

Revue / Review

Le développement de l'assurance maladie dans les pays à faible revenu : l'exemple des pays africains

Alain Letourmy¹

CERMES, Campus CNRS, 7, rue Guy-Môquet, 94801 Villejuif, France

Disponible sur Internet le 26 septembre 2008

Présenté par François Gros

Résumé

L'assurance maladie, publique ou privée solidaire, est au cœur des réformes du financement de la santé dans les pays à faible revenu, pour réduire le paiement direct des soins. Dans les pays africains, son développement s'est fait en trois vagues : à partir de l'assurance maladie pour le seul secteur formel, puis la micro assurance de santé a ciblé le secteur informel, enfin les États ont mis en chantier une politique de couverture universelle. L'impact de l'assurance maladie est encore difficile à apprécier. On observe un meilleur accès aux soins des bénéficiaires, mais pas une amélioration générale du financement du secteur, ni un changement des comportements des prestataires, en particulier dans les établissements publics. En dépit de ses faiblesses, son développement paraît inévitable, mais il doit trouver sa place dans des systèmes de financement et d'organisation hybrides, adaptés aux caractéristiques des pays à faible revenu. **Pour citer cet article : A. Letourmy, C. R. Biologies 331 (2008).**

© 2008 Académie des sciences. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

On the development of health insurance in low-income countries: the case of African countries. Health financing reforms in most low-income countries promote social and micro health insurance, in order to reduce direct spending by patients. Three phases of development can be distinguished in African countries: at first, schemes were developed only for the formal sector, then micro health insurance targeted the informal sector, and finally, health insurance was included in larger plans to reach universal coverage. The impact of health insurance is, as yet, difficult to assess. If beneficiaries have a better access to health services, the financing of health sector is not significantly improved, and there is no change in professional behaviour, in particular, in public facilities. In spite of their limits, social health insurance schemes continue to be implemented, but as a part of hybrid financing system, fitting with the abilities of low-income countries. **To cite this article: A. Letourmy, C. R. Biologies 331 (2008).**

© 2008 Académie des sciences. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots-clés : Assurance maladie ; Afrique ; Réformes ; Financement de la santé

Keywords : Health insurance; African countries; Reforms; Health financings

Abridged English version

Introduction

Health reforms in low-income countries give an important role to social and micro health insurance. The

Adresse e-mail : letourmy@vjf.cnrs.fr.

¹ Économiste, chargé de recherche au CNRS.

main objective is to reduce direct spending, as far as patients must pay for health care services in all developing countries. In addition, health insurance has a place in various policies implemented in these countries [1], especially in policies for alleviating poverty [2].

In the field, many differences among regions can be observed, with regard to the pace of reforms and the rate of coverage of populations. This article deals with the case of African countries, where a large variety of situations exists [3].

First part: the three phases of development of health insurance

We can distinguish three phases in the development of health insurance in African countries.

1. First phase: health insurance schemes for the formal sector only.

Before the 1990s, some health insurance schemes covered the formal sector, through two