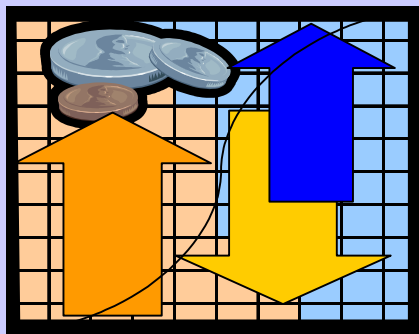




World Health Organization

EIP/FER/DP.F.03.1



**Régimes d'assurance - maladie
communautaires dans
les pays en développement:**

faits, problèmes et perspectives

DISCUSSION PAPER

NUMBER 1 - 2003

Department "Health System Financing, Expenditure and Resource Allocation" (FER)

Cluster "Evidence and Information for Policy" (EIP)

World Health Organization 2003

This document is not a formal publication of the World Health Organization (WHO), and all rights are reserved by the Organization. The document may, however, be freely reviewed, abstracted, reproduced or translated, in part or in whole, but not for sale or for use in conjunction with commercial purposes.

The views expressed in documents by named authors are solely the responsibility of those authors. The comments and suggestions on earlier drafts by B.Criel, W. van Ginneken, K. Kawabata, A. Mechbal, J. Perrot, W. Savedoff and E. Villar are gratefully acknowledged.

**Régimes d'assurance - maladie
communautaires dans les pays en
développement:
faits, problèmes et perspectives**

Guy Carrin

*WORLD HEALTH ORGANIZATION
GENEVA
2003*

TABLE DES MATIERES

- 1. INTRODUCTION**
- 2. OBSTACLES A LA MISE EN OEUVRE D'UNE PROTECTION FINANCIERE UNIVERSELLE**
- 3. CADRE D'ANALYSE DE L'ASSURANCE-MALADIE COMMUNAUTAIRE**
 - 3.1 Buts du système de santé
 - 3.2 Fonctions du système de santé
 - 3.3 Critères de performance pour les trois fonctions de financement de la santé
 - 3.4 Résumé
- 4. DONNEES EMPIRIQUES CONCERNANT LES PERFORMANCES DES ASSURANCES-MALADIES COMMUNAUTAIRES**
 - 4.1 Critères de performance
 - 4.2 Etude des facteurs qui influencent la performance
 - 4.2.1 Facteurs qui influent sur l'affiliation
 - 4.2.2 Facteurs qui influent sur le niveau de pré-paiement
 - 4.2.3 Facteurs qui influent sur le regroupement des risques
 - 4.2.4 Facteurs qui influent sur la stratégie d'achat
 - 4.3 Résumé
- 5. IMPACT DES REGIMES D'ASSURANCE-MALADIE COMMUNAUTAIRES SUR LES BUTS DU SYSTEME DE SANTE**
 - 5.1 Degré de protection financière
 - 5.2 Recours équitable aux services de santé
 - 5.3 Pérennité
 - 5.4 Résumé
- 6. UNE POSSIBLE VOIE DU PROGRES : CREER UN LIEN ENTRE LES REGIMES D'ASSURANCE-MALADIE COMMUNAUTAIRES ET D'ETAT**
 - 6.1 Besoin de direction et d'orientation
 - 6.2 Direction et orientation

6.2.1 Rôle de l'Etat

6.2.2 Rôle des régimes d'assurance-maladie communautaires

6.3 Perspectives

7. CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

1. Introduction

Le manque de ressources économiques, la croissance économique faible ou modeste, les contraintes imposées au secteur public, et le peu de capacités à s'organiser, expliquent pourquoi la conception d'un système adéquat de financement de la santé reste compliquée et fait l'objet de débats considérables dans les pays en développement, et notamment dans ceux dont les revenus sont faibles¹. On avait d'abord instauré dans ces pays le paiement des soins de santé par l'utilisateur, généralement en raison du caractère très limité des finances de l'Etat. Cependant, la plupart des études alertaient les responsables sur l'effet négatif de ce mode de paiement sur la demande de soins, notamment de la part des ménages les plus pauvres.²

Il existe d'autres systèmes de financement de la santé dans lesquels il n'existe pas de lien entre le recours aux services et leur paiement direct. Ces systèmes protègent la population, et notamment les personnes les plus vulnérables qui peuvent ainsi se permettre de se faire soigner³. Le financement est assuré par le biais du budget de l'Etat et/ou de cotisations au régime d'assurance-maladie. Ces systèmes se caractérisent fondamentalement par le regroupement des risques qui permet de fournir les services de santé en fonction des besoins des gens et non pas selon leur capacité à payer. Un système de santé financé par l'impôt peut être difficile à mettre en place s'il n'existe pas de base fiscale solide, si les autorités ont des difficultés à collecter les impôts et si les gens s'acquittent mal de leurs obligations fiscales. Traditionnellement, les régimes d'assurance-maladie ont d'abord couvert les travailleurs. Une extension ultérieure aux professions indépendantes et au secteur informel au niveau national est particulièrement difficile. Il faut donc envisager d'autres méthodes de financement qui permettraient de contourner ces difficultés d'organisation, notamment la participation directe des communautés au financement de la santé.

Le propos de la présente note sera principalement consacré à l'assurance-maladie volontaire organisée au niveau de la communauté ou assurance-maladie communautaire. La prochaine section traite également de l'assurance-maladie communautaire comme moyen de surmonter les obstacles à la mise en oeuvre d'une couverture universelle. Nous examinons la performance des régimes d'assurance-maladie à ce jour. Pour ce faire, nous utilisons le cadre simple présenté à la section 3. A la section 4 nous utilisons ce cadre pour analyser les données internationales et les facteurs qui ont une influence sur la performance des régimes d'assurance-maladie communautaires. Dans la section 5, nous étudions les conséquences de ces régimes sur les objectifs du système de santé. Le rôle futur des systèmes d'assurance-maladie communautaires fait l'objet de la section 6. La conclusion se trouve à la section 7.

2. Obstacles à la mise en oeuvre d'une protection financière universelle

Le financement de la santé par l'impôt ou par un régime d'assurance-maladie est généralement considéré comme une méthode très efficace pour instaurer une couverture universelle offrant à tous une protection financière adéquate eu égard au coût des soins de santé. Nous parlerons ci-après de « protection financière universelle », terme qui reflète plus clairement le véritable objectif de la couverture universelle. Ces systèmes tentent également d'atteindre un objectif de financement équitable ; en effet, les bénéficiaires sont tenus de payer selon leurs moyens, et ont le droit de bénéficier des

services de santé selon leurs besoins. Dans un système de santé financé par l'impôt, la contribution de la population se fait indirectement, par la fiscalité, alors que dans les systèmes financés par l'assurance-maladie les travailleurs et les entreprises paient généralement des contributions proportionnelles à leurs salaires.

Pourquoi donc de nombreux pays en développement, notamment les pays à faible revenu, ont-ils des difficultés à instaurer une protection financière universelle⁴ ? Premièrement, les systèmes de santé qui dépendent d'une partie des recettes fiscales de l'Etat sont généralement limités par leur caractère insuffisant, ce qui implique que seule une partie de la population ne peut être couverte et si elle l'est, les prestations sont généralement insuffisantes. Il est difficile d'augmenter de façon substantielle la capacité contributive de la plupart des pays. La croissance économique peut être trop faible pour élargir la base d'imposition de façon systématique. En outre, les impôts dépendent encore lourdement du commerce international et de la consommation nationale, et les impôts sur le revenu et sur les biens sont très peu importants. Ils pourraient être augmentés, mais seulement si le principe d'imposition en fonction de la capacité à payer est mieux accepté et si les personnes qui perçoivent un revenu et ont des biens respectent leurs obligations fiscales.

Le passage à un système de sécurité sociale n'est pas facile non plus. Il peut se révéler particulièrement difficile de trouver un accord national entre différents partenaires autour des règles de base de la sécurité sociale, c'est-à-dire la garantie des mêmes prestations aux personnes ayant les mêmes besoins de santé, quelle que soit leur contribution. En réalité, ce problème peut être très épineux dans les pays où les inégalités de revenus et de richesses sont grandes et où les personnes percevant un revenu moyen et élevé sont peu disposées à apporter une contribution beaucoup plus grande que les pauvres.

En outre, les Etats ne disposent peut-être pas encore des outils de gestion nécessaires pour organiser un système de sécurité sociale d'envergure nationale. De plus, il y a souvent des problèmes de communication du fait de l'absence de routes, de télécommunications et de système bancaire, ce qui rend impossible la collecte des contributions et l'organisation des remboursements, la gestion des recettes et des actifs et la surveillance des informations sanitaires et financières nécessaires.

Il faut également tenir compte de l'instabilité politique, habituellement liée à l'insécurité économique, qui entrave le développement progressif du secteur sanitaire, qu'il soit financé par l'impôt ou par un régime d'assurance sociale. Une augmentation des impôts pour le développement social ou la création d'un régime de sécurité sociale sera impossible ou très retardée en l'absence de soutien politique fort et constant.

La plupart des pays sont conscients de ces obstacles à une protection financière universelle. Voilà peut-être pourquoi le financement communautaire connaît un intérêt croissant⁵, car on pense qu'il permet plus facilement d'identifier la population de contribuables et de percevoir les contributions. La participation de la communauté au financement de la santé a été encouragée en 1978 par la Déclaration d'Alma Ata⁶ qui plaidait pour une participation communautaire maximale à l'organisation des soins de santé primaires. Le financement communautaire de la santé est un mécanisme par lequel les ménages faisant partie d'une communauté (la population d'un village, d'un district ou d'une autre zone géographique, ou un groupe socio-économique ou ethnique)

financent ou cofinancent les coûts d'exploitation ou les investissements pour une série donnée de services de santé, et qui participent ainsi, pour partie, à la gestion d'un régime de financement communautaire et à l'organisation des services de santé⁷.

Il peut également y avoir plusieurs formes de financement communautaire. Certains régimes peuvent prévoir le paiement direct des services de santé ou de certaines ressources de santé comme les médicaments, le paiement des frais par l'utilisateur dans le cadre d'un régime d'assurance ou d'une assurance-maladie communautaire.

Le terme assurance-maladie communautaire désigne les régime d'assurance-maladie communautaires volontaires parfois appelés régime mutuel d'assurance-maladie⁸, et les sociétés de secours médical⁹ ou les régimes de secours médical¹⁰. Cependant, ces régimes ont des caractéristiques communes : ils sont à but non lucratif et appliquent les principes fondamentaux de la sécurité sociale. On cherche à savoir ici dans quelle mesure on peut utiliser les régimes communautaires d'assurance-maladie dans le cadre d'une stratégie visant à favoriser une protection financière universelle. Avant de passer en revue les diverses expériences en matière d'assurance-maladie communautaire rapportées par la littérature internationale, nous présentons un cadre d'analyse qui aidera à leur évaluation.

3. Cadre d'analyse de l'assurance-maladie communautaire

3.1 Buts du système de santé

On ne peut pas envisager le système de financement de la santé, et notamment les régimes d'assurance-maladie communautaires, hors de tout contexte. Il faut considérer ces régimes par rapport aux buts ultimes du système de santé dans son ensemble. L'OMS a déjà énoncé les buts ultimes suivants : amélioration de la santé et égalité en matière de santé, réactivité du système de santé aux attentes autres que celles concernant les soins et contribution financière équitable. Nous considérons que les contributions financières pour la santé sont équitables quand les dépenses des ménages pour la santé sont proportionnelles à leur capacité à payer et qu'elles ne représentent pas les coûts réels engendrés par la maladie. Des méthodes ont été mises au point pour évaluer les performances des systèmes de santé au niveau national pour chacun de ces objectifs¹¹. En principe, on peut envisager leur application à la population cible des assurances-maladie communautaires. Ces méthodes n'ont pas encore été appliquées, du moins sur un échantillon important de régimes communautaires d'assurance-maladie. On ne peut donc pas encore juger de la performance de ces régimes par rapport aux buts susmentionnés.

On peut, dans le même temps, envisager les buts intermédiaires pour lesquels on dispose actuellement d'informations : recours équitable et durable. Nous proposons, en outre, de retenir le but d'équité mais d'utiliser le degré de protection financière comme indicateur de substitution. Le degré de protection financière sera mesuré selon le nombre de ménages confrontés à des dépenses de santé excessives ou catastrophiques.

3.2 Fonctions du système de santé

On considère que le système de santé a quatre fonctions principales : la prestation de services ; la création de ressources (dépenses consacrées aux ressources humaines et

développement des ressources humaines pour la santé, bâtiments et équipement) ; financement ; et administration générale.

L'objectif de *la fonction financement* est d'assurer la disponibilité de ressources financières suffisantes afin de garantir aux gens un accès à des soins de santé publique et individuelle efficaces.

Pour le financement de la santé, trois sous-fonctions sont proposées : la collecte des contributions, la mise en commun des ressources et l'achat. La collecte des contributions est le processus par lequel le système de santé détermine et reçoit les contributions financières des ménages, des entreprises et d'autres organisations, notamment des donateurs.¹² La mise en commun des ressources consiste à accumuler et à gérer les contributions afin que le risque de paiement des soins de santé soit réparti entre tous les membres du groupe et non pas assuré par chacun des cotisants.¹³ L'achat est le processus au cours duquel les contributions mises en commun servent à payer les prestataires qui fournissent une série d'interventions sanitaires préalablement définies ou non.¹⁴ Il est également à noter que la « stratégie » d'achat implique la recherche, par la contractualisation et par des incitations, des interventions les plus efficaces pour atteindre les buts fixés pour le système de santé.¹⁵

Pour les *sous-fonctions concernant le financement de la santé*, on peut fixer un certain nombre de critères de performance qui seront présentés dans la prochaine section. Ces critères devraient permettre de mieux comprendre l'impact de ces sous-fonctions sur les buts intermédiaires susmentionnés. Leur performance aura probablement aussi un impact sur les autres fonctions du système de santé, à savoir la création de ressources et la prestation de services. Toutefois, la présente note traitera particulièrement de l'impact sur la création de ressources.

Nous nous occupons également ici de la fonction administration générale au sein du système de santé, c'est-à-dire de la responsabilité globale des pouvoirs publics en matière de santé de la population. Il s'agit d'activités de surveillance, de réglementation et d'orientation. L'administration générale est cruciale car elle aura un impact sur les trois sous-fonctions de financement de la santé.

