

---

# L'assurance sociale maladie dans les pays en développement : un défi permanent

---

Guy Carrin

---

## Organisation mondiale de la Santé

---

*Cet article traite la question de la faisabilité de l'assurance « sociale » maladie (ASM) dans les pays en développement. L'ASM a pour objet de protéger tous les groupes de la population contre les risques financiers dus à la maladie. Sa mise en oeuvre entraîne néanmoins des difficultés substantielles en raison de l'absence de débat et de consensus quant à l'étendue de la solidarité financière, de problèmes concernant la fourniture des services de santé, et de l'insuffisance des capacités d'encadrement. La transition vers la couverture universelle risque de prendre de longues années, mais ce processus peut être accéléré. L'adoption d'une approche « familiale » de la protection financière, un soutien financier soutenu des pouvoirs publics et des donateurs, et un développement déconcentré de l'ASM permettraient de gagner plusieurs années sur le temps nécessaire à la réalisation d'une protection universelle totale contre les dépenses de soins de santé.*

---

Les dépenses de soins de santé ont considérablement augmenté, passant de 3 pour cent du produit intérieur brut mondial (PIB) en 1948 à 7,9 pour cent en 1997 ; mais cette augmentation ne s'est en aucun cas accompagnée d'une amélioration aussi considérable de la couverture universelle.<sup>1</sup> La rareté des ressources économiques, la modestie de la croissance économique, les contraintes pesant sur le secteur public et la faiblesse des capacités institutionnelles expliquent pourquoi la mise en place de systèmes appropriés de financement de la santé dans les pays en développement à bas revenus reste une tâche ardue et suscite d'importants débats.<sup>2</sup>

L'auteur est économiste principal de la santé à l'OMS (Genève, Suisse). Des extraits de cet article ont été publiés en français dans *Rôle de l'Etat, marché et valeurs dominantes : la santé publique en péril* (Université de Genève, Cahiers de l'IUED, 2001). Nous remercions vivement Aviva Ron, Debra Lipson ainsi qu'un lecteur anonyme pour leurs précieuses suggestions et les informations à jour qu'ils nous ont fournies. Les points de vue exprimés n'engagent toutefois que l'auteur.

© Association internationale de la sécurité sociale, 2002

Revue internationale de sécurité sociale, vol. 55, 2/2002

Publié par Peter Lang SA, Editions scientifiques européennes, Jupiterstr.15, CH-3000 Berne 15

<sup>1</sup> OMS : *Rapport sur la santé dans le monde, 2000 - Pour un système de santé plus performant*. Genève, Organisation mondiale de la Santé.

<sup>2</sup> Les pays en développement à faibles revenus sont définis comme ceux ayant un produit national brut égal ou inférieur à 760 USD par habitant.

L'une des premières réponses à la pénurie de fonds publics a souvent été de créer des régimes basés sur une participation des assurés. De nombreuses études ont toutefois mis en garde les décideurs sur les effets négatifs que les régimes basés sur une participation des assurés pouvaient avoir sur l'utilisation des soins,<sup>3</sup> en particulier chez les plus pauvres.<sup>4</sup> Si le renforcement de l'équité reste un objectif fondamental de la politique de la santé, une participation accrue des pouvoirs publics est nécessaire pour le financement et l'organisation des soins de santé. Un progrès important consisterait à mettre sur pied des systèmes de santé qui soient financés par l'impôt et/ou des cotisations d'assurance maladie, et qui regroupent les risques. Ces mécanismes de financement de la santé séparent l'utilisation du paiement direct et peuvent ainsi assurer l'accès aux soins de santé, même pour les groupes les plus vulnérables.

Le financement de la santé par l'impôt ne sera pas facile, en particulier dans les pays en développement à faibles revenus, en raison d'une assiette fiscale réduite et de la faiblesse des capacités organisationnelles pour recouvrer l'impôt ou éviter une évasion fiscale à grande échelle. L'assurance maladie, qu'elle soit organisée à l'échelon national, sur une base volontaire ou à un niveau communautaire, n'est pas non plus un système exempt de problèmes. Mais cela n'empêche pas les régimes d'assurance maladie de susciter actuellement un vif intérêt. L'une des caractéristiques importantes de ces régimes est de ne pas faire reposer la totalité de la charge du financement sur les pouvoirs publics, mais de répartir le coût total des dépenses de soins de santé des assurés sur plusieurs partenaires. Cela peut en partie expliquer pourquoi les décideurs publics semblent aujourd'hui porter un intérêt accru à l'assurance maladie. Ainsi, les institutions financières internationales et les donateurs considèrent de plus en plus l'assurance maladie comme l'un des mécanismes viables de financement de la santé qu'ils approuvent, et cela de façon plus explicite qu'il y a dix ans.

