



issa

ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE | AISS

# Rapport technique 28

---

## L'extension de la couverture de soins de santé dans les systèmes de sécurité sociale

**Ron Aviva**

Consultante internationale  
Israël

---

# **L'extension de la couverture de soins de santé dans les systèmes de sécurité sociale**

**Aviva Ron**  
**Consultante internationale**  
**Israël**

## **Forum régional de la sécurité sociale pour l'Afrique, Kigali, Rwanda, 18 – 20 novembre 2008**

---

L'Association internationale de la sécurité sociale (AISS) est l'organisation internationale mondiale principale qui rassemble les administrations et les caisses nationales de sécurité sociale. L'AISS fournit des informations, des plates-formes de recherche, de l'expertise pour ses membres afin de construire et de promouvoir des systèmes et des politiques de sécurité sociale dynamique à travers le monde. Nombre des efforts déployés par l'AISS pour promouvoir les bonnes pratiques sont mis en oeuvre par ses Commissions techniques, gérées avec l'aide du Secrétariat général par les organisations membres qui les composent.

Ce document est disponible à l'adresse suivante: <http://www.issa.int/ressources>. Les opinions et les points de vue exprimés ne reflètent pas nécessairement ceux de l'éditeur.

# Introduction

Les participants à ce Forum régional sur la sécurité sociale sont principalement des directeurs des systèmes de sécurité sociale, dont la plupart n'ont pas encore mis en place de prestations de soins de santé. La possibilité d'instaurer des prestations de soins de santé est toutefois envisagée dans de nombreux pays, et constitue un défi majeur dans les réformes ou changements actuels qui sont en cours dans les systèmes de sécurité sociale en Afrique.

Les principaux thèmes sont abordés lors de l'examen des questions suivantes:

1. Les soins de santé sont-ils importants?
2. Quelle est la valeur ajoutée des soins de santé dans un système de sécurité sociale?
3. Pourquoi les soins de santé n'ont-ils pas été intégrés jusqu'à présent dans les systèmes de sécurité sociale?
4. Quelles sont les options pour accroître le financement des soins de santé?
5. Qu'est-il arrivé entre-temps?
6. Comment procéder?

## 1. Les soins de santé sont-ils importants?

Il ne fait pas de doute que les soins de santé sont importants – pour l'individu, la famille, la communauté, la nation et à l'échelon mondial. Les systèmes de sécurité sociale reconnaissent le concept de droit à une prestation "à titre personnel". En l'absence d'un dispositif de protection de la santé de l'individu, nous constatons l'absence de ce droit déjà aux niveaux individuel et familial. Un parent peut renoncer à des soins pour lui-même en faveur de soins médicaux pour un enfant ou un parent âgé à charge. Pourtant, à l'échelon national, nous constatons une incompatibilité entre l'importance accordée à la santé et les ressources allouées à la protection de la santé.

A l'échelon mondial, l'inquiétude est considérable quand une maladie infectieuse apparaît – ou réapparaît – et devient une menace au-delà des frontières nationales, comme nous l'avons vu avec l'attention et les ressources déployées lors des crises récentes du SRAS (Syndrome respiratoire aigu sévère) et de la crise aviaire. Par le biais des grands donateurs internationaux comme le Fonds mondial de lutte contre le SIDA/VIH, la tuberculose et le paludisme (*Global Fund for AIDS, Tuberculosis and Malaria* (GFATM)) et la Fondation Bill Gates, des millions de dollars ont été mis à disposition pour empêcher la propagation du VIH/SIDA, du paludisme et de la tuberculose – des maladies infectieuses qui se propagent au-delà des frontières à travers les activités mondiales. Un nombre plus important de femmes meurent en raison de complications liées à la grossesse et à l'accouchement que des suites de ces trois maladies, mais les fonds alloués par les sources de financement internationales et nationales pour prendre en charge la grossesse et de l'accouchement sont loin d'être suffisants – ce qui crée des menaces au-delà des frontières.

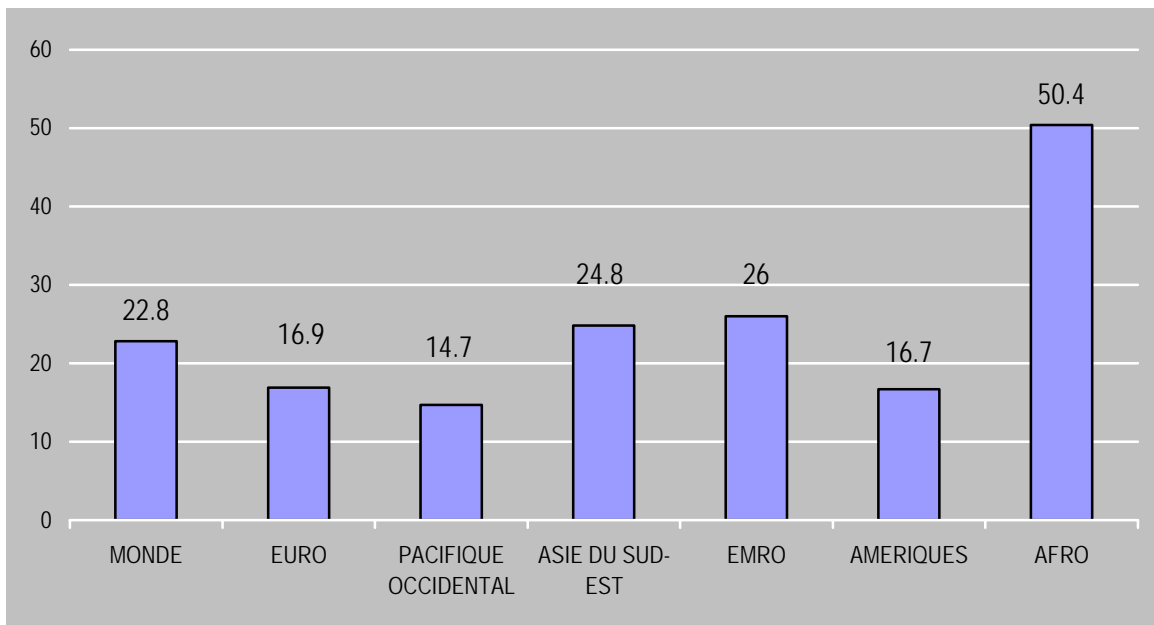
Pour en revenir au contexte régional, la situation sanitaire et les systèmes de soins de santé en Afrique accusent un retard significatif par rapport au reste du monde. L'espérance de vie est la plus faible dans les pays du continent africain. Dans une liste établie par la bibliothèque publique de la CIA pour 2008 concernant les années estimées d'espérance de vie, les 38 derniers pays sont situés en Afrique subsaharienne. Quatre de ces pays ont une espérance de vie de moins de 40 ans, et 20 autres des espérances de vie comprises entre 40 et 50 ans. A l'autre extrémité de cette liste, 20 pays dont le Japon, Singapour, le Canada et la France, ont des espérances de vie comprises entre 80 et 83 ans, ce qui représente 30 à 40 années de plus que dans la plupart des pays africains.

Un indicateur plus révélateur pour nous est le DALY (*Disability Adjusted Life Years*) – Années de vie ajustées en fonction de l'invalidité. C'est une mesure de l'écart sanitaire, représentant les années perdues du fait de la mortalité précoce et des années d'invalidité dues à la maladie. Le total des années perdues reflète donc les années productives et en bonne santé perdues en raison de la maladie. Un DALY représente la perte de l'équivalent d'une année en pleine santé. Le graphique ci-dessous fait ressortir l'écart sanitaire très net en Afrique, par rapport aux autres régions eu égard aux DALY, ou les années perdues du fait de la maladie, pour 1000 personnes. Le tableau 2 montre le pourcentage des DALY en fonction des trois grandes catégories, correspondant au poids de la maladie (PDM) dans chaque catégorie:

- Les maladies transmissibles, maternelles, périnatales et nutritionnelles, qui incluent les maladies infectieuses et parasitaires.
- Les maladies non transmissibles (MNT), qui incluent les maladies chroniques comme le cancer, les cardiopathies et le diabète.
- Les blessures, y compris les blessures non intentionnelles comme les accidents de la route et les accidents du travail, et les blessures intentionnelles, telles que les blessures auto-infligées, les violences et la guerre.