3.3 Critères de performance pour les trois sous-fonctions de financement de la santé

Collecte des contributions

Affiliation

Lorsqu'on fixe comme objectif la protection financière universelle, on peut tout d'abord évaluer le pourcentage de la population effectivement couvert par une assurance-maladie communautaire par rapport à la population cible. Pour des raisons politiques et d'organisation, l'assurance-maladie volontaire peut être considérée comme une étape intermédiaire. Mais il faut alors immédiatement signaler un écueil important : lorsqu'une assurance maladie communautaire demande une contribution sur la base des dépenses de santé moyennes pour une population cible, un certain nombre de ménages, généralement ceux qui sont en bonne santé, ne voudront peut-être pas s'affilier, jugeant que la contribution demandée est trop importante par rapport au peu de dépenses que ces ménages engageaient pour la santé auparavant. Les ménages en moins bonne santé,

toutefois, pourraient vouloir s'affilier pour la raison contraire. On parle alors de sélection adverse ou sélection par élimination.¹⁶ Les régimes d'assurance-maladie communautaires volontaires peuvent donc avoir tendance à attirer plutôt les personnes présentant de « mauvais » risques pour la santé et non pas un groupe hétérogène présentant à la fois de bons et de mauvais risques. Sur la base du volontariat, la sélection par élimination et son impact sur les coûts des soins de santé et sur les contributions peut même entraîner la disparition de l'assurance : les contributions peuvent augmenter à tel point que le régime d'assurance n'attire plus aucun membre potentiel.

Un faible taux d'affiliation peut donc être le signe d'un phénomène de sélection par élimination. En revanche, pour qu'un régime soit viable à long terme, il faut que le nombre de personnes affiliées soit important. En outre, et pour des raisons d'équité, l'affiliation à ces régimes ne doit pas être réservée aux plus aisés mais doit également être autorisée aux plus vulnérables.

Proportion des pré-paiements par rapport aux coûts des soins de santé

Le nombre de personnes affiliées est une caractéristique essentielle des régimes d'assurance. Toutefois, la collecte de contributions suffisantes est tout aussi importante. Plus leur volume est important, plus on évitera les conséquences financières des soins. Ceci est particulièrement important pour les traitements onéreux. Si les traitements onéreux. Si ces traitements requièrent encore d'importants paiements directs, ceux qui en ont besoin n'y auront pas recours et en pâtiront. Ce sont les groupes de la population à faible revenu qui risquent de souffrir le plus de ces paiements directs (ou d'un faible niveau de pré-paiement). Le paiement direct est ce qui reste à payer après avoir retranché la participation de la caisse d'assurance-maladie, les déductions et les remboursements maximums. Ils peuvent également résulter de la non-prise en charge par l'assurance-maladie communautaire de certains services de santé.

Il est à noter que le pré-paiement ne repose pas seulement sur les contributions des ménages mais également sur celles des autorités centrales et/ou locales et des donateurs. C'est finalement la part cumulée des contributions versées (y compris les subventions) par rapport aux dépenses de santé qui importe.

Regroupement/mise en commun

Regroupement des risques

Au nombre d'affiliés et au niveau de pré-paiement, il faut ajouter le critère de regroupement des risques entre toutes les personnes affiliées au régime d'assurance-maladie communautaire. Le regroupement des risques est en principe avantageux car les personnes ayant besoin de soins de santé y auront accès à un coût abordable et en temps voulu.¹⁷ En d'autres termes, il permet le partage des ressources financières entre les gens en bonne santé et les gens malades. En outre, notamment pour les soins de santé onéreux, le regroupement des risques peut être un moyen efficace de protéger les ménages contre les dépenses excessives en soins de santé.

Bien que l'on connaisse les avantages de ce regroupement, il n'est pas toujours mis en pratique. En réalité, les différents régimes (dans le même pays, la même région ou le même district) peuvent avoir des caisses différentes pour les différentes catégories de

personnes, les contributions et les prestations étant ajustées en fonction des risques correspondant à chaque caisse. Ainsi, les régimes peuvent-ils être organisés par profession, avec, par exemple, des régimes distincts pour les agriculteurs et les ouvriers. Si les risques sont plus importants pour les agriculteurs, ils devront payer des contributions plus importantes. En outre, la gestion des différentes caisses peut faire augmenter les coûts administratifs totaux, ce qui peut provoquer une augmentation des contributions qui peut alors entraîner une affiliation moindre des professions à haut risque.

Il faut donc garantir un regroupement des risques qui permette la prise en charge des personnes à risque. Les contributions collectées permettraient donc une protection financière adéquate des ménages qui en ont le plus besoin. Sans assurance, ces ménages devront supporter totalement le coût des soins de santé.

Le regroupement des risques n'implique pas nécessairement l'existence d'une caisse unique. Il peut y avoir plusieurs caisses aux capacités financières différentes mais on peut parvenir à un regroupement global adéquat à condition qu'il y ait des mécanismes de « connexion » entre les différentes caisses, comme par exemple un fonds de péréquation du risque financé par les caisses excédentaires (grâce par exemple à un faible risque combiné à un haut niveau des contributions) et qui transfèrent des fonds aux caisses, qui, sinon, seraient déficitaires (à cause par exemple d'un risque élevé combiné à un faible niveau de contributions).

Achat

Stratégie d'achat

Il est essentiel de mettre au point une stratégie d'achat qui suppose la recherche constante des meilleures interventions disponibles et des meilleures prestataires auxquels il convient de les acheter ainsi que des mécanismes de paiement et des procédures de contractualisation les plus appropriés.¹⁸ La stratégie d'achat peut également être considérée comme une manière de garantir l'accès à des soins de santé rationnels et d'un bon rapport coût/efficacité.

Cependant, cette stratégie suppose que les caisses d'assurance-maladie communautaires reçoivent un mandat suffisamment fort de leurs affiliés. Ce mandat peut inclure, par exemple, le droit pour les caisses d'assurance-maladie communautaires d'acheter une série de services de santé personnels et non personnels auprès de prestataires présélectionnés. Les caisses d'assurance-maladie communautaires peuvent également avoir l'autorisation notamment de (i) dresser une liste des dispensateurs de soins de santé sur laquelle les membres affiliés à la caisse pourront librement choisir ; (ii) établir une série de services de santé pris en charge ; (iii) fixer des normes en matière de qualité des soins ; (iv) proposer des mécanismes de rétribution des prestataires. Donc, la stratégie d'achat s'oppose au simple financement ou remboursement de services de santé non spécifiés assurés par divers prestataires avec lesquels la caisse d'assurance-maladie communautaire n'a pas de relation contractuelle particulière.

Il est à noter que le problème de la prise en charge d'une série déterminée de soins de santé est récurrent dans les débats autour de la stratégie d'achat. Si l'on décide d'instaurer ce type de prise en charge, il faudra au moins assurer les soins hospitaliers,

qui incluent normalement les hospitalisations pour des actes de chirurgie générale, pour les traitements médicaux généraux ainsi que pour les problèmes gynécologiques, obstétriques et pédiatriques. De cette façon, on évite les dépenses de santé catastrophiques et on réduit le risque d'appauvrissement. Dans de nombreux pays en développement, le non-accès aux établissements hospitaliers pour des raisons géographiques et les frais de transport qui en découlent peuvent être un obstacle au recours aux soins hospitaliers. Il faut alors envisager d'inclure la prise en charge des frais de transport afin d'éviter ou de réduire la charge que ceux-ci représentent pour le budget des ménages.

Les arguments en faveur de la prise en charge des soins ambulatoires dans le seul but d'éviter les dépenses catastrophiques ont moins de poids. Cependant, il faut également penser que le recours fréquent aux soins ambulatoires en cas de maladie chronique peut facilement entraîner des dépenses catastrophiques.

La prise en charge de ces soins représente également un avantage financier. Dans les cas où ils ne sont pas totalement accessibles, il peut y avoir un besoin soudain et urgent de soins hospitaliers généralement plus onéreux et qui auraient pu être évités si les soins ambulatoires avaient été pris en charge. Cette prise en charge répond au critère coût/efficacité. Il faut donc donner aux soins ambulatoires une place adéquate dans un système de référence.

Les produits pharmaceutiques figurant sur des listes de médicaments essentiels pourraient également être pris en charge ; en outre, on pourrait encourager le recours aux médicaments génériques afin d'améliorer le rapport coût/efficacité des soins.

3.4 Résumé

La Figure 1 regroupe les différents éléments du cadre qui sera utilisé pour mieux comprendre les données empiriques dont il est question dans la suite du document.

4. DONNEES EMPIRIQUES CONCERNANT LES PERFORMANCES DES ASSURANCES-MALADIES COMMUNAUTAIRES

4.1 Critères de performance

Affiliation

En 1998, l'OMS a effectué une étude de grande envergure (ci-après étude OMS) sur 82 régimes d'assurance-maladie à but non lucratif hors du secteur officiel de l'emploi dans les pays en développement.²⁰ On a observé que seuls quelques-uns couvraient de grandes populations, certains ne couvrant même pas une forte proportion de la population qui aurait dû en bénéficier. Pour 44 de ces régimes, le pourcentage médian de couverture était de 24,9 % ; 13 régimes avaient un taux de couverture de moins de 15 % et 12 régimes²¹ un taux de couverture de plus de 50 %. Cette étude a également permis de conclure que la sélection par élimination touchait davantage les régimes qui assuraient contre les risques onéreux et peu fréquents que ceux qui assuraient contre les risques peu onéreux et très fréquents, notamment parce que les gens tendaient à s'affilier aux régimes d'assurance-maladie communautaires au moment où ils tombaient malades. Il s'ensuit que les personnes présentant un risque élevé étaient généralement surreprésentées. Depuis 1998, de nouvelles informations sont disponibles. Dans le cadre

d'une étude portant sur cinq régimes d'assurance-maladie communautaire en Afrique orientale et australe,²² on a constaté de faibles taux d'affiliation. Pour quatre de ces régimes, ces taux vont de 0,3 % à 6,5 % de la population cible ; un de ces régimes est très petit, il compte 23 membres affiliés sur une population cible de 27 membres d'une coopérative. En juillet 1999, un projet a été lancé au Rwanda créant 54 régimes d'assurance-maladie communautaire dans trois districts (ci-après projet Rwanda). Après un an d'existence, le taux d'affiliation atteignait dans les trois districts 7,9 % (88 303 membres sur une population cible totale de 1 115 509 personnes).²³ Une autre étude a été menée dans neuf pays d'Afrique centrale et de l'ouest (ci-après, étude WCA) sur 22 régimes d'assurance-maladie communautaire. Au Bénin, d'après les informations disponibles sur les bénéficiaires et la population cible, un régime atteignait, en 1998, un taux d'affiliation de 24 % alors que pour un autre régime, ce taux était de 8 % ; la population cible de ces régimes d'assurance-maladie communautaire était de 13 000 et 7300 personnes respectivement.

Au Ghana, le régime d'assurance-maladie communautaire couvrait 53 % d'une population cible de 25 000 personnes et au Mali, 25 % d'une population cible de 200 000 personnes étaient ainsi couverts. Au Sénégal, un régime d'assurance-maladie communautaire après 3 ans d'existence, couvrait 26 % de la population cible alors qu'un autre régime en couvrait 82 % ; leurs populations cibles étaient respectivement de 13 650 et 1200 personnes. Une étude récente²⁵ portant sur quatre régimes d'assurance-maladie communautaires sur les 16 existant dans la région de Thiès au Sénégal (ci-après, étude Thiès) montrait qu'en 2000, le pourcentage moyen d'affiliation des ménages dans ces villages était de 68 % avec un minimum de 37,4 % et un maximum de 90,3 %.

Il est également intéressant d'étudier l'évolution de *l'affiliation au cours du temps*. On observe quelquefois une baisse du taux d'affiliation qui mérite de s'y intéresser de plus près. Ainsi en Guinée, la mutuelle de santé Maliando a vu son taux d'affiliation passer de 8 à 6 % de la population cible. L'affiliation peut être faible au départ mais augmenter avec l'amélioration de la gestion et de la conception des régimes d'assurance-maladie communautaire. Peu d'études offrent une perspective à long terme. Une étude portant sur le régime d'assurance-maladie de l'hôpital Bwamanda en République démocratique du Congo montre qu'au moment de sa création en 1986, 32 600 personnes, soit 28 % de la population du district, s'y sont affiliées en quatre semaines. Le pourcentage d'affiliation a ensuite augmenté pour atteindre 66 % en 1993 et semble s'être stabilisé à 61 % en 1997.²⁶ Une autre étude portant sur le régime d'assurance-maladie Lalitpur au Népal montre que la couverture de la population dans les zones cibles est passée de 19 à 20 % en 1983 à 27 à 48 % en 1995.²⁷

Il faut également voir si l'assurance-maladie communautaire est *accessible à tous les groupes de la population*. L'étude OMS concluait notamment que très peu de régimes d'assurance-maladie couvraient les groupes vulnérables à moins que les pouvoirs publics ou autres ne facilitent leur affiliation par des subventions. Selon une enquête de 1988²⁸ portant sur le régime Bwamanda, ce régime ne couvrait pas de la même façon tous les groupes de la population. Les très pauvres et les très riches étaient en fait moins bien représentés : les personnes à très faible revenu représentaient 14,9 % des affiliés et 18,7 % des non affiliés respectivement ; les ménages à haut revenu représentant 5,9 % des affiliés et 10,5 % des non affiliés. Cependant, dans le projet Rwanda les différences

d'affiliation en fonction des revenus n'étaient pas significatives du point de vue statistique.²⁹

Taux de pré-paiement des soins de santé

L'étude OMS fournit des informations sur le taux de pré-paiement par l'intermédiaire des contributions des ménages seulement, pour 24 régimes d'assurance-maladie communautaire.³⁰ Pour treize de ces régimes, le niveau de pré-paiement des soins inférieur ou égal à 60 %. Cela signifie que sans autre contribution financière que celle des ménages, les dépenses directes (co-paiement ou paiement par l'utilisateur) seront de 40 % au moins.

L'idéal serait de disposer d'informations sur le pourcentage cumulé de pré-paiement. Pour 6 des 13 régimes d'assurance-maladie communautaire susmentionnés, il y avait suffisamment d'informations pour évaluer les paiements directs finalement supportés par les ménages. Dans quatre de ces régimes, les paiements directs représentaient de 40 à 70 % du coût total, ce qui constituait probablement une charge excessive pour les ménages. On retrouve la même situation au Mali³¹ pour le centre de santé Mutec où le taux de pré-paiement était en 1996 de 15 % et où les frais supportés par l'utilisateur pour les consultations et les médicaments représentaient 85 %. Dans ce cas, il est probable que certaines familles devaient engager des dépenses catastrophiques.

On dispose également d'informations récentes³² sur le régime d'assurance-maladie sur l'Association des femmes exerçant une profession indépendante (SEWA) au Gujarat (Inde). Il s'agit d'une organisation de femmes exerçant une profession indépendante employées dans le secteur informel, une des principales initiatives de cette association étant une banque coopérative.³³ En 1992, l'Association a commencé à proposer une assurance-maladie. En 1999-2000, 23 314 personnes y étaient affiliées. D'après des données sur des demandes de remboursement pour hospitalisation entre la mi-1994 et la mi-2000, le taux de pré-paiement des frais était de 76 %. Les dépenses de santé excessives ou catastrophiques n'ont toutefois pas complètement disparu. Nous reviendrons sur ce problème dans la section 5.1.

