions or general taxes. The richer the country, the larger the share of GDP it spends on financing its health care and health insurance systems. Again, it is better to be aware of this and prepare for the transition so as to contain the cost of reimbursing medical expenses, namely by creating appropriate instruments, which need time to adjust.

(c) There are at least four reasons why the state must take an interest in the implementation of a compulsory health insurance scheme:

- The government sets social policy, particularly for the poorest people: how will delivery of care to the destitute and to those on very low incomes be financed?
- The government shapes overall health policy, through preventive and non-health action, which often have a much bigger impact on the population's health than curative care services.
- The government determines the level of compulsory levies (taxes and social contributions) that the economy can sustain and makes choices between different priorities to be financed by the community, notably defence, public works, education and health.

- The government often employs a significant share of the population: it must therefore pay social contributions for its employees, which add to budget expenditure and to what it must pay directly or indirectly for care delivered to the poor, which increases the difficulty of balancing the annual budget.

Encouraging middle-income countries to introduce compulsory health insurance schemes is a large-scale reform, the design and application of which should not be underestimated. It is a complex, financially risky reform, which can degenerate into disorganisation and uncontrolled cost escalation. Special attention should also be paid to sub-systems that also need reform (operation of hospitals, billing of hospital services, operation of benefit funds, relations with self-employed health-care practitioners) if they are to fit properly into the system. France is clearly in a position to offer assistance to these countries on all these points. Governments must, of course, make their own major policy choices in this area, although they should be aware that equitable financing of a long-term public good such as health contributes to economic growth in more ways than one, including development of the health sector and a more motivated workforce.

G) Poor countries: the promotion of local social protection is the only policy capable of reducing the insecurity of the majority of the population in the short to medium term

One of the most significant arguments against introducing a national health insurance scheme in Senegal is that the current system of Institutions de Prévoyance Maladie (IPM) affiliated to companies or sectors gives the insured a sense of belonging to a community.

Promoting health insurance by building on existing formal and informal solidarity within many groups is certainly a promising avenue. Fisherfolk, villagers, livestock farmers, local women's associations and credit unions practise de facto solidarity, which can be extended easily to health insurance if health insecurity is linked to other types of insecurity and coincides with people's concerns and habits (food and financial insecurity, traditional and modern medicine).

The three strategies of developing mutual organisations, health districts and co-management and community participation are gaining ground almost everywhere, although they are not always linked.

The health district or region is a good base for promoting universal coverage within the framework of national policy guidelines and a medium- to long-term horizon with precise deadlines, and support and incentives to ensure these deadlines are met.

The district or region is halfway between the national and the local level.

In theory, the national level is the best for large-scale health insurance: greater efficiency and equity, reduction of uncertainty and catastrophic risks, economies of scale, etc. However, most countries do not see this as credible or practicable in the short term. Until existing benefit funds have been restructured and show good governance, it seems premature to extend them to include a health function or to design health insurance funds based on the same model.

The local level, characterised by grassroots solidarity and small mutual organisations or savings and credit unions, offers the advantages of simplicity, participation and trust based on reciprocal rights and obligations and a sense of belonging to a community (a village or a sector). However, this level has obvious disadvantages in terms of health risk: small risk pool, inability to cope with a risk that affects the whole community at once, high management and negotiation costs and exclusion of the poor.

The district or regional level offers a middle way between contradictory objectives. It introduces a framework and horizon in relation to the Abidjan Platform's strategies to support mutual health organisations in Africa. However, a degree of flexibility is important here: the choice of level must be the one most appropriate for each country. It is a question of finding a reasonable compromise between the level above the district or region—for reasons of risk coverage, institutional organisation and efficient health care provision—and the level below it—to take into account existing social solidarity and the identity factor, i.e. the sense of belonging to a trade, a local area, a village, etc.

The development of local social insurance must take into account the fact that a majority of households have low and unstable income. To respond to this major problem, there is a need for innovative and ambitious action that reflects people's expectations and institutional trends (administrative decentralisation) and reduces, but only reduces, inequality in access to health services. The level chosen for institutionalised local social insurance should correspond roughly to the local level of decentralised government. Both administrative decentralisation and the development of local insurance are processes that should be at once imposed and realistic. A good model is probably the Malian *commune*, which involves several villages in development programmes (of which health will be a major focus).

The successful development and expansion of local health insurance will depend on three factors:

- Moving beyond isolated mutual arrangements and incorporating action in medium- and long-term development plans;
- Continuing efforts to rationalise care provision so that it is the least expensive possible;
- Combining mutual arrangements, micro-finance and reinsurance.

Given low and unstable household income, micro-finance combined with mutual arrangements may enable households to enter an upward spiral in terms of health and income. One possibility is bank micro-finance with a health insurance component. Another possibility is traditional or modern community micro-finance that combines micro-financed and mutual forms of support and spending within communities. To counter the well-known risk of a simultaneous drop in income across the whole community (e.g. as a result of a fall in commodity prices or drought), there is a need for some form of reinsurance or compensation at national level, which could be financed partly by community contributions (in good years) and partly by a specific line of the national government budget.

The promotion of local social insurance does not mean that other strategies should not be employed at the same time. A combination of compulsory national insurance for the formal sector, local national insurance, initially optional then compulsory within ten years, and targeted social welfare (possibly delivered by a separate institution) is an ambitious, but credible programme. Given the current state of governance of the central administrations and social security organisations, a local social insurance scheme may have the best chance of reaching its short and medium term objectives.

Main recommendations of the study

- It is important to clearly define the aims of a policy of compulsory health insurance.
- The state must set an example and play its role as planner, educator and regulator in relation to the health system. In particular, the state must ensure that the health systems and cross-sectoral preventive action operate effectively, to bring genuine improvement to the health of the population and to ensure the sustainability of the health insurance systems.
- Everywhere, there is a need to implement and/or improve information, education and communication (IEC) systems to promote the concepts of solidarity, compulsory insurance, social protection and reduction of poor people's insecurity.
- Existing benefit funds need to be restructured before they are extended to include a health function.
- Decentralisation and devolution should help build the capacity of the government, civil society and the private sector.
- Modern and traditional protection systems should complement each other, not compete with each other.
- In predominantly rural poor countries, action should be taken to reduce all forms of insecurity within a context of community economy.
- Support should preferably be medium- to long-term, with action on preliminary factors (particularly socio-institutional) and pilot experiments.
- French policy guidelines should be reviewed and French action and know-how should be promoted. France should:
 - Participate more in national strategic thinking on insurance and social protection in the different countries;
 - Give more support to the reforms undertaken in the North African countries that have similar systems to France;
 - Promote health insurance in other countries by encouraging South-South cooperation based on successful experiences in the South (notably Tunisia);
 - Assist middle-income countries to implement the conditions for successful health insurance reforms through technical support with cost-control instruments (prospective health "maps", lists of lower-cost medications that doctors must prescribe, agreements on standard fees, capitation, etc.) and to strengthen the management capacity of health facilities and funds;
 - Support low-income countries by promoting projects that include the advantages of social funds and that combine decentralisation, community co-management and risk pooling, and by encouraging the integration of local development policies and decentralisation of health systems, with a view to promoting health development plans in local communities along the lines of participatory agricultural development plans;
 - Reinforce the synergy and complementarity between innovative actions to diversify care provision (e.g. not-for-profit sector, field doctors, etc.) and innovative financing action (e.g. mutual organisations);
 - Promote the creation of networks in the South favourable to solidarity-based models. In time, partnerships between French networks and networks in the South will make it possible to promote solidarity-based models as opposed to

market-driven models. In the short term, in low-income countries, the network of mutual organisations will play the main role and the social protection network will play a complementary role; in middle-income countries, the social protection network will play the main role and the mutual network a complementary role.

- Combine poverty-reduction and debt-reduction initiatives with social security and social protection strategies by allocating the funds released by debt relief to secure, targeted budget support: credits for the poorest regions, payment by the state of public-sector employees' health expenses; stocks of food and basic generic medicines; social welfare budget lines; and preventive action.

traduction de Madeleine GRIEVE

I - INTRODUCTION

A - Intérêt et objet de l'étude

Selon la déclaration universelle des droits de l'homme, tout être humain a droit à un niveau de santé et de bien-être (alimentation, habillement, logement et soins médicaux) en accord avec le respect de sa dignité et de son développement personnel. Chacun doit donc avoir la possibilité de satisfaire ce besoin.

La satisfaction du besoin de santé n'est pas acquise par le seul développement de l'offre de soins. Plusieurs autres facteurs ont une influence sur le plus ou moins grand accès d'une population aux services de santé.

Pour répondre aux problèmes de santé des populations, d'importants efforts ont été consacrés au développement d'infrastructures modernes et à la disponibilité de personnels et de médicaments dans de nombreux pays en développement. Or, les populations concernées n'utilisent pas ces services autant que l'on pourrait s'y attendre, ce qui met en péril les deux composantes du système : la personne potentiellement malade et la formation sanitaire. En dépit des progrès réalisés, l'état de santé d'une partie importante de la population reste préoccupante. La faible activité des formations sanitaires remet en question leur viabilité, notamment financière.

Pourquoi les populations concernées n'utilisent-elles pas les formations sanitaires autant que l'on pourrait s'y attendre ?

Cette question est traitée en profondeur dans de nombreuses publications¹ sur les pays en développement et les auteurs insistent souvent selon leur sensibilité sur l'un ou l'autre des deux facteurs suivants qui différencient les pays en développement des pays industrialisés :

- 1 • les pays en développement se caractérisent par une pluralité et par un enchevêtrement complexe de systèmes et sous-systèmes médicaux que l'on peut opposer à la relative homogénéité des systèmes "modernes" des pays industrialisés ;
- 2 • les pays en développement se caractérisent par un fossé entre les besoins apparents et les ressources financières disponibles et ce qui est vrai pour tous les secteurs l'est encore plus pour le secteur de la santé : comment mettre à la disposition d'individus qui ne peuvent consacrer au plus que 20 dollars par an à leur santé des services dont les coûts s'apparentent à ceux des pays industrialisés (dont les individus consacrent en moyenne près de 2000 dollars par an à leur santé) ?

Les deux facteurs ci-dessus se retrouvent peu ou prou dans toutes les analyses des obstacles à l'utilisation des services de santé modernes sous les appellations "obstacles sociologiques et culturels" et "obstacles économiques et financiers". Ils impliquent les trois dimensions du comportement des individus : savoir-pouvoir-vouloir².

¹ Voir notamment P.Fournier et S.Haddad "Les facteurs associés à l'utilisation des services de santé dans les pays en développement", dans Sociologie des populations, PUM/AUPELF/UREF, 1995.

² Voir notamment S. Briand, CREDES, "Analyse critique des différentes méthodologies d'évaluation des systèmes de surveillance épidémiologique", université de Toulouse, 1999

Lorsque l'on fait le tour de la littérature sur les obstacles à l'utilisation des services modernes de santé et sur les applications de cette analyse au cas de la Côte d'Ivoire, on trouve effectivement des éléments de réflexion multiples que nous proposons de répertorier en six catégories³:

- les difficultés d'accessibilité géographique,
- les obstacles économiques et financiers,
- les obstacles culturels et sociologiques,
- les obstacles liés aux dysfonctionnements des services de santé,
- la perception de la qualité par les patients potentiels,
- la diversité de l'offre face aux besoins des ménages.

Mettre l'accent sur la fréquentation des services de santé consiste à déplacer significativement le débat de l'accessibilité géographique et du droit théorique à la santé pour tous vers le problème central : quels services de santé, pour qui et selon quel mode de financement?

Il est évident que l'obstacle financier est majeur. Au plan global, les pays de la Zone de Solidarité Prioritaire (ZSP) qui font l'objet de cette étude sont des pays à revenu faible ou intermédiaire dont les PNB par habitant se situent entre 140 dollars et 7.000 dollars et qui consacrent aux services de santé modernes des ressources financières situées entre 3% et 10% de leur PNB. Est-il possible de viser autre chose que le droit de tous à des soins élémentaires, plus une forme de rationnement la moins inefficace et la moins inéquitable possible pour les soins supérieurs ? Au plan individuel, si le principe du paiement par les usagers est appliqué par les structures sanitaires, comment les populations pauvres peuvent-elles faire face au risque de maladie?

On comprend dès lors que la politique de financement de la santé fasse l'objet de réflexions et de réformes intenses. Si la principale fonction d'un système de santé est de fournir des services de santé à toutes les populations, une politique efficace et équitable de financement du système de santé peut jouer un rôle majeur pour assurer un financement stable à moyen et long terme, pour garantir que les individus aient accès aux services de santé publique et à des soins personnels de qualité, ainsi que pour orienter les actions des offreurs.

Le dernier rapport sur la santé dans le monde de l'Organisation Mondiale de la santé (OMS) met l'accent sur trois composantes essentielles d'une bonne politique de financement : une mobilisation de ressources financières suffisantes, une mise en commun (*pooling*) des ressources et un bon ciblage des ressources en faveur des offreurs. Dans le monde, on trouve toutes sortes de combinaison de ces trois composantes : séparées ou intégrées dans un seul système, basées sur la mobilisation de ressources fiscales, de cotisations d'assurance obligatoires ou volontaires ou encore sur le paiement par les usagers.

L'introduction de systèmes d'assurance maladie peut-elle pallier le problème de l'accessibilité financière et renforcer les objectifs d'une politique nationale de santé ? Beaucoup d'auteurs⁴ insistent sur les bienfaits de ce qui fait véritablement l'essence de la fonction d'assurance : la mise en commun des ressources financières, que l'assurance soit explicite (les individus payant des cotisations à des régimes) ou implicite (paiement par les impôts). La mise en commun des ressources financières permet notamment de mutualiser les risques, de réaliser des économies d'échelle et d'avoir les capacités d'influencer l'offre.

³ On reprend ici la classification adoptée dans le cadre de l'enquête en cours sur l'utilisation des services de santé en Côte d'Ivoire menée par le CREDES (O.Weil et J.P.Foirry).

⁴ Voir notamment le numéro spécial de la revue *Social Science and Medicine* (N°48, 1999) sur "The Economics of Health Insurance in Low and Middle-income Countries".

En même temps, les auteurs s'interrogent sur les capacités d'un pays en développement à mettre en place des systèmes d'assurance maladie. Du reste, sauf exception, l'assurance maladie n'apparaît explicitement que dans les pays qui ont amorcé un certain décollage économique et atteint un niveau de revenu suffisant.

Le risque maladie est de même nature que les différents risques inclus sous le vocable de sécurité sociale. La sécurité sociale peut se définir comme une garantie contre certains risques sociaux : les accidents du travail, la vieillesse et l'invalidité, la maternité et la maladie, la survenance d'enfants.

Il existe dans l'opinion courante un postulat négatif : la sécurité sociale est hors de portée des pays pauvres parce que leurs capacités financières, techniques, organisationnelles et institutionnelles sont irrémédiablement insuffisantes.

Il y a désormais de bonnes raisons de remettre en question ce postulat.

D'une part, le postulat n'est vrai que s'il porte sur la répliquabilité des systèmes formels des pays les plus riches mais il est tout à fait possible de créer des systèmes adaptés au contexte spécifique des différents pays pauvres.

De plus, une variété de systèmes existe a priori dans tous les pays, y compris les plus pauvres, lorsqu'on admet une définition de la sécurité sociale⁵ différente de la définition conventionnelle :

- définition conventionnelle (sécurité sociale *stricto sensu*) = assurance formelle administrée par l'Etat ou par une institution autonome sous tutelle publique ;
- définition élargie (sécurité sociale *lato sensu* ou "protection sociale") = action publique (formelle et informelle, allant du niveau des ménages et des villages à celui de l'Etat) visant directement à réduire l'insécurité, la perte ou la vulnérabilité des individus.

Beaucoup de pays de la ZSP disposent déjà d'institutions de sécurité sociale. Les pays à revenu intermédiaire ont des caisses d'assurance maladie et leur problème est souvent d'introduire des réformes pour passer, d'une façon ou d'une autre, à une couverture universelle. Quant aux pays à faible revenu, ils possèdent le plus souvent des caisses de sécurité sociale dans les domaines autres que la santé : vieillesse et invalidité, famille, accidents du travail. A l'heure actuelle, ces caisses affrontent des difficultés de gestion : la priorité est à leur assainissement, à la normalisation de leur gestion et à leur restructuration. Pour peu que leur assainissement réussisse, se pose logiquement le problème de l'extension à l'assurance maladie des systèmes d'assurances sociales obligatoires.

Enfin, dans les années 1987-1994, l'Initiative de Bamako (IB) a provoqué l'abandon de la gratuité et de la préférence historique pour le financement budgétaire comme mode de financement du secteur de la santé. Cependant, cette approche s'est révélée largement insuffisante, d'une part car elle est basée fondamentalement sur la recherche de la viabilité financière des centres de santé et d'autre part, car elle conduit le plus souvent à un système de paiement par les usagers qui exclut de fait une majeure partie de la population des pays les plus pauvres.

L'approche des centres de santé payants ne résout donc pas le problème de l'accès de tous à des services de base et à des services hospitaliers de bonne qualité. Les taux d'utilisation des formations sanitaires sont faibles. Les services délivrés dans les structures publiques restent de qualité médiocre. L'état de santé des populations ne s'améliore pas significativement. Les ménages soucieux de leur santé sont parfois obligés de recourir à des services privés coûteux qui captent les personnes les plus solvables.

⁵ Voir l'annexe 7 Pour une clarification du concept de sécurité sociale.

C'est la raison pour laquelle, depuis quelques années, les Etats et les bailleurs ont cherché à promouvoir des modes de financement permettant de dépasser les insuffisances du système de Bamako et de promouvoir des solutions pour les populations pauvres et/ou vulnérables qui représentent la majeure partie de la population des pays les plus pauvres de la ZSP.

Un des enjeux majeurs de la réflexion sur un financement plus assurantiel et plus solidaire de la santé est ainsi de choisir entre des formules obligatoires ou facultatives, entre des modes publics et des modes privés, entre l'assurance sociale et l'assistance sociale.

La présente étude entre dans le cadre de cette réflexion et a pour objet d'éclairer le ministère des Affaires étrangères (MAE) sur les possibilités de développement de systèmes d'assurance-maladie dans les pays de la ZSP et, en particulier, d'examiner si les expériences et/ou les réflexions en cours relatives à l'assurance-maladie offrent des perspectives à l'extension des systèmes d'assurance sociale obligatoires à l'assurance maladie.

Plus précisément, il s'agit selon les termes de référence de faire la synthèse sur les approches internationales (approches préconisées par les spécialistes, orientations des bailleurs, évolutions significatives dans des pays en développement autres que ceux de la ZSP) et le point sur les régimes existants ou en projet dans les pays de la zone franc et dans d'autres pays de la ZSP.

L'étude des dispositifs et projets existants comprend notamment :

- une description de l'existant (projets en cours inclus) : caisses de sécurité sociale, systèmes d'assurances privées, systèmes alternatifs de protection sociale et d'assistance sociale avec leurs caractéristiques institutionnelles et opérationnelles ;
- un bilan-diagnostic de la situation : analyse des avantages et inconvénients des systèmes en vigueur, analyse des projets et réformes en cours et étude des potentialités pour le développement de l'assurance maladie obligatoire et/ou d'autres formes de financement de soins de santé pour tous basé sur la solidarité ;
- une comparaison de la situation des pays concernés avec ceux de leur sous-région et/ou de pays similaires sur les plans économiques et sociaux avec des conclusions et des recommandations adaptées à chaque type de pays.

B - Déroulement de la mission

La mission s'est déroulée sur plusieurs semaines et a comporté un travail préalable de documentation et de rencontres d'experts et de responsables en Europe (notamment à Paris et à Genève), puis une mission sur le terrain dans trois pays choisis pour leur exemplarité : la Tunisie, le Togo et l'Afrique du Sud.

Les trois pays choisis sont particulièrement intéressants car ils représentent trois types de pays auxquels peuvent s'identifier la plupart des pays de la ZSP.

La Tunisie est un pays à revenu intermédiaire connaissant une grande réussite économique, une couverture étendue du risque maladie à partir de deux caisses nationales de sécurité sociale et un projet de couverture universelle.

Le Togo offre l'avantage d'être le siège de la Conférence interafricaine de la prévoyance sociale (CIPRES) qui couvre 14 pays de la zone franc. Par ailleurs, ce pays, en situation économique difficile possède des caisses de sécurité sociale n'intégrant pas la branche maladie et présente actuellement sous l'impulsion des bailleurs multinationaux (notamment la Banque mondiale) et nationaux (notamment l'Allemagne et la France), des projets ambitieux de protection sociale généralisée que l'on trouve aussi en filigrane à un niveau plus modeste dans d'autres pays voisins.

Enfin, l'Afrique du Sud est un pays contrasté qui part d'une situation paradoxale (l'absence de tout système d'assurance obligatoire et la prééminence de l'offre privée d'assurance et de soins) et tente (sans succès pour le moment) d'introduire des projets ambitieux d'assurance obligatoire et d'assistance sociale.

Bien que la mission porte spécifiquement sur les pays de la ZSP, il a paru utile d'introduire dans l'étude des éléments d'appréciation d'autres expériences intéressantes au sein de l'ensemble des pays en développement. Nous serons ainsi amenés peu ou prou à faire référence à des pays d'Amérique latine et d'Asie de la ZSP et hors ZSP. Les expériences de ces pays ont été évaluées à partir de documents disponibles, d'entretiens avec des experts et de nos propres expériences.

C - Plan du rapport

Le rapport comprend quatre parties principales :

- La première partie est consacrée à des réflexions d'ordre général sur les types d'assurance maladie et les leçons des pays industrialisés et sur les évolutions nouvelles en cours concernant les politiques économiques et sociales des pays en développement.
- La deuxième partie est consacrée à l'analyse de l'assurance maladie et de la sécurité sociale dans les pays à revenu intermédiaire avec une attention particulière pour la Tunisie, le Maroc et l'Afrique du Sud.
- La troisième partie porte sur le bilan des expériences des pays à faible revenu avec une attention particulière pour les pays d'Afrique de l'Ouest et particulièrement pour le Togo.
- Enfin, la quatrième partie présente les conclusions de l'étude ainsi que les recommandations qui en découlent.

II - L'ASSURANCE MALADIE DANS LES PAYS EN DÉVELOPPEMENT : UN PROBLÈME D'ACTUALITÉ

A - Le cadre général : les types d'assurance maladie et les leçons des pays industrialisés

a) De Bismarck à Beveridge

Le développement de la protection sociale dans les pays industrialisés est le fruit d'une histoire que l'on peut résumer à grands traits comme suit : la révolution industrielle de la deuxième moitié du XIX^{ème} siècle a fait naître une classe de travailleurs, en général, venus des campagnes où le progrès technique libérait des bras ; cette classe d'ouvriers se caractérisait par une insécurité permanente contre les risques de l'existence : accidents du travail, maladie, survenance d'enfants, arrivée à l'âge de la retraite, chômage.

Rompant avec le libéralisme ambiant, sous l'impulsion aussi bien des doctrines socialistes que de l'enseignement social de l'Eglise (Encyclique *Revum Novarum* de Léon XIII en 1891), un certain nombre d'Etats vont mettre en place des systèmes d'assurances collectives destinées à fournir à la classe des salariés une protection contre les risques sociaux. L'Allemagne de Bismarck où les techniques de l'assurance étaient très anciennes dans la vie économique, fut un précurseur avec les lois de 1883, 1884, 1889 créant l'assurance maladie obligatoire (sauf pour les populations les plus riches), puis l'assurance accidents du travail et l'assurance pensions, codifiées, en 1911, dans le code impérial des assurances sociales. Dans ce système, l'assurance est obligatoire ; elle est financée par des cotisations proportionnelles aux salaires, réparties entre salariés et employeurs et les prestations sont proportionnelles à la perte subie en cas de survenance du risque (pensions proportionnelles aux salaires, indemnités de chômage liées aux salaires perdus, remboursement des dépenses engagées pour se soigner). La gestion est décentralisée, confiée à des caisses indépendantes de l'Etat, administrées à parité par des représentants des salariés et des employeurs.

Pour résoudre le même problème, d'autres Etats vont faire appel à une philosophie différente, celle du droit de tout citoyen frappé par un risque social d'obtenir de la collectivité nationale à laquelle il appartient, une aide lui permettant de subsister dignement. Cette doctrine, déjà amorcée dans le programme du New Deal de Roosevelt (Social Security Act de 1935), a trouvé sa formulation la plus explicite dans le rapport Beveridge publié en 1942 et appliqué en Grande Bretagne après la guerre.

Selon cette philosophie, la protection sociale est un des éléments d'une politique de plein emploi. Toute la population peut bénéficier, en cas de chômage ou de retraite, d'une prestation identique pour tous, financée par des cotisations identiques, sauf en matière de santé et de prestations familiales qui doivent impliquer la solidarité nationale donc un financement fiscal. Reprenant la vieille idée du service national de santé chère aux socialistes fabians de la fin

du XIX^{ème} siècle, le gouvernement britannique, malgré les protestations du corps médical, insti-tue, en 1948, le National Health Service qui fournit à tous des soins gratuits, préventifs et cura-tifs.

Ces deux philosophies ont inspiré le développement des systèmes de protection sociale dans les pays industrialisés : les uns, comme la France, s'inspirant, après 1918, du système bis-marckien, les autres, comme les pays anglo-saxons (Royaume-Uni, Australie, pays scandinaves), adoptant l'inspiration beveridgienne.

Au fil du temps, les systèmes implantés dans chaque pays se sont modifiés en restant plus ou moins fidèles à leurs doctrines originelles : prestations uniformes devenant plus assurantielles en matière de retraite, introduction de conditions de ressources pour l'octroi des prestations universelles, extension à toute la population des systèmes fondés au départ sur des bases socio-professionnelles.

Si l'on se focalise sur le risque maladie, les pays industrialisés peuvent se classer en trois caté-gories aujourd'hui :

- Les pays qui assurent à toute leur population une couverture maladie à travers un ser-vice national de santé. Les ressources sont assurées par l'impôt grâce à un budget glo-bal fixé annuellement par l'Etat. L'ensemble de la population résidente y reçoit des soins gratuits sous réserve de respecter les règles d'organisation du système de soins (rôle du médecin généraliste comme *gate keeper* pour accéder aux soins spécialisés). Le Royaume-Uni, le Danemark, l'Irlande, la Suède font partie de ce groupe ; ils y ont été rejoints, plus récemment, par l'Italie, la Grèce et le Portugal.
- Les pays qui disposent d'une assurance sociale obligatoire à base socioprofessionnelle couvrant la plus grande partie des travailleurs salariés et non salariés, leurs familles et les retraités. Les caisses sont gérées paritairement. Un dispositif spécial couvre ceux qui ne sont pas affiliés à une caisse de façon à assurer une couverture totale de la popu-lation. Le financement est assuré par des cotisations assises sur les salaires et les reve-nus non salariaux. L'Etat ne dispense pas de soins mais fixe la réglementation dans le domaine de la production des soins et du financement. Il contribue au financement des prestations délivrées aux non assurés, c'est-à-dire aux classes pauvres de la population. La distribution des soins se fait grâce à un secteur public et un secteur privé. La France, l'Allemagne et le Japon sont les plus représentatifs de cet ensemble.
- Les pays qui ont un système mixte mariant l'assurance socioprofessionnelle et l'assis-tance sociale. La protection contre le risque maladie est prise en charge par des entre-prises du secteur concurrentiel qui gèrent des plans d'assurance dont les promoteurs sont principalement les employeurs. Un dispositif public assure la couverture des indi-gents sur fonds publics. C'est le cas des Etats-Unis.

Depuis la seconde guerre mondiale, ces systèmes de couverture maladie se sont développés vers une amélioration de la couverture des populations (accroissement des effectifs de la popu-lation couverte pour aller jusqu'à 100%) et des prestations (développement des prestations sanitaires accompagnant le progrès des techniques médicales) grâce à un taux de croissance élevé qui a permis d'affecter à la santé une part croissante du PIB.

Les pays industrialisés consacraient 2 à 3% de leur PIB à la santé en 1950 ; au milieu des années 70, ce chiffre avait plus que doublé atteignant en Europe une moyenne de 7% (pour un PIB qui a lui-même plus que triplé). Cette orientation des ressources vers la santé à travers des

systèmes collectifs s'est faite progressivement d'autant plus que dans un certain nombre de pays bismarckiens, comme la France, la sécurité sociale était un concept global couvrant tous les risques et que la santé a pu accaparer une partie des recettes primitivement dévolues aux familles et aux retraités.

En tout état de cause, avec un taux de croissance de 5%, par an, en francs constants du Produit Intérieur Brut, entraînant une importante hausse du niveau de vie, il était relativement indolore de prélever une part croissante du revenu national pour financer les dépenses de santé ; il faut reconnaître que la protection sociale collective, et notamment l'assurance maladie, a joué un rôle majeur dans la réduction de la pauvreté et l'amélioration du bien-être de la population, tout en ayant, en définitive, un rôle favorable à l'entretien, pendant une génération, d'un fort taux de croissance économique, celle-ci étant tirée par la solvabilisation de la demande (famille, retraite), ainsi que par la mobilisation soutenue d'une population active soulagée du souci du lendemain.

b) La crise de l'État-providence

Ce processus vertueux s'est interrompu au milieu des années 70 : le taux de croissance des économies s'est ralenti, le chômage, de risque intermittent est devenu une situation de masse, le lien établi entre le statut salarial et la protection sociale par le biais des cotisations, apparaît comme plus fragile car grevant le coût du travail et notamment du travail peu qualifié ; l'emploi à plein temps, à durée indéterminée, pendant toute une carrière chez un même employeur, fait place à des emplois plus précaires, l'intensification de la concurrence, entraînée par la mondialisation, accroît les inégalités salariales allant ainsi à rebours de la standardisation du travail propre au taylorisme de la révolution industrielle ; l'État-providence des pays industrialisés est remis en question.

Malgré ce nouveau contexte, les dépenses de santé continuent sur leur lancée : les Etats-Unis consacrent 14% de leur PIB à se soigner, la France et l'Allemagne sont entre 9 et 10%, la Grande Bretagne et le Japon sont à 7%.

Néanmoins, les systèmes de santé et d'assurance maladie sont soumis depuis le début des années 90 à deux pressions principales ; l'une naît de la nécessité de faire face à la montée des inégalités et des phénomènes d'exclusion, l'autre est engendrée par l'obligation de contenir la croissance des coûts.

Sur le premier point, il s'agit, dans les systèmes bismarckiens, d'étendre la prise en charge des soins de santé à la totalité de la population et notamment à tous ceux qui du fait de leur statut social particulier ne sont pas appréhendés par les systèmes obligatoires socio-professionnels. C'est ainsi qu'en France, a été votée la loi créant la couverture maladie universelle accordant aux plus déshérités, non seulement la couverture de base analogue à celle des assurés sociaux mais également, par une discrimination positive, une assurance complémentaire obligatoire leur assurant le remboursement d'un panier de soins de santé à 100%. La couverture de base est financée par l'impôt alors que la couverture complémentaire fait jouer la solidarité entre assurés complémentaires, soit 85% des assurés sociaux.

De même, l'Europe du Sud (Italie, Espagne, Portugal, Grèce) qui connaissait des systèmes bismarckiens, s'est progressivement convertie au système national de santé au nom de l'universalisation de la couverture, ce qui n'a pas, néanmoins, empêché la création d'un cercle vicieux : mauvaise qualité du service public fournissant des soins gratuits à la population entraînant le développement de services de soins privés financés par les classes aisées de la société ayant, en général, souscrit des assurances privées. Ceci conduit à un système de santé à deux vitesses, le

service public n'étant plus fréquenté que par les défavorisés.

Les défauts du système des Etats-Unis – 40 millions d'Américains, soit 15% de la population, sont dépourvus de toute couverture maladie, les dépenses de santé atteignent des sommets et ne sont pas maîtrisées, les assurés ne sont pas satisfaits des plans d'assurance privés souscrits par leurs employeurs – ont conduit, en 1994, le candidat Clinton à prévoir dans son programme électoral une re-fondation de l'assurance maladie tendant à généraliser la couverture maladie à toute la population. Préservant le caractère concurrentiel du fonctionnement de l'assurance privée applicable aux salariés, la réforme mise au point par le président élu, cherchait à généraliser l'assurance maladie à tous, tout en laissant une grande liberté à la distribution de soins et en éliminant les modes de tarification trop individualisés, pénalisant les mauvais risques. Complexe, suscitant une forte résistance de tous ceux qui se satisfont de la situation actuelle, le projet Clinton n'a pu déboucher sur le plan politique.

Sur le second point – maîtrise des dépenses de santé – tous les pays industrialisés engagés dans le mouvement de la mondialisation des économies sont sensibles à la montée des prélèvements obligatoires dont on estime qu'elle ne peut se poursuivre indéfiniment. D'une part, la croissance suppose qu'une attention particulière soit apportée à la rémunération de l'effort des agents économiques qui sont à son origine. D'autre part, même si les charges sociales ne sont pas le facteur principal des écarts du coût du travail entre pays, les dérives qui conduiraient à des alourdissements trop significatifs sont à proscrire. En outre, la globalisation financière et la mobilité accrue des capitaux proscrivent un usage trop important de la taxation du capital comme elles interdisent une gestion trop laxiste des budgets sociaux qui rejaillirait sur la stabilité monétaire. En sens inverse, le report sur les ménages et les systèmes d'assurances complémentaires des charges peut conduire à une augmentation de l'exclusion.

Enfin, la maîtrise des dépenses de santé part également de l'idée que certaines modalités de financement ont conduit à un développement désordonné du système de soins dont la structure et les modalités de fonctionnement conduisent à des niveaux de dépenses trop élevés quand on les rapporte aux résultats en terme de niveau de santé des populations concernées. Il apparaît en effet que les systèmes beveridgiens avec un système national de santé sont moins coûteux et maîtrisent mieux leurs coûts que les systèmes bismarckiens, tout en étant aussi efficaces en termes d'indicateurs de santé mais pas nécessairement de qualité des soins. Ainsi, lorsqu'on met en relation le niveau des dépenses et la qualité des soins, beaucoup de facteurs entrent en ligne de compte et aucun des deux systèmes ne l'emporte systématiquement sur l'autre.

c) Comment maîtriser les dépenses de santé ?

1) *Le recours au marché*

Face au problème de la maîtrise des dépenses de santé, une première tentation est de s'en remettre plus largement aux mécanismes du marché supposés être plus efficaces pour la fourniture aux personnes du service que constitue une protection contre le risque maladie.

Les fournisseurs de ces services -les compagnies d'assurance mises en concurrence- devraient chercher la meilleure gestion au moindre coût. Les prélèvements nécessaires deviendraient des dépenses privées des consommateurs qui choisiraient librement la part de leur budget consacré à la santé, évitant ainsi aux pouvoirs publics de faire ce choix à leur place.

Cette tentation -puissamment soutenue par la Banque mondiale, au nom de la supériorité des mécanismes de concurrence sur les interventions publiques- malgré les défauts du système américain, qui constitue depuis des décennies le champ d'application des théories du libre marché

en matière d'assurance maladie, doit être écartée pour les raisons mêmes qui ont conduit le président Clinton à proposer sa réforme.

La libre concurrence en matière d'assurance maladie entraîne plusieurs conséquences majeures :

- les indigents qui ne peuvent se payer une assurance se trouvent sans protection ;
- les imprévoyants qui ne s'assurent pas en pensant qu'ils sont de bons risques se trouvent sans protection quand ils deviennent gravement malades ;
- la recherche normale du profit ou, tout simplement, de l'équilibre des comptes, conduit les assureurs à sélectionner les risques en attirant les bons risques et en tarifant de façon différenciée les mauvais risques de façon à les écarter ;
- la sélection des risques est plus rentable pour un assureur que la maîtrise des dépenses qu'il prend en charge. En tout état de cause, quand il s'y hasarde, il est obligé de restreindre la liberté de ses assurés en matière de choix d'un médecin de ville ou d'un hôpital et doit arbitrer entre la volonté supposée de ses ressortissants de voir baisser leurs primes et leurs ressentiments à l'égard de toute limitation de leur faculté de choisir leur médecin : difficile arbitrage qui ne se traduit pas, comme le montre l'exemple américain, par une maîtrise de la dépense totale ;
- la concurrence entraîne des coûts fixes de gestion et des frais de marketing qu'un système obligatoire permet de répartir sur des grandes populations : les frais de gestion du système américain sont trois fois plus élevés que ceux d'un système de type français pourtant bien complexe puisque comportant plusieurs régimes obligatoires⁶.

Le recours au marché n'est pas actuellement une solution qui réponde aux deux défis auxquels sont confrontés les systèmes de santé et d'assurance maladie : la protection des pauvres et la maîtrise des dépenses. L'échec du plan Clinton qui tentait la quadrature du cercle et dont la complexité et le caractère peu lisible ont découragé ses supporters et accru l'hostilité de ses adversaires naturels, le montre amplement. Il en est de même pour l'application aux Pays-Bas du plan Dekker qui juxtapose une assurance sociale obligatoire pour le gros risque et une partie du petit risque, avec une assurance volontaire, fiscalement encouragée pour le surplus, le tout en mettant en concurrence assureurs publics et assureurs privés. Cette mise en concurrence a nécessité une réglementation et des contrôles aussi étroits que ceux d'un système monopolistique ainsi que la mise en place d'un mécanisme de compensation complexes entre assureurs pour éviter toute sélection des risques. On ne peut plus parler de régulation par le marché.

Le recours à la concurrence entre assureurs privés pour la couverture maladie n'existe pas à l'état pur ; le système américain est, en fait, un mélange où cohabitent une assurance privée **volontaire**, une **assistance** sociale quasi gratuite pour les indigents (Medicaid) et une assurance sociale classique (Medicare) applicable aux personnes âgées et handicapées.

2) *La régulation au sein de systèmes bismarckien et beveridgien*

La couverture du risque maladie implique un assureur qui finance le système, un consommateur de soins et un producteur de soins, le tout sous la tutelle de l'Etat qui ne peut rester indifférent ni au fonctionnement du système de soins, ni à l'équilibre financier d'assureurs obligatoires.

Dans un système beveridgien où le financeur produit les soins, la régulation se fait souvent par la file d'attente : les pouvoirs publics estiment les besoins des assurés, financent par l'impôt les différents éléments du système de soins et constatent *a posteriori* les points du dispositif qui sont insuffisants, à la longueur des listes d'attente.

⁶ W.Glaser - Health Insurance in Practice, 1991.

En outre, pour optimiser le fonctionnement du système de soins, deux dispositions ont un rôle éminent pour freiner la dépense : la rémunération du médecin généraliste à la capitation et le rôle de *gate keeper* donné à ce médecin pour guider le patient dans le circuit des soins. Bien que la Grande-Bretagne ne consacre pas plus de 7% de son PIB à la santé, une réforme a été introduite dans le National Health Service, tendant à insérer un soupçon de marché dans le dispositif en faisant du cabinet de généralistes un gestionnaire de fonds (*fund holder*) passant contrat avec des hôpitaux devenus plus autonomes vis-à-vis de l'administration publique. Il est encore trop tôt pour en mesurer les effets et le gouvernement de T. Blair songe plutôt à renforcer les moyens du National Health Service.

Dans un système bismarckien, l'Etat est confronté à un ou plusieurs assureurs obligatoires et un système de santé formé de segments publics (hôpitaux) et de segments privés (cliniques, cabinets de ville). La demande des assurés, satisfaite par l'appareil de soins, est facturée aux assureurs qui constatent l'adéquation entre les ressources qui leur sont accordées et les dépenses qu'ils remboursent ou financent directement (tiers payant).

Pendant longtemps, on a cru que le déséquilibre financier, généralement constaté, résultait d'une demande trop forte des assurés comptant sur leurs assurances pour financer leurs excès. D'où, depuis 1930, la mise en place de formules de ticket modérateur ou de co-paiement qui font participer les malades aux coûts des biens et services qu'ils consomment. Dans tous les systèmes, les participations directes des assurés ont été augmentées au fil des années ; en France, elles atteignent 25% de la dépense de santé -mais l'hospitalisation est prise en charge à 90%- et ont donc suscité la multiplication d'assurances complémentaires mutualistes ou commerciales qui achèvent de complexifier le système ; il a donc été nécessaire de bâtir pour les plus défavorisés une couverture complémentaire obligatoire (CMU) gérée par les assureurs non obligatoires.

Les participations directes -proportionnelles à la dépense ou forfaitaires- ne suffisent pas à maîtriser la demande de biens et services médicaux mais constituent une nouvelle source de financement (paiement par les malades) qui s'ajoute aux sources collectives. C'est donc vers la régulation de l'offre que se sont tournés les gestionnaires des systèmes bismarckiens en empruntant aux organisations beveridgiennes les outils qu'elles utilisaient depuis l'origine et qu'elles ont perfectionnés.

Les instruments de régulation de l'offre de soins sont nombreux ; la France les a utilisés presque tous avec des succès inégaux qu'il s'agisse d'instruments visant les structures du système sanitaire (carte sanitaire, *numerus clausus* des professionnels de santé, liste de médicaments remboursables) ou qu'il s'agisse d'outils censés améliorer le fonctionnement de l'appareil de soins (références médicales opposables, enveloppes d'honoraires, accréditation des établissements, budget global hospitalier, fixation administrée des prix, incitations aux réseaux de soins).

Encore faut-il préciser qui peut se servir de ces instruments entre l'Etat et les caisses d'assurance maladie : problème qui dépend de la culture politique et administrative de chaque pays.

Tous les pays industrialisés sont engagés dans des politiques d'évaluation et de rationalisation de leurs systèmes sanitaires pour essayer de concilier financement collectif et efficience de l'appareil de soins.

d) Conclusions et enseignements

Si une forme d'organisation du système de santé permettait de garantir un état sanitaire de la population satisfaisant tout en assurant qualité des soins, distribution sans inégalités et

financement équitable, le tout en contenant la progression des dépenses de santé à un niveau raisonnable, ce système serait le meilleur et pourrait être recommandé. Encore faudrait-il que ce système puisse être transposé dans des économies ayant un niveau de développement différent de celui des pays industrialisés, ce qui n'est pas évident.

L'OMS s'est hasardé dans son rapport 2000, consacré à une analyse des systèmes de santé à travers le monde, à un classement utilisant une batterie de critères allant de l'efficacité médico-économique, à l'équité dans le financement, en passant par l'état de santé collectif des populations et le degré de satisfaction des usagers. La France y occupe "la pôle position" ; si on retient les douze premiers du classement -en éliminant les micros Etats comme Saint-Marin et Monaco- on constate que les systèmes de santé des pays lauréats sont différents, les uns étant plutôt bismarckiens, les autres plutôt beveridgiens : de l'Italie (n° 2) à Singapour, en passant par l'Espagne, la Norvège, l'Autriche, le Japon et le sultanat d'Oman. On notera que les Etats-Unis comme la Grande Bretagne sont, pour des raisons opposées, dans le milieu du peloton.

Quels enseignements, qui pourraient être utiles aux pays en développement, peut-on tirer de cette revue sommaire des principaux systèmes de santé et d'assurance maladie dans les pays industrialisés ?

On peut mettre en exergue une douzaine de conclusions communes à tous les systèmes de santé des pays industrialisés appréhendés dans leurs trajectoires respectives depuis leur création au siècle dernier :

1. Le développement des systèmes de protection sociale dans les pays industrialisés -dont la couverture du risque maladie est un des éléments- est le fruit d'une longue histoire politique et sociale, marquée par des compromis périodiques entre ce que souhaite la société civile et ce que peut supporter l'économie : ce n'est donc pas "un long fleuve tranquille". Ces compromis successifs sont consubstantiels à une société, à son équilibre politique, à son niveau de développement économique à un moment donné. L'Etat-providence s'est surtout développé, dans les périodes de forte croissance économique ; il a tendance à se rétracter quand celle-ci faiblit. Il constitue pour une société un puissant facteur de cohésion sociale, elle-même favorable au développement.
2. La protection sociale couvre de nombreux risques sociaux : retraite, chômage, accidents du travail, maladie, maternité. Ces risques évoluent et de nouveaux besoins s'y insèrent : dépendance des personnes âgées, conciliation du travail féminin et de la vie familiale, allongement de la durée de la vie, techniques médicales sophistiquées, nouvelles situations de pauvreté et d'exclusion. Il faut faire des choix d'autant plus que les dépenses de santé sont difficilement contrôlables et qu'elles auraient tendance dans les systèmes globaux de sécurité sociale à accaparer une grande partie des ressources affectées à la protection sociale en invoquant les besoins sanitaires des chômeurs comme des retraités. En fonction de choix explicites ou implicites, la part des dépenses de santé dans les dépenses de protection sociale varie dans les pays industrialisés de 35 à 45%.
3. L'état de santé d'une population n'est pas directement corrélé avec le montant des dépenses de santé du pays considéré : il dépend, en grande partie, en effet, de déterminants extérieurs au secteur sanitaire : habitat, conditions de travail, hygiène, éducation sanitaire et sociale, dépendances comportementales (tabac, alcool, drogue). De plus les résultats sanitaires ne sont pas proportionnels aux ressources allouées à la santé et on connaît des pays qui, avec des dépenses modestes, parviennent à des résultats satisfaisants.
4. Un système de santé est en permanence écartelé entre la poursuite de trois objectifs :

- efficacité dans la fourniture des soins,
- équité dans le financement,
- universalité dans l'accès aux soins.

Il est difficile de les atteindre simultanément à un coût supportable car les acteurs en présence sont nombreux -professions de santé, industries pharmaceutiques, établissements hospitaliers, autorités publiques nationales, régionales et locales- et leurs intérêts qui touchent à de nombreux secteurs (industrie, organisation de la médecine, aménagement du territoire) sont divergents. C'est pourquoi, il est de bonne politique de séparer les fonctions et les organisations qui les assument de telle sorte que même dans un système sanitaire public, toute unité de soins soit obligée d'obtenir son financement d'un financeur de rang supérieur capable d'établir un début de concurrence. Les organismes d'assurances publics ou privés, monopolistiques ou en compétition ont pour vocation naturelle de jouer ce rôle, ce qui suppose des systèmes d'information détaillés.

5. Il y a une interdépendance entre le système de santé d'un pays et les sommes qu'il est capable de mobiliser pour ce secteur qu'elles soient collectives ou individuelles. On ne finance par le même panier de biens et de services médicaux quand la dépense nationale de santé atteint 2.000 dollars par habitant ou quand elle se situe à 200 dollars.

De même, on ne dispose pas du même système de santé suivant que l'on peut utiliser 0,2 médecins pour 1.000 habitants (Maroc) ou 0,5 (Tunisie, Afrique du Sud), ou 1,4 (Royaume-Uni) ou 1,6 (Japon) ou 2,4 (Etats-Unis).

Pas de production de soins sans médecin mais pas de médecins sans rémunérations et carrières attractives, sans parler de l'héliotropisme, cher au corps médical et de son inclination à se concentrer dans les zones urbaines à fort pouvoir d'achat.

6. Il y a une forte interaction entre l'organisation et le mode de fonctionnement d'un système sanitaire et les modalités de son financement.

La place accordée respectivement aux filières ambulatoire et hospitalière est très différente d'un pays à l'autre et la prédominance accordée à l'une ou l'autre de ces filières ne préjuge pas du coût global des soins. On constate néanmoins un recul des systèmes hospitalo-centrés.

Plus un malade dispose de liberté pour évoluer dans un système de santé, plus sa trajectoire pour un même épisode de soin coûte cher et plus il favorise la dispersion génératrice d'inefficacité des professionnels de santé, surtout lorsque ceux-ci sont rémunérés à l'acte. Les rémunérations à la capitation ou à la pathologie sont autant de modalités de financement qui minimisent la dérive des coûts comme le sont, quand sont résolus le problème de leur financement, les réseaux de soins coordonnés.

7. Les besoins de soins parce qu'ils peuvent être vitaux et parce qu'ils sont, en partie, conditionnés par l'offre, sont sans limites alors que les ressources qui peuvent leur être affectées sont nécessairement limitées. Il est donc de bonne politique d'isoler le risque maladie en lui affectant des ressources individualisées (impôt, cotisation, et/ou co-paiement des malades), ce qui clarifie les arbitrages et permet de mieux les justifier devant l'opinion publique, surtout si un effort particulier est fait pour rendre les comptes les plus transparents possibles.