Dans cet article, nous traiterons spécifiquement la question de la faisabilité de l'assurance « sociale » maladie dans les pays en développement, dont l'objectif de base est de s'étendre à tous les groupes de la population. Nous aborderons d'abord le concept d'assurance sociale maladie, puis nous analyserons les questions de mise en oeuvre, principalement sur la base de l'expérience asiatique, mais pas exclusivement. Nous examinerons aussi plusieurs facteurs faisant obstacle à une évolution régulière vers un régime d'assurance sociale maladie pleinement développé. Avant de conclure, nous nous demanderons s'il existe une voie rapide vers la couverture universelle, ou tout au moins plus rapide que celle envisagée. Cette question est particulièrement pertinente pour les pays en développement à faibles revenus, pour lesquels sont

<sup>3</sup> Banque mondiale : «Pour une meilleure santé en Afrique», dans *Findings, Région Afrique*, n° 25. Washington, DC, 1994.

<sup>4</sup> B. McPake : «User charges for health services in developing countries», dans *Social Science and Medicine*, vol. 36, n,11,1993.

prévues de longues périodes de transition vers la couverture universelle. Les observations finales figurent dans la dernière partie.

## **L'assurance sociale maladie : du concept à la mise en oeuvre**

### *Le concept*

L'assurance sociale maladie (ASM) regroupe d'une part les risques de santé de ses affiliés, d'autre part les cotisations des entreprises, des ménages et des pouvoirs publics. Les cotisations des ménages et des entreprises sont en général basées sur les revenus, tandis que les cotisations des pouvoirs publics sont principalement financées par l'impôt. L'assurance sociale maladie répond à l'objectif de la couverture universelle en donnant accès à un ensemble de services sanitaires de base à toute la population, indépendamment du revenu ou du statut social. L'ASM se distingue donc clairement des régimes basés sur la participation aux frais ou le paiement direct par l'utilisateur, où ce dernier assume seul le coût de ses soins médicaux. L'ASM partage avec le système de financement de la santé par l'impôt la caractéristique de regrouper les risques et les cotisations. Il existe une différence importante : dans la méthode de financement par l'impôt, les gens cotisent mais seulement de façon indirecte à travers l'impôt. C'est pourquoi on dit aussi que l'ASM est une assurance *explicite* car les gens ont directement conscience, à travers leurs cotisations, d'être affiliés à l'assurance. Dans la méthode par l'impôt, l'assurance peut être qualifiée d'*implicite*.<sup>5</sup>

En principe, l'ASM suppose une affiliation obligatoire. De la sorte, elle s'écarte des pièges de l'assurance maladie sur la base d'une libre adhésion. D'abord, elle évite que certains groupes de la population, comme les plus pauvres et les plus vulnérables, ne soient exclus du système. Dans un régime volontaire, il peut y avoir exclusion en raison du manque d'intérêt politique à inclure les groupes vulnérables. L'exclusion peut aussi résulter du fait que les plus pauvres sont tout simplement dépourvus de la capacité ou de la volonté de payer les cotisations d'assurance maladie proposées.

Ensuite, de par sa nature, l'assurance obligatoire interdit la « sélection adverse ». Celle-ci se produit dans un cadre volontaire quand des gens en bonne santé considèrent que les cotisations d'assurance maladie sont trop chères et choisissent de ne pas s'assurer. L'assurance volontaire peut de ce fait se retrouver surchargée d'assurés présentant des risques sanitaires moyens ou élevés. La sélection adverse et son impact sur les dépenses et les cotisations d'assurance maladie peuvent même provoquer la disparition de l'assurance volontaire : en raison des mauvais risques, les niveaux de cotisation peuvent tellement augmenter que

<sup>5</sup> Voir *Rapport sur la santé dans le monde, 2000, op. cit.*

l'assurance maladie proposée cessera en définitive d'attirer les affiliés potentiels restants.

### *Difficultés de mise en oeuvre*

L'ASM est considérée comme un moyen très efficace pour garantir l'accès équitable de la population aux services de santé. Près de la moitié des pays industrialisés ont choisi l'assurance sociale maladie comme système de financement de la santé. A l'inverse, en 1998, aucun pays en développement ayant un produit national brut (PNB) inférieur à USD 761 par habitant n'était doté d'un régime d'assurance sociale maladie. Parmi les pays à revenus moyens de la tranche inférieure (avec un PNB compris entre USD 761 et 3030 par habitant), le seul pays doté d'un régime d'assurance sociale maladie pleinement développé était le Costa Rica.

Un certain nombre de pays en développement envisagent en tout cas de créer une assurance maladie, ou de développer le système mis en place. Une vue d'ensemble et une analyse des projets et expériences à travers le monde dépasseraient le cadre de cet article. Nous évoquerons cependant deux expériences particulières de la région asiatique. En premier lieu, le Viet Nam a pris l'initiative courageuse d'instaurer un régime d'assurance sociale maladie en 1992.<sup>6</sup> Il est pour l'essentiel obligatoire pour les travailleurs et les fonctionnaires, et volontaire pour la population des secteurs agricole et informel. Ensuite, la Chine essaie depuis 1994 de créer un système d'assurance maladie rural décentralisé.<sup>7</sup> L'idée d'une assurance maladie rurale visait à répondre au problème grandissant de l'accès aux soins de santé en Chine, après le démantèlement de son système des médecins aux pieds nus. Afin de mieux comprendre les facteurs à améliorer lors de la mise en oeuvre de l'ASM dans d'autres pays en développement, nous allons examiner quelques-uns des obstacles au développement de l'assurance maladie que le régime vietnamien et le régime rural chinois ont rencontrés.