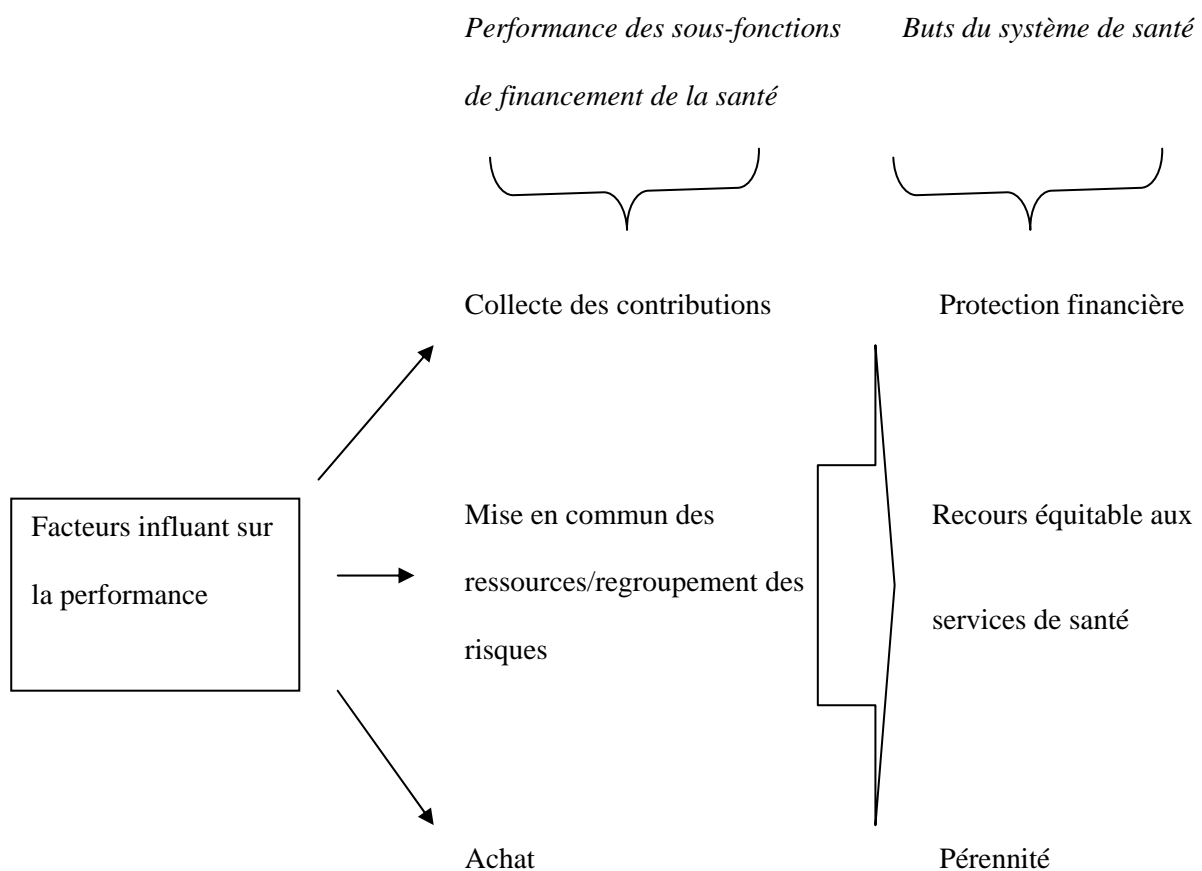
Regroupement des risques

L'Organisation internationale du Travail dans une nouvelle étude sur le rôle des assurances-maladies communautaires dans l'extension de la protection sociale³⁴ (ci-après étude OIT) apporte un grand nombre d'informations. Deux cent cinquante huit régimes d'assurance-maladie communautaire au total ont été examinés. Concernant l'importance du regroupement des risques, sur 80 régimes d'assurance-maladie communautaire pour lesquels une information était disponible, 47, soit la majorité, comptaient moins de 500 membres. Seuls 14 régimes comptaient plus de 10 000 membres.³⁵ Donc, les régimes Bwamanda et SEWA mentionnés auparavant appartiennent à cette dernière catégorie et ne constituent pas des exemples typiques de régimes d'assurance-maladie communautaire.

La plupart de ces régimes sont de petite taille et semblent couvrir des populations relativement homogènes dans une caisse unique. Cependant, les régimes d'assurance-maladie des coopératives rurales en Chine sont organisés différemment : ils prévoient différentes caisses pour les différents groupes de la population vivant dans la même

région rurale. Une des raisons à cela est que l'essor de l'industrie dans ces régions a fait apparaître deux groupes professionnels, les agriculteurs et les ouvriers. Une recherche menée dans 42 communes³⁶ a montré que 8 communes au moins avaient créé des caisses distinctes pour les agriculteurs et pour les ouvriers. Les prestations offertes par les caisses étaient également différentes, les ouvriers étant mieux couverts que les agriculteurs; les prestations étaient adaptées à la situation financière des deux caisses. Les entreprises et leurs employés auraient été réticents au regroupement des caisses car ils craignaient devoir contribuer plus que les agriculteurs. Ce refus de regrouper les caisses a atteint son paroxysme après que les ouvriers ont jugé que le revenu déclaré des agriculteurs était beaucoup plus faible que leur revenu réel et que donc leur capacité à payer les contributions était sous-estimée.

Figure 1 : Cadre d'analyse



L'étude OIT fournit également une information intéressante : la plupart des régimes (90 sur 136 pour lesquels on disposait d'informations) ne couvrent pas la plus grande partie du risque financier.³⁷ Ils ne couvrent en général qu'une petite partie des coûts des services de santé grâce aux contributions des membres. On observe dans la plupart des cas (69 régimes sur 85 pour lesquels on disposait d'informations) que les autorités centrales et locales couvrent une grande partie du coût des services de santé. Dans sept cas,³⁸ les autorités centrales constituaient, avec d'autres entités, les principales sources de financement. Ces résultats ne sont pas vraiment surprenants car les autorités centrales

et/ou locales sont propriétaires en droit ou en fait de 61 régimes d'assurance-maladie communautaires sur 184 pour lesquels on disposait d'informations suffisantes (soit 33 %). En outre, l'étude OIT fournit des informations sur la reddition de comptes pour 37 régimes sur 258. Là encore, l'étude montre que la plupart des régimes d'assurance-maladie communautaires (29) devaient rendre des comptes à certains groupes, dont les autorités centrales et/ou locales. Ces résultats et d'autres amènent l'étude OIT à conclure que les régimes d'assurance-maladie communautaires sont en fait des « points d'entrée » permettant d'effectuer des regroupements plus importants.³⁹ Les régimes d'assurance-maladie communautaires peuvent également être considérés comme un mécanisme institutionnel d'organisation du regroupement des risques par l'utilisation explicite ou implicite de fonds publics et privés. Il faut donc étudier plus en profondeur le rôle que pourraient jouer les régimes d'assurance-maladie communautaires dans les stratégies de couverture universelle.

Stratégie d'achat

Une des conclusions de l'étude OMS était que les services pris en charge n'étaient que peu définis.⁴⁰ Bien que certains régimes indiquaient quels étaient les services non pris en charge, la tendance était à la prise en charge de tous les services disponibles dans les établissements liés au régime d'assurance-maladie communautaire. La prise en charge d'un grand nombre de services entraînait des taux d'affiliation élevés parmi les personnes déjà malades et notamment parmi celles atteintes de maladies chroniques, ce qui entraînait un problème de sélection par élimination. Après examen de leur situation financière, certains régimes ont dû redéfinir les services pris en charge et même exclure certains groupes de population comme les personnes âgées ou les personnes malades avant leur affiliation.⁴¹ On peut également maîtriser les dépenses entraînées par la prise en charge d'un grand nombre de services en instaurant une obligation de passage par une autorité médicale de référence comme pour le régime d'assurance-maladie Bwamanda et de l'hôpital Chogoria pour lesquels les patients ne pouvaient accéder aux soins hospitaliers (pris en charge) que s'ils étaient envoyés par un centre de soins de santé primaires.

Cependant l'étude OMS fait remarquer que certaines régimes jouaient progressivement un rôle plus important dans la stratégie d'achat comme dans le cas du régime UMASIDA en Tanzanie. Il s'agit d'un régime d'assurance-maladie appartenant et géré par un groupe de coopératives de travailleurs du secteur informel à Dar Es Salaam en Tanzanie. Ce régime a passé des contrats avec des prestataires qui respectent un certain nombre de conditions : pouvoir avoir accès aux services d'un médecin qualifié, à des services de santé maternelle et infantile, à des laboratoires adéquats, à l'éducation sanitaire et sur les maladies professionnelles, avoir accès aux médicaments figurant sur la liste des médicaments essentiels, pratiquer la prescription par nom générique et assurer l'enregistrement correct des dossiers. Le régime SEWA (Inde) s'est également impliqué davantage dans la stratégie d'achat en repérant, à partir des demandes de remboursement, quels étaient les établissements en mesure de dispenser des soins adéquats à des prix raisonnables et a ensuite encouragé les personnes affiliées à recourir à ces établissements.

Le régime d'assurance-maladie ORT Health Plus (OHPS) (Philippines) a déterminé une série de services de santé pris en charge⁴², il s'agissait notamment de soins ambulatoires

et hospitaliers, de médicaments délivrés sur ordonnance et de soins auxiliaires de base. Les soins de santé primaires étaient directement dispensés par des médecins et des infirmières salariés. Les services hospitaliers diagnostiques et thérapeutiques étaient assurés par un hôpital privé à but non lucratif en vertu d'un contrat à la capitation. Cependant, l'accès aux soins hospitaliers n'était possible qu'après avoir consulté un médecin chargé de dispenser les soins de santé primaires.

Cependant, l'étude WCA a montré que, pour 67 mutuelles de santé, la stratégie d'achat ne constituait pas encore une pratique de gestion. Seuls 4 régimes avaient introduit des politiques en matière de médicaments génériques et essentiels. Et seuls 2 régimes sur 15 couvrant les soins primaires et hospitaliers avaient introduit l'obligation de passer par une autorité médicale de référence pour pouvoir bénéficier de la prise en charge des soins autres que ceux de santé primaires.⁴³

Dans le cadre du projet Rwanda,⁴⁴ des efforts ont été faits pour mettre en oeuvre une stratégie d'achat des services de santé. Au niveau des centres de santé, les services pris en charge incluent les soins préventifs et curatifs de base dispensés par les infirmières, les médicaments essentiels, les hospitalisations dans le centre de santé et le transfert en ambulance à l'hôpital du district où un certain nombre de services était pris en charge seulement si le patient était envoyé par le centre de santé. Dans deux districts, les services pris en charge étaient la consultation d'un médecin, une nuit d'hospitalisation et les césariennes. Dans le troisième district, les cas de paludisme (personnes de plus de 5 ans), les cas de pédiatrie (enfants de moins de 5 ans) et les césariennes étaient pris en charge.

En Guinée, les régimes d'assurance-maladie communautaires ont également introduit récemment des procédures d'achat par le biais de contrats officiels avec les prestataires. Ainsi, en vertu d'un contrat valable un an, le régime Maliando à Yendé-Millimou (Guinée) donne le droit à ses membres à des services de santé prédéfinis à l'hôpital préfectoral de Gueckédou : réparation de hernies, des césariennes et soins pédiatriques, (pour les enfants de moins de 15 ans). De la même manière, un contrat a été conclu avec le centre de santé de Yendé pour qu'il dispense des soins de santé primaires permettant de traiter une série prédéfinie de problèmes de santé. Le transport d'urgence des patients vers les hôpitaux était également prévu en vertu d'un contrat avec une association locale de transport.

Les coûts administratifs appellent une remarque. Le niveau de ces coûts est à prendre en considération car il aura un impact direct sur les ressources financières finalement disponibles pour acquérir des services de santé. Pour les régimes mentionnés dans l'étude OMS, la proportion des frais administratifs par rapport aux recettes de ces régimes vont de 5 à 17 %.⁴⁶ Dans l'étude WCA,⁴⁷ la part des frais administratifs par rapport aux recettes va de 11 à 44 % pour 7 régimes d'assurance-maladie communautaires. Dans le projet Rwanda, les coûts administratifs représentent 7 % des dépenses annuelles totales.⁴⁸ Dans les régimes d'assurance-maladie communautaires pour lesquels on dispose d'informations, les frais administratifs sont certainement plus élevés que pour les régimes d'Europe occidentale où les frais administratifs représentent généralement 5 % des recettes.⁴⁹ Il est évident qu'il faut accorder l'attention qu'il convient aux problèmes d'efficacité administrative et que les régimes d'assurance-maladie communautaires doivent faire des économies. Une partie des frais peut découler de l'emploi d'un trop grand nombre de personnes pour faire fonctionner le régime

d'assurance. Mais une partie des coûts administratifs peut être la conséquence d'un investissement important dans la communication et dans des campagnes d'affiliation au moment du lancement du régime d'assurance-maladie. Enfin, les coupes sombres dans les frais administratifs peuvent être néfastes si elles entraînent une réduction de la qualité des services de gestion et entravent le bon fonctionnement du régime d'assurance.

4.2 Etude des facteurs qui influencent la performance

4.2.1 Facteurs qui influent sur le nombre d'affiliations

Caractère abordable des contributions

Comme on pouvait s'y attendre, étant donné le caractère volontaire des régimes d'assurance-maladie communautaires, le caractère abordable des primes ou des contributions est souvent cité comme l'un des principaux éléments qui détermine l'affiliation. Un certain nombre de régimes entrant dans le cadre de l'étude OMS se sont posé le problème du caractère abordable de leurs contributions. Par exemple, pour le régime Nkoranza (Ghana), le coût estimé des contributions allait de 5 à 10 % du budget annuel des ménages. Ces contributions étaient considérées comme un obstacle financier potentiel à l'affiliation. En outre, les contributions demandées sont généralement forfaitaires, ce qui constitue un désavantage pour les plus pauvres : la même somme représentera une part plus importante du revenu des pauvres que du revenu des riches.

L'étude sur le projet Rwanda indiquait que le taux d'affiliation étaient de 5,6 % pour les personnes aux revenus les plus faibles et de 7,7 % pour les personnes aux revenus les plus élevés ; toutefois, cette différence n'était pas considérée comme significative du point de vue statistique. Dans le projet Rwanda, la contribution demandée était la même pour une ou pour sept personnes ; de ce fait, le montant de la contribution par membre était donc moins important pour les familles nombreuses que pour les familles plus petites et les familles de plus de cinq membres avaient plus de probabilité de s'affilier, ce qui montre l'importance du caractère abordable des régimes d'assurance.

Dans l'étude Thiès, le revenu semblait être un facteur important permettant d'expliquer le taux d'affiliation. L'appartenance aux terciles de revenu inférieurs correspondait à un taux d'affiliation plus bas et l'appartenance aux terciles supérieurs à un taux d'affiliation plus élevé. Quand les ménages se classaient eux-mêmes parmi les riches ou parmi les pauvres, il apparaissait aussi que ceux qui se considéraient comme pauvres avaient moins de probabilité de s'affilier à un régime d'assurance communautaire que ceux qui se considéraient comme riches.⁵¹

La plupart des régimes peuvent être considérés comme défaillants en ce qui concerne l'amélioration de l'accès des pauvres aux régimes d'assurance-maladie communautaires. On peut augmenter le taux d'affiliation des ménages pauvres à l'assurance en instaurant des exonérations. Toutefois, sur les 44 régimes pris en considération dans l'étude OMS, seule une minorité (13) prévoyait des exonérations permettant aux ménages pauvres de s'affilier. Dans le projet Rwanda, ce problème faisait l'objet d'une attention particulière dans un des trois districts : à Kabutare, l'église locale payait les contributions de 3000 orphelins et veuves et des membres de leur famille environ.