Dans ce cas, les données sont comparées par régions de l'OMS, ainsi la région "AFRO" inclut les pays situés principalement en Afrique sub-saharienne, tandis que certains pays africains figurent dans la région méditerranéenne orientale ("EMRO").

**Graphique 1. Année de vie ajustées en fonction de l'invalidité/ 1 000 personnes par région, 2005**



Source: DALY par âge, sexe et cause pour l'année 2005, Statistiques de la santé et systèmes d'informations sanitaires, Organisation mondiale de la santé, [www.who.int/healthinfo/boddaly](http://www.who.int/healthinfo/boddaly)

Le graphique 1 nous montre que dans 44 pays de la région AFRO, un peu plus de 50 années pour 1 000 personnes sont perdues. Ce chiffre est plus de deux fois supérieur au taux mondial, et est le double du taux enregistré dans les pays de la région de l'Asie du Sud-est, qui inclut l'Inde.

Cette situation dans les pays africains surtout sub-sahariens ne peut pas être entièrement imputée au VIH/SIDA, bien que le poids qu'il représente soit énorme. Si nous considérons le tableau 1, nous constatons que dans les pays de la région AFRO, 71,5 pour cent des DALY sont imputables à la première catégorie – les maladies transmissibles, maternelles, périnatales et nutritionnelles. Ce chiffre est, là encore, deux fois supérieur au pourcentage mondial et nettement plus élevé que le pourcentage enregistré dans les pays de l'Asie du Sud-Est. Le VIH/SIDA, qui fait partie de cette catégorie, représente 16,3 pour cent de l'ensemble des DALY, et nous devons nous demander à quelles autres maladies de la première catégorie correspond le reste de la charge. Nous trouvons la tuberculose et le paludisme ainsi que les maladies infantiles qu'on peut empêcher grâce à la vaccination: la coqueluche, la poliomyélite, la diphtérie, la rougeole et le tétanos.

**Tableau 1. Pourcentage d'années de vie ajustées par l'invalidité/1.000 personnes représentées par catégorie d'affection/maladie, 2005**

Région de l'OMS	Ensemble de la catégorie 1 Maladies transmissibles, maternelles, périnatales et nutritionnelles (%)	VIH/SIDA (%)	Paludisme (%)	Causes maternelles (%)	Groupe 2 Maladies non transmissibles (%)	Groupes 3 Blessures (%)
AFRO	71,5	16,3	8,6	3,2	19,2	9,0
Amériques	7,4	2,4	0,8	1,1	69,4	13,9
EMRO	43,7	0,9	1,0	2,9	43,4	12,9
Asie du Sud-est	39,0	3,0	3,5	2,3	47,1	13,9
Pacifique occidental	17,3	1,1	1,6	0,9	68,3	14,4
Europe	9,5	2,0	0,1	0,4	77,2	13,3
Monde	38,5	5,6	2,3	2,0	49,0	12,5

Le paludisme représente 8,6 pour cent du poids de la maladie dans les pays de la région AFRO. Cela équivaut à deux fois et demie la charge supportée par l'Asie du Sud-est, et à 5 fois celle des pays du Pacifique occidental, qui incluent des pays avec une forte prévalence du paludisme. Avec un accès en temps voulu à des soins appropriés, il n'y a pas de raison pour que tant d'Africains meurent du paludisme. Grâce à la contribution de plusieurs organismes internationaux, comme le Fonds mondial, des médicaments efficaces sont fournis. La question est de savoir s'ils sont distribués aux centres de santé, et si les patients sont confrontés à des obstacles financiers pour atteindre ces centres de santé.

Les maladies maternelles représentent 3,2 pour cent de l'ensemble des DALY dans les pays de la région AFRO, et seulement 0,4 pour cent dans les pays de la région EURO, ce qui montre que pour l'essentiel cette cause pourrait être évitée. Les pays de la région EURO ne sont pas tous des nations industrialisées de l'Europe occidentale, mais comprennent également des pays de l'Europe orientale et des républiques d'Asie centrale, qui faisaient partie de l'ancienne Union soviétique.

Les maladies de la première catégorie sont largement évitables, certaines par des mesures de santé publique comme la fourniture d'eau potable et l'assainissement, et d'autres par des soins de santé individuels appropriés, ce qui implique des mesures préventives efficaces et l'utilisation en temps voulu de technologies médicales appropriées. Le non accès aux soins dû à un financement insuffisant du système de soins de santé et les obstacles financiers à l'obtention des soins sont les principales entraves pour faire face à cette catégorie de maladies dans beaucoup de pays d'Afrique.

Les études et documents constatent que les soins tardifs ou différés sont la raison principale des complications et des décès dus aux causes de la première catégorie. Nous ne pouvons négliger la question de l'accessibilité physique aux soins de santé dans de nombreuses régions de ces pays. La distance, le temps et le coût du trajet sont de réelles préoccupations, mais les problèmes les plus pressants sont les coûts potentiels des soins. Même si les soins sont dispensés gratuitement à la fin d'une journée de marche jusqu'à l'hôpital de district, la crainte d'une perte de salaire ou de revenu pendant ce déplacement de deux jours ou plus est également un sérieux élément dissuasif pour l'obtention de soins.

Le tableau 1 révèle que les maladies non transmissibles (MNT) représentent 19,2 pour cent des DALY dans les pays de la région AFRO. Avec l'accroissement des MNT, ces pays sont donc confrontés à un "double poids" de la maladie. Les conditions chroniques ne sont pas nécessairement le résultat des maladies infantiles. Elles sont plus probablement le résultat d'une évolution des modes de vie du fait que les sociétés, ou certaines de leurs composantes, deviennent plus riches. On rencontre de plus en plus ces maladies dans les pays africains, qui sont liées à une prévalence accrue de facteurs de risque tels que l'obésité, le tabagisme et le manque d'activité physique. En supposant que les affiliés actuels des systèmes de sécurité sociale dans beaucoup de pays d'Afrique sont les travailleurs les mieux payés du pays, et que des prestations d'invalidité sont fournies, les soins de santé apparaissent alors comme cruciaux pour empêcher un accroissement des MNT, en particulier du diabète, des cardiopathies et du cancer, et de l'invalidité induite. Les complications de l'hypertension et du diabète peuvent être évitées si les facteurs de risque, y compris l'obésité, sont maîtrisés à un stade précoce.

Le tableau 1 révèle aussi le considérable manque d'équité en matière de santé à travers un indicateur qui reflète l'impact de la mortalité précoce et de l'invalidité sur la vie active et la productivité, lesquels sont essentiels pour le développement social, et sur la viabilité des systèmes de sécurité sociale.

## **2. Quelle est la valeur ajoutée des soins de santé dans un système de sécurité sociale?**

Les soins de santé sont des prestations à court terme, et la plupart des affiliés et des personnes à leur charge utiliseront au moins une fois par an ces prestations: environ 85 pour cent d'entre eux sont susceptibles de se rendre chez un médecin ou une infirmière comme patients ambulatoires, et environ 5 à 8 pour cent pourront avoir besoin d'être hospitalisés. La section précédente examinait la situation sanitaire et le poids de la maladie en Afrique. Ces chiffres recouvrent un énorme volume de besoins non satisfaits en matière de soins de santé, et une moyenne d'au moins 2 visites chez un médecin ou une infirmière par an pour l'ensemble de la population constituerait un progrès important.

Une mère active de 30 ans risque de se soucier plus d'obtenir des soins de santé pour sa famille que d'avoir une pension dans 30 ans, même si son emploi était garanti pendant toute la période jusqu'à la retraite, et même si la valeur de cette pension était garantie et non soumise à l'inflation et à une baisse de pouvoir d'achat. Les gens seront particulièrement inquiets s'ils doivent faire face à des charges financières imprévisibles, dans la mesure où ils ne peuvent contrôler ni le type ni la quantité des prestations ni leur coût au moment de la maladie.