Quatre grandes raisons résument les difficultés de mise en oeuvre.

**La première**, c'est qu'il peut être très difficile de faire accepter par la population la règle fondamentale de l'ASM, qui est de garantir des prestations de santé similaires à ceux qui ont des besoins de soins de santé similaires, indépendamment du montant des cotisations versées. En fait, ce problème se pose avec beaucoup d'acuité lorsqu'il existe dans un pays une forte inégalité des biens et des revenus. Si les cotisations à l'ASM doivent correspondre à un certain pourcentage du revenu, il est évident qu'elles différeront très

<sup>6</sup> Pour un aperçu du régime d'assurance maladie vietnamien, voir A. Ron, G. Carrin et Tran Van Tien : «Viet Nam : Le développement de l'assurance maladie nationale», dans *Revue internationale de sécurité sociale*, vol. 51, n° 3, 1998.

<sup>7</sup> En Chine, ce système est connu sous le nom de régimes médicaux des coopératives rurales, lesquels sont gérés à l'échelon du district ou de la municipalité. Voir G. Carrin, A. Ron et Yang Hui et al. : «The reform of the rural cooperative medical system in the People's Republic of China : Interim experience in 14 pilots countries», dans *Social Science and Medicine*, vol. 48, n° 7, 1999.

sensiblement d'un ménage à l'autre. En Chine, par exemple, le revenu le plus élevé et le revenu moyen d'un ménage à l'échelon d'un village pourront facilement être respectivement dix et cinq fois plus élevés que le revenu le plus faible. En théorie, ces ménages devraient alors payer respectivement dix et cinq fois plus que le ménage au revenu le plus faible. En pratique, il s'avère que c'est trop demander aux ménages à revenus moyens et élevés.

Les décideurs sont donc obligés de tenir compte de certaines limites au sein de la société quant au degré de solidarité entre les groupes socio-économiques.

Si la solidarité financière est déjà très difficile à réaliser à l'intérieur d'un village, elle peut être encore plus dure à mettre en oeuvre entre les villages, notamment avec une assurance maladie volontaire. Imaginons des villages séparés par des barrières géographiques dans les régions montagneuses comme le Jiangxi, l'une des provinces chinoises où les revenus sont les plus bas. Les populations de ces villages peuvent se connaître à peine les unes les autres. En outre, certains villages peuvent être un tant soit peu plus riches économiquement que d'autres. La population de ces villages comprend vite que leurs cotisations pourraient partiellement servir à subventionner des populations encore plus pauvres et peut-être plus malades d'autres villages. A cela s'ajoute le fait qu'une certaine partie de la population des villages plus riches risquera d'associer la pauvreté à une réticence à l'égard du travail, rejetant ainsi le blâme de la pauvreté sur les pauvres eux-mêmes. Dans ces conditions, et étant donné que l'assurance maladie est volontaire, la solidarité est difficile à mettre en oeuvre. Pourtant, on peut espérer une progression de la solidarité à mesure que le développement économique s'étendra de façon relativement égale aux régions et villages. Dans un tel contexte, les gens pourront être plus disposés à partager les ressources.

**Deuxièmement**, les régimes d'ASM doivent garantir à leurs membres qu'ils percevront réellement les prestations d'assurance maladie promises. Cela implique que les services de santé qui sont un élément de l'ensemble des prestations d'assurance maladie doivent exister ou être créés par les caisses d'assurance maladie. Il est évident que les infrastructures des services de santé, les ressources humaines et les autres composantes nécessaires des services de santé, comme les médicaments et les examens de laboratoire, doivent toutes être en mesure de produire les services sanitaires appropriés. Si ces services sanitaires ne peuvent pas être fournis, cela n'a guère de sens de mettre sur pied un régime d'ASM. Si un Etat entreprend malgré tout d'instaurer un tel régime, il se rendra vite compte que la confiance de la population fera défaut, ce qui entraînera des comportements de non-respect des règles, tels que le refus de verser les cotisations.

Un autre type de situation peut se produire lorsque les services sont en principe disponibles mais que les fournisseurs ne se conforment pas aux obligations découlant du régime d'ASM nouvellement créé. L'une des raisons principales de ce non-respect peut être l'incertitude des fournisseurs quant aux répercussions de l'assurance maladie sur leurs revenus. Ce manque de collaboration a d'abord

été constaté au Viet Nam, où certains médecins ont même refusé de fournir des prestations sanitaires à des patients assurés. La principale raison était que ces médecins espéraient continuer à toucher des dessous-de-table (pour compenser le maigre niveau des salaires officiels). Mais les affiliés de l'assurance maladie ont estimé que, dès lors qu'ils avaient versé leurs cotisations d'assurance maladie, ils n'avaient plus à verser de dessous-de-table aux médecins. Anticipant ce nouveau comportement, certains médecins n'ont en fait plus voulu soigner les patients assurés.