8. L'introduction de la loi du marché dans le financement des dépenses de santé, considérées comme relevant des techniques de l'assurance, consiste à rationner les services de santé en les limitant à ceux qui peuvent les payer : c'est une solution qui n'est jamais équitable, ni toujours efficace. C'est bien pourquoi, elle n'existe pas à l'état pur dans les pays industrialisés.
9. L'assurance sociale obligatoire, c'est-à-dire la conjonction de la mutualisation des risques avec un financement assis sur les revenus des assurés, est, en dehors du service national de santé financé par l'impôt, le moyen de réaliser une protection équitable contre le risque maladie. Démarrant en général à partir de groupes socioprofessionnels limités, son extension à l'ensemble de la population implique un accroissement de la solidarité : les exclus de l'assurance sont les pauvres ; les risques qu'ils comportent sont élevés alors qu'ils contribuent faiblement au financement du système. Il faut bien financer le déficit structurel de leur assurance soit par des impôts particuliers, soit par des mécanismes de compensation des risques avec les régimes existants. La résistance des groupes socioprofessionnels (fonctionnaires, salariés des entreprises privées ou publiques) bénéficiant déjà d'une assurance maladie obligatoire ne doit pas être sous-estimée.
10. Les dépenses de santé d'un système donné augmentent naturellement -vieillesse de la population, progrès des techniques médicales, modifications des comportements face à la maladie, influence de l'offre de soins sur la demande- plus vite que le PIB, quelle que soit l'assiette des ressources qui lui sont affectées (impôts ou cotisations). L'équilibre financier des régimes d'assurance maladie est donc fragile, même avec un taux de chômage faible, et nécessite en permanence des mesures d'ajustement. Il n'y a pas de réforme avec un grand "R" qui ferait disparaître cette instabilité.
11. Tous les systèmes de santé sont confrontés au problème de l'ajustement des dépenses de santé aux ressources qui leur sont affectées qu'elles soient individuelles (ticket modérateur, franchises ou co-paiement par les malades) ou collectives (impôts ou cotisations sociales).
Cet ajustement présente deux faces : l'une relève de la gestion du risque (assurance privée ou sociale) et des modalités de son financement (impôt régressif ou proportionnel aux revenus, TVA ou cotisations sociales). L'autre concerne la productivité globale d'un appareil productif complexe, composé d'entreprises diverses, publiques et/ou privées, poursuivant normalement des objectifs de développement et de rentabilité ; or, ni l'organisation de cet appareil ni le fonctionnement de ces entreprises ne sont soumises à une contrainte de rationalité du fait d'un financement principalement collectif et pérenne ; comme ces entreprises ont de plus la possibilité d'influencer la demande de soins qu'elles ont pour vocation de satisfaire, voir de la créer, il est nécessaire de faire peser sur le système de soins une contrainte d'optimisation pour obtenir de lui non seulement une adéquation aux besoins réels des populations mais aussi le meilleur rapport qualité/prix.
L'ajustement des dépenses de santé aux recettes est un problème difficile aux données multiples dont les deux faces sont liées ; on a vu que l'appel au marché pour la gestion du risque qui permet, en principe, de faire peser sur l'appareil de soins une contrainte d'efficacité n'y parvenait pas et entraînait de surcroît des inégalités inacceptables.

Dans les systèmes beveridgiens où l'Etat est l'assureur ultime par l'intermédiaire du service public de santé, une logique budgétaire stricte permet à la longue une évolution

parallèle des dépenses et des recettes à un niveau acceptable, même si les dérives bureaucratiques de tout système administratif et les problèmes de file d'attente nécessitent la recherche permanente d'une meilleure efficacité ; on remarque dans ce but, des tentatives d'introduire dans ces systèmes hiérarchisés des quasi-marchés administrés destinés à établir un peu de concurrence ou, tout au moins, des comparaisons entre les prix des services des professionnels de santé.

Dans les systèmes d'assurances sociales de type bismarckien, les régimes passent progressivement de l'état de payeur aveugle à celui d'acheteur averti de façon à déployer une contrainte d'efficacité sur l'appareil productif de soins en utilisant une grande palette d'instruments dont l'efficacité et l'adaptabilité varient suivant les pays. Encore faut-il que les régimes d'assurance maladie se dotent des moyens d'évaluation adaptés (systèmes d'information sophistiqués, services médicaux de contrôle).

Encore faut-il aussi que l'Etat accepte qu'ils jouent ce rôle difficile dont la légitimité ne peut s'appuyer que sur la qualité des instruments qu'ils utilisent et des personnels qui les servent, toutes conditions qui sont loin d'être remplies partout, alors même que la qualité et la sécurité des soins sont des préoccupations grandissantes des opinions publiques. Et ce n'est pas le caractère paritaire des conseils d'administration qui donnera aux régimes d'assurance maladie la légitimité nécessaire pour prendre des décisions lourdes à l'égard des professionnels de santé.

La régulation des dépenses de santé dans les pays à assurances sociales -c'est-à-dire ayant résolu correctement le problème de l'équité du financement- est un chantier ouvert dans les pays industrialisés dont aucun n'a trouvé la combinaison optimum pour atteindre un équilibre acceptable entre socialisation nécessaire du financement (tout ou en partie) et efficacité du système sanitaire curatif et préventif.

12. L'Etat, qui est en charge de la politique de santé et doit en répondre devant les électeurs en démocratie, doit également maintenir les grands équilibres économiques, alors que le financement de la protection sociale absorbe plus de la moitié des prélèvements obligatoires ; il ne peut se désintéresser du système de santé et de son financement. La santé touche tout le monde : c'est un sujet éthique, éminemment sensible, et donc pleinement politique.

B - Les nouvelles politiques de développement à l'aube des années 2000 dans les pays en développement

a) Au delà de l'ajustement structurel : les nouvelles politiques de développement et le cadre stratégique de réduction de la pauvreté et de meilleure gouvernance

Sous l'influence des principaux bailleurs, beaucoup de pays en développement sont désormais engagés dans des programmes de post-ajustement structurel qui sont orientés à la fois vers une meilleure gouvernance économique et sociale et vers la mise en place de stratégies à moyen et long terme de réduction de la pauvreté sous toutes ses facettes (qui conditionnent souvent des programmes de réduction de la dette).

La "bonne" gouvernance est difficile à définir rigoureusement, mais peut être appréciée objectivement par les observateurs et par les acteurs concernés. La gouvernance économique, qui peut être "bonne" ou "mauvaise", est l'exercice de l'autorité pour la gestion des affaires économiques. Son champ d'étude porte plus précisément sur les institutions, les mécanismes et les

procédures qui se situent à l'interface entre les administrations publiques et les agents privés. La gouvernance sociale porte sur la reconnaissance des droits et le renforcement des capacités des pauvres dans l'exercice de leur vie économique, sociale et politique.

La gouvernance est “bonne” lorsque ses institutions, ses méthodes et/ou ses résultats sont bons : lorsque une institution est particulièrement performante et satisfait toutes les attentes ; lorsque la croissance et le développement durable sont au rendez-vous pour tous les hommes et toutes les femmes du pays ; lorsque la pauvreté et la vulnérabilité sont réduits significativement ; lorsque la participation à la vie économique et sociale est assurée pour tous dans des conditions satisfaisantes.

Une “bonne” gouvernance économique dépasse le cadre strictement économique : elle suppose notamment **une capacité technique** et **une volonté politique** qui peuvent parfois se conjuguer pour faire de certaines institutions spécifiques des pôles d'excellence à certains points focaux de la gestion des affaires.

Une bonne politique d'ajustement fait partie intégrante d'une bonne gouvernance, mais une bonne gouvernance ne peut se réduire à une bonne politique d'ajustement structurel.

Au sens strict historique, l'ajustement structurel vise à inciter les gouvernements des différents pays à **établir les conditions d'une croissance durable de leur production sur la base d'un développement du secteur privé et sans augmentation des déficits publics et extérieurs.**

Autour de cette conception centrale, on peut trouver des pays engagés plus ou moins dans un sens de stabilisation des dépenses ou à l'inverse de développement humain durable.

A l'origine, l'ajustement était prioritairement financier et la devise était : “faire mieux avec moins”. Il s'agissait de réduire les déficits par tous les moyens possibles : réduire les dépenses et les importations, augmenter les recettes et les exportations, faire payer les services publics.

Puis l'ajustement est devenu fondamentalement **économique** : il s'est agi de mettre en œuvre des réformes structurelles pour faire croître l'offre nationale privée (agricole, industrielle, de services).

Même s'il devait être adapté à chaque pays, le diagnostic implicite des bailleurs de Bretton-Woods (Fonds monétaire international [FMI], Banque mondiale [BM]) était le suivant :

- la crise vient d'une insuffisance et d'une mauvaise orientation et gestion des ressources et dépenses publiques ;
- les dépenses de protection sociale ne doivent pas évincer les dépenses immédiatement productives ;
- la crise vient d'une orientation des interventions publiques en défaveur des produits échangeables (notamment exportables et/ou agricoles vivriers) ;
- la crise vient d'une politique qui décourage les initiatives privées potentielles.

Mais la question est vite devenue la suivante : comment réussir les réformes structurelles en peu de temps et avec des moyens financiers en baisse, avec des institutions fragiles, avec des problèmes sociaux croissants ?

Dès lors, l'ajustement a encore changé de contenu : beaucoup de théoriciens et de praticiens sont devenus favorables à une conception de l'ajustement structurel élargie aux facteurs **sociaux** et **institutionnels**.

On a alors admis qu'une bonne politique d'ajustement devait avoir plusieurs visages complémentaires : financier, économique, social et institutionnel.

Les aspects sociaux et institutionnels sont mêmes devenus des aspects prioritaires des nouvelles politiques de développement :

- Comment établir un développement harmonieux durable si l'administration publique n'est pas ouverte aux problèmes du secteur privé mais aussi, si le secteur privé n'est pas plus citoyen et plus partenaire de l'administration ?
- Comment établir un développement humain durable si une grande partie de la société reste au bord du chemin et si la pauvreté et la vulnérabilité croissent ?
- Comment assurer un développement solide si les règles du jeu (les droits et devoirs de chacun) ne sont pas connues de tous et respectées par tous ?

Ainsi, la gouvernance va au delà du simple ajustement structurel au moins à plusieurs niveaux :

- elle met en jeu des acteurs multiples de développement et introduit des facteurs et considérations éthiques, administratifs et politiques ;
- elle met l'accent principal sur la phase d'exécution des réformes et des actions publiques et non plus sur la phase de conception.

Au cours de vingt années d'ajustement structurel, on a tiré au moins trois leçons fondamentales :

1. L'ajustement ne peut être le même dans tous les pays : il doit être basé sur la stratégie de développement et d'aménagement du territoire de chaque pays en fonction de son histoire, de sa géographie, de ses spécificités. Il faut connaître l'histoire, la géographie, la culture et le système politique ainsi que les structures sociales et économiques d'un pays pour pouvoir y proposer des réformes adaptées d'ajustement structurel.
2. L'ajustement ne réussit pas forcément si les réformes portent exclusivement sur la réduction du secteur public et du poids de l'Etat : ce qui compte est l'existence de concurrence porteuse de dynamisme, de liberté d'entreprendre et de développement des initiatives à tous les niveaux, de partenariats et complémentarités entre les acteurs publics et privés.
3. Il est illusoire d'attendre de politiques exclusivement économiques, même bonnes, le rattrapage de développement des pays les plus pauvres. L'équation de développement (humain autant que matériel) implique une synergie entre politiques économiques, sociales et institutionnelles. Le rattrapage implique l'injection de capitaux importants pour développer le capital physique, le capital humain et le capital socio-institutionnel du pays.

Bref, toutes choses égales par ailleurs et indépendamment des éléments de bien-être social que peut apporter en elle-même une bonne gouvernance politique, les pays qui réussissent leur développement sont ceux qui savent apporter une dimension "gouvernance" à leur gestion publique.

D'un côté, on retrouve ici les éléments constitutifs de bonne gouvernance à promouvoir :

- un cadre légal et un environnement stable et transparent pour les entrepreneurs potentiels et pour tous les citoyens ;
- une mémoire institutionnelle et une information fiable et disponible pour tous les acteurs ;
- une responsabilisation et professionnalisation des acteurs avec réciprocité des droits et obligations entre sphère publique et sphère privée ;
- une égalité des chances pour tous les hommes et toutes les femmes ;
- le respect d'une éthique et/ou d'une déontologie au service de l'intérêt général.

Quels sont les défis majeurs auxquels sont confrontés les pays en développement en matière de gouvernance économique et sociale ?

On peut citer au moins **six grands défis** :

1. **Investir dans le capital socio-institutionnel** en même temps que dans le capital humain (éducation, santé) et dans le capital physique (infrastructures de communication et d'appui aux activités productives), car le capital social, reposant sur la confiance et la solidarité entre les acteurs ainsi que sur la participation des acteurs à des réseaux de solidarité et promu notamment grâce à une stratégie élargie de formation-information-communication (dans laquelle les médias ont un rôle majeur à jouer), est un facteur de meilleure vie incontournable.

Questions test : Est-ce que les rapports entre agents publics et agents privés sont de plus en plus empreints d'un esprit de confiance, d'équité, de solidarité ? Est-ce que les pauvres peuvent faire face à des risques de l'existence grâce à des réseaux de solidarité ?

2. **Concevoir un cadre de gouvernance économique et sociale adapté à la société considérée et propice à un développement économique et social à moyen et long terme** plus autonome (choix de stratégies à moyen et long terme, meilleure mobilisation des ressources et gestion de la dette, capacité de négociation internationale,...), plus humain (croissance économique et réduction de la pauvreté), plus social (réduction de la vulnérabilité et protection contre les risques économiques et sociaux) et plus durable (maintien du patrimoine naturel).

Question test : Est-ce qu'il existe des structures de concertation permettant à toutes les catégories de la population de débattre et d'orienter les stratégies à moyen et long terme ?

3. **Redéfinir et réaffirmer le rôle de l'Etat** pour rendre effective la libéralisation de l'économie, consolider le processus de construction de l'Etat de droit et développer une éthique de service public, orienter les actions publiques en faveur du développement humain durable et de la satisfaction des droits fondamentaux de tous.

Questions test : Est-ce que l'Etat est capable de lever des impôts de manière juste et équitable ? Est-ce que l'argent public sert au bien-être général de la population ? Est-ce que l'assistance sociale atteint les populations les plus pauvres ?

4. **Garantir une bonne gestion du secteur public** incluant une bonne gestion de la politique économique et sociale (capacité d'information, d'analyse, d'évaluation des politiques dans une optique de développement humain durable), une bonne gestion et un contrôle efficient des finances publiques, une bonne gestion et une valorisation des ressources humaines et matérielles du secteur public, une rationalisation des circuits de décision et une bonne complémentarité entre les acteurs.

Questions test : Les politiques et programmes de développement sont-ils correctement élaborés et (surtout) exécutés ? Les revenus et dépenses publics font-ils l'objet d'un contrôle transparent ? Les systèmes de gestion des ressources humaines (emploi, formation, rémunération) sont-ils cohérents ?

5. **Créer un environnement favorable au développement des initiatives** privées lucratives et non lucratives (droits de propriété, liberté d'entreprendre, respect des contrats et/ou de la parole donnée ...), à la participation de tous (y compris pauvres et défavorisés) à la vie économique et sociale du pays.

Questions test : L'environnement des agents privés est-il satisfaisant, stable et transparent ?

Les droits de propriété sont-ils garantis pour tous ?

6. **Renforcer simultanément les capacités de tous les acteurs du développement** : agents du secteur public, agents du secteur privé, agents de la société civile à réaliser les objectifs majeurs du développement humain durable (la croissance économique, l'équité et la lutte contre la pauvreté, la durabilité et le souci des générations futures, le contrôle des personnes sur leur destinée).

Question test : Le renforcement des capacités, la formation, l'information et la professionnalisation touchent-ils en même temps tous les agents du secteur public, du secteur privé et de la société civile ?

La bonne gouvernance économique intègre harmonieusement les objectifs d'efficacité économique et d'équité sociale.

Historiquement, l'ajustement structurel était conditionné par la résorption des déficits financiers, puis par la mise en œuvre de réformes économiques et institutionnelles.

Désormais, **la lutte contre la pauvreté est au cœur de la nouvelle stratégie de développement.**

L'approche développée dans les nouveaux cadres stratégiques de politique économique consiste à :

- changer les séquences habituelles de l'ajustement structurel : celui-ci était fondé sur un schéma en trois temps (s'ajuster, puis attendre un retour à la croissance, puis attendre que cette croissance profite aux pauvres) ; désormais, il s'agit d'associer croissance et réduction de la pauvreté en visant le développement en même temps d'un secteur économique moderne dynamique, capable d'apporter de la valeur ajoutée et des recettes d'exportations et d'un secteur socio-économique "populaire" capable de donner des emplois et des services sociaux de base à des coûts faibles pour les pauvres ;
- prendre en compte la lutte contre la pauvreté dans tous les secteurs prioritaires (financier et macro-économique, sectoriels) et compléter le dispositif par un secteur social lui-même prioritaire ciblé sur les pauvres. Améliorer la situation des pauvres ne revient pas seulement à accroître leur revenu monétaire à court terme, mais aussi à leur offrir à coûts supportables des biens et services de base en quantité et qualité suffisantes ;
- faire de la réduction de la pauvreté un thème transversal permanent dans tous les projets et programmes de renforcement des capacités de gouvernance.

Les pays qui sont éligibles à l'initiative de réduction de la dette vont se retrouver avec des montants significatifs de ressources extérieures additionnelles qui seront mis à leur disposition à moyen et long terme sous trois conditions liées à la bonne gouvernance économique et sociale :

- première condition : qu'ils fassent la preuve de leur volonté d'accroître l'efficacité de leurs actions publiques ;
- deuxième condition : qu'ils mettent en place un environnement favorable au développement des initiatives privées ;
- troisième condition : qu'ils orientent leurs dépenses publiques vers les secteurs sociaux, vers la protection sociale et en faveur des pauvres.

Ainsi, la question de l'accès aux soins des pauvres et des démunis doit-elle être au cœur des débats sur l'utilisation des fonds libérés par l'initiative de réduction de la dette. Si le retour à la gratuité n'est pas possible ou souhaitable dans les pays qui ont introduit le paiement des soins par les usagers, les pays éligibles à l'initiative doivent trouver des solutions novatrices pour que les populations puissent utiliser les structures de soins en fonction de leurs besoins.

Plus généralement, les réflexions sur la bonne gouvernance s'appliquent aux politiques d'amélioration de la santé et du bien-être des populations et spécifiquement aux programmes de sécurité sociale.

1. Tant que les régimes existants de sécurité sociale connaîtront des lacunes en matière de gouvernance, la création en leur sein d'une branche maladie (plus complexe que les autres branches) paraîtrait bien hasardeuse.
2. Tant que les pays ne démontreront pas leur changement de politique en faveur d'actions effectivement orientées vers la sécurité des plus pauvres et des plus vulnérables, ils ne bénéficieront pas de la réduction de la dette et des nouvelles formes d'appuis extérieurs.

Les trois dimensions d'une bonne gouvernance des régimes de sécurité sociale sont les suivantes :

- **la gouvernance stratégique** : le pays est-il capable de mettre en place un processus de consultation et de prise de décision qui détermine le ou les régimes de sécurité sociale les mieux adaptés à la situation du pays et permette l'accès aux soins des personnes pauvres et vulnérables ?
- **la gouvernance institutionnelle** : le pays a-t-il fait le choix des dispositions institutionnelles les mieux adaptées à l'administration de la sécurité sociale.
- **la gouvernance opérationnelle** : dans le cadre des fonctions administratives et de gestion liées à la mise en œuvre de la sécurité sociale, comment obtenir une efficacité de gestion maximale ?

b) Au delà de l'Initiative de Bamako : les nouvelles approches concernant le secteur de la santé et son financement

Depuis quelques années, la plupart des pays africains ont mis en place le système de Bamako avec plus ou moins de succès⁷. Dans leur formulation initiale, les objectifs de l'Initiative de Bamako (IB) étaient les suivants : financement de **paquets minimum d'activités** (PMA) comprenant le programme élargi de vaccination (PEV), la prise en charge des pathologies les plus courantes et enfin les consultations pré et postnatales ainsi que le suivi correct des accouchements ; décentralisation maximale de la responsabilisation pour la mise en œuvre de ce PMA dans la hiérarchie des structures sanitaires jusqu'au niveau où on peut atteindre au mieux les cibles de ces interventions ; **minimalisation des coûts** à travers des politiques de médicaments essentiels génériques (MEG) ; **cogestion communautaire** par l'articulation de systèmes décentralisés de monitoring et de surveillance épidémiologique, d'un contrôle communautaire de la gestion des médicaments et des recettes ; **cofinancement communautaire** pour mobiliser une partie des ressources nécessaires à la pérennisation du système.

Si les principes théoriques de l'IB sont bien connus et incluent prioritairement trois grands thèmes (médicaments essentiels génériques, recouvrement des coûts et participation communautaire), leur mise en œuvre varie sensiblement d'un pays à l'autre, en fonction, entre autres, de politiques nationales plus ou moins innovantes, de la réaction des acteurs par rapport aux

réformes et du degré d'acceptation des populations, des pressions éventuelles exercées par les bailleurs.

On peut trouver, au niveau primaire, une diversité dans l'offre de soins plus ou moins grande selon les pays. La libéralisation du secteur de la santé et le développement d'expériences IB ont eu donc pour effet d'accroître encore le phénomène de pluralité de l'offre et d'enchevêtrement complexe de systèmes et sous-systèmes médicaux.

Dans le cadre de l'IB, la véritable opposition se situe entre les centres publics communautaires et les centres associatifs communautaires : ces derniers disposent de la personnalité morale et fonctionnent comme des associations de type non lucratif.

Au niveau des modalités financières du recouvrement des coûts, on note également la diversité des expériences. Selon les pays, le mode, le niveau et la structure du recouvrement des coûts peuvent changer et avoir des influences significatives sur les évolutions d'activités et les résultats en matière de santé. *Une tarification peut, ou non, assurer la viabilité financière du centre de santé, être acceptable par les usagers, orienter les patients vers les services les plus efficaces, stimuler ou non la prévention, inciter à la continuité des soins, permettre une gestion plus simple et plus transparente.*

Quel bilan peut-on faire de l'IB dix ans après son instauration dans les pays en développement ?

Les objectifs étaient, il est vrai, difficiles à atteindre en si peu de temps. Pourtant, à bien des égards, tant du point de vue de l'accès aux soins, de leur qualité que de l'équilibre financier des systèmes de santé ou de l'équité sociale, les ambitions des promoteurs de l'IB ont été rarement atteintes, du moins simultanément.

Un large consensus semble se dessiner sur le terrain quant au *caractère inéluctable d'une prise en charge partielle des dépenses de santé par les usagers.*

Mais évidemment le montant et les formes de cette prise en charge sont fortement contrastés sur le terrain et la formule idéale n'est pas simple compte tenu des arbitrages nécessaires entre efficacité, équité et pérennité. La forte avancée obtenue grâce au recouvrement des coûts réside certainement dans le souci généralisé de faire passer le message selon lequel la santé a un coût et les structures de santé doivent apprendre à faire de la gestion financière, à évaluer leurs coûts, à pratiquer des formes de tarification et de facturation.

Dans quels cas la situation s'est-elle nettement améliorée depuis dix ans et quelles expériences semblent avoir produit des résultats positifs ? Les financements IB ont certainement permis un *rattrapage* des pays qui avaient initialement la situation la moins bonne en matière de santé et plus largement de développement humain durable : Guinée, Bénin, Mauritanie ; rattrapage en termes de couverture vaccinale, d'accès aux médicaments, de réduction des disparités entre milieu urbain et milieu rural, d'activités de soins ; rattrapage oui, mais aussi besoin sans doute d'un *second souffle* pour les plus anciens adeptes de l'IB.

Les expériences positives semblent par ailleurs concerner *davantage les centres associatifs privés* que les centres publics communautaires. On retrouve ici notamment les CSCOM du Mali et les FSUCOM d'Abidjan, projets relativement autonomes par rapport aux circuits financiers de l'Etat, davantage initiés par les populations civiles et soutenus individuellement par les bailleurs par rapport aux centres publics qui émarginent du budget public. Le bilan confirme la supériorité théorique, pour des objectifs sociaux, d'institutions qui ne sont ni des organisations

publiques pures (supposées à caractère bureaucratique, sans souci d'efficacité maximale), ni des organisations privées pures (supposées ne viser que des objectifs de profit).

Les nouvelles politiques ont eu le mérite de corriger le biais rural-urbain qui s'est nettement réduit depuis dix ans, de susciter une amélioration notoire dans la disponibilité de médicaments bon marché pour les populations, de revitaliser des centres qui servent de points d'appui utiles pour des programmes d'action tels que les programmes de vaccination ou les programmes de formation, de responsabiliser les populations. Un peu partout, sur l'ensemble des pays, on observe l'existence de centres de santé revitalisés disposant d'une offre de médicaments et de services de meilleure qualité. Il existe du reste une corrélation positive entre le degré d'ancienneté dans l'IB, le degré d'avancement du programme de vaccination et le degré de réduction des disparités rural-urbain.

Mais les pays connaissent des difficultés à concilier et atteindre les objectifs d'efficacité, d'efficience, d'équité et de pérennité et à améliorer les indicateurs de résultats en matière de mortalité et morbidité.

La réponse serait assurément négative s'il fallait répondre globalement aux quatre questions suivantes :

- *efficacité* : davantage de personnes ont-elles accès au système et sont-elles mieux soignées ?
- *efficience* : la productivité du personnel dans les centres publics a-t-elle augmenté ?
- *équité* : les pauvres et les indigents sont-ils pris en charge ?
- *pérennité* : sans les interventions des bailleurs, le système pourrait-il perdurer ?

Les facteurs favorables à une politique de recouvrement des coûts sont rarement tous atteints en même temps : une autonomie de gestion qui permet de générer et utiliser des recettes propres et de libérer les initiatives ; un intéressement et une motivation du personnel suffisants ; la confiance et l'éthique professionnelle ; la proximité de la population et la représentativité des membres des comités de gestion ; le développement du tiers payant et d'initiatives de type mutuelles ; une capacité et volonté de payer des populations ; des systèmes de formation et d'information ; une bonne complémentarité avec les hôpitaux et équipes de districts.

La situation reste très fragile. Il suffit souvent d'un facteur défavorable pour dégrader la situation générale d'un centre : un déplacement géographique, les négligences d'un gestionnaire, l'incompétence ou la malhonnêteté d'un membre du personnel, une rupture de stock, une pénurie d'eau ou d'électricité, le non-renouvellement d'un projet d'appui qui arrive en phase finale, les retards dans les dotations budgétaires ou des allocations budgétaires inadéquates.

Comme les taux de fréquentation des centres n'augmentent pas et que les charges s'accroissent, les taux de recouvrement baissent. De plus en plus de centres deviennent alors déficitaires et le système financier mis en place est appelé à s'effondrer lorsque les pharmacies privées disposeront de stocks de médicaments génériques, évitant ainsi aux populations le coût de l'acte ou de l'entrée dans le centre (jugées actuellement par elles comme un *pensum* obligatoire pour accéder aux médicaments).

Ainsi, dix après la mise en place des politiques IB, le besoin d'un second souffle se fait sentir dans la plupart des pays.

Les décideurs cherchent à introduire des modes de financement alternatifs au paiement direct des soins par les usagers. Au delà de cela, on peut distinguer divers objectifs :

- la solvabilisation de la demande (en cas de revenus saisonniers par exemple) ;
- l'accroissement ou la stabilisation des ressources disponibles pour le secteur santé ;

- l'amélioration de la qualité des soins ;
- la recherche d'une plus grande équité dans l'accès aux soins.

Les différents mécanismes mis en œuvre dans les pays en développement, tels que la mutualisation ou l'assurance maladie, sont essentiellement basés sur le principe de solidarité. La notion de solidarité financière dans les économies en développement est relativement difficile à appréhender pour les acteurs internationaux : elle n'a notamment pas la même signification en milieu urbain et rural.

On recense différentes alternatives de financement :

- Les taxes spécifiques pour la santé : l'instrument fiscal est très peu utilisé dans les pays en développement, notamment à cause d'un manque de confiance des populations quant à l'emploi des impôts.
- Les assurances maladie privées à but lucratif : cette alternative se rapproche de ce que recommande la Banque mondiale ("assurance maladie autofinancée"). Elle ne peut s'adresser qu'à une mince couche de la population.
- L'assurance maladie obligatoire non lucrative : cette solution présente en théorie de nombreux avantages. Ainsi, le caractère obligatoire évite le risque d'anti-sélection, le mode de financement favorise une redistribution horizontale entre familles de différentes tailles, un système unifié peut permettre de disposer d'un plus grand pouvoir de négociation face aux prestataires, et les prestations préventives peuvent être prises en charge (ce qui n'est pas le cas pour les assurances privées à but lucratif). Toutefois, dans les pays en développement, certaines difficultés apparaissent. Par exemple, un régime d'assurance maladie ne s'adresserait, dans un premier temps, qu'aux seuls salariés du secteur dit moderne, donc à une faible part de la population générale. D'autre part, le problème de la maîtrise des coûts, récurrent dans les pays industrialisés, aurait une grande ampleur dans ces pays. Enfin, l'administration et la gestion d'un régime d'assurance maladie supposent des capacités spécifiques. La mise en place d'un régime d'assurance maladie est soumise à des conditions juridiques et organisationnelles importantes. En tout état de cause, ce régime doit acquérir la confiance de ses assurés, notamment en termes de viabilité.
- Les mutuelles : ce concept se développe de plus en plus. Cependant, la majorité des expériences observées s'adressent à des couches de population assez minces, et ne résout pas le problème de la prise en charge des indigents, relevant historiquement de l'Etat. Le problème de l'équité reste donc posé.

L'organisation de l'offre de soins a connu aussi d'importantes mutations dans les pays en développement. Ainsi, la mise en place de districts sanitaires a ouvert la voie de la décentralisation. Par la décentralisation, l'Etat délègue au niveau périphérique une partie de ses responsabilités en matière de planification, de prise de décision, de gestion des ressources pour la mise en œuvre et le suivi des programmes. La politique nouvelle doit consister à redynamiser les districts sanitaires dans un cadre de décentralisation active. A ce titre, le district (ou la région) peut, sous certaines conditions, devenir l'unité opérationnelle la mieux à même de développer des innovations comme les mutuelles, ou les assurances sociales, en laissant une large part aux initiatives de la société civile ou en faisant la promotion, par des actions d'information et de diffusion, de schémas types non rigides.

Des méthodes modernes de l'économie publique comme la contractualisation peuvent être appliquées dans les pays en développement. Le secteur privé (à but lucratif ou non) se développe rapidement dans ces pays, jusqu'à parfois représenter une part non négligeable du

schéma sanitaire. Cette diversification de l'offre de soins amène les différents acteurs à réfléchir sur leur rôle et l'organisation de leurs rapports. Ainsi, l'approche contractuelle peut faciliter la collaboration entre les secteurs public et privé. L'approche contractuelle est un processus dynamique au service du fonctionnement du système de santé. Elle permet aux acteurs en présence de prendre conscience des interactions existantes entre eux, et de leurs rôles et fonctions respectifs. Elle est donc un facteur de responsabilisation des acteurs. Cette approche contractuelle s'applique autant à l'offre de soins qu'au financement du système de santé. L'Etat passe progressivement des contrats avec des opérateurs divers, chargés pour les uns d'organiser la solidarité et pour les autres de dispenser des soins.

Cependant, la réussite de cette approche dépend d'importants facteurs :

- L'importance des coûts de transaction : ces coûts sont d'une part ceux inclus dans la phase de préparation du contrat et d'autre part, ceux relatifs à la surveillance de leur bon déroulement ;
- La réticence possible des acteurs : certains acteurs peuvent vouloir sauvegarder leur indépendance vis-à-vis des pouvoirs publics ;
- La disponibilité de l'information : un système fiable d'information doit être mis en place afin de permettre la mise en œuvre et le suivi des contrats ;
- La clarté des objectifs ;
- Les problèmes de gestion : ce problème est aussi central dans le processus de décentralisation du système de santé ;
- Les problèmes politiques et institutionnels : l'engagement politique doit être réel, de même que la concertation entre les différents ministères concernées (ministères des Affaires sociales, des Finances et de la Santé).

c) Les bailleurs : les nouvelles politiques en matière d'assurance maladie

On peut relever certains thèmes trouvant un consensus entre les différents bailleurs :

- Il n'y a pas de modèle mondial. Il faut d'abord s'attacher aux difficultés propres à chaque pays avant de proposer une solution.
- L'idée longtemps admise que le développement économique, entraînant une augmentation de la population salariée, pouvait asseoir le développement naturel de la protection sociale comme on l'entend dans les pays industrialisés, est communément abandonnée.
- En dépit d'une certaine méfiance, héritée du passé, vis-à-vis de la politique menée par la BM en matière d'appui au développement de l'assurance maladie, on trouve de plus en plus une démarche cohérente entre les bailleurs, et notamment entre la BM et l'OMS, comme le montre la participation d'experts de la Banque mondiale à la rédaction du rapport d'activités de l'OMS pour l'an 2000.
- Une grande importance est donnée à la bonne gouvernance et aux capacités gestionnaires et organisationnelles des Etats.
- La notion de solidarité est une chose complexe. Un des principes établis est de partir d'organisations basées sur cette solidarité, et d'y introduire un versant protection maladie.

Le bureau international du travail (BIT)

Un des principaux objectifs du BIT est de permettre aux pays d'étendre la protection sociale à toutes les couches de la société et d'améliorer les conditions de travail, la sécurité et la santé au travail. Le BIT a pensé pendant longtemps que le développement économique entraînait une augmentation de la population salariée, et par conséquent un développement naturel de la protection sociale. Cette idée est aujourd'hui abandonnée. La demande de protection sociale

émane donc, notamment en matière de soins, de catégories sociales qui disposent de revenus non salariaux. De ce fait, la doctrine du BIT s'organise dans le cadre d'une démarche intégrée, cherchant à trouver les articulations entre les caisses et le milieu local. En matière de protection sociale, le BIT et l'AISS sont complémentaires. En effet, les membres de l'AISS sont des organismes, pour le BIT, ce sont des Etats. Le BIT s'adresse donc aux Etats, soit pour la mise en place d'une assurance maladie obligatoire, soit pour asseoir un cadre juridique permettant d'autres initiatives. Ainsi, dans un pays où on ne peut pas payer les fonctionnaires où il est difficile d'engager des formes de solidarité envers les pauvres, on attend alors plutôt de l'Etat des lois sur le secteur informel par exemple.

Le service de la planification, du développement et des normes a pour tâche d'aider les gouvernements à concevoir, réaménager et mettre en œuvre les politiques de sécurité sociale. On relève trois grands principes d'action :

- formation des administrateurs et du personnel de la sécurité sociale, en étroite collaboration avec l'AISS, la CIPRES, l'UE, etc.,
- promotion des normes internationales du travail et protection des travailleurs migrants,
- diffusion de l'information en étroite coopération avec l'AISS.

Le programme STEP (Programme Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté) a été lancé début 1998, la montée de la pauvreté et de l'exclusion sociale ne pouvant être combattue par la seule croissance économique. STEP soutient ainsi le développement de l'économie sociale en tant qu'instrument de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. La stratégie de STEP est basée sur la valorisation du savoir-faire développé par des organisations prenant la forme d'associations, de coopératives ou de mutuelles. Après identification, analyse et évaluation des expériences les plus significatives, STEP assure la diffusion et l'adaptation des méthodologies dégagées par différents canaux :

- production de publications et d'outils didactiques ;
- actions de formation et d'échange d'expériences ;
- mise en œuvre de projets et programmes ;
- appui à la réforme des politiques et législations touchant le secteur de l'économie sociale.

Par ailleurs, des activités de recherche-action sont menées. STEP travaille aussi à l'amélioration de la capacité à créer des liens stratégiques entre les gouvernements, les organisations de travailleurs et d'employeurs, ainsi que les organisations de l'économie sociale. Le programme STEP bénéficie d'une importante contribution financière de la Belgique.

Quelques exemples des activités de STEP :

- Réalisation, en collaboration avec le programme BIT/ACOPAM, le programme USAID/PHR, l'ONG WSM et l'ANMC, d'une étude sur la contribution actuelle et potentielle des mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre.
- Organisation d'un atelier sur les stratégies d'appui au développement des mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre, rassemblant les structures mutualistes, les structures techniques, les agences de coopération internationales et les Etats intéressés par le sujet.
- A la demande du gouvernement de Mongolie et en collaboration avec l'OMS, STEP a entrepris la conception d'un programme national en matière d'extension de la protection sociale.

Le programme STEP suscite quelques critiques. La solidarité organisée ne peut avoir qu'un champ limité et entraîne nécessairement la création de fédérations de mutuelles à dimension plus vaste et susceptibles de mutualiser les risques à une plus grande échelle. On retrouvera à ce stade,

les problèmes de gouvernance que rencontrent les organismes publics qui sont dans l'impasse.

L'Association Internationale pour la Sécurité Sociale (AISS)

L'objectif de l'AISS est de promouvoir la sécurité sociale, sous toutes ses formes, à travers le monde. Afin de répondre aux besoins des populations, tout en tenant compte des contextes culturels et historiques, la sécurité sociale doit être adaptée aux réalités économiques et sociales de chaque pays. L'AISS organise des conférences techniques et procède à des enquêtes régulières sur les développements et tendances de la sécurité sociale dans le monde.

Les positions de l'AISS rejoignent celles du BIT et s'opposent aux approches libérales qui promeuvent les idées américaines. Ainsi, les solutions préconisées sont privées à bonne distance des pouvoirs publics.

L'Organisation Mondiale de la santé (OMS)

L'OMS a choisi historiquement de faire la promotion de systèmes de santé financés par les Etats et gratuits pour les patients. Devant les dysfonctionnements engendrés par ce système, le recouvrement des coûts a été mis en place et l'OMS a soutenu l'initiative de Bamako suivant les leçons tirées du passé : (1) la gratuité ne conduit à rien, (2) la santé a un coût, (3) un Etat faible n'est pas forcément l'opérateur le plus avisé pour s'en occuper, (4) il faut séparer l'organisation de la solidarité et l'organisation des soins.

Mais les réflexions sur le problème de la couverture universelle sont toujours restées intenses au sein de l'OMS. Le paiement des soins pose la question de l'équité et il faut lui trouver des palliatifs. L'assurance maladie, quelle que soit sa forme, y répond elle ? Comment s'organise la prise en charge des plus pauvres ? De même, les experts de l'OMS comme ceux de l'UNICEF ont fait un certain bilan de l'Initiative de Bamako et ont reconnu qu'il fallait revenir à une idée centrale : l'objectif général est l'amélioration de l'état de santé de la population et tous les projets quels qu'ils soient (centres de santé revitalisés ou programmes de mutualisation et d'assurance maladie) doivent être calibrés par rapport à cet objectif général.

L'objectif est de couvrir l'ensemble de la population. La question reste combien de temps faudra-t-il et quel sera le chemin ? prépaiement ? mutuelles ? assurance maladie ? En regard du critère d'équité, les différentes formules ne donnent pas les mêmes résultats. Ainsi, le nombre d'organismes, leur taille, leur caractère obligatoire ou volontaire, ont une influence sur l'équité du système de soins et même sur son efficacité. On trouve donc des arguments en faveur d'un faible nombre d'organismes d'une taille suffisante pour assurer la viabilité financière, les économies d'échelle et la limitation de la sélection des risques. L'épargne santé ne répond pas aux critères d'équité et d'efficacité, en ce sens que les contributions et les prestations sont liées.

Le rapport de l'OMS 2000 a bénéficié de la collaboration de consultants de la Banque mondiale. Il semblerait que l'on cherche, même si on n'a pas la réponse, à faire en sorte que les bailleurs parlent d'une même voie, afin de gagner en cohérence et en efficacité.

La Banque mondiale

La direction de la Protection sociale de la Banque mondiale a été créée en 1996. Toutefois, l'assurance maladie reste du ressort de la direction santé, Nutrition et Population.

La Banque mondiale prône la tarification et l'assurance maladie autofinancée, qui permettent aux ministères de la Santé de :

- réorienter l'allocation de ressources publiques insuffisantes consacrées au financement des services curatifs utilisés par des particuliers vers des services plutôt préventifs

destinés au grand public, comme la lutte contre des épidémies tel le sida, la tuberculose, et la malaria ;

- réorienter des ressources vers les populations qui n'ont pas accès facilement aux établissements de santé.

Les deux stratégies, la tarification et l'assurance maladie autofinancée sont mutuellement complémentaires. Le développement des pourvoyeurs de services de santé dans le secteur privé est essentiel pour le succès d'un programme d'assurance maladie autofinancée. Des investissements dans le secteur de la santé sont importants pour le développement du capital humain et du développement social et économique durable. La tarification et les programmes d'assurance autofinancée sont des éléments importants vers la fourniture des soins de santé aux Africains pauvres et moins privilégiés.

La Banque mondiale mène au Togo un projet pilote mettant à l'essai sa stratégie de protection sociale.

Par ailleurs, elle est en train d'orienter ses programmes de fonds sociaux vers une prise en compte des aspects de gestion des risques dont celui de la maladie. Traditionnellement, les fonds sociaux comprennent trois volets : (1) appui aux infrastructures sociales (dont sanitaires), (2) appui aux initiatives et activités productives et (3) renforcement des capacités techniques et institutionnelles des individus et des communautés. Désormais, certains fonds sociaux pourront intégrer des aspects d'assurance : contre l'insécurité alimentaire, contre la perte de capital, contre le risque maladie.

La France

La présence de la France a toujours été importante dans le secteur de la santé des pays en développement⁸.

Dans les années 1960 et 1970, elle a mené des combats déterminants contre les grandes endémies et fût le principal bâtisseur des hôpitaux que l'on trouve dans beaucoup de pays en développement francophones.

Les années 1990-1992 marquent un premier tournant de la politique française : la France se veut plus pragmatique, plus orientée vers les soins de santé primaires et la distribution de médicaments, la santé familiale, la mise en place de mutuelles et de groupements féminins.

Les années 1994-1995 marquent le deuxième tournant de la politique française : dans les pays africains concernés, un lien apparaît entre la dévaluation du franc CFA et l'accélération de la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako (IB).

Il serait toutefois réducteur de présenter les interventions françaises récentes comme une application pure et simple de l'IB. Les interventions visent souvent à s'attaquer aux points faibles de l'IB et peuvent être classées comme suit :

- actions en faveur de la décentralisation et de l'opérationnalisation des districts ;
- actions en faveur de la diversification de l'offre de soins et du développement des modes associatifs et conventionnés ;
- actions en faveur de la diversification des modes de financement de la santé et du développement d'alternatives de financement autres que celle du recouvrement des coûts par le paiement des usagers ;
- actions sociales (sida, femmes, enfants) et actions en faveur de l'équité dans l'accès aux soins et dans l'utilisation des services urbains.

⁸ Voir P. Mouton, J.P Foirry et al. "Le recouvrement des coûts dans le secteur de la santé", ministère des Affaires étrangères, 1999.

Ainsi, l'expérience du ministère des Affaires étrangères (MAE) en matière de financement est importante, à travers des programmes d'amélioration de l'offre de santé où est présente la dimension de financement (projet santé population d'Abidjan, projet nord Cameroun) ou à travers des expériences directes d'appui au développement des mutuelles de santé (Bénin, Burkina Faso, Mali, Sénégal...).

En outre, le MAE a soutenu des opérations visant à organiser un cadre institutionnel utilisable pour le financement de la santé, soit dans un pays (organisation du mouvement mutualiste, développement du CIMA), soit dans la sous-région (appui à la CIPRES).

Dans les pays possédant déjà des régimes d'assurance maladie structurés (Tunisie, Liban), l'expertise française a pu être mobilisée à partir d'organismes comme l'ADECRI qui a été de plus chargé d'organiser un réseau sur la protection sociale.

A l'intention des pays qui s'ouvrent aux expériences de mutualisation, un réseau (RAMUS) a été créé depuis un an et commence à élaborer une réflexion opérationnelle sur l'appui aux mutuelles dans les pays de la Zone de Solidarité Prioritaire (ZSP).

C - Assurance maladie, protection sociale et niveau de développement : les pays de la zone de solidarité prioritaire

Les pays de la ZSP connaissent des situations géographiques, économiques sociales et politiques très variées.

Le problème du potentiel de l'assurance maladie dans les pays en développement et notamment dans ceux de la ZSP est souvent appréhendé à travers deux questions majeures :

- L'assurance maladie est-elle souhaitable ?
- L'assurance maladie est-elle faisable ?

Une extension des services d'assurance suppose un certain nombre de conditions parmi lesquelles :

- une viabilité financière : un financement social stable et durable à la fois qui ne pénalise pas la croissance économique et qui se produise le plus souvent pendant des périodes de croissance ;
- une administration forte et efficace et une bonne gouvernance : capacités de coordination, de régulation, d'information, de gestion ;
- une offre existante de soins de qualité qui va être capable de suivre la hausse de la demande engendrée par l'assurance ;
- une adéquation avec les attentes et besoins individuels et sociaux ;
- des mécanismes pour éviter les risques de passager clandestin, d'aléa moral, de sélection adverse, d'escalade des coûts, de fraude et de corruption ;
- etc.

L'assurance maladie est-elle souhaitable dans les pays de la ZSP ?

a) Elle est souhaitable en soi si elle permet de compléter la couverture de populations salariées du secteur formel qui sont par ailleurs couverts contre les autres risques de l'existence (sauf celui du chômage pour le secteur privé), mais si elle se limite à cette population (5 à 10% de la population totale selon les pays), elle peut apparaître régressive sauf à servir de point de départ pour une extension au reste de la population.

b) Elle est souhaitable en termes d'équité si elle permet d'étendre la couverture aux populations qui ne peuvent pas actuellement payer les services de santé, de rendre plus équi-

table les systèmes de santé et ne se limite pas à une petite partie privilégiée de la population (les travailleurs du secteur formel).

Le point précédent est particulièrement important pour les pays pauvres, car une observation générale peut être faite : en moyenne, plus un pays est pauvre, plus ses habitants sont obligés de payer de leur poche les soins de santé au moment où ils sont malades. Dans plus de 60% des pays ayant un PNB par habitant inférieur à 1.000 dollars, les paiements par les usagers représentent plus de 40% de l'ensemble des dépenses de santé, alors que la majeure partie des pays au dessus de 1.000 dollars connaissent la situation inverse. On explique parfois ce phénomène par l'insuffisance des fonds publics, par la généralisation du système de Bamako (structures payantes) et par l'absence relative de mécanismes d'assurance.

Tableau 1 : Nombre de pays dans chaque classe de revenu et en fonction de la part des paiements par les usagers dans les dépenses totales de santé

Source : Organisation mondiale de la santé " Rapport sur la santé dans le monde ", 2000.

PNB/h Dollars 1997	Part des paiements par les usagers dans les dépenses totales de santé (%)						Total
	- de 20%	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 59	60% et +	
- de 1000	7	10	9	7	11	19	63
1.000 - 9.999	16	18	23	15	8	8	88
10.000 et +	19	7	4	5	0	2	37
Total	42	35	36	27	19	29	188

c) Elle est souhaitable si elle permet d'apporter des ressources importantes et stables au système de santé.

Le besoin de ressources se fait particulièrement sentir dans les pays où les dépenses publiques de santé sont modestes et où la majeure partie de la population est trop pauvre pour faire face au risque santé sans une forme de solidarité sociale. En même temps, la mobilisation de ressources par l'assurance ne doit pas se faire au détriment d'investissements productifs fondamentaux et dans beaucoup de pays, les dépenses totales de santé doivent augmenter en même temps que les dépenses productives pour faire passer les pays de spirales négatives à des dynamiques positives (santé-nutrition-productivité-revenu).

Le Tableau 2 ci-dessous montre que de nombreux pays se situent encore autour de 10 dollars par habitant pour les dépenses modernes totales de santé. A l'exception du Cap Vert qui se situe, il est vrai, à la limite des pays à revenu intermédiaire, on voit que tous les pays à revenu intermédiaire ont une dépense de santé par habitant entre 50 et 500 dollars, tandis que tous les pays à revenu faible ont une dépense de santé par habitant inférieure à 50 dollars.

Tableau 2 : Classification des pays en fonction du montant de leurs dépenses totales de santé par habitant et par an

Pays à dépenses totales de santé par habitant inférieures à 10 dollars	Pays à dépenses totales de santé par habitant comprises entre 10 et 50 dollars	Pays à dépenses totales de santé par habitant comprises entre 50 et 100 dollars	Pays à dépenses totales de santé par habitant comprises entre 100 et 500 dollars	Pays à dépenses totales de santé par habitant comprises entre 500 et 2.000 dollars	Pays à dépenses totales de santé par habitant supérieures à 2.000 dollars
Burundi Centrafrique R.D. Congo Ethiopie Guinée Bissau Madagascar Mozambique Niger Nigeria Rwanda Sierra Leone Tchad	Angola Bénin Burkina Faso Cambodge Cameroun Cap Vert Comores Congo Côte d'Ivoire Gambie Ghana Guinée Haïti Kenya Laos Mali Mauritanie Ouganda Sao Tome Sénégal Tanzanie Vietnam Zimbabwe	Algérie Guinée Equat. Maroc Namibie Vanuatu	Afrique sud Gabon Liban Maurice Petites Antilles Seychelles Surinam Tunisie		Etats Unis France

Source : Organisation Mondiale de la Santé " Rapport sur la santé dans le monde ", 2000.

Compte tenu de la forte corrélation entre revenu, dépense de santé et état de santé des populations, on pourrait penser que l'intérêt de l'assurance maladie pour accroître les ressources de santé et améliorer la situation globale de santé des populations est faible. Il n'en est rien car, à revenu donné, chaque pays dispose d'une marge de manœuvre importante pour améliorer l'équité et l'efficacité de son système d'offre de santé et son système de financement, comme le montre la différence de classement de pays à revenus similaires en matière de performance de leurs systèmes respectifs de santé.

d) Elle est souhaitable enfin si elle peut réunir en sa faveur un relatif consensus des principaux acteurs concernés.

Le degré d'acceptabilité sera d'autant plus grand que le concept d'assurance maladie ne heurte pas de front la culture, les valeurs et les préoccupations des populations. Les populations doivent comprendre le mécanisme et croire à une amélioration de la qualité des prestations qui leur seront offertes. La dimension de l'engagement politique est dominante : l'Etat peut espérer favoriser la paix sociale à travers des actions de protection sociale en faveur des personnes pauvres et vulnérables. Les bailleurs peuvent profiter de la réforme de sécurité sociale pour promouvoir des changements importants dans la politique de santé du pays. Comme l'assurance et l'offre de soins peuvent être organisées sur une base publique ou sur une base privée, un débat important porte sur le caractère obligatoire ou volontaire, public ou privé de l'assurance ainsi que sur le devenir de l'offre publique de soins : la qualité de l'offre publique est-

elle suffisante pour justifier une cotisation et une adhésion de la population ? Peut-on réellement utiliser les fonds mobilisés par l'assurance pour revaloriser les structures publiques ?