Le régime GK à Gonosasthya Kendra (Bangladesh) a instauré dès le départ une politique en faveur des pauvres. Ce régime prévoyait des contributions différentes en fonction de quatre groupes socio-économiques (les « indigents », les « pauvres », la « classe moyenne » et les « riches »). Ainsi, les contributions des indigents représentaient un dixième des plus riches. Les contributions demandées pour le renouvellement de l'affiliation ainsi que la participation aux frais pour les consultations, les médicaments et les césariennes étaient également différentes : pour les plus pauvres, elle était très réduite ou nulle. Pour le régime GK, l'accessibilité économique globale était une question importante. C'est pourquoi les contributions et autres versements des ménages étaient réduits au minimum grâce au transfert de subventions provenant d'entreprises associées à GK ou de sources internationales. Il est à noter que les taux d'affiliation dans les deux groupes socio-économiques aux revenus les plus faibles sont sensiblement plus élevés que ceux des autres groupes. Cependant, après 15 ans d'existence du régime, 20 % des « indigents » et plus de la moitié des « pauvres » n'en bénéficient toujours pas. Le niveau des contributions et des autres sommes à payer serait toujours excessif notamment pour les « pauvres » ainsi que pour la « classe moyenne » à revenu moyen inférieur.⁵²

Unité d'affiliation

Il est probablement plus facile d'obtenir de bons taux d'affiliation quand des ménages ou même des villages, des coopératives ou des mutuelles s'affilient collectivement. Dans l'étude OMS, la famille était l'unité d'affiliation pour presque la moitié des régimes examinés. Un certain nombre de régimes avaient en réalité choisi cette unité d'affiliation après avoir connu des problèmes de sélection par élimination lorsque certaines familles affiliaient certains membres malades ou qui avaient plus de probabilité d'avoir recours aux services de santé. Dans l'étude WCA, la plupart des cas exposés (14) prévoyaient une couverture familiale automatique.⁵³

Certains régimes sont allés plus loin. Ils ont fixé, par un village, un pourcentage minimum de ménages tenus de s'affilier avant que l'assurance ne puisse être offerte. Pour le régime de l'Hôpital Kasturba en Inde, 75 % au moins des ménages pauvres d'un village doivent s'affilier.⁵⁴ Au Viet Nam lorsque le programme d'assurance de santé a lancé l'assurance volontaire pour les écoliers, elle a recommandé un taux d'affiliation minimum de 50 % des enfants de chaque classe. En Ouganda, certains régimes d'assurance-maladie communautaires sont liés à des mutuelles (*engozi*) ; selon une règle récemment appliquée, le taux d'affiliation doit être de 60 % au moins avant que l'assurance-maladie ne soit effective.⁵⁶

Certains régimes d'assurance, comme l'assurance-maladie Grameen au Bangladesh, bénéficient d'un marché captif : la grande majorité des ménages sont automatiquement affiliés lorsqu'ils participent au programme de crédit de la Grameen Bank.⁵⁷ C'est également le cas pour le régime d'assurance-maladie UMASIDA : ses membres sont automatiquement assurés et les contributions sont déduites des revenus globaux des organisations participantes.⁵⁸

Eloignement

Les taux d'affiliation sont souvent liés à l'éloignement des ménages par rapport aux établissements les plus proches offrant des soins couverts par l'assurance. Ainsi, pour le

régime GK, il est apparu que le taux d'affiliation dans les deux groupes socio-économiquement les plus défavorisés était lié à l'éloignement : jusqu'à 90 % de la population cible était affiliée si elle se trouvait dans des villages proches des établissements de soins alors que pour celle habitant dans des villages éloignés, le taux d'affiliation n'était que de 35 %. Dans l'étude sur le Projet Rwanda, on a également remarqué que les ménages qui habitaient à moins de 30 minutes d'un établissement de soins participant au Projet avaient une probabilité beaucoup plus grande de s'affilier au régime d'assurance-maladie communautaire que les ménages qui habitaient plus loin.⁶⁰

Fréquence de collecte des contributions

La fréquence de collecte des contributions peut jouer un rôle dans le taux d'affiliation. Toutefois, on dispose de peu d'informations à ce sujet. L'étude OMS fait apparaître que les régimes d'assurance en milieu urbain collectaient en général les contributions tous les mois ou tous les trimestres, ce qui correspond à la fréquence avec laquelle les travailleurs du secteur informel en milieu urbain perçoivent leurs revenus. Les régimes d'assurance en milieu rural semblent collecter les contributions le plus souvent une fois par an. Cependant, pour certains régimes, comme le régime ORT, le rythme de paiement est flexible, il peut être mensuel, trimestriel ou semestriel. Cette flexibilité a été instaurée car on a estimé que peu de ménages étaient en mesure de payer un an ou même six mois de cotisations d'avance.

D'autres régimes font correspondre le moment du paiement de la cotisation à un événement au sein de la communauté. Ainsi, en Ouganda les régimes de prévoyance obsèques (les *engozi* susmentionnés) collectent les primes d'assurance lors de leurs réunions mensuelles pour les nouveaux membres ou pour ceux qui renouvellent leur adhésion. A Bwamanda, les infirmières des centres communautaires de santé assurent la collecte annuelle des cotisations quand la coopérative de développement (le Centre de Développement Intégré (CDI)) achète les cultures de rapport à la population. La situation est la même pour le régime GK, les primes sont versées à l'infirmière communautaire pendant les visites à domicile. Et pour l'assurance de santé Grameen, les cotisations sont prélevées sur les comptes de micro-crédit que les membres détiennent auprès de la Grameen Bank.⁶¹

Qualité des soins

Il faut également tenir compte de la qualité des soins pris en charge par les régimes d'assurance-maladie communautaires, ce qui a été souligné lors d'une évaluation du régime Maliando (Guinée).⁶² Des groupes de discussion de 137 personnes affiliées et non affiliées au régime d'assurance-maladie ont été organisés. Lors des douze réunions qui ont eu lieu, les participants ont signalé 383 fois que la qualité des soins jouait un rôle important dans l'opinion qu'ils avaient de ce régime d'assurance-maladie. Les critères de qualité les plus importants et le plus fréquemment évoqués par les participants étaient la guérison rapide, la compétence des agents de santé, la qualité des médicaments et de l'accueil dans les établissements de santé. La mauvaise qualité des soins était signalée comme la cause la plus importante de non-affiliation.

Plusieurs participants aux groupes de discussions ont dit préférer ne pas s'affilier et rechercher ailleurs des soins de meilleure qualité (et alors bien entendu payer plus cher). Donc, les soins de santé dispensés dans des établissements privés pourraient être

préférés à ceux proposés dans les établissements publics et pris en charge par le régime Maliando.

Les connaissances et les opinions sur le régime d'assurance-maladie communautaire du district à Hanang en Tanzanie ont également été évaluées par l'intermédiaire de groupes de discussions composés de personnes affiliées et non affiliées.⁶³ En outre, on a interrogé les gens à la sortie d'établissements liés au régime d'assurance et d'un établissement n'y étant pas lié. Lors des groupes de discussion et dans les réponses aux questions posées à la sortie des établissements, la question de la qualité a également été soulevée. Une des raisons de non-affiliation invoquées de ne pas s'affilier est que l'affiliation ne donnait pas accès à des soins de meilleure qualité que ceux offerts dans les établissements de soins gérés par les missionnaires. Au moment de l'évaluation, seuls les soins dispensés dans les établissements publics étaient pris en charge par l'assurance-maladie.

Confiance

La confiance de la population dans des points d'entrée existant dans la communauté, tels qu'un système de micro-crédit, une coopérative de développement ou d'autres groupes sociaux, peut faciliter la mise en place d'un régime d'assurance-maladie communautaire.⁶⁴ Les informations sur ces points d'entrée sont intéressantes. Ainsi, à l'initiative de la mission catholique de Bwamanda, une coopérative de développement (CDI) a été créée à la fin des années 60 dans le cadre d'un projet de développement intégré. Les écoles primaires et secondaires, déjà dirigées par la même mission, ont été intégrées au projet CDI qui a progressivement amélioré les travaux agricoles dans la région : il a introduit le soja à côté des cultures de rapport existantes comme le café et a organisé l'achat de la production à des prix garantis, ce qui a permis de créer dans la région des conditions économiques assez stables dans les années 70 et 80. Ainsi, la population a été plus à même et plus désireuse de s'affilier au régime Bwamanda mis sur pied dans le cadre du CDI.

L'introduction simultanée d'une initiative de développement est également souhaitable. Quand les gens remarquent que leur situation économique s'améliore, leur confiance est plus grande et l'affiliation aux régimes d'assurance-maladie communautaires sera peut-être donc plus importante. Ainsi, le régime d'assurance GK a été intégré à un projet de développement plus large. En fait, les initiateurs du projet ont compris qu'une approche globale du développement et une amélioration des conditions de vie de la population rurale, et notamment des filles et des femmes, était la seule façon d'améliorer de façon durable la santé dans la région. On a donc progressivement mis en place plusieurs activités socio-économiques et a encouragé l'éducation et l'emploi des femmes partout où cela était possible par le microcrédit et l'embauche à des postes traditionnellement réservés aux hommes.⁶⁵

Certains organismes de crédit⁶⁶ constituaient des points d'entrée pour les régimes d'assurance-maladie communautaires. La Grameen Bank, par exemple, voulait promouvoir l'assurance-maladie, notamment pour faire diminuer le nombre de débiteurs défaillants ; le raisonnement était le suivant : les personnes ayant contracté un crédit affiliées au régime d'assurance-maladie seront protégées contre les pertes financières importantes dues à la maladie et pourront ainsi respecter les échéances de remboursement. Pour le régime SEWA, une raison similaire a été avancée avant que ne

soit instauré un régime d'assurance-maladie.⁶⁷ Bien entendu, ces régimes d'assurance étaient considérés comme extrêmement avantageux pour les personnes à revenu faible qui sont les premières à adhérer à ces organismes de crédit, car ils permettent d'éviter ou de réduire les dépenses carastrophiques.

Enfin, les gens ont davantage confiance quand ils constatent que leurs souhaits sont pris en compte. Ainsi, au Rwanda, les autorités ont fait preuve d'habileté en encourageant une gestion démocratique du secteur sanitaire ; les régimes d'assurance-maladie communautaires sont ainsi invités à prendre des décisions de façon transparente et démocratique. Tous les régimes ont maintenant une assemblée générale où les membres peuvent faire part de leurs besoins, de leurs inquiétudes et de leurs suggestions au conseil d'administration. Cet échange avec les communautés locales semble également avoir un effet positif sur les débats et les décisions concernant la santé dans les districts.⁶⁸

Cette participation doit également permettre à la communauté de mieux comprendre le fonctionnement des systèmes d'assurance-maladie communautaires⁶⁹, ainsi les personnes affiliées au régime d'assurance s'acquitteront de leurs cotisations. Lorsque les responsables des régimes d'assurance tentent de répondre aux souhaits de la communauté, le niveau de satisfaction des populations est généralement meilleur. A ce sujet, on peut citer l'exemple du projet Pikine sur les soins de santé primaires (Sénégal) : les représentants de la communauté préféraient l'installation d'abrivents ou d'abris solaires dans les lieux d'attente des établissements de santé à l'achat de réfrigérateurs supplémentaires ou à l'octroi de primes aux bénévoles du secteur sanitaire.⁷⁰ L'étude OIT indique également que, sur 100 régimes d'assurance pour lesquels on disposait d'informations, 57 prévoyaient la participation de la communauté pour les soins pris en charge et 51 sur 104 pour lesquels on disposait d'informations prévoyaient la négociation du montant des primes avec la communauté.

4.2.2 Facteurs qui influent sur le niveau de pré-paiement

Les ménages ne doivent pas assumer à eux seuls le coût des soins de santé. Les contributions financières peuvent également provenir d'autres sources, les autorités centrales ou locales, ou les donateurs locaux et internationaux par exemple. On peut alors parvenir à un taux de pré-paiement suffisamment élevé pour contrer l'effet négatif des paiements directs.

Dans un régime où les pré-paiements des ménages étaient de 15 %, la prise en charge par l'assurance n'était que de 31 % car 54 % des dépenses de santé étaient financées par de l'argent provenant de la collecte de fonds.

Dans un sixième régime (le régime GK au Bangladesh), les paiements directs réels étaient beaucoup moins importants que ne laissait à penser un taux de pré-paiement des dépenses ordinaires par les ménages de 12 %. Les subventions internationales et celles provenant des partenaires commerciaux de GK couvraient 50 % et 14 % des dépenses respectivement. En fin de compte, les paiements directs des personnes affiliées au régime GK et des personnes non affiliées représentaient 8 % et 16 % des dépenses de santé respectivement.

Le taux de pré-paiement est également particulièrement bon pour d'autres régimes. Dans le régime Bwamanda, ⁷¹ le taux global de pré-paiement était de 80,3 % ; les cotisations des ménages permettaient de couvrir 58 % des dépenses, et les subventions et les dons en couvraient 22,3 %. La quote-part laissée à la charge des membres affiliés au régime et les sommes demandées aux personnes non affiliées représentaient respectivement 8,7 % et 11 % des dépenses hospitalières.

4.2.3 Facteurs qui influent sur le regroupement des risques

Confiance

La confiance entre les assurés peut également avoir son importance. Il faut que les membres potentiels des régimes d'assurance-maladie communautaires disposent d'informations qui peuvent être considérées, en réalité, comme une forme de capital social.⁷² Une bonne connaissance de l'attitude des gens face à l'assurance-maladie, notamment en ce qui concerne le risque subjectif, devrait en principe aider les membres potentiels à prendre la décision de s'affilier ou non. La proximité géographique permet une meilleure circulation des informations,⁷³ ce qui facilite probablement la mise en place de dispositifs de partage des risques volontaire tels que les régimes d'assurance-maladie communautaires. Ce dernier élément peut expliquer en partie pourquoi le regroupement des risques est difficile à mettre en place à court terme pour des populations qui habitent dans des villages géographiquement séparés, dans un certain nombre de comtés (projet RCMS).

La confiance a également été considérée comme un facteur déterminant pour la mise sur pied d'un régime d'assurance-maladie pour les travailleurs du secteur informel à Dar-es-Salaam (Tanzanie).⁷⁴ Ces travailleurs ont créé leurs propres associations, ce qui a permis d'instaurer un climat de confiance entre les membres et a facilité la mise sur pied d'une assurance-maladie. Cependant, on a compris que les régimes d'assurance-maladie indépendants étaient trop petits et qu'il était plus avantageux de créer un organisme fédérateur afin de regrouper les risques et de faire des économies d'échelle. La Mutuelle de Santé du Secteur informel (UMASIDA), regroupant cinq associations, a donc été créée. Cette organisation était également mieux à même d'offrir une assurance-maladie à d'autres groupes.