**Troisièmement**, les pouvoirs publics peuvent ne pas encore disposer des capacités administratives ou d'encadrement pour établir et mettre en oeuvre un régime d'assurance maladie.<sup>8</sup> La direction de l'assurance maladie a toutefois des chances de succès accrues lorsqu'elle a une bonne connaissance des principes de base de l'assurance maladie. Il lui est alors possible d'expliquer ces principes à la population. Par exemple, elle peut expliquer aux affiliés qu'un certain nombre d'entre eux, ceux qui sont en très bonne santé, peuvent ne pas toujours « bénéficier » régulièrement des services de santé assurés, pour la simple raison qu'ils n'en ont pas besoin. Même les affiliés dits bien portants doivent être convaincus qu'un jour ils pourraient être victimes d'une maladie ou d'un accident grave, à l'occasion duquel ils tireront pleinement profit du régime. Un régime d'assurance maladie de district de la province chinoise de Zhejiang, par exemple, a eu des problèmes avec ses affiliés qui n'acceptaient pas cette vision à long terme de l'assurance. La direction du régime a pensé que les affiliés seraient attirés vers le régime par des cotisations d'assurance maladie considérablement réduites, espérant qu'un faible niveau de cotisation rendrait l'assurance maladie plus attractive. Mais ce faisant, la direction du régime est tombée dans un autre piège : la réduction des cotisations a conduit à une diminution telle du niveau de protection (la part assurée des dépenses de services de santé ne correspondait plus qu'à 8 à 10 pour cent des dépenses, ce qui impliquait une participation aux frais de 90 à 92 pour cent!) que les affiliés en ont conclu qu'il ne valait plus la peine de s'assurer.

Dans de nombreux cas, les pouvoirs publics ne peuvent pas imposer d'emblée une affiliation obligatoire à tous les groupes de la population. Ils commencent donc par assurer les travailleurs salariés des secteurs public et privé. Les cotisations d'assurance maladie sont en général prélevées sur les salaires. Des informations sur les salaires devraient en principe faciliter le recouvrement de ces cotisations. Le risque demeure toutefois d'un faible degré de respect des règles fixées en matière de cotisations, ainsi que des autres dispositions, en tout cas dans les premiers temps d'un régime d'assurance maladie. C'est pourquoi il est indispensable que le régime lui-même contrôle les salaires et cotisations des affiliés. Ainsi, dans une province du Viet Nam, une succursale d'une banque

<sup>8</sup> La nécessité de capacités administratives est soulignée par Aviva Ron dans : «Nouvelles stratégies pour le secteur formel : les cas du Viet Nam et du Zimbabwe», dans A. Ron et X. Scheil-Adlung (sous la direction de) : *Les innovations récentes en matière de politique de santé dans la sécurité sociale* (chap. 2). Nouveau-Brunswick, NJ, Transaction Publishers.

avait déclaré que tous les salariés, du cadre supérieur au portier, touchaient le même salaire minimum défini à l'échelon national. Comme on peut s'en douter, il en est résulté une grave sous-estimation des cotisations dues. Ce comportement peut s'expliquer par le fait que la solidarité imposée et le niveau des cotisations d'assurance maladie dépassaient ce que la population était disposée à accepter, ce qui a amené employeurs et salariés à donner de faux renseignements. L'enregistrement de la population des secteurs agricole et informel devrait s'avérer toutefois encore plus difficile. Les revenus de ces populations fluctuent et elles sont peu disposées à déclarer spontanément leurs revenus réels et à verser régulièrement des cotisations. Dès lors, l'assurance maladie reste souvent volontaire pour ces catégories. Pour immatriculer la population ou augmenter son taux d'immatriculation, des efforts supplémentaires de promotion sont donc nécessaires. Dans beaucoup de districts, cette nécessité d'une promotion efficace n'a pas encore bien été comprise. Dans de nombreux régimes médicaux de coopératives rurales, la direction déployait des efforts pour augmenter le nombre d'affiliés, mais ces efforts n'avaient lieu qu'une fois par an, un jour déterminé. Les gens qui voulaient s'affilier plus tard n'étaient plus admis. Cette rigidité lui a fait perdre beaucoup d'affiliés potentiels.

**Quatrièmement**, beaucoup de problèmes sociaux peuvent ne pas avoir été discutés ouvertement, ce qui est un problème propre aux pays où la liberté politique est limitée. En Chine ou au Viet Nam, il existe des instances de discussion et il y a quelquefois de larges débats aux niveaux inférieurs du gouvernement ou dans les villages. Toutefois, pour mieux évaluer les goulets d'étranglement mais aussi les opportunités, il faut qu'il y ait un débat politique et scientifique au plus haut niveau. Dans ces deux pays, on constate aussi une réticence des pouvoirs publics à adopter des positions politiques fortes sur les principes de l'assurance sociale maladie. Parallèlement, la population peut avoir des aspirations particulières en matière de protection sociale mais éprouver des difficultés pour les transmettre aux pouvoirs publics. On comprend par conséquent que l'absence de débat politique puisse retarder le développement de l'assurance sociale maladie.