L'assurance maladie est-elle faisable dans les pays de la ZSP ?

L'approche de la couverture doit être progressive en partant d'un niveau à la fois réaliste financièrement et adapté aux conditions politiques, administratives, sociales et économiques.

La mise en place de l'assurance maladie pose différentes questions :

- Quelles sont les capacités contributives, d'une part des ménages, et d'autre part de l'Etat ?
- Comment la solidarité va-t-elle s'organiser ?
- Quels soins va-t-on prendre en charge ?
- Quelle sera la place du préventif et du curatif ?
- Comment inclure le secteur informel dans un régime d'assurance maladie ? Ce secteur a une réelle importance dans les pays en développement, d'une part en terme de population, et d'autre part parce qu'il possède une réelle capacité contributive.
- Quel système de gestion du risque et comment l'organiser ?

La réflexion actuelle sur l'assurance maladie se tient, notamment en France, dans le cadre d'une politique de lutte contre l'exclusion. L'assurance maladie, en déchargeant l'Etat, et en améliorant l'efficacité du système de soins, permettra-t-elle une réelle prise en charge par l'Etat des plus démunis ?

Le débat ne porte pas sur le choix entre assurance volontaire ou obligatoire. Ainsi que le souligne le Fonds National de Mutualités Françaises (FNMF), les notions d'assurance obligatoire et volontaire ne sont pas antagonistes dans les pays africains et peuvent cohabiter.

La faisabilité de l'assurance maladie dans les pays en développement a été discutée dans la littérature scientifique. Selon Shaw-Griffin et Tim Ensor, certains pays sont favorisés (Afrique du Sud, Maurice, Botswana, Tunisie, etc.) au regard de critères comme :

- le niveau du PIB par tête,
- la croissance économique soutenue à moyen terme,
- la part de la population salariée,
- la disponibilité de soins de qualité,
- la crédibilité des autorités nationales et locales,
- la dynamique existante en matière de mutualisation et d'assurance.

En même temps, certains pays à faible revenu qui n'entrent pas à priori dans le schéma précédent ont des projets de développement d'expériences de mutualisation et d'assurance maladie visant comme on l'a dit à court-circuiter les étapes historiques.

Les réponses doivent être pragmatiques et adaptées aux situations financières, économiques, sociales et politiques des pays.

Dans tous les cas, on ne pourra pas assurer à toute la population des soins tels que ceux des pays riches.

- Un pays à revenu faible qui ne dispose que de 30 dollars par habitant ne peut évidemment offrir le même paquet de services qu'un pays à revenu intermédiaire qui dépense 300 dollars.
- En même temps, un pays, dont les dépenses en santé s'élèvent à 300 dollars en moyenne, mais réparties de façon très inégalitaire (10% par exemple de la population parvient à atteindre un niveau de consommation de pays riche de 2.000 dollars) ne dispose plus, en fait, que d'un peu plus de 100 dollars en moyenne pour 90% de sa population.

En particulier, chaque pays doit définir son paquet de soins garantis et ses catégories de bénéficiaires.

• les catégories de soins

On peut considérer trois paquets d'activités : le paquet minimal d'activités de soins de santé primaire, le paquet minimum d'activités de soins hospitaliers et le paquet complémentaire plus ou moins élastique.

Dans tous les pays du monde, le paquet minimum d'activité doit d'une façon ou d'une autre pouvoir être dispensé à toute la population avec ses composantes éducatives et préventives. Dans les pays à revenu faible, toute autre activité est coûteuse et la question est de savoir si elle peut apparaître sous forme autre que facultative par le biais par exemple de mutuelles. Dans les pays à revenu intermédiaire de niveau inférieur, le paquet hospitalier pourrait apparaître sous forme d'assurance obligatoire pour les salariés du secteur formel. Dans les pays à revenu intermédiaire élevé, le paquet hospitalier de base peut être disponible pour toute la population et seul le paquet complémentaire devrait être facultatif (seules les catégories aisées pourront s'assurer pour l'obtenir). Naturellement le contenu exact des paquets peut être plus ou moins étendu selon le niveau de revenu par habitant et adapté aux attentes et besoins des populations et du pays.

• les catégories de population couvertes

On peut considérer quatre catégories de population : les personnes très pauvres (en dessous du seuil de pauvreté), les personnes pauvres (souvent rurales et appartenant au secteur informel), les travailleurs du secteur formel à bas revenu et les personnes aisées.

Tableau 3 : Type de services pouvant être offerts aux différentes catégories de population

Services pouvant être offerts aux personnes très pauvres	Services pouvant être offerts aux personnes pauvres	Services pouvant être offerts aux travailleurs du secteur formel à faible revenu	Services pouvant être offerts aux personnes aisées
Accès à un paquet minimum primaire d'activités gratuit	Possibilité de s'assurer contre quelques risques allant jusqu'à l'évacuation et l'hospitalisation	Possibilité de s'assurer contre les principaux risques hospitaliers	Possibilité de s'assurer contre tous les risques

Il est ainsi possible de raisonner aussi bien sur les catégories de populations d'un pays que sur les différents pays. La couverture sanitaire devrait être totale pour les soins de santé primaire quelque soit le pays. En revanche, pour les autres types d'activités, on peut comprendre que l'évolution soit adaptée au niveau de revenu du pays et/ou des individus, sachant que certaines mesures peuvent accroître l'utilisation des services par les pauvres et de ce fait améliorer significativement les indicateurs de santé du pays et que l'élargissement de la couverture et de l'étendue des paquets respectifs augmentent à moyen terme avec la croissance du PIB par tête.

Pour toutes les raisons indiquées plus haut, il nous semble fondamental de distinguer les pays à revenu intermédiaire et les pays à faible revenu.

La plupart des pays à revenu intermédiaire ont déjà des caisses nationales d'assurance maladie qui couvrent une partie importante des populations (Tunisie, Liban, Algérie, Maroc) ou continuent de pratiquer un financement fiscal pour des services gratuits (Afrique du Sud, Caraïbes, Seychelles, Maurice) tout en ayant à l'esprit le problème du passage à une autre forme de

financement. Le débat sur cette autre forme de financement est souvent influencé par la pensée anglo-saxonne dont on ressent fortement l'influence, notamment en Afrique du Sud ou dans les Caraïbes.

La plupart des pays à faible revenu ont des caisses qui n'assurent pas le risque maladie mais qui ont élargi au cours des années la couverture des risques qu'ils offraient à leurs adhérents. Certains, à l'image du Burkina Faso, du Mali mais aussi de pays anglophones comme la Tanzanie, s'efforcent de redistribuer les ressources en faveur des districts sanitaires et de favoriser les expériences de mutualisation aux différents niveaux local, régional et national. D'autres pays comme la Côte d'Ivoire, posent directement la question du passage à une assurance maladie nationale obligatoire.

Tableau 4 : Principales caractéristiques des pays et de leurs systèmes de santé

	PNB par hab. Dollars 1998	Performance Syst. de santé (sur 191 pays)	Population en million d'hab.	Taux de mortalité - 5 ans pour 1.000	Dép. de Santé En % du PIB	Part Pop urbain e dans Pop Totale	Part Pop ayant - de 1 dollar par jour	Taux alphabétisation des adultes en %	Ass. Malad. Obligat	Mutuelles de santé	Ass. Privée
Afrique Sud	2.880	175	41	65	7,1	50	24	84	Gratuit	Oui	Oui
Algérie	1.550	81	30	39	3,1	57	2	60	Oui	Oui	Non
Angola	340	181	12	209	3,6	32	ND	45	Non	Non	Non
Bénin	380	97	6	149	3,0	40	ND	34	Oui	Oui	Oui
Burkina Faso	240	132	11	169	4,2	17	ND	21	Non	Oui	Oui
Burundi	140	143	7	200	4,0	8	ND	44	ND	ND	ND
Cambodge	280	174	11	147	7,2	21	ND	66	Non	Non	Oui
Cameroun	610	164	14	78	5,0	46	ND	71	Non	Oui	Oui
Cap Vert	1.060	113	0,4	73	2,8	58	ND	71	ND	ND	ND
Centrafrique	300	189	3	160	2,9	40	ND	42	ND	ND	ND
Comores	370	118	0,5	93	4,5	31	ND	55	Non	Oui	Non
Congo	690	166	3	145	5,0	60	ND	77	Non	Oui	Oui
R D Congo	110	188	48	148	3,7	29	ND	77	Non	Oui	Non
Côte d'Ivoire	700	137	14	140	3,2	45	ND	42	Oui	Oui	Oui
Cuba	ND	39	11	8	6,3	77	ND	96	Gratuit	ND	ND
Djibouti		157	0,6	156	2,8	82	ND	48	Gratuit	Non	Non
Erythrée	200	158	4	95		18	ND	25	ND	ND	ND
Ethiopie	210	180	61	175	3,8	16	46	35	ND	ND	ND
Gabon	3.950	139	1,2	145	3,0	52	ND	66	Oui	Non	Oui
Gambie	340	146	1,2	87	4,5	30	ND	33	ND	ND	ND
Ghana	390	135	18	102	3,1	37	ND	66	Non	Non	Non
Guinée	540	161	7	182	3,5	30	26	38	Oui	Non	Non
Guinée Bissau	160	176	1,2	220	5,7	22	87	33	ND	ND	ND
Guinée Equat	1.500	171	0,4	172	3,5	44	ND	80	ND	ND	ND
Haïti	410	138	8	200	4,6	33	ND	45	Oui	Non	Oui
Kenya	330	140	29	112	4,6	30	50	79	Oui	Non	Oui
Laos	330	165	5	122	3,6	22	ND	58	Oui	Non	Oui
Liban	3.560	91	4	32	10,1	88	ND	84	Oui	Oui	Oui
Liberia	ND	186	3	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Madagascar	260	159	15	158	2,1	27	72	47	Oui	Non	Non
Mali	250	163	11	235	4,2	28	ND	35	Oui	Oui	Non
Maroc	1.250	ND	28	67	5,3	53	2	46	Oui	Non	Oui
Maurice	3.700	84	1,2	20	3,5	41	ND	83	Gratuit	ND	ND
Mauritanie	410	162	3	149	5,6	54	31	38	ND	ND	ND
Mozambique	210	184	17	201	4,6	36	ND	40	ND	Non	Oui
Namibie	1.940	168	2	101	4,1	38	ND	80	Oui	Non	Oui
Niger	190	170	10	320	3,5	19	61	15	Non	Non	Oui
Nigéria	300	187	121	122	3,1	41	31	59	ND	ND	ND
Ouganda	320	149	21	162	4,1	13	69	64	ND	ND	ND
Palestine	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	Non	Non	Oui
Pet. Antilles	3.000	70	ND	ND	5,0	ND	ND	ND	Gratuit	Non	Oui
Rwanda	230	172	8	209	4,3	6	46	63	Non	Non	Oui
Sao Tomé	280	133	0,2	78	4,0	44	ND	75	ND	ND	ND
Sénégal	530	59	9	110	4,5	45	54	34	Oui	Oui	Non

Seychelles	6.450	56	0,01	18	5,9	56	ND	84	Gratuit	ND	ND
Sierra Leone	140	191	5	286	4,9	34	ND	33	ND	ND	ND
Surinam	1.660	110	0,4	30	7,6	50	ND	93	ND	ND	ND
Tanzanie	210	156	32	136	4,8	26	ND	71	Non	Oui	Non
Tchad	230	178	7	182	4,3	22	ND	50	ND	ND	ND
Togo	330	152	4	138	2,8	31	ND	53	Oui	Non	Oui
Tunisie	2.050	52	9	33	5,4	63	3	67	Oui	ND	Oui
Vanuatu	1.270	127	0,2	50	3,3	19	ND	64	Non	Non	Oui
Vietnam	330	160	78	40	4,8	20	ND	92	Oui	ND	Oui
Zimbabwe	610	155	12	108	6,2	33	41	91	ND	ND	ND
France	24.940	1	59	5	9,8	ND	ND	ND	Oui	Oui	Oui
Etats-Unis	29.340	37	270	8	13,7	ND	ND	ND	Non	Oui	Oui

Sources : " Rapport sur la santé dans le monde ", Organisation Mondiale de la Santé, 2000 (classement des pays en termes de performance du système de santé et dépenses de santé), " Rapport sur le développement dans le monde ", Banque mondiale, 2000 et "Rapport sur le développement humain ", PNUD, 1999.

Tableau 5 : Performance des systèmes de santé et dépenses de santé des pays

	PNB par habitant (Dollars 1998)	Performance des Systèmes de santé (sur 191 pays)	Dépenses de santé en % du PIB	Part des dépenses privées dans les dépenses de santé	Part du paiement public (impôts et assurances sociales) dans les dép. santé
Afrique sud	2.880	175	7,1	53,5	46,5
Algérie	1.550	81	3,1	49,2	50,8
Angola	340	181	3,6	40,4	59,6
Bénin	380	97	3,0	52,8	47,2
Burkina Faso	240	132	4,2	69,1	30,9
Burundi	140	143	4,0	64,4	35,6
Cambodge	280	174	7,2	90,6	9,4
Cameroun	610	164	5,0	79,9	20,1
Cap Vert	1.060	113	2,8	31,1	68,9
Centrafrique	300	189	2,9	31,1	68,9
Comores	370	118	4,5	31,8	68,2
Congo	690	166	5,0	63,4	36,6
R D Congo	110	188	3,7	99,1	0,9
Côte d'Ivoire	700	137	3,2	61,6	38,4
Cuba	ND	39	6,3	12,5	87,5
Djibouti	ND	157	2,8	27,1	72,9
Erythrée	200	158	ND	ND	ND
Ethiopie	210	180	3,8	63,8	36,2
Gabon	3.950	139	3,0	33,5	66,5
Gambie	340	146	4,5	54,1	45,9
Ghana	390	135	3,1	53,0	47,0
Guinée	540	161	3,5	42,8	57,2
Guinée Bissau	160	176	5,7	24,4	75,6
Guinée Equat.	1.500	171	3,5	42,9	57,1
Haïti	410	138	4,6	66,4	33,6
Kenya	330	140	4,6	35,9	64,1
Laos	330	165	3,6	37,3	62,7
Liban	3.560	91	10,1	70,4	29,6
Liberia	ND	186	ND	ND	ND
Madagascar	260	159	2,1	46,2	53,8
Mali	250	163	4,2	54,2	45,8
Maroc	1.250	ND	5,3	59,3	40,7
Maurice	3.700	84	3,5	47,1	52,9
Mauritanie	410	162	5,6	69,7	30,3

Mozambique	210	184	4,6	28,7	71,3
Namibie	1.940	168	4,1	48,3	51,7
Niger	190	170	3,5	53,4	46,6
Nigéria	300	187	3,1	ND	ND
Ouganda	320	149	4,1	64,9	35,1
Palestine	ND	ND	ND	ND	ND
Pet. Antilles	3.000	70	5,0	35,0	65,0
Rwanda	230	172	4,3	49,9	50,1
Sao Tomé	280	133	4,0	25,0	75,0
Sénégal	530	59	4,5	44,3	55,7
Seychelles	6.450	56	5,9	23,8	76,2
Sierra Leone	140	191	4,9	90,3	9,7
Surinam	1.660	110	7,6	66,0	34,0
Tanzanie	210	156	4,8	39,3	60,7
Tchad	230	178	4,3	20,7	79,3
Togo	330	152	2,8	57,2	42,8
Tunisie	2.050	52	5,4	58,3	41,7
Vanuatu	1.270	127	3,3	35,8	64,3
Vietnam	330	160	4,8	56,6	43,4
Zimbabwe	610	155	6,2	ND	ND
France	24.940	1	9,8	23,1	76,9
Etats-Unis	29.340	37	13,7	55,9	44,1

Source : Organisation Mondiale de la Santé " Rapport sur la santé dans le monde ", 2000.

III - L'ASSURANCE MALADIE ET LA SÉCURITÉ SOCIALE DANS LES PAYS À REVENU INTERMÉDIAIRE : QUESTIONS PRINCIPALES ET LEÇONS DES EXPÉRIENCES EN COURS

La réussite d'un programme de sécurité sociale dans un pays ne peut évidemment s'expliquer seulement en termes de revenu monétaire, car il faut prendre en compte des facteurs économiques, politiques, institutionnels ou sociologiques. Il reste que, toutes choses égales par ailleurs, un tel programme est coûteux et doit obtenir un financement conséquent.

La majorité des pays concernés sont des pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure (1 000 à 2 500 dollars) et de la tranche supérieure (2 500 à 5 000 dollars) en termes de PIB par tête, à majorité urbaine et ayant un grand nombre de salariés, disposant de potentialités de développement importantes grâce à un secteur privé dynamique et/ou à des ressources naturelles abondantes.

On peut trouver ici les trois grands pays d'Afrique du Nord (Algérie, Maroc et Tunisie), des pays d'Asie comme la Corée du Sud, des pays d'Amérique latine (Chili, Uruguay, Argentine, Brésil, etc.). L'Afrique du Sud fait également partie de cette catégorie de pays à revenu intermédiaire élevé mais offre la particularité de réunir deux mondes en un seul : un monde très développé représentant 20% de la population et un monde sous-développé concernant 80% de la population.

A l'inverse des pays les plus pauvres où une majeure partie de la population souffre de cercles vicieux liés à la famine, à la malnutrition et à la mauvaise santé, la sécurité sociale est souvent prise dans un sens strict s'apparentant à celui des pays industrialisés et ne comprend pas de programmes de prévention des famines, de réformes agraires, de promotion de l'emploi et de la formation. Elle se limite le plus souvent aux secteurs conventionnels de l'assurance sociale (vieillesse, invalidité, maternité, maladies, chômage), des allocations familiales et de l'assistance publique.

A - Leçons des pays d'Amérique latine, des Caraïbes et d'Asie

a) Amérique latine et Caraïbes

Les pays d'Amérique latine et des Caraïbes constituent un bon exemple de l'évolution possible des systèmes de sécurité sociale à partir du modèle bismarkien ou du modèle beveridgien :

- **Il faut attendre un niveau d'urbanisation et de salariat important pour que le système puisse être mis en place et s'étendre à une partie significative de la population.**

Cela explique en grande partie que les pays d'Amérique latine aient évolué vers la sécurité sociale en trois grandes vagues.

Tableau 6 : Nombre de pays couverts dans les différents domaines de la sécurité sociale (Amérique Latine et Caraïbes)

	1922	1952	1982
Accidents du travail	12	27	30
Maladies et maternité	0	13	29
Vieillesse et invalidité	0	14	34
Chômage	0	2	6
Allocations familiales	0	1	7

• *Les pays pionniers (Chili, Uruguay, Argentine, Brésil)*

Ils introduisent la sécurité sociale dès les années 1920 et l'étendent progressivement des militaires et fonctionnaires aux salariés du secteur formel puis à une partie des travailleurs non salariés. Selon les pays, l'adoption de la sécurité sociale est venue de mouvements de groupes de pression sociale ou d'une décision de gouvernements autoritaires et populistes.

Les deux caractéristiques du système sont historiquement :

- *l'émiettement des systèmes* avec des différences considérables entre les groupes de population et une partie importante des pauvres qui ne sont pas couverts ;
- *et la montée des coûts* en raison des revendications des groupes les moins couverts, des mouvements inflationnistes et des comportements des assurés.

Dans les années 1960 à 1980, les changements politiques conduisent à un renforcement du pouvoir des Etats vis-à-vis des groupes de pression. Les Etats remettent alors un peu d'ordre soit en unifiant l'ensemble du système (Brésil), soit en créant une agence de coordination (Argentine, Uruguay), soit en réduisant les avantages et en faisant évoluer le système vers un système d'assurances privées dominantes.

• *Les pays intermédiaires (Colombie, Costa Rica, Mexique, Paraguay, Pérou, Venezuela)*

Ils cherchent à éviter les problèmes rencontrés historiquement par leurs prédécesseurs et sont pour la plupart des pays moins développés avec un secteur rural dominant. Une agence nationale est instituée avec l'objectif à plus ou moins long terme de la couverture universelle, mais le système se limite, au début, au secteur formel des principales villes. Dans certains pays (Mexique, Costa Rica), il existe en fait au moins deux agences : l'une pour le secteur public, l'autre pour le secteur privé. Pratiquement, à l'exception notoire du Costa Rica, ces pays n'atteindront jamais les niveaux de couverture des pays pionniers. Compte tenu de la faible couverture du risque et de la population, ils n'auront pas non plus à faire face aux problèmes de viabilité administrative et financière du premier groupe.

• *Les derniers pays (Amérique Centrale sauf Costa Rica)*

Dans ce groupe, l'assurance sociale est apparue dans les années 1950 ou 1960 et une agence nationale couvre souvent toutes les personnes assurées. La couverture est toutefois encore plus basse que dans le second groupe. On peut noter que la part de la force de travail salariée formelle passe en moyenne de plus de 70% de la force de travail totale dans de nombreux pays pionniers à moins de 30% dans les derniers pays.

• **Il n'est pas réaliste d'attendre des seuls systèmes de type Bismarck ou Beveridge une évolution viable vers la couverture universelle.**

C'est la raison pour laquelle de nombreux pays d'Amérique latine ont évolué vers des systèmes plus adaptés à leur contexte économique et social.

Certains pays (Costa Rica, Cuba) ont adopté un objectif limité de couverture de soins de santé de base associé à un objectif complémentaire de couverture de services prioritaires de base (éducation, eau,...) et ont pu atteindre sur cette base une couverture quasi-universelle : on peut noter que ces pays ont de loin les meilleurs résultats en termes de développement humain et d'indicateurs de santé.

D'autres pays (Chili) se sont orientés vers une couverture universelle sur la base d'une assurance privée couvrant de façon très inégalitaire une grande partie de la population et de transferts ciblés vers les pauvres.

Enfin, plusieurs pays (Brésil, Mexique) ont mis en place des programmes spéciaux pour assurer aux pauvres une couverture de soins primaires de base financée à partir d'impôts spécifiques payés par les travailleurs urbains et par les grands producteurs agricoles. On peut citer les programmes historiques Funrural au Brésil et Coplamar au Mexique. Notons que ces programmes ont subi des coupures budgétaires durant la crise des années 1980, rappelant que la couverture croissante de la population est facilitée par la présence d'une croissance durable de l'économie et des revenus.

La tentation pour un gouvernement qui pratique une politique d'ajustement structurel et de développement de l'économie de marché est de laisser faire le système du marché privé de l'assurance et/ou des soins. Les bailleurs seront d'autant plus tentés d'encourager ou de laisser faire cette évolution que le système public paraît entaché de faiblesses variées.

Cette évolution, visible historiquement au Chili, apparaît encore mieux représentée par le système d'assurance santé de la Corée du Sud.

b) Corée du Sud

On trouve en Corée du Sud l'association d'une assurance santé nationale qui couvre toute la population et d'un secteur d'offre de soins essentiellement privée.

Pour de nombreux théoriciens et praticiens, une telle combinaison est optimale : tout le monde est couvert et on espère que les services de santé sortent renforcés en termes d'efficacité, de qualité, d'innovation et de participation.

Le cas de la Corée ne va pas malheureusement dans le sens de ceux qui soutiennent l'option privée exclusive.

Dans ce pays, *les soins de santé sont perçus comme un bien économique et non comme un bien social*. L'accès aux soins de santé est sélectif, guidé par la capacité de payer des patients. Le système de santé est dominé par le secteur privé, avec peu de régulation et de contrôle. Le paiement est éclaté : il s'applique à chaque service. Pour être traité par un médecin à l'hôpital, il faut payer un supplément ("*special treatment charge*") par rapport au prix de base.

Le secteur de santé privé croît de façon exponentielle dans les années 1970 et 1980 pour trois types de raisons :

- du côté du gouvernement : une doctrine favorable au secteur privé sans objectif véritable d'équité ;
- du côté de l'offre : une rentabilité élevée des investissements sur le marché de la santé ;

- du côté de la demande : une augmentation substantielle des revenus en relation avec la croissance du PIB, un changement dans la structure des âges, un niveau élevé d'éducation et la perception de l'importance du capital "santé" par la population, une expansion des programmes d'assurances privées.

L'expansion des programmes d'assurances privées est certainement l'un des facteurs les plus significatifs de l'évolution du secteur de la santé dans les années 1975 à 1995. De 1975 à 1989, on observe une expansion progressive des programmes d'assurances des salariés des entreprises aux professions libérales et aux agriculteurs. En 1989, le gouvernement introduit un programme d'assurance santé obligatoire pour toute la population. Dès l'année 1992, on peut considérer que toute la population est couverte : 92% par des régimes privés et 6% par un programme public Medicaid.

Le gouvernement détermine le niveau minimal de prestations qui doivent être couverts pour tous et qui comprend les services primaires et quelques services hospitaliers de base. Par ailleurs, le Gouvernement joue un rôle important dans le choix des niveaux de paiement des services qui font l'objet de négociations nationales régulières. Le principe du co-paiement est appliqué et les patients paient une partie des frais. Les offreurs de soins (médecins, hôpitaux) peuvent être aussi bien des offreurs modernes que des offreurs traditionnels et les pharmaciens vendent aussi bien des médicaments modernes que traditionnels. Le marché est peu régulé et tous les médecins peuvent eux-mêmes vendre des médicaments. Les structures publiques (notamment les hôpitaux publics existants) sont transformées pour la plupart en structures privées à but non lucratif.

Ainsi, de 1989 à 1994, on observe plusieurs évolutions significatives : la majeure partie de la population adhère à des fonds d'assurance autonomes : on en compte 417 en 1994. Ces fonds sont de petite taille (couvrant 30.000 à 200.000 personnes) ; le partage des risques entre bénéficiaires est inéquitable ; les coûts d'administration sont élevés (de plus de 10%) ; les bénéfices sont très variables. Par ailleurs, avec la privatisation du secteur de la santé, la part du secteur public hospitalier tombe de 50% à 20% du secteur hospitalier total.

Les résultats sont peu encourageants par rapport au niveau de financement disponible : le point positif est incontestablement une plus grande fréquentation des structures de santé par les populations pauvres, notamment rurales. En revanche, on observe une inefficacité du système, une augmentation des coûts et une inéquité croissante des avantages pour les catégories de populations, une perte de l'éthique médicale au profit de l'entrepreneuriat privé stratégique, une augmentation des situations de fraude, une réduction croissante des services de base (préventifs et informationnels), une absence de système de référence, une dépendance vis-à-vis des technologies et des produits les plus coûteux ainsi que l'existence de groupes de pression privés très forts du côté de l'offre de soins.

Ainsi, lorsqu'elle est exclusivement associée au développement du secteur privé, l'assurance maladie n'apporte aucun avantage collectif sérieux à moyen terme : elle est inéquitable et se révèle finalement inefficace. Pour que les pauvres puissent suivre le mouvement à la hausse des coûts, il est nécessaire de mettre en place des subventions financières croissantes ou d'accepter le principe de systèmes d'offre de soins à écarts de qualité croissants.

Lorsqu'un système privé dominant s'est établi aussi bien pour l'offre de soins que pour l'assurance, le véritable problème devient celui de la capacité de l'Etat concerné à imposer des normes, réguler et contrôler les agents privés, faire face aux groupes de pression et finalement obliger le secteur privé à être en adéquation avec les objectifs de la politique nationale de santé.

B - Assurance maladie et sécurité sociale en Tunisie : bilan et perspectives ⁹

Encouragée par la CEE qui y applique un programme d'ajustement structurel sectoriel, la Tunisie s'est lancée dans une vaste re-fondation de son système de santé et d'assurance maladie ; cette réforme tend à passer d'un système de service public de santé, largement déployé sur tout le territoire, à un système plus diversifié, financé par des régimes d'assurance maladie obligatoires. Elle a été lancée, en février 1996, au cours d'un Conseil ministériel restreint, présidé par le président de la République ; depuis lors, sa conception avance lentement -souci de concertation oblige- mais n'a pas encore débouché, quatre ans après, sur des décisions politiques et un passage devant le Parlement.

a) Une réforme qui se heurte à des nombreuses résistances

Les directeurs des ministères concernés, regroupés dans un comité de pilotage qui sera, demain, chargé de la mise en œuvre de la réforme, connaissent le modèle français de sécurité sociale, qu'ils souhaitent transposer tout en souhaitant pallier ses faiblesses, notamment en matière de maîtrise des dépenses de santé. Mais ces directeurs sous-estiment la résistance des structures existantes car la Tunisie, en matière de santé et d'assurance maladie, n'est pas un désert : elle dispose d'un appareil de soins dont les performances ne sont pas négligeables (bon état de santé de la population), de deux caisses de sécurité sociale, réservées l'une au secteur public, l'autre au secteur privé. Ces structures, certes conviées, comme les médecins, à participer à la préparation de la réforme au sein d'une commission nationale de l'assurance maladie, manifestent un accord de principe favorable à la réforme décidée en haut lieu mais n'en soulignent pas moins leurs divergences sur de nombreux points.

La réforme se heurtera à des résistances qui se manifesteront d'autant plus vivement que l'on sortira des généralités pour aborder des mesures précises :

- résistance des grands hôpitaux publics et de leur corps médical qui accaparent une large part des crédits du ministère de la Santé au détriment des hôpitaux locaux et des centres de soins de base, parents pauvres d'un dispositif sanitaire qui a donné la priorité aux soins de base et qui redoutent de voir leur financement dépendre des caisses d'assurance maladie ;
- résistance des centres de soins déjà noyés sous la clientèle des assistés sociaux et réticents devant l'afflux d'assurés sociaux plus exigeants ;
- résistances de tous les hôpitaux qui, malgré un programme de la Banque mondiale, ne sont pas encore capables de présenter des factures non contestables par les caisses d'assurance maladie ;
- résistances des services du ministère de la Santé qui perdront une partie de leur pouvoir, celui de fixer les budgets des hôpitaux, leurs investissements, de nommer leurs chefs de service et leurs cadres ;
- résistances des polycliniques de la sécurité sociale, peu désireuses de quitter le giron budgétairement confortable de leur maison mère, la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS), et de s'ouvrir à une clientèle diversifiée.
- résistances des caisses de sécurité sociale craignant à la fois la fusion en une seule entité et l'appréhension de leur nouveau métier, plus complexe que l'ancien (vieillesse, prestations familiales) et plus diversifié (gestion des remboursements et maîtrise des dépenses de santé) ;

⁹Cf. annexe 5.

- résistances des professions médicales qui ne peuvent que constater avec effroi que les auteurs de la réforme manient sans appréhension les notions de tiers payant, de capitalisation, de remboursements forfaitaires ou par pathologie ;
- résistances des compagnies d'assurance qui vont perdre la partie du marché de l'assurance maladie au premier dinar qu'elles ont conquis depuis plusieurs années ;
- résistance des assurés du secteur public qui sont bien couverts en cumulant l'option "longue maladie" et la couverture facultative et qui vont devoir à travers des hausses de cotisations manifester leur solidarité avec les salariés du secteur privé moins bien lotis quand ils n'ont pas de couverture complémentaire par des assurances groupe ;
- résistances de l'industrie pharmaceutique qui voit se pointer au nom de la maîtrise des dépenses, différences de taux de remboursement, exclusion de certains médicaments de la listes des produits remboursables, voire contrôle des prix.

Evoquer ces résistances, ce n'est pas condamner la réforme, c'est montrer que la mise en place d'un système de santé et d'assurance maladie est une opération techniquement complexe et que le renvoi aux politiques du soin de trancher les questions délicates, relève de la fuite en avant qui risque de conduire à des décisions incohérentes. Le " politique " ne peut décider en la matière qu'à la condition que les choix qui lui sont proposés soient bien explicités et que les conséquences des décisions proposées soient clairement énoncées.

b) Des choix fondamentaux de la réforme ne sont pas explicités

En Tunisie, les échéances décisives sont prévues pour la fin de l'année 2000 mais il apparaît que les choix fondamentaux ne sont pas explicités et notamment les suivants :

- *Dimension de la population couverte contre le risque maladie*

La réforme tunisienne semble avoir choisi un modèle bismarckien dans lequel la protection maladie est liée au contrat de travail avec un financement par des cotisations sociales assises sur le salaire ou le revenu non salarial. Se pose alors le problème de la protection de ceux qui sont soit indigents (carte AMG) soit travailleurs dans le secteur informel. Qui soignera les "pauvres" et comment les soins qui leurs sont délivrés seront-ils financés ? La réponse à ces questions n'est pas évidente en Tunisie où il semble que la couverture des pauvres soit mise à la charge des fournisseurs de soins sans que ceux-ci aient un droit à faire valoir auprès du budget de l'Etat ou des caisses d'assurance maladie.

- *Définition du panier de biens et services remboursés (contenu, taux de prise en charge)*

Un pays qui consacre 239 dollars par habitant à ses dépenses de santé ne peut utiliser le même panier de biens et services qu'un pays qui consacre à sa santé dix fois plus (France 2.125 US dollars). La Tunisie ne semble pas en avoir conscience alors que le corps médical, souvent formé en France, pousse à y inclure les cures thermales aussi bien que les techniques les plus sophistiquées et la palette de médicaments la plus étendue. La question de l'actualisation permanente de ce panier suppose la mise en place d'institutions techniques qui ne sont pas envisagées, ce qui sous-entend que c'est le ministère (lequel ou lesquels ?) qui devra agir sous la pression des lobbies.

- *Mode d'intervention des caisses*

Il faut choisir entre deux formules : paiement direct par les caisses aux fournisseurs de soins ou remboursement aux malades des dépenses engagées pour se soigner.

Dans le premier cas, qui semble avoir la préférence des autorités tunisiennes, il faut que les

fournisseurs de soins présentent des factures crédibles mais que les caisses ne manqueront pas de contrôler ; dans le second cas, les assurés font l'avance des frais mais les caisses manquent de moyens pour discuter des factures que les assurés ont déjà honorées.

- *Mode de tarification des professionnels de santé*¹⁰

Pour rembourser des factures, il faut savoir comment on passe du soin délivré, à l'évaluation de son coût et à un tarif, ce qui se pose différemment à l'hôpital et en ville :

- à l'hôpital : tarification à la journée au séjour, à la pathologie, au budget global ;
- en ville : paiement à la capitation (au nombre d'assurés inscrits chez un généraliste) ou à l'acte, notamment pour les spécialistes.

La réforme tunisienne n'est pas très explicite sur ces points alors que les hôpitaux n'ont pas de système d'information et de méthodes de tarification et que les cliniques privées pratiquent le "tout compris" à la journée. Quant aux centres de santé de base, il faudra bien financer leurs services d'une manière qui ne soit pas trop différente de celle retenue pour les médecins dits de libre pratique.

Affirmer que les problèmes seront réglés par des conventions avec les caisses relève du "Wistful thinking" : l'exemple français en est depuis des décennies un exemple éclatant.

- *Rôle de l'Etat et rôle des caisses d'assurance maladie*

Il s'agit d'un point fondamental qui dépend de la culture politico-administrative du pays concerné. En Tunisie¹¹, l'Etat se présente face aux caisses comme un pouvoir fort, bien que les partenaires sociaux siègent aux conseils d'administration de ces organismes. Il n'en demeure pas moins qu'il faut, dès le départ, savoir qui fait quoi ? et qui est responsable de quoi ?

Or, l'Etat a différentes postures, toutes aussi légitimes les unes que les autres :

- gardien des grands équilibres financiers,
- responsable de la définition des rôles respectifs des différents ministères,
- employeur des agents publics,
- responsable de la cohésion sociale et donc, à ce titre, défenseur du droit des pauvres à avoir accès au système sanitaire,
- protecteur de la compétitivité des entreprises dans la mondialisation,
- auteur de la politique de santé et de son volet préventif qu'il doit faire appliquer.

En matière d'assurance maladie où les risques de dérapage de la dépense sont permanents, qu'ils proviennent de la mauvaise organisation du système de soins et de sa faible efficacité ou qu'ils trouvent leurs origines dans le comportement des assurés, il est important de savoir qui est responsable de l'équilibre financier du système.

Sur ce point, la réforme tunisienne est peu explicite et se contente de faire allusion aux instruments de maîtrise de la dépense de santé sans les définir (rien sur la carte sanitaire ou sur les conditions de régulation du nombre de professionnels formés) et sans préciser qui les utilisera. Il n'est pas apparu, également, la nécessité d'affecter une cotisation à l'assurance maladie pour séparer les risques et éviter le jeu des vases communicants, organisateurs de l'irresponsabilité, d'autant plus que la Tunisie devra également envisager le problème de la réforme de ses régimes de retraite.

¹⁰ Voir annexe 4 et 5.

¹¹ Voir annexe 5.

La Tunisie s'est donc engagée dans une vaste réforme dont elle maîtrise mal les différentes composantes. Certes, la Communauté européenne a engagé un programme de soutien à la conception de la réforme en prévoyant une aide de 40 millions d'écus, non affectée, c'est-à-dire versée au budget de l'Etat qui pourrait aider celui-ci à faire face aux conséquences budgétaires de la réforme (hausse des cotisations des agents publics, financement des dépenses de soins de l'assistance médicale gratuite) quand celle-ci sera appliquée.

Certes, le programme de la Banque mondiale qui visait les hôpitaux et se proposait de les conduire à se doter d'un système d'information permettant la facturation se poursuit mais sa première partie s'est surtout traduite par des investissements en béton. Certes, le programme européen prévoit une série de conditionnalités qui visent à obliger le gouvernement tunisien à se poser les bonnes questions et à y apporter les réponses que, politiquement, le peuple tunisien pourra supporter. Le premier versement de 20 millions d'écus est prévu pour la fin de l'année si le projet de loi concrétisant les choix fondamentaux est déposé devant l'Assemblée nationale. Les pouvoirs publics sont face à l'échéance mais ils pourraient se dérober, repoussant de quelques mois les choix décisifs. Néanmoins, il vaut mieux pour la réforme que les grands choix soient arrêtés et fixés dans une loi d'orientation et que l'application s'étale sur un laps de temps de quelques années -soutenue par un financement extérieur-pour que les différents acteurs (administrations, caisses) puissent se préparer progressivement à leurs nouvelles missions.

Les propos qui précèdent s'appliquent également au Maroc¹² qui présente les mêmes caractéristiques que la Tunisie : important service public de santé, forte concentration des médecins sur la zone côtière, place importante du secteur privé dans la délivrance des soins, existence de caisses de sécurité sociale réservées au secteur public ayant ouvert des polycliniques, mais plus grande importance du secteur des assurances privées faute d'assurance maladie sociale obligatoire pour les salariés du secteur privé formel, place importante du secteur informel et d'une masse d'indigents dans les campagnes, dépenses de santé de 160 dollars par habitant (inférieures à la Tunisie).

Les mêmes problèmes s'y posent : le Maroc hésite depuis plusieurs années à se doter d'un système d'assurance maladie obligatoire couvrant une large partie de la population ; il se heurte aux mêmes résistances avec la circonstance aggravante que le lobby des compagnies d'assurance, qui occupe une part importante de l'assurance maladie au premier dirham, n'entend pas s'en faire évincer et plaide avec l'oreille bienveillante des représentants de la Banque mondiale, pour un système pluraliste d'assurances qui ne serait pas social.

Développer l'assurance maladie dans les pays à revenu intermédiaire a pour rôle d'améliorer la qualité et l'accès aux soins. La question qui se pose alors est de savoir comment les pauvres pourraient eux aussi y accéder.

C - Assurance maladie et protection sociale en Afrique du Sud : bilan et perspectives³

La situation de l'Afrique du Sud est paradoxale à plus d'un titre.

Pays à revenu élevé, l'Afrique du Sud réunit en réalité deux mondes distincts : un monde très riche et un monde très pauvre. La dichotomie riche-pauvre correspond de moins en moins à la dichotomie d'avant 1994, blanc-noir car depuis quelques années, une bourgeoisie noire est en cours de formation et justement, le risque est que la politique se fasse au profit de cette classe supérieure urbaine naissante au détriment des objectifs sociaux.

¹² Cf. annexe 6. ¹³ Cf. annexe 4

L'autre paradoxe est que le gouvernement donne l'impression de pratiquer une double politique qui n'est pas facile à concilier : une politique économique libérale et une politique sociale interventionniste. Il n'est pas certain que l'orientation sociale l'emporte à terme et l'on constate déjà que les budgets sociaux ne sont pas tous dépensés en dépit des besoins considérables.

Dans le domaine de la santé, le pays hérite de la période antérieure d'une situation caractérisée par l'existence d'un système hospitalier public et d'un système privé de grande qualité, ainsi que par la présence de régimes d'assurances privées facultatives qui concernent essentiellement les salariés aisés privés et publics et qui vivent au début des années 1990 dans un environnement totalement dérégulé : possibilité de choisir les risques et d'attirer les clients jeunes avec des contrats avantageux, absence totale de l'idée de protection obligatoire y compris dans le secteur public.

A partir de 1994, la nouvelle politique de santé adopte des objectifs ambitieux : d'un côté assurer par des financements publics la gratuité des soins de santé primaires et des services prénataux et postnataux dans les structures publiques pour tous, de l'autre côté promouvoir la gratuité des hôpitaux publics provinciaux pour les pauvres et le développement de système d'assurance obligatoire pour les soins hospitaliers concernant les personnes non pauvres (au départ, essentiellement les salariés publics et privés dont la partie inférieure n'est couverte par aucun système).

Paradoxalement, cinq années se sont passées et il semble bien que la situation n'a pas évolué comme les responsables du ministère de la Santé publique l'espéraient.

Le principe de gratuité limitée aux soins primaires s'est pratiquement transformé en principe de gratuité des soins primaires et des hôpitaux provinciaux. Ceux-ci étaient censés pratiquer un recouvrement des coûts pour compenser une baisse des fonds publics liée à une politique fiscale restrictive et à une restructuration des ressources financières en faveur des soins primaires. Le niveau faible du recouvrement des coûts est dû à une combinaison de facteurs incluant l'absence d'incitations à recouvrer les coûts, l'inadéquation du système de recouvrement par rapport aux coûts et la sortie massive des utilisateurs capables de payer en direction du secteur privé.

Un point majeur est à noter : avec la gratuité pour les pauvres, le taux d'utilisation a augmenté en deux ans de plus de 30%, mais les ressources humaines et physiques n'ont pas pu faire face à cette afflux, d'autant moins que les ressources sont inégalement réparties géographiquement (avec un biais urbain) et que les personnes qualifiées sont en partie sorties du système (émigration, secteur privé). La qualité du système public s'est alors dégradée de façon drastique. Les problèmes ont été aggravés par les problèmes de relations humaines et de gestion des conflits du travail au sein des structures publiques de santé qui ont fait empirer la situation en matière de confiance, de productivité et de morale.

La rapide expansion d'un secteur privé de qualité et d'un secteur d'assurance privée sélectif dans la plupart des petites villes du pays a aggravé et mis en exergue la situation négative du secteur public notamment hospitalier. D'une part, même les personnes à bas revenus préfèrent des programmes d'assurances plus coûteux leur permettant de bénéficier de structure privée. D'autre part, le système d'assurance privée transfère ses cas les plus coûteux au secteur public une fois que les bénéficiaires contractés ont été épuisés par le secteur privé. Enfin, comme les systèmes d'information et de contrôle sont défaillants, des assurés feignent de ne pas être assurés pour ne pas voir leurs avantages annuels disponibles baisser et par ailleurs ne pas payer les services publics. Le système paraît d'autant plus injuste que les régimes médicaux privés qui sont pour la plupart en théorie des fonds à but non lucratif bénéficient par ailleurs d'avantages

publics importants (par exemple des exonérations fiscales).

Par ailleurs, la réussite de la politique de gratuité des soins primaires était fonction de la réussite de la politique de déconcentration et de décentralisation au niveau des districts. La politique de développement des services primaires devait être rationalisée autour du district, mais au dessus du district se situe la province et il n'a pas été possible de contourner l'existence d'un pouvoir fort au niveau de l'administration provinciale qui non seulement gère les hôpitaux provinciaux, mais aussi redistribue les fonds au sein de son territoire.

Jusqu'à présent les directives en matière de soins de santé primaires tels qu'énoncées dans le Plan national de Santé pour l'Afrique du Sud (ANC, avril 1994) n'ont jamais été appliquées :

- "l'approche des soins de santé primaires est le point central du système de santé national" ;
- "la base du système de santé national sera le centre de santé communautaire qui fournira des services, promotionnels, préventifs et curatifs et sera ouvert jour et nuit pour les services d'urgence et les services de maternité" ;
- "les centres de santé communautaires font partie du système de santé de district qui sera responsable de la coordination et de gestion des centres sur son territoire".

Par ailleurs, dans le domaine de l'assurance maladie, le Plan national faisait la recommandation suivante :

"Une commission nationale doit, dans les plus brefs délais, examiner la situation de crise du secteur des régimes d'assurance privée et considérer des alternatives comme un système d'assurance santé nationale".

Effectivement, la commission s'est mise en place et un plan d'assurance santé social (SHI : Social Health Insurance) a été proposé par le ministère de la Santé en septembre 1997.

Les objectifs du SHI sont au nombre de trois :

- soutenir le système de santé public qui est présentement le seul en mesure de fournir des soins à toute la population indépendamment de sa capacité de payer ;
- établir un mécanisme pour collecter des revenus en faveur des hôpitaux provinciaux et libérer ainsi des fonds publics qui pourront être affectés aux soins primaires ;
- proposer aux employés du secteur formel une assurance pour les services hospitaliers à des tarifs inférieurs à ceux qui existent actuellement.

Le SHI se présente comme un système obligatoire pour tous les employés du secteur public et du secteur privé formel avec deux possibilités : (1) la création d'un régime public ouvert à ceux qui le désirent et (2) une situation favorable pour les régimes privés qui acceptent d'adhérer au SHI et de se conformer à ses règles.

Les mécanismes ne sont pas décrits avec précision : il prévoient un partage des contributions entre employés et employeurs, un paquet minimal de services hospitaliers disponibles dans les hôpitaux publics ou dans des hôpitaux privés agréés, une liberté de choix du régime d'assurance avec interdiction pour ceux-ci de refuser les personnes et d'utiliser d'autres éléments que le revenu et le nombre de membres de la famille pour établir les conditions de l'assurance.

Le document de présentation du SHI insiste sur le fait que deux réformes préalables doivent être mises en place :

- la révision de la réglementation du système des régimes privés afin de lui assurer un environnement réglementaire précis avec des institutions de contrôle et des règles telles que les régimes ne pourront plus choisir leurs assurés et leurs contrats d'assurance en

fonction de critères tels que l'âge, le sexe, l'état de santé, le niveau de fréquentation des services de santé, ni introduire des éléments de co-paiement pour le paquet minimum de soins hospitaliers ;

- la décentralisation de la gestion des hôpitaux provinciaux combinée avec un nouveau mécanisme de recouvrement des coûts (utilisation propre des revenus ainsi dégagés).

Dans les faits, **le SHI n'est toujours pas adopté en juin 2000 et ne devrait pas l'être avant deux ou trois années pour trois raisons :**

La première raison est qu'il suscite des oppositions et qu'en dehors du ministère de la Santé, il n'a pas beaucoup de partisans.

Les responsables politiques ont implicitement une approche très orientée vers une économie de marché de type américain. Les responsables provinciaux craignent de perdre le contrôle d'une partie de leurs prérogatives et se plaignent de n'être pas partie prenante dans les réformes. Les responsables syndicaux et sociaux sont attachés au principe de liberté et la plupart des acteurs rejettent le principe d'adhésion "obligatoire" en grande partie par manque d'information sur les avantages et inconvénients des formules alternatives. Les travailleurs du secteur public notamment hospitalier sont davantage organisés pour contester toute décision que pour participer positivement à des réformes en leur faveur. Enfin, le marché de l'offre privée de soins et d'assurance est organisé de façon monopolistique et apparaît comme le groupe de pression le plus influent. Il y a 180 régimes médicaux autonomes mais la majorité d'entre eux sont gérés par quatre administrateurs principaux. Les offreurs privés de soins sont regroupés en deux grands groupes. Les administrateurs (Association of Funders) et les groupe d'offeurs (Association of Private Hospitals) ont l'habitude de se retrouver entre eux pour négocier les clauses de prix et de mécanismes de paiement pour l'année en cours.

La deuxième raison est que les conditions pour adopter un double système de couverture obligatoire des soins hospitaliers pour tous les employés (en commençant seulement par ceux du secteur formel) et de couverture universelle gratuite des soins primaires ne sont pas remplies actuellement :

- Si le niveau de la dépense nationale de santé en pourcentage du PIB est satisfaisant (entre 8% et 9% du PIB) et plus élevé que dans beaucoup de pays similaires, les écarts sont tellement élevés à l'heure actuelle entre les catégories de populations, entre les niveaux de soins et entre les zones géographiques qu'un effort important doit être fait pour mieux utiliser les ressources financières existantes, pour affecter les ressources nouvelles, pour créer des liens et mécanismes de solidarité entre zones géographiques et entre catégories de populations, par exemple par l'intermédiaire d'un impôt sur les fonds d'assurance privés ou une cotisation sur le secteur formel, destinée à alimenter les soins de santé primaires et les hôpitaux publics.
- Même si l'on admet une forme de restructuration du budget de santé, il reste que la disponibilité pour tous d'un paquet minimum de soins primaires de qualité gratuit (ce qui implique un taux d'utilisation élevé) exige des dépenses d'investissement et de fonctionnement supplémentaires estimées à 4 milliards de rands pour les premières et 4 milliards (annuellement) pour les deuxièmes. Par ailleurs, le problème du paquet minimum de soins hospitaliers dans les hôpitaux publics ne peut être résolu par le projet de financer ces hôpitaux à partir des primes d'assurances privées et du recouvrement des coûts : dans la situation actuelle, l'image des hôpitaux publics est désastreuse et il y a un cercle vicieux qualité-fréquentation. Il n'est pas pensable étant donné l'état actuel des hôpitaux publics d'imaginer que des assurés même pauvres fréquentent les

hôpitaux publics. Ces derniers sont plutôt prêts (cela est de plus en plus fréquent) à acheter des paquets inférieurs de soins (primaires plus quelques services hospitaliers) à des assureurs privés qui sont en contrat avec des cliniques primaires privées.