Pour un système de sécurité sociale, l'instauration de prestations de soins de santé peut donc favoriser l'augmentation du nombre d'affiliés et le respect de l'obligation de payer les cotisations, car les affiliés voudront être sûrs qu'ils sont et resteront couverts. Le lien entre les cotisations et les besoins est important dans ce contexte. Dans un système de pensions, le paiement est fonction des ressources (en pourcentage du salaire), de même que la prestation versée. Les affiliés risquent d'être mécontents si le salaire déclaré est inférieur au salaire effectif. Dans un régime d'assurance maladie, le paiement est fonction des ressources tandis que l'utilisation des prestations est fonction des besoins. On peut supposer que les affiliés ne verront pas d'inconvénient à ce que l'employeur minore leur salaire. Si les deux sont liés, l'assiette des cotisations sera la même - ainsi, alors que les soins de santé encouragent le respect des conditions requises en matière d'immatriculation et de maintien des droits, les prestations de longue durée telles que les prestations de retraite et les indemnités d'invalidité, favorisent le respect des obligations eu égard à la déclaration de salaire ou de revenu.

La deuxième valeur ajoutée des soins de santé est la santé, et la productivité et le développement qui découlent d'une bonne santé. Les adultes qui sont malades atteignent un stade où leur productivité est affectée négativement - ils ont plus d'absentéisme dû à la maladie, de demandes de prestations d'invalidité et finissent par arrêter de travailler, ce qui veut dire qu'ils arrêtent également de cotiser. Les jeunes mères qui meurent en couches laisseront des veufs et des orphelins ayant davantage besoin de soins au foyer. Les écoliers qui ne peuvent se concentrer sur leur travail scolaire en raison d'une nourriture insuffisante n'accéderont pas à l'enseignement supérieur ni aux qualifications nécessaires aux pays en développement. Et les enfants qui meurent avant d'atteindre l'âge de la scolarité réduiront considérablement la main d'œuvre de la génération suivante. Et tous ces éléments réduiront l'extension de la couverture du système de sécurité sociale, tout en générant de nouveaux besoins d'indemnités de maladie et d'allocations d'invalidité, ainsi que d'indemnités de chômage là où ces prestations existent.

Une troisième valeur ajoutée est le processus d'amélioration du système de services de santé. Les contrats passés entre les systèmes d'assurance maladie et les prestataires de services apporteront directement des recettes prévisibles dans le système prestataire, ce qui devrait favoriser l'amélioration de la qualité des soins. Un régime d'assurance sociale maladie est beaucoup plus puissant qu'un patient individuel en tant qu'acheteur de prestations de soins de santé. Le régime d'assurance s'engage aussi à assurer la qualité de ses prestations de soins de santé, tandis que les prestataires, de même que le régime d'assurance, comprennent

rapidement que l'incapacité à accroître la satisfaction du patient incitera les affiliés à refuser de verser des cotisations régulières. Ainsi, l'engagement entre les affiliés qui paient leurs soins de santé par anticipation, le régime et les prestataires contribuera à améliorer et à maintenir la qualité des soins.

### **3. Pourquoi les soins de santé ont-ils été intégrés dans si peu de systèmes de soins de santé en Afrique?**

Avant d'examiner cette question, nous devons étudier la portée actuelle des soins de santé en tant que prestations dans les systèmes de sécurité sociale de la région.

Une étude des "Programmes de sécurité sociale dans le monde: Afrique 2007" montre que sur les 44 pays couverts, tous disposent de régimes d'assurance contre les accidents du travail, 41 versent des prestations de vieillesse, d'invalidité et de survivants, et 20 des prestations familiales. Mais seulement 20 d'entre eux proposent des "soins médicaux" en plus des indemnités en espèces pour les travailleurs pendant leur absence pour cause de maladie. Sur les 20 pays proposant des prestations de soins de santé, 5 sont des pays nord-africains: Algérie, Egypte, Libye, Maroc et Tunisie. Cinq pays proposent des soins de santé limités dans le cadre des allocations familiales, et d'autres des prestations de soins de santé seulement dans le cadre de la maternité. Dans neuf de ces 44 pays, les travailleurs et, dans certains cas, les personnes à leur charge bénéficient de soins médicaux limités dans le cadre de la législation du travail en vigueur. Trois pays possèdent des régimes contributifs pour les fonctionnaires (Burundi, Burkina Faso et Gabon).

Un rapport préparé pour la onzième réunion régionale africaine de l'OIT à Addis-Abeba, en avril 2007, fait remarquer que près de 90 pour cent de la population de l'Afrique subsaharienne n'est pas assurée contre le risque de maladie ou d'accident. Le rapport insiste sur le fait que "pour aider les groupes les plus défavorisés et les plus vulnérables à faire face aux risques de la vie, la protection sociale est un moyen puissant de réduire la pauvreté".

L'importance des soins de santé est claire et la question qu'on se pose est donc la suivante: si les soins de santé sont si importants, alors pourquoi ont-ils été intégrés dans si peu de systèmes de sécurité sociale en Afrique? Est-ce en raison d'un retard à rattraper la réalité ou du refus des conséquences des changements dans le financement des soins de santé au cours de ces deux dernières décennies?

Dans le passé, les gouvernements étaient chargés de mettre en place des services de soins de santé, de les gérer et de financer les soins de santé pour leur population. Cette responsabilité était généralement confirmée dans la législation sur la santé de base, qui prévoyait des soins gratuits dans les services publics de soins de santé. Dans beaucoup de pays d'Afrique, les soins privés impliquaient des cliniques et des hôpitaux gérés par des institutions caritatives non lucratives et souvent confessionnelles – les services de santé des missions – et celles-ci

dispensaient également des soins à titre gratuit ou appliquaient des tarifs symboliques. Par un enchaînement d'événements liés à des politiques plus larges et plus économiques que sociales, la responsabilité des pouvoirs publics est passée du financement des soins de santé à la définition, à l'élaboration législative et à la mise en œuvre de mécanismes alternatifs de financement des soins de santé.

Le changement le plus spectaculaire a été l'application d'une participation de l'utilisateur aux frais des services de santé publique, ce qui implique le paiement de frais pour les soins de santé au moment de la maladie, sans aucun remboursement. Même au risque d'une opposition politique, la plupart des gouvernements ont quasiment arrêté de facto la fourniture gratuite de soins, sinon aux personnes les plus pauvres et aux fonctionnaires. Les soins gratuits sont maintenant limités à ce que les pouvoirs publics peuvent ou veulent payer, et de sévères réductions des dépenses publiques ont entraîné une forte baisse des budgets de la santé financés par les recettes fiscales. Jusqu'à l'application d'une participation de l'utilisateur, ces services publics constituaient souvent la seule possibilité de se soigner sans contrainte financière pour la majorité de la population.

Du côté positif, l'application d'une participation de l'utilisateur a obligé les ministères de la santé à élaborer des mécanismes de budgétisation et de fixation des prix, ce qui a conduit à l'amélioration de la gestion financière au niveau du gouvernement central et à celui du prestataire hospitalier. Toutefois, la participation de l'utilisateur peut avoir des effets potentiellement négatifs. Appliquer une participation de l'utilisateur au moment de la maladie, lorsque les gains peuvent être réduits, peut conduire à un comportement sanitaire irrationnel du patient, se manifestant par des retards dans la demande de soins, par un choix du membre de la famille devant avoir la priorité et par des décisions relatives aux services à acheter après la consultation initiale.

En un très bref laps de temps, les prestataires de soins de santé concrétisent les possibilités d'augmentation des recettes en créant une demande de soins, y compris de services non nécessaires. Dans les pays en développement, cela ne se limite pas à une surutilisation des technologies de pointe. La manifestation la plus courante de ces services non nécessaires est la proportion élevée de patients qui reçoit des médicaments prescrits non nécessaires, souvent par injection, au niveau des soins de santé primaires. Cela a pour conséquence de créer un nouveau domaine de résultats sanitaires négatifs; il est aujourd'hui admis que la résistance aux médicaments efficaces a été renforcée par la prescription excessive d'antibiotiques, sans compter le risque accru découlant de l'utilisation d'injections. Un patient payant à titre individuel n'est protégé par aucun dispositif, tel qu'un régime de sécurité sociale, pour assurer l'adéquation et la qualité des soins dispensés.

