

Systèmes d'assurance maladie pour les travailleurs du secteur informel

PRINCIPES DIRECTEURS A L'USAGE
DES GOUVERNEMENTS



Division de l'Analyse, de la Recherche et de l'Évaluation
Programme de Développement des systèmes de Santé
Organisation mondiale de la Santé
Genève

© Organisation mondiale de la Santé, 1997

Ce document n'est pas une publication officielle de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), et tous les droits y afférents sont réservés par l'Organisation. S'il peut être commenté, résumé, reproduit ou traduit partiellement ou en totalité, il ne saurait cependant l'être pour la vente ou à des fins commerciales.

Conception et présentation : OMS, Présentation graphique
Imprimé en France

WHO/ARA/97.13
Original: Anglais
Distr.: Générale

Systèmes d'assurance maladie pour les travailleurs du secteur informel

PRINCIPES DIRECTEURS A L'USAGE
DES GOUVERNEMENTS



Division de l'Analyse, de la Recherche et de l'Évaluation
Programme de Développement des systèmes de Santé
Organisation mondiale de la Santé
Genève

» Ce guide est le résultat d'une étude mondiale entreprise par l'OMS en 1996 et 1997. L'ensemble de l'étude englobe la préparation d'une base de données et d'un document de synthèse ainsi qu'une consultation internationale avec des représentants d'organisations internationales et d'organismes d'assurance, ainsi que des responsables de la politique sanitaire, haut placés, venant de pays en développement, tous experts en assurance maladie pour les travailleurs du secteur informel. Le document de l'étude et la base de données correspondante portant sur plus de 80 systèmes d'assurance maladie sont tous deux disponibles sur demande (pour prendre contact, voir les indications figurant à la fin de ce document). Dans tous les systèmes examinés, il existe un partage des risques entre les individus, familles ou villages participant au système. Parmi les systèmes, un premier sous-groupe important s'occupe exclusivement de couvrir les frais d'hospitalisation, un second est conçu pour protéger ses membres contre les frais entraînés par les médicaments et les soins de santé de base, et le dernier est orienté vers les soins du premier échelon avec une couverture limitée pour les soins aux échelons supérieurs. Les systèmes étudiés comprennent davantage de systèmes avec partage de risques que de systèmes avec prépaiement, tels les "comptes d'épargne médicaux" ou les "abonnements" où les versements sont faits à l'avance et qui couvrent tout ou partie des soins pour une seule famille ou un seul individu. Dans tous les systèmes examinés le risque est réparti sur un groupe plus important de familles et quelques systèmes sont à une échelle nationale, bien que l'adhésion soit volontaire dans la plupart des cas.

.....

Il existe un besoin croissant et croissant de mécanismes plus largement répandus afin de protéger la population contre les coûts des soins de santé nécessaires. Les plus vulnérables sont les travailleurs du secteur informel.

► Aujourd'hui, peu de pays en développement assurent pour la totalité – ou même la majorité – de leur population, une protection contre les dépenses de santé. En matière de politique sanitaire, des tendances récentes et largement répandues telles l'augmentation des tarifs, la réduction des dépenses publiques et l'importance plus grande du rôle des prestataires privés, ont souvent contribué à augmenter les charges financières pesant sur les usagers des services de santé. Et malgré cela, dans les pays à bas revenu, de larges couches de population ne peuvent toujours pas, pour des raisons financières ou physiques, avoir accès à des services de santé de bonne qualité. Ceci est particulièrement vrai pour les populations vivant en agriculture de subsistance, et pour le nombre croissant de gens travaillant à leur compte ou employés dans le secteur informel en milieu urbain ou rural. Les travailleurs du secteur conventionnel sont généralement plus aisés que la moyenne, et il est aussi plus facile de les faire adhérer à des systèmes d'assurance car leur revenu est facilement identifiable et peut souvent être imposé directement à la source.

► Au cours de ces dernières années, les gouvernements, les organismes internationaux et en particulier les organisations non gouvernementales, ont pris de nombreuses initiatives pour mieux protéger les travailleurs du secteur informel contre les dépenses de santé. Parmi celles-ci des innovations en matière de

financement communautaire, à l'image de celles préconisées dans de nombreux pays par l'initiative de Bamako, ou encore la création de crédit communautaire ou de fonds de roulement pour l'achat de médicaments, ou enfin la mise sur pied de plusieurs types de systèmes de prépaiement différents afin de répartir les risques financiers dans le temps ou entre les individus. Beaucoup de ces systèmes ont été conçus spécialement afin d'améliorer l'accès aux services des populations rurales ou celui du nombre croissant de travailleurs urbains du secteur informel.