- Les capacités d'administration et de gouvernance d'un système d'assurance national semblent encore trop faibles : en termes de pouvoir de régulation, de capacités de gestion et de capacités d'informations. Le système d'information sanitaire est étonnamment faible compte tenu des capacités techniques du pays en matière informatique et de recensement démographique : c'est l'information routinière qui ne se fait pas et l'on connaît peu de chose aussi bien sur le secteur privé que sur le secteur public (personnel, soins, état de santé,...).
- Le système des districts sanitaires est en *stand-by* : les problèmes relationnels entre les structures provinciales et les structures locales ne sont pas résolus et il n'existe pas de mécanisme financier cohérent pour les districts ; par ailleurs les niveaux des districts et des provinces doivent en principe servir de base pour planifier et suivre l'offre de soins tant publique que privée au sein de leurs circonscriptions, mais actuellement aucun axe de complémentarité entre les secteurs public et privé ne semble se dessiner.
- Une réponse aux attentes et aux besoins des populations est nécessaire : se pose le problème de l'introduction des services traditionnels au niveau des soins primaires et de l'acceptation d'un principe d'obligation pour l'assurance pour le moins au niveau des employés de l'Etat qui ne semble pas en mesure de donner l'exemple en la matière.
- Il reste encore beaucoup de travail à accomplir pour s'assurer que les mécanismes mis en place ne donneront pas lieu à des phénomènes de passager clandestin, d'aléa moral, de sélection adverse, d'escalade des coûts.

La troisième raison est que les responsables ont préféré différer l'application du principe d'obligation et mettre en place une loi révisant la réglementation de secteur des assurances privées (octobre 1999) en prévoyant une période de transition et d'observation d'un an et demi (jusqu'en mai 2001) pour mettre en place un certain nombre d'études, en particulier pour analyser les effets de la loi et résorber certains obstacles évoqués plus haut.

La loi d'octobre 1999 sur les régimes privés d'assurance maladie est très précise et prévoit l'environnement institutionnel, juridique et financier des régimes avec obligation de taille minimale, de respect des principes de solidarité et non discrimination (seuls critères de différenciation : le revenu et le nombre de personnes), de couverture d'un paquet minimal de services hospitaliers (définis très rigoureusement avec leurs codes et payables par l'assureur sans co-paiement ni avance de l'assuré), de limitation du principe des comptes d'épargne-santé (que pouvaient se constituer les assurés au sein de leur compagnie).

Les variantes de l'assurance maladie en Afrique du Sud sont les suivantes :

- soins gratuits pour les femmes enceintes, les enfants de moins de 6 ans et quasi-gratuits pour les autres dans les structures publiques ;
- comptes d'épargne-santé pour faire face aux futures dépenses ;
- contrats d'assurance santé prévoyant soit d'assurer contre des risques précis soit d'assurer contre tout dépassement de coût par rapport à un montant spécifié ;
- organisations d'entretien de la santé (HMO : Health Maintenance Organizations) propres à des entreprises qui possèdent leurs propres hôpitaux et médecins ;
- régimes d'assurance médicale "fermés", c'est-à-dire propres à une entreprise ou un établissement ;
- régimes d'assurance médicale "ouverts", obligés d'accepter toute personne indépendamment de son âge et de son état de santé.

Les régimes d'assurance médicale proposent souvent à leurs clients trois produits : un fonds pour les soins de santé primaires, un plan hospitalier de base et un fonds d'épargne.

Les régimes d'assurance médicale tentent de réduire les coûts de plusieurs façons : en négociant avec des groupes d'offeurs de soins (IPA : Independent Practice Associations), en développant des relations privilégiées avec des offeurs spécifiques (PPA : Preferred Provider Arrangements), en faisant participer les offeurs de soins au management du régime et en utilisant les profits comme incitation à réduire les coûts pour les offeurs, en ayant un système de gestion d'information suffisamment performant pour détecter et éliminer les offeurs dépensiers.

Au bout de quelques mois, les premiers effets de cette loi ont commencé à apparaître.

Une enquête de la chambre de Commerce et d'Industrie de Johannesburg (JGGI) (étude rendue publique le 15 juin 2000) montre que les profits des entreprises sont en train de baisser à cause des coûts croissants liés aux primes que doivent payer leurs employés pour être couverts par les régimes d'assurance maladie (*health schemes*) et que cela a même entraîné une baisse légère du nombre d'employés couverts : certaines des entreprises couvertes par l'enquête ont jusqu'à 80% d'employés non assurés.

Une autre enquête menée par le "Council for Medical Schemes" du ministère de la Santé (étude rendue publique le 16 juin 2000) révèle que certains administrateurs utilisent les fonds des régimes pour faire des profits : un contrat sur trois aurait été créé à cette fin et les réserves accumulées en dehors des régimes et procurant des profits sont autant d'argent perdu pour les régimes dans la mesure où les primes auraient pu être réduites d'autant ou les avantages pour les assurés accrus. Par ailleurs, certaines assurances privées rechignent à appliquer les principes de la loi et s'efforcent de trouver des parades : créer un département mutualiste ne visant pas le profit en leur sein, inventer des produits nouveaux pour attirer les clients. Les régimes eux-mêmes censés ne pas viser le profit tentent de reculer l'application de la Loi, mais les responsables du ministère de la Santé que nous avons rencontrés semblent prêts à porter les cas litigieux devant la justice.

Par ailleurs, les administrateurs et responsables de régimes indiquent que se produit une restructuration et intégration des régimes afin d'atteindre les tailles critiques requises pour les économies d'échelle, ainsi qu'un mouvement vers un contrôle de gestion de l'offre de soins afin de contenir les coûts (notons que les coûts d'administration d'un régime et de contrôle des coûts des structures d'offre afférentes sont respectivement de l'ordre de 6% et 3% du montant total des primes collectées par le régime). Un grand risque est de voir partir les personnes jeunes, en bonne santé, ce qui conduirait les régimes à accroître excessivement leurs primes.

Il reste que quelques mois après son introduction, la loi n'est pas encore parvenue à faire passer le système des régimes santé d'une situation dominée par l'assurance individuelle à une situation dominée par la mutualisation des risques et le ministère de la Santé s'efforce actuellement d'éliminer les abus et les déviations dans deux domaines particulièrement sensibles :

- Abus et déviations concernant les comptes d'épargne santé : en plus et à côté des cotisations normales, les régimes proposent aux assurés d'ouvrir au sein de leur régime des comptes d'épargne sur lesquels ils peuvent déposer le montant qu'ils souhaitent : à partir d'un certain montant, le compte d'épargne servira à financer les dépenses de santé qui reviennent à l'assuré ou toute autre dépense s'il le souhaite et pourront éventuellement lui permettre de réduire son niveau de cotisations, ce qui remet en question le principe de solidarité entre assurés. C'est la raison pour laquelle la loi a prévu que les comptes d'épargne soient limités à 15% des contributions et servent exclusivement à des fins de santé. Plusieurs régimes rechignent cependant à appliquer le texte et

cherchent actuellement à inventer des nouveaux produits permettant d'échapper à la loi.

- Abus et déviations concernant les mécanismes de réassurance : une partie des régimes d'assurances sous forme de mutuelle (à but non lucratif) et la plupart des régimes d'assurances à but lucratif ont pris l'habitude de se réassurer auprès d'autres compagnies d'assurance contre les risques encourus par leur régime. Des abus sont apparus dans le sens où certains administrateurs jouent eux-mêmes le rôle de réassureurs et utilisent le système pour transformer des régimes mutualistes en régimes à profits. Un montant élevé est ainsi détourné de sa fonction qui est d'assurer des prestations aux assurés : cette somme n'eût pas été nécessaire si les régimes avaient eu pour objectif la mutualisation des risques et par ailleurs, la loi prévoit la mise en place de réserves importantes au sein des régimes.

Principales lignes de la loi sur les régimes d'assurance santé

- 1) Cadre institutionnel général : association des régimes
- 2) Conditions pour bénéficier du label (agrément) et des avantages
(régime à but non lucratif, règles d'enregistrement, de fonctionnement et de contrôle)
- 3) Mode de contribution des assurés : taux basés exclusivement sur le revenu et le nombre d'ayants droits
- 4) Paquet Minimal de Prestations (PMB) à garantir pour tous les assurés
- 5) Avances et co-paiements permis uniquement pour des bénéficiaires en dehors du PMB
- 6) Comptes d'épargne limités à 15% des contributions et réservés aux dépenses de santé
- 7) Réserves minimales de 22% des contributions totales
- 8) Règles de choix et de fonctionnement des administrateurs des régimes (dont systèmes d'information et d'audit à prévoir)

Lorsqu'on compare l'Afrique du Sud et la Corée du Sud, on voit que le bilan est mitigé. Les deux projets sont de nature différente, mais dans les faits, il n'est pas certain que l'Afrique du Sud n'évolue pas dans le sens de la Corée du Sud. D'un côté, elle reste attachée aux principes de gratuité et de solidarité envers sa population pauvre majoritaire ainsi qu'à l'objectif de maintien d'un secteur public fort pour susciter des complémentarités entre structures publiques et structures privées. Mais de l'autre côté, la capacité et la volonté d'imposer un système obligatoire, même dans le seul secteur public, semblent faire défaut.

On pourrait penser que l'absence d'obligation de solidarité pourrait être palliée en rattachant d'une façon ou d'une autre la santé aux autres domaines de la sécurité sociale : en Afrique du Sud, il n'en est rien parce que la situation des autres secteurs est à l'image du secteur de la santé.

Les catégories de risques en dehors de la santé sont la vieillesse, le décès, la maternité, la famille, l'invalidité, le chômage, les accidents du travail et les accidents de la route. Pour toutes ces catégories, il existe des fonds spéciaux, mais les observations faites sur la santé restent les mêmes.

• Vieillesse

Le système des régimes de retraite est caractérisé par l'absence d'obligation de cotisation et par l'exclusion des régimes d'une partie importante de la population : actuellement, on peut dire que sur 100 personnes atteignant l'âge de 65 ans pour les hommes et 60 ans pour les femmes, 80

doivent compter sur leurs familles et amis, 10 doivent continuer de travailler pour survivre, 8 ont une retraite de faible niveau et 2 ont un revenu satisfaisant. Les régimes sont soit sous la supervision directe des administrations publiques, soit administrés conjointement avec les employeurs et les employés : ici comme dans le secteur de la santé, des groupes de pression influents tentent d'imposer l'idée de conserver le côté facultatif de la cotisation et de privatiser l'ensemble des régimes.

Le problème des retraites est crucial car l'Afrique du Sud est en train de connaître comme beaucoup de pays industrialisés un mouvement vers une augmentation de la proportion de personnes âgées en raison d'une baisse des taux de natalité et d'un allongement de la durée de vie. Comme dans les pays développés, la proportion entre actifs cotisants et ayants droits diminue, ce qui constitue un poids d'autant plus grand pour les régimes de retraite. Il faudra donc choisir entre plusieurs options : retarder l'âge de la retraite, augmenter les cotisations, subventionner les régimes à partir des impôts, privatiser les régimes ou amener davantage de travailleurs dans le système.

Ce problème rend urgent le besoin de réflexion sur la possibilité de créer un régime public national et de promouvoir une solidarité inter-générationnelle sur une base universelle (y compris les chômeurs) comme alternative à une libéralisation du secteur.

- Invalidité

La loi sur le bien-être de 1997 prévoit l'existence de fonds sociaux pour les personnes invalides et/ou dépendantes mais peu de personnes sont concernées parce que le concept d'invalidité a été en partie détourné de son sens "physique" pour un sens "économique" qui se rapporte finalement plus aux pauvres qu'aux invalides et son application donne lieu à un certain nombre d'abus. Par ailleurs, la loi sur le développement des compétences prévoit la mise en place d'incitations pour le recrutement de personnes handicapées qui jusqu'à présent ont donné lieu à peu d'application.

- Chômage

Il existe un fonds unique d'assurance chômage obligatoire pour les employés du secteur formel privé avec une exception notoire : les employés au dessus d'un certain niveau de revenu sont exemptés des cotisations et exclus des bénéficiaires. Le fonds ne concerne qu'un nombre limité de personnes (pour une durée limitée de six mois) d'autant que de nombreux employés ne sont pas enregistrés. Ainsi, le fonds ne concerne pas les chercheurs d'emploi n'ayant pas été auparavant embauchés, les travailleurs saisonniers et temporaires, les travailleurs du secteur public, les travailleurs indépendants et informels et les travailleurs à revenus élevés. De plus, le fonds est censé fournir également aux bénéficiaires des avantages concernant la maladie, la maternité, l'adoption et le décès, ce qui ne sert pas à rendre transparentes les actions du fonds.

Les abus apparaissent notamment du fait que les différents systèmes de sécurité sont totalement séparés les uns des autres et que leurs propres systèmes d'information, de contrôle sont défectueux : comme ils concernent tous les mêmes catégories limitées de personnes, celles-ci parviennent souvent à bénéficier en même temps de tous les avantages (exemples classiques : une retraite plus une allocation chômage, une allocation chômage pour une femme enceinte qui touche des allocations de maternité).

- Accidents du travail

Le ministère du Travail gère un fonds pour les accidents et maladies du travail qui est alimenté par des contributions faites par les employeurs en fonction du secteur industriel et du risque

encouru (en application de la Loi de 1993 appelée COIDA). Un nombre très grand de personnes sont exclues du champ de la COIDA ce qui est en soi-même inconstitutionnel : personnels du secteur public, travailleurs à temps partiel, personnels non enregistrés, personnels informels et indépendants, etc. Le système est très lent et peu avantageux pour les bas salaires compte tenu d'un plafond dépendant des gains mensuels.

- Accidents de la route

Il existe un fonds pour les Accidents de la Route en Application (RAF) financé à travers un impôt spécifique sur l'essence et devant normalement compenser tous les dommages sans limites. Le problème est que les coûts (notamment médicaux) augmentent plus vite que les ressources du fonds. Par ailleurs, la séparation avec la COIDA n'est pas claire pour les accidents de la route qui sont des accidents du travail. Dans la pratique, le fonds ne peut financer tous les dommages et l'on s'oriente vers une notion un peu floue de "la meilleure compensation possible" compte tenu des ressources annuelles du fonds.

- Maternité

Les lois fournissant une protection maternelle aux travailleurs de sexe féminin sont limitées au secteur formel et ne sont pas appliquées par tous les employeurs. Normalement, une femme travaillant a droit à un crédit de six semaines tandis qu'une femme au chômage a droit à une semaine par six mois de travail dans la limite des six semaines. Des accords entre travailleurs et syndicats agréés de travailleurs doivent réguler le système des allocations de maternité. Dans les faits, de nombreuses entreprises ont des travailleurs qui ne sont pas affiliés aux syndicats et ne suivent pas les règles, d'autant que les différents syndicats ne parviennent pas eux-mêmes à s'entendre sur les applications du système.

- Allocations familiales

Le fonds est très limité et ne comporte aucune disposition légale de ciblage des enfants pauvres de même qu'il n'existe en Afrique du Sud aucune obligation légale d'assistance à une personne en situation de malnutrition. Dans les faits, le fonds touche exclusivement des enfants urbains de ménages ayant un domicile fixe et ayant moins de 7 ans.

Ainsi, **dans tous les domaines de la sécurité sociale, la principale caractéristique est l'exclusion du système d'une grande partie de la population**, incluant les travailleurs indépendants et informels, les pauvres et les chômeurs longue durée, les non-nationaux et même, dans certains cas, les travailleurs à revenus faibles du secteur formel public et privé.

Le manque de solidarité générale du système de sécurité sociale vient du fait que pour chacun des domaines concernés il y a une dualité entre un système d'assurance "sociale", le plus souvent facultatif et réservé à une petite catégorie de privilégiés et un système d'assistance sociale financé par l'Etat n'offrant que des bénéfices modérés pour un nombre limité de risques sociaux. Un tel système ne paraît pas en mesure de réduire les disparités ni de promouvoir une véritable solidarité dans le pays.

Par ailleurs, il semble que l'une des tendances du système soit de **favoriser complètement la couverture des risques pour la même partie de la population privilégiée (en essayant progressivement d'augmenter la population couverte) plutôt que d'essayer d'informer, de prévenir et d'éviter l'arrivée des risques pour le plus grand nombre :**

-Dans le domaine du chômage, ne vaudrait-il pas mieux passer d'une conception passive du marché du travail (celui qui existe sur lequel on paye des avantages pour des chômeurs) à

une conception dynamique du travail (créant des conditions favorables aux petits entrepreneurs potentiels, aux travaux à haute intensité de main d'œuvre, etc.) ?

- Dans le domaine de la santé, ne vaudrait-il pas favoriser encore plus les politiques d'information et de prévention ainsi que l'approche participative systémique (planification décentralisée, références et contre-références, etc.) ?

Au delà de l'influence considérable des groupes de pression qui prônent la solution libérale, l'un des facteurs qui empêche de faire évoluer le système tient aux **défaillances des administrations** concernées par les domaines de la sécurité sociale :

- au niveau central, les domaines sont éparpillés entre plusieurs ministères et la coordination est faible avec comme résultat une difficulté à faire face aux groupes de pression privés et à mettre en place des programmes de caractère national et/ou intergouvernemental ;
- au niveau régional et local, viennent s'ajouter aux problèmes de coordination ceux parfois d'absence de techniciens compétents et expérimentés particulièrement dans les domaines de la planification, de la comptabilité, de la gestion et de l'information ;
- à tous les niveaux, on constate une certaine inertie par absence de vraie direction concrète pour mettre en œuvre des réformes et dans certaines institutions une montée de la corruption et/ou des fraudes qui exigeront à brève échéance que soient également prises de vraies sanctions.

L'Afrique du Sud paraît sur ces points en retrait par rapport à des pays moins riches qui sont sous ajustement structurel (voire en "post-ajustement"). Ces derniers sont de fait obligés d'avoir une approche multidimensionnelle désormais consacrée à l'objectif majeur de réduction de la pauvreté et n'attendent plus de la seule croissance du PIB la résolution des problèmes de pauvreté. Dans ces pays, les responsables considèrent que la pauvreté n'est pas seulement monétaire : elle est multidimensionnelle et la mise en place de politiques en faveur des pauvres exige l'application de principes de coordination, de complémentarité des actions, de régulation du secteur privé et de promotion du capital socio-institutionnel (confiance, solidarité, etc.). L'Afrique du Sud ne dispose pas de mécanisme adéquat pour planifier et coordonner des politiques de réduction de la pauvreté dans lesquelles doivent s'insérer les projets de solidarité sociale et de réduction de la vulnérabilité.

Face à la difficulté de promouvoir des actions intégrées au plan national, une solution souvent adoptée dans le domaine de la solidarité et de la sécurité sociale, est de promouvoir des actions pilotes de réduction des risques de pauvreté humaine dans un espace restreint, celui d'un district, qui peut s'étendre aussi à une province et qui est pris comme espace expérimental.

Mais surtout il est important que tous les responsables et acteurs se mettent d'accord sur les concepts de pauvreté et de sécurité sociale.

L'approche traditionnelle de la sécurité sociale en référence à la notion de risques **temporaires** n'est pas adéquate pour un pays où plus de 80% de la population sont en situation de vulnérabilité, d'insécurité et d'absence de bien-être humain **permanents**.

D'autre part, le monde pauvre de l'Afrique du Sud s'apparente à celui du reste de l'Afrique noire et la sécurité sociale ne peut être limitée à la sécurité sociale moderne de la catégorie riche de la population. Dès lors, **la sécurité sociale doit comprendre toutes les actions publiques, formelles et informelles, allant du niveau des ménages et des villages à celui de l'Etat.**

C'est en connaissant les différents systèmes internationaux (peu de cadres connaissent les systèmes européens continentaux au contraire des systèmes américains et anglo-saxons) et en partant de tous les systèmes éparpillés, formels et informels existants que les responsables du pays peuvent définir ce que peut signifier dans l'Afrique du Sud actuelle le droit à la sécurité sociale, c'est-à-dire le droit durable à une moindre vulnérabilité.

IV - ASSURANCE MALADIE ET SÉCURITÉ SOCIALE DANS LES PAYS À FAIBLE REVENU : QUESTIONS PRINCIPALES ET LEÇONS DES EXPÉRIENCES EN COURS

A - Débat sur le concept de protection sociale appliqué aux pays pauvres

a) Le concept de sécurité sociale appliquée aux pays en développement

Selon la déclaration universelle des droits de l'homme (1948), toute personne a droit à un minimum de sécurité sociale qui soit en adéquation avec l'organisation et les ressources du pays auquel appartient cette personne.

Or, dans beaucoup de pays pauvres, la situation est la suivante :

- les systèmes "modernes" de protection sociale offerts par les Etats sont insuffisants tant en termes de couverture que d'efficacité et d'équité et sont fragilisés par les situations souvent mauvaises des finances publiques et des marchés du travail formels ;
- les systèmes "traditionnels" de protection sociale offerts au niveau des communautés sont mis à rude épreuve du fait de la modernisation des économies (urbanisation, mobilité géographique, montée de l'individualisme), de la croissance démographique et de la persistance de crises économiques et politiques (abaissement du niveau de vie et insécurité).

Dans certains cas, de nouveaux comportements font leur apparition et de nouveaux modes de gestion du risque apparaissent :

- les classes urbaines aisées ont recours à l'assurance privée pour pallier les défaillances des autres systèmes ;
- les classes pauvres ont recours à des formes de gestion du risque informel : épargne et tontine, initiatives communautaires ;
- certains comportements sont particulièrement régressifs : utilisation du travail des enfants pauvres par les classes aisées et moyennes de la société.

Le plus souvent, les mécanismes formels et informels coexistent sans que soit adoptée une stratégie de protection sociale consistant à les rendre complémentaires et à favoriser leurs aspects positifs.

Dans un pays pauvre à dominante rurale et informelle, l'assurance sociale moderne, réservée à une minorité privilégiée active dans le secteur moderne, ne constitue évidemment qu'un élément mineur de la protection sociale des individus d'un pays.

Dès lors le débat sur l'assurance sociale est inséparable d'un débat sur la protection sociale.

La protection sociale peut se définir comme l'ensemble des interventions qui permettent d'aider directement les individus, ménages et communautés dans leurs efforts pour gérer les risques, en vue de réduire leur vulnérabilité, régulariser leur consommation, améliorer leur santé et leur bien-être et parvenir à une plus grande équité sociale.

La gestion des risques s'exerce en premier lieu au niveau des individus, des ménages et des communautés : N. Stern et A. Sen (Oxford, 1991) insistent sur le fait que les transferts à l'intérieur des ménages et entre les ménages constituent une forme basique essentielle de la sécurité sociale dans les pays pauvres.

Le rôle de l'Etat dans ce domaine dépend des ressources humaines et financières disponibles et de la volonté politique d'atteindre les objectifs de protection et d'équité sociale : ces différents facteurs sont négatifs dans beaucoup de pays pauvres.

Par ailleurs, dans des pays où une majorité de la population est en situation de survie, le risque de maladie ne peut être traité à part comme un risque majeur pour lequel il faut à tout prix trouver un financement, particulièrement si ce financement est communautaire. L'insécurité alimentaire est le risque majeur pour une personne pauvre et pour sortir des cercles vicieux pauvreté-malnutrition-maladie, il faut considérer des actions multiformes qui prennent en compte ces risques majeurs afin de réduire durablement la vulnérabilité des individus.

Il y a ici un changement de paradigme : le but du développement humain n'est pas que les habitants des pays pauvres atteignent en moyenne et le plus rapidement possible le niveau de développement des pays riches, mais que chacun dispose d'un minimum pour faire face aux principaux risques de l'existence. L'utopie de sociétés libérées du besoin et d'individus protégés des principaux risques de l'existence est possible si les besoins et risques de base sont conçus en fonction des priorités sociales, des attentes et des possibilités financières des communautés. Associer les risques au niveau des communautés est aussi la solution pour faire une place importante au bien "santé", pour intégrer actions productives et actions sociales afin de ne pas évincer les actions favorables à la croissance à moyen terme.

J. Berghman (Louvain, 1997) souligne également que le concept de protection sociale doit impérativement :

- inclure et faire coexister toutes les formes de financement (national et communautaire, assurance et assistance) dans une politique nationale cohérente ;
- avoir trois dimensions - la prévention, la prévoyance (impliquant une réparation éventuelle) et la compensation - et évoluer dans les faits du stade curatif vers le stade préventif.

Les systèmes d'assurance maladie¹⁴ se situent au niveau de la prévoyance, mais leur coût est fonction de la capacité de tous les acteurs et de tous les systèmes concernés à promouvoir des actions de prévention.

Les instruments de connaissance de la protection sociale dans les pays en développement sont rudimentaires car les actions et dépenses de protection sociale sous toutes leurs formes n'ont jamais été mesurées avec précision et exhaustivité.

Le secteur public fournit une protection sociale par l'entremise de plusieurs canaux : l'information-éducation et la réglementation, la sécurité sociale, l'assistance sociale et la fourniture de services de base.

Au niveau de la réparation et de la compensation des risques, les actions et dépenses de protection sociale comprennent au moins quatre types de prestations :

- les prestations sociales "modernes" qui correspondent à la distribution opérée par les systèmes d'assurance et de sécurité sociale du pays pour couvrir les quatre risques sociaux majeurs (santé, famille, emploi et vieillesse) ;

- les prestations “gratuites” de services sociaux qui correspondent à l’avantage accordé aux individus de bénéficier de l’accès gratuit aux services publics en cas de problème ;
- les actions de politiques sociales au sens large (aide alimentaire, travaux d’utilité publique, etc.) ;
- les actions et prestations “traditionnelles” au sein des communautés et entre les communautés.

Dans les pays pauvres, particulièrement les pays africains francophones, les régimes publics de sécurité sociale se sont développés dans les années 1950 à 1970 avec deux caractéristiques bien précises :

- à l’origine, ils ont été institués pour compléter et non pour remplacer les systèmes traditionnels : pour protéger les individus (parfois des villageois déracinés qui deviennent une main d’œuvre salariée) qui sortent du giron traditionnel et entrent dans le circuit moderne ;
- ils ont un champ d’application matériel assez large couvrant l’ensemble des risques à l’exception du risque maladie parce qu’à l’origine, l’approche adoptée en matière de soins de santé était celle de la gratuité, autrement dit du financement par l’impôt. Les pouvoirs publics, ayant de plus en plus de mal à garantir l’accès gratuit à des soins médicaux de qualité, ont fini par adopter le principe du paiement par les usagers et par ailleurs des institutions de protection médicale sont apparus pour couvrir certains risques auxquels sont soumis les travailleurs. Dans la plupart des pays il n’existe cependant toujours pas actuellement de caisse nationale d’assurance maladie.

Il faut noter que les pays n’ont pas profité de la longue période de croissance des années 1960 à 1978 pour élargir le champ d’application personnel des régimes de sécurité sociale, qui ne concernent toujours qu’une infime minorité des populations.

Avec la crise économique puis avec l’ajustement structurel, des problèmes administratifs, financiers et économiques graves sont apparus et ont fragilisé la situation de la protection sociale. Le coût de la protection sociale a augmenté tandis que le niveau de revenu et parfois le nombre de travailleurs du secteur public a stagné et que globalement le nombre de salariés a baissé au profit des secteurs traditionnels et informels. Le recouvrement des coûts pour les principaux services de base (santé, éducation, eau) a conduit à une baisse des taux d’utilisation des services (surtout de la santé qui passe après l’éducation dans les priorités des individus). Avec la stagnation économique, les phénomènes de mauvaise gouvernance voire de corruption sont apparus plus criants et la confiance dans les institutions publiques a fortement baissé au sein des populations.

Dès lors, deux questions se posent aujourd’hui :

- Les systèmes de sécurité sociale tels qu’ils existent actuellement, hérités du passé, doivent-ils être transformés pour répondre aux besoins essentiels et aux aspirations des populations ?
- Dans le contexte économique voire politique précaire qui caractérise les pays pauvres, est-il opportun de se lancer dans des réformes ambitieuses de protection sociale ?

La plupart des responsables politiques affirment une certaine volonté à trouver des solutions durables à l’insécurité sociale qui atteint beaucoup de pays.

Les praticiens et les bailleurs sont parvenus quant à eux à un consensus sur le fait que l’objectif majeur des prochaines années est la réduction de la pauvreté et de la vulnérabilité.

Si un système de sécurité sociale de type bismarckien est supposé se développer à moyen et long terme avec la croissance de l'économie et du nombre de salariés du secteur formel, il est tout à fait concevable qu'il s'élargisse à des populations plus importantes sous certaines conditions et s'intègre à un système plus large et plus complet de protection sociale. Dans certains pays, avec la crise et l'ajustement structurel, la situation financière relative des membres fonctionnaires (ou étudiants) et agriculteurs d'une famille élargie s'est inversée : ce sont les membres agriculteurs qui subventionnent les fonctionnaires et les étudiants et qui ont pratiquement les moyens (pas forcément la volonté) de payer une cotisation modérée. Plus largement, le sentiment d'insécurité et de pessimisme, signe d'une crise profonde dans beaucoup de pays, est un facteur favorable pour réaliser des réformes qui correspondent aux aspirations des populations.

b) Débat sur les modèles traditionnels de sécurité sociale

Comme on vient de le souligner, beaucoup de pays à faible revenu sont caractérisés par le phénomène de dualité des systèmes de sécurité sociale : les systèmes modernes plus ou moins limités coexistent avec les systèmes traditionnels eux-mêmes plus ou moins vivaces.

Depuis un certain nombre d'années, un débat anime les spécialistes à propos des modèles traditionnels : doivent-ils être encouragés parce qu'ils sont moralement bons ou parce qu'à court terme il n'y a pas d'autre solution ou au contraire faut-il accélérer le processus de déculturation et de remplacement par des systèmes modernes ?

Selon certains auteurs ("Sociological Approach" ou "Moral Approach"), les communautés traditionnelles sont perçues comme des sociétés très solidaires et très morales, avec un capital socio-institutionnel considérable. Dans ces communautés, les droits sociaux de base seraient garantis pour tous grâce aux membres de la famille élargie, aux amis, aux règles communautaires. Du reste, "être pauvre" dans ces conditions veut dire essentiellement "être sans famille, sans ami, sans racine villageoise". A l'intérieur de ces communautés, prévaut une éthique de subsistance pour tous ainsi qu'une éthique de don qui implique naturellement, lorsque nécessaire, le contre-don : lorsqu'un cadre de la fonction publique subit des retards de paiement de salaires, il peut compter sur les vivres de la famille du village, mais en sens inverse, à d'autres périodes, il pourra être amené à payer les frais d'une évacuation sanitaire ou les frais scolaires si nécessaire. La conséquence est que les forces du marché ne doivent pas pénétrer à l'intérieur de la communauté (ils servent pour les échanges extérieurs) et que les deux piliers de l'économie de marché (contrats et droits individuels de propriété) sont absents.

Selon d'autres auteurs ("Political Economy Approach"), la solidarité est feinte et basée comme partout sur des calculs d'intérêt personnel de la part de paysans conduits par des objectifs de survie dans des environnements souvent défavorables. Il n'y a pas de mouvement spontané vers des schémas d'assurance élargie à toute la communauté, mais des solidarités obligées dans un climat de mutuelle suspicion et de relative inégalité (hommes contre femmes et enfants, lignées de chefs contre lignées ordinaires, etc.). Lorsqu'apparaît pour des raisons démographiques, une pression sur les terres cultivables, la tentation devient alors de limiter le nombre de ceux qui bénéficient des normes communautaires *insiders* et d'exclure les autres *outsiders*. Par ailleurs, on observe que souvent les personnes préfèrent demander de l'argent à des amis (un prêt) plutôt qu'à des membres de leur famille (un don) pour se dégager à l'avance d'éventuelles obligations d'aide à fonds perdus.

Sans doute est-il préférable d'avoir une perception équilibrée des communautés traditionnelles. Statut et équité sont toujours deux principes imbriqués qui les motivent mais avec le développement de l'économie de marché, le désir d'accumuler des biens privés s'empare aussi des

individus. Certainement, la limite majeure de la sécurité sociale traditionnelle tient-elle au fait que le principal risque est climatique et touche alors en même temps tous les membres de la communauté, ce qui rend aléatoire la solidarité à l'intérieur de la communauté, mais reste valable si l'on inclut les membres qui ont un travail à l'extérieur du village. Dans tous les cas, l'existence d'une institution traditionnelle solide au niveau par exemple d'un village ne devrait pas être négligée dans la recherche de mécanismes pour réduire les risques de pertes de bien-être et lutter contre la pauvreté humaine et la vulnérabilité.

Les deux principales règles sociales que l'on trouve dans les communautés traditionnelles sont :

- les règles collectives qui gèrent la distribution des actifs de production (notamment les terres) et les opportunités de travail ;
- les arrangements concernant les dons réciproques de travail, de grains, de biens durables ou de monnaie.

Le principal défi devient alors de combiner de façon optimale les systèmes de sécurité sociale modernes basés sur l'Etat et les systèmes de sécurité sociale traditionnels basés sur les communautés qui ont chacun leurs avantages et leurs inconvénients. Les premiers représentent sans doute l'avenir des pays, mais leur sont pour le moment interdits pour des raisons de pauvreté généralisée et permanente ainsi que de faiblesse des institutions modernes. Par ailleurs, ils vont inéluctablement dans le sens de la réduction de la solidarité traditionnelle. Les seconds sont souvent synonymes de stagnation en termes de développement puisque préoccupés par la survie et davantage focalisés sur les problèmes de sécurité alimentaire que directement sur les problèmes de santé (vaccination, etc.), bien que de tels défauts puissent être gommés par des actions d'IEC (information, éducation et communication).

Il reste que dans des pays pauvres et vulnérables où subsiste une insécurité sociale exceptionnellement élevée liée en grande partie à des risques de famine, malnutrition ou sous-nutrition, **la sécurité alimentaire est forcément l'élément de base de tout système de sécurité sociale.** Quelque soit le mode d'action publique, il s'agit de faire en sorte d'accroître la capacité de chaque individu d'obtenir une nourriture suffisante pour avoir par la suite une vie active en meilleure santé.

Dans les pays qui tentent de concilier les systèmes modernes et les systèmes traditionnels afin de gommer les faiblesses éventuelles des uns et des autres, on comprend que les administrations publiques décentralisées sont au cœur du processus. Sous réserve d'une bonne gouvernance locale, les collectivités publiques régionales et locales ont l'opportunité de jouer un rôle majeur pour faire se concilier les initiatives nationales et les initiatives communautaires. Des efforts peuvent être faits pour rendre compatibles l'assurance nationale et l'assurance communautaire : teinter l'assurance nationale d'esprit traditionnel (participation communautaire, systèmes de soins traditionnels inclus dans les paquets garantis, etc.) et introduire du modernisme dans les systèmes traditionnels (assurance villageoise, promotion de la santé à travers les initiatives de développement local, etc.).

B - Assurance maladie et protection sociale en Asie : quelques expériences significatives

Les pays pauvres d'Asie du Sud sont de fait moins influencés par le sens "occidental" de la sécurité sociale en raison des problèmes inextricables qui les caractérisent : une majeure partie de la population est pauvre, employée dans le secteur informel et doit se battre contre des cercles vicieux de sous-développement (maladie-malnutrition-insécurité alimentaire, manque de terres et/ou de travail).

Dans la plupart de ces pays, les programmes sont de deux sortes :

- des programmes relatifs aux problèmes de pénurie de terres et/ou de travail ;
- des programmes de fourniture publique directe de biens et services de base.

Les deux grandes orientations sont les suivantes :

Première orientation : puisque la pénurie de terres est inévitable (pour des raisons démographiques, économiques et sociologiques), l'alternative à la sécurité sur la base de la possession de terres pour la survie est de promouvoir des activités, modestes mais nombreuses, pour des personnes travaillant à leur compte.

Deux exemples connus sont ceux de la "Grameen Rural Bank" au Bangladesh et du "Integrated Rural Development Program" en Inde.

La Grameen Bank vise les ménages qui disposent de moins de 0,5 acre de terres et 54% des bénéficiaires sont des femmes. Sous la condition de former des petits groupes d'emprunteurs solidaires (normalement composés de cinq personnes), ceux-ci peuvent recevoir individuellement des prêts adaptés à leurs besoins et consacrés à des activités génératrices de revenus.

Or justement, se pose le problème de la santé des personnes qui utilisent les fonds de la Grameen Bank et qui pourraient ne plus pouvoir rembourser les crédits pour des raisons de maladie, sachant qu'au Bangladesh, les soins de santé sont largement payés par les usagers (qui financent 60% des dépenses de santé du pays) et que seulement quelques mutuelles de santé de petite taille existaient à l'état de projet pilote au milieu des années 1990.

De fait, l'enquête menée par les responsables de la Grameen Bank montre que la maladie est la cause principale du non-remboursement (44% des crédits non remboursés) et que par ailleurs, une grande partie des gains de revenus obtenus grâce aux investissements financés allait à des services de santé payants de mauvaise qualité.

La Grameen Bank décide alors de créer un fonds de santé pour développer des services de santé de qualité curatifs, préventifs et promotionnels à l'intention de ses clients et de tous les habitants des zones où résident ses clients. Pour une clientèle de base (2.400 familles), trois groupes de travailleurs de santé, sous la responsabilité d'un cadre paramédical pratiquent des visites régulières à domicile. Le cadre paramédical gère également un poste de santé (pour 800 familles) et au niveau central, près du siège local de la banque, se trouve un centre de santé (pour les 2.400 familles) avec un médecin et un petit laboratoire. Les patients peuvent être éventuellement référés à des hôpitaux avec lesquels la banque a un partenariat.

Le programme de santé et le régime d'assurance sont gérés par l'offreur de soins. L'adhésion est volontaire et sur une base familiale.

Le bilan fait sur une dizaine d'aires opérationnelles en 1996 montre que près de 30% de la population totale ont adhéré au système. Selon les cas, 40% à 50% des clients de la banque

ont adhéré au système (dont 100% des clients les plus pauvres). Les services couverts comprennent tous les services primaires plus quelques services hospitaliers de base (sous condition de référence). Il est à noter que c'est l'intégration de ces services hospitaliers qui a attiré la clientèle. Les assurés clients de la banque paient une prime mensuelle de 1 dollar contre 2 dollars pour les non-clients. Tous les assurés paient un ticket modérateur : par exemple de 0,05 dollar contre une consultation dont le prix est de 0,5 dollar pour un non assuré. Les médicaments sont achetés par les assurés à des prix légèrement inférieurs à ceux du marché.

Le revenu du régime d'assurance se divise en deux parties à peu près égales entre les primes et le co-paiement (paiement des médicaments et des services). Les coûts administratifs du régime d'assurance sont estimés à 12% du revenu. Les comptes des structures de santé sont équilibrées grâce aux financements du régime d'assurance (50%), aux paiements directs par les usagers non assurés (20%) et à des subventions internationales (30%).

Les taux d'utilisation des services restent assez faibles mais sont plus élevés pour les assurés : ils passent pour les soins curatifs de 0,04 visite par personne et par an à 0,2 visite et sont plus élevés pour les assurés les plus pauvres (0,4 visite par personne et par an).

Commentaires

Les taux d'utilisation restent faibles en raison de la distance élevée aux établissements les plus demandés (le centre et l'hôpital) et du prix important que les assurés doivent payer (essentiellement pour les médicaments). L'effet sur les pauvres est important puisqu'ils adhèrent massivement au programme. Toutefois, le concept de partage du risque à travers un financement communautaire est peu compris de la population, de même que le fait que le système soit à but non lucratif. D'autre part, il n'y a pas d'implication des populations dans la gestion du programme : le lien naturel qui existe entre l'assurance santé et le micro-crédit productif devrait améliorer les revenus des adhérents utilisateurs de soins qui pourraient être utilisés comme points d'entrée pour élargir la population couverte et promouvoir une participation communautaire effective. Pour éviter les risques de désistement, en plus des visites à domicile, le programme de santé a mis en place un système de check-up gratuit pour tous les assurés.

En matière d'équité (accès des pauvres) et de santé publique, le programme peut évidemment être considéré comme performant. On voit bien les conditions de réussite et de viabilité du système : l'inclusion des services les plus demandés (services hospitaliers) dans le paquet, l'élargissement de la population pour mutualiser les risques et réduire les coûts (y compris des médicaments) voire pour accentuer la solidarité en instituant d'autres formes de co-paiement (exemple : à l'épisode), la pratique intense des services préventifs et informationnels, la combinaison d'un système d'assurance sociale et de crédit productif et le développement de la participation communautaire, l'existence de subventions extérieures (pour le moment en provenance de donateurs internationaux).

Deuxième orientation : le financement et/ou l'offre publique de biens et services de base

Comment ne pas faire référence aux expériences bien connues du Sri Lanka et de l'Etat de Kérala en Inde qui ont décidé de garantir pour tout citoyen un accès à trois services de base : alimentation, soins de santé de base et éducation primaire et qui ont de loin obtenu les meilleurs résultats du monde (à niveau de revenu donné) en termes de bien-être et de santé ?

Les observations faites sur ces expériences aboutissent à trois conclusions :

- la combinaison des trois services s'est révélée déterminante pour éliminer les cercles vicieux "mauvaise alimentation - mauvaise santé" et pour favoriser les programmes d'information : une personne bien nourrie et bien éduquée devient ouverte aux autres

problèmes et consciente de l'importance des services de santé pour son bien-être ;

- dans le domaine de la santé, c'est moins le nombre élevé des infrastructures et des équipements sanitaires que l'efficacité au niveau de leur utilisation qui a entraîné les bons résultats : orientation des programmes vers les activités promotionnelles et préventives ; activités touchant les populations les plus pauvres qui sont souvent en bute à des maladies transmissibles ;
- les investissements publics orientés vers l'objectif de croissance économique n'ont pas été sacrifiés au profit des dépenses sociales de bien-être : ce sont les dépenses militaires qui ont été réduites (2% des dépenses publiques au Sri Lanka contre 10 à 15% en Inde).

Le cas des Philippines : un cadre général pour faire évoluer le pays vers un système d'assurance nationale à long terme et la promotion d'initiatives régionales et locales cohérentes avec le cadre national .

En 1995, a été promulguée la loi sur l'assurance nationale santé. Celle-ci est perçue comme un moyen de mobiliser des ressources financières durables pour les services de santé et d'améliorer l'efficacité et l'équité du système. Le besoin d'une réforme se fait sentir car face au manque de moyens financiers, les centres de santé publics et les hôpitaux de districts et régionaux ont introduit le recouvrement des coûts, mais de nombreuses communautés rurales ne disposent pas de structures sanitaires et la faible qualité des services publics a conduit au développement accéléré des structures privées à but lucratif.

L'objectif est de mettre sur pied à moyen terme une assurance universelle obligatoire, mais il est admis, d'une part que cette entreprise prend du temps et que l'expansion de la couverture et de ses avantages doit croître régulièrement en phase avec les périodes de croissance économique, et d'autre part que le programme doit comprendre à la fois des services pour lesquels les assurés sont prêts à payer ainsi que des services de santé publiques (notamment préventifs). Des systèmes d'assurance parcellaires existent pour les salariés mais les assurances privées se développent dans les zones urbaines et les populations rurales ne sont couvertes par aucun système.

Pour réaliser l'objectif précédent, il a été décidé que le niveau responsable de la gestion de l'assurance santé soit le niveau régional. La région est donc chargée de promouvoir la couverture universelle au sein de sa juridiction : guider et orienter les fonds (ou mutuelles) existants, fournir de l'assistance administrative, technique et financière pour la création d'autres fonds, négocier et établir des contrats avec les offreurs de soins, réguler le système (accréditation des offreurs, règles de fonctionnement des fonds), appuyer le système d'information, agir de façon coordonnée avec les autres services publics régionaux et locaux et promouvoir les actions intersectorielles, etc. Du point de vue de l'assurance santé, la structure régionale est censée devenir une association des fonds de santé avec une incitation à élargir l'assurance à toute la population. La couverture universelle est supposée prendre 15 ans (objectif : 2010) et pendant cette période toutes les initiatives régionales, locales et communautaires sont encouragées.

On voit ainsi apparaître et/ou se développer de nombreuses initiatives communautaires, en particulier des projets communautaires multisectoriels sous le contrôle des structures régionales.

Un projet communautaire multisectoriel est établi généralement à l'échelle d'un village de paysans pauvres et comprend plusieurs types d'actions en deux étapes progressives :

- **Première étape** : infrastructures et actions de base (établissements préscolaires avec éducation et soins de santé, formation d'habitants du village pour l'encadrement, actions d'organisation communautaire, actions de production et sécurité alimentaire). Une coopérative multisectorielle est établie avec le personnel et les populations pour accroître les revenus productifs et rendre les structures viables à long terme.

La visite régulière d'une équipe de santé permet de superviser le travail de santé scolaire et constitue souvent la seule source de consultation médicale pour les autres membres des familles.

- **Deuxième étape** : organisation d'une assurance villageoise gérée et contrôlée par la coopérative à la demande des populations par laquelle les soins de santé primaire seraient donnés au poste de santé par un personnel qualifié salarié, les médicaments essentiels génériques et les soins hospitaliers de base par contrat basé sur la capitation avec un hôpital proche (de préférence à but non lucratif). Les médicaments non essentiels sont disponibles et vendus à des tarifs beaucoup plus faibles que dans le secteur privé lucratif. Cette deuxième étape est franchie si 10% du village (soit une moyenne de 300 familles sur 3.000) acceptent de cotiser. Les cotisations sont de l'ordre de 2 dollars par mois pour une personne seule et de 4 dollars pour une famille avec une réduction de 1 dollar pour les plus pauvres. Les non assurés peuvent utiliser le système à des prix plus élevés.

Commentaires

Les projets de ce type ont généralement obtenu un bon succès et les familles cotisantes ont représenté jusqu'à un tiers de la population des villages. Les ventes de médicaments non essentiels et les consultations pour les non-assurés permettent de compléter les revenus de la mutuelle. Il est arrivé que les mutuelles changent de partenaire hospitalier lorsque la concurrence le permettait. Les services offerts conviennent aux populations mais les enquêtes font état d'un risque latent d'utilisation de la mutuelle pour les services de maternité et de retrait ultérieur car une certaine méconnaissance du concept d'assurance persiste ainsi que l'impression de perte d'argent après plusieurs mois de non-utilisation.

Un point encourageant : le nombre de cotisants augmente lorsque les projets productifs réussissent et permettent d'augmenter les revenus des familles et lorsque les campagnes de promotion sont intenses et relayées par les responsables communautaires de la coopérative. Comme les taux de cotisations ne peuvent pas augmenter, le défi à relever à partir de premières années satisfaisantes est d'augmenter le nombre de cotisants pour assurer des ressources stables plus élevées et maîtriser les coûts et les dépenses (surtout de médicaments).

L'avantage du système est incontestablement de fournir aux familles pauvres un accès possible aux services de santé, de les rendre capables d'augmenter leurs revenus et de consacrer ainsi plus d'argent à leur propre santé, les faisant passer de cercles vicieux à des cercles vertueux. Le développement de tels schémas d'assurance dans la plupart des villages d'une région constitue un préalable indispensable à une harmonisation conforme aux directives nationales et à la pratique de solidarités entre villages pauvres et villages riches à partir d'allocations budgétaires régionales. Le suivi-évaluation régulier de ces schémas peut être aussi l'occasion d'adapter les directives nationales. L'implication croissante des responsables nationaux et régionaux dans les rôles qui leur ont été attribués est aussi une étape importante vers ce que l'on peut appeler la mutualisation régionale obligatoire à l'horizon 2010.

Le cas du Vietnam

L'assurance santé obligatoire couvre 7% de la population à travers deux caisses : l'une pour les fonctionnaires, l'autre pour les salariés du secteur privé, tandis que l'assurance volontaire touche 6% des Vietnamiens. Le gouvernement projette d'étendre l'assurance obligatoire à d'autres couches de la population mais la situation de la protection existante n'est pas satisfaisante : on note une carence chronique des cotisations et des déficiences en matière de gestion des caisses, tandis que la qualité et le coût des soins font obstacle à la dynamique du processus.

C - Assurance maladie, sécurité sociale et protection sociale en Afrique francophone : bilan et perspectives

Beaucoup de pays d'Afrique noire connaissent une situation encore plus difficile que les autres pays pauvres en raison d'une insécurité encore plus grande des moyens d'existence de la majeure partie des populations. La réduction de la pauvreté et de la vulnérabilité ainsi que la promotion de la sécurité sociale ne peuvent être reportées à une période future car on ne peut attendre raisonnablement que la croissance, l'urbanisation et la formalisation précèdent les politiques sociales et les expériences de sécurité sociale.