## **4. Quelles sont les options pour un financement stable et équitable des soins de santé?**

Il existe plusieurs options pour augmenter les fonds disponibles pour les soins de santé dans un pays, d'un accroissement des crédits publics pour la santé, à diverses formes de participation de l'utilisateur et à l'option de la protection sociale. A l'évidence, elles ne sont pas identiques en termes de stabilité, de viabilité, d'utilisation rationnelle des revenus des ménages et de capacité à assurer la qualité des soins.

### **Augmentation des dotations budgétaires publiques**

Un système national de services de santé, financé par le budget de l'Etat, et couvrant l'ensemble de la population, est peut-être le moyen le plus simple d'obtenir une couverture sanitaire universelle. Toutefois, l'assiette fiscale dans la plupart des pays en développement est faible car ces pays sont généralement caractérisés par des secteurs d'emploi formels restreints et de vastes secteurs informels, et par de faibles systèmes de collecte d'impôts.

Les sommes dépensées par les pouvoirs publics en matière de santé sont en fait très faibles dans beaucoup de pays en développement. Si même un plus grand volume de recettes fiscales pouvait être collecté, il y aurait encore au moins deux problèmes auxquels faire face. D'abord, la question est de savoir s'il faudrait consacrer plus de fonds publics à la santé, compte tenu des besoins d'autres services sociaux, comme l'éducation élémentaire et le logement. Et ensuite, le montant supplémentaire de dotations budgétaires pour la santé devrait être négocié chaque année, ce qui rendrait variable les sommes disponibles chaque année.

### **Participation de l'utilisateur**

L'instauration d'une participation de l'utilisateur pour l'utilisation des services publics de santé a été discutée dans la section précédente. Le consentement des patients à payer ces frais dépendra non seulement du niveau de ces frais mais aussi de ce qu'ils disposeront ou non de liquidités au moment de la maladie, et de leur perception des services publics, qui est généralement médiocre dans un système au financement insuffisant.

Les secteurs les plus pauvres et les plus vulnérables de la population sont généralement dispensés du paiement de ces frais. Toutefois, les hôpitaux publics ne perçoivent pas d'ordinaire de rémunération spécifique pour les soins de santé délivrés aux patients dispensés de paiement. Le traitement de ces patients est devenu un motif de ressentiment, ainsi qu'une charge financière pour les hôpitaux. En l'absence de compensation financière pour les patients dispensés de paiement, il y a à l'évidence une tendance à accorder un traitement plus favorable aux patients qui paient, y compris ceux qui versent directement des dessous de table au personnel, qu'à ceux qui sont dispensés de paiement. Les problèmes d'exemption de frais,

d'instabilité, d'impopularité et de faible rendement ont déjà montré que la participation de l'utilisateur n'est pas le moyen optimal d'obtenir un financement stable et approprié des soins de santé.

## **Fonds de roulement pour les médicaments**

Les fonds de roulement pour les médicaments (FRM) sont essentiellement un mécanisme de participation de l'utilisateur pour l'achat de médicaments, visant à assurer leur disponibilité, dans un système public non lucratif de prestation de soins de santé. Les patients doivent payer un prix qui représente le coût plus un pourcentage déterminé des frais administratifs, qui sont essentiellement les coûts d'achat et des incitations pour les travailleurs sanitaires locaux. Le mécanisme, d'abord mis en place par l'UNICEF au Mali en 1987, a été appelé l'Initiative de Bamako et a été considéré à l'origine comme un programme pour assurer la disponibilité des médicaments essentiels dans les services défaillants de soins de santé de beaucoup de pays d'Afrique subsaharienne. Ce mécanisme a été aussi la première tentative d'abandonner l'idéal de la gratuité des services de santé dans le secteur public.

Beaucoup de pays d'Afrique disposent dorénavant d'un FRM à l'échelon du village et beaucoup a été écrit sur l'impact du système. L'aspect le plus positif est que le système a montré que les patients sont disposés à payer pour des biens et des services visibles. S'agissant de sa convenance en tant que mécanisme stable de financement des soins de santé, les principales critiques adressées à ce mécanisme sont que les FRM donnent encore lieu à un paiement de frais au moment de l'utilisation, et même de petites sommes peuvent représenter une charge financière pour les populations à très faibles revenus. Toutefois, la constatation la plus intéressante au niveau local est le montant absolu d'argent collecté de cette manière. Ce montant reflète souvent la reconnaissance par les travailleurs sanitaires locaux du fait qu'une plus grande quantité de médicaments vendus générera davantage de primes d'incitation. Il est difficile d'exclure l'existence de certaines prescriptions non nécessaires dans certaines circonstances. Si un montant aussi élevé peut être généré parmi la même population cible, nous devrions être en mesure de collecter le montant approprié sur la base du prépaiement et d'utiliser les fonds pour une série de prestations de soins de santé, en commençant par l'examen initial et pas uniquement par les médicaments.

## **Fonds de placement sanitaires**

Les fonds de placement sanitaires (FPS) sont un mécanisme relativement nouveau pour couvrir les soins de santé pour les plus pauvres. Ce ne sont pas en général des allocations publiques d'aide sociale, mais des fonds fournis par les partenaires internationaux de développement. Des organisations non gouvernementales internationales et locales (ONG) sont chargées de mettre en œuvre ces fonds auprès de populations pauvres spécifiques, plutôt que dans le cadre d'une politique nationale. Les sommes dépensées pour identifier les pauvres chaque année et les frais administratifs des FPS réduisent sensiblement les sommes effectives

pouvant être consacrées aux soins de santé, et ces fonds se limitent souvent à couvrir seulement les soins ambulatoires. Le financement est insuffisant pour couvrir l'ensemble des familles pauvres, et la poursuite de cette méthode décourage également l'élaboration de mécanismes viables de financement des soins de santé par les ministères nationaux de la santé dans les pays à bas revenus. Les gouvernements se rendent compte que les partenaires internationaux de développement ne peuvent, et en fait ne doivent pas, garantir le financement à long terme des soins de santé pour les pauvres.

## **L'option de l'assurance sociale maladie**

Pour toutes ces raisons, la protection contre les risques liés au paiement des soins de santé nécessite une base plus large que le paiement au moment du recours aux soins, effectué sur les maigres ressources familiales ou résultant d'un emprunt à taux élevé ou, dans le pire des cas, de la vente d'actifs familiaux pour obtenir un revenu. Cela est réalisable à travers le mécanisme de l'assurance, avec ses éléments essentiels de prépaiement sous forme de cotisations régulières et abordables et d'une large mutualisation sociale; c'est-à-dire les mêmes éléments utilisés pour d'autres prestations de sécurité sociale.

De fait, les soins de santé ont été la première branche officielle de solidarité sociale ou d'assistance mutuelle, comme nous le voyons dans la première législation en Allemagne en 1883, à savoir la loi bismarckienne sur l'assurance maladie, qui a défini la sécurité sociale en ces termes:

"La protection qu'une société assure à ses membres à travers une série de mesures publiques contre la misère économique et sociale qui sinon serait causée par la suspension ou la réduction substantielle des gains du fait de la maladie, de la maternité, des accidents du travail, du chômage, de l'invalidité, de la vieillesse ou du décès."

La législation prévoyait que (a) les travailleurs de branches d'activité déterminées gagnant moins qu'un montant spécifié devraient être affiliés à une caisse de maladie et (b) que la caisse serait financée par des cotisations obligatoires des travailleurs et de leurs employeurs. D'autres pays ont adopté une législation similaire, car l'assurance maladie a été considérée comme la réponse appropriée aux attentes des travailleurs et de leurs familles. Toutefois, cette évolution a été très lente en Afrique subsaharienne.

Dans le contexte national, les gouvernements tiennent à mettre en place une assurance sociale maladie pour obtenir un financement supplémentaire pour la santé. Les prestataires de soins de santé du secteur public bénéficient en général d'un financement insuffisant, qui se traduit par de bas salaires, de faibles niveaux de technologies et une satisfaction encore moindre pour le public et les professionnels de la santé.