### *Résumé des facteurs de transition vers l'assurance sociale maladie*

Les difficultés rencontrées permettent aussi de se faire une idée des facteurs qui faciliteraient la transition vers l'assurance sociale maladie. Le principe « apprendre en faisant » devrait en effet être un mode opératoire important dans le processus de développement de l'assurance sociale maladie. Comme l'a dit Confucius : « Apprendre sans penser est du travail perdu ; penser sans travailler est périlleux ».

Un premier facteur est donc le *niveau général des revenus*. Un revenu plus élevé implique, toutes choses égales par ailleurs, une plus grande capacité à verser des cotisations d'assurance maladie. Deuxièmement, il est essentiel d'avoir des *capacités administratives*

suffisantes pour gérer l'assurance maladie. Bien qu'il s'agisse d'une condition en soi, c'est aussi un élément fortement lié à la *structure de l'économie*. Ce qui est pertinent, c'est l'importance relative des secteurs formel et informel. Plus le secteur informel est important, plus les difficultés administratives à évaluer les revenus, à fixer les cotisations d'assurance maladie des travailleurs du secteur informel et à recouvrer les cotisations seront grandes. Troisièmement, parmi les caractéristiques essentielles que nous avons identifiées figure le niveau de *solidarité* au sein d'une société. Il devient toutefois très difficile de mettre les ressources en commun quand la société est déjà fortement inégalitaire au départ. Enfin, un autre élément essentiel à la réalisation de la couverture universelle est la *capacité* de la population à *faire entendre sa voix* dans la détermination de la politique sociale. Des discussions politiques ouvertes sont nécessaires pour progresser et pour que la population ait quelque confiance dans l'engagement effectif des pouvoirs publics en faveur du développement de l'assurance maladie. Il est donc essentiel que les syndicats existants aient par exemple la possibilité de faire clairement comprendre aux pouvoirs publics leurs demandes en matière de couverture pour les soins de santé. A cet égard, l'importance du secteur informel dans beaucoup de pays en développement<sup>9</sup> est très préoccupante car la population de ce secteur est en général trop inorganisée pour pouvoir faire part de ses besoins aux pouvoirs publics. Même dans les démocraties, la capacité de cette population particulière à se faire entendre est d'ordinaire assez faible, car ses moyens de pression sont faibles et elle n'a que peu de défenseurs disposés à plaider sa cause.

Il existe un autre problème lié au niveau de revenu nécessaire pour la mise en oeuvre de l'ASM. Il est en effet très malaisé de définir un seuil de revenu absolu au-dessous duquel tout progrès devient quasi impossible. Notons à cet égard que plusieurs pays à revenus moyens de la tranche inférieure ont créé un régime (Costa Rica), sont en train de le faire (Colombie) ou étudient un modèle approprié (Jamaïque). Un autre pays à faibles revenus, la Mongolie, met en place un régime d'ASM. Nous reconnaissons assurément que des efforts importants devront être consentis pour créer une assurance sociale maladie, notamment par les pays à bas revenus. Mais il existe des facteurs favorisant le processus. La croissance du revenu facilitera, toutes choses égales par ailleurs, le développement de l'ASM. Par ailleurs, nous partons de l'hypothèse que plusieurs facteurs, notamment la solidarité et la capacité à se faire entendre, peuvent compenser, au moins partiellement, un faible niveau de ressources. En d'autres termes, une action politique soutenue, ancrée dans le sentiment de solidarité de la société et réceptive aux demandes de la population en vue d'une meilleure protection, peut effectivement entraîner des progrès en matière d'assurance sociale maladie, malgré un niveau de revenu modeste. De même, la

<sup>9</sup> On signale que dans les pays en développement, au début des années quatre-vingt, 20 à 70 pour cent de la main-d'oeuvre urbaine étaient employés dans des activités du secteur informel, avec une moyenne d'environ 50 pour cent. Voir M. P. Todaro : *Economic development in the third world*. New York, Longman, 1977.

solidarité et la capacité à faire entendre leur voix peuvent aider les décideurs à surmonter les obstacles administratifs au lancement d'une ASM.

*Le facteur temps :  
quels sont les enseignements de l'histoire?*

Il faut peut-être du temps pour remplir les conditions examinées ci-dessus et, par là même, arriver à la couverture universelle. Dans un autre article,<sup>10</sup> des prévisions indiquaient qu'il faudrait trente-cinq à cinquante ans pour que le Viet Nam parvienne à la couverture universelle. Pour la Chine, les prévisions ne sont guère différentes. Pour les pays africains dont le PIB est inférieur à USD 1000 par habitant, comme la Zambie,<sup>11</sup> il faudrait, selon des prévisions, quarante-cinq à cinquante ans avant d'atteindre la couverture universelle. Ces prévisions étaient pourtant basées sur l'expérience mondiale historique et pouvaient donc être qualifiées de « prudentes ».

Dans une 'stricte perspective historique, ces prévisions peuvent cependant être considérées comme plausibles. Elles peuvent même sembler optimistes, comparées à l'expérience de pays comme l'Allemagne, à qui il a fallu quasiment un siècle pour développer son système d'ASM. Sa première loi sur l'assurance maladie a été adoptée en 1883 et couvrait au début environ 10 pour cent de la population.<sup>12</sup> Le taux de couverture a atteint 35 pour cent en 1914 et il est actuellement de 88 pour cent.