Deux caractéristiques que l'on retrouve peu ou prou dans les pays africains sont les suivantes :

- la population reste essentiellement agricole : autrement dit, la croissance économique viendra encore longtemps du secteur agricole (où productivité et santé doivent aller de pair) et non du secteur industriel urbain et les communautés traditionnelles resteront vivaces pendant longtemps ;
- la transition démographique est retardée et une sécurité sociale élargie a un rôle important à jouer immédiatement dans ce domaine : réduire les taux de mortalité, mais aussi réduire les taux de natalité compte tenu d'une meilleure survie des enfants et d'une moins grande dépendance des personnes âgées vis à vis de leur famille.

L'Afrique communautaire ne symbolise pas toute l'Afrique.

Dans l'Afrique rurale des grands lacs (exemple : Rwanda), caractérisée par la pénurie des terres disponibles et par l'individualisation des comportements, la sécurité sociale traditionnelle n'existe pas : il y a peu de mutualisation du travail et des risques. Il peut y avoir des transferts en monnaie ou en nature entre familles, mais celles-ci comptent davantage sur des comptes d'épargne disponibles dans des caisses bancaires et la communauté en tant que telle n'existe pas (c'est le système de l'habitat isolé). En réalité, la communauté se réfère clairement pour tous à l'administration locale qui a ainsi un rôle naturel d'aiguillon dans la promotion de la solidarité sociale à jouer.

Dans l'Afrique féodale (qui peut se comparer à l'Asie féodale), il existe une hiérarchie de fait entre les groupes sociaux. Le groupe social dominé peut alors trouver une forme de protection sociale auprès du groupe dominant à travers un octroi de travail ou une forme de charité (parfois à travers une institution religieuse). Dans un tel contexte, au delà des aspects habituels de court terme, les politiques sociales doivent s'intégrer dans des politiques de développement à long terme, qui mettent l'accent sur le développement comme processus social de transformation, impliquent une croissance économique, une meilleure répartition des dotations ainsi qu'un changement des mentalités et un renforcement de l'implication des plus pauvres dans la définition et la mise en œuvre des politiques.

Il reste que le cœur de l'Afrique (notamment de l'Ouest) est faite de communautés traditionnelles disposant souvent de terres suffisantes (parfois très fertiles, parfois peu productives). Dans ces communautés, il existe souvent des dispositions courantes (des normes communautaires) à partager le travail et les risques ainsi que des institutions sur lesquelles il est possible de s'appuyer pour promouvoir le bien "santé" et réduire le risque maladie même si celui-ci ne passe pas en priorité dans les choix des ménages.

Une évolution est en train de se passer dans beaucoup de pays en développement africains qui cherchent à instaurer et/ou développer des mécanismes de mutualisation et d'assurances sociales.

a) Le débat sur les mutuelles

Rappelons d'abord ce qu'on appelle mutuelle. Un organisme mutualiste est une association facultative de personnes (à adhésion libre) sans but lucratif dont l'objectif est de parer aux conséquences que divers risques sociaux entraînent pour leurs membres et leurs familles. Il est financé par les cotisations de ses membres et sa gestion repose sur les représentants de ses adhérents. Il a une indépendance institutionnelle complète sous réserve de respecter certains principes définis par la loi. Une mutuelle se distingue de l'assurance maladie obligatoire publique notamment par une solidarité moins étendue et par une démocratie moins éloignée des membres cotisants. Elle se distingue de l'assurance maladie commerciale par son caractère non lucratif, par une solidarité beaucoup plus marquée à divers égards et par son caractère démocratique.

En Afrique, les mutuelles pourraient s'inscrire dans la tradition de l'entraide qui est une des valeurs de base des sociétés traditionnelles (les tontines, en particulier financières, sont une forme d'entraide toujours répandue en Afrique). Aujourd'hui, différentes expériences de création et de développement des mutuelles sont en cours dans plusieurs pays d'Afrique et semblent offrir des perspectives intéressantes pour les années à venir. L'articulation entre un centre de soins et une mutuelle devrait à la fois faciliter le fonctionnement de cette dernière et améliorer l'offre de soins en assurant au centre des ressources plus régulières et en lui permettant ainsi d'accroître son activité. D'une manière générale, en raison des sérieux problèmes, notamment d'accessibilité financière, que pose le système de paiement direct par les patients et des limites indubitables de ce système, le concept de mutuelle de santé retient de plus en plus l'attention en Afrique. Pour autant, il ne faut pas perdre de vue les limites probables du développement de la mutualité dans les conditions de l'Afrique d'aujourd'hui. A court et même à moyen terme, il semble très peu probable que les mutuelles puissent couvrir de larges couches de population. Le problème de l'équité pour les couches les plus pauvres reste donc posé.

Pourtant, c'est un fait, les mutuelles se développent un peu partout dans les pays francophones comme dans les pays anglophones sous le terme MHO¹⁵. Près de 60% des mutuelles actuellement en activité ont moins de trois ans d'âge et se situent aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain :

Tableau 7 : Principales caractéristiques des Mutual Health Organization (MHO)

	MHO localisé en milieu rural	MHO localisé en milieu urbain	MHO national (professionnel, associatif, etc.)
MHO traditionnel : famille élargie, clan, ethnie, etc.	****	****	
MHO lié à mouvement social ou associatif	****	****	****
MHO cogéré par offreur et communauté	****	****	
MHO axé sur gestion des risques	****	****	

Moins de 100 membres	Entre 100 et 1.000 membres	entre 1.001 et 10.000 membres	Entre 10.001 et 100.000 membres	Plus de 100.000 membres
27%	36%	14%	18%	5%

Note : les mutuelles de plus de 100.000 membres sont plutôt nationales (telle une mutuelle de fonctionnaires, une mutuelle de femmes paysannes, etc.)

¹⁵ Mutual Health Organization, ainsi défini : "nonprofit, autonomous organization based on solidarity between, and democratic accountability to, their own financial contributions and by means of any range of financial mechanisms that mainly involve insurance, but that may also include prepayments, savings and soft loans, third-party subscription payments and so on" (C. Atim, 1998).

Le bilan des MHO¹⁶ existants est conforme à ce que l'on pouvait attendre d'un point de vue théorique :

- a) contribution à la mobilisation de ressources financières : **bonne** lorsqu'elle part de taux de souscription faibles, lorsqu'elle concerne les préoccupations des adhérents potentiels (médicaments, transport, hospitalisation, etc.), lorsqu'elle est basée sur un contrat avec une formation sanitaire de bonne réputation, lorsqu'elle est synchronisée avec les périodes de gains des adhérents (particulièrement utile pour les paysans) ;
- b) contribution à l'efficacité des actions de santé : **bonne** lorsqu'elle inclut gratuitement les services promotionnels et préventifs ;
- c) contribution à l'équité : **nulle** car la plupart des MHO ne prennent pas en compte la proportionnalité des contributions aux revenus des adhérents (trop complexe) et n'accordent pas d'exemptions pour les pauvres et les indigents (dont la prise en charge est supposée être du domaine de la politique sociale);
- d) contribution à l'amélioration de la qualité (temps d'attente, comportement du personnel, disponibilité de médicaments, etc.) : **moyenne** car les MHO négocient les prix mais ont peu de compétences pour imposer des normes de qualité ;
- e) contribution à l'accès aux soins de santé : **bonne** pour les adhérents, mais avec des taux de pénétration des groupes-cibles d'adhérents potentiels faibles hormis les plus petites mutuelles ;
- f) capacité à perdurer et viabilité : **faible** car manque de compétences en termes de capacités managériales, institutionnelles pour gérer les fonds, développer les systèmes de comptabilité, faire le suivi et l'évaluation, négocier avec les offreurs, renforcer la participation démocratique, déterminer les avantages et gérer les risques.

La gestion des risques autour d'un dosage judicieux coûts-avantages pour les adhérents est assurément une clé majeure d'un succès durable des mutuelles. Le tableau suivant décrit les types de risques à prendre en compte et les instruments de prévention des risques qui conditionnent la réussite de l'opération.

¹⁶ Voir C. Atim "The contribution of MHO to financing, delivery and access to health care", 1998.

Tableau 8 : Gestion des risques

TYPES DE RISQUES	INSTRUMENTS
1) risque moral : surconsommation des personnes assurées qui met en danger la viabilité financière	1) référence obligatoire : impossibilité de profiter des prestations aux 2 ^{ème} et 3 ^{ème} niveaux sans référence médicale
2) sélection adverse : adhésion massive des personnes potentiellement les plus malades	2) co-paiement : double paiement par les MHO et par les adhérents lorsque ceux-ci utilisent les services
3) montée en flèche des coûts : collusion entre adhérents et offreurs pour utiliser les traitements techniques les plus coûteux	3) franchises : paiement par les adhérents d'un montant fixe pour tout épisode de santé
4) passager clandestin et fraudes diverses : soins gratuits de non adhérents, détournement de fonds, etc.	4) plafonds sur les avantages : limitation du montant total des services (donc du coût) utilisables (exemple : nombre de jours d'hospitalisation)
5) gestion et prévention des risques : capacité à identifier, quantifier et prévenir les risques encourus	5) contrôles et évaluations : contrôle des décisions, suivi et analyse des informations, substitution de génériques, études rétrospectives et comparatives, audits, etc.

Le développement des mutuelles est désormais inscrit dans les priorités des ministères de la Santé dans la plupart des pays. Le BIT a réuni en juin 1998 à Abidjan, les différents acteurs concernés par le développement des mutuelles afin de définir une stratégie d'appui aux mutuelles de santé en Afrique. Par ailleurs, le réseau RAMUS, lancé en novembre 1998 par le MAE, met en place la réflexion stratégique et opérationnelle. Parmi les orientations majeures, on peut citer les points suivants :

- préserver dès le départ l'autonomie, l'indépendance et la responsabilité des mutuelles ;
- inscrire l'appui aux mutuelles dans la durée ;
- développer des systèmes de suivi-évaluation performants ;
- participer à l'amélioration de l'offre de soins et à la promotion de la santé ;
- rechercher des synergies avec les actions génératrices de revenus ;
- élargir l'appui à tous les acteurs impliqués et aux autres formes d'organisation des populations ;
- appuyer les Etats dans la création d'un environnement favorable aux mutuelles ;
- aider les prestataires à devenir de véritables partenaires des mutuelles ;
- œuvrer au développement de compétences locales ;
- mobiliser le concours des acteurs extérieurs.

Toutes les recommandations doivent être prises en compte en même temps. On retrouve ici des éléments qui sont apparus dans les autres pays. Le développement réussi des mutuelles suppose que les bénéficiaires potentiels soient familiarisés avec le principe de l'assurance et de la solidarité, aient une garantie de qualité des prestations obtenues et voient leurs revenus augmenter en même temps qu'ils s'assurent afin qu'apparaisse la spirale vertueuse. Pour prendre un exemple significatif, la familiarité avec le principe d'assurance apparaît dans les plans de gestion de terroirs qui s'appuient sur les structures sociales d'une commune et reviennent à utiliser une approche participative pour définir un plan de développement communal intégrant

des actions productives, des actions de protection de l'environnement et des projets d'infrastructures sanitaires et éducatives. Le financement de ce plan est assuré à la fois par des financements propres des membres du village, par des subventions et par des prêts.

Tous les villages concernés qui ont des projets d'élevage ont l'habitude de l'assurance incorporée aux prêts : cette assurance donne lieu à une cotisation de tous les ménages éleveurs qui entre dans une caisse gérée par un trésorier du village et sert en cas de perte de bétail. Des entretiens avec les comités villageois¹⁷ montrent qu'il est possible d'introduire une mutualisation quasi-obligatoire du risque santé si les leaders du village sont informés et motivés et si les avantages obtenus correspondent aux besoins et demandes des villageois (incluant les services de médecine traditionnelle).

Il est important d'intégrer assurance santé de proximité et actions génératrices de revenus et d'adapter les appuis aux conditions économiques, sociales et financières des populations concernées. Par exemple, dans une même zone climatique, on peut trouver un village dont les membres survivent difficilement et un village voisin dont les membres ont su adopter une innovation culturelle et atteindre des revenus monétaires satisfaisants¹⁸.

Dans le premier type de villages, il n'est pas possible de créer un système viable de mutuelle sans innovations productives pour élever les revenus monétaires.

Dans le deuxième type de village, une cotisation annuelle est immédiatement mobilisable. Cela pose le problème de la nécessité d'allocations redistributives qui doivent être mises en place dans tous les cas entre salariés urbains et non salariés, entre riches et pauvres. La limite du système est justement de ne pas avoir de réponse précise à la question de la redistribution et il n'est pas sûr que les mutuelles puissent assurer cette fonction.

Enfin, le développement des systèmes locaux et régionaux doit être adapté voire associé au développement de la décentralisation administrative. A partir du moment où la décentralisation prévoit, par exemple, que les collectivités locales aient en charge les soins de santé primaires, de nouvelles règles du jeu doivent s'instaurer de même que de nouveaux systèmes de partage des financements entre Etats, collectivités locales et communautés.

b) Le débat sur les caisses nationales d'assurance maladie

En règle générale, dans les pays francophones, il existe un ou deux organismes de sécurité sociale couvrant les risques famille, vieillesse, invalidité, maladie et professionnels.

Les pays qui font exception à la règle sont de deux sortes. Certains comme le Sénégal disposent d'un système de sécurité sociale éclaté : la gestion du risque vieillesse et invalidité est confiée à l'IPRES, celle du risque maladie aux IPM et celle des risques famille et professionnels à la caisse de sécurité sociale. D'autres, comme la Côte d'Ivoire, ont promu la couverture obligatoire dans le secteur formel de telle sorte que les entreprises et les salariés souscrivent des polices d'assurance auprès de compagnies d'assurance privées. Plusieurs pays francophones ont mené ou mènent des réflexions importantes sur la création éventuelle d'une caisse d'assurance maladie et/ou sur l'élargissement au risque maladie des caisses de sécurité sociale existantes. Dans tous les cas, l'assurance maladie centralisée obligatoire ne peut concerner qu'une partie infime des populations : les travailleurs et retraités du secteur privé formel et de l'Etat.

¹⁷ L'exemple que nous utilisons est celui du terroir de Dolé-Routounia au Niger appuyé par le Programme d'appui aux Initiatives de gestion locale des Roneraies.

¹⁸ L'exemple que nous utilisons est celui de la zone de savane ivoirienne où des villages qui possèdent plus de terres et ont osé abandonner le riz pour une culture efficace du coton gagnent plus que des villages qui pratiquent à la fois riz et coton, mais les deux de façon médiocre sur des espaces plus réduits.

¹⁹ Le cas du Togo est particulièrement développé car il s'agit du troisième pays à avoir fait l'objet d'une mission sur le terrain avec la Tunisie et l'Afrique du Sud.

Par exemple, la couverture ne concernerait que 800.000 bénéficiaires (pour 230.000 assurés) sur une population de 11 millions de personnes au Mali, 1.300.000 bénéficiaires sur une population de 9 millions au Sénégal, 200.000 bénéficiaires sur une population de 4 millions au Togo.

Dans la plupart des pays, la protection maladie des salariés et fonctionnaires est significative parce que les entreprises mettent souvent en place des formules intéressantes pour leurs salariés et parce que la protection étatique est souvent complétée par une mutuelle de fonctionnaires.

Il reste que le plus souvent la protection sociale maladie présente un caractère régressif et peu équitable, se révèle peu efficace et n'apporte au secteur de la santé qu'un financement faible et instable.

Ainsi, la question centrale est donc la suivante : peut-on créer une structure centralisée d'assurance maladie dans un pays où les autres structures de sécurité sociale ne fonctionnent pas bien, dans un pays marqué par un manque de confiance des citoyens dans les institutions de l'Etat et/ou dans les structures publiques de santé ?

A cette question, la réponse est non. D'une part, la politique de financement et la politique d'offre de soins sont fortement interdépendantes. Dans la plupart des pays, la qualité des structures publiques est trop faible pour attirer des assurés et souvent la condition imposée par des mutualistes est de trouver des offreurs de soins privés à but lucratif ou non lucratif. D'autre part, en cas de méfiance généralisée, l'ensemble des citoyens ont recours à des stratégies personnelles pour tenter d'assurer leur protection sociale et seule une assurance sociale de proximité gérée par eux-mêmes serait susceptible d'attirer leur attention.

Le bilan des études faites par les services français sur la situation des pays en matière de protection sociale montre que le problème majeur est celui de l'absence de confiance dans les institutions publiques et que, dans le cadre de la restructuration programmée des caisses existantes, le principal souci est celui de l'avenir des retraites.

c) Le cas du Togo

Le Togo¹⁹ a mis en place dès l'indépendance un système de protection sociale pour une minorité privilégiée active du secteur formel et une aide limitée à quelques catégories de citoyens (handicapés, veuves, orphelins).

Situation actuelle

- Le secteur privé formel

La caisse nationale de sécurité sociale compte 160.000 assurés sociaux. Elle assure les salariés du secteur privé et parapublic, les contractuels, les enseignants confessionnels, les travailleurs des collectivités locales. Elle couvre les prestations familiales, les risques professionnels et les pensions vieillesse.

Le taux global de cotisation est de 20,5% des salaires dont 18,5% pour l'employeur et 2,4% pour l'employé. Les taux respectifs des prestations familiales, des risques professionnels et des pensions viennent récemment de passer respectivement de 12%, 2,5% et 6% à 6%, 2,5% et 12%. La caisse est devenue un établissement privé en mai 2000.

A ces trois types de prestations s'ajoute un volet Action Sanitaire et Sociale (ASS) normalement financé par une partie de l'excédent de la branche des prestations familiales. L'ASS est menée dans des centres médico-sociaux où sont dispensés des consultations prénatales, des

¹⁹ Le cas du Togo est particulièrement développé car il s'agit du troisième pays à avoir fait l'objet d'une mission sur le terrain avec la Tunisie et l'Afrique du Sud.

conseils en diététique, etc. Il est à noter que la caisse arrête ses paiements lorsque les employeurs ne sont pas en règle avec leurs cotisations. Comme l'Etat a suspendu ses cotisations au profit des auxiliaires, des contractuels et des temporaires, ceux-ci ne reçoivent plus d'allocations de la caisse.

Normalement, avec la réduction des taux de cotisations pour les prestations familiales en vue d'aider la branche pensions, il n'y aura plus d'excédent et la caisse envisage d'abandonner les centres médico-sociaux dont le fonctionnement devra alors être financé par le ministère des Affaires sociales. Celle-ci n'envisage nullement la création à court et moyen terme d'une branche maladie qui apparaît aux responsables trop coûteuse en termes de financement et de gestion.

Dès lors, la plupart des salariés sont assurés par les compagnies d'assurance privée qui négocient des contrats de groupes (minimum de 10 personnes) avec les entreprises. En fonction du nombre de personnes et du niveau moyen des primes, la compagnie garantit la plupart des prestations santé (consultations, médicaments, analyses, hospitalisation, maternité) avec des plafonds plus ou moins élevés. Des clauses d'ajustement annuel en fonction des véritables dépenses sont prévues. Des médecins conseils évaluent les risques et incitent les assurés à réaliser les actions préventives (vaccinations, etc.).

- Le secteur des fonctionnaires

La caisse de retraite du Togo couvre les retraites des fonctionnaires et des militaires. Les cotisants sont au nombre de 34.000 et les bénéficiaires de 14.000 (8.500 retraités, 3.500 veuves et 2.000 orphelins). La caisse dépend directement du ministère des Finances. Les retraites sont payées irrégulièrement (en 1999, un mois ne sera jamais payé) et avec retard (actuellement de six mois). Les taux de cotisation est de 27% dont 20% pour l'Etat et 7% pour les fonctionnaires. On est passé de 7 actifs pour 1 retraité en 1990 à 3,15 actifs pour 1 retraité en 1999.

Depuis quelques mois la caisse est déficitaire (cotisations de 651 millions de FCFA par mois contre versements de 701 millions) et si rien n'est fait, elle deviendra de plus en plus déficitaire dans les années à venir. Plusieurs solutions sont actuellement envisagées : un paiement des dettes de l'Etat envers la caisse et une déconnexion de la tutelle du ministère des Finances pour éviter que les fonds accumulés ne soient à nouveau confisqués, un écrêtement des pensions (sur la base des salaires des 5 dernières années), un relèvement de l'âge de la retraite, une subvention publique, etc.

En théorie, l'Etat rembourse 50% des frais de santé des fonctionnaires sur la base des dépenses dans les structures publiques. Les compagnies d'assurances privées ont proposé un produit par lequel l'Etat finance indirectement l'assurance privée : elles assurent les fonctionnaires pour des risques élevés avec des cotisations élevées qui seront financées en partie par les sommes que récupère le fonctionnaire en provenance de l'Etat. Par ailleurs, les compagnies sont en train de lancer des assurances groupe avec des institutions publiques, telles que l'université, par exemple.

La prise en charge médicale des fonctionnaires retraités ne repose sur aucun fondement juridique, mais la pratique consiste à appliquer les dispositions régissant les fonctionnaires en activité. La prise en charge est limitée au retraité lui-même et aux membres directs de sa famille légitime. Sont exclues les prestations fournies par le secteur privé ainsi que les produits pharmaceutiques.

- Le reste de la population (95%)

Les mutuelles sont encore peu développées mais sont en train de prendre leur essor. Le contexte est à première vue négatif : peu de gens connaissent le principe des mutuelles, peu sont assurés, les soins coûtent de plus en plus cher, les populations sont de plus en plus pauvres, les hôpitaux

baissent la qualité des soins à cause de ressources faibles, les taux de fréquentation sont bas, les urgences sont difficilement prises en charge.

Pourtant quelques mutuelles sectorielles existent dans le secteur informel urbain (syndicats de travailleurs, taxis-motos, mécaniciens, coiffeuses-tresseuses,...) et dans le secteur agricole (mutuelles d'agriculteurs). Généralement, les adhérents paient une cotisation de 100 FCFA par semaine et par tête et peuvent recevoir des soins pour un montant plafonné à 25.000 FCFA. Dans le cas des syndicats de travailleurs, la cotisation est de 1.500 FCFA par mois pour une famille avec 4 enfants et donne droit au paquet minimum d'activités de soins primaires avec consultation et médicaments génériques pour un ticket modérateur de 200 FCFA. Dans certains districts, des chefs de quartier se disent intéressés pour ajouter le risque santé au risque funéraires au sein des familles du quartier. De même, d'autres expériences traditionnelles incorporent le risque santé : des associations de 20 couturières créent des tontines avec des cotisations de 20.000 FCFA par mois et une partie de la caisse est versée sur un compte santé.

Perspectives

Bien que les perspectives économiques et politiques ne soient pas optimistes, des avancées sociales devraient apparaître dans les mois à venir.

La décentralisation des systèmes de santé est en cours et un développement de l'assurance sociale de proximité devient à la fois souhaitable et faisable.

Dès la fin de l'année 2000, l'officialisation juridique de la gestion communautaire aura lieu. Concrètement, le système décentralisé correspond à celui du Mali à une différence près : le statut d'association privée à but non lucratif n'est pas donné aux centres de santé mais à une association des centres de santé d'un district (soit à peu près 10 centres de santé). Les comités de santé des quartiers ou des villages se réunissent en assemblée pour élire les comités de gestion des centres qui eux-mêmes se réuniront en assemblée pour élire un bureau exécutif de quelques personnes. Avec ce système, on espère régler le problème de la rareté des compétences et créer une association qui aura un poids suffisant pour négocier avec les partenaires, en même temps qu'on insuffle une forme de solidarité entre centres.

On peut alors imaginer des projets de mutualisation pilote associés à la décentralisation et à la gestion communautaire sous la houlette des équipes de districts et de régions. L'idée est de promouvoir ce que nous proposons d'appeler **l'assurance sociale de proximité** et d'intégrer assurance, participation et cogestion avec d'un côté des mutuelles ou associations de mutuelles qui négocient des contrats avec les associations de centres de santé et avec les hôpitaux ou cliniques et de l'autre côté les actions du district et de la région destinées à promouvoir la solidarité et l'assurance, intégrer le secteur privé et assurer la qualité des soins. Par ailleurs, les mutuelles ainsi créées et qui assurent le petit risque peuvent s'entendre pour se réassurer pour le risque hospitalier auprès d'un fonds national de réassurance des mutuelles de santé et par ailleurs faire bénéficier leurs adhérents des ressources d'un fonds national pour les urgences (projet en cours d'élaboration par la GTZ).

Les raisons de l'instauration de ces deux fonds sont très simples. Actuellement, dans un district de santé, de nombreuses personnes ne peuvent faire face aux dépenses de santé. Bien plus, dans le cas d'un épisode de maladie, la plupart des personnes dépensent 8.000 FCFA tandis que 1% des personnes doivent payer plus de 50.000 FCFA. Ainsi, il apparaît exceptionnel qu'un ménage togolais dépense 50.000 FCFA pour une maladie. Or, la plus simple des interventions chirurgicales dépasse le montant exceptionnel de 50.000 FCFA. En quelques années, *il s'agit de faire en sorte qu'au niveau de chaque district toutes les personnes aient accès aux services de santé :*

- pour les personnes du secteur public : financement public complété par une mutuelle ou une assurance privée ;
- pour les personnes du secteur privé formel : renforcement des trois branches de la protection sociale et assurance maladie par les mutuelles d'entreprises ou les assurances privées ;
- pour les personnes du secteur informel urbain : mutuelles sectorielles pour les micro-entreprises, mutuelles de quartiers et assistance sociale pour les indigents ;
- pour les personnes du secteur rural : mutuelles villageoises.

Le processus de mutualisation généralisée pourrait prendre dix ans et comprendrait deux étapes :

- **Première étape** (cinq ans) : lancer le processus de création généralisée des mutuelles ainsi que le fonds de réassurance, créer le fonds national de remboursement des urgences avec gestion privée (financé au départ à 50% par l'Etat (recettes de loteries) et à 50% par les bailleurs et censé recouvrer ultérieurement une partie des fonds auprès des associations de mutuelles), accroître l'efficacité et l'équité du fonds national de solidarité géré par le ministère de Affaires sociales, prévoir des mécanismes d'allocations budgétaires redistributives (notamment pour les villages ruraux les plus pauvres).
- **Deuxième étape** (cinq ans) : institutionnaliser le processus en faisant évoluer le cadre législatif et institutionnel en faveur des mutuelles et associations à but non lucratif, rendre obligatoire l'appartenance à une mutuelle ou à une assurance.

Commentaires

Les conditions de réussite du programme sont nombreuses : assurer la qualité des soins offerts aux assurés, développer l'autonomie de la société civile et des associations, assurer le respect des engagements de l'Etat, promouvoir l'idée de solidarité et d'assurance sur la base notamment de solidarités traditionnelles, inscrire le projet dans la durée avec des appuis extérieurs stables, rechercher des synergies avec les actions génératrices de revenus, contribuer à la promotion de la santé publique.

La réussite du programme de mutualisation universelle aura d'autant plus de chances de réussir qu'elle pourra s'appuyer sur le programme de la Banque mondiale qui a choisi le Togo comme premier pays africain pilote avec lequel développer une stratégie de protection sociale. Le programme de la Banque mondiale vise à compléter et élargir les projets des fonds sociaux et à lutter fondamentalement contre la vulnérabilité d'une majeure partie de la population togolaise.

Les fonds sociaux déjà mis en place au Togo ont vocation à se développer un peu partout dans le pays : ils comprennent trois volets complémentaires : infrastructures sociales, actions productives et renforcement des capacités des communautés de base et sont parfaitement en adéquation avec le programme de mutualisation et d'assurance sociale de proximité.

Tableau 9 : Description des groupes vulnérables au Togo

“classiques”	“modernes”
<ul style="list-style-type: none"> • Femmes chefs de famille et membres de la famille (1.350.000) • Handicapés (420.000) • Chômeurs (600.000) • Personnes âgées (250.000) • Personnes déplacées (100.000) 	<ul style="list-style-type: none"> • Filles livrées à elles-mêmes (domestiques, portefaix, serveuses de bar, pileuses de fufu, etc.) (100.000) • Garçons livrés à eux-mêmes (enfants des rues, prostitués, toxicomanes, délinquants juvéniles) (50.000) • Déscolarisés (300.000) • Victimes du sida et leur famille (orphelins, etc.) (200.000) • Réfugiés (?) • Malades mentaux (50.000)

Source : R. Bendokat et M. Tovo “*Contribution pour une stratégie de protection sociale au Togo*”, World Bank, Discussion Paper N° 9920, juillet 1999.

Note : on ne peut additionner les chiffres pour les ramener à la population totale du pays (4 millions) car certains individus peuvent appartenir à plusieurs groupes.

Le programme de protection sociale vise à intégrer le problème de l’assurance sociale dans une perspective plus large de protection sociale intégrant les mécanismes formels et informels, cherchant à orienter les actions vers les problèmes de vulnérabilité et de prévention avec des composantes telles que :

- aider le gouvernement à définir sa stratégie de protection sociale ;
- appuyer les actions spécifiques en faveur des personnes vulnérables ;
- introduire les mécanismes d’assurance et de prévention du risque dans les projets de fonds sociaux ;
- développer le capital social, c’est-à-dire la quantité et la qualité des ressources sociales (réseaux, adhésion à un groupe, club ou association, relations sociales,...) sur lesquelles un individu peut s’appuyer dans sa quête de moyens d’existence ;
- faire évoluer l’environnement institutionnel et réglementaire (droit des associations, code de la famille, droit foncier, etc.).

La coopération française agit activement en appui au système de décentralisation et devrait intervenir également aux deux échelons du processus de mutualisation et de protection sociale :

- en participant à la gouvernance stratégique aux niveaux national et régional ;
- en suscitant des projets pilotes d’assurance de proximité dans deux districts du pays en relation avec la décentralisation et la cogestion communautaire.

La France intervient indirectement à travers la Conférence Interafricaine de la Prévoyance Sociale (CIPRES) dont le siège est à Lomé.

La CIPRES a été créée en 1993 par un traité signé par 14 pays africains membres de la zone franc. Des traités similaires ont déjà été conclus pour le contrôle des assurances, le droit des affaires, la réalisation de données statistiques dans le domaine économique et social.

La CIPRES poursuit deux objectifs :

- assainir la gestion des organismes de sécurité sociale ou de prévoyance sociale en prenant appui sur les travaux d’une inspection régionale ;
- préparer une harmonisation des législations dans l’optique de l’espace économique unique.

Actuellement, la CIPRES s'attache à faire le bilan-diagnostic et à prévoir des mesures pour assainir la situation des caisses africaines. Par exemple, le bilan des caisses togolaises est en cours de finalisation. Le constat général est que les caisses souffrent de nombreuses déficiences et que la fonction redistributive que devrait jouer la sécurité sociale est défaillante et n'est remplacée par aucun autre mécanisme de redistribution. En particulier, la gestion des caisses est marquée par de graves faiblesses aussi bien sur le plan technique (méconnaissance de la réalité des besoins, liquidation des droits souvent arbitraire, absence de régularité dans le paiement des prestations), qu'administratif et financier (poids abusif des dépenses de fonctionnement, situation privilégiée des personnels des organismes, défaillance des mécanismes de recouvrement des cotisations, utilisation inefficace des réserves, absence d'autonomie financière des organismes).

Le cœur du dispositif est constitué par une inspection régionale de la prévoyance sociale, instrument de contrôle indépendant des Etats, qui, par des audits et expertises de gestion des organismes, doit permettre de moraliser le système, de faire respecter des ratios élémentaires de bonne gestion et d'assurer la transparence des procédures.

Concrètement, on s'aperçoit que la CIPRES a une position hautement politique. Les experts doivent répondre de leurs travaux à un conseil des ministres de tutelles de prévoyance sociale qui est l'organe de décision de la Conférence et qui nomme également les membres d'une commission de surveillance chargée notamment de se prononcer sur les travaux et sur l'application des recommandations des experts de la CIPRES. On peut noter que la fonction principale actuelle de la CIPRES -assainir la situation des organismes existants- conduit les experts de la CIPRES :

- à ne pas s'intéresser aux problèmes de l'assurance maladie puisque les risques pris en charge par les organismes existants se limitent aux accidents du travail, à la famille et à la vieillesse ;
- à centrer leur attention sur les problèmes de gestion des organismes sans prendre part aux grands débats nationaux sur la gouvernance stratégique de la sécurité sociale et sur les stratégies de protection sociale.

Il est intéressant d'observer le rôle différent que joue le Centre d'Etudes et de Recherches sur la sécurité sociale (CRESS) en Tunisie créé en 1998 pour servir d'aide aux décideurs et chargé notamment d'animer les débats stratégiques sur les réformes de la sécurité sociale, de réaliser des études sur la sécurité sociale et sur la protection sociale et de préparer les textes juridiques nouveaux.

Commentaires

Les projets combinés des partenaires forment un ensemble cohérent. Ils centrent l'attention sur trois termes majeurs : gouvernance, participation, vulnérabilité. La gouvernance est perçue sous tous ses aspects (stratégique, institutionnel, gestionnaire). L'accent mis sur la vulnérabilité permet d'attirer l'attention sur les problèmes d'équité sociale et de lutter contre les aspects négatifs des comportements tant traditionnels que modernes (chômeurs, enfants exploités, femmes,...). Les mécanismes formels et informels d'assurance sont assemblés dans un tout cohérent et le développement de la mutualisation est conçu en relation avec la politique de déconcentration (régions et districts sanitaires) et de décentralisation (participation et cogestion communautaire). Le système répond aux attentes des populations mais ne sera efficace concrètement que si les bailleurs s'entendent et jouent durablement le rôle de fait de tutelles des réformes, imposant aux différents acteurs le respect des lois et/ou des contrats.

d) Les autres pays

Il n'y a pas de règle générale. Chaque pays possède son propre système. Un consensus s'établit pour conseiller de résoudre les difficultés existantes et de s'appuyer sur les mécanismes propres à chaque pays (formels et informels) avant de proposer des solutions alternatives trop innovantes qui buteront de toutes façons sur les mêmes problèmes (dispositifs ne fonctionnant pas, absence de respect des règles car absence de sanctions et d'incitations, etc.).

Comme dans les pays industrialisés, le débat porte sur la place qui doit être accordée respectivement à la loi et au contrat.

Les promoteurs de l'approche contractuelle partent implicitement de l'idée selon laquelle les administrations publiques sont défaillantes et que les défaillances de l'Etat sont toujours plus grandes que les défaillances du marché. Dans une telle approche, l'Etat peut juste se contenter de fixer quelques grandes orientations (parmi lesquelles, éventuellement, l'obligation d'assurance, mais comment la faire respecter ?), tout le reste étant fait sous forme privée : la délégation de gestion pour les tâches du ministère, le contrat entre partenaires sociaux pour le reste.

Le projet de privatisation du ministère de la Santé du Rwanda, établi en 1998 et jusqu'à présent non adopté, entre dans le cadre de l'approche contractuelle absolue. Une agence des services de santé de statut privé aurait la responsabilité de réaliser pour le compte du ministère les principales activités qui lui sont dévolues. Combinée au processus de décentralisation, la privatisation du ministère aurait pour effet que l'agence traiterait la plupart de ses activités sous forme de contrats d'objectifs avec les districts, les hôpitaux (publics et privés), les mutuelles et toutes les associations impliquées. L'agence ne répondrait de ses activités que devant un conseil d'administration indépendant où seraient représentés non seulement le gouvernement mais aussi les acteurs professionnels et les citoyens. La plus grande partie des employés de la fonction publique du secteur santé auraient alors le choix d'être engagés directement par l'agence de façon contractuelle : des salaires beaucoup plus élevés mais une obligation de résultats. La tâche de l'agence serait également de promouvoir la mutualisation et l'assurance santé. le ministère de la Santé n'aurait plus alors que les fonctions stratégiques : orientations et objectifs de la politique de santé.

A l'inverse, les promoteurs de l'approche légale partent de l'idée qu'il faut avant tout renforcer les capacités de l'Etat et de ses structures déconcentrées à remplir leurs activités et respecter leurs engagements. Il existe des dispositifs institutionnels publics et il s'agit donc de faire en sorte qu'ils fonctionnent correctement. Pour ces auteurs, les substituts privés ou décentralisés sont un leurre : si la gestion du secteur de l'Etat laisse à désirer, pourquoi trouverait-on des opérateurs privés ou des opérateurs décentralisés qui introduiraient une meilleure gestion, sauf à considérer que l'éloignement du pouvoir central, la proximité de la population et la capacité plus grande des bailleurs à influencer des acteurs locaux peuvent donner lieu à de meilleures réalisations ?

De toute façon, qu'il s'agisse de loi ou de contrat, encore faut-il les respecter et les faire respecter. La situation varie évidemment selon les pays.

L'assurance maladie obligatoire peut se développer en Afrique rapidement dans le secteur formel. Elle ne passe pas forcément par le chemin d'une caisse nationale d'assurance maladie. Pour les spécialistes du secteur²⁰, le chemin vers un système sécurisé d'assurance maladie peut être long et ne passe pas non plus forcément par le schéma historico-théorique : mutuelles puis assurances maladie obligatoire. Il faut commencer aussi par corriger ce qui ne va pas dans les systèmes existants (exemple des IPM au Sénégal).

²⁰ Nous remercions en particulier Mr Alain Letoumy et Mr Yannick D'Haene pour tous les commentaires éclairés.

Pour les fonctionnaires se pose le problème de l'allocation et de la gestion du budget de santé qui leur est attribué. Les problèmes sont spécifiques aux pays mais l'on retrouve un peu partout les mêmes anomalies :

- un budget décaissé largement inférieur au budget voté et surtout aux besoins : certains sont en file d'attente, d'autres obtiennent une part importante (par exemple, pour des soins à l'étranger) qui évincent les autres ;
- les prises en charge officielles (de 50% à 80% selon les pays) ne sont pas appliquées et les formations sanitaires demandent aux fonctionnaires de tout payer ;
- les fonctionnaires les plus aisés et les mieux placés ont à la fois la meilleure couverture et une assurance privée complémentaire qui leur permet d'éviter les structures publiques de mauvaise qualité ;
- les prestations couvertes ne correspondent pas aux prestations souhaitées par les fonctionnaires : en particulier, les médicaments ne sont pas souvent inclus dans le champ des prestations couvertes.

Pour les salariés privés, les entreprises ont des systèmes de couverture avec ou sans cotisations qui offrent des prestations très différentes de l'une à l'autre : soit par des mutuelles et/ou des instituts de prévoyance à but non lucratif (Sénégal), soit par des contrats-groupes avec des compagnies d'assurances privées (Côte d'Ivoire, Togo, etc.), soit par des fonds de secours internes à l'entreprise.

Dans la plupart des pays, le système est tellement hétérogène et inéquitable qu'il est difficile d'envisager une harmonisation à travers une caisse unique qui pourrait jouer un rôle redistributif entre entreprises "riches" et entreprises "pauvres", comme c'est le cas en Tunisie où les agriculteurs et les petits artisans touchent de cette façon d'importantes subventions implicites.

On trouve également peu d'efficacité et d'équité dans les structures de santé gérées par les branches des caisses : centres de santé PMI et/ou volets d'action sanitaire et sociale pour la branche famille (exemple du Togo), centres de médecine du travail et/ou centres médicaux interentreprises pour les risques professionnels (exemple du Mali). Avec le recouvrement des coûts, la plupart de ces structures cherchent à réaliser des gains financiers en étant ouvertes à tout acheteur potentiel et ne répondent plus aux objectifs de départ. Avec la rationalisation de la gestion des caisses, la tendance est de les rendre autonomes et d'abandonner toute tâche d'offre de services de santé, tendance que l'on observe également en Tunisie. Seul pays de la zone franc à posséder une assurance maladie (avec des cotisations spécifiques pour évacuation sanitaire et pour distribution de médicaments), mais aussi seul pays à revenu intermédiaire, le Gabon est en train de voir son système évoluer vers l'échec pour des raisons de mauvaise gestion et d'abus.

Le processus dit de reconfiguration de la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS) des salariés privés en Côte d'Ivoire illustre parfaitement notre propos. Il a commencé dans les années 1992-1996 par l'assainissement financier et l'amélioration du processus de l'institution et se poursuit depuis cette date avec des chantiers de réformes. Dans les mesures d'assainissement financier, on trouve la séparation du recouvrement et des prestations, la réduction des effectifs (de 2.000 à 1.200 agents) et l'amélioration du niveau des cotisations recouvrées (de 90% en 4 ans). Cependant la principale mesure a consisté à remettre en cause la politique d'action sanitaire et sociale et à abandonner le système de gestion et de création d'unités de soins curatifs gratuites et ouvertes de fait à toute la population (assurée et non assurée).

Quant aux réformes prévues, elles consistaient à passer du statut de droit public à un statut de droit privé chargé de gérer un service public et à élargir le champ d'action (personnel et domaines d'application) dans le cadre des branches existantes : assurance vieillesse, accidents du travail et maladies professionnelles, prestations familiales.

Par ailleurs, la décentralisation des systèmes de santé semble s'imposer comme une norme impérative pour la plupart des pays africains, qu'ils aient sur ce plan une expérience plutôt réussie (Mali) ou plutôt décevante (Côte d'Ivoire).

Au Mali, la décentralisation va jusqu'à la transformation de tous les centres de santé publics en centres privés communautaires à but non lucratif. En Côte d'Ivoire, les allocations budgétaires ne sont pas arrivées jusqu'aux structures de base et les modes d'allocation budgétaire entre les districts sont devenus de plus en plus inégalitaires.

Le financement des coûts des soins pour les indigents par les ministères des Affaires sociales semble être l'autre norme admise par tous.

La plupart des structures sanitaires appliquent de fait le principe de non-prise en charge des pauvres en refusant leur entrée au guichet ou en les abandonnant dans des dortoirs-mouroirs pour des raisons de viabilité financière. Si cela peut paraître choquant, il est clair aussi que les structures ne peuvent pas prendre en charge tous les pauvres si leur fonctionnement dépend du recouvrement des coûts. La logique est que les plus pauvres soient pris en charge par un budget social de l'Etat.

Le cas du Sénégal

Le débat²¹ sur l'opportunité de création d'une caisse nationale d'assurance maladie a été particulièrement vif dans les années 1995-1996 au Sénégal sur la proposition insistante d'un syndicat de travailleurs (CNTS).

Le projet consistait à supprimer les instituts de prévoyance médicales existants (propres souvent à une grande entreprise ou à plusieurs entreprises) et à les remplacer par une caisse nationale qui disposerait des caractéristiques suivantes :

- il s'agirait d'un modèle centralisé ;
- il s'agirait d'un système de base uniforme pour l'ensemble des travailleurs salariés ;
- il s'inscrirait dans la logique historique d'extension de la protection sociale centralisée.

Rappelons rapidement le contexte de la protection maladie au Sénégal : elle repose d'une part sur la couverture systématique des fonctionnaires et agents de l'Etat, et d'autre part sur des régimes obligatoires ou facultatifs pour les salariés du secteur privé.

- Pour les fonctionnaires et autres agents de l'Etat et leurs familles (400.000 personnes) : l'Etat assure 80% du coût des soins mais exclut les médicaments.
- Pour les salariés retraités du secteur public et du secteur privé (80.000 allocataires et leurs familles) : leur protection est assurée par l'Institut de Prévoyance Sociale (IPRES) par un mécanisme de type contributif (cotisation égale à 2% des pensions) avec une subvention du fonds social de l'Etat. Les avantages sont les mêmes que ceux accordés aux agents actifs de l'Etat.
- Pour les salariés du secteur privé et parapublic (85.000 salariés et 500.000 bénéficiaires) : le régime est obligatoire et toute entreprise de plus de 100 salariés doit créer une Institution de Prévoyance Médicale (IPM) tandis que toute entreprise de moins de 100 salariés doit adhérer à une IPM inter-entreprise.
- Les autres systèmes (assurances privées, mutuelles) existent mais concernent peu de personnes.

L'enjeu de la suppression des IPM est important, car même si 60% d'entre eux fonctionnent avec difficulté, ils représentent 50% des recettes du secteur privé libéral.

²¹ Rapport sur "Opportunité de création d'une caisse nationale d'assurance maladie", Groupe de travail de l'assurance maladie, Primature, Dakar, novembre 1996

Le choix fait par le Sénégal a finalement été de renforcer ce qui existe : les IPM (plus de contrôle, plus de transparence, etc.) plutôt que de créer la caisse nationale d'assurance maladie.

Le débat est synthétisé dans le tableau ci-après :

Tableau 10 : Avantages et inconvénients d'un modèle centralisé de type CNAM (par rapport aux IPM)

	Avantages	Inconvénients
1) Objectif et missions : prise en charge des frais de santé en nature dans une logique de prévoyance basée sur la solidarité de l'ensemble des travailleurs	Risque réparti sur une large population	Le sentiment de rattachement du bénéficiaire à une communauté disparaît
2) Population couverte et mode d'adhésion : population salariée au sens du code du travail et leur famille au sens de la sécurité sociale ; mécanisme obligatoire par le biais de l'entreprise	système unique de protection avec droits et charges identiques pour tous les assujettis ; mécanisme d'adhésion théoriquement automatique et simple ; économies d'échelle possibles	Système rigide qui ne permet pas la concurrence et le choix entre différentes caisses ; pas d'incitation aux organismes d'assurance maladie à être plus efficaces ; ne tient pas compte de la diversité des entreprises et travailleurs ; incite à l'assurance complémentaire
3) Architecture : système centralisé ; institution assurant une mission de service public ; rôle important de la Loi	Décisions valables sur l'ensemble du territoire	Création d'un organisme central lourd et bureaucratique qui a montré ses limites en Afrique ; nécessite des investissements publics importants pour sa mise en place ; capacités limitées de réaction aux évolutions du système de santé
4) Statut juridique : institution de prévoyance sociale bénéficiant d'un statut particulier et d'autonomie financière	Idem IPM	Idem IPM
5) Organes décisionnels : assemblée générale composée de représentants élus sur proposition des organisations syndicales (patronales et salariées) et élisant un Conseil d'Administration (CA)	Evite le poids de personnalités fortes dans les IPM spécifiques	Reflète plus les enjeux nationaux qu'il n'est le reflet des forces au sein des entreprises
6) Rôle et mission du Conseil d'Administration : exécuter les décisions prises par le Gouvernement ou le Parlement et/ou définir elle-même les risques couverts, les taux de cotisation, les montants remboursés ; administrer le système (gestion, conventions avec professionnels de santé, etc.)	Capacité de négociation envers les professionnels si l'Etat lui en donne la possibilité (légitimité administrative et hiérarchique)	Moins grande souplesse de décision ; risque de conflit entre les objectifs de l'Etat et ceux de la caisse ; enjeu de rivalités syndicale ; risque de considérer les aspects techniques comme secondaires par rapport aux aspects politico-syndicaux et administratifs
7) Fonctions du directeur du CA : activités classiques de gestion et d'administration	Fidèle interprète du CA	Fonction plus administrative que celle d'un gérant d'IPM
8) Organisation territoriale : une caisse locale (déconcentrée) par département avec au moins trois services : recouvrement des cotisations, versement des prestations, contrôle médicale et relations avec les professionnels	Uniformisation des procédures et des services rendus	Perte de temps possible pour les travailleurs ; absence d'autonomie de décision ; application stricte de règles ; nécessite un personnel important

9) Organisation financière : système centralisé avec fichier des adhérents ; appel mensuel de cotisations aux entreprises ; collecte par les caisses locales reversée au niveau central ; versement des cotisations ; ticket modérateur ; tiers payant limité à la part des soins	Uniformisation des modalités du niveau de remboursement des soins et des cotisations ; existence d'un fichier national ; base de mutualisation du risque importante ; données centralisées	Les taux retenus sont l'expression de négociations politico-syndicales ; en cas de difficultés, l'Etat devra se substituer à l'organisme ; difficultés de recouvrement auprès d'entreprises non volontaires ; moins grand engagement des acteurs ; fraude plus facile (médicaments, substitution d'ayants droits, etc.) ; gestion plus difficile ; pas de responsabilité financière des caisses locales
10) Tutelle : politique générale de prévoyance et actions de contrôle administratif et financier sous la responsabilité de la tutelle	Contrôle sur les actes et délibérations, contrôle financier sur un seul site	Complexité du contrôle dû à la taille de l'institution ; moyens limités pour contrôler les structures déconcentrées
11) Négociations avec les professionnels de santé : discussions au niveau national avec les représentants qualifiés	Décisions qui s'appliquent partout ; suivi des dépenses simplifié ; négociation unique, plus d'"arrangements" entre gérants d'IPM et professionnels	Négociation nationale complexe ; problème de représentativité des organisations ; ne tient pas compte des spécificités locales ; contrôle médical difficile ; sanctions difficiles
12) Extension de la couverture aux populations non couvertes : possibilité d'affiliation des fonctionnaires et retraités, des populations qui devraient l'être théoriquement (personnels de maison, etc.)	Facile pour les fonctionnaires et les retraités ; intéressant pour les autres s'il détient davantage de pouvoir que les autres caisses (IPRES) pour contraindre les entreprises à affilier tout le personnel	Est-ce la formule plus adéquate pour faire affilier les fonctionnaires et agents de l'Etat (avec modalités spécifiques) ? On pourrait imaginer l'inverse : une caisse pour fonctionnaires et agents de l'Etat et des IPM et mutuelles pour les autres ; besoin de formules différentes pour le secteur informel

Le cas du Mali

Le Mali avait déjà tiré les conséquences du recouvrement des coûts : on ne peut faire marche arrière mais la logique du système de participation communautaire consiste à encourager toutes les initiatives privées, à transformer tous les centres de santé publics en centres communautaires privés à but non lucratif et à encourager les expériences de couverture privée des villages (médecins de campagne).