► L'Organisation mondiale de la Santé vient d'examiner un certain nombre d'initiatives centrées sur l'amélioration de l'accès aux soins par le biais des systèmes d'assurance maladie. En examinant ces expériences, on peut tirer des leçons très précises. Le but de cette note d'information est de résumer ces leçons et d'encourager les gouvernements à développer une politique de soutien plus explicite en faveur de telles initiatives. Il est aussi très clair que nous sommes loin de comprendre complètement les facteurs qui déterminent le succès ou l'échec de ce type d'assurance et qu'un effort plus soutenu est nécessaire afin de procéder à des évaluations et d'en apprendre encore davantage.

L'expérience acquise avec des systèmes innovateurs de partage de risques donne des leçons générales à l'usage des gouvernements. Celles-ci sont centrées sur les mesures à prendre pour assurer de meilleures relations avec le reste du système de santé et avec l'ensemble des objectifs sanitaires. Des leçons spécifiques portant sur la conception des systèmes d'assurance en ressortent également. Elles sont résumées ci-dessous.

.....

▷ La plupart des gouvernements souhaitent améliorer l'accès, la qualité et l'efficacité des services de santé. Les systèmes d'assurance maladie pour les travailleurs du secteur informel peuvent être des instruments au service de la réalisation de ces objectifs – sous réserve que ces systèmes soient conçus et gérés de façon appropriée. En permettant aux communautés de contribuer aux soins de santé et de les dispenser aussi bien aux gens malades qu'aux gens bien portants, on peut mobiliser des ressources supplémentaires. Celles-ci peuvent servir à améliorer la qualité des soins. De plus, la participation communautaire engendre une responsabilité, qui, à son tour, exerce une influence sur l'efficacité des services et sur l'amélioration de la qualité.

▷ Cependant les systèmes d'assurance maladie pour les travailleurs du secteur informel ne sont pas seulement un mécanisme de financement. S'ils sont bien conçus, ils peuvent aussi avoir un impact positif plus large sur l'organisation des soins de santé et la façon dont ceux-ci sont délivrés. Ces systèmes peuvent contribuer, à des degrés variables, à réunir des fonds supplémentaires pour la santé, mais ils ne peuvent être considérés comme des réussites que si ces

revenus additionnels **s'ajoutent aux ressources des gouvernements** et ne se substituent pas à celles-ci.

► Le financement de l'assurance maladie par la population et les communautés les plus pauvres elles-mêmes, ne suffira pas pour leur assurer l'accès à un ensemble de prestations de santé de base. Pour cela les subventions des gouvernements seront toujours nécessaires. Les subventions peuvent être accordées directement aux prestataires de soins ou passer par les caisses d'assurance. La procédure la plus appropriée dépend de l'ensemble de la structure et des objectifs du système de santé. Si les subventions gouvernementales passent par les caisses d'assurance, cela peut contribuer à renforcer la fonction d'acheteur de la caisse ou de l'autorité sanitaire locale.

Les gouvernements peuvent créer un environnement favorable pour le fonctionnement de systèmes d'assurance bien conçus.

► Les gouvernements ont un rôle important à jouer en favorisant la conception correcte et le bon fonctionnement de systèmes d'assurance maladie pour les travailleurs du secteur informel. En particulier les gouvernements doivent prendre des mesures pour que:

- les systèmes soient dotés des statuts légaux nécessaires pour pouvoir fonctionner comme entités officielles. Aujourd'hui, dans quelques pays, des systèmes fonctionnent sans être reconnus légalement. Les gouvernements doivent réviser la législation en vigueur pour assurer aux systèmes

approuvés la protection, la sécurité et la responsabilité que leur confère une existence légale;

☐ les systèmes existants aient l'occasion de partager leurs expériences et discuter de leurs stratégies;

☐ appui technique, conseils et formation soient à la disposition de groupes désireux de constituer de tels systèmes ou de groupes qui en exploitent déjà;

☐ les systèmes soient convenablement surveillés et évalués;

☐ les stratégies puissent se développer suffisamment pour permettre aux systèmes d'évoluer dans le temps, par exemple, le pouvoir d'achat des systèmes pourrait être utilisé plus activement dans le but de maîtriser les coûts et améliorer qualité et accessibilité.