L'expérience de la République de Corée constitue un autre point de référence historique. Le régime obligatoire d'assurance maladie a été instauré en 1977, et il n'a fallu que douze années pour réaliser la couverture universelle.<sup>13</sup> Toutefois, les années 1977-1989 ont été précédées, entre 1965 et 1977, par un régime volontaire. Ce dernier régime a lui-même été instauré après l'adoption de la loi sur l'assurance maladie en 1963. Ainsi, on peut dire qu'il a fallu vingt-six ans à la République de Corée pour réaliser la couverture universelle de sa population à partir du début du processus, c'est-à-dire la loi de 1963. Il convient toutefois de souligner que cette transition relativement rapide s'explique principalement par le fait que pendant la période 1977-1989, la République de Corée a bénéficié d'un taux de croissance annuel moyen du PNB par habitant de 13,3 pour cent. Une croissance aussi rapide a entraîné des créations d'emplois et a majoré les revenus des ménages, des

<sup>10</sup> G. Carrin et C. James : « The determinants of universal coverage : An empirical analysis ». A paraître dans CERDE *Financement des systèmes de santé dans les pays à faible revenu d'Afrique et d'Asie*. Paris, Khartala, 2002.

<sup>11</sup> En 1997, la Zambie avait un PNB de USD 857 par habitant.

<sup>12</sup> Pour une analyse détaillée de l'histoire économique et sociale du système d'assurance maladie allemand, du commencement jusqu'au début des années quatre-vingt, voir H. ZSllner : « Germany », dans P.A. Khöler et H.F. Zacher (sous la direction de) : *The evolution of social insurance 1981-1991*. New York, St. Martin's Press, 1982.

<sup>13</sup> Moon, Ok Ruyen : « The Korean health insurance programme », dans S. Nityarumphong et A. Mills (sous la direction de) : *Achieving universal coverage of health care*. Nontaburi, Office of Health Care Reform, Ministry of Public Health, 1998.

entreprises et de l'Etat, ce qui a accru les capacités de cotiser à l'assurance maladie. Dans ce cas particulier, la croissance rapide des revenus peut, entre autres choses, avoir compensé l'incapacité de la population à faire entendre sa voix, dans la mesure où la République de Corée a maintenu au pouvoir un gouvernement autoritaire durant la majeure partie de cette période.

Les prévisions pour le Viet Nam et la Chine impliquent une plus longue période de transition vers la couverture universelle que pour la République de Corée. Mais, heureusement, le Viet Nam et la Chine ne sont pas partis de zéro : en 1997, 13 pour cent de la population vietnamienne étaient couverts par l'assurance sociale maladie;<sup>14</sup> en Chine, environ 10 pour cent de la population rurale étaient assurés en 1993.<sup>15</sup> Une question capitale, toutefois, est de savoir s'il faudra encore plusieurs décennies avant d'arriver à la couverture « totale » de la population. Dans ces pays comme dans beaucoup d'autres, le principal défi est en général de déterminer comment intégrer la population des secteurs rural et informel dans un régime de couverture universelle à travers l'ASM.

### **L'histoire peut-elle être mise en échec?**

---

Bien sûr, s'il était possible pour les pays d'améliorer d'un coup les divers facteurs favorables, nul doute que la voie vers la couverture universelle à travers l'ASM serait beaucoup plus rapide. Mais d'un point de vue réaliste, il faudra certainement du temps avant que de nombreux pays puissent bénéficier de cette conjoncture « idéale » : une croissance plus forte des revenus, des capacités administratives suffisantes, une économie au secteur structuré plus développé, une diminution des inégalités, et une capacité accrue de la population à se faire entendre. Ainsi, n'y a-t-il réellement aucun moyen de mettre l'histoire en échec? L'un des moyens d'accélérer l'affiliation de la population consiste à promouvoir l'approche « familiale » et à l'appliquer à l'assurance maladie.<sup>16</sup> Au lieu d'assurer seulement le travailleur ou l'exploitant agricole, comme le Viet Nam et la Chine ont choisi de le faire, pourquoi ne pas assurer aussi sa famille? Cela pourrait être moins difficile à faire qu'on ne le croit, à condition de rendre les cotisations familiales attrayantes et de fournir les soins de santé promis. Dès que des soins aux enfants ou de maternité seront nécessaires et assurés, les familles seront satisfaites de l'assurance maladie. Une critique immédiate est que cela sera peut-être trop coûteux pour les familles. Les cotisations familiales devront en effet refléter les coûts des soins familiaux. Toutefois, la majorité des familles consacrent déjà une part importante de leurs revenus aux soins de santé. Il faut expliquer aux familles que les cotisations d'assurance maladie remplaceront pour l'essentiel les faux frais,

<sup>14</sup> Voir Ron, Carrin et Tran Van Tien, 1998, op. cit.

<sup>15</sup> OMS : Rapport sur la santé dans le monde, 1999 - Pour un réel changement. Genève, Organisation mondiale de la Santé.

<sup>16</sup> Aviva Ron a attiré mon attention sur ce point.

tout en permettant une meilleure protection contre les dépenses coûteuses de soins de santé.