Dans le cadre de son plan décennal de développement du secteur socio-sanitaire, le Mali est en train de s'orienter vers une approche du financement de la santé qui vise à dépasser le paiement direct par les usagers grâce à :

- la mise en place d'une assurance maladie obligatoire pour les fonctionnaires et les travailleurs salariés ;
- l'extension d'une telle formule assurantielle à d'autres catégories de la population ; la création d'un fonds national d'assistance médicale pour prendre en charge le coût des soins aux indigents.

Dans l'étude de faisabilité du double système d'assurance obligatoire et d'assistance médicale, A. Letourmy²² souligne un point fondamental : le choix de l'assurance obligatoire constitue un choix politique majeur sans commune mesure avec l'encouragement à l'assurance maladie volontaire. Il faut une volonté politique au plus haut niveau et un renforcement simultané de

²² A.letoumy "L'assurance maladie obligatoire et l'assistance médicale au Mali", rapport de mission, ministère du Travail et des Affaires sociales, Bamako, juin 1997.

toutes les institutions impliquées (départements ministériels, assureurs, prestataires, syndicats et associations). De tels choix impliquent des engagements forts de l'Etat qui doit exercer un suivi tutélaire rigoureux pour éviter tout dérapage et toute malversation, garantir des soins de qualité et des médicaments disponibles en échange de la cotisation obligatoire, promouvoir la mutualisation des populations rurales (notamment autour de centres de santé dotés de médecins) et financer l'assistance médicale pour les personnes indigentes.

Le cas de la Côte d'Ivoire

Avec l'appui de la Banque mondiale et de l'Union européenne, la Côte d'Ivoire avait voulu accélérer le processus de généralisation de l'assurance maladie obligatoire à tout le pays.

La solution adoptée avait été de régionaliser le principe de l'assurance obligatoire à travers deux expériences pilotes dans les régions du centre-Ouest et du centre. Le choix de ces deux régions avait été fait de la façon suivante : d'une part, éviter les régions difficiles du Nord (populations plus pauvres et plus nomades) et du Sud (place dominante du secteur informel urbain à Abidjan), d'autre part, choisir des régions assez homogènes, ayant des salariés publics et privés non négligeables, des populations rurales stables disposant d'un revenu monétaire suffisant, des structures sanitaires revitalisées et une présence médicale certaine, avec des villages ouverts aux innovations mutualistes. Les conditions préalables tenaient au renforcement des équipes de districts et de régions, à la mise sur pied d'un fichier des populations (problème des familles dont un membre est dans une autre région, problème de l'affectation des cotisations des salariés), à l'établissement du schéma d'assurance maladie obligatoire (en combien de temps, comment ?), à la mise sur pied d'un système rigoureux d'information et de contrôle géré directement par les bailleurs qui appuient la région pour éviter les dérapages et les abus. Dans les années 1998-2000, la mise en œuvre de ce système a été reportée à une date ultérieure pour les raisons que l'on connaît : gel des appuis de l'Union européenne suite aux détournements financiers, changements administratifs et politiques.

Le cas de la Tanzanie

En Tanzanie, le recouvrement des coûts n'a été introduit que dans les hôpitaux avec des exemptions possibles pour les pauvres. Le système d'exemption donne lieu à de nombreux abus. Dans le cadre de l'abandon de la gratuité des soins, un projet d'assurance santé nationale pour les fonctionnaires est en cours d'élaboration.

Le cas du Burkina Faso

La situation des populations face au risque maladie est très disparate. Tandis que les fonctionnaires bénéficient en théorie d'un tarif réduit, la caisse nationale de sécurité sociale ne couvre pas le risque maladie des salariés du secteur privé et ceux-ci sont couverts par des caisses de solidarité internes aux entreprises (qui jouent le rôle de tiers payant) ou des mutuelles. Le secteur informel est très dynamique à travers des couples crédit-santé, des tontines et des mutuelles. Un projet de prise en charge des indigents à l'hôpital est en cours. Les facteurs favorables au développement de la mutualisation des risques santé sont bien avancés : autonomisation des structures d'offre, décentralisation, amélioration de l'environnement juridique des opérateurs privés.

Le cas du Niger

Les perspectives en matière d'assurance maladie semblent faibles à court terme et ne font pas partie des priorités nationales. La caisse nationale de sécurité sociale assure normalement des frais médicaux dans huit structures médico-sociales mais elle connaît un déséquilibre de ses ressources en raison notamment d'un système de gestion centralisé et inadapté (sans moyens

informatiques, avec trop peu d'agences locales). Avec l'introduction récente du recouvrement (dit " partiel ") des coûts dans le pays, la tendance est à accorder l'autonomie aux structures médico-sociales qui sont désormais ouvertes à toute la population et doivent couvrir leurs frais de fonctionnement à partir du paiement des services.

Le non-respect des engagements budgétaires de l'Etat à financer 80% des dépenses de santé des fonctionnaires pose le problème de la viabilité financière des structures qui assurent concrètement les soins des fonctionnaires.

Le cas de la Guinée

Sur le plan théorique, la caisse nationale de la sécurité sociale couvre le risque maladie pour les salariés, mais pratiquement le système fonctionne mal : difficulté de trésorerie, mauvaise gouvernance, faible qualité de l'offre de soins, exclusion de fait d'une grande partie des salariés. Les fonctionnaires sont pour leur part exclus du système d'assurance maladie, tandis qu'au plan local existent de nombreuses tontines et mutuelles villageoises.

Le cas du Nigeria

La protection sociale est réduite aux pensions, mais l'on trouve dans le pays des systèmes privés de type américain (HMO). Un grand projet d'assurance maladie est en attente d'application depuis plusieurs années. De type obligatoire pour toutes les entreprises de plus de 10 salariés et facultatif pour les autres, il concerne neuf régions pilotes dont Lagos. Il doit être administré par un Conseil regroupant des représentants des ministères concernés, des neuf caisses régionales, des HMO, des établissements et médecins agréés. Le dernier projet en cours prévoit une couverture universelle : étendue à toutes les régions et élargie aux pauvres grâce à une affectation de 20% du programme de lutte contre la pauvreté. Mais de nombreux débats se poursuivent sur les modalités de financement (capitation ou paiement à l'acte) et sur le réalisme du projet étant donné l'état de faible qualité (voire de délabrement) des structures de soins et compte tenu de la mauvaise gouvernance générale et de la corruption qui touchent le pays.

Le cas de Djibouti

Le principe de la gratuité des soins est toujours en application mais il apporte peu d'avantages aux populations compte tenu de la pénurie extrême de médicaments, de matériel médical et de personnel qualifié. Les caisses existantes de sécurité sociale (accidents du travail, prestations familiales, retraites) connaissent de nombreux problèmes de gestion, des dysfonctionnements variés et des difficultés financières.

Le cas du Cameroun

La caisse nationale de prévoyance sociale couvre tous les risques pour tous les salariés du secteur formel, mais l'étendue de ses dysfonctionnements a conduit le gouvernement à élaborer un projet de scission en caisses séparées avec un mode de gestion privée et tout en gardant un guichet unique en province. Beaucoup d'observateurs pensent que la réforme ne suffira pas à assainir la situation compte-tenu de l'environnement juridique et administratif peu fiable qui marque le pays.

V - PERSPECTIVES POUR L'ASSURANCE MALADIE DANS LES PAYS EN DÉVELOPPEMENT : CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

A - Conclusions

Le domaine de la mutualisation et de l'assurance maladie est en train de devenir un chantier important dans les pays en développement. Par rapport à l'Initiative de Bamako, un large consensus semble se dessiner sur le besoin d'introduire de nouveaux modes de financement visant à intégrer quatre objectifs difficilement conciliables : la maîtrise des coûts, la qualité des soins, la participation communautaire et l'équité sociale.

a) Sauf exception, trois systèmes paraissent peu satisfaisants : celui du tout privé, celui du tout facultatif et celui du tout gratuit

Les pays qui ont laissé se développer un double système privé d'offre de soins et d'offre d'assurances sont confrontés au problème de la difficulté pour les administrations publiques de réguler le système et d'imposer des politiques de santé publique et de solidarité entre groupes et régions.

Les pays qui pratiquent le tout facultatif comme l'Afrique du Sud se retrouvent dans une situation peu favorable à la protection de l'ensemble des populations contre le risque santé, car d'une part les populations à faible risque ont tendance à ne pas s'assurer et d'autre part les gouvernements sont amenés pour des raisons sociales à financer la protection sociale des plus pauvres par des mesures qui pèsent sur les coûts du système.

Les pays qui sont restés partisans de la gratuité des soins sont confrontés à un problème majeur de financement sur le budget de l'Etat et la qualité du système public de soins est médiocre. Quant aux pays qui ont adopté un système de tarification, ils doivent actuellement trouver des alternatives permettant d'avoir un système tarifaire rendant le paiement des usagers moins inéquitable.

b) Un peu partout, il existe des éléments sur lesquels on peut s'appuyer pour promouvoir les expériences de mutualisation et d'assurance maladie

On peut désormais s'appuyer sur les acquis de l'évolution des systèmes de santé au cours des dernières années :

- habitudes prises de tarification et de paiement des services même si la tarification ne se fait pas en relation avec le prix de revient ;
- existence de systèmes décentralisés de santé (districts et régions) ;
- mouvement vers l'autonomisation des structures de santé plus ou moins forte selon les pays : des hôpitaux et/ou des centres de santé (ou des associations de centres de santé comme au Togo) ;

- expériences formelles et/ou informelles de solidarités sectorielles et villageoises.

En plus, dans les pays à revenu intermédiaire, il existe des systèmes nationaux d'assurance maladie qui commencent à toucher une partie importante des populations.

c) Mais partout se fait sentir le besoin d'une gouvernance stratégique de la protection sociale et d'une promotion du capital social et des deux éléments que sont l'assurance maladie et la santé des pauvres comme biens publics élémentaires

La capacité des pays à définir les orientations des réformes, à intégrer le problème de l'assurance maladie dans une stratégie de protection sociale paraît assez faible.

Qui a la responsabilité globale de la protection sociale en général et de l'assurance maladie en particulier ? Le morcellement et la fragmentation des responsabilités constituent un frein aux réformes. Plusieurs administrations sont concernées : administration des affaires sociales, administration de la santé, administration du budget, etc. Plusieurs institutions non publiques (associations d'offres, assureurs privés, syndicats, etc.) sont aussi parties prenantes. En Afrique du Sud, le ministère de la Santé est bien isolé pour imposer des réformes aux autres acteurs très influents du système de décision. En Tunisie, le ministère des Affaires sociales va de l'avant tandis que le ministère de la Santé freine le mouvement. Au Togo, les initiatives partent des bailleurs et des opérateurs régionaux. Dans tous les cas, se pose la question de la tutelle ministérielle sur les systèmes de sécurité sociale.

Au plan national, le domaine de l'assurance maladie est un domaine complexe et source de conflits qui ne peut être réglé en un jour : il faut laisser du temps au temps, c'est-à-dire à la réalisation d'études précises et à l'établissement de scénarii dans le cadre d'un calendrier détaillé.

Plus généralement, les préalables pour la mise en place d'une assurance maladie doivent être mis en place avant de légiférer et surtout d'adopter les textes d'application. Parmi ces préalables, on peut citer :

- la connaissance des mécanismes et des systèmes de financement du risque santé ;
- l'existence de systèmes d'informations et de capacités techniques pour suivre le fonctionnement du système et évaluer les conséquences des réformes ;
- la recherche de consensus sur les éléments clés de la réforme (tiers payant ? paiement à la capitation ? taux de cotisation ? etc.).

De même, comment peut-on promouvoir le développement des mutuelles si les pouvoirs publics n'acceptent pas les préalables de l'autonomie de la société civile et la possibilité de contractualisation entre structures autonomes de financement et d'offre ?

La tâche, afin de faire percevoir l'assurance maladie et la santé (dont celle des pauvres) comme des biens publics, est immense. De même, il est important au plan international de percevoir l'aide publique au développement de l'assurance maladie et d'actions sociales contre l'insécurité et la vulnérabilité comme des biens publics globaux. En ce qui concerne particulièrement les actions en faveur des pauvres dans les différents pays, on observe qu'elles sont trop souvent perçues par les catégories aisées de la population comme des actions de redistribution qui les appauvrissent alors même qu'il s'agit en fait d'actions "gagnant-gagnant" qui avantagent à moyen terme tous les joueurs (amélioration de la paix sociale, réduction des maladies transmissibles, augmentation de la contribution productive des pauvres,...).

d) Un peu partout, se pose le problème de l'absence relative de qualité des structures publiques de soins

La mauvaise qualité des infrastructures sanitaires publiques a des causes nombreuses qui tiennent tantôt à l'absence de fiabilité des allocations publiques, tantôt à la faible utilisation des structures par les usagers, tantôt au comportement stratégique des offreurs publics qui préfèrent officier dans les services privés tout en bénéficiant des avantages du statut public, tantôt encore au manque de responsabilité dans un système sans gouvernance.

Or, beaucoup de responsables publics attendent de l'assurance sociale la mise à disposition de fonds pour améliorer la qualité des structures publiques. Il y a ici une inversion du processus : seule la garantie de qualité préalable peut justifier un pré-paiement à destination d'une structure publique. Les agents sont en effet prêts à utiliser tous les artifices possibles, et si nécessaire, des ressources financières complémentaires pour obtenir des soins dans des structures privées à but lucratif ou à but non lucratif de meilleure qualité. Dans un pays comme l'Afrique du Sud avec assurance facultative, il n'y a aucune chance de voir se réaliser l'objectif du gouvernement, à savoir : donner suffisamment d'incitations aux assurés pour qu'ils fréquentent et financent les structures publiques. En Tunisie où l'assurance est obligatoire, la volonté politique justifiée de faire une réforme qui réponde aux attentes des populations conduira à introduire la possibilité pour les assurés de s'adresser aux structures privées. Le double risque est évidemment de vider les structures publiques et d'accroître les coûts financiers du nouveau système.

Que faire du secteur public d'offre de soins aux niveaux primaire et secondaire ? Faut-il le transformer en secteur privé à but non lucratif comme semblent le faire plusieurs pays avec succès ? Dans tous les cas, des capacités de tarification et de gestion constituent un préalable évident à un système d'assurance maladie qui ne consiste pas seulement en une mobilisation de ressources affectées ensuite au budget de l'Etat.

e) Une différence fondamentale entre pays à revenu intermédiaire (niveau de PNB par habitant supérieur à 1000 dollars, population active formelle importante, finances publiques crédibles,...) et pays les moins avancés

Par définition, un pays en développement n'a pas les moyens de répondre à tous les besoins de santé de sa population. La question est donc de savoir comment va se faire le rationnement ? Par les quantités (gratuité totale), par les prix (paiement par les usagers) ou par des moyens à la fois plus efficaces et plus équitables ?

Il n'est pas certain que le système qui combine d'une façon ou d'une autre assurance sociale et assistance sociale n'aboutisse pas à un système à deux vitesses. Si l'assurance sociale est facultative, elle favorisera les catégories à faible risque (les jeunes en Afrique du Sud) au détriment des catégories à risque, ce qui est le contraire d'un bon système de mutualisation des risques. Cela va également accroître les disparités si l'assistance sociale sous forme de gratuité des soins de santé primaires dans les établissements publics ne parvient pas à maintenir la qualité de ces établissements.

Le risque existe de voir le système de rationnement évoluer vers un rationnement pervers :

- si les assistés n'ont droit à rien (si leurs droits ne sont pas reconnus) ou ont simplement droit à des structures publiques de mauvaise qualité ;
- si les assurés ont droit à tout, ou au moins à des structures privées de bonne qualité.

Dans le cas de la région de Thiès au Sénégal, on a même un système à trois vitesses : les pauvres dans l'établissement public, les mutualisés dans l'établissement privé à but non lucratif et les assurés des IPM dans l'établissement privé à but lucratif.

Dans la plupart des pays, des efforts devraient être faits pour favoriser l'évolution du système de santé et de son financement vers un rationnement plus satisfaisant :

- l'ensemble de la population a droit au même régime de base ;
- pour le reste, sans fermer la porte à personne, on pratique le rationnement le moins inégalitaire et le moins défavorable aux objectifs de santé publique possible.

Le projet en cours au Togo est tout à fait intéressant sur ce point. En effet, la porte n'est fermée pour personne *a priori* puisque les assurés du secteur formel peuvent prendre s'ils le désirent des assurances complémentaires pour les gros risques et les mutuelles ont un fonds de réassurance pour les gros risques de leurs clients.

Bien entendu, les pays à revenu intermédiaire ont les moyens de couvrir davantage de risques que les pays les plus pauvres. Les risques d'hospitalisation et la possibilité d'utiliser des structures privées sont généralement couverts et les taux de remboursement sont plus élevés.

La problématique entre pays à revenu intermédiaire et pays à revenu faible est donc fondamentalement différente.

f) Pays à revenu intermédiaire

L'OMS définit le système de santé comme l'ensemble des activités dont le but essentiel est de promouvoir, restaurer et/ou entretenir la santé des populations d'un pays. Tout système de santé a trois objectifs fondamentaux²³ :

- Améliorer la santé de la population desservie.
- Répondre aux attentes et aux besoins de la population.
- Assurer une protection financière contre les coûts d'une mauvaise santé.

Or, il y a une interaction profonde entre un système de santé, son organisation, son efficacité et la manière dont il est financé, soit directement à travers un service national de santé, soit indirectement par des compagnies d'assurances placées en concurrence, soit par des régimes obligatoires couvrant certaines fractions de la population.

Les pays à revenu intermédiaire qui consacrent entre 100 et 500 dollars, par habitant et par an, à leurs dépenses de santé ont quelques caractéristiques communes :

- Ce sont des pays qui ont déjà des organisations structurées couvrant plus ou moins bien une partie plus ou moins importante de leur population.
- Ce sont des pays où les inégalités en matière de couverture et de contributions au financement deviennent de plus en plus difficiles à supporter, situation délicate pour les pouvoirs publics en place d'autant plus que les bailleurs de fonds internationaux les pressent de réformer leurs systèmes de santé pour qu'ils soient plus adaptés aux besoins réels des populations, plus efficaces et plus équitables.
- Les gouvernements de ces pays découvrent qu'il s'agit de problèmes complexes qui font apparaître des intérêts divergents au sein de leurs administrations comme dans leurs sociétés civiles : syndicats de salariés, employeurs, organisations hospitalières, gardiens des finances publiques mais aussi gardiens de la compétitivité de leurs économies engagées dans la mondialisation.

²³ Rapport OMS 2000.

- Les gouvernements hésitent, prennent leur temps d'autant plus que les solutions ne sont pas évidentes, qu'ils voient bien que les modèles des pays industrialisés sont différents : du modèle américain au modèle anglais, en passant par le modèle européen type français ou allemand.

La solution d'une assurance maladie obligatoire couvrant toute la population peut leur être proposée car elle a de gros avantages par rapport à toute autre solution à condition de l'adapter à la culture de chaque pays.

Il ne faut pas oublier que les pays industrialisés ont mis des décennies pour passer de solidarités corporatistes limitées, aux assurances sociales, puis à la généralisation de l'assurance maladie à toute la population, pour terminer par des dispositifs ciblés à l'égard des pauvres du type CMU (en France). En outre, les systèmes de sécurité sociale des pays développés sont eux-mêmes en voie d'adaptation aux conséquences non maîtrisées de la mondialisation.

Quoiqu'il en soit, la création d'un régime obligatoire d'assurance maladie s'insère dans une problématique identique dans tous les pays ; elle conduit à faire financer collectivement, de façon indépendante des risques encourus, tout ou partie de la demande de biens et services ayant pour finalité de soigner la population assurée. Cette demande est satisfaite par un appareil de production (cabinets médicaux, hôpitaux, laboratoires pharmaceutiques...) public et privé dont la configuration et l'importance dépendent de la politique de santé suivie dans le passé par les pouvoirs publics.

La consommation de biens et services médicaux, du fait de sa prise en charge partielle par un financement collectif et de la nature même des besoins qu'il s'agit de satisfaire, échappe aux lois du marché. Elle dépend d'un grand nombre de facteurs :

- morbidité et structure démographique de la population couverte ;
- panier de biens et services pris en charge ;
- importance de l'appareil de production des soins : nombre de médecins, de lits d'hôpitaux, de médicaments remboursables ;
- modalités de fixation des prix des biens et services médicaux et d'organisation de la production des soins ;
- interactions plus ou moins grandes des facteurs précédents sur la consommation médicale elle-même : la rémunération à l'acte est inflationniste, le médecin rare est cher, etc.

Faute de régulation par le marché, les régimes d'assurance maladie sont en général, en équilibre financier instable car il n'y a pas de liaison directe entre les ressources (cotisations ou impôts) et les dépenses (remboursement ou prise en charge directe d'une fraction de la consommation médicale des assurés).

Pour réaliser l'ajustement entre recettes et charges, il importe que des choix fondamentaux soient faits au départ, dont les réformateurs des systèmes existant dans les pays à revenu intermédiaire doivent être bien conscients :

- Quelle est la population couverte par le régime obligatoire : salariés du secteur formel ? Travailleurs du secteur informel ? Comment couvre-t-on les indigents, les chômeurs, les retraités : par une solidarité avec les autres travailleurs ou par un financement direct par l'impôt ?
- Quelles prestations sont proposées par les régimes ? Mise à la disposition des assurés de services de santé offerts par un appareil de production, financés globalement par l'Etat (système anglais), par le régime d'assurance lui-même (régime minier en France), remboursement des dépenses engagées par les assurés pour se soigner (régime

général des salariés en France) ou système mixte avec un tiers payant plus ou moins développé.

- Quel est le degré de couverture proposé ? A 100%, ticket modérateur variable suivant les services pris en charge, en fonction du risque (longues maladies, médecine courante).
- Comment sont déterminés les prix des services offerts par l'appareil de soins ? Tarifs opposables aux médecins négociés dans le cadre de convention, tarifs de remboursement fixés unilatéralement par les caisses, prix fixés par l'Etat, structure de facturation des hôpitaux.
- Quelles ressources sont affectées au financement du régime ? Cotisations assises sur les salaires ou les revenus non salariaux, impôts affectés, subventions publiques.
- Quels sont les organismes gestionnaires chargés de prélever les cotisations et de servir les prestations ? Organisme unique créé à cet effet ou utilisation des structures existantes avec définition de leur rôle exact.
- Comment se réalise l'équilibre financier du régime ? S'agit-il d'un régime à taux de cotisations fixés pour une période donnée ou d'un régime dans lequel les dépenses remboursées doivent être équilibrées par les recettes de l'année ?
- Qui est responsable de l'équilibre financier du régime c'est-à-dire qui fixe le taux des recettes et qui prend les décisions en matière de dépenses ?

Les réponses à ces différentes questions sont nécessairement liées entre elles et forment la cohérence d'un système qui soit, à la fois économiquement supportable et socialement juste. Or, en général, les réformateurs ne se les posent pas et comptent sur le temps pour résoudre les difficultés, ce qui est une illusion.

En fait, ils sous-estiment quelques données fondamentales propres à tout régime obligatoire d'assurance maladie.

(a) Toute assurance maladie sociale obligatoire, quelle que soit la population couverte, remplit deux fonctions : elle mutualise le risque comme le ferait toute assurance et elle redistribue les ressources puisque les recettes sont fonction des salaires ou des revenus et non des risques encourus.

Tout le monde ne peut qu'applaudir à un tel mécanisme mais on oublie trop souvent que la généralisation d'un tel dispositif génère des perdants : ceux qui disposent déjà d'une assurance avec primes en fonction du risque ou ceux qui bénéficient déjà d'une assurance sectorielle. En effet, ces assurés font, en général, partie des fractions de la population détentrices des revenus les plus élevés et comportant le plus de personnes en bonne santé ; or, ils vont devoir supporter la solidarité avec les plus pauvres qui vont entrer dans l'assurance en vertu de l'obligation alors même que le taux de couverture des dépenses de santé risque de s'abaisser parce qu'il n'est pas possible d'étendre à toute la population le régime généreux de prestations que les riches ont choisi librement de financer²⁴.

L'opposition de ceux qui ont déjà un mécanisme de protection sociale ne manquera pas de s'exprimer et il est préférable de l'anticiper.

(b) Les dépenses de consommation médicale augmentent naturellement plus vite que le produit intérieur brut, assiette des ressources affectées, quelles soient cotisations ou impôts généraux. Plus un pays est riche, plus il consacre une part importante de son PIB au financement de son système de santé et d'assurance maladie.

²⁴ La France a connu cette situation au moment de l'instauration, en 1966, de l'assurance maladie obligatoire des non salariés, non agricoles : la conséquence en fut la relance du poujadisme sous la forme du mouvement Nicoud.

Là encore, mieux vaut le savoir et se préparer pour faciliter la transition à maîtriser les dépenses de santé remboursables, c'est-à-dire à se doter des instruments, *ad hoc*, qui ont besoin de temps pour s'adapter.

(c) Il est illusoire de penser que l'Etat peut se désintéresser de la création d'un régime d'assurance maladie obligatoire pour au moins quatre raisons :

- c'est l'Etat qui définit la politique sociale notamment en faveur des plus pauvres : comment sera financée la délivrance des soins aux indigents et à ceux qui ont de très bas revenus ?
- c'est l'Etat qui oriente la politique de la santé, du point de vue de la prévention et de toutes les actions non sanitaires dont l'influence est souvent beaucoup plus importante pour l'état de santé des populations que les services de soins curatifs ;
- c'est l'Etat qui apprécie le niveau des prélèvements obligatoires (impôts et cotisations sociales) que peut supporter l'économie du pays et qui doit donc arbitrer entre les différentes priorités financées par la collectivité : défense nationale, équipements publics, éducation, santé ;
- c'est l'Etat qui emploie une partie souvent importante de la population active : il doit donc à ce titre payer des cotisations sociales qui sont autant de charges budgétaires et qui s'ajoutent à ce qu'il doit payer, peu ou prou, directement ou indirectement, pour les soins délivrés aux pauvres, ce qui rend plus délicat l'exercice annuel de l'équilibre budgétaire.

Autant dire que proposer aux pays à revenu intermédiaire la réalisation d'une assurance maladie obligatoire est une réforme de grande ampleur dont les dimensions ne doivent pas être sous-estimées au niveau de la conception comme de l'application. C'est une réforme compliquée et à hauts risques financiers qui peut sombrer dans le désordre et la hausse non maîtrisée des coûts. Il faut également porter une attention particulière à un certain nombre de sous-systèmes qui doivent être eux-mêmes réformés (fonctionnement des hôpitaux et facturation de leurs services, fonctionnement des caisses, organisation des relations avec les professions de santé en exercice libéral) pour s'insérer correctement dans le dispositif. Nul doute que, sur tous ces points, la France puisse apporter à ces pays une aide en ayant conscience que c'est à leurs gouvernements de faire les choix politiques majeurs dans ce domaine, en n'oubliant pas que le financement équitable d'un bien collectif durable, comme la santé, contribue à la croissance économique de plusieurs manières : développement du secteur sanitaire et meilleure motivation de la main d'œuvre. Il n'y a pas de bonne santé de l'économie sans bonne santé de la population²⁵.

g) Pays pauvres : la promotion de l'assurance sociale de proximité est la seule politique capable de réduire l'insécurité de la majeure partie de la population à court et à moyen terme

L'un des arguments les plus significatifs pour rejeter l'assurance maladie sociale au Sénégal aura été celui du sentiment d'appartenance communautaire des assurés des IPM qui appartiennent à des entreprises ou à des secteurs spécifiques.

Promouvoir l'assurance santé en partant des solidarités existantes formelles et informelles est certainement une orientation prometteuse que l'on observe un peu partout : les pêcheurs, les villageois, les éleveurs, les associations de femmes de quartier, les groupes de crédit solidaires, pratiquent de fait la solidarité et peuvent facilement s'ouvrir à des préoccupations d'assurance

²⁵ Cf rapport Conseil d'analyse économique : le développement, juin 2000.

santé si l'insécurité en matière de santé est couplée avec les autres types d'insécurité et avec les préoccupations et les habitudes des populations (insécurité alimentaire et insécurité financière, médecine traditionnelle et médecine moderne).

Dans les nouveaux programmes de réduction de la pauvreté, la population cible est celle des ménages pauvres-vulnérables. La pauvreté peut être selon les cas chronique ou conjoncturelle. Un passage vers le bas ou vers le haut d'un individu ou d'un ménage dépend à la fois de son degré de *sensibilité* aux politiques et à l'environnement, de sa capacité de *résistance* aux événements, c'est-à-dire de sa capacité à adopter des stratégies pour éviter ou réduire son degré de pauvreté (désépargne et vente d'actifs, augmentation de la force de travail et/ou recherche d'un autre travail, demande de transferts, utilisation de crédits, changement de modèle de consommation) et du degré de *réversibilité* de la situation.

Les trois stratégies de développement des mutuelles, de développement des districts (ou régions) sanitaires et de cogestion et participation communautaire gagnent un peu partout du terrain sans pour autant être toujours liées.

Le district ou la région sanitaire sont une bonne base pour promouvoir la couverture universelle dans le cadre d'orientations définies au plan national et d'un horizon à moyen et long terme avec des échéances bien précises et des appuis et incitations pour les respecter.

Le district ou la région se situent à mi-chemin entre le niveau national et le niveau local.

Le niveau national est sur le plan théorique le niveau optimal pour une assurance maladie généralisée : meilleure intégration d'efficacité et d'équité, réduction de l'incertitude et des risques catastrophiques, économies d'échelle, etc.

Toutefois, il apparaît aux yeux des acteurs de la plupart des pays comme non crédible et non praticable à court terme. La sécurité sociale "bureaucratique" suppose que les membres du bureau qui gère le système aient les moyens techniques et institutionnels de gérer le système, résistent aux pressions politiques ou bureaucratiques, aient les moyens et la volonté d'appliquer des sanctions, aient la confiance de leurs assurés, offrent des prestations de qualité et puissent étendre la couverture au delà du secteur formel.

Tant que les caisses existantes n'ont pas été restructurées et n'ont pas fait la preuve de leur bonne gouvernance, il paraît prématuré de leur adjoindre une branche maladie ou de créer une caisse d'assurance maladie à leur image.

Le niveau local qui est celui des solidarités de base et des petites mutuelles ou caisses d'épargne ou de crédit offre de son côté les avantages de la simplicité, de la participation et de la confiance sur la base d'une réciprocité de droits et devoirs et d'un sentiment d'appartenance à une collectivité (villageoise ou sectorielle). Ses inconvénients en matière de risque santé sont bien connus : faible mutualisation des risques, incapacité à faire face à un risque qui touche l'ensemble de la communauté, importance des coûts de gestion et de négociation, absence de prise en compte des pauvres.

Le niveau du district ou de la région aboutit à un arbitrage satisfaisant entre objectifs contradictoires. Il introduit un cadre et un horizon par rapport à la plate forme d'Abidjan qui définissait une stratégie d'appui aux mutuelles de santé en Afrique.

Il est important toutefois de ne pas avoir une approche rigide car **le choix du bon niveau doit être adapté à chaque pays** : il s'agit de trouver un compromis raisonnable entre le niveau supérieur au district ou à la région (pour des motifs de couverture des risques, d'organisation institutionnelle, d'offre efficace de soins) et le niveau inférieur des solidarités sociales de fait

(pour prendre en compte la dimension identitaire : métier, quartier, village,...).

Toutes les études confirment leur potentiel élevé pour améliorer l'utilisation des soins de santé par les populations. Leur dynamique de développement paraît encore plus importante si elles s'intègrent dans des actions et des réseaux traditionnels.

Naturellement, les stratégies d'appui au développement des mutuelles ne peuvent être uniques. Il y a toutefois un consensus pour considérer que le mouvement doit aller de la base vers le haut et que l'initiative de structuration sous forme d'organisations fédératives doit avoir l'aval des mutuelles elles-mêmes.

Il revient au district ou à la région de donner un appui technique et financier (en partenariat avec les bailleurs), de développer des systèmes de suivi-évaluation, de favoriser le dialogue entre structures de soins autonomes et associations de mutuelles, de contribuer à l'amélioration de l'offre de soins et de susciter les actions intersectorielles.

Dans beaucoup de pays, particulièrement dans les pays les plus pauvres, la demande de réduction de la vulnérabilité et de l'insécurité se combine avec la méfiance envers l'administration centrale pour rendre les populations très réceptives à l'assurance sociale de proximité qui intègre mécanismes modernes et mécanismes traditionnels et qui prend en compte les différentes sources d'insécurité selon le concept de sécurité sociale adapté aux pays pauvres.

Un peu partout, on constate des difficultés à recouvrer les cotisations. Cela peut venir des entreprises qui ne respectent pas leurs engagements mais aussi des cotisants qui ne comprennent pas forcément le principe de l'assurance maladie et prennent leurs cotisations pour de l'épargne santé individuelle.

En un mot, les cotisants veulent en avoir pour leur argent : s'ils paient longtemps des cotisations sans profiter du système, ils ont l'impression de perdre leur argent. Comme l'amélioration de l'état de santé des populations passe forcément par le fait de rendre des services non pas seulement à ceux qui viennent au centre de santé, mais surtout à ceux qui ne fréquentent pas le centre, un financement de services à domicile dont des services spéciaux pour les cotisants est parfois recommandé : check-up, vaccination, suivi des femmes et enfants pour solidariser tous les acteurs. Le fait d'offrir un service minimal quelque soit le besoin permet à la fois d'attirer ou conserver les cotisants et d'aller vers les objectifs de santé publique.

Le développement de l'assurance sociale de proximité doit prendre en considération le fait que les revenus de la majeure partie des ménages sont à la fois faibles et instables.

Pour répondre à ce problème majeur, il faut s'engager dans des voies novatrices et ambitieuses qui, d'une part répondent aux attentes des populations et aux évolutions institutionnelles (décentralisation administrative), d'autre part doivent limiter, mais seulement limiter, les inégalités d'accès aux services de santé.

Le niveau local de la décentralisation administrative doit correspondre peu ou prou au niveau choisi d'institutionnalisation de l'assurance sociale de proximité : dans les deux cas, il y a un processus qui doit être à la fois volontariste et réaliste dont le modèle est sans doute celui de la commune malienne qui réunit plusieurs villages autour de programmes de développement (dont la dimension santé doit tenir une grande place).

Nous recommandons le développement et la généralisation sous une forme ou une autre des deux orientations suivantes :

-Dépasser le cadre d'actions isolées de mutualisation et inscrire les actions dans des plans de développement à moyen et long terme.

Les actions de développement des systèmes d'offre de soins et de leur financement doivent être couplées avec des actions de développement des initiatives productives génératrices de revenus et avec des actions de renforcement des capacités et de promotion de la gouvernance locale.

- Associer mutualisation, microfinance et réassurance.

Face à la faiblesse et à l'instabilité des revenus des ménages, la microfinance associées à la mutualisation peut permettre aux ménages d'entrer dans une spirale positive en termes de santé et de revenus. Il peut s'agir de microfinance bancaire incluant un volet d'assurance santé comme le fait, on l'a vu, la "Grameen Bank". Il peut aussi s'agir de microfinance communautaire traditionnelle ou moderne qui associe au sein des communautés les deux types d'appuis et de dépenses. Pour faire face au risque bien connu de baisse simultanée des revenus de tous les ménages de la communauté (exemples : baisse des cours des produits, sécheresse), une forme de réassurance ou de compensation au niveau national est nécessaire, qui pourrait être alimentée en partie par les cotisations des communautés (dans les bonnes années), en partie par une ligne budgétaire spécifique au niveau de l'Etat.

- Enfin, poursuivre les actions en faveur d'une rationalisation de l'offre de soins afin qu'elle soit la moins coûteuse possible.

La promotion de l'assurance sociale de proximité ne signifie pas que d'autres stratégies ne doivent pas être en même temps employées.

La création d'une caisse d'assurance maladie pour les salariés du secteur formel peut permettre de rationaliser la couverture des secteurs public et privé lorsqu'un tel appui est diffus ou inexistant, ce qui est le cas de la plupart des pays pauvres (le cas des IPM du Sénégal est rare).

Dans tous les cas, le besoin de rationaliser le système de l'assistance sociale se fait sentir dans tous les pays. Lorsqu'existent des droits, il faut les appliquer. Le refus de soigner les pauvres est intolérable. En même temps, alors qu'on demande aux structures sanitaires des efforts de tarification et de gestion, on ne peut pas leur imposer le poids des soins aux pauvres.

La combinaison d'une assurance nationale obligatoire pour le secteur formel, d'une assurance nationale de proximité d'abord facultative puis obligatoire à un horizon décennal et d'une assistance sociale bien ciblée (si nécessaire par une institution autonome) représente assurément un programme ambitieux et crédible. En l'état actuel de gouvernance des administrations centrales et des organisations de sécurité sociale, il est possible que le schéma de l'assurance sociale de proximité ait plus de chance d'atteindre ses objectifs à court et à moyen terme.

h) Pour conclure sur le degré de désirabilité et de faisabilité de l'assurance maladie obligatoire

Pays à revenu intermédiaire

La désirabilité d'extension de l'assurance maladie à l'ensemble de la population est forte dans les pays ayant fait le choix du modèle français. En effet, l'assurance maladie existe déjà pour une partie importante de la population et il apparaît souhaitable actuellement d'étendre la couverture à l'ensemble de la population, en relation avec une assistance sociale pour les plus pauvres. Le système actuel s'appuie par ailleurs sur des caisses solides et sur des administrations fiables et fait l'objet d'un consensus social et d'une volonté politique, éléments indispensables pour la mise en œuvre d'une telle réforme.

Par contre, la désirabilité se révèle moindre dans les pays anglophones, notamment l'Afrique

du Sud et le besoin d'une stratégie d'information et de communication pour promouvoir le concept d'assurance obligatoire, se fait sentir.

Mais la faisabilité est importante car les revenus sont élevés, une offre de qualité (souvent privée) existe déjà sur le marché des soins, la crédibilité des autorités est reconnue, la dynamique d'assurance est en place et la population "informelle" est organisée. Par rapport aux pays à faible revenu, la culture de recouvrement des coûts et de tarification est cependant moins développée, ce qui rend certains préalables davantage préoccupants tels que la capacité de tarification et de gestion des structures de soins ou la connaissance des mécanismes de paiement. De plus, la population est plus exigeante envers le panier de soins qui lui sera accordé, ce qui pose le problème de la viabilité des réformes en termes de maîtrise des coûts.

Pays à revenu faible

La désirabilité d'extension de l'assurance maladie à l'ensemble de la population est faible au niveau des décideurs et des caisses mais par contre, il existe une forte demande de mutualisation et d'assurance sociale de proximité. La faisabilité quant à elle est limitée, non pas par les problèmes financiers (le panier de services offerts aux assurés peut être adapté) mais par l'absence de crédibilité des organisations de sécurité sociale, par les problèmes de bonne gouvernance et par l'absence de structures sanitaires capables de délivrer des soins de qualité.

B - Recommandations

• Il importe de bien définir l'objet d'une politique d'assurance maladie obligatoire.

L'assurance maladie est avant tout une méthode de financement qui ne peut pas assumer tous les objectifs d'une politique de santé et encore moins tous les objectifs d'une politique sociale. Quel que soit le pays en développement concerné, l'assurance maladie doit être complétée par une assistance sociale.

Dans les pays à revenu intermédiaire, il faut une forte capacité institutionnelle et organisationnelle pour passer d'un système d'assurances sociales à base socioprofessionnelles étroite, à une assurance nationale couvrant la plus large partie de la population.

Dans les pays les plus pauvres, l'assurance maladie et/ou la mutualisation doivent être partie prenante d'un programme national de protection sociale qui intègre des actions à tous les niveaux et combine mécanismes formels et mécanismes informels.

Dans tous les cas, des systèmes d'information simples, fiables et transparents doivent être promus tant sur les systèmes de santé que sur ceux de sécurité sociale et de protection sociale.

• L'Etat doit partout donner l'exemple et jouer son rôle de planificateur, d'informateur et de régulateur du système de santé.

En matière de financement, l'Etat doit au moins fixer un cadre général afin de faire évoluer le pays concerné vers un système d'assurance obligatoire à long terme et de promouvoir à court terme des initiatives régionales et locales cohérentes avec le cadre national.

Par ailleurs, il doit lui-même donner l'exemple en ce qui concerne la couverture de ses fonctionnaires ou ses engagements budgétaires.

Enfin, il doit veiller à ce que les actions entreprises au niveau des systèmes de santé et les actions intersectorielles pertinentes en matière de prévention soient menées à bien pour améliorer l'état de santé des populations et pérenniser les systèmes d'assurances sociales.

- **Partout, il s'agit de mettre en place et/ou renforcer des systèmes d'information, éducation et communication performants pour promouvoir les notions de solidarité et d'assurance obligatoire, de protection sociale et de réduction de l'insécurité des pauvres.**
- **Il importe de poursuivre la restructuration des caisses existantes avant de leur adjoindre une branche maladie.**

En dehors même des pays de la CIPRES, plusieurs gouvernements souhaitent obtenir des appuis pour améliorer la gestion des caisses (exemples de la Tunisie et du Vietnam).

- **Le renforcement des capacités de l'Etat, de la société civile et du secteur privé vont de pair dans une optique de décentralisation et de déconcentration.**

Pour développer les capacités des individus à lutter contre le risque maladie, il est important d'améliorer la connaissance des problèmes de santé publique, de développer la recherche opérationnelle (étude des attitudes et comportements des individus et des groupes, des professionnels de santé), d'améliorer la participation de l'ensemble des acteurs à une approche intégrée de la prévention des principaux problèmes de santé sur la base du renforcement des capacités d'initiatives des acteurs locaux, de promouvoir les associations à but non lucratif qui sont susceptibles d'intervenir dans le domaine de la santé et sont issues des milieux dans lesquels elle travaillent.

- **Les systèmes de protection moderne et les systèmes de protection traditionnelle devraient se compléter et non se concurrencer.**

Renforcer ce qui existe, s'appuyer sur ce qui existe sont des thèmes qui ne sont pas valables seulement pour le secteur formel ou moderne.

Lorsqu'on vise à améliorer l'état de santé de la population d'un ou plusieurs villages donnés, le renforcement des programmes de développement d'assurance sociale et de mutualisation doit inclure la solidarité traditionnelle et doit être accompagné :

- du renforcement des capacités d'élaboration et de mise en œuvre des plans d'action sanitaire au niveau des districts et des régions qui tiennent compte des préoccupations de santé publique mais intègrent aussi les systèmes modernes et les systèmes traditionnels ;
- du renforcement des capacités d'élaboration et de mise en œuvre des plans de développement locaux qui répondent aux besoins des populations.

- **Dans les pays pauvres à forte dominante rurale, il s'agit de favoriser les actions de réduction de l'insécurité sous toutes ses formes dans un contexte d'économie communautaire.**
- **Inscrire les appuis dans la durée avec des actions sur les facteurs préalables (notamment socio-institutionnels) et des expériences pilotes.**
- **Une consolidation des activités courantes de la CIPRES est en cours mais celle-ci, pour le moment, ne s'intéresse pas au domaine de la santé. Il existe par conséquent un manque qui pourrait être comblé par la création d'une entité régionale légère de réflexion et d'analyse sur la couverture du risque santé.**
- **Il est recommandé de réexaminer les orientations de la politique française et de valoriser et promouvoir les actions et les compétences françaises :**

- Participer davantage aux réflexions stratégiques nationales sur l'assurance et la protection sociale dans les différents pays.
- Appuyer davantage les réformes engagées dans les pays d'Afrique du Nord dont les systèmes ressemblent au système français.
- Promouvoir l'assurance maladie dans les autres pays à travers la promotion d'actions de coopération Sud-Sud en partant d'expériences réussies du Sud (notamment celle de la Tunisie).
- Se baser sur l'expérience du CRESS en Tunisie pour développer des réflexions sur le risque santé au niveau régional.
- Appuyer les pays à revenu intermédiaire dans la réalisation des conditions de réussite de leurs réformes d'assurance maladie par les appuis techniques sur les instruments de maîtrise des coûts (cartes sanitaires prospectives, références médicales opposables, conventionnement, capitation, etc.) et renforcement des capacités de gestion des structures de soins et des caisses), etc.
- Appuyer les pays à revenu faible en promouvant des projets qui intègrent les avantages des fonds sociaux et combinent décentralisation, cogestion communautaire et mutualisation des risques, en favorisant l'intégration des politiques de développement local et des politiques de décentralisation des systèmes de santé dans le but de promouvoir l'élaboration de plans de développement communaux à l'image des plans de terroirs à base participative.
- Renforcer les synergies et les complémentarités entre les actions innovantes de diversification de l'offre de soins (secteur non lucratif, médecins de campagne,...) et les actions innovantes en matière de financement (mutuelles, etc.).
- Promouvoir la création de réseaux du Sud favorables aux modèles de solidarité.

A terme, les partenariats entre réseaux français et réseaux du Sud permettront en effet de promouvoir les modèles de solidarité face aux modèles de marché. Dans les pays à revenu faible, le réseau "mutuelles" jouera à court terme un rôle clé alors que le réseau "protection sociale" jouera un rôle complémentaire. Inversement, dans les pays à revenu intermédiaire, le réseau protection sociale jouera à court terme un rôle clé et le réseau "mutuelle", un rôle complémentaire.

- Associer les initiatives de lutte contre la pauvreté et de réduction de la dette et les stratégies de sécurité et de protection sociale en orientant les fonds libérés vers des appuis budgétaires ciblés et sécurisés : crédits délégués vers les régions les plus pauvres, prise en charge par l'Etat des dépenses de santé des fonctionnaires ; stocks alimentaires et de médicaments essentiels génériques ; lignes d'assistance sociale ; dépenses de prévention.

VI ANNEXES

ANNEXE I :
TERMES DE RÉFÉRENCE

L'extension des assurances sociales obligatoires au risque maladie dans les pays de la Zone de Solidarité Prioritaire

termes de référence

Origine de l'étude

L'étude sur *l'extension des assurances sociales obligatoire au risque* maladie dans les pays de la Zone de Solidarité Prioritaire (ZSP) est inscrite au programme des études économiques pour 1999 de la direction du Développement et de la coopération technique (DCT) , sur proposition de la sous-direction du Développement social et de la coopération éducative, Bureau de la santé (DCT/HSA).

L'ingénierie de cette étude est confiée à la mission des appuis financiers et des études économiques (DCT/F).

1 - Contexte historique :

1-1 “Plus d'un milliard de personnes vont aborder le XXI^{ème} siècle sans avoir profité de la révolution sanitaire”. La généralisation de l'accès au soin ne dépend pas seulement du développement de l'offre de soin, ni de la proximité des réseaux et infrastructures sanitaires. Elle renvoie d'emblée à la question de l'économie des systèmes de santé, à celle de leur financement et au développement des systèmes d'assurance.

1-2 La coopération française appuie, depuis quelques années, le développement de mutuelles de santé, notamment au MALI dans le cadre d'un projet sur le FAC “*Appui au développement de mutuelles*”.

1-3 Mais également, avec le concours de l'Inspection générale des Affaires sociales (IGAS), elle apporte son appui à la Conférence interafricaine de prévoyance sociale (CIPRES). La protection sociale s'adresse en Afrique aux seuls salariés du secteur dit moderne et limite ses prestations aux allocations familiales et maternité, à la couverture des accidents du travail et maladies professionnelles et aux retraites. Dans la phase actuelle, la priorité est accordée à l'assainissement des caisses, à la normalisation de leur gestion, voire à leur restructuration. Certains pays de la zone, cependant, souhaitent que soient explorées les voies d'une assurance maladie obligatoire et la Côte d'Ivoire s'oriente dans cette direction, sur financement multilatéral, avec l'aide d'une expertise extérieure.

1-4 Le rapport pour 1999 de l'OMS sur la santé dans le monde¹ “*préconise un nouvel universalisme qui tient compte des limites des Etats, mais qui maintient l'obligation pour ces derniers d'assumer la direction, la réglementation et le financement des systèmes de santé*”. Ceux-ci doivent notamment veiller à ce que “*le financement des soins de santé pour tous soit basé sur la solidarité*”.

2 - Objet de l'étude

L'étude a pour objet d'examiner si les expériences ou les réflexions en cours relatives à l'assurance maladie, ouvrent des perspectives à l'extension à l'assurance maladie des systèmes d'assurances sociales obligatoires .

¹ Rapport sur la santé dans le monde - 1999 Organisation mondiale de la santé.

² Elle renvoie notamment aux travaux du ministère des Affaires étrangères sur le recouvrement des coûts dans les systèmes de santé (à publier).

3 - Contenu de l'étude

Entrent dans le champ de cette étude :

- les institutions de prévoyance qui assurent ou non la maladie,
- les dispositifs obligatoires ou statutaires assurant une couverture de la maladie pour certains groupes sociaux (fonctionnaires, entreprises ...).

L'étude fera la synthèse des approches internationales et le point sur les régimes existants ou en projet dans les quatorze pays de la CIPRES³, et deux autres pays de la Zone de Solidarité Prioritaire (ZSP) proposés par le consultant en raison de leur exemplarité pour l'objet de cette étude.