Mécanismes de regroupement des risques

Les régimes d'assurance-maladie communautaires de petite taille sont tout particulièrement exposés à des risques auxquels il leur est difficile ou impossible de faire face, comme, par exemple, dans le cas d'une opération chirurgicale qui peut très bien entraîner la faillite d'un régime d'assurance-maladie communautaire dont le nombre de membres et les ressources financières sont limités. Il existe plusieurs autres stratégies permettant un regroupement des risques plus important afin de protéger ces régimes de la faillite et de pérenniser la protection financière des ménages assurés.

Une *première* méthode, récemment proposée, est la réassurance : un certain nombre de régimes d'assurance-maladie communautaires s'assurent contre les dépenses importantes auprès d'un réassureur. Ils mettent ainsi en commun une partie de leurs ressources afin d'éviter le risque d'insolvabilité.⁷⁶ La réassurance présente donc l'intérêt de permettre un regroupement des risques plus important. Toutefois, il peut être

judicieux d'envisager une *deuxième* stratégie qui consiste à instaurer un regroupement des risques plus important dès le départ.⁷⁷ Au lieu de cibler la population d'un village, on peut, par exemple, cibler celle d'un district. *Troisièmement*, on peut créer un partenariat avec les autorités locales et/ou centrales pour financer de façon adéquate la prise en charge d'une série de services de santé sur la base d'un accord. *Quatrièmement*, la croissance progressive des régimes d'assurance-maladie communautaires et, finalement, leur fusion conduiront à des regroupements de risques de plus grande envergure. Cependant, la fusion de régimes d'assurance-maladie communautaires d'un même district, d'une même région ou d'une même province peut prendre du temps.

On peut envisager, comme alternative à la fusion, l'interconnexion des régimes d'assurance-maladie communautaires par des mécanismes d'ajustement ou de péréquation des risques⁷⁸ qui apporterait, fondamentalement, un soutien financier aux régimes d'assurance-maladie communautaires devant faire face à des risques plus que moyens ; ce soutien serait financé par les transferts de la part des régimes d'assurance-maladie devant faire face à des risques moins que moyens. Ainsi, les régimes d'assurance-maladie communautaires couvrant des régions relativement pauvres et où des risques en matière de santé sont élevés pourraient fixer des cotisations abordables grâce aux fonds reçus par le biais des mécanismes de péréquation. A ce propos, nous faisons référence à van den Heever (1998) qui a étudié les régimes d'assurance-maladie gérés par les employeurs⁷⁹ en Afrique du Sud. L'auteur remarque que, depuis la fin des années 80, de nouveaux régimes d'assurance-maladie gérés par les employeurs pour les travailleurs à faible revenu et principalement noirs ont vu le jour et que ces régimes sont en grande partie distincts du financement des services médicaux pour les travailleurs à haut revenu. En d'autres termes, il ne semble pas y avoir de subventions croisées et donc la couverture qu'offrent les régimes pour les travailleurs à faible revenu est relativement limitée. On a donc fait des propositions afin de créer un mécanisme de péréquation entre tous les régimes d'assurance, probablement par l'intermédiaire d'un organisme parapublic afin d'offrir à tous les mêmes services de base.

4.2.4 Facteurs qui influent sur la stratégie d'achat

D'après la récente étude de l'OIT, sur 62 régimes pour lesquels on disposait d'informations, seuls 10 avaient adopté une stratégie d'achat.⁸⁰ Comme il a déjà été mentionné auparavant, un des outils d'achat sélectif est *l'arrangement contractuel*⁸¹ avec les prestataires acceptant de fournir des services de santé aux conditions fixées par des régimes d'assurance-maladie communautaires. Dans une section précédente, nous avons déjà évoqué la stratégie d'achat adoptée par UMASIDA et SEWA par l'intermédiaire de contrats. Le projet Rwanda a clairement adopté une stratégie d'achat et a passé des contrats entre les 54 régimes et les centres de santé et les hôpitaux de district participants.⁸²

Le mécanisme de paiement des prestataires est un élément important de la stratégie d'achat. Dans l'étude OMS, 42 des 60 régimes pour lesquels on disposait d'informations utilisaient *les salaires et les budgets* comme méthode de rétribution. Ces mécanismes de rémunération peuvent contribuer à la maîtrise des dépenses, mais l'application de budgets stricts peut aussi entraîner un rationnement. D'après l'étude, *le paiement à l'acte* est le deuxième moyen de rétribution des prestataires le plus répandu (11 régimes sur 60). L'étude WCA a également révélé que c'était la méthode de rémunération la plus fréquemment utilisée.⁸³ Le paiement à l'acte peut être utilisé pour

améliorer la performance des prestataires, notamment dans les situations où la prestation de services de santé est insuffisante. Selon une étude menée dans le district de Pereang au Cambodge, le paiement à l'acte faisait partie d'un système d'incitation visant à améliorer la quantité et la qualité des soins dispensés dans le secteur public. Il est même apparu que les dépenses directes des patients ont diminué par rapport à l'époque où ce système d'incitation n'avait pas encore été mis en place, car les tarifs officiels étaient compétitifs par rapport à ceux des soins de santé privés non réglementés, et les soins étaient de bonne qualité.⁸⁴ Cependant, un inconvénient fréquemment cité de la rémunération à l'acte est qu'elle peut inciter les prestataires à prescrire un trop grand nombre de traitements, en particulier si cela leur permet d'obtenir une rémunération supplémentaire.⁸⁵ Cette méthode de rétribution risque également de provoquer une réduction de la demande de services de santé, notamment de la part des plus pauvres. Les gens peuvent réduire leur demande de soins⁸⁶ ou éviter d'y avoir recours lorsqu'ils doivent trouver l'argent nécessaire pour s'acquitter des honoraires avant d'être remboursés. La rémunération à *la capitation*, qui constitue une incitation pour les prestataires à maintenir un faible niveau de dépenses, n'est utilisée jusqu'à présent que dans un petit nombre de régimes. Ce mode de rémunération a été utilisée dans le régime ORT pour payer à l'avance un hôpital privé à but non lucratif avec lequel le régime avait passé un contrat pour qu'il fournisse à ses membres des services hospitaliers. Toutefois, dans le projet Rwanda, la rémunération à la capitation a été instaurée dans les 54 régimes concernés pour les soins dispensés dans les centres de santé. Le projet prévoit également que ce mode de rétribution doit inciter les prestataires des centres de santé à dispenser davantage de soins préventifs.⁸⁷

Dans la stratégie d'achat, il faut également fixer des *règles de référence* aux différents échelons du système de santé afin de gagner en efficacité. D'après l'étude OMS, de nombreux régimes d'assurance-maladie communautaire couvrant les soins hospitaliers ne tenaient pas compte des soins de santé primaires, alors que ceux couvrant les soins de santé primaires sous-estimaient le coût des soins hospitaliers. Dans l'étude WCA, le passage par une autorité médicale de référence n'était obligatoire que dans deux cas.⁸⁸ Cependant, le régime Bwamanda tenait compte du problème de référence et obligeait à passer par un centre de santé avant de pouvoir avoir accès aux soins hospitaliers ; cependant, lorsqu'un malade est envoyé vers un centre de santé par un hôpital, le coût des soins n'est pas pris en charge. Dans le projet Rwanda, les services de l'hôpital de district ne sont pris en charge que si la personne est d'abord passée par le centre de santé.⁸⁹

Enfin, l'instauration d'une *période d'attente ou d'une période minimum d'affiliation* avant de pouvoir bénéficier effectivement de l'assurance permet de limiter les effets de la sélection par élimination sur les coûts globaux des régimes d'assurance-maladie communautaire. Il est certainement souhaitable que les gens aient la possibilité de s'affilier aux régimes d'assurance-maladie tout au long de l'année, mais il faut toutefois que, d'une certaine façon, ils ne puissent pas bénéficier immédiatement des soins. Dans l'étude WCA, sur les six régimes d'assurance pour lesquels on disposait d'informations, cinq avaient instauré une période d'attente de deux à trois mois.⁹⁰ Dans le régime ORT, les gens peuvent s'affilier à tout moment mais, pour les soins hospitaliers, la période d'attente est de deux mois.⁹¹

4.3 *Résumé*

La Figure 2 résume les facteurs fondamentaux qui ont probablement un impact sur la performance dans les domaines de la collecte des contributions, du regroupement des risques et de l'achat. Il faut reconnaître, toutefois, que l'importance scientifique des résultats présentés dans la littérature varie. En fait, dans de nombreux cas, l'étude OIT parle d'absence de validité interne, c'est-à-dire que les variables ne sont pas mesurées à l'aide d'une méthodologie scientifiquement cohérente.⁹²

Il faut donc continuer à recueillir des données, par exemple, par des comparaisons entre les différents régimes au niveau national ou international. Ces données pourraient également être obtenues par l'analyse des régimes au cours du temps ; on pourrait mesurer et tester l'impact des facteurs suggérés précédemment lors de la mise en place ou de l'extension d'un régime.

5. **Impact des régimes d'assurance-maladie communautaire sur les buts du système de santé**

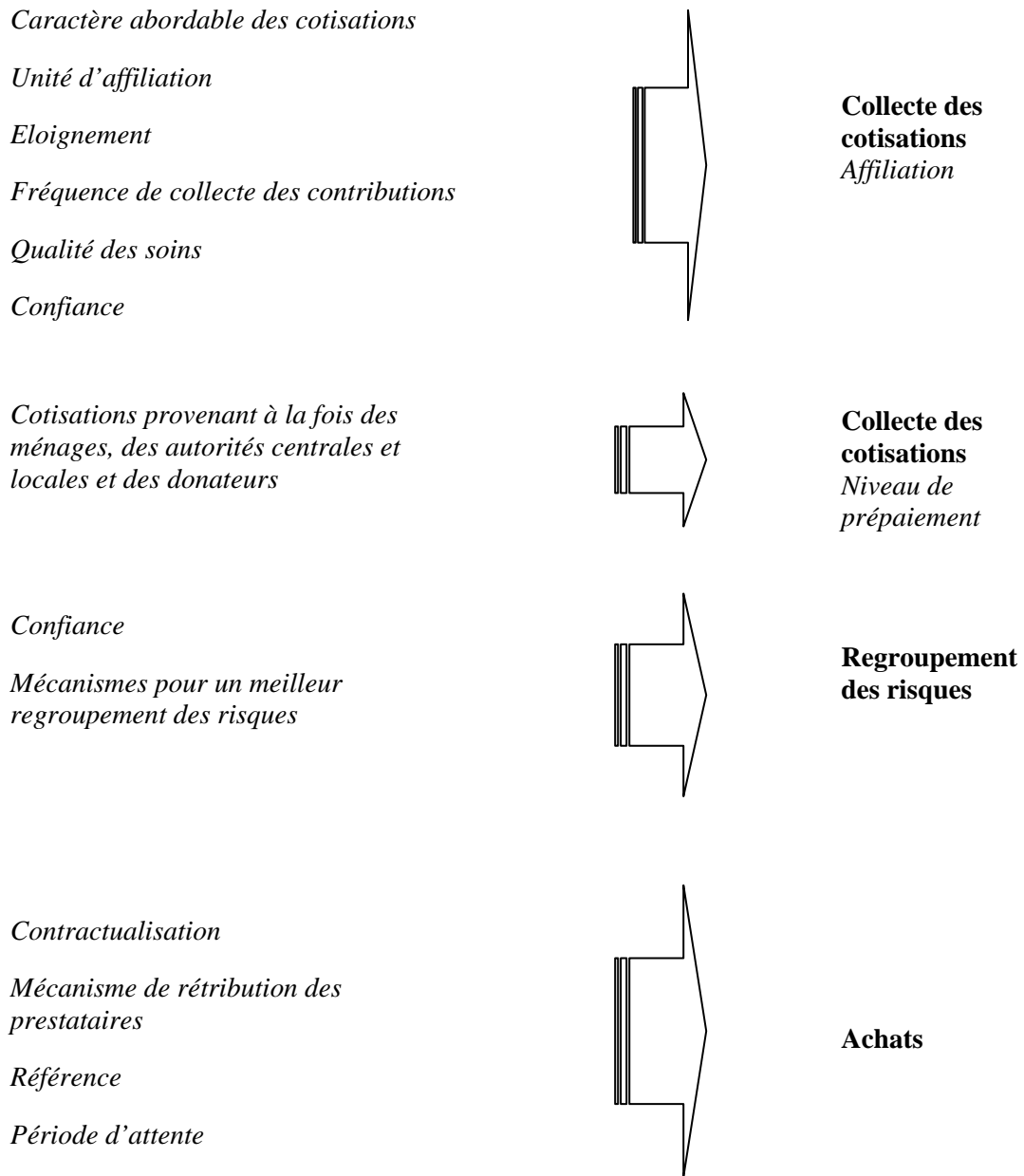
5.1 *Degré de protection financière*

Afin d'étudier « l'équité de la contribution financière », il faudrait connaître les dépenses de santé des ménages (soit directement, par les paiements directs, par la quote-part restant à leur charge et les cotisations à l'assurance-maladie, soit indirectement, par la fraction de l'impôt destinée à la santé) ainsi que leur capacité à payer. Il suffirait de disposer de données sur un échantillon représentatif de ménages, mais il est généralement difficile d'avoir de telles informations sur les régimes d'assurance-maladie communautaire. Il peut être plus facile d'avoir des informations sur le degré de protection financière des ménages contre les coûts de la santé, qui constitue un indicateur de substitution de l'équité financière. Le degré de protection financière des ménages doit permettre de savoir combien de ménages sont exposés aux dépenses de santé excessives ou « catastrophiques » et quel en est l'effet sur leurs moyens de subsistance.

Selon l'étude OIT, il y a absence de protection financière quand des dépenses de santé excessives ramènent la consommation des ménages, hors du champ de la santé, au-dessous du seuil de pauvreté. Sur les 258 cas présentés dans l'étude OIT, seuls neuf fournissaient une information quant à l'impact des régimes d'assurance-maladie communautaire sur la protection financière et dans huit cas, cet impact était positif.⁹³ Pourtant, le concept de l'OIT n'a pas été utilisé dans ces études. En outre, seule une analyse sur neuf avait une validité interne.

L'étude récente sur la performance du système d'assurance-maladie SEWA,⁹⁴ dont il a déjà été question dans la présente note, a révélé que ce régime avait un effet important sur les dépenses catastrophiques. Dans cette étude, on parle de « dépenses catastrophiques » quand plus de 10 % des revenus annuels d'une famille sont absorbés par un seul membre pour des dépenses de santé. L'étude a révélé que, sans assurance, le coût des soins hospitaliers serait catastrophique pour 35,6 % des patients ; l'assurance-maladie SEWA a fait baisser ce pourcentage à 15,1 %. Nous pensons que cette réduction a été possible grâce au taux de pré-paiement relativement élevé (76 %) et à la prise en charge de soins hospitaliers onéreux.