► Lorsque plusieurs systèmes fonctionnent déjà dans un pays, un organisme supérieur comprenant le gouvernement et des représentants des systèmes pourrait procurer un forum pour des discussions entre partenaires.

Un cadre politique clair est souvent nécessaire pour faire connaître la "bonne façon de faire" et guider le développement futur des initiatives en matière d'assurance

.....

► Il apparaît que peu de gouvernements, s'il en existe, ont des repères politiques clairs pour guider et surveiller les initiatives d'assurance maladie pour les travailleurs du secteur informel. Un **cadre politique** serait un outil précieux pour

soutenir la croissance des systèmes qui complètent et renforcent l'ensemble des objectifs de la politique nationale de santé. Un cadre politique représente l'affirmation publique des fonctions et responsabilités des principaux acteurs, tels les communautés, les organismes d'assurance, le gouvernement et les prestataires de services de santé. Un tel cadre ne constitue pas un plan directeur, mais un système de référence mobile et flexible laissant du champ libre pour l'innovation. Le cadre doit être élaboré à l'aide d'un processus consultatif qui mettrait à profit les connaissances des responsables politiques et des personnes qui, à l'intérieur du pays, ont l'expérience du fonctionnement de ces systèmes. Le développement de ces systèmes s'est avéré être un processus d'adaptation continu et, donc, le cadre politique devra lui aussi être adapté, à la lumière des expériences nationales et internationales qui s'accumulent.

▫ L'élaboration d'une première esquisse de ce cadre comportera les étapes suivantes:

- examen et évaluation de l'importance, l'étendue et la nature des systèmes d'assurance et de prépaiement relatifs aux soins de santé;
- identification des groupes, qui, actuellement, ne sont pas protégés par une assurance et doivent faire face à des risques financiers lorsqu'ils ont recours aux soins de santé;
- évaluation afin de savoir si, et de quelle façon, les systèmes existants et en projet sont en accord (ou en contradiction) et renforcent (ou non) les objectifs actuels de la politique sanitaire.

▫ En matière de réglementation, les gouvernements sont déjà surchargés de travaux et de défis, aussi il n'est pas nécessaire qu'ils assument eux-mêmes

toutes ces étapes. Néanmoins, en association avec les groupes concernés, ce sont eux qui doivent mettre en route le processus.

▫ Certaines des difficultés fréquemment rencontrées par les systèmes d'assurance ont peu ou rien à voir avec l'attitude et la politique des gouvernements. Plusieurs systèmes se heurtent à des difficultés qui auraient pu être évitées si ces systèmes avaient été planifiés et structurés de façon différente, et avaient évolué avec flexibilité. Trouver, dès le début, la structure idéale fait partie du défi, mais procéder à des adaptations lorsque les conditions changent est au moins aussi important.

Cinq points clés à considérer pour la conception de systèmes d'assurance ayant les meilleures chances de réussite

■ De nombreux systèmes échouent rapidement car seuls les personnes malades y adhèrent. **Les systèmes doivent rechercher, pour le partage des risques, la base la plus large possible.** Les systèmes dont les adhésions sont uniquement volontaires et individuelles ont tendance à attirer les personnes ayant des problèmes de santé pré-existants, et à être peu attrayants pour les membres de la communauté en meilleure santé, souvent plus aisés. Pour avoir les meilleures chances de réussite, un système d'assurance a besoin d'une base de risque large, avec à la fois des membres en bonne et en mauvaise santé, et aussi des gens aisés en même temps que d'autres plus pauvres. Ce n'est qu'en

répartissant les coûts sur une base de risque large et diversifiée que les soins de santé deviendront abordables pour tous. L'adhésion obligatoire de la population entière constitue le meilleur moyen de maximiser la base de risque, mais ceci est évidemment difficile à réaliser dans le cas des travailleurs du secteur informel. Pour éviter la "sélection défavorable" résultant d'un système d'adhésion volontaire, des mesures doivent être prises pour que les systèmes puissent réunir **le plus grand nombre possible d'adhérents**. Ceci peut être fait en fixant comme unité d'adhésion, un village ou un groupe de villages, ou au minimum la totalité d'un ménage. Les systèmes qui n'ont pris aucune mesure pour éviter le risque de "sélection défavorable", rencontrent très vite des difficultés financières car les gens en bonne santé y adhèrent de moins en moins. Parfois, pour résoudre le problème, les systèmes modifient les règlements d'adhésion afin d'exclure les groupes les plus vulnérables tels les personnes âgées, mais du point de vue social ceci n'est évidemment pas souhaitable.