Elle cherchera à mesurer la compatibilité de ces approches avec la demande sociale, à identifier les préalables à l'extension des régimes d'assurances sociales obligatoires au risque maladie. Partant de leurs limites, elle tentera de décrire les voies, moyens et conditions de cette extension. La recherche s'inspirera de la grille d'analyse suivante :

- Etat et collectivités locales : partage effectif des responsabilités,
- approche institutionnelle et juridique: statut des caisses et rapports avec l'Etat, place des compagnies d'assurances, systèmes alternatifs de proximité mis en oeuvre par les acteurs économiques (entreprises),
- approche opérationnelle et économique : qualité de l'offre de soins et relations avec les assureurs, efficacité de la tarification, accessibilité économique des services de soins et des médicaments, fonctionnement des organismes d'assurance sociale...,
- caractéristiques des populations couvertes, identification des personnes, différenciation sociale,
- intégration régionale et traitement des non nationaux, coordination et incompatibilités des régimes à base nationale.

4 - Réalisation

Après appel à proposition et mise en concurrence, la sélection du consultant se fera en fonction :

- de la compréhension de la commande et des pistes nouvelles d'exploration suggérées,
- de la méthodologie proposée,
- du choix argumenté des deux pays laissés libres à l'étude,
- de la qualité du/des experts et de la cohésion de l'équipe d'étude,
- du calendrier proposé et du devis.

L'étude fut exécutée sur commande ou lettre de commande. Se déroulant entre le 15 juillet et le 15 novembre 1999, elle requit environ 40 jours /experts, dont l'essentiel en mission dans **trois pays** , en septembre-octobre. **La date du 15 novembre pour la remise du rapport fut impérative.**

L'étude comportait trois phases :

1/ à Paris auprès du ministère des Affaires étrangères et de l'Inspection générale des affaires sociales, et à Genève, auprès du BIT, de l'OMS et de l'AISS, et auprès de tous autres organismes concernés, pour une recherche documentaire et des interviews d'acteurs, en vue de l'analyse des approches internationales et d'un point sur les régimes existants ou en projet dans les pays de la CIPRES,

³ Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Centrafrique, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Gabon, Guinée Equatoriale, Mali, Niger, Sénégal, Tchad, Togo.

2/ à Lomé, au siège de la CIPRES pour des interviews d'acteurs, et auprès de l'Institution nationale de prévoyance sociale locale, pour étude du dispositif local,

3/ dans deux pays de la ZSP avec ou sans système d'assurance maladie (Afrique orientale ou australe et/ou d'Asie du Sud-Est) pour étude des dispositifs locaux, et :

à l'issue de la phase 2, par restitution orale, le/les expert(s) ont présenté l'état de leurs travaux au Comité de pilotage.

A l'issue de chacune des trois missions, les conclusions et recommandations du/des experts ont été résumées dans un aide-mémoire et remis à chaque service de coopération et d'action culturelle .

Le rapport provisoire, fourni en 10 exemplaires, a été présenté par le consultant au Comité de pilotage à partir du 15 novembre. Le rapport final dut être remis en 10 exemplaires dans les 10 jours ayant suivi cette réunion, après corrections éventuelles.

ANNEXE II :
COMITÉ DE PILOTAGE

MINISTÈRE DES AFFAIRES ÉTRANGÈRES
 Direction générale de la coopération internationale et du développement
 Direction du développement et de la coopération technique
 Mission des appuis financiers et des études économiques

Étude sur l'extension des assurances sociales au risque santé

Comité de pilotage

Eric HERPIN	DCTI/F	ministère des Affaires étrangères 20 rue Monsieure, 75007 PARIS	01 53 69 41 28	01 53 69 43 97	eric.herpin@diplomatie.gouv.fr
Madéleine LELOUP	AFD/DPS	Agence française de développement 5 rue Roland Barthes 75012 PARIS	01 53 44 37 26	01 53 44 38 77	leloupm@afd.fr
Dominique MAS	DCTI/F	ministère des Affaires étrangères 20 rue Monsieure, 75007 PARIS	01 53 69 31 08	01 53 69 43 97	dominique.mas@diplomatie.gouv.fr
Sandrine BRIGNONEN (mission EVIN)	MAE	ministère des Affaires étrangères 20 rue Monsieure, 75007 PARIS	01 53 69 43 95		sandrine.brignonen@diplomatie.gouv.fr
Michaël RULETA	SPE/PM	ministère des Affaires étrangères 244 Bd St Germain, 75007 PARIS	01 43 17 83 79	01 43 17 81 71	michael.ruleta@diplomatie.gouv.fr
Alain LETOURMY	CERMES	182, boulevard de la Villette 75019 PARIS	01 53 72 80 38	01 53 72 80 49	letourmy@ext.jussieu.fr
Jean Luc RONDREUX	SPE/CG/AI	ministère des Affaires étrangères 244 Bd St Germain, 75007 PARIS	01 43 17 80 23		jean-luc.rondreux@diplomatie.gouv.fr
Pierre-Yves BOCCQUET	IGAS	Inspection générale des affaires sociales 25-27 rue d'Assolant 75008 PARIS	01 44 56 36 80	01 44 56 37 01	daniele.larget@sante.gouv.fr
Eric TKINT de ROODENBEKE	DCT/HSA	ministère des Affaires étrangères 20 rue Monsieure, 75007 PARIS	01 53 69 31 86		eric.de-roodenbeke@diplomatie.gouv.fr
Antoine ORTIZ	DAEI	ministère de la Santé 8, avenue de Ségur 75007 PARIS	01 40 56 45 34	01 40 56 72 43	antoine.ortiz@sante.gouv.fr
Sylvie BOYER	CREDES	53 rue de Turbigo 75003 PARIS	01 42 74 11 10	01 42 74 11 20	credes@club-internet.fr

ANNEXE III :
LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES

Paris

- Monsieur Pierre MOUTON, ADECRI
- Monsieur Kulmie SAMANTAR, FNMF
- Monsieur Alain LETOURMY, CERMES

Genève

- Monsieur Yannick D'HAENE, ADECRI
- Messieurs Emmanuel REYNAUD et Alessandro GIULIANO, BIT
- Messieurs Dalmer D. HOSKINS et Ronald SIGG, AISS
- Messieurs Guy CARRIN et Jean PERROT, OMS

Afrique du Sud

- M. Ahmed VALLI, directeur, Gauten Health Department (Johannesburg)
- M. Barry SWARTZBERG, directeur exécutif, Discovery Health
- M. Vishal BRIJLAL, directeur du Département financement, ministère de la Santé
- M. Martin HENSLER, consultant de l'UE au ministère de la Santé
- Ms Helen SCHNEIDER, doyen de la faculté, South Medical Research
- M. Felize MAKIWANE, président du Comité inter-ministriel, Department of Welfare
- Ms Pat MASOBE et M. Alex van den HEEVER, Chief Executive et consultant du Council for Medical Scheme (agence de régulation)
- Dr Aslam DASOO, directeur, Board of Healthcare funders (association représentative du secteur privé)
- M. HOLLIS, fondateur de Medscheme
- Pierre COLOMBIER, conseiller de coopération et d'action culturelle

Togo

- M. Henri Luc THIBAUT, chef du Service de Coopération et d'Action Culturelle (SCAC)
- M. Gilles GUIDOT, conseiller adjoint du SCAC
- Mme Marie-Paule FARGIER, assistante technique direction Desk pharmacies, des laboratoires et des équipements techniques
- Mme Marie-Ange AVENIER, économiste, assistante du SCAC
- M. Koffi WALLA, ancien ministre, directeur général de la Caisse nationale de sécurité sociale
- M. Jean LARE DOUTI, directeur général de la caisse de retraites du Togo
- M. Seyni GARANKE, secrétaire général de la Conférence Interafricaine de la Prévoyance Sociale (CIPRES)
- M. Koffi KOUAME, inspecteur régional de la CIPRES
- M. Robert EGUIDA, responsable secteur de la santé, Banque mondiale
- Dr Cornelius OEPEN, directeur GTZ au Togo
- Dr Sylvain KOMLAGAN, directeur régional, région santé Lomé-commune
- Dr Alain AHAWO, responsable opérationnalisation des districts, région Centre
- Mme Suzanne AHO, directrice protection sociale et promotion de la famille, ministère des Affaires sociales
- Dr Jean Pierre BATCHASSI, directeur général de la santé, ministère de la Santé
- M. Yao WOTTOR, responsable juridique secteur santé, ministère de la Santé

- Mme Victorine AGBOGBE, spécialiste mutuelles, assistante région santé Lomé-commune
- Mme Diane EDOH, responsable secteur santé, assurances privées UAT
- Dr Fovi ADANLETE, gynécologue-obstétricien secteur privé
- M. Alfred MOSSAN, ancien directeur CNSS du Togo et Caisse retraite de la BCEAO
- Dr ASSANOU, polyclinique privée Saint-Joseph

Tunisie

- M. Jean OBERTI, chargé de mission secteurs santé, agriculture et coopération décentralisée, ambassade de France
- M. Hassine DOGHRI, président du groupe CARTE
- M. Pierre-Yves OLIVO, conseiller du président
- Dr Ridha KECHRID, président-directeur général de la Caisse nationale de sécurité sociale
- M. Abdelatif CHAABANE, directeur des assurances
- M. Mohamed CHAABANE, directeur général du Centre de recherches et d'études de sécurité sociale
- M. Sayed BLEL, directeur général de la sécurité sociale
- M. Mohamed Salah H'MAIDI, président-directeur général de la Caisse nationale de retraite et de prévoyance sociale
- M. Philippe BERREE, attaché financier adjoint à la mission économique et financière
- M. Habib ACHOUR, directeur de la santé
- M. Martial LAURENT, chargé du suivi du dossier appui de l'Europe au soutien sectoriel santé ("PAS"), Méda Team

ANNEXE IV

SITUATION DÉTAILLÉE DU SYSTÈME DE SANTÉ ET D'ASSURANCE MALADIE EN AFRIQUE DU SUD

Le système de santé et d'assurance maladie en Afrique du Sud, miroir d'une société d'*apartheid*, juxtaposait avant 1994 -et juxtapose toujours- un secteur privé, aussi sophistiqué que coûteux, destiné aux blancs et un secteur public, délabré et fréquenté par les noirs. Cette situation profondément inégalitaire -20% de la population consomment 60% d'une dépense nationale de santé qui atteint le chiffre élevé de 8% du PIB- ne pouvait durer et le nouveau gouvernement, issu des élections de 1994, avait annoncé son intention de réformer le système dans le sens d'une plus grande équité et d'un meilleur accès aux soins pour les catégories les plus déshéritées de la population, notamment dans les zones rurales particulièrement démunies. Pour comprendre la réforme annoncée, il faut examiner la situation de départ (I), qui est encore la situation actuelle, avant de décrire les dispositions annoncées qui doivent servir de points d'appui pour une transformation radicale du système (II).

I. La situation initiale

Le système de santé sud africain et son mode de financement ont été construits suivant la philosophie duale et inégalitaire de l'*apartheid*.

1. Un système sanitaire dual

L'offre de soins se compose de deux segments très différents :

a) *Un dispositif privé*

Composé de médecins de villes (généralistes et spécialistes) et d'hôpitaux de taille diverse ainsi que d'une industrie pharmaceutique assurant la distribution des médicaments à travers un réseau d'officines, il est très semblable à ce que l'on peut rencontrer dans un pays industrialisé de bon niveau. On trouve en Afrique du Sud les hôpitaux les plus performants, les matériels les plus sophistiqués avec du personnel bien formé. On se souvient des prouesses du docteur Barnard en matière de greffe cardiaque, il y a plus de vingt ans ! Ce système sanitaire, déployé dans les grandes villes, est quasi inexistant dans les banlieues et les zones rurales : il est fréquenté essentiellement par la partie la plus riche de la population, les blancs d'abord, puis la classe moyenne noire.

b) *Un dispositif public*

Formé d'hôpitaux régionaux et locaux et de dispensaires, sans autonomie de gestion, dans un état très inégal et souvent mauvais, ce dispositif, du fait de son implantation dans les anciens *township* et de son état dégradé, est utilisé par les catégories les plus déshéritées de la population et fait fuir les autres classes sociales. Le secteur public s'enfonce dans une spirale de déclin qu'avive le développement d'un secteur privé mieux loti. L'hôpital public est incapable de facturer ses services ; les administrations provinciales ne savent pas fixer les budgets hospitaliers tout en y pratiquant des coupes sombres, aveugles. Les managers de l'hôpital n'ont aucun pouvoir ; les relations sociales y sont détestables ; les grèves se multiplient et la corruption sévit. Le secteur privé attire les meilleurs éléments du personnel hospitalier ainsi que ses clients fortunés, et renvoie ses malades lourds sur le secteur public.

2. Un système de financement également dual

La dualité du système de distribution des soins est le reflet non seulement du mécanisme de l'*apartheid* qui tendait à séparer systématiquement les flux de population suivant des critères raciaux mais également d'un système de financement dual.

a) Un mécanisme de financement du secteur privé fondé sur des plans d'assurance santé (*Medical Schemes*), souscrits individuellement auprès de compagnies d'assurances,

essentiellement par des salariés, avec participation des employeurs aux primes demandées.

Ces plans sont de différents types ; certains sont particuliers à une entreprise ou à un secteur professionnel ; d'autres sont plus ouverts et accueillent des adhésions personnelles. Il y existe un principe de liberté :

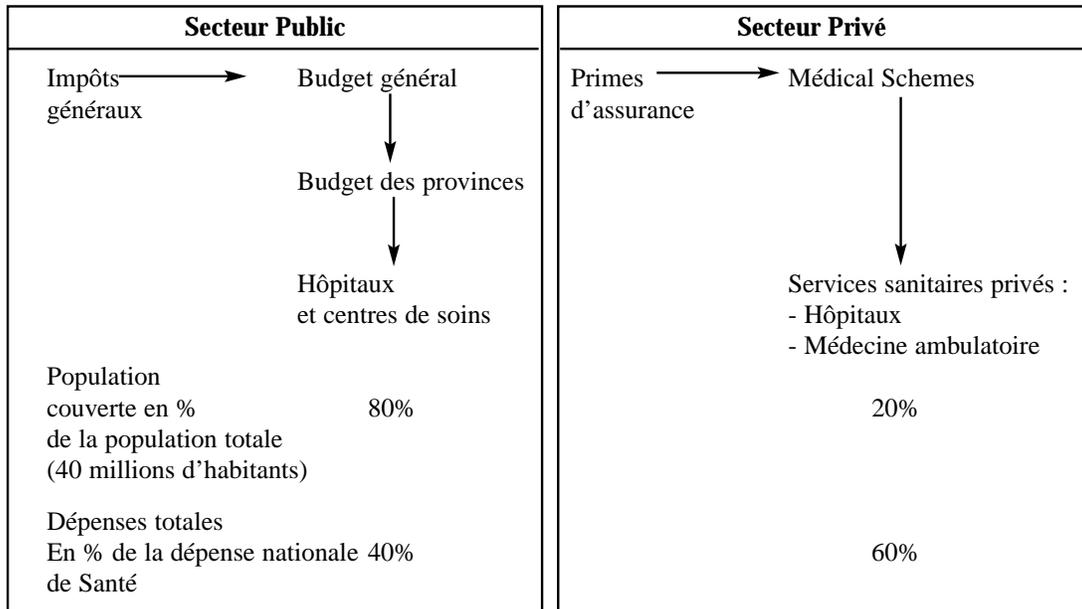
- *d'adhésion* : on peut, étant salarié d'une entreprise, adhérer au plan de son entreprise ou adhérer à un autre plan ou n'adhérer à aucun plan ;
- *de couverture* : chaque plan définit le volume des prestations qu'il offre que ce soit en termes de panier de biens et services proposés qu'en termes de taux et de plafond de prise en charge ;
- *de financement* : la prime appelée, peut varier en fonction du niveau de couverture comme de la taille de la famille couverte.

Ces plans d'assurance, correspondant à une conception individualiste de santé, se sont développés auprès de la partie la plus aisée de la population – les blancs – et ont permis la croissance du secteur sanitaire privé d'autant plus que les gérants des *Medical Schemes* ont eu quelques difficultés à maîtriser les coûts d'un système peu concurrentiel, faute de tarifs opposables, ce qui explique la course poursuite, bien connue, entre tarifs de remboursement et prix des actes médicaux et des journées d'hospitalisation ; cette course poursuite se traduisant par une croissance soutenue des primes demandées et par l'introduction récente de mesures de *managed care* au sein de certains plans d'assurance.

b) Un mécanisme de financement du secteur public, principalement hospitalier, qui fait appel à l'impôt via le budget général : le ministère de la Santé nationale attribue aux ministères locaux une partie de son budget, à charge pour ceux-ci de financer directement les hôpitaux, considérés comme autant de services administratifs locaux.

L'accès aux établissements hospitaliers et aux centres de soins locaux est gratuit pour les femmes enceintes et les enfants, les vieillards et les handicapés, depuis 1994, ainsi que pour tous ceux dont le revenu est inférieur au seuil d'assujettissement à l'impôt sur le revenu. Il devrait être payant pour les autres malades mais ceux-ci, faute de connaissance de leurs revenus, ont pris l'habitude même quand ils sont, par ailleurs, bénéficiaires d'un *Medical Schemes*, de s'abstenir de déclarer qu'ils en bénéficient si bien qu'en réalité, personne ne paye pour la fréquentation du secteur public, sauf une partie de la consommation médicamenteuse et divers " dessous de table " clandestins. Les hôpitaux, du reste, manquant d'organisation administrative, sont dans l'incapacité d'établir des factures correspondant aux services qu'ils produisent.

On peut résumer le financement du système de santé sud africain par le schéma suivant :



Ce système dual et inégalitaire ne pouvait qu'appeler une réforme de grande ampleur d'autant plus que l'Afrique du Sud consacre plus de 8% de son PIB à ses dépenses de santé, ce qui est beaucoup, pour un pays classé dans la partie supérieure de la classe des pays à revenu intermédiaire : la France et l'Allemagne sont à 10%, les Etats-Unis à 14% mais le Maroc, la Tunisie, la Colombie autour de 6% seulement. On peut déduire de cette situation que le système de soins privé sud africain est particulièrement coûteux car si on assurait aux 80% de la population la plus défavorisée un niveau de dépenses de santé correspondant à celui des 20% de la population la plus aisée, l'Afrique du Sud dépenserait pour sa santé, en pourcentage de son PIB, beaucoup plus que les Etats-Unis.

Face à cette situation forcément critiquée, l'ANC a songé à introduire en Afrique du Sud un service national de santé " à l'anglaise " qui aurait eu l'avantage de :

- mettre une priorité en faveur des actions de santé publique ;
- répondre par la nationalisation à un besoin d'équité en terme d'accès aux soins ;
- permettre une vraie révolution du système tout en assumant, comme en Grande-Bretagne, la maîtrise des coûts.

Cette option radicale n'a pas été retenue :

- parce qu'elle coûtait cher au budget de l'Etat et que l'Afrique du Sud, engagée dans une politique de maintien des grands équilibres, ne pouvait accroître la part des prélèvements obligatoires affectés à la santé ;

- parce que le système sanitaire privé avait atteint de telles dimensions que sa nationalisation aurait entraîné de profonds remous que le gouvernement a préféré éviter en réformant progressivement.

II. La réforme

La réforme projetée par le ministère de la Santé s'attaque simultanément à l'offre de soins et à la solvabilisation de la demande.

1. L'offre de soins

Dans un pays qui n'avait pas de politique de santé publique, où les indicateurs de santé des populations sont dramatiquement bas, le ministère de la Santé a mis l'accent sur le développement des soins primaires qui doivent intégrer les soins médicaux et infirmiers de base ne nécessitant pas d'hospitalisation, la prévention et la promotion de la santé par l'éducation et la diffusion de réflexes d'hygiène quotidiens. Plus de la moitié de la population n'a toujours pas accès à l'eau potable et les problèmes d'évacuation des eaux usées ne sont pas traités dans une grande partie de l'habitat actuel même modernisé.

a) *Le développement des soins primaires*

Les soins primaires impliquent différents professionnels de santé réunis dans des équipes multidisciplinaires incluant des travailleurs sociaux : médecins, dentistes, sages-femmes, gynécologues, infirmiers, conseillers en éducation, diététiciens, dentistes, etc. Ces professionnels manquent en quantité et en qualité et les besoins de formation initiale et continue sont considérables.

Le gouvernement a décidé que les professionnels de santé, après l'obtention de leur diplôme, auraient l'obligation de participer pendant deux ans aux services de santé communautaires en zone rurale : cette disposition rentre lentement dans les faits tandis que la médecine traditionnelle, sans être encore reconnue légalement pourrait se voir reconnaître un droit d'exercer dans des structures délivrant des soins primaires.

L'organisation des soins primaires doit se faire au niveau d'une nouvelle structure territoriale, le district : plus de 200 districts ont été constitués mais leurs limites géographiques et leurs compétences administratives par rapport aux provinces sont encore vagues, chaque province pouvant définir la marge d'autonomie qu'elle leur accorde.

Près de 300 dispensaires et centres de santé communautaires fonctionnent, appuyés par 250 hôpitaux de district, souvent dans des conditions difficiles faute de moyens en personnel et en matériel.

Pour concrétiser cette priorité, le gouvernement a réduit les crédits affectés aux hôpitaux publics de haut de gamme pour redéployer les crédits en faveur des provinces les plus démunies. Cette vaste opération a suscité les protestations de l'élite médicale dont une partie a émigré à l'étranger, accroissant la pénurie de médecins et justifiant la venue de plusieurs centaines de médecins cubains ou africains.

Cette politique couplée avec une politique de l'habitat, de distribution d'eau et de réseaux d'évacuation des eaux usées, doit être poursuivie sans relâche, pendant une décennie, pour que l'on puisse constater un relèvement significatif de l'état de santé de la population sud africaine.

b) *Le tissu hospitalier*

70 hôpitaux régionaux au niveau des provinces, 10 hôpitaux spécialisés, centraux et universitaires, forment la trame du tissu hospitalier, qui comprend, également, le parc hospitalier privé.

La politique du ministère de la Santé a consisté à mettre en place un système uniforme de carte sanitaire, articulé autour de quatre niveaux de soins.

Dans un système de soins particulièrement hospitalo-centré, l'Afrique du Sud compte environ 150 000 lits d'hôpital dont 25% sont des lits hospitaliers privés (ratio de 3 lits d'hôpital pour 1 000 habitants ; France : 8,5 pour 1 000).

Type de soins		Etablissements délivrant les soins	Autorités décisionnaires
Soins primaires	Niveau 1 Offre des traitements médicaux non spécialisés avec un diagnostic	235 hôpitaux locaux (30 lits minimum)	District
Soins secondaires et Services spécialisés	Niveau 2 Offre des soins spécialisés (soins intensifs, anesthésie, médecine et chirurgie générale)	66 hôpitaux régionaux	Province
Soins tertiaires	Niveau 3 Soins avec un équipement médical de pointe (cardiologie, oncologie...)	10 hôpitaux centraux et/ou universitaires	Etat
Soins tertiaires	Niveau 3 Soins spécialisés (psychiatrie, tuberculose, maladies Infectieuses)	Hôpitaux spécialisés	Etat
Soins quaternaires	Niveau 4 Spécialités rares (transplantation cardiaque, urologie, neurochirurgie, etc.)	10 hôpitaux centraux et/ou universitaires	Etat

Dans un premier temps, le ministère de la Santé a imposé un moratoire sur les autorisations de création et de capacité des structures hospitalières privées qui avaient eu tendance à s'accroître, spectaculairement, depuis le début des années 90, en raison des conditions de prise en charge dégradée d'une large partie du secteur public. L'objectif de cette mesure consiste notamment à maîtriser les coûts du secteur privé et à orienter celui-ci sur la voie d'une collaboration avec le secteur public (utilisation en commun d'équipements sophistiqués).

Sur cette base ainsi stabilisée, le ministre de la Santé souhaite fermer certains hôpitaux dans des zones très pourvues et permettre la création et l'agrandissement d'établissements dans des provinces démunies : opération qui en Afrique du Sud, comme ailleurs, n'est pas politiquement sans risque.

En outre, le ministère souhaite développer l'autonomie de gestion vis-à-vis des administrations provinciales de façon à ce que les directeurs d'hôpitaux soient plus libres et plus responsables de la gestion et du financement de leur établissement. C'est ce qui explique l'intérêt de l'Afrique du Sud pour :

- le système de formation français des directeurs d'hôpitaux (école nationale de Rennes),
- les méthodes de développement de la qualité de soins hospitaliers,

- les modes de tarification des soins en milieu hospitalier : utilisation d'une forme simplifiée du PMSI. Les moyens de financement publics étant réorientés vers les soins primaires, il est important que le secteur hospitalier public soit capable :
- d'attirer la classe moyenne qui peut payer grâce aux *Medical Schemes*, ce qui suppose une mise à niveau qualitative ;
- de facturer ces services aux assurances diverses, ce qui suppose la mise en place d'instruments comptables et de règles de tarification.

C'est pourquoi, le ministère de la Santé attache beaucoup d'importance à une réforme du système de financement qui devrait conduire à un développement de l'assurance maladie, laquelle prendrait en charge une plus grande partie des séjours hospitaliers dans le secteur public.

2. La solvabilisation de la demande

Pour transformer un système de financement fortement inspiré du modèle des Etats-Unis², le gouvernement sud africain a songé à créer une assurance maladie nationale obligatoire pour les salariés du secteur formel, ressemblant à la démarche suivie en France dans les années 30 : création d'un régime obligatoire pour les salariés de l'industrie et du commerce dont le salaire est inférieur à un plafond. Ce projet a suscité une forte opposition ; la loi, votée en décembre 1998, n'a plus comporté d'obligation et s'est transformée en un mécanisme de régulation des plans d'assurance santé (*Medical Schemes*) existants, qu'il a fallu renforcer par une nouvelle loi du 20 octobre 1999.

a) L'échec de l'assurance sociale nationale

Le projet du gouvernement tendait à rendre obligatoire l'affiliation des salariés du secteur formel à un *Social Health Insurance Scheme* comportant :

- une cotisation assise sur les salaires et identique pour tous les salariés avec éventuellement une variante, dépendant de la taille de la famille ;
- un panier de biens et services remboursables, identique, composé essentiellement de la prise en charge de soins hospitaliers dans des hôpitaux publics ou des hôpitaux privés conventionnés ;
- une gestion des plans d'assurance faite par des représentants des assurés et de leurs employeurs qui en définissent les règles ;
- l'obligation de ne pas faire de profit dans l'application des règles du plan d'assurance ;
- la limitation des frais de gestion demandés par les compagnies d'assurance gestionnaires qui assurent les opérations matérielles d'application des règles du plan telles que cotisations, remboursements ;
- la possibilité d'options additionnelles à condition qu'elles fassent l'objet d'un financement distinct et que leur éventuel déficit ne pèse pas sur l'option de base.

Le gouvernement attendait de ce projet, avec un taux de cotisations de 4% sur les salaires :

- la possibilité de couvrir 25 millions de personnes par un plan d'assurance santé pour le risque hospitalier alors que les *Medical Schemes* ne couvrent actuellement que 7 millions de personnes ;
- La possibilité de diriger vers le système hospitalier public une fraction des cotisations qui auraient financé les services rendus par les hôpitaux dans le cadre de la couverture de base.

²La protection maladie est principalement le fait d'assurances privées sur des contrats souscrits par les individus ou par les entreprises pour leurs salariés, le budget fédéral finançant des programmes spéciaux pour les pauvres et les personnes âgées.

Encore aurait-il fallu que les hôpitaux sachent facturer leurs services, que les gestionnaires des *Medical Schemes* fassent rentrer les cotisations et que les assurés fréquentent le secteur public de préférence au secteur privé, ce qui était loin d'être évident. En outre, le projet d'assurance sociale nationale n'abordait pas la question qui n'aurait pas manqué de se poser, de l'inégale structure démographique des populations couvertes par chaque plan d'assurance entraînant des charges différentes en fonction de l'âge moyen de chaque groupe couvert et la nécessité de prévoir des mécanismes de compensations complexes.

Quoiqu'il en soit, l'assurance sociale nationale de santé demeure un objectif, mais l'opposition qu'elle a suscitée, tant au sein des employeurs, du corps médical que des compagnies d'assurance gestionnaires des *Medical Schemes*, a conduit les pouvoirs publics à se contenter provisoirement de réguler le marché des plans d'assurance santé.

b) *La régulation des Medical Schemes*

La loi de 1998 régleme le monde des plans d'assurance santé en cherchant à éliminer les comportements les plus critiquables du point de vue de l'équité.

En effet, les deux tiers des *Medical Schemes* fonctionnent comme des mutuelles, sans profit, selon les principes de la répartition des risques tandis qu'un tiers est fondé sur un système de capitalisation des contributions versées sur des comptes individuels qui sont débités au moment de la survenance du risque.

Il va de soi que les gestionnaires de ces plans sont en concurrence entre eux pour attirer la clientèle d'où des frais de marketing très lourds (jusqu'à 15% des dépenses). De plus, la sélection des risques est une tentation permanente pour refuser les gens âgés, attirer les jeunes sans famille, sans parler de la confusion savamment entretenue sur les différents paniers de biens et services proposés, si bien que nombre d'assurés au moment où ils deviennent malades ne savent plus qu'elle est l'étendue de la couverture qu'ils ont souscrite, croient qu'ils ont dépassé le plafond de prise en charge et cherchent tout naturellement à se faire soigner gratuitement dans le secteur public pour ne pas déclencher le fonctionnement de leur assurance.

Ainsi certains plans proposent, habilement, une couverture contre les gros risques (hospitalisation plus ou moins limitée dans la durée) et un plan annexe pour la médecine de ville couvrant un plan d'épargne non mutualisé qui est débité quand l'assuré se soigne et qui est susceptible, si l'assuré est en bonne santé de produire des excédents, lesquels peuvent servir à réduire la cotisation affectée au plan de base (mécanisme des *Saving Accounts*).

Faute de maîtriser les tarifs des prestataires médicaux, soumis à une vive concurrence entre eux, entretenant des liens financiers avec les groupes hospitaliers privés, les gestionnaires des plans d'assurance santé ont accepté une montée des coûts, entretenue par le système, qui s'est traduite par d'importantes hausses de cotisations ; celles-ci sont passées, de 1990 à 1996, en moyenne de 7% à 17% des salaires, de quoi émouvoir les employeurs qui payent 50% de la charge et à faire fuir, de ces plans, les salariés à revenus moyens. L'inflation du coût des soins, entraînant la diminution du nombre des adhérents aux *Medical Schemes* ainsi que le départ d'une clientèle jeune vers des assurances fonctionnant en capitalisation, a donc entraîné les gestionnaires des plans, à but non lucratif, à pratiquer la sélection des candidats à l'adhésion pour éviter de nouvelles hausses de cotisations.

Il était urgent de casser cette spirale dangereuse : c'est ce que tente de faire le *Medical Schemes Act*, de 1998, en imposant de nouvelles règles du jeu en matière d'assurances santé, celles-ci demeurant toujours facultatives.

Au terme de cette loi, les plans d'assurance santé sont soumis à un contrôle précis, mis en œuvre

par une autorité indépendante, le Conseil des *Medical Schemes*, qui est chargé de surveiller l'application de la loi, de contrôler le fonctionnement des *Medical Schemes* et de faire des propositions d'évolution du système aux pouvoirs publics.

La loi du 2 décembre 1998, renforcée par la loi du 20 octobre 1999, prévoit un certain nombre de dispositions qui encadrent précisément le fonctionnement des *Medical Schemes* (MS) :

- protection de la dénomination : nul ne peut utiliser la dénomination pour faire autre chose que l'assurance santé régulée par la loi ;
- enregistrement auprès du conseil des MS de tout *Medical Schemes* et approbation de ses statuts ;
- exigences de moralité pour les dirigeants qui doivent être distincts des gestionnaires ;
- interdiction de toute clause de discrimination en fonction du sexe, de la race, de la couleur ou de l'âge ;
- comptes bancaires dédiés et garanties financières minimales permettant d'éviter les faillites brutales interrompant sans préavis le service des prestations ;
- exclusivité de l'activité : pas d'activité autre que l'assurance santé qui doit être à but non lucratif ;
- cotisations uniformes en fonction du salaire avec une modulation possible compte tenu de la taille de la famille ;
- panier de biens et services minimal comportant obligatoirement la prise en charge du séjour en hôpital public, en tiers payant ;
- possibilités de proposer des options complémentaires sous réserve d'approbation par le conseil des MS qui vérifie que les conditions de l'équilibre financier sont réunies, que ces options ne mettent pas en difficulté le *Medical Scheme* de base, que le montant des contributions et des cumuls réalisables sur les comptes individuels d'épargne santé est plafonné ;
- limitation des clauses restrictives en cas d'entrée ou de sortie d'un adhérent (stage) ;
- chaque affilié ne peut adhérer qu'à un MS et un seul, pour lui et sa famille ;
- tribunal spécial pour statuer sur les réclamations des assurés en cas de refus des prestations ;
- limitations des possibilités de réassurance.

Une enquête faite par le Comité de MS, en juin 2000, a constaté que la loi de régulation était mal appliquée montrant combien il est difficile de faire gérer par des entreprises capitalistes des mécanismes d'assurance même régulés et non-profit dans un contexte de concurrence. Chassez le naturel, il revient au galop ! C'est ce que découvre avec inquiétude le conseil des MS alors même que dans un climat d'inquiétude, le coût des soins s'envole et que leur maîtrise ne paraît pas être la préoccupation majeure des divers intervenants.

Il est sûr qu'en 2001, le système devra être à nouveau réformé pour se rapprocher d'un système d'assurances santé à caractère social c'est-à-dire fondé sur l'obligation d'un panier de soins minimum unique, géré par des organismes à but non lucratif et financé par des cotisations assises sur les salaires. La coexistence d'une minorité riche, voire très riche, d'une nouvelle bourgeoisie noire enrichie et du reste de la population noire qui attend toujours de bénéficier d'un peu plus de richesse, d'emploi et de protection sociale, rend la réforme de l'assurance maladie encore plus urgente et nécessaire.

Le gouvernement sud africain aura-t-il la possibilité :

- d'imposer aux riches de payer un peu plus d'impôts pour financer un secteur public d'une qualité suffisante pour les pauvres ?

- d'imposer, également, aux riches un système d'assurance santé solidaire auquel puissent accéder les classes moyennes ?

C'est un peu la quadrature du cercle !

Commentaires

1) La transformation du système de santé et d'assurance maladie sud africaine s'opère lentement car :

- Elle se heurte à de puissantes oppositions : professions de santé, employeurs, compagnies d'assurance.
- Le gouvernement a conscience qu'il faut donner du " temps au temps " : ayant annoncé la réforme comme objectif majeur de la nouvelle politique, il en a précisé les grands axes après beaucoup de discussions et de concertation, en 1997, a commencé à déposer des textes de lois, en 1998, pour une application en 2000, tout en annonçant qu'il allait corriger les premières dispositions à la lumière de l'expérience.
- L'Afrique du Sud, malgré une apparence de décentralisation à travers les provinces, les bantoustans, voire des Etats indépendants, était un Etat unitaire fortement centralisé ; la réforme constitutionnelle initiée, après 1994, en a fait un Etat fédéral de huit provinces ; leurs compétences ont été mal définies si bien que l'Etat fédéral, qui lève l'impôt, est responsable des politiques nationales dont il perd la trace dans les provinces ; celles-ci, après avoir reçu une fraction substantielle des crédits fédéraux, définissent d'autres priorités que celles de l'Etat fédéral et font ce qu'elles veulent et ce qu'elles peuvent si bien que l'Etat fédéral est en train de s'apercevoir qu'il risque de perdre les moyens de faire appliquer sa politique. La réforme du système sanitaire et d'assurance maladie se juxtapose à une réforme administrative de grande ampleur qui tend à réduire les pouvoirs de l'Etat central qui impulse la réforme, au profit des autorités de province et de district, plus attentives aux obstacles locaux, particulièrement en matière de santé.
- Après avoir lancé un généreux programme de redistribution sociale, à son arrivée au pouvoir, en 1994, le congrès national africain, parti leader au parlement donc au gouvernement, a dû infléchir sa politique après la crise financière de 1996 en mettant l'accent sur le développement du système productif, la réduction du chômage et la maîtrise des dépenses publiques.

La lenteur de cette transformation a fait dire, avec un certain désenchantement, à un responsable du système : " *Plus cela bouge, plus tout reste immobile* ". Mais la réforme se fera parce que le pouvoir politique ne peut pas se contenter de la situation actuelle dont le maintien pourrait déboucher sur une crise violente.

2) Quoiqu'il en soit d'une réforme dont seuls les Sud Africains peuvent décider le rythme et l'orientation générale, il apparaît que les points clés de la réforme peuvent être définis comme suit :

- **Renforcement des soins primaires :**

- formation du personnel non médical éventuellement dans le cadre d'une collaboration Sud/Sud.

- **Tissu hospitalier :**

- formation de managers hospitaliers,
- système simple de facturation des services rendus par l'hôpital.

- **Assurance maladie :**

- conception d'un système d'assurance sociale appuyé sur un réseau d'assurances privées fortement régulé et utilisant des instruments de maîtrise des coûts.

ANNEXE V

SITUATION DÉTAILLÉE DU SYSTÈME DE SANTÉ
ET D'ASSURANCE MALADIE EN TUNISIE

Le système de santé tunisien est semblable à celui d'autres pays en développement où l'Etat assure, en dehors de ses missions de réglementation du secteur de la santé, une fonction de prestataire direct de services sanitaires curatifs et de santé publique (I). Ce système mal financé suscite depuis longtemps un grand nombre d'insatisfactions dans le pays, de telle sorte qu'encouragé par la communauté européenne comme par la Banque mondiale, le gouvernement s'emploie à concevoir une réforme (II).

I - Le système de santé tunisien et son financement

1. L'offre de soins

L'offre de soins est proposée par un secteur public hiérarchisé et un secteur privé qui s'est fortement développé depuis une dizaine d'années.

a) *Le secteur public*

Le secteur public est organisé selon trois niveaux :

- **Les soins primaires, assurés par près de 2 000 centres de santé de base, répartis dans tout le pays et s'appuyant sur une centaine d'hôpitaux de circonscription (2 650 lits).**

Ces centres de santé assurent les soins préventifs (vaccinations, santé maternelle et infantile, éducation sanitaire, prévention des maladies chroniques) ainsi que les soins curatifs primaires : consultations externes, actes paramédicaux. Ils disposent d'une pharmacie. Les hôpitaux de circonscription assurent des soins de médecine générale, de pédiatrie et disposent parfois d'un plateau technique de base.

- **Les soins de deuxième niveau sont assurés par 29 hôpitaux régionaux (5 500 lits) dotés de consultations externes de médecine générale et spécialisée, et capable de livrer les médicaments prescrits.**
- **Les soins de troisième niveau sont délivrés par 20 hôpitaux universitaires qui forment, sur prescription des médecins de deuxième niveau, un échelon d'appel spécialisé (7 700 lits).**

b) *Le secteur privé*

Le secteur privé s'est développé depuis l'indépendance en complément voire en concurrence du secteur public que ce soit sur le plan hospitalier comme sur le plan de la médecine ambulatoire.

- Il existe tout un réseau de médecins exerçant en libre pratique, de pharmaciens et de dentistes qui regroupent la moitié des médecins tunisiens, les trois quarts des pharmaciens et 15% du personnel paramédical.
- Le secteur hospitalier privé compte 2 000 lits au sein d'établissements de 40 à 100 lits délivrant une activité soit généraliste (médecine, chirurgie) soit très spécialisée (cardiologie, gynéco-obstétrique). Il convient d'y ajouter une activité d'hémodialyse qui, bénéficiant d'un financement particulier, utilise plus de 670 appareils d'épuration.

c) *Le secteur para public*

A côté des deux secteurs précédents s'est développé un secteur para public composé de :

- quelques services de soins plus ou moins élaborés dépendant de grandes entreprises ou de grandes administrations mais réservés à leur personnel,
- un ensemble de six structures de soins ambulatoires dites polycliniques réservées aux affiliés de la caisse nationale de sécurité sociale et situées dans les grandes villes.

Commentaires

- 1) La gestion du secteur public était assurée en régie directe par le ministère de la Santé qui traite simultanément des problèmes d'investissement et de gestion des personnels. Depuis une réforme intervenue au début des années 90, avec l'appui de la Banque mondiale, il a été décidé d'accorder progressivement aux hôpitaux, une autonomie de gestion et de financement :
 - 50% des lits sont dans les établissements hospitalo-universitaires qui ont pris le statut d'Etablissement Public de Santé (EPS) et jouissent d'une certaine autonomie de gestion : ils commencent à facturer leurs services sur la base de tarifs décidés par le ministère de la Santé ;
 - le reste des lits est situé dans des Etablissements Publics Administratifs (EPA) qui sont soumis aux règles de la comptabilité publique et dépendent donc étroitement des soins du ministère de la Santé.
- 2) Le secteur privé se développe librement dans tous les créneaux rentables (il n'existe pas de carte sanitaire normative sauf en matière de pharmacies d'officine et de centre d'hémodialyse), d'autant plus qu'il sait susciter des sources de financement particulières.
- 3) La plupart des professionnels de santé sont concentrés dans les grands centres urbains de la côte, qu'il s'agisse de la médecine de ville (et notamment des spécialistes) ou des lits hospitaliers : sur 20 hôpitaux universitaires, 15 sont situés dans le grand Tunis.
- 4) Cette concentration entraîne une surutilisation des hôpitaux de troisième niveau d'autant plus que les grandes villes où ils sont localisés ne comportent pas d'hôpitaux régionaux et que la mauvaise qualité des soins donnés dans les hôpitaux de deuxième niveau (manque de médicaments), situés dans les gouvernorats impose aux malades des déplacements qui pourraient être évités par une organisation hiérarchisée plus stricte : une carte sanitaire normative s'imposant au secteur privé comme au secteur public est une nécessité pour réduire un désordre coûteux et rationaliser l'investissement.
- 5) Les hôpitaux universitaires ayant le statut d'EPS défendent la qualité de leur corps médical en accaparant une part importante des crédits publics et en permettant aux médecins d'exercer en partie dans le secteur privé (lits privés, exercice à temps partiel).
- 6) Le résultat de cette organisation déséquilibrée est que le secteur public, qui manque de médecins, ne peut pourtant en absorber que 100, par an, alors que la Tunisie en forme 600 et que, faute de pouvoir être accueillis par un secteur privé déjà bien doté, un certain nombre d'entre eux sont au chômage.

Cette gestion, encore fortement centralisée et bureaucratique, se traduit par une mauvaise qualité des services dans le secteur public hospitalier, par ailleurs, fortement fréquenté par une clientèle peu fortunée.

La réforme structurelle et institutionnelle du secteur hospitalier public doit être poursuivie vigoureusement sous peine de conduire à un cercle infernal bien connu : la mauvaise qualité du service public entraîne la fuite de la clientèle vers le secteur privé qui se développe en vidant l'hôpital de ses meilleurs éléments, provoquant un nouvel affaiblissement du secteur public.

Cette réforme du management hospitalier doit accroître l'efficacité du dispositif, améliorer la qualité des soins ; elle passe par le développement d'un système d'information, base indispensable d'une facturation non contestable des services rendus.

II - Le financement du système sanitaire

La dépense nationale de santé en Tunisie atteint 5,5% du PIB ce qui est un niveau "normal" pour un pays de la catégorie des pays à revenu intermédiaire ; elle croît à une vive allure imposant un effort soutenu aux financiers.

La dépense nationale de santé est financée à 33% par l'Etat, à 48% par les ménages, à 18% par les caisses d'assurance maladie et à 1% directement par les entreprises.

La plus grande partie de la population tunisienne bénéficie d'une couverture maladie, selon des modalités variables : régimes obligatoires de sécurité sociale, assistance médicale gratuite. En outre, des systèmes d'assurance-groupe ou de mutuelles se sont développés pour pallier aux insuffisances d'une couverture devenue au fil du temps trop partielle.

1. Les caisses d'assurance maladie

Il existe deux systèmes de sécurité sociale qui assurent, outre d'autres risques (vieillesse, prestations familiales), la couverture maladie.

a) *La CNSS pour le secteur privé*

La Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) gère les régimes des salariés de l'industrie et du commerce (700 000 affiliés), celui des salariés agricoles (80 000 affiliés), celui des indépendants non agricoles (85 000 affiliés) ainsi que celui des étudiants (160 000 affiliés).

Les bénéficiaires ont droit, moyennant le paiement d'un ticket modérateur, aux soins fournis par l'ensemble du dispositif public -des centres de santé de base aux hôpitaux universitaires, auquel s'ajoute le réseau de 6 polycliniques, que la CNSS a créé pour ses affiliés, à la fin des années 60 pour pallier aux insuffisances du dispositif public.

En outre, les affiliés ont droit au remboursement des soins spécialisés dans certains établissements du secteur privé avec lesquels la CNSS a passé des conventions particulières (actes de chirurgie cardiovasculaire de tomodensitométrie).

Pour l'utilisation du secteur public par ses affiliés, la CNSS verse chaque année un forfait au ministère de la Santé, âprement discuté et n'ayant pas de rapport direct avec le coût des soins délivrés faute de facturation.

Le financement des dépenses à la charge de la CNSS est assuré par une cotisation de 4,75% des salaires pour les salariés de l'industrie et du commerce (cotisations plus faibles pour les autres catégories d'affiliés).

b) *La CNRPS pour le secteur public*

La Caisse Nationale de Retraite et de Prévoyance Sociale (CNRPS), gère un régime obligatoire de 500 000 affiliés, tous fonctionnaires des administrations centrales, des collectivités locales et établissements para publics.

Les affiliés peuvent choisir entre deux options :

- **Première option** : l'affilié a droit, chaque fois qu'il est malade, à l'accès au dispositif du secteur public (hôpitaux et centre de santé), sur présentation d'un carnet de soins et moyennant le versement d'un ticket modérateur de faible montant ; à ce titre la CNRPS verse un forfait au budget du ministère de la Santé publique et rembourse certaines factures des hôpitaux depuis la création des EPS.
- **Deuxième option** : l'affilié choisit une protection contre ce que l'on pourrait appeler le gros risque maladie (longue maladie, chirurgie) ; dans ce cas, le patient a droit au remboursement des soins dans le secteur public et le secteur privé (libre choix mais

avance des frais) sur la base de tarifs officiels du secteur public et avec un ticket modérateur de 20%. Comme les tarifs du secteur public sont inférieurs à ceux du privé et loin du coût réel des soins, les remboursements sont faibles.

Ce régime obligatoire est financé par une cotisation de 2% (1% à la charge de l'employeur c'est-à-dire l'Etat ou les établissements para publics et 1% à la charge du salarié). A ce régime obligatoire peut s'ajouter (15% des affiliés le choisissent), pour ceux qui ont choisi la seconde option, un régime facultatif qui couvre la maladie ordinaire : les affiliés ont alors droit au remboursement à 80% des tarifs officiels dans le secteur privé avec toujours le problème de l'écart entre base de remboursement et prix des actes pratiqués. Il leur faut payer pour ce régime facultatif une cotisation supplémentaire de 4,5% dont 3% pour l'affilié et 1,5 pour l'employeur. Au total, l'affilié qui choisit une couverture complète (option + couverture facultative) paye une cotisation de 6,5% dont 4% à sa charge et 2,5% pour l'employeur public.

Grâce à ce régime complexe, les 2/3 de la population tunisienne (6 millions de personnes) ont accès aux soins dans le cadre de l'assurance maladie ; les dépenses des caisses se partageant, approximativement par moitié, entre la contribution au budget du ministère de la Santé publique, et les remboursements des frais de soins dans le secteur privé et les polycliniques.

Les caisses sont globalement déficitaires : 270 millions de dinars de recettes pour 600 millions de dépenses mais l'essentiel du déficit provient de la CNSS (240 millions de dinars) ; à taux de cotisation inchangé, ce déficit est destiné à s'accroître.

2. L'Assistance médicale gratuite (AMG)

Les personnes qui ne sont pas couvertes par un régime d'assurance maladie légal, ont droit à la prise en charge gratuite des soins délivrés dans le seul secteur public (hospitalisation et soins ambulatoires). La gratuité peut être totale (carte AMG 1 délivrée aux familles les plus nécessiteuses : environ 120 000 cartes pour 500 000 personnes couvertes), ou partielle (carte AMG2 dite à tarif réduit pour les familles ayant un revenu inférieur à un seuil variable en fonction de la taille de la famille, impliquant une participation forfaitaire pour chaque prestation).

Ce système qui avait largement dérivé, a été réformé en 1998 dans un sens restrictif : 700 000 cartes sont en circulation. C'est le budget de l'Etat qui le finance à travers le financement du secteur public.

3. Les assurances privées

Compte tenu des lacunes du dispositif de remboursement des soins et de la part importante prise par le secteur public, les salariés ont obtenu, de leurs employeurs, la conclusion de contrats d'assurance-groupe ou se sont organisés dans le cadre de la mutualité. Cette couverture n'est pas complémentaire de la couverture de la CNSS ou de la CNRPS ; elle se substitue aux défaillances de celles-ci : mauvais remboursement des soins dans le secteur privé, absence de libre choix.

Les contrats-groupe sont de style classique : cotisations en pourcentage des salaires, participation des employeurs, remboursements plafonnés. Il en coûte de 4 à 7% de la masse salariale. Les mutuelles pratiquent le même genre de couverture sans faire de profit. Les compagnies d'assurance prétendent perdre de l'argent sur ce type de contrat mais ne souhaitent pas abandonner ce secteur de marché qui leur permet de placer d'autres types de contrat auprès des entreprises.