Figure 2. Vue d'ensemble des facteurs ayant une influence sur la performance des sous-fonctions du financement de la santé



Il est à noter que l’OMS a proposé que les dépenses de santé soient qualifiées de catastrophiques quand elles sont égales ou supérieures à 40 % de la capacité de paiement.⁹⁵ Toutefois, cette définition ne tient compte que des dépenses non alimentaires. Au Gujarat, ces dépenses représentent, pour le quartile le plus pauvre, 28 à 31 % environ des dépenses totales des ménages. Au sens de l’OMS, le seuil des dépenses catastrophiques se situe donc entre 11,2 et 12,4 %. Si l’on considère que les dépenses et les revenus indiqués sont à peu près les mêmes que ceux figurant dans l’étude sur le régime SEWA, ces seuils ne sont donc pas très différents. L’application de la méthode de l’OMS a donc conduit à des conclusions similaires quant à l’impact du régime SEWA sur la protection financière.

5.2 Recours équitable aux services de santé

L’étude OMS a montré qu’un seul projet pilote dans le district de Boboye au Niger indiquait que le recours aux services variait en fonction du revenu.⁹⁶ Dans ce projet mené en milieu rural, deux méthodes de financement différentes étaient comparées : le paiement à l’acte et le regroupement des risques sur la base d’un impôt annuel en complément du paiement à l’acte. Un des principaux résultats était que le regroupement des risques permettait un accès plus important des femmes, des enfants et des pauvres que la rémunération à l’acte à elle seule. Dans le cas du regroupement des risques, les autorités locales étaient chargées du prépaiement des soins de santé.

Quelques études de cas évoquent les répercussions de la situation géographique des ménages sur l’affiliation et le recours aux services. Les régimes RAHA (Inde) et Bwamanda ont instauré un système de copaiement dégressif en fonction de l’éloignement. Cependant, bien que l’on ait constaté une augmentation du taux d’affiliation dans la population la plus éloignée de l’hôpital liée au régime d’assurance, le recours aux soins hospitaliers n’a pas augmenté. Par la suite, ce système a donc été abandonné.

L’étude OIT a également conclu qu’une minorité de régimes accordaient une attention particulière au recours. Sur les 258 régimes examinés, le recours aux services n’était analysé que pour 24 d’entre eux. Quatorze de ces 24 régimes semblaient avoir des répercussions positives sur le recours aux services de santé.

Sur ces 14 analyses, seule une respecte le principe de validité interne. On remarque également que la plupart des études n’analysent pas les variations du recours aux services dans les différents groupes de la population.

On trouve, dans l’une des études sur le projet Rwanda, une analyse sur les facteurs qui déterminent le recours aux prestataires de services.⁹⁷ Ces facteurs sont liés aux revenus et aux biens, à l’âge, à l’éducation, à la taille du ménage, relatifs à la santé (grossesse pendant l’année écoulée, état de santé) et à l’affiliation à un régime d’assurance-maladie communautaire. Les résultats montrent que l’affiliation a une influence positive sur le recours aux soins en dehors des répercussions des autres variables. Plus précisément, la probabilité⁹⁸ d’avoir recours aux soins est environ six fois plus grande pour les membres d’un régime d’assurance-maladie communautaire que pour les personnes qui n’y sont pas affiliées. Cette étude a également montré que les patients aux revenus les plus faibles (dernier quartile) ont moins recours aux soins que ceux aux revenus les plus élevés (premier quartile). Cela montre qu’il existe un problème persistant d’accès

équitable aux soins pour les membres les plus pauvres. En outre, ce problème est encore plus aigu pour les pauvres non affiliés qui ne bénéficient pas du partage des risques et de la protection financière.

On peut retrouver des résultats similaires dans l'étude Thiès. L'affiliation à un régime d'assurance-maladie communautaire augmente la probabilité de recours aux soins hospitaliers de 2 %. L'effet de l'affiliation sur les dépenses directes est intéressant : les personnes affiliées dépensent environ 50 % de moins pour les soins hospitaliers que les personnes non affiliées.⁹⁹ On peut émettre l'hypothèse que les dépenses catastrophiques seront moins fréquentes parmi les personnes assurées que parmi les personnes non assurées ; toutefois, l'absence de données ne nous permet pas de tirer des conclusions fermes et définitives ou de faire des comparaisons avec d'autres régimes d'assurance-maladie communautaire. Enfin, l'étude a également révélé qu'un certain niveau de revenu augmentait la probabilité d'hospitalisation, soulignant par-là même le problème de l'inégalité d'accès aux soins des ménages en fonction de leur situation économique.

5.3 Pérennité

Dans l'étude OMS, la pérennité a été examinée en termes financiers et administratifs ou de gestion.¹⁰⁰ Un certain nombre de raisons sont avancées pour expliquer les problèmes de viabilité financière, notamment la petite taille des régimes d'assurance-maladie communautaire, la sélection par élimination (qui entraîne progressivement un moindre regroupement des risques et des coûts plus élevés) et l'importance des coûts administratifs. Il faut signaler deux écueils. *Premièrement*, viabilité financière n'est pas nécessairement synonyme d'autofinancement. Il est de plus en plus admis que plusieurs autres partenaires peuvent contribuer au financement de la santé dans le contexte des régimes d'assurance-maladie communautaire. Il peut s'agir des autorités locales et centrales, d'ONG nationales ou internationales ou de donateurs officiels. Il faut donc plutôt étudier les contributions financières spécifiques par l'intermédiaire des régimes d'assurance-maladie communautaire dans le contexte plus large d'un financement par des partenaires multiples. *Deuxièmement*, il faut comparer la viabilité financière de régimes d'assurance-maladie communautaire prenant en charge les mêmes services de santé. Certains régimes peuvent ne pas prendre en charge un certain nombre de services (par exemple, les cas graves entraînant des dépenses importantes) et donc avoir un pourcentage élevé de récupération des coûts. Bien entendu, cela peut aller à l'encontre de la nécessité pour un système de santé de prendre en charge les traitements dont les patients ont besoin.

L'étude WCA a souligné le besoin d'une capacité d'administration et de gestion. Les cas examinés montrent un manque de compétences spécifiques aux régimes d'assurance-maladie communautaire comme pour la fixation, la collecte et le paiement effectif des contributions, la détermination des services pris en charge, le marketing et la communication, la conclusion de contrats avec les prestataires, la gestion des systèmes d'information et la comptabilité. Ces éléments ont certainement des conséquences importantes sur la viabilité des régimes. L'étude soulignait en particulier le problème des arriérés de contributions. Concernant les régimes pour lesquels on disposait d'informations, l'étude rapportait des arriérés de contributions plus ou moins anciens et de différents montants. Même si l'on ne dispose pas d'informations exactes, il semble évident que ce problème affecte la viabilité financière des régimes d'assurance-maladie communautaire.

Enfin, l'étude OMS propose un indicateur de pérennité globale utile, la durée de vie du régime d'assurance. Ces informations ne se basent que sur 37 régimes dont 27 existaient encore au moment de l'étude et dont la durée de vie moyenne était de 8 ans 1/2. Le régime Bwamanda avec 16 ans d'existence fait partie de ceux dont la durée de vie est la plus longue. Nous savons, d'autre part, que dans la région de Thiès, le régime le plus ancien (Fandène) existe depuis 10 ans.

5.4 Résumé

La figure 3 présente une vue d'ensemble des conséquences de la performance des sous-fonctions de financement de la santé sur les buts du système de santé d'après la littérature internationale. Concernant la protection financière et le recours équitable aux services de santé, nous nous référons aux critères de performance déjà étudiés. Dans le cas de la pérennité, les facteurs mentionnés ont trait à la performance ou permettent d'expliquer la performance des sous-fonctions de financement de la santé. Le dernier facteur (« existence de compétences administratives et de gestion ») n'est lié à aucune sous-fonction du financement de la santé en particulier, mais est un prérequis pour une bonne performance de toutes les sous-fonctions.

6. Une possible voie du progrès : créer un lien entre les régimes d'assurance-maladie communautaire et l'Etat

6.1 Besoins de direction et d'orientation

D'après ce qui précède, il est clair que les régimes d'assurance-maladie communautaires, dans l'état actuel de leur fonctionnement, sont loin d'être parfaits. Dans de nombreux régimes, le petit nombre de personnes affiliées pose un problème important. Néanmoins, un certain nombre d'entre eux ont contribué à l'amélioration de l'accès aux soins et à la réduction des dépenses de santé catastrophiques. La question est : quel est l'avenir des régimes d'assurance-maladie communautaires ?

D'un point de vue général, il faut encore une fois envisager les quatre autres solutions majeures : une couverture plus large financée par l'impôt, l'extension de la sécurité sociale ou la combinaison des deux. Dans certains pays, les conditions sociales et économiques sont telles que l'on peut envisager favorablement ces solutions. Cependant, les régimes d'assurance-maladie communautaires peuvent encore jouer un rôle dans les pays ou les régions où la fiscalité ou la sécurité sociale ne peuvent pas, à court terme, assurer la couverture de la population. Etant donné les problèmes et les écueils signalés précédemment, le soutien des régimes d'assurance-maladie communautaires peut être conditionnel. C'est là que le rôle de direction et d'orientation de l'Etat devient important car finalement, c'est l'Etat qui est responsable du fonctionnement global d'un système de santé d'un pays. Le risque étant que sans l'intervention de l'Etat, les régimes d'assurance-maladie communautaires restent réservés à certains groupes de population dans certaines régions. L'Etat a donc pour mission de définir le rôle que devront jouer les régimes d'assurance-maladie communautaires dans une politique dont doit bénéficier l'ensemble de la population.¹⁰²

6.2 Direction et orientation

6.2.1 Rôle de l'Etat

Nous proposons pour l'Etat quatre tâches fondamentales : le conseil dans la conception des régimes d'assurance-maladie communautaire, la surveillance de leurs activités, la formation et le cofinancement. Concernant la conception des régimes, l'Etat doit orienter les régimes d'assurance-maladie communautaire vers la création d'un système national de couverture et de protection financière universels. L'Etat pourrait *d'abord* contribuer à réduire le problème de la sélection par élimination en instaurant des règles simples. Il pourrait recommander de ne créer un régime d'assurance-maladie communautaire que lorsqu'un pourcentage minimal de la population cible peut être affilié. Il doit également recommander l'instauration de périodes d'attente afin que les gens ne s'affilient pas au moment où ils sont malades. L'Etat doit également déconseiller fortement l'affiliation individuelle et encourager plutôt l'affiliation familiale. La taille du régime d'assurance-maladie communautaire, et non pas seulement le taux d'affiliation, a également son importance. Les régimes trop petits, qui ne comptent que quelques centaines de membres, ne permettent pas un regroupement des risques suffisamment grand pour assurer les membres de façon adéquate. Il faut donc préférer des regroupements plus larges, par exemple par la création d'un organisme fédérateur¹⁰³ ou d'un réseau¹⁰⁴ de régimes d'assurance-maladie communautaires. On peut également envisager la création d'un mécanisme de réassurance afin de parer au risque financier auquel les petits régimes doivent habituellement faire face.¹⁰⁵

Deuxièmement, l'Etat peut formuler des recommandations quant aux services de santé pris en charge- Ces services doivent refléter les besoins de la population en soins de santé et tenir compte du rapport coût/efficacité, par exemple par des protocoles thérapeutiques normalisés. Dans un souci de rentabilité, il faut également respecter certaines règles, en matière de référence par exemple.

Troisièmement, l'Etat peut s'attaquer à d'autres problèmes, notamment le taux d'affiliation, la fréquence de collecte des contributions, le regroupement/la mise en commun et le rôle de la communauté dans la prise de décision.

Outre son rôle de conseil dans la conception des régimes d'assurance-maladie communautaires, l'Etat peut proposer de contrôler les performances de base de chaque régime, de suivre les progrès des différents régimes dans le temps et d'effectuer une analyse comparative. Ce contrôle ne doit pas être passif, il doit permettre à l'Etat de favoriser la création de régimes d'assurance-maladie communautaire, de signaler les problèmes aux régimes existants et de fournir des conseils pratiques.

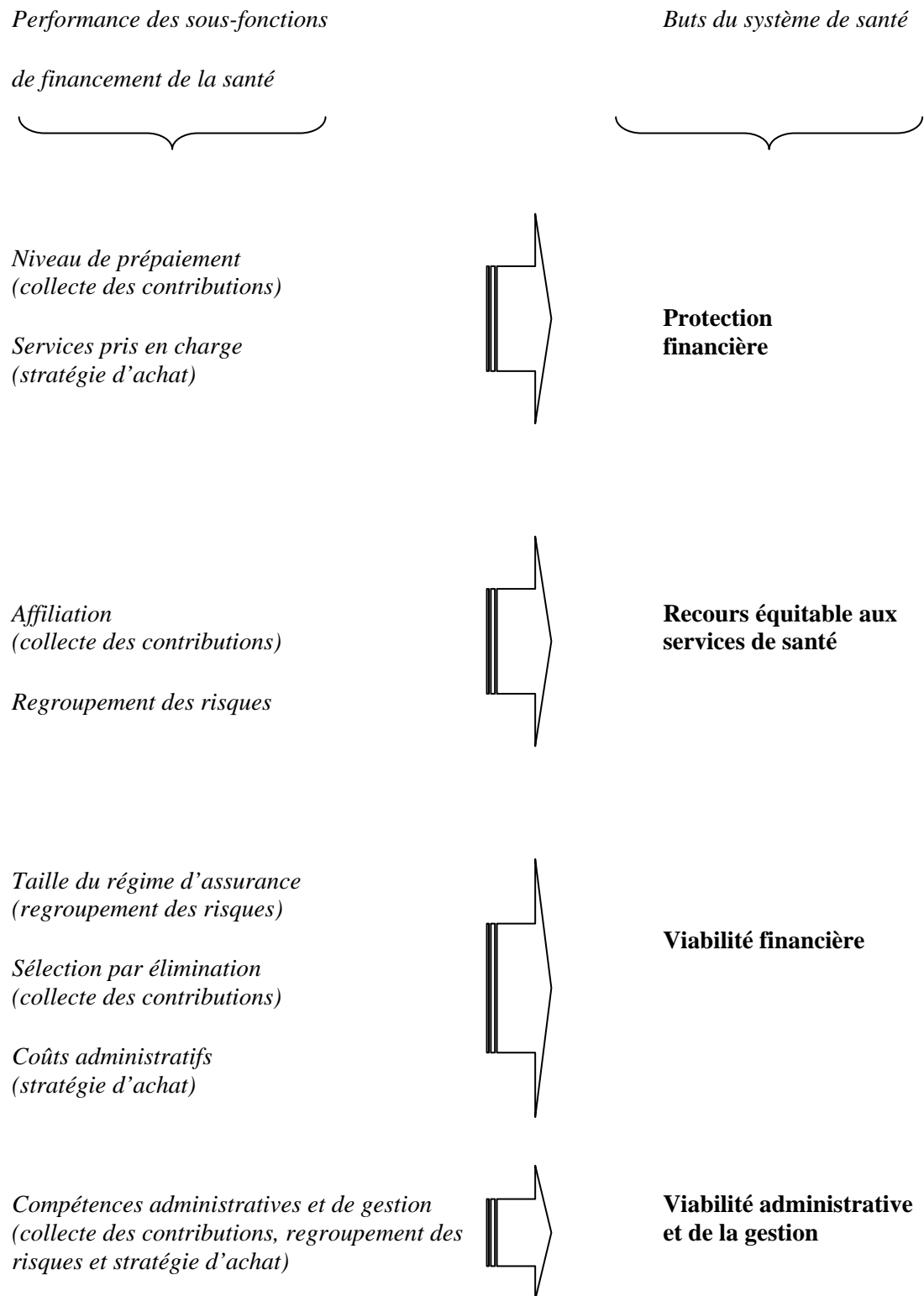
Le contrôle et de la promotion favorisent aussi naturellement les activités de formation que l'Etat pourrait organiser et qui pourraient couvrir l'ensemble des problèmes concernant la création et l'adaptation d'une assurance-maladie, c'est-à-dire la détermination des services pris en charge, la fixation et la collecte des contributions, les problèmes de retard et de défaut de paiement, les systèmes de gestion de l'information et la mise en place de plans de développement de l'assurance-maladie.