Les prestataires privés se précipitent lorsqu'il y a de l'argent à gagner, et détournent du système public les professionnels de la santé déjà peu nombreux. A brève échéance, les recettes du secteur privé augmentent, tandis que la qualité des soins peut ne pas suivre la même évolution. Il en résulte un accroissement des frais à payer pour ceux qui ont les moyens d'accéder à ces soins, mais pas d'augmentation du financement du secteur public – qui reste toujours le principal prestataire pour la grande majorité de la population.

Les employeurs recherchent de plus en plus des dispositifs d'assurance pour les régimes d'accidents du travail, et pour les soins de santé non liés au travail dans les pays où le droit du travail impose à l'employeur de couvrir les soins de santé, lesquels ne sont pas couverts par le système de sécurité sociale. L'employeur ne veut plus supporter individuellement tous les risques de santé de ses salariés et recherche des dispositifs pour mutualiser ces risques. Quand il n'a pas les moyens de fournir cette protection à travers des compagnies d'assurance à but lucratif, il devient extrêmement intéressé par l'assurance sociale maladie.

Comme pour la population du secteur formel désormais couverte par le système de sécurité sociale, les soins de santé sont devenus une question importante. Les soins de santé sont des prestations utilisées par tous les membres de la famille tout au long de leur vie, et ce sont souvent les prestations les plus utilisées, comparées à la maternité, l'invalidité, la vieillesse et les prestations de survivants. Les résultats obtenus en Afrique avec les fonds de roulement pour les médicaments ont montré que les gens sont disposés à payer pour les soins de santé lorsque la disponibilité de ces services est garantie. Un développement important au cours des deux dernières décennies a été l'apparition de régimes d'assurance maladie communautaires ou de micro-régimes pour la population exclue des systèmes destinés au secteur salarié structuré. Comme nous le décrirons ci-dessous, ces initiatives volontaires augmentent en nombre et en puissance à la fois en tant que dispositifs de protection de la santé et d'achat de soins de santé.

Du point de vue de la protection sociale, nous pouvons caractériser l'assurance maladie sociale comme un dispositif optimal et viable permettant:

- des cotisations abordables, équitables et progressives pour les ménages et les autres partenaires;
- des niveaux de mutualisation optimaux pour réduire les risques et favoriser la solidarité entre les différentes catégories de la population (jeunes et vieux, revenus faibles et revenus élevés, urbains et ruraux);
- un accroissement de l'efficience et de l'assurance de qualité dans l'achat de soins de santé;
- un lien entre le régime d'assurance sociale maladie, les prestataires et les affiliés qui décourage le risque moral et les abus et favorise l'utilisation rationnelle des soins de santé;
- une amélioration de la distribution des soins de santé grâce à des ressources financières accrues et à une affectation plus appropriée de ces ressources;

- la fourniture de soins de santé avec une plus grande considération apportée aux préférences des patients et une satisfaction accrue des professionnels de la santé, et
- un progrès important dans l'extension des prestations de sécurité sociale pour la population, qui enrichit le concept de protection sociale tout en améliorant la santé et la productivité et en réduisant la pauvreté due à la mauvaise santé.

## 5. Qu'est-il arrivé entre-temps?

En termes de couverture par l'assurance, le secteur de l'assurance privé est à la recherche de toute possibilité d'attirer les individus et les groupes pour l'achat de polices d'assurance maladie. Dans la majorité des cas, une couverture santé est proposée par les compagnies générales d'assurance plutôt que par les régimes d'assurance maladie, dans le cadre du secteur privé à caractère lucratif de l'assurance. Ces compagnies d'assurance vie ou d'assurance générale sont disposées à perdre un peu d'argent sur les soins de santé, pour attirer les employeurs versant des salaires élevés. Les primes sont élevées et souvent liées au risque encouru par l'individu, à moins que les employeurs n'achètent des polices collectives. L'assurance maladie privée à but lucratif couvre moins de 2 pour cent de la population, et renforce l'inégalité dans l'accès aux soins de santé.

En Afrique du Sud et au Zimbabwe, une forme différente d'assurance maladie privée est apparue. Elle est basée sur le système d'aide mutuelle là où des compagnies d'assurance médicale non lucratives se sont développées et se sont efforcées de couvrir les travailleurs à bas revenus ainsi qu'à revenus élevés et moyens, et leurs familles. Il s'agit d'une forme d'assurance volontaire, et les employeurs et les familles ne sont pas obligés par la loi d'y adhérer. La couverture reste faible, touchant 7 pour cent de la population d'Afrique du Sud, essentiellement la population à revenus élevés. Toutefois, le concept traditionnel s'érode car les primes augmentent dans la mesure où ces régimes sont de plus en plus basés sur la fourniture privée à titre lucratif de services de santé et le recours à des sociétés commerciales tierces pour la gestion financière.

Une autre forme d'assurance volontaire, de plus en plus répandue, est l'assurance communautaire, ou les régimes de micro-assurance, mis en place par les institutions locales, comme les associations communautaires ou les coopératives, ou par les prestataires de soins de santé. L'assurance maladie communautaire (AMC) vise à fournir une protection contre les dépenses de soins de santé pour les familles de l'économie indépendante ou informelle – généralement celles qui sont exclues des régimes sociaux du secteur structuré.

L'organisme précurseur dans le domaine de l'assurance communautaire ou de la micro-assurance maladie est le régime de Bwamanda créé en 1986, lorsque l'hôpital du district de Bwamanda, dans une région rurale de la République démocratique du Congo, a proposé à la population de sa circonscription l'affiliation à un régime de prépaiement pour accéder à ses services sanitaire sans avoir à payer au moment de leur utilisation. Les études bien

documentées sur le régime de Bwamanda ont relevé la disposition à payer des affiliés et les recettes substantielles et prévisibles pour l'hôpital tirées de ce régime. Le nombre de ces régimes a depuis lors augmenté considérablement en Afrique, principalement dans les pays francophones. La plupart se trouvent dans les régions rurales, et sont liés à des associations communautaires plutôt qu'à des prestataires de soins de santé.

Bien qu'il existe un intérêt grandissant pour l'assurance maladie communautaire ou la micro assurance, cette forme de financement des soins de santé n'est pas bien comprise et est actuellement plus critiquée que soutenue. Certains économistes de la santé estiment que les petits régimes d'assurance maladie ne sont pas viables, et que la prolifération de ces régimes conduit au chaos plutôt qu'à une extension maîtrisée et stable de la couverture. Des éléments tels que de faibles capacités de gestion, l'absence de cadre pour coordonner les régimes et la limitation des prestations de soins de santé ont été présentés comme les principales raisons de la lenteur de leur expansion.

Certes, il est difficile d'atteindre 50 pour cent de la couverture de la population à l'échelon local à travers ces régimes volontaires et de dimension réduite. Les principales composantes, comme les niveaux de cotisation et les mécanismes de collecte, ainsi que les prestations, varient d'un régime à l'autre, rendant les fusions et la portabilité des droits très difficiles. Les régimes sont souvent dépourvus des capacités de gestion pour assurer un développement régulier et la viabilité financière.

Malgré les difficultés et la fragilité de ces régimes, leur importance ne doit pas être sous-estimée. Ils empêchent beaucoup de gens de tomber dans la pauvreté à cause des dépenses de soins de santé, et ils sensibilisent au concept de solidarité et à la nécessité de dispositifs sociaux de protection de la santé accessibles à tous. Avec un engagement politique, et une politique nationale mettant en œuvre une réglementation et des directives pour un développement maîtrisé et une fusion des régimes, la couverture universelle peut devenir une réalité. Cela nécessite une politique articulée, dans laquelle le système de sécurité sociale du secteur formel pourrait à la longue apporter sa contribution ou assumer la couverture des travailleurs indépendants et de l'économie informelle. Des études de cas de cette articulation ont été menées par l'AISS, en collaboration avec le programme STEP de l'OIT et l'Association internationale de la mutualité (AIM), et la documentation obtenue fournit un matériel excellent pour la consolidation du processus.