■ Un second point important est la nécessité d'instaurer une **procédure d'inscription et une période probatoire**, cette période est le temps qui doit s'écouler entre le moment de l'adhésion et le moment où on peut commencer à profiter des avantages du système. Les systèmes qui permettent des inscriptions à tout moment et offrent immédiatement accès aux avantages échouent très vite pour des raisons financières, car les gens ont tendance à adhérer uniquement lorsqu'ils sont malades. Quelques systèmes ont des périodes d'inscription limitées, comme la période des moissons (lorsque la population rurale a le plus de chances d'avoir des liquidités). De plus, la nécessité d'une période d'attente, d'un mois au

moins, est recommandée. La période probatoire ou d'attente est un élément particulièrement important pour les systèmes qui couvrent les coûts les plus élevés, ceux des services d'hospitalisation.

■ Un troisième point concerne les **services de recours**. Quelques systèmes d'assurance couvrent les soins hospitaliers; d'autres sont centrés préférentiellement sur les soins de base. Ces derniers sont habituellement plus abordables. Il est très important que tous les systèmes d'assurance contribuent à renforcer – et non à ébranler – le système de recours. Les systèmes basés sur les hôpitaux peuvent inciter leurs adhérents à court-circuiter les centres de santé à moins que les conditions de recours soient fixées par le règlement. De nouveau, les systèmes qui n'ont pas de procédure de "filtrage" et ne fixent pas les conditions de recours, deviennent rapidement non viables, car aucune stimulation n'est donnée aux usagers (et aux prestataires de services) pour utiliser d'abord les services ayant le meilleur rapport coût-efficacité. Le premier point de contact entre le bénéficiaire et le système de santé devrait se situer au premier échelon. Il faudrait envisager d'exclure les consultations hospitalières non justifiées, de l'ensemble des prestations couvertes, lorsque des unités de soins de base existent au premier échelon

■ Un quatrième point clé concerne la nécessité de faire en sorte que tous les prestataires de soins offrent des **services de prévention et de promotion** de la santé . Cela réduit à la fois la morbidité et la mortalité et contribue à améliorer la viabilité des systèmes en facilitant la maîtrise de l'ensemble des coûts .

■ Enfin, les dirigeants des systèmes doivent avoir une **stratégie d'investissement** pour les fonds sous leur contrôle. L'inflation a souvent grignoté les ressources de fonctionnement des systèmes d'assurance, mais ceux dont les stratégies d'investissement avaient été bien gérées ont souvent réussi à avoir un pas d'avance sur l'inflation.

► Mettre en place des mécanismes viables de partage des risques au bénéfice des travailleurs du secteur informel constitue un énorme défi. Il n'existe pas de recettes appropriées à l'ensemble des situations. Cependant, à partir d'un nombre toujours croissant d'expériences relatives à ces systèmes, on peut tirer cette première série de leçons brièvement résumée ici. Les gouvernements et les ONG, les concepteurs de systèmes et les dirigeants ont tous un rôle important à jouer afin de mieux comprendre comment les mécanismes de protection sociale de ce type peuvent s'adapter, se développer et grandir. L'OMS espère que cette brochure, et les documents de référence serviront à stimuler débat, recherche et développement dans ce domaine important.

Références:

.....

► Pour obtenir plus d'informations, le rapport de l'étude,
et la disquette avec la base de données, prendre contact avec:

Mr Andrew Creese

Division de l'Analyse, de la Recherche et de l'Evaluation

Programme de Développement des Systèmes de Santé

Organisation mondiale de la Santé

1211 Genève 27

Suisse

Fax : (41) 22 791 07 46

E-mail : CREESEA@WHO.CH