Nous savons toutefois que les familles ne sont pas seules à financer l'assurance sociale maladie. Le rôle des pouvoirs publics en matière de cofinancement demeure, notamment pour aider les groupes vulnérables et cofinancer leurs cotisations d'assurance maladie. La Colombie est un exemple de pays où cette approche familiale a été utilisée tandis que les pouvoirs publics continuaient à cofinancer les cotisations de la population vulnérable. Elle a réussi à faire passer la couverture de la population de 13,4 pour cent en 1993 à 52,6 pour cent en 2000.<sup>17</sup> Il existe également un nouveau projet incitant les donateurs internationaux à soutenir le développement de l'assurance maladie. Ils pourraient de même contribuer au financement de l'affiliation des pauvres à l'assurance maladie. Cependant, ce type de parrainage devrait également comporter un plan intégré de sevrage.

Une autre possibilité d'accélérer le processus est de déconcentrer le développement de l'ASM. La gestion d'une assurance sociale maladie à l'échelon de la région ou du district nécessite en effet pour l'administration centrale beaucoup de délais administratifs et un niveau de contrôle élevé. Cela peut être particulièrement le cas pour les pays en développement à bas revenus. Il peut être souhaitable, par conséquent, d'inciter les communautés à mettre sur pied des régimes locaux d'assurance maladie.<sup>18</sup> Les communautés pourront en outre avoir davantage confiance dans l'encadrement local. Elles pourront également exercer un contrôle accru sur ces régimes.

Mais soyons immédiatement conscients des pièges. L'expérience à l'échelon international<sup>19</sup> montre que ces régimes ont couvert des populations nombreuses ou même des proportions importantes de la population remplissant les conditions requises. On a également constaté que très peu de régimes ont atteint les groupes vulnérables de la population qui en principe auraient dû bénéficier de façon substantielle de l'assurance maladie. Les pouvoirs publics, généralement à l'échelon central, auront donc pour mission d'élaborer une politique qui facilitera la création et la reproduction<sup>20</sup> de ces régimes et qui permettra de les orienter vers un modèle d'assurance maladie approprié. Par ailleurs, ils devront veiller à l'intégration progressive des dispositifs d'assurance locaux dans le système national d'assurance sociale maladie afin d'améliorer la mise en commun des ris-

<sup>17</sup> J. L. Londono : *Managing competition in the tropics* (IDB Workshop on Comparative Study on Health) (projet), 2000.

<sup>18</sup> Voir D. M. Dror et C. Jacquier : « Micro-assurance : élargissement de l'assurance maladie aux exclus », dans *Revue internationale de sécurité sociale*, vol. 52, n°1, 1999. Les auteurs introduisent le concept de « micro-assurance » dans le contexte de l'élargissement de l'assurance maladie aux personnes jusqu'ici exclues.

<sup>19</sup> Voir par exemple S. Bennet, A. Creese et R. Monasch : *Health insurance schemes for people outside formal sector employment* (WHO/ARA/CC/98.1). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1998 ; et W. van Ginneken (sous la direction de) : *Social security for the excluded majority : Case studies of developing countries*. Genève, Bureau international du Travail, 1999.

<sup>20</sup> W. van Ginneken : « Protection sanitaire pour les travailleurs du secteur informel : ancien problème, nouvelles approches », 2001, dans Ron et Scheil-Adlung (sous la direction de), op. cit. (chap. 3).

ques au sein de la population. Pour la même raison, ils devront aussi encourager les réseaux ou associations de régimes locaux d'assurance. Une certaine forme d'orientation nationale est en effet nécessaire pour parvenir à des prestations minimales et à un maintien des droits acquis, transmettre les enseignements tirés, partager peut-être certaines procédures de traitement des données et améliorer le cas échéant la mise en commun des risques.

La réglementation du gouvernement central est également nécessaire dans le cas des régimes décentralisés mis en place par les pouvoirs publics. Une illustration en est fournie par le Système médical des coopératives rurales (SMCR) en Chine. Celui-ci est géré de façon décentralisée mais il a grand besoin d'une ferme orientation du gouvernement central au niveau de la protection et de l'intégration de la population à bas revenus. L'expérience a montré que beaucoup trop de pays n'avaient pas d'objectifs clairs pour leur SMCR, et ont de ce fait abouti à une impasse.

Nous estimons donc que jusqu'à présent une assurance maladie familiale, un renforcement des pouvoirs publics, un cofinancement par des donateurs et une décentralisation réglementée sont de nature à faire gagner plusieurs années sur les estimations «prudentes» évoquées ci-dessus concernant la durée de la période de transition.