Concernant le cofinancement, l'Etat peut jouer un rôle crucial en permettant aux groupes à faible revenu de s'affilier au régime d'assurance-maladie communautaire.¹⁰⁶

D'abord, au niveau du régime d'assurance lui-même, l'Etat peut subventionner totalement ou en partie les cotisations des plus pauvres.¹⁰⁷ grâce aux recettes fiscales. Cependant, l'Etat peut également passer un accord avec les donateurs pour leur permettre de consacrer une partie de leurs fonds aux subventions. *Deuxièmement*, l'Etat pourrait appliquer une règle de solidarité entre les régimes d'assurance en vertu de laquelle un certain pourcentage des contributions serait versé à un fonds de solidarité qui servirait, par exemple, à financer les dépenses imprévues (comme dans le cas d'épidémies locales) ou à payer les déficits et régimes d'assurance dont la situation financière n'est pas très bonne. Ces mécanismes de solidarité doivent être compris et acceptés par les régimes d'assurance-maladie. La mise en oeuvre d'une solidarité « excessive » pourrait se révéler contre-productive.

Un autre argument en faveur de l'implication de l'Etat comme partenaire de financement est qu'il peut faire contrepoids au caractère rétrograde du taux unique de cotisation des ménages en vigueur dans plusieurs régimes d'assurance. Bien entendu, cela présuppose que les systèmes d'imposition soient progressifs, ce qui n'est pas nécessairement le cas.

Figure 3 Liens entre la performance des sous-fonctions de financement de la santé et les buts du système de santé



6.2.2 Rôle des régimes d'assurance-maladie communautaires

Toutefois, les relations entre l'Etat et les régimes d'assurance ne doivent pas être à sens unique. Les régimes d'assurance doivent également avoir un rôle important à jouer. Les informations et le savoir-faire des régimes d'assurance existants et qui fonctionnent bien devraient permettre aux Etats de bien en comprendre la dynamique et le succès. Ces régimes peuvent coopérer avec les Etats pour traiter les problèmes techniques touchant au fonctionnement et à l'exploitation des régimes, par exemple l'identification des risques sanitaires, la fixation des primes et des niveaux de prise en charge, les moyens d'éviter la sélection par élimination, la définition des services pris en charge et des protocoles thérapeutiques et préventifs ainsi que les activités de promotion, la conclusion de contrats pour les services de santé et la gestion correcte d'un système d'information.

De la même manière, les protocoles de suivi utilisés par les régimes qui fonctionnent bien pourraient aider l'Etat à créer des protocoles standardisés applicables au niveau national. L'Etat doit également former les associations et les organisations intervenant dans le domaine de l'assurance-maladie et là aussi les régimes dont les performances sont bonnes pourraient apporter leur contribution.

6.3 Perspectives

Cependant, ce « lien » dont il est question au paragraphe ci-dessus ne sera possible qu'une fois que seront remplies certaines préconditions. D'abord, les régimes d'assurance-maladie communautaire doivent être considérés comme un instrument national pour une meilleure protection financière plutôt que comme des entités isolées. Il faut pour cela qu'il y ait une nouvelle entente entre l'Etat et ces régimes : il faudra trouver un équilibre entre le fréquent désir d'autonomie des régimes d'assurance et la nécessité pour l'Etat d'assurer son rôle de direction et d'orientation. En d'autres termes, il faut créer un partenariat en vertu duquel le soutien technique et financier de l'Etat devient naturel, à certaines conditions toutefois. Deuxièmement, l'interconnexion entre les régimes d'assurance-maladie et communautaire et l'Etat ne sera possible que si les parties concernées satisfont de manière crédible les demandes de la population et s'il existe un système de soins correctement organisé dans lequel la population a confiance.

A supposer que ces préconditions soient réunies, il est toutefois plutôt difficile de prévoir l'avenir. On ne sait pas quelle sera la rapidité de l'amélioration de la protection financière au niveau national. A ce propos, il faut remarquer que l'histoire des caisses d'assurance-maladie dans des pays européens tels que l'Allemagne ne va pas nécessairement se répéter. En Europe, la dynamique de l'assurance sociale est clairement différente. En fait, avant même la réforme de la sécurité sociale entreprise par Bismarck en 1883, les autorités locales ont obtenu le droit de rendre obligatoire l'affiliation au régime volontaire d'assurance-maladie existant. En outre, en 1854, un régime d'assurance-maladie obligatoire national avait déjà créé pour les mineurs.¹⁰⁸ De plus, on sait que la loi de Bismarck de 1883 faisait partie d'une tentative du Gouvernement allemand de gagner le soutien des travailleurs et d'affaiblir leur mouvement social et politique.¹⁰⁹ Les mouvements qui entraîneraient une réponse similaire des Etats ne semblent pas exister, ou du moins ne sont-ils pas forts, notamment dans les pays à faible revenu.

7. Conclusion

La présente note a permis notamment d'établir que les régimes d'assurance-maladie communautaire ont généralement donné jusqu'à présent des résultats modestes, en particulier en termes d'affiliation. Cependant, il faut tenir compte du fait que de nombreux régimes sont apparus il y a relativement peu de temps et ont encore besoin de temps pour se développer. On a également montré comment les régimes d'assurance-maladie communautaire, et notamment ceux qui fonctionnent bien, peuvent contribuer de façon significative à la protection financière et à l'accès aux soins. Ces régimes sont apparus comme institutionnellement différents dans le sens qu'ils bénéficient beaucoup des formes existantes de coopération mises en place dans le cadre d'une organisation de développement plus large.

Cependant, comme nous l'avons dit au début de la présente note, les régimes d'assurance-maladie communautaires ne sont pas la seule solution. Il existe également des méthodes de financement de la santé plus universelles. Toutefois, certaines conditions sociales, économiques et politiques peuvent empêcher leur adoption pure et simple. Donc, s'il est impossible de trouver immédiatement d'autres solutions de financement de la santé à l'échelle nationale et on peut chercher à savoir quel rôle les régimes d'assurance-maladie communautaire pourrait finalement jouer. Toute la question est donc de savoir comment améliorer le fonctionnement de ces régimes et dans quelles conditions on peut les appliquer à des situations différentes.

Cependant, il est très probable que les régimes d'assurance-maladie communautaire auront au mieux un rôle de complément. Ils ne peuvent pas non plus fonctionner de manière isolée. L'Etat doit définir leur place dans le cadre d'une politique nationale de financement de la santé permettant à ces régimes d'assurance de contribuer à l'objectif de protection financière universelle.

BIBLIOGRAPHY

Adeniyi-Jones O. (1976). *Community involvement: new approaches*. WHO Chronicle, vol.30, pp.8-10.

Atim C. (1998). *Contribution of mutual health organizations to financing, delivery, and access to health care*. Maryland: Abt Associates, Partnerships for health reform, Technical report no.18.

Atim C. (1999). Social movements and health insurance: a critical evaluation of voluntary, non-profit insurance schemes with case studies from Ghana and Cameroon. *Social Science and Medicine*, vol.48, pp.881-86.

Baeza Chr., Montenegro F. and Nuñez M. (2002). *Extending Social Protection in Health Through Community Based Health Organizations. Evidence and challenges*. (Geneva: International Labour Organization).

Bärnighausen T. & Sauerborn R. (2002). One hundred and eighteen years of the German health insurance system: are there any lessons for middle- and low-income countries. *Social Science and Medicine*, vol.54, pp.1559-1587.

Bennett S., Creese A. and Monasch R. (1998). *Health Insurance Schemes for People Outside Formal Sector employment*. Geneva: World Health Organization, WHO/ARA/CC/98.1.

Bose Ashish and Desai P.B. (1983). *Studies in Social Dynamics of Primary Health Care*. Dehli, India: Hindustan Publishing Company.

Burgess R. and Stern N. (1991). *Social Security in Developing Countries*. Ch. 2 of Ahmad E., Drèze J., Hills J. and Sen A. (eds.). *Social Security in Developing Countries*. Oxford: Clarendon Press.

Carrin G., Hollmeyer H., Jones J. Everard M., Ron A., Savioli L., Yu Sen-Hai, Tran Van Tien, Bui Duc Trang, Ton That Hoang Tu and Nguyen Thi Kim Thuy (1999). *School health insurance as a vehicle for health-promoting schools* (Geneva: WHO/HSD/HID.99.1).

Carrin G., Ron A., Yang Hui, Wang Hong, Zhang Tuohong, Zhang Licheng, Zhang Shuo, Ye Yide, Chen Jiaying, Jiang Qicheng, Zhang Zhaoyang, Yu Jun and Li Xuesheng (1999). The reform of the rural cooperative medical system in the People's Republic of China: interim experience in 14 pilot countries. *Social Science and Medicine*. Vol.48, pp.961-972.

Carrin G., Desmet M. & Basaza R. (2001). Social health insurance development in low-income developing countries: new roles for government and non-profit health insurance organizations. Ch.10 in Scheil-Adlung X. *Building Social Security: The challenge of privatization* (London: Transaction Publishers)

Chee G., Smith K, & Kapinga A. (2002). *Assessment of the Community Health Fund in Hanang District, Tanzania*. Maryland: Abt Associates, Partnerships for Health Reformplus, July 2002.

Commission on Macroeconomics and Health (2001). *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*. (Geneva:WHO).

Criel B., Van Dormael M., Lefevre P., Menase U. & Van Lerberghe W. (1998). Voluntary Health Insurance in Bwamanda, Democratic Republic of Congo. An exploration of its meaning to the community. *Tropical Medicine and International Health*, vol.3, nr.8,pp.640-653.

Criel B. (1998). *District-based Health Insurance in sub-Saharan Africa*. Studies in Health Services Organisation and Policy, nr 10. Antwerp: Institute of Tropical Medicine.

Criel B., Van der Stuyft P. and Van Lerberghe W. (1999). The Bwamanda hospital insurance scheme: effective for whom ? A study of its impact on hospital utilization patterns. *Social Science and Medicine*, vol.48, pp. 897-911.

Criel B. and Van Dormael M. (1999). Mutual Health Organizations in Africa and social health insurance systems: will European History repeat itself ? *Tropical Medicine and International Health*, vol.4, no.3, pp.155-159.

Criel B., Noumou Barry A. & von Roenne F. (2002). *Le Projet PRIMA en Guinée Conkary-une expérience d'organisation de mutuelles de santé en Afrique rurale*. (Brussels:Medicus Mundi Belgium).

Cutler D.M. and Zeckhauser R.J. (2000). The Anatomy of Health Insurance. *Handbook of Health Economics*. Paper 11 of volume 1a. Amsterdam: North Holland.

Davies Ph. & Carrin G. (2001). Risk-pooling: necessary but not sufficient. *Bulletin of the World Health Organization*, vol.79, nr.7.

Desmet M., Chowdury A.Q. and Islam Md.K. (1999). The potential for social mobilisation in Bangladesh: the organisation and functioning of two health insurance schemes. *Social Science and Medicine*, vol.48, pp. 925-938.

De Weerd J. (2002). *Social networks, transfers and insurance in developing countries*. (Leuven: Ph.D thesis, Katholieke Universiteit Leuven, nr 159).

Diop F., Yazbeck A. & Bitran R. (1995). The impact of alternative cost recovery schemes on access and equity in Niger. *Health Policy and Planning*, vol.10,nr.3,pp.223-240.

Dror D.M. and Jacquier Chr. (1999). Micro-insurance: extending health insurance to the excluded. *International Social Security Review*, vol.52, no. 1, pp.71-97.

Dror D.M. (2001). Reinsurance of health insurance for the informal sector. *Bulletin of the World Health Organization*, vol.79, nr. 7,pp.672-678.

Dror D.M. (2002). Health Insurance and Reinsurance at the Community Level. Chapter 5 of

Dror D.M. and A.S.Preker (eds.) (2002). *Social Re Insurance. A new approach to Sustainable Community Health Financing* (Washington: ILO and World Bank).

Ellis R.P., Alam M. & Gupta I. (1996). *Health Insurance in India: prognosis and prospects*. Unpublished paper.

van Ginneken W. (ed.) (1999b). *Social Security for the Excluded Majority-Case studies of developing countries*. Geneva: International Labour Office.

van Ginneken W (1999a). Social security for the informal sector: a new challenge for the developing countries. *International Social Security Review*, vol.52,nr.1,pp.49-69.

Harding Richard J.W. (1996). *Latitpur Medical Insurance Scheme. A status report after eighteen years*. Unpublished paper (United Mission to Nepal, Kathmandu, Nepal).

van den Heever A. (1997). *Regulating the funding of private health care: the South African experience*. ch.10 of Bennett S., McPake B. and Mills A. (eds.). *Private health providers in developing countries*. London:Zed books.

Jancloes M., Seck B., Van De Velden L. & Ndiaye B. (1985). Financing urban primary health services. *Tropical Doctor*. April 1985, pp.98-104.

Jakab M, Preker A., Krishnan C., Schneider P., Diop F., Jütting J, Gumber A., Ranson K. and Supakankunti S. (2001). *Social Inclusion and Financial Protection Through Community Financing*. Chapter VII of A.Preker (ed.) (2003). *Health Care Financing for Rural and Low-Income Populations. The Role of Communities in Resource Mobilization and Risk Sharing* (Washington:World Bank), forthcoming.

Jütting J. (2001). *The Impact of Health Insurance on the Access to Health Care and Financial Protection in Rural Developing Countries. The Example of Senegal*. HNP Discussion Paper (Washington: World Bank).

Jütting J. (2000). Social Security Systems in low-income countries: Concepts, constraints and the need for cooperation. *International Social Security Review*, vol.53,nr.4,pp. 3-24.

Kasongo Project Team (1982). *The Kasongo Project: Lessons from an experiment in the organisation of a system of primary health care*. Brussels: Goemaere publishers.

Kawabata K., Xu K. & Carrin G. (2002). Preventing impoverishment through protection against catastrophic health expenditure. *Bulletin of the World Health Organization*, vol.80,nr.8,p.612.