Commentaires

- 1) L'Etat supporte la charge de l'AMG à travers le financement du secteur public sans qu'il puisse distinguer ce qui résulte des soins délivrés aux titulaires des cartes AMG et ce qui concerne des soins donnés à des assurés sociaux.
- 2) La contribution forfaitaire des caisses au budget du ministère de la Santé publique pour les soins délivrés à leurs affiliés, pour l'utilisation du secteur public, dépend plus de la situation financière des caisses que de la réalité de la dépense effectuée pour les assurés sociaux ; or, comme les caisses gèrent aussi d'autres risques, que certains de ceux-ci sont excédentaires, les manipulations financières entre risques sont une tentation permanente.
- 3) Les polycliniques de la CNSS, gérées directement par cette caisse, n'ont pas d'autonomie financière et ne facturent pas leurs services alors qu'elles pourraient être ouvertes aux assurés sociaux du secteur public.
- 4) Le libre choix n'est pas assuré pour une partie des affiliés à la CNSS (première option) ; pour ceux qui ont choisi la deuxième option, les remboursements s'effectuent à un niveau qui n'a rien à voir avec les tarifs habituellement pratiqués dans le secteur privé, encourageant ainsi le développement d'assurances privées.
- 5) L'absence de relations organisées entre les tiers payeurs et les professions de santé ne peut que conduire à une augmentation des coûts non maîtrisée et à un écart grandissant entre dépenses remboursées et dépenses réelles des assurés.

III. La réforme du système de santé et de son financement

La situation actuelle engendre une insatisfaction généralisée en raison :

- des insuffisances du système sanitaire dans les régions les plus éloignées de la bande côtière ;
- du mauvais fonctionnement du secteur public ;
- des inégalités de couverture entre ressortissants du secteur privé et ressortissants du secteur public ;
- des inégalités dans le taux des cotisations demandées aux uns et aux autres suivant les régimes et les options.

C'est pourquoi le gouvernement a mis en chantier une réforme de grande envergure s'appuyant sur six grands principes qui doivent, pour être concrétisés, être complétés par des mesures d'application précises.

1. Les principes de la réforme

Un Comité ministériel restreint, réuni par le président de la République, le 16 février 1996, a défini les grands principes de la réforme :

- définition d'un régime de base obligatoire et unifié assurant une couverture suffisante du risque maladie, applicable par les deux caisses d'assurance maladie,
- séparation du financement des soins de santé et de la production de ces soins en distinguant les organismes financiers des organismes dispensant les soins,
- maintien du principe d'un régime d'assurance complémentaire facultatif allant au-delà du régime de base, géré par les compagnies d'assurance, les mutuelles et même les caisses d'assurance maladie,
- prise en charge par les organismes financeurs (Etat et caisses d'assurance maladie) des services fournis par les différents éléments du secteur sanitaire sur la base du coût réel des soins délivrés aux assurés sociaux et aux assistés sociaux,

- organisation des relations entre les organismes financeurs et les secteurs publics et privés de fourniture des soins,
- maîtrise des dépenses de santé de façon à ce que la réforme n'impose pas une charge trop importante aux finances publiques tout en sauvegardant la compétitivité des entreprises dans le cadre d'une ouverture de l'économie tunisienne.

Commentaires

a) Cette réforme est cohérente mais elle implique des mesures d'application précises qui ne pourront pas contenter toutes les parties en présence : administrations centrales, établissements du secteur public, professionnels du secteur privé, caisses d'assurance maladie. Elle demandera du temps et de l'énergie politique.

b) Le principe du maintien des caisses existantes (secteur privé, secteur public), pour appliquer un panier de biens et services remboursables unique, a l'avantage de maintenir ce qui existe mais il faudra résoudre les problèmes résultant des différences en matière :

- du niveau moyen des salaires,
- de pyramide démographique,
- d'habitudes de consommation médicale.

Autrement dit, avec un même taux de cotisation, en admettant que l'Etat accepte de se comporter comme un employeur du privé, il y a peu de chances pour que les deux caisses soient simultanément en équilibre. En outre, la partie de la population qui dispose d'un revenu supérieur au seuil d'octroi de la carte AMG 2 (essentiellement des travailleurs non salariés du secteur informel) va se retrouver dans le régime des travailleurs indépendants, géré par le CNSS ; ce régime sera déficitaire ; son déficit s'imputera, en vertu du principe des vases communicants, sur le seul compte des salariés du secteur privé. On voit poindre le thème bien connu des "charges indues", excellent alibi pour les caisses d'assurance maladie, pour ne pas exécuter leur mission : payer vite et bien et maîtriser les dépenses prises en charge, d'où la nécessité de mécanismes de compensation délicats.

c) Il est fondamental de définir les relations entre l'Etat et les autres parties à la réforme de façon à ce qu'il n'y ait pas de confusion entre différentes figures de l'Etat :

- l'Etat gardien des grands équilibres financiers,
- l'Etat employeur des agents publics,
- l'Etat gardien de la cohésion sociale, défenseur des plus pauvres,
- l'Etat régulateur de la dépense de santé.

Par exemple, l'Etat se comportera-t-il en employeur du secteur public versant les mêmes cotisations que dans le privé ? l'Etat prendra-t-il en charge les dépenses des bénéficiaires de l'AMG ou les laissera-t-il à la charge des fournisseurs de soins nécessairement publics ? Qui sera en définitive responsable de l'équilibre financier du système : l'Etat, et alors il devra avoir la maîtrise des instruments de régulation des dépenses de soins, ou les caisses qui détiennent l'information et certains moyens de contrôle (service médical) ? Une réflexion approfondie est nécessaire compte tenu de la culture politique et administrative du pays.

d) Le coût de la réforme dépendra du panier de biens et services admis au remboursement : contenu, taux de prise en charge.

e) Le champ ouvert à l'assurance complémentaire dépendra de l'écart qui existera entre tarifs de remboursement et prix réellement pratiqués, écart qui dépendra du mode de fixation des tarifs des actes en médecine de ville et à l'hôpital : qui les fixera ? Quelle en sera la structure (rémunération à l'acte, à la journée, à la boîte de médicaments) ? Que se passera-t-il en cas de non-respect individuel ou collectif des tarifs ?

f) La maîtrise des dépenses de santé dépend des instruments mis en œuvre dans ce but : le projet de réforme paraît très discret sur ce point.

2. Les mesures d'application de la réforme

Sur la base des principes définis en 1996, une commission de l'assurance maladie a été réunie en présence de toutes les parties intéressées ; sept groupes de travail, formés des fonctionnaires concernés explorent différentes pistes pour bâtir les mesures d'application de la réforme sur les sujets suivants :

- contenu du panier de biens et services remboursables,
- relations entre les caisses et les fournisseurs des soins, modalités de paiement,
- mécanisme de maîtrise des coûts,
- normes et indicateurs de la qualité des soins,
- mesures préparatoires pour adapter les caisses à leurs nouveaux rôles,
- mesures préparatoires pour adapter les structures de soins, publiques et privées au nouveau régime.

Les groupes de travail sont en voie d'achever les travaux mais ils n'ont pas tranché certaines questions relatives à quelques points clés qui devraient faire l'objet d'arbitrages politiques au plus haut niveau avant que ne commence pour la fin de l'année la rédaction d'un projet de loi et des décrets permettant une application au 1er janvier 2002.

Commentaires

Les choix réservés au pouvoir politique ont une apparence technique : il faut donc que les avantages et inconvénients de ces choix soient clairement identifiés.

a) Le premier choix concerne le panier de biens et services remboursables : contenu et taux de prise en charge. Le contenu doit répondre à la notion de "médicalement utile" ce qui implique qu'une instance responsable fasse le tri entre tous les actes et traitements proposés par le corps médical. Quand on voit qu'il est question d'y faire figurer les cures thermales dont aucune autorité médicale n'a garanti l'efficacité, on peut être inquiet sur le coût de ce panier ; le problème se posera également pour un certain nombre d'opérations sophistiquées qu'il faudra accepter de prendre en charge à l'étranger plutôt que d'investir en Tunisie dans des équipements qui s'avéreront sous-utilisés.

De même, il est envisagé de nuancer le taux de prise en charge des médicaments en fonction du service médical rendu, en les classant en plusieurs catégories.

Nul doute que la pression de l'industrie pharmaceutique sera forte pour faire modifier ce classement ; il convient de fixer, en la matière, des procédures transparentes et une autorité " musclée " pour les faire fonctionner.

b) Un second choix concerne le mode d'intervention des caisses : tiers payants ou remboursement *a posteriori* du malade. Il semble que la Tunisie ait choisi le tiers payant sans en mesurer les conséquences pratiques :

- En matière d'hospitalisation, il faut que les établissements délivrent des factures, les adressent à la caisse correspondante au malade soigné -ce qui suppose un système d'identification des affiliés- et que les caisses payent et contrôlent ces factures au besoin en faisant des avances mensuelles sur la base des dépenses de l'année précédente.
- En matière de médecine ambulatoire, il faut également prévoir un circuit de documents semblable quel que soit le mode de rémunération des praticiens : l'opposition du corps médical à toute formule de tiers payant est garantie.
- En matière de consommation médicamenteuse, le tiers payant implique que le patient

ne fasse pas l'avance des frais, ce qui, pour les maladies ordinaires, sera un facteur d'accroissement des achats.

c) Un troisième choix concerne le mode de tarification des différents éléments du système de soins :

- En matière hospitalière : tarification à la journée, au séjour, budget global en fonction de l'activité, étant entendu que le mode de tarification doit être identique dans le secteur public et dans le secteur privé.

La mise en place d'une tarification à l'hôpital exige un système d'information performant, impliquant un investissement informatique conséquent. Ne pas oublier que la France a mis plus de dix ans pour implanter le PMSI dans ses hôpitaux et que la tarification à la pathologie -souvent évoquée en France- n'est pas opérationnelle et ne le sera pas avant encore plusieurs années.

Or, pour démarrer la réforme, il faut que les hôpitaux facturent leurs services. Même si le système apparaît un peu ringard, la bonne vieille tarification à la journée assortie de correctifs rustiques, pour en pallier aux inconvénients inflationnistes, peut être mis en place assez rapidement.

Enfin, en matière hospitalière, il convient de songer à la rémunération des médecins : à l'hôpital, ils sont salariés mais en clinique privée, ils risquent de demander un paiement direct à l'acte, distinct de la rémunération de la clinique pour son activité d'hébergement. La Tunisie semble avoir choisi une rémunération globale laissant les cliniques rémunérer à leur guise les praticiens : c'est un choix opportun parce qu'il permet des comparaisons avec le secteur public : il devra être confirmé.

- En matière de médecine ambulatoire, il est envisagé de payer les spécialistes à l'acte et les généralistes à la capitation.

En ce qui concerne les spécialistes, cela suppose une nomenclature actualisée : la France en a publié une à la fin de l'année 2000 ; elle pourra être utilisée. La rémunération à l'acte pousse à la multiplication des actes et devra être assortie de références médicales opposables et autres référentiels de bonne pratique, spécialement surveillée par un corps de praticiens conseils bien formés.

En ce qui concerne la médecine générale qui est délivrée par les centres de santé de base, les médecins installés en cabinet dits de libre pratique et les consultations externes hospitalières, la capitation est un bon choix ; cela suppose que l'on organise le choix des assurés et des assistés sociaux. Mais c'est typiquement un choix qui doit être accompagné de mesures d'application nécessaires de façon à ce que la réforme n'échoue pas sur ce point en sombrant dans le désordre provoquant l'introduction du remboursement à l'acte, c'est-à-dire le choix inverse.

d) Un quatrième choix concerne les modes de relations entre les caisses et les professionnels de santé de ville. La commission de l'assurance maladie s'est prononcée pour le conventionnement collectif avec adhésion individuelle, ce qui implique que l'on définisse exactement le rôle de l'Etat (approbation des conventions, réglementation autonome de l'exercice des professions, décisions tarifaires) et que l'on réponde préalablement à deux questions :

- Que se passe-t-il si les syndicats de médecins ne veulent pas signer de convention parce qu'ils ne sont pas satisfaits des tarifs ?
- Que se passe-t-il si un médecin qui a adhéré à la convention la viole systématiquement ?

La convention est un instrument juridique fixant les relations entre l'assurance maladie et le corps médical non hospitalier : elle n'est pas en soi un instrument de maîtrise des dépenses

sauf si elle contient des dispositions allant dans ce sens. Mais dans ce cas, il y a peu de chances qu'elle soit signée et respectée par les médecins. On a même vu une connivence entre caisses et médecins pour faire augmenter les tarifs sans souci des déficits. Le rôle de l'Etat doit être défini avec précision.

e) Enfin le choix du taux des cotisations –on envisage un taux de 7%- suppose une mise en place progressive et étroitement surveillée de la réforme, afin de corriger rapidement les dérapages. Il faut affecter les ressources prévues (cotisations sociales) au financement des dépenses de santé remboursables et rendre les caisses responsables de l'équilibre financier dans un cadre clair excluant les opérations financières " tordues " relevant d'une politique de vases communicants entre tous les risques et le budget de l'Etat. Pour mettre en place une réforme de cette envergure, il faut une mise à niveau de tous les acteurs qui auront à la gérer : caisses dont le rôle va changer, hôpitaux qui doivent devenir autonomes, polycliniques de la CNSS qui doivent se détacher de la maison mère, services locaux de l'Etat.

La Tunisie a le personnel suffisant pour concevoir la réforme mais le vote d'une loi accompagnée de ses décrets d'application ne suffira pas. Il faut un immense effort de formation pour les managers hospitaliers et les agents des caisses. Mieux vaudrait voter une loi d'orientation qui fixe les grands choix et se donner du temps pour la mettre en pratique.

ANNEXE VI

SITUATION DÉTAILLÉE DU SYSTÈME DE SANTÉ
ET D'ASSURANCE MALADIE AU MAROC

Le système de santé marocain se caractérise par l'importance du secteur de distribution de soins public et par l'absence d'assurance maladie obligatoire (I). Ce système mal financé suscite depuis une décennie un grand nombre d'insatisfactions de telle sorte qu'encouragé par les bailleurs de fonds internationaux, le gouvernement s'emploie à concevoir une réforme (II).

I. Le système de santé marocain et son financement

1. L'offre de soins

L'offre de soins est composée d'un secteur public important et d'un secteur privé qui s'est beaucoup développé depuis une dizaine d'années.

a) *Le secteur public*

Le ministère de la Santé marocain délivre des soins à travers un double réseau :

- soins primaires comprenant les dispensaires ruraux, les centres de santé communaux ruraux et urbains et les hôpitaux locaux,
- soins hospitaliers comprenant les hôpitaux généraux et spécialisés : 106 établissements (25 600 lits soit 1,1 lit pour 1 000 habitants), 2 CHU importants à Rabat et à Casablanca.

b) *Le secteur privé*

Le secteur privé s'est développé en complément voire en concurrence du secteur public dans le secteur hospitalier comme en médecine ambulatoire :

- secteur hospitalier : 4 000 lits essentiellement localisés sur la côte atlantique,
- secteur ambulatoire : 16 000 médecins dont 50 % de spécialistes (0,4 médecin pour 1000 habitants), 2 700 pharmaciens d'officine, 1 700 dentistes, 26 000 infirmiers et sages femmes ;

c) *Le secteur para public*

A côté des deux secteurs précédents s'est développé un secteur para public composé de :

- quelques services de soins plus ou moins élaborés, dépendant de grandes administrations ou entreprises souvent publiques (hôpitaux des forces armées), réservés à leur personnel,
- un ensemble de 13 polycliniques gérées par la caisse nationale de sécurité sociale (1 100 lits) et d'établissements appartenant à des mutuelles.

Commentaires

a) La gestion du secteur public est assurée en régie directe par le ministère de la Santé qui assure paiement du personnel et décisions d'investissement. Depuis une réforme récente, une partie des établissements dont les deux CHU, a obtenu une certaine autonomie de gestion si bien que l'on distingue les hôpitaux encore en régie de ceux qui sont devenus des services étatiques gérés de manière autonome (SEGMA).

Cette gestion encore très bureaucratique du système hospitalier public se traduit par une mauvaise qualité des services dans des établissements, par ailleurs, fortement fréquentés par une clientèle peu fortunée.

La réforme structurelle et institutionnelle du secteur hospitalier public doit être poursuivie vigoureusement sous peine de conduire à un cycle infernal bien connu : mauvaise qualité du service public entraînant la fuite de la clientèle vers le secteur privé, lequel se développe en

vidant l'hôpital public de ses meilleurs éléments, provoquant un nouvel affaiblissement du secteur public. Ce cycle se manifeste déjà par un taux d'occupation de 60 % dans les hôpitaux publics qui tombe à 33 % dans les polycliniques de la CNSS.

Le secteur public est principalement présent en zone rurale où il n'est pas soumis à concurrence.

b) Le secteur privé se développe librement dans les créneaux rentables d'autant plus que faute d'assurance maladie généralisée, les classes fortunées ont les moyens, avec l'aide des assurances privées, de les financer.

c) La plupart des professionnels de santé sont concentrés dans la zone côtière qu'il s'agisse de la médecine de ville ou des lits hospitaliers : il y a quatre fois plus de médecins et de lits hospitaliers en milieu urbain qu'en zone rurale et il y a vingt fois plus de cabinets médicaux privés en ville qu'à la campagne.

d) La coordination est faible entre les installations hospitalières et la médecine de premier niveau laquelle se caractérise par un accueil très médiocre, une pénurie de médicaments, de longues attentes et une faible motivation des personnels.

e) Les hôpitaux universitaires accaparent une part importante des crédits publics (1/3 du budget du ministère de la Santé) et défendent la qualité de leur corps médical en permettant d'exercer à leur personnel soignant simultanément dans le secteur privé, davantage concurrentiel.

2. Le financement du secteur sanitaire

La dépense nationale de santé au Maroc atteint 5,3% du PIB (chiffre quasi identique à celui de la Tunisie (5,4%) ce qui représente 159 US dollars par habitant et par an, contre 239 en Tunisie. Le Maroc dépense moins par habitant, signe que son revenu par habitant, est, en fait, plus faible que le revenu tunisien.

La dépense nationale de santé marocaine est financée à 33% par l'Etat, à 19% par les mutuelles et assureurs privés et 43% par les ménages.

Tous les résidents marocains ont droit aux soins de santé délivrés par le service public de santé soit gratuitement (cartes d'indigents), soit moyennant le paiement d'une légère participation. Tout en ayant une caisse nationale de sécurité sociale, le Maroc ne dispose pas d'assurance maladie obligatoire ; cette lacune est comblée par le développement de l'assurance privée mutualiste ou commerciale facultative.

a) *La Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS)*

Il existe un système de sécurité sociale obligatoire pour le secteur privé, gérée par la CNSS, qui ne couvre que les problèmes de pensions et de prestations familiales moyennant un taux de cotisation de 19% du salaire. L'affiliation obligatoire pour les salariés du secteur privé ne couvre pas l'assurance maladie en tant que telle mais seulement certains soins de santé (principalement pour les enfants).

Néanmoins, disposant de réserves, la CNSS les a investies dans treize polycliniques, ouvertes à ses affiliés mais dont la gestion est déplorable et fait fuir la clientèle : d'où un très faible taux de remplissage pour les 1 300 lits de ces établissements.

b) *La Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale (CNOPS)*

Les fonctionnaires sont couverts par neuf mutuelles, à base professionnelle, coordonnées et partiellement gérées par la CNOPS. Bien que facultatives, ces mutuelles drainent 80% des agents de la fonction publique.

Les affiliés à la CNOPS ont droit à deux régimes de prestations :

- un régime de base défini par la CNOPS en termes de maladies et de traitements éligibles dont les tarifs sont établis en concertation avec le corps médical : taux de remboursement 80% ; c'est une assurance hospitalisation gros risque ;
- un régime complémentaire obligatoire couvrant les 20% restant et le petit risque géré par chaque mutuelle : les assurés peuvent choisir entre prestataires de soins publics ou privés ; en fait, ils choisissent tous le privé, excepté pour des opérations très spécialisées qui se font dans les CHU.

La CNOPS et les mutuelles sont financées par une cotisation de 3,5% sur les salaires de ses membres, versée par l'Etat employeur et une taxe de 2,5% versée par l'employé. Le salaire assiette des prélèvements ne comprend pas les primes (50% de la rémunération). Les retraités versent 1,7% de leur retraite.

c) Les assureurs mutualistes et assureurs privés

Les mutuelles du secteur privé comme les assureurs déterminent par des contrats groupe le montant de leur primes comme celui de leur niveau de remboursement. 4% de la population bénéficient de ce type de couverture.

d) Les paiements directs de l'Etat

Le secteur public hospitalier et ambulatoire est financé directement par l'Etat qui consacre 56% du budget du ministère de la Santé aux hôpitaux et 25% aux soins de santé préventifs, à la santé publique et aux soins de base. Les dépenses publiques de santé représentent moins de 5% du budget de l'Etat, ce qui est peu.

e) Les paiements directs des ménages

85% de la population n'ayant pas d'assurance formelle bénéficie soit de soins gratuits dans le secteur public, soit de soins partiellement payants.

De plus, même assurés, les ménages doivent également payer des surcharges diverses résultant de l'écart entre tarifs réellement pratiqués par les prestataires de soins et tarifs remboursés par les mutuelles ou par les compagnies d'assurance.

Commentaires

1 • L'Etat paye directement les soins aux indigents (fraudes nombreuses) et subventionne les soins délivrés aux malades (salariés du secteur informel) en leur faisant payer une participation nettement inférieure aux coûts réels.

2 • Trouvant qu'il paye déjà beaucoup pour la santé alors qu'il ne consacre que 5 % de son budget à ce secteur, ce qui est un pourcentage faible par rapport à nombre de pays à revenu comparable, l'Etat ne paye pas régulièrement ce qu'il doit verser comme cotisation patronale pour la couverture maladie de ses agents, cette cotisation étant un prélèvement fiscal non affecté.

3 • Les relations entre la CNOPS et les mutuelles de base sont chaotiques : la première devrait faire du tiers payant hospitalier alors que les secondes devraient rembourser les dépenses dont leurs affiliés ont fait l'avance en allant se soigner dans le secteur privé ambulatoire. Du fait de l'écart entre les tarifs et les bases de remboursement, les prises en charge ne couvrent que 50 % de la dépense supportée par le malade en médecine de ville. La CNOPS ne paye pas aux hôpitaux la part correspondant aux soins délivrés à ses affiliés et comme on ne sait pas très bien qui est affilié aux mutuelles et qui ne l'est pas et que les hôpitaux facturent mal leurs services,

le ministère de la Santé et celui des Finances sont en perpétuel désaccord sur ce que chacun d'entre eux doit financer.

4 • Les polycliniques de la CNSS n'ont pas d'autonomie financière et leur mauvaise gestion est depuis des décennies un problème préoccupant sans que rien n'ait été fait pour y porter remède ; elles absorbent une partie importante des ressources de la CNOPS alors que leur clientèle est faite en grande partie de non affiliés.

II. La réforme du système de santé et de son financement

La situation actuelle engendre une insatisfaction généralisée en raison :

- des insuffisances de l'appareil sanitaire public et des polycliniques de la CNSS, du point de vue de la qualité des soins comme de la répartition géographique,
- des inégalités de couverture entre ressortissants du secteur privé et agents publics.

C'est pourquoi, le gouvernement a mis en chantier une réforme de grande envergure s'appuyant sur quelques principes qui concrétisent une vision peu cohérente des principaux acteurs impliqués. Les points non réglés sont multiples, ce qui montre que les réflexions ne sont pas allées très loin sur ce sujet délicat.

1. Les principes de la réforme

Depuis le début des années 90, le Maroc se préoccupe d'améliorer son système sanitaire et son mode de financement mais sans vision globale, tant sont divergents les points de vue des ministères concernés : ministère des Finances, ministère des Affaires sociales, tuteur de la CNSS, ministère de la Santé. D'après ce que l'on sait, puisque aucune décision n'a encore été prise en haut lieu, les principes de la réforme seraient les suivants :

a) *La population couverte*

Le Maroc n'envisage pas, avant un long délai, une couverture universelle de la population ; il souhaite commencer par introduire au sein de la CNSS une branche assurance maladie obligatoire pour le secteur privé, financée classiquement par une cotisation précomptée par l'employeur, partagée entre le salarié et son patron. Cette extension aux salariés du secteur formel laisse entier le problème des employés du secteur informel (artisans, agriculteurs, personnel domestique). Il n'est envisagé qu'un régime d'assistante médicale gratuite pour les indigents dont personne ne sait qui paiera pour eux, entre les Finances au nom de la solidarité nationale et le ministère de la Santé au nom des soins gratuits délivrés par le secteur public (solution de facilité !). Au moins faudrait-il identifier les dépenses correspondant aux services rendus aux défavorisés avant de savoir à quel ministère on les imputera.

b) *Institutions gestionnaires*

Bien que le système actuel soit peu satisfaisant, dans un souci de conciliation et pour ne pas créer de nouvelles bureaucraties semi-publiques, il est envisagé de rendre l'affiliation obligatoire à la CNSS à travers une mutuelle ou une compagnie d'assurance qui ferait de l'assurance de base comme de la complémentaire, chacune d'elle étant responsable de ses dépenses et de ses recettes.

c) *Relations avec les prestataires de soins :*

Aucune modalité bien précise n'est envisagée : au libre choix de l'assureur correspondrait le libre choix du prestataire. On parle de conventions à la française donc de remboursement à l'acte auquel le corps médical n'entend pas renoncer.

Cette vision n'est pas cohérente ; il n'est pas possible de développer dans le secteur privé une assurance appuyée sur les mutuelles existantes et les compagnies d'assurance sans dire explicitement si l'assurance proposée est sociale (cotisation assise sur le salaire ou ne l'est pas -primes fonction du risque-. Comme il paraît difficile de retenir une logique de gestion différente de celle du secteur public, on peut supposer qu'il s'agira d'une assurance sociale. Encore faudra-t-il veiller à ce que la notion de salaire soit identique dans les deux secteurs (primes des agents publics).

De plus, du fait de la composition démographique différente des populations couvertes au sein du secteur privé, il y a peu de chances pour qu'à taux de cotisations donné et à panier de biens et services remboursés équivalent, il y ait équilibre financier de chaque mutuelle et de chaque assurance groupe prise isolément.

Il sera donc nécessaire, soit d'accepter des différences de taux de cotisation et de taux de couverture suivant les secteurs professionnels, soit de mettre en place un système de compensation géré par la CNSS, ce dont aucun des acteurs ne veut en raison de la faible capacité gestionnaire de cet organisme. En outre, le même problème se posera entre l'ensemble du secteur privé et l'ensemble du secteur public.

2. Les questions non réglées

La réforme du système de santé marocain bute sur le fait qu'un certain nombre de questions qui se posent dans la mise en place de tout régime d'assurance maladie obligatoire n'ont pas reçu de réponse parce que des choix fondamentaux n'ont pas été, explicitement, faits. Ces choix sont les suivants :

a) Le premier choix concerne le panier de biens et services remboursables : contenu, taux de prise en charge. Le contenu doit répondre à la notion de " médicalement utile " ce qui implique qu'une instance responsable fasse le tri dans tous les actes et traitements proposés par le corps médical. Quand on voit qu'il est question d'y faire figurer les cures thermales dont aucune autorité médicale n'a garanti l'efficacité, on peut être inquiet sur le coût de ce panier ; le problème se posera également pour un certain nombre d'opérations sophistiquées qu'il faudra accepter de prendre en charge à l'étranger plutôt que d'investir au Maroc dans des matériels qui ne serviront pas assez souvent.

b) Un second choix concerne le mode d'intervention des caisses : versements directs au prestataires de soins ou remboursements *a posteriori* du malade.

- En matière d'hospitalisation, il faut que les établissements délivrent des factures, les adressent à la caisse correspondante au malade soigné -ce qui suppose un système d'identification des affiliés - et que les caisses payent et contrôlent ces factures au besoin en faisant des avances mensuelles sur la base des dépenses de l'année précédente.
- En matière de médecine ambulatoire, il faut également prévoir un circuit de documents semblable quel que soit le mode de rémunération des praticiens : l'opposition du corps médical à toute formule de tiers payant est garantie.

- En matière de consommation médicamenteuse, le tiers payant implique que le patient ne fasse pas l'avance des frais, ce qui, pour les maladies ordinaires, sera un facteur d'accroissement des achats.

c) Un troisième choix concerne le mode de tarification des différents éléments du système de soins :

- En matière hospitalière : tarification à la journée, au séjour, budget global en fonction de l'activité, étant entendu que le mode de tarification doit être identique dans le secteur public et dans le secteur privé.

La mise en place d'une tarification à l'hôpital demande un système d'information performant ce qui implique un investissement informatique conséquent. Ne pas oublier que la France a mis plus de dix ans pour implanter le PMSI dans ses hôpitaux et que la tarification à la pathologie -souvent évoquée en France- n'est pas opérationnelle et ne le sera pas avant encore plusieurs années.

Or, pour démarrer la réforme, il faut que les hôpitaux facturent leurs services. Même si le système apparaît un peu ringard, la bonne vieille tarification à la journée assortie de correctifs rustiques, pour pallier aux inconvénients inflationnistes, peut être mis en place assez rapidement.

Enfin, en matière hospitalière, il convient de songer à la rémunération des médecins : à l'hôpital, ils sont salariés mais en clinique privée, ils risquent de demander un paiement direct à l'acte, distinct de la rémunération de la clinique pour son activité d'hébergement.

- En matière de médecine ambulatoire, il est envisagé de payer les médecins à l'acte.

En ce qui concerne les spécialistes, cela suppose une nomenclature actualisée : la France en a publié une à la fin de l'année 2000 ; elle pourra être utilisée. La rémunération à l'acte pousse à la multiplication des actes et devra être assortie de références médicales opposables et autres référentiels de bonne pratique, spécialement surveillée par un corps de praticiens conseils bien formés.

En ce qui concerne la médecine générale qui est délivrée par les centres de santé de base, les médecins installés en cabinet dits de libre pratique et les consultations externes hospitalières, la rémunération à l'acte est inflationniste, chacun le sait mais personne ne veut en payer le prix.

d) Un quatrième choix concerne les modes de relations entre les caisses et les professionnels de santé de ville. On envisage le conventionnement collectif avec adhésion individuelle, ce qui implique que l'on définisse exactement le rôle de l'Etat (approbation des conventions, réglementation autonome de l'exercice des professions, décisions tarifaires) et que l'on réponde préalablement à deux questions :

- Que se passe-t-il si les syndicats de médecins ne veulent pas signer de convention parce qu'ils ne sont pas satisfaits des tarifs ?
- Que se passe-t-il si un médecin qui a adhéré à la convention la viole systématiquement ?

La convention est un instrument juridique fixant les relations entre l'assurance maladie et le corps médical non hospitalier : elle n'est pas en soi un instrument de maîtrise des dépenses sauf si elle contient des dispositions allant dans ce sens. Mais dans ce cas, il y a peu de chances pour qu'elle soit signée et respectée par les médecins. On a même vu, en France, dans les années 50, une connivence entre caisses et médecins pour faire augmenter les tarifs sans souci des déficits. Le rôle de l'Etat doit être défini avec précision.

e) Il est fondamental de définir les relations entre l'Etat et les autres parties à la réforme de façon à ce qu'il n'y ait pas de confusion entre différentes postures de l'Etat :

- l'Etat gardien des grands équilibres financiers,
- l'Etat employeur des agents publics,
- l'Etat gardien de la cohésion sociale, défenseur des plus pauvres,
- l'Etat régulateur de la dépense de santé.

Par exemple, l'Etat se comportera-t-il en employeur du secteur public versant les mêmes cotisations que dans le privé ? l'Etat prendra-t-il en charge les dépenses des bénéficiaires de l'AMG ou les laissera-t-il à la charge des fournisseurs de soins nécessairement publics ? Qui sera en définitive responsable de l'équilibre financier du système : l'Etat, et alors il devra avoir la maîtrise des instruments de régulation des dépenses de soins, ou les caisses qui détiennent l'information et certains moyens de contrôle (service médical) ? Une réflexion approfondie est nécessaire compte tenu de la culture politique et administrative du pays.

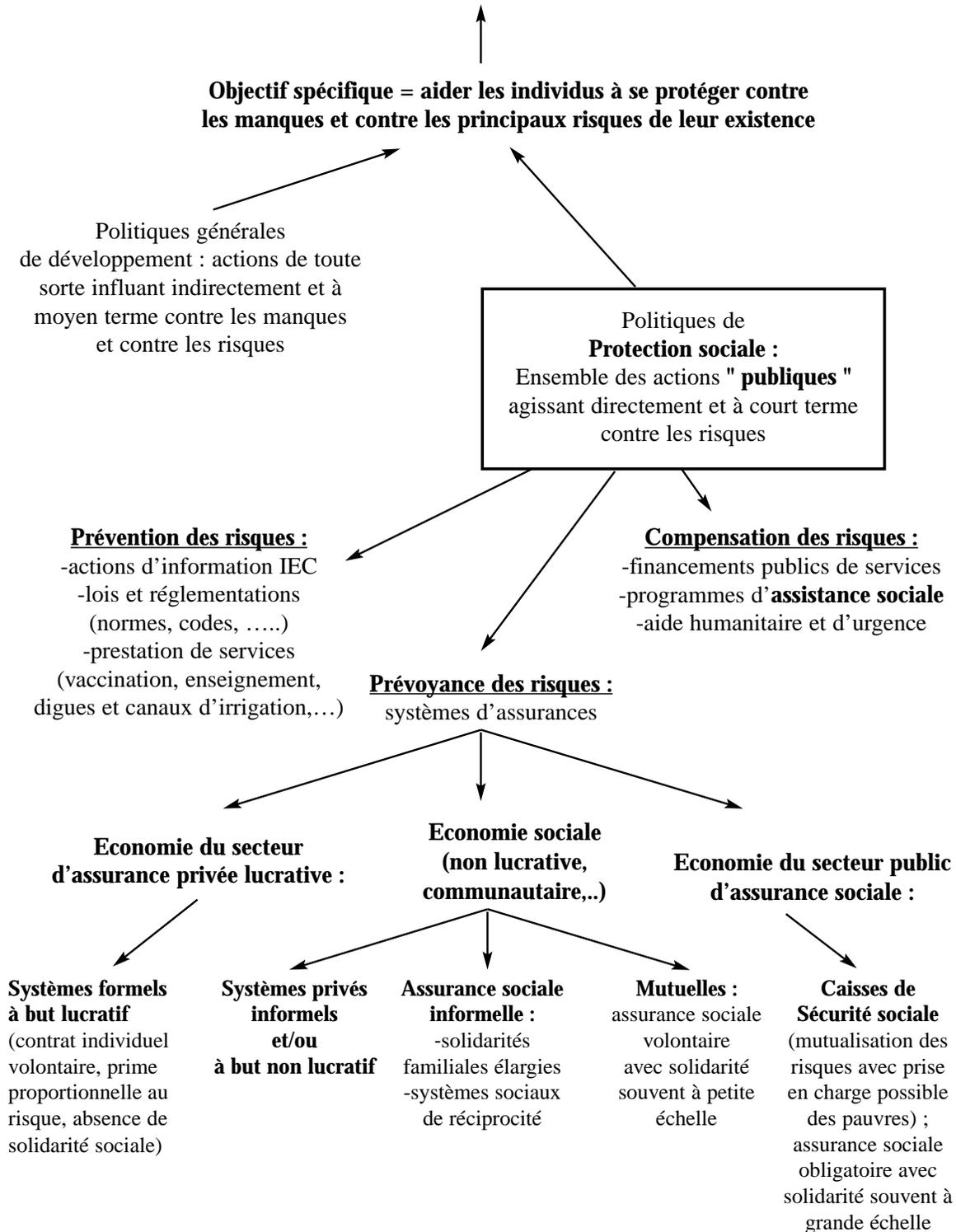
f) Par rapport à la Tunisie, qui a commencé à analyser de façon correcte les problèmes que pose l'institution d'une assurance maladie couvrant une large partie de la population même si les décisions politiques ne sont pas (2^{ème} semestre 2000) prises, le Maroc est très en retard. La première tâche consiste à pousser les autorités publiques marocaines à silhouetter un schéma qui n'élude aucune des questions majeures que pose la mise en place d'une assurance maladie obligatoire même limitée aux salariés du secteur formel.

ANNEXE VII

ASSURANCE SOCIALES :
UNE CLARIFICATION DU CONCEPT

Objectif général = Développement humain

Processus destiné à réduire l'insécurité et la vulnérabilité des individus et à élargir la gamme des leurs choix (possibilités d'accéder au revenu et à l'emploi, à l'éducation et aux soins de santé, de participer aux décisions de la communauté et de jouir de droits et libertés)



Protection sociale = ensemble des actions "publiques" destinées à soutenir directement les individus, ménages et communautés dans leurs efforts pour gérer les risques, en vue de réduire leur vulnérabilité, régulariser leur consommation et parvenir à une plus grande équité sociale.

Risque = probabilité d'un événement nuisible au bien-être général de la personne (les principaux risques considérés par les systèmes de sécurité sociale *stricto sensu* sont la maladie, la maternité, le chômage, les accidents du travail, l'invalidité, la vieillesse ; au sens large, dans les pays pauvres, la protection sociale doit inclure le risque majeur qui est alimentaire - la faim).

Actions "publiques" = actions qui concernent la collectivité dans son ensemble : l'économie publique ne doit pas se limiter à l'économie de l'Etat ou des administrations publiques, mais étudie tous les problèmes posés par les interactions entre plusieurs personnes, d'où l'importance des systèmes de protection sociale à l'intérieur de familles ou de communauté restreintes.

Actions "directes" contre les risques = ne prennent pas en compte les actions indirectes qui apparaissent par exemple à travers des politiques macro-économiques ou sectorielles fondées sur la recherche de croissance à moyen et long terme.

Programme national de protection sociale = programme incluant des actions publiques directes formelles et informelles de trois types : actions de prévention des risques, actions de prévoyance des risques, actions de compensation des risques.

Assurance sociale = système de prévoyance intégrant une forme d'assurance contre le risque et une forme de solidarité (mutualisation des risques).

Sécurité sociale *stricto sensu* = système d'assurance sociale obligatoire couvrant une population entière délimitée par un espace géographique et/ou professionnel.

Assistance sociale = aide apportée aux personnes les plus défavorisées pour compenser l'occurrence d'événements défavorables.

ANNEXE VIII :
BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

- **AISS**, “Cinq études de cas de reconfiguration d'institutions de sécurité sociale”, Genève, 2000.
- **AISS**, “La technologie de l'information”, Documentation de sécurité sociale, n° 17.
- **AISS**, “L'impact des programmes d'ajustement structurel sur la sécurité sociale dans les pays africains”, Documentation de sécurité sociale, n° 15, 1995.
- **Anonyme**, “A social health insurance scheme for South Africa” Policy Document, Department of health, 1997.
- **Anonyme**, “Etude des expériences de quelques systèmes de solidarité dans l'accès aux soins de santé au Bénin”, Rapport final, 1999.
- **Anonyme**, “Opportunité de création d'une caisse nationale d'assurance maladie”, Groupe de travail de l'assurance maladie, Primature, Dakar, novembre 1996.
- **Atim C.**, “The contribution of Mutual Health Organizations to financing, delivery and access to health care”, BIT, 1998.
- **Atim C.**, “Vers une meilleure santé en Afrique”, Etude comparée du financement communautaire et de la mutualité, WSM/ANMC, 1996.
- **Bailey C.**, “La gouvernance des régimes de sécurité sociale”, Département de la sécurité sociale, BIT.
- **Balique H.**, “Mutualité et offre de soins”, Formation mutualité en Afrique, Asprocop/Coopération française.
- **Banque mondiale**, “Health care in Mali : building on community involvement”, *Precis* n° 188, 1999.
- **Bendokat R., Tovo M.**, “Contribution pour une stratégie de protection sociale au Togo”, World Bank, Discussion Paper N° 9920, juillet 1999.
- **BIT**, “Health care under Social security in Africa : taking stock of experience and potential”, Social Security Department, Genève, 1993.
- **BIT**, “Réunion tripartite sous régionale de haut niveau sur la gestion de la sécurité sociale dans les pays de l'Océan Indien”, 1998.
- **BIT, STEP, ACOPAM, USAID, PHR, GTZ, ANMC, WSM**, “Plate-forme d'Abidjan : stratégies d'appui aux mutuelles de santé en Afrique”.
- **Briand S.**, CREDES “Analyse critique des différentes méthodologies d'évaluation des systèmes de surveillance épidémiologique”, thèse, université de Toulouse, 1999.
- **Brouillet P.**, “Le développement des systèmes de prévoyance volontaires du risque maladie : l'émergence des mutuelles de santé en Afrique”, enseignements et perspectives tirés d'une enquête sur les mutuelles de santé au Sénégal, projet d'article pour la revue du CIE, 1996.
- **Carrin, G., De Graeve, D., Devillé, L.** “The Economics of Health Insurance in Low and Middle-income Countries” *Social Science and Medicine*, vol. 48, 1999.
- **Commissariat général du plan emploi, protection sociale** “Vers quelle Europe sociale ?”, décembre 1999.

- **Conseil d'analyse économique**, "Développement", juin 2000.
- Convention nationale organisant les rapports entre les médecins spécialistes libéraux et les caisses d'assurance maladie, France, 1997.
- **Diop FP.**, "Recherche sur les mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre, composante étude de cas de mutuelles de santé au Bénin", PHR et BIT/ACOPAM, 1998.
- **Dixon J.**, "Régimes publics de sécurité sociale : un classement mondial", Revue internationale du travail, 2000.
- **Evrard D.**, "La mutualité, association autogérée, une alternative aux problèmes d'accès aux soins de santé en Afrique?", Echos du Cota, n° 80, 1998.
- **Evrard D.**, "Contribution actuelle et potentielle des mutuelles dans la prise en charge des soins de santé au Mali, études de cas" ANMC, 1998.
- **Fournier P., Haddad S.**, "Les facteurs associés à l'utilisation des services de santé dans les pays en développement", Sociologie des populations, PUM/AUPELF/UREF, 1995.
- **Glaser W.**, "Health Insurance in Practice", 1991.
- **Holzmann R., Jorgensen S.**, "Social protection as social risk management : conceptual underpinnings for the social protection sector strategy paper", World Bank, SP Discussion Paper n° 9904, 1999.
- **Holzmann R., Jorgensen S.**, "Social risk management : a new conceptual framework for social protection", World Bank, 2000.
- **Jorgensen S. Van Domelen J.**, "Helping the poor manage risk better : the role of social funds", World Bank, 1999.
- **Jütting J.**, "Public-private-partnership and social protection in developing countries : the case of the health sector", Center for Development Research, University of Bonn, Conférence BIT, Genève, 13/14 déc. 1999.
- **Kéfi R.**, "Consultations tunisiennes", Jeune Afrique, n° 2046, 2000.
- **Kutzin J.**, "Health insurance for the formal sector in Africa: yes, but...", OMS.
- **Langley P.**, "Centres de santé/mutuelles appuyées par l'IPB et la MSA à Abomey, Assrossa, Biguina, Cotonou, Gbowime, Godomey, Porto Novo : cartographie, population, données sur la santé et la pauvreté" CEDA, 1998.
- **Langley P.**, "Equilibre financier des formations sanitaires et montant des cotisations mutualistes", Convention n°96001M025CD96 de la coopération française : appui au développement des systèmes d'épargne ou de mutuelle de santé au Bénin, CEDA, 1998.
- **Letourmy A.**, "Etude pour une stratégie d'appui aux mutuelles de santé", Rapport à l'intention du ministère des affaires étrangères, 1998.
- **Letourmy A.**, "L'assurance-maladie obligatoire au Sénégal : analyse et voies d'amélioration", Rapport de mission, ministère de la santé et des affaires sociales de la république du Sénégal et PDRH1/santé, 1996.
- **Letourmy A.**, "L'assurance-maladie obligatoire et l'assistance médicale au Mali : étude de faisabilité et d'orientation générale", Rapport de mission, ministère de la Santé, de la solidarité et des personnes âgées de la république du Mali, juin 1997.
- Livre blanc sur le système de santé et d'assurance maladie, décembre 1994.
- Loi n° 96 022 régissant la mutualité en république du Mali.
- **Macintyre S et al.**, "The economics of health insurance in low and middle income countries", Social science and medicine, 1999.
- **Massiot N.**, "Etudes de cas au Sénégal", Programme conjoint BIT/ACOPAM/XSM/ ANMC, 1998.
- **Ministère des Affaires étrangères**, "Appui au financement de la santé", Rapport de présentation du FAC IG, 1999.

- **Mouton P., Foirry J.P. et al.**, “Le recouvrement des coûts dans le secteur de la santé”, Ministère des Affaires étrangères, DGCID, série études 1999.
- **Normand C., Weber A.**, “Social health insurance, a guidebook for planning”, OMS, BIT, 1994
- **Organisation mondiale de la santé**, “Rapport sur la santé dans le monde”, 2000.
- **Shaw R.P., Ainsworth M.**, “Financing health services through user fees and insurance”, World Bank paper, Chap.1, 8, 1996.
- **Teumeu G.A.**, “Health insurance in SSA : a potential for the health sector?”, Internship report, 1998.
- **Van Ginneken W.**, “Social security for informal sector : investigating the feasibility of pilot projects in Bénin, India, El Salvador and Tanzania” BIT, Social Security Department.
- **Vittas D.**, “Tunisia's insurance sector”, Banque Mondiale, Policy research working paper n°1451, 1995

Liste des abréviations

ADECRI :	Association pour le développement et la coordination des relations internationales
AISS :	Association internationale pour la sécurité sociale
AMG :	Assistance médicale gratuite
ANMC :	Association nationale des mutualités chrétiennes
ASS :	Action sanitaire et sociale
BIT :	Bureau international du travail
BM :	Banque mondiale
CA :	Conseil d'administration
CIPRES :	Conférence interafricaine de la prévoyance sociale
CNAM :	Caisse nationale d'assurance maladie
CNPS :	Caisse nationale de prévoyance sociale
CNRPS :	Caisse nationale de retraite et de prévoyance sociale
CNSS :	Caisse nationale de sécurité sociale
CNTS :	Centre national de transfusion sanguine
CRESS :	Centre d'études et de recherches sur la sécurité sociale
CSCOM :	Centre de santé communautaire
EPA :	Etablissements publics administratifs
EPS :	Etablissements publics de santé
FCFA :	Franc CFA
FMI :	Fonds monétaire international
FNMF :	Fonds national de mutualités françaises
FSUCOM :	Formation sanitaire urbaine communautaire
GTZ :	Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit
HMO :	Health Maintenance Organizations
IB :	Initiative de Bamako
IEC :	Information éducation et communication
IPA :	Independent Practice Associations
IPM :	Institution de prévoyance médicale
IPRES :	Institut de prévoyance sociale
JGGI :	Chambre de commerce et d'industrie de Johannesburg
MAE :	ministère des Affaires étrangères

MEG :	Médicaments Essentiels Génériques
MHO :	Mutual Health Organization
MS :	Medical Scheme
ND :	non déterminé
OMS :	Organisation mondiale de la santé
PEV :	Programme élargi de vaccination
PHR :	Partnership for Health Reform
PIB :	Produit intérieur brut
PMA :	Paquets minimum d'activités
PMB :	Paquet minimal de bénéfices
PNB :	Produit national brut
PPA :	Preferred Provider Arrangements
RAF :	Fonds pour les accidents de la route en application
RAMUS :	Réseau d'appui aux mutuelles de santé
SHI :	Social Health Insurance
STEP :	Programme stratégies et techniques contre l'exclusion sociale et la pauvreté
UE :	Union européenne
USAID :	United States Aid for International Development
ZSP :	Zone de solidarité prioritaire

Titres disponibles dans la série

RAPPORTS D'ÉTUDE

- Compétitivité du cacao africain. 1990
- Compétitivité des bois d'oeuvre africains. 1993
- Compétitivité des cafés africains. 1993
- Les systèmes d'épargne et de crédit décentralisés. 1994
- Compétitivité de la filière textile en Afrique subsaharienne. 1995
- Le secteur pharmaceutique commercial privé en Afrique. 1996
- Compétitivité de la pêche maritime en Afrique. 1997
- Le recouvrement des coûts dans le secteur de la santé. Bilan et perspectives. 1999
- Un bilan de la prospective africaine, 2 tomes : synthèse et annexes. 2000
- Migrations et développement en Afrique de l'Ouest. Etude prospective à l'horizon 2015, 2 tomes : rapport final et démarche méthodologique. 2000
- Développement : 12 thèmes en débat. 2000
- Lutte contre la pauvreté et les inégalités. Actions de la coopération française (1995-1999). 2 tomes : synthèse, juillet 2000 et étude-bilan, décembre 2000
- Les apprentissages en milieu urbain. Formation professionnelle dans le secteur informel en Afrique. Analyse par pays : Mali, Sénégal, Bénin et Mauritanie. 2001
- Compétitivité des productions animales en Afrique subsaharienne et à Madagascar. 2001
- Actions de coopération décentralisée. Etat et perspectives des politiques et des actions développées par les collectivités territoriales. 2001
- Le rôle des pays prescripteurs sur le marché et dans le monde de l'art contemporain. 2001
- Analyse comparative des processus d'intégration économique régionale. 2001
- Formation professionnelle et investissement productif. 2001
- Mise en oeuvre des accords multilatéraux sur l'environnement : quels instruments économiques pour les pays de la ZSP ? 2001
- Droits fonciers délégués en Afrique de l'Ouest. Reconnaître et sécuriser les procédures. Synthèse. 2001
- Le risque maladie dans les assurances sociales : bilan et perspectives dans les PVD. 2001