A ce stade, il est important de mentionner l'environnement macro-économique international, car il pourrait contribuer à déterminer pour les pays la voie vers l'ASM. Il importe en effet de savoir si le nouvel Accord général international sur le commerce dans les services (AGCS) de l'Organisation mondiale du commerce ne fera pas obstacle au développement de l'assurance sociale maladie. On peut, par exemple, se demander si la présence de compagnies d'assurances privées sur les marchés intérieurs ne remettra pas en cause l'objectif important de regroupement des risques au sein de l'ASM, avec une prise en charge par l'assurance de seulement certains groupes professionnels.<sup>21</sup> Toutefois, il semble que l'AGCS comporte une clause de sauvegarde, en ce sens que les pays sont autorisés à réglementer strictement les compagnies d'assurances privées. La réglementation pourrait comporter des règles strictes interdisant la sélection adverse. Une disposition de l'AGCS préconise même qu'au cas où un pays estimerait nécessaire de protéger la santé de la population, des législations sur l'assurance sociale maladie pourraient déroger à certaines conditions posées par l'AGCS en matière de liberté des services d'assurance. Il y a toutefois une réserve, en ce sens que le pays invoquant cette dérogation sera soumis à des contrôles stricts eu égard à la nécessité de protéger la santé de la population de cette manière.<sup>22</sup> Il conviendra du reste de veiller scrupuleusement au cours des prochaines années à ce que

<sup>21</sup> Compte tenu du caractère lucratif de ces compagnies, cette «sélection des risques» est prévisible.

<sup>22</sup> Pour un examen détaillé de l'AGCS et de l'assurance maladie, voir en particulier D. Lipson: *GATS and trade in health insurance services*. Note d'information pour la Commission de l'OMS sur la macroéconomie et la santé (Groupe de travail n° 4). Genève, OMS/HSD, 2001.

l'AGCS soit suffisamment respectueux du choix des pays eu égard à l'ASM.

### **Remarques finales**

La couverture universelle, qui implique le partage des risques entre tous les groupes de la population dans une communauté ou dans une nation, reste en dernière analyse un objectif louable. Il faudra une volonté politique forte pour élargir la couverture, y compris aux groupes les plus pauvres de la population. La capacité de la population à se faire entendre, ainsi que le sentiment de solidarité, devront étayer les efforts politiques en faveur de la couverture universelle. L'ASM, avec le cofinancement de plusieurs partenaires, est un option importante que plusieurs gouvernements de pays en développement explorent actuellement. Par rapport à la méthode de financement de la santé par l'impôt, l'ASM répartit la charge direct du financement sur diverses parties prenantes. Ces groupes rassemblent d'ordinaire des salariés, des travailleurs indépendants et des entreprises. Ils ne sont pas les seuls, toutefois, à avoir la charge du financement de la santé. De fait, l'élargissement de la couverture pourrait être facilité par l'engagement financier soutenu des pouvoirs publics et des donateurs. Les communautés peuvent aussi devenir des partenaires pour le développement de l'assurance sociale maladie, à travers l'établissement de régimes locaux d'assurance.

Il serait également utile que la croissance économique soit réparti plus équitablement à l'intérieur des pays. Par ailleurs, avec les politiques de réduction de la pauvreté, davantage de gens pourraient en sortir, de sorte que les dispositions et les capacités à cotiser à l'ASM pourraient être renforcées. Il devrait en fait y avoir une grande synergie entre, d'une part, l'ASM et, d'autre part, la réduction de la pauvreté et la croissance. En effet, l'ASM facilitera en définitive l'accès aux services de santé de base, ce qui devrait contribuer à améliorer l'état de santé de la population. Celui-ci devrait stimuler la croissance et la réduction de la pauvreté. Dans ce contexte, il convient de remarquer que l'un des objectifs de la Banque mondiale dans le secteur de la santé, de la population et de la nutrition est d'aider les pays clients à parvenir à un financement durable de la santé en mettant sur pied, entre autres choses, des mécanismes de regroupement des risques sur des bases élargies.<sup>23</sup> En d'autres termes, la Banque mondiale est confrontée au défi consistant à faciliter réellement l'essor de l'assurance sociale maladie dans les pays qui ont décidé d'opter pour cette méthode de financement de la santé. Elle pourrait aussi influencer sur les discussions au sein de l'AGCS, de façon à permettre aux pays de jouir d'une grande autonomie dans leur politique de financement de la santé.

<sup>23</sup> Banque mondiale: «Sector strategy: Health, nutrition and population», dans – *The Human Development Network* (resume). Washington, DC, 1997. Voir aussi <http://www.worldbank.org/whatwedo/strategies.htm>.

Toutefois, nous sommes conscients qu'il faudra peut-être du temps et des discussions fastidieuses avant que l'ASM puisse couvrir l'ensemble de la population. L'établissement des institutions appropriées prendra aussi du temps. Toutefois, les pays qui ont décidé de s'engager dans la voie de l'assurance sociale maladie ne doivent pas invoquer cet argument pour justifier l'immobilisme, mais sont invités à prendre des mesures bien planifiées en vue de créer une structure viable d'assurance sociale maladie. Les pays en développement à bas revenus peuvent en particulier souhaiter adopter un scénario accordant une place aux régimes d'assurance maladie gérés à l'échelon local. Quoi qu'il en soit, tout au long du processus, des erreurs sont susceptibles d'être commises. Elles ne peuvent pas toujours être évitées. Mais il convient surtout d'en tirer des enseignements pour accélérer la mise en oeuvre de l'assurance sociale maladie. Confucius ne disait-il pas: «Notre plus grand titre de gloire n'est pas de ne jamais tomber, mais d'aller toujours plus haut.»