Le Rwanda est un remarquable exemple de ce processus, et de fait l'une des études de cas décrit cette expérience. En tant que composante majeure de la réforme du système de santé rwandais après 1994, un régime communautaire d'assurance maladie indépendant a été créé en 1994. La Mutuelle de santé couvre désormais 70 pour cent de la population cible de toutes les provinces et l'utilisation des soins de santé a nettement augmenté par rapport à la période où le mécanisme de participation de l'utilisateur était en vigueur. Les cotisations pour couvrir l'ensemble des ménages sont relativement faibles, les frais administratifs sont maintenus au

dessous de 8 pour cent des recettes et un fond central de réserve a été créé pour les situations exceptionnelles. En plus de son action en matière de détermination de la politique, d'assistance technique et de contrôle, le gouvernement central stimule le processus par l'octroi d'une subvention à chaque district. L'objectif immédiat est de renforcer la mutualisation par la fusion du régime des fonctionnaires avec celui de l'assurance médicale pour les forces armées.

## 6. Comment peut-on procéder?

L'ajout des soins de santé à l'ensemble des autres prestations de sécurité sociale peut apporter les changements dont nous avons besoin. Comme nous l'avons remarqué au tout début de cet article, les systèmes de sécurité sociale de la plupart des pays africains n'ont pas considéré les soins de santé comme une priorité jusqu'à une époque récente. L'intégration des soins de santé n'est pas une tâche facile, notamment parce que les systèmes de sécurité sociale peuvent ne pas disposer de l'expertise nécessaire pour les soins médicaux ou de santé. S'occuper des aspects médicaux des régimes d'accidents de travail n'est certainement pas quelque chose d'aussi complexe qu'un système complet d'assurance soins de santé pour l'ensemble des travailleurs et des personnes à leur charge.

Le développement de l'assurance sociale maladie ne doit pas être considéré comme relevant de la seule responsabilité des ministères de la santé, en tant qu'initiateurs ou organisateurs. Nous avons également remarqué que les ministères de la santé sont maintenant très intéressés par l'option de l'assurance maladie, mais ils ne possèdent pas les capacités institutionnelles essentielles pour immatriculer la population et collecter les cotisations, qui constituent l'élément central pour l'extension de la couverture et la viabilité du financement. La nécessaire gouvernance tripartite est également difficile à mettre en oeuvre dans des systèmes d'assurance maladie sociale gérés par un ministère de la santé. Il est en outre beaucoup plus facile pour des systèmes de sécurité sociale que pour un ministère de la santé de passer des contrats avec des prestataires tant du secteur public que privé.

Ce sont les organismes de sécurité sociale qui doivent prendre l'initiative, identifier les partenaires, en premier lieu le ministère de la santé, et lancer un processus sérieux et continu d'intégration des soins de santé dans le système de sécurité sociale. Cela doit être considéré comme une opportunité pour les systèmes de sécurité sociale d'apporter la valeur ajoutée examinée ci-dessus, et de stimuler la croissance nationale à travers la protection sociale et pas seulement de favoriser le développement d'un système de sécurité sociale. C'est aussi une opportunité pour le ministère de la santé d'assumer la responsabilité d'élaborer des méthodes optimales de financement des soins de santé pour la population, avec un partenaire puissant et fiable. Avec l'engagement politique d'un gouvernement, une politique nationale claire et un pilotage approprié des parties prenantes pour les amener à travailler ensemble, cette série de problèmes ou de questions difficiles peut être appréhendée. Les principales questions qui se posent dans ce processus sont exposées ci-dessous:

## 6.1. Y a-t-il des conditions préalables?

L'urgence de parvenir à un financement stable des soins de santé dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne exclut de procéder à de longues études, les données nécessaires existant déjà par ailleurs grâce aux travaux menés ces dernières années. Plutôt que de réaliser de nouvelles études, il est plus important de former un noyau de personnes pour comprendre la nature de l'assurance sociale maladie. Il y a beaucoup de conceptions erronées, à commencer par l'idée que le niveau de cotisation pour couvrir les personnes à charge et une gamme complète des prestations serait si élevé que les coûts de la main d'oeuvre en seraient négativement affectés. Les régimes de sécurité sociale qui ont intégré les soins de santé comme prestations l'ont fait avec un niveau de cotisation modéré. Le noyau de personnes formées, incluant des hauts fonctionnaires qui participeront au processus, aura alors la capacité d'identifier les lacunes essentielles dans les données disponibles et d'utiliser toutes les sources pour d'abord élaborer l'idéologie, la politique et les outils législatifs et réglementaires appropriés. Ce noyau sera également à même de faire face à l'opposition suscitée par l'intégration de l'assurance maladie sociale provenant de l'assurance privée et du secteur des prestataires privés de soins de santé et qui s'exprime d'ordinaire à un stade précoce du débat.

Les partenaires internationaux de développement, y compris le BIT, l'AISS et l'OMS, sont disposés à fournir un appui technique dans le domaine de l'assurance sociale maladie. Toutefois, le processus de développement doit être un processus national depuis le tout début, dirigé par une équipe nationale multisectorielle et non pas par une ou deux personnes.

L'équipe peut être guidée par des conseillers extérieurs, mais l'acceptation du produit, l'analyse de chacune des propositions et la prise de décision subséquente ne peuvent relever que des nationaux qui ont acquis une connaissance cumulée des principales questions en jeu. La réussite finale du régime dépend du degré de contribution des nationaux au fait du processus, et de leur prise en charge des responsabilités y afférentes.

Un autre préalable est manifestement l'existence d'un système de services de santé qui peut fournir les prestations auxquelles ont droit les assurés en contrepartie de leur prépaiement régulier. Très peu de pays disposent d'un tel système, et il faudrait beaucoup trop de temps pour arriver à la situation idéale. Toutefois, à travers un investissement accru des pouvoirs publics dans les infrastructures de soins de santé et la formation de ressources humaines suffisantes, et une coopération entre le système d'assurance sociale maladie et les prestataires de soins de santé, des mesures peuvent être prises pour assurer la fourniture initiale des soins, et prévoir des améliorations sur la base d'un engagement financier accru à partir des recettes de l'assurance maladie. La question clé est souvent celle de la flexibilité rendant possible une utilisation des recettes de l'assurance maladie au niveau du prestataire, de manière à permettre une augmentation des revenus du personnel et l'amélioration de la situation des patients, qui entraînent une satisfaction accrue.

## 6.2. Quels instruments législatifs sont nécessaires?

Aussi bien l'assurance maladie obligatoire que l'assurance volontaire nécessitent des instruments législatifs, y compris des lois et règlements, pour assurer une mise en œuvre effective. La législation du travail en vigueur pourra nécessiter une révision, car les employeurs ne souhaiteront pas continuer à assumer la responsabilité de payer pour les soins de santé non liés au travail en plus des nouvelles cotisations pour les soins de santé. Les organismes de sécurité sociale peuvent ne pas avoir besoin du processus législatif complet d'élaboration et d'adoption pour intégrer les soins de santé car la législation de sécurité sociale en vigueur dans de nombreux pays permet d'ajouter de nouvelles prestations et de nouvelles populations à couvrir (comme les travailleurs des petites entreprises et les travailleurs indépendants) par de simples amendements. Des changements seront certainement nécessaires concernant la supervision et la gouvernance pour assurer une expertise appropriée et la participation des professionnels de la santé. L'apport de connaissances et de qualifications dans ce domaine ne pourra qu'être bénéfique pour les systèmes de sécurité sociale existants. Deux points importants sont ici à relever:

- si la couverture universelle est la politique fixée, la législation devra prévoir ou s'adjoindre des filets sociaux de protection pour les populations vulnérables et à très bas revenus qui ne peuvent pas cotiser; et
- les instruments législatifs sont essentiels mais ne doivent pas nécessairement prendre des années pour être mis en place. La loi doit porter sur les principes et les engagements tandis que les éléments pouvant nécessiter des ajustements périodiques doivent relever de la réglementation.