Krause P. (2000). Non-profit Insurance Schemes for the Unorganised Sector in India. GTZ Paper no. 24/e. (Eschborn, Germany: Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit).

Madan T.N. (1987). Community involvement in health policy: socio-structural and dynamic aspects of health beliefs. *Social Science and Medicine*. Vol.25,no.6.

McPake B. (1993). User charges for health services in developing countries. *Social Science and Medicine*. vol.36, no.11, pp. 1397-1405.

Mesa-Lago C. (2000). *Desarrollo social, reforma del Estado y de la seguridad social, al umbral del siglo XXI*. Santiago de Chile: CEPAL, Naciones Unidas, Serie Políticas sociales, nr.36.

Mills A., Bennett S. and McPake B. (1997). *Future research directions*. Ch.18 of Bennett S., McPake B. and Mills A.(eds.), *Private health providers in developing countries*. London: Zed books.

Mills A. (1998). *The Route to Universal Coverage*. Ch. 11 in Sanguan Nityarumphong and Anne Mills (eds.), *Achieving Universal Coverage of Health Care*. Nontaburi, Thailand: Office of Health Care Reform, Ministry of Public Health.

Moens F. (1990). Design, implementation, and evaluation of a community financing scheme for hospital care in developing countries: a prepaid health plan in the Bwamanda Health Zone, Zaire. *Social Science and Medicine*, vol.30, pp. 1319-1327.

Musau St.N. (1999). *Community based health insurance: experiences and lessons learned from East and Southern Africa*. Partnerships for Health Reform Technical Report no.34 (Bethesda, Maryland: Abt Associates).

Noterman J. et al. (1996). Prepayment Scheme for Hospital Care in the Masisi District in Zaire: a critical evaluation. *Social Science and Medicine*, vol.40,nr.7,pp.919-930.

Perrot J. (2002). Analyse de l'Allocation des Ressources Financières au Sein d'Un Système de Santé. Geneva: WHO, Department of Health Financing and Stewardship, Health Financing Technical Brief (forthcoming).

Perrot J. and Adams O. (2000). *Applying the contractual approach to health service delivery in developing countries*. Geneva: WHO, Department of the Organisation of Health Services Delivery, discussion paper.

Preker A.S. (1998). *The introduction of universal access to health care in the OECD: Lessons for Developing Countries*. Ch. 3 in Sanguan Nityarumphong and Anne Mills (eds.), *Achieving Universal Coverage of Health Care*, Nontaburi, Thailand: Office of Health Care Reform, Ministry of Public Health.

Preker A.S. (ed.) (2003). *Health Care Financing for Rural and Low-Income Populations. The Role of Communities in Resource Mobilization and Risk Sharing* (Washington: World Bank), forthcoming.

Preker A.S., Carrin G., Dror D., Jakab M., Hsiao W. & Arhin-Tenkorang D. (2002). Effectiveness of community health financing in meeting the cost of illness. *Bulletin of the World Health Organization*, vol.80,nr.2,pp.143-149.

Ranson M.K. (2002). Reduction of catastrophic health care expenditures by a community based health insurance scheme in Gujarat, India. *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 80,nr.8,pp.613-621.

Ray D. (1998). *Development Economics*. Princeton: Princeton University Press.

Ron A. (1999). NGOs in community health insurance schemes: examples from Guatemala and the Philippines. *Social Science and Medicine*, vol.48, no.7, pp.939-950.

Sanguan Nitayarumphong (1998). *Universal coverage of health care: Challenges for the Developing Countries*. Ch.1 of Sanguan Nityarumphong and Anne Mills (eds.), *Achieving Universal Coverage of Health Care*. Nontaburi, Thailand: Office of Health Care Reform, Ministry of Public Health.

Sauerborn R., Adams A., Hien M. (1996). Household strategies to cope with the economic costs of illness. *Social Science and Medicine*, vol. 43, nr.11, pp.291-301.

Schneider P., Diop F. and Bucyana S. (2000). *Development and Implementation of Prepayment Schemes in Rwanda*. Partners for Health Reform Technical paper nr. 45 (Bethesda, Maryland: Abt Associates)

Schneider P., Diop F. and Leighton C. (2001). *Pilot Testing Prepayment for Health Services in Rwanda: Results and Recommendations for Policy Directions and Implementation*. Partners for Health Reform Technical paper nr. 66 (Bethesda, Maryland: Abt Associates).

Schneider P. and Diop F. (2001). *Impact of Prepayment Pilot on Health Care Utilization and Financing in Rwanda: Findings from Household survey*. Partners for Health Reformplus Technical paper (Bethesda, Maryland: Abt Associates).

Schneider P., Schott W., Bhawalkar M, Nandakumar A.K., Diop F. & Butera D. (2001). *Paying for HIV/AIDS services. Lessons from National Health Accounts and community-based health insurance in Rwanda 1998-1999*. UNAIDS case study (Geneva:UNAIDS)

Soeters R. and Griffiths F. (2002). Improving Government Health Services Through Contract Management: A case from Cambodia. *Health Policy and Planning* (forthcoming).

Steinwachs L. (2002). *Extending health protection in Tanzania---networking between health financing mechanisms* (Geneva: ILO, Social Security Policy and Development Branch), ESS paper no.7.

Stinson W. (1984). Potential and limitations of community financing. *World Health Forum*, vol.5,pp.123-125.

WHO (2000). *Health Systems: Improving Performance*. The World Health Report 2000. Geneva: WHO.

WHO (2002a). Minimum health spending: feasibility of set of essential health interventions. WHO/FAR, unpublished.

Wiesmann D. and Jütting J. (2001). Determinants of viable health insurance schemes in rural Sub-Saharan Africa. *Quarterly Journal of International Agriculture*, vol.40,nr.4,pp.361-378.

NOTES

¹ Les pays en développement à faible revenu sont ceux dont le produit national brut par habitant est égal ou inférieur à US \$760.

² McPake (1993).

³ Sauerborn et al. (1996).

⁴ Voir également van Ginneken (1999a).

⁵ Voir également Wiesmann and Jütting (2001) et Preker et al. (2002).

⁶ Voir Ashish Bose et P.B. Desai (1983, pages 42 à 45).

⁷ Stinson (1984, pages 124-125) dit qu'il faut « permettre aux communautés de participer à la conception de systèmes de soins appropriés »... « décider qui contribuera et dans quelle mesure et gérer les recettes afin d'empêcher leur détournement et s'assurer que l'ensemble des membres de la communauté en bénéficie ». Adeniyi-Jones (1976, p. 9) parle également de la participation communautaire comme « partage des responsabilités et participation à la planification et à l'organisation des services de santé. La participation communautaire implique également l'utilisation correcte des services par la communauté ».

⁸ Criel and van Dormael (1999) et Atim (1999, p. 883). Il est à noter qu'une mutuelle de santé pourrait être gérée par une communauté, une entreprise, un syndicat, etc.

⁹ Atim (1999, p. 883).

¹⁰ van den Heever (1997, p. 162).

¹¹ Voir OMS (2000) pour un résumé des méthodes.

¹² OMS (2000, p. 109).

¹³ OMS (2000, p. 110).

¹⁴ OMS (2000, p. 111).

¹⁵ OMS (2000, p. 111).

¹⁶ Voir également Cutler and Zeckhauser (2000, section 6).

¹⁷ Davies and Carrin (2001).

¹⁸ OMS (2000, page 120).

¹⁹ Pour une vue d'ensemble des mandats éventuels, voir Perrot (2002).

²⁰ Bennett et al. (1998).

²¹ Quatre régimes assuraient d'un taux de couverture de 50 à 70 % alors que pour 8 régimes, le taux de couverture était supérieur à 70 %.

²² Musau (1999).

²³ Schneider and Diop (2001, page 5).

²⁴ Atim (1998).

²⁵ Jütting (2001).

²⁶ Criel (1998, pages 10-11).

²⁷ Harding (1996).

²⁸ Moens (1990).

²⁹ Schneider and Diop (2001, pages 22 à 26).

³⁰ Bennett et al. (1998, Tableau 5.4, page 30).

³¹ Atim (1998, p. 21).

³² Ranson (2002).

³³ Krause (2000).

³⁴ Baeza et al. (2002).

³⁵ Baeza et al. (2002, Tableau 16).

³⁶ Carrin et al. (1999).

³⁷ Baeza et al. (2002, Tableau 17).

³⁸ Baeza et al. (2002, Tableau 18).

³⁹ L'étude définit le point d'entrée comme un « élément facilitant l'entrée dans une organisation de soins de santé plus grande et plus complexe ou dans un sous-système aux niveaux local, régional ou national à partir du secteur public ou d'ONG étrangères à la communauté ». Voir Baeza et al. (2002, page 51).

⁴⁰ Bennett, Creese and Monasch (1998, page 36).

⁴¹ C'était le cas du régime de l'Hôpital Chogoria ; voir Bennett, Creese and Monasch (1998, page 36).

⁴² Ron (1999, page 944).

⁴³ Atim (1998, page 36).

⁴⁴ Schneider et al. (2001, page 6) et Schneider et al. (2000, p. 17).

⁴⁵ Criel et al. (2002).

⁴⁶ Bennett, Creese and Monasch (1998, page 43).

⁴⁷ Atim (1998, page 49).

⁴⁸ Schneider et al. (2001, page 33).

⁴⁹ Bennett, Creese and Monasch (1998, page 43).

⁵⁰ Schneider & Diop (2001, pages 24 à 26).

⁵¹ Jütting (2001, page 12). Voir également Jakab et al. (2001, p. 16).

⁵² Desmet, Chowdury & Islam (1999, page 933).

⁵³ Atim (1998, page 42).

⁵⁴ Bennett, Creese and Monasch (1998, page 24).

⁵⁵ Carrin et al. (1999, page 9).

⁵⁶ Carrin, Desmet and Basaza (2001, page 134).

⁵⁷ Desmet, Chowdury & Islam (1999, page 931).

⁵⁸ Van Ginneken (1999, page 132).

⁵⁹ Desmet, Chowdury & Islam (1999, page 928).

⁶⁰ Schneider and Diop (2001, page 25).

⁶¹ Carrin, Desmet & Basaza (2001, page 133).

⁶² Criel, Barry and von Roenne (2002, chapitre 2).

⁶³ Chee, Smith and Kapinga (2002, chapitre 13).

⁶⁴ Van Ginneken (1999).

⁶⁵ Ibidem, pages 136-137.

⁶⁶ Desmet et al. (1999).

⁶⁷ Krause (2000, page 11).

⁶⁸ Schneider et al. (2001, page 19).

⁶⁹ Le concept d'assurance-maladie peut ne pas toujours être compris immédiatement. En fait, les régimes d'assurance-maladie communautaires diffèrent des groupes d'assistance mutuelle traditionnels dont le concept clé est la « réciprocité généralisée ». Les régimes d'assurance maladie communautaires n'apportent un soutien qu'en cas de maladie et appliquent donc le principe de « réciprocité conditionnelle ». (Bärnighausen and Sauerborn, 2002, page 1561). Pour plus d'informations dans le cadre du Régime Bwamanda, voir Criel et al. (1998).

- ⁷⁰ Jancloes et al. (1985, page 103).
- ⁷¹ Criel (1998, page 13).
- ⁷² Ray (1998, page 394).
- ⁷³ De Weerd (2002, pages 49 à 55) montre qu'à Nyakatoke (Tanzanie), la distance entre les ménages détermine la probabilité d'assistance mutuelle.
- ⁷⁴ Van Ginneken (1999b, page 182).
- ⁷⁵ Dror (2001, page 674).
- ⁷⁶ Dror (2001, page 675).
- ⁷⁷ Davies & Carrin (2001).
- ⁷⁸ Pour la théorie de l'ajustement des risques, voir Cutler et Zeckhauser (2000, pages 624-625).
- ⁷⁹ Appelés « medical benefit schemes » en Afrique du Sud.
- ⁸⁰ Baeza et al. (2002, page 38).
- ⁸¹ Perrot & Adams (2000).
- ⁸² Schneider et al. (2001, pages 46 à 52).
- ⁸³ Atim (1998, page 30).
- ⁸⁴ Soeters and Griffiths (2002).
- ⁸⁵ Noterman et al. (1996) in Bennett, Creese and Monasch (1998, page 44).
- ⁸⁶ Ellis, Allam & Gupta (1996) in Bennett, Creese and Monasch (1998, page 35).
- ⁸⁷ Schneider et al. (2001, page 6).
- ⁸⁸ Atim (1998, page 33).
- ⁸⁹ Schneider et al. (2001, page 6).
- ⁹⁰ Atim (1998, page 27).
- ⁹¹ Ron (1999, page 944).
- ⁹² Baeza et al. (2002, page 23).
- ⁹³ Baeza et al. (2002, page 30).
- ⁹⁴ Ranson (2002).
- ⁹⁵ Kawabata et al. (2002).

⁹⁶ Bennett, Creese and Monasch (1998, page 46) se réfère à Diop, Yazbeck and Bitran (1995).

⁹⁷ Schneider and Diop (2001, pages 41 à 44).

⁹⁸ Dans ce cas, la probabilité est le résultat du rapport suivant : (personnes affiliées à un régime ayant recours aux soins/personnes affiliées n'y ayant pas recours)/(personnes non affiliées à un régime ayant recours aux soins/personnes non affiliées n'y ayant pas recours).

⁹⁹ Jütting (2001, pages 16 à 18) et Jakab (2001, page 18).

¹⁰⁰ Bennett, Creese and Monasch (1998, pages 50 à 51).

¹⁰¹ OMS (2000, page 135).

¹⁰² Nous nous référons ici à Criel and Van Dormael (1999, page 159) qui écrivent que si les régimes de financement communautaires, tels que les régimes d'assurance-maladie communautaires « sont appelés à contribuer de façon significative à l'accroissement de la solidarité et à une réduction de l'exclusion sociale, le soutien de l'autorité publique sera finalement nécessaire » et que ces régimes seront « donc tôt ou tard confrontés au problème du rôle et de l'action de l'Etat ». Mills et al (1997, page 309) vont dans le même sens en écrivant que « la faiblesse de l'Etat peut plaider en faveur d'une moindre dépendance envers lui mais les données indiquant les dangers des marchés sanitaires non réglementés sont suffisamment nombreuses pour suggérer que l'Etat ne peut pas purement et simplement se retirer ».

¹⁰³ Voir Mills (1998, pages 298).

¹⁰⁴ Voir Steinwachs (2002, pages 21 à 23).

¹⁰⁵ Dror and Jacquier (1999) et Dror (2002).

¹⁰⁶ Ce rôle de l'Etat est souligné par Mesa-Lago (2000, page 44) dans son étude récente sur la réforme de la sécurité sociale en Amérique latine. Voir également Jütting (2000).

¹⁰⁷ Burgess and Stern (1991, page 73) montre également les grandes possibilités pour l'Etat de redistribuer les ressources en faveur des indigents.

¹⁰⁸ Bärnighausen & Sauerborn (2002, page 1562).

¹⁰⁹ Ibidem, page 1565 et Criel and Van Dormael (1999, page 158).