## 6.3. Quelles prestations de soins de santé doivent être fournies?

Il y a une tendance à privilégier un "ensemble minimum de prestations" dans un nouveau régime d'assurance sociale maladie, ou à limiter les prestations pour couvrir les "dépenses catastrophiques", qui généralement correspondent aux soins hospitaliers. Il y a là plusieurs questions sous-jacentes. Premièrement, un régime d'assurance proposant des prestations qui seront utilisées pour tous les membres de la famille au moins une fois par an peut être très attractif pour ses affiliés potentiels. Les soins hospitaliers qui peuvent être utilisés par seulement 5 à 8 pour cent de la population couverte chaque année sont beaucoup moins attractifs. L'expérience a montré que la limitation des prestations aux soins hospitaliers conduit à un usage irrationnel des services: les affiliés retarderont la demande de soins jusqu'à ce que la gravité de leur maladie nécessite une hospitalisation effective. Ou alors il y aura une utilisation abusive du régime lorsque des patients devront être hospitalisés pour bénéficier de services qui pourraient être fournis sous forme de soins ambulatoires.

Deuxièmement, limiter les prestations à un ensemble minimum de soins primaires essentiels dans les services communautaires est injuste. Tout comme les autres populations du monde,

les Africains nourrissent des espérances grandissantes dans les résultats de la science médicale et des technologies modernes. Les préférences des assurés eu égard au confort et à la dignité dans l'administration des soins doivent aussi être prises en compte. Les Africains méritent de bénéficier d'une gamme équilibrée de soins de santé pour répondre à leurs besoins sanitaires, médicaux et culturels.

L'ensemble de prestations n'a pas à inclure toutes les technologies médicales existantes et sûres. Il peut arriver à la maîtrise des dépenses nécessitée par un niveau de cotisation abordable en mettant l'accent sur la promotion de la santé et la prévention, des mécanismes d'orientation efficaces et un achat approprié des soins de santé. L'inclusion de services préventifs ne veut pas dire que le ministère de la santé abandonne sa responsabilité en matière de prévention des maladies au régime d'assurance. Au contraire, cela veut dire que les pouvoirs publics sont plus aptes à remplir leurs responsabilités en matière de santé publique, en coordination avec la responsabilité du régime d'assurance maladie de promouvoir des comportements sains et de prévenir la maladie aux niveaux de l'individu et des ménages.

Il existe une tendance à exclure les services qui sont considérés comme des technologies à coût élevé. Là encore, une administration efficiente du régime peut trouver des moyens de limiter l'utilisation d'une liste définie de services à coût élevé par des mécanismes d'orientation et la gestion de réserves raisonnables affectées à cette fin.

Le mécanisme principal de maîtrise des dépenses s'inscrit dans le mécanisme de paiement des prestataires. Des contrats fermes passés avec des services de santé accrédités et des mécanismes de paiement des prestataires qui ne sont pas basés sur le volume de soins dispensés sont essentiels à cette fin. C'est-à-dire que le mécanisme de paiement des prestataires doit assurer la qualité des soins tout en évitant que les services non nécessaires à la population assurée visent uniquement à augmenter les recettes du prestataire. De nombreux régimes d'assurance sociale maladie sont en train, pour cette raison, de passer du système de paiement à l'acte à la rémunération forfaitaire par personne et à d'autres mécanismes de paiement. Tous les régimes de sécurité sociale disposent de fonds limités, qui dépendent du nombre de personnes assurées et du respect de leur obligation de cotiser, et ce dernier élément ne peut tout simplement pas être amélioré en raison de l'inefficience ou de l'utilisation excessive des prestations couvertes.

Une question pertinente lors de la définition des prestations est de déterminer si le VIH/SIDA doit être couvert, dans la mesure où la forte prévalence actuelle du VIH/SIDA pose de sérieux problèmes de viabilité financière pour la fourniture de prestations complètes. Il serait tout à fait inapproprié d'exclure les soins préventifs ou aigus pour les infections intercurrentes des personnes assurées qui sont séropositives au VIH ou atteintes du VIH/SIDA. Les coûts élevés réels des soins pour les personnes affectées du VIH/SIDA concernent les médicaments anti-rétroviraux (MAV) qui, s'ils sont efficaces, peuvent être nécessaires pendant de longues périodes. A l'heure actuelle, le Fonds mondial et les autres donateurs internationaux

fournissent des médicaments dans le cadre de dotations allouées aux pays qui sont les plus affectés. Toutefois, comme pour la fourniture de médicaments pour soigner la tuberculose et le paludisme par le Fonds mondial, ces médicaments ne seront délivrés qu'une fois le diagnostic effectué. Le non accès aux soins de santé primaires et le retard dans la détection et le diagnostic de ces deux maladies entraînent trois tendances fortement indésirables:

- une augmentation de la gravité de la maladie chez l'individu;
- la propagation de la maladie à d'autres personnes; et
- une augmentation de l'invalidité et de la mortalité précoce dues à ces maladies.

Les régimes d'assurance sociale maladie doivent donc rechercher des partenariats avec les organisations s'occupant actuellement du VIH/SIDA, de la tuberculose et du paludisme. Outre le financement de la prévention et des MAV, il serait utile de rechercher une forme de mutualisation d'au moins une partie des ressources de ces organisations comme soutien pour les cotisations des familles atteintes du VIH/SIDA qui n'ont pas les moyens de payer les cotisations.

#### **6.4. Combien de temps faudra-t-il pour couvrir l'ensemble de la population?**

Il n'est pas possible de couvrir l'ensemble de la population immédiatement, ou dans un bref délai, même si la politique fixée et la législation visent la couverture universelle. Dans un système de sécurité sociale obligatoire, il sera évidemment plus facile de commencer par les personnes déjà couvertes par une pension et d'autres types de prestation. L'intégration des soins de santé peut en fait entraîner une expansion très importante de cette population quand, par exemple, la couverture est étendue aux travailleurs d'entreprises plus petites. S'il existe un régime pour les fonctionnaires, l'extension de la couverture pourrait concerner les travailleurs salariés du secteur privé. Si le système de sécurité sociale ne couvre maintenant que le secteur privé, cela pourrait être une occasion de négocier avec les pouvoirs publics pour couvrir les fonctionnaires. Dans tous les cas, les prestations de soins de santé doivent couvrir le travailleur et les personnes à sa charge. Les pouvoirs publics estiment parfois qu'ils doivent garder la responsabilité du financement des soins de santé pour les enfants. Dans un système de santé insuffisamment financé, cela veut dire que les soins aux enfants continueront d'avoir un financement insuffisant. Il n'est ni possible ni souhaitable de couvrir seulement les travailleurs, et une couverture universelle ne peut être atteinte en couvrant chaque individu en tant qu'entité séparée.

L'extension de la couverture aux travailleurs indépendants et du secteur informel est plus compliquée. Si une assurance sociale maladie volontaire, dans le cadre de régimes d'assurance communautaire ou de micro-assurance maladie, existe déjà dans le pays, le défi consistera à renforcer ces régimes et à sensibiliser l'opinion aux avantages de l'adhésion à ces régimes. Ce processus peut prendre plusieurs années, ou être raccourci grâce à un soutien des autorités centrales, y compris un appui technique fourni par les régimes de sécurité sociale existants,

jusqu'à ce que l'ensemble de la population puisse être couvert par le système obligatoire. La couverture universelle impose aussi aux pouvoirs publics de s'engager à créer un mécanisme de filet de protection pour couvrir la population non active et les autres personnes et familles vulnérables. Le processus de réalisation de la couverture universelle nécessite aussi une politique claire concernant les étapes fixées et le calendrier pour couvrir chaque catégorie spécifique de population, comme par exemple le type d'emploi, l'affiliation des groupes de la société civile et des coopératives, ou le district géographique.

## Conclusions

Le rapport du BIT intitulé l'Agenda du travail décent en Afrique: 2007-2015, estimait que:

"Le défi principal pour la protection sociale en Afrique est d'étendre la couverture de la sécurité sociale pour assurer que la population ait accès aux soins de santé et bénéficie au moins d'un niveau minimum de garantie de revenu. C'est seulement de cette manière qu'il sera possible de faire du droit à la sécurité sociale, inscrit dans l'article 22 de la Déclaration universelle des droits de l'homme, une réalité sur le continent africain. L'intensification des efforts pour fournir une protection sociale de base est donc un moyen viable de réduire la pauvreté et l'insécurité dans les pays de l'Afrique subsaharienne."

Nous avons vu que les soins de santé en Afrique accusent un retard par rapport au reste du monde – et cela n'est pas dû entièrement au VIH/SIDA, à la tuberculose et au paludisme. La déclaration de l'Agenda du travail décent résume à cet égard ce qui doit être fait.

Le développement régulier et l'intégration des soins de santé nécessitent des composantes politiques et techniques et imposent de tenir compte du rôle actuel et potentiel de chacune des parties prenantes. Le concept et les objectifs doivent être bien compris, et la stabilité politique et socioéconomique doivent permettre la poursuite de la politique menée, même en cas de changements de gouvernement. Un financement accru des soins de santé à travers l'assurance sociale maladie ne signifie pas que les gouvernements, à travers les ministères de la santé, doivent dépenser moins pour les soins de santé. Au contraire, les ministères de la santé doivent augmenter les ressources consacrées à la santé, y compris le financement, dans presque tous les pays d'Afrique.

Nous ne disposons pas des outils pour parvenir à l'équité en matière de santé. Mais nous avons les outils pour parvenir à l'équité dans l'accès aux soins de santé à travers la protection sociale, y compris l'assurance sociale maladie, de sorte que l'Afrique ne soit plus en retard en matière de santé, et puisse sortir du cycle de la pauvreté et de la mauvaise santé. Les systèmes de sécurité sociale comptent parmi les organisations les plus puissantes au sein d'un pays – ils disposent de l'appui politique et des structures institutionnelles pour ajouter les soins de santé

à la gamme des prestations, et même pour étendre – ou commencer à étendre – ces prestations aux travailleurs indépendants et à ceux de l'économie informelle.

## Références

- Abel-Smith, B. 1992. «Health insurance in developing countries: Lessons from experience», dans *Health Policy and Planning*, vol. 7, n° 3, pp. 215-226.
- Abel-Smith, B.; Rawal, P. 1992. «Can the poor afford "free" health care: A case study of Tanzania», dans *Health Policy and Planning*, vol. 7, n° 4, pp. 329-41.
- Arhin, D. C. 1995. «Health insurance in rural Africa», dans *Lancet*, n° 345, pp. 435-444.
- Atim, C. 1998. «The contribution of mutual health organizations to financing, delivery and access in health care in West and Central Africa: Synthesis of research in nine countries», dans *PHR Reports*, n° 18.
- Bureau international du Travail. 2002. *Micro-assurance santé: Guide d'introduction aux mutuelles de santé en Afrique*. Genève, BIT – STEP.
- . 1999. *Health micro-insurance: The Abidjan platform*. Genève, BIT – STEP.
- . 2007. *L'agenda du travail décent en Afrique: 2007-2015* (Rapport du Directeur général, 11<sup>e</sup> Réunion régionale africaine, Addis Abeba, avril). Genève, BIT. <[http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/--dcomm/---webdev/documents/publication/wcms\\_082501.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/--dcomm/---webdev/documents/publication/wcms_082501.pdf)>
- Carrin, G.; Desmet; Basaza, R. 2000. «Social health insurance development in low-income developing countries: New roles for government and non-profit organizations», dans X. Scheil Adlung (sous la dir. de), Association internationale de la sécurité sociale, *Building social security: The challenge of privatization*. Piscataway, NJ, Transaction Publ. <<http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/02A6ADBE-FF59-4640-A1DE-3304A00AF5C9/0/buildingsocialsecutiryXeniaScheilAdlung.doc>> (consulté le 18.05.2009).
- Castillo-Riquelme, M.; McIntyre D.; Barnes, K. 2008. «Household burden of malaria dans South Africa and Mozambique: Is there a catastrophic impact?», dans *Tropical Medical International Health*, n° 13, pp. 108-122.
- Chaora, M. 1997. *Health insurance development in Zimbabwe* (Case study). Harare, CIMAS Medical Aid Society.
- CIA. Sans date. *World Fact Book*. Washington, DC, Agence centrale de renseignement.
- Criel, B.; Van der Stuyft, P.; Van Lemberghe, W. 1999. «The Bwamanda hospital insurance scheme: Effective for whom? A study of its impact on hospital utilization patterns», dans *Social Science & Medicine*, n° 48, pp. 897-911.
- Gbossa, L.; Gauthé, B. 2002. *Social protection and crises in the Congo: From humanitarian aid to sustainable development* (ESS Paper, n° 12). Genève, BIT – SOCPOL.
- Geest, S. van der. 1992. «Is paying for health care culturally acceptable in sub-Saharan Africa?», dans *Social Science & Medicine*, vol. 6, n° 32, pp. 667-673.

- Gilson, L.; Mills, A. 1995. «Health sector reforms in sub-Saharan Africa: Lessons of the last 10 years», dans *Health Policy*, n° 32, pp. 215-243.
- Gilson, L. 1997. «The lessons of user fee experience in Africa», dans *Health Policy and Planning*, vol. 12, n° 4, pp. 273-285.
- Gilson, L.; McIntyre, D. 2007. «Post-apartheid challenges: Household access and use of health care in South Africa», dans *International Journal of Health Services*, n° 37, pp. 673-691.
- Ginneken, W. van. 2002. *Extending social security: Policies for developing countries* (ESS Paper, n° 13). Genève, BIT – SOCPOL.
- Logie, D. E.; Rowson, M.; Ndagije, F. 2008. «Innovations in Rwanda's health system: Looking to the future», dans *Lancet*, n° 372, pp. 256-261.
- Mathers, C.; Loncar, D. «Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030», dans *PLoS Medicine*, vol. 3, n° 11.
- McIntyre, D.; Mooney, G. 2007. *The economics of health equity*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Moens, F. 1990. «Design, implementation and evaluation of a community financing scheme for hospital care in developing countries: A pre-paid health plan in the Bwamanda health zone», dans *Social Science & Medicine*, vol. 30, n° 12.
- Musango, L.; et al. 2006. «Le Rwanda : son système de santé et son système d'assurance maladie», dans *Revue internationale de sécurité sociale*, vol. 59, n° 1.
- Nyonator, F.; Kutzin, J. 1999. «Health for some? The effects of user fees in the Volta Region of Ghana», dans *Health Policy and Planning*, vol. 14, n° 4, pp. 329-341.
- Organisation mondiale de la santé. 2000. «Qui finance les systèmes de santé ?», dans *Rapport sur la santé dans le monde, 2000: pour un système de santé plus performant*. Genève, OMS. <[http://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_ch5\\_fr.pdf](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_ch5_fr.pdf)> (consulté le 18.05.2009).
- Organisation mondiale de la santé. 2005. *Social health insurance: Selected case studies from Asia and the Pacific*. OMS – Bureaux régionaux de l'Asie du sud-est et du Pacifique occidental. <<http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/8EE02A82-B0EF-4EE3-B635465A7C67794D/0/searpno42.pdf>> (consulté le 18.05.1009).
- Ron, A.; Abel-Smith, B.; Tamburi, G. 1990. *Health insurance in developing countries: The social security approach*. Genève, BIT.
- Ron, A.; Scheil-Adlung, X. (sous la dir. de). 2001. *Recent health policy innovations in social security* (International Social Security Series, vol. 5). Piscataway, NJ, Transaction Publ.
- Russell, S.; Gilson, L. 1995. *User fees at government health services: Is equity being considered?* (PHP Publication, n° 15). Londres, School of Hygiene and Tropical Medicine.

SSA ; AISS. 2007. *Social security programs throughout the world: Africa*. Washington, DC, Administration de la sécurité sociale. <<http://www.ssa.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/2006-2007/africa>> (consulté le 18.05.2009).

Waddington, C.; Enyimayew K. 1989. «A price to pay: The impact of user charges in Ashanti-Akim District, Ghana», dans *International Journal of Health Planning and Management*, n° 4, pp. 17-47.

Weaver, M. ; et al. 1994. «Prospects for reform of hospital fees in Sub-Saharan Africa: A case study of Niamey National Hospital in Niger», dans *Social Sciences & Medicine*, vol. 38, n° 4, pp. 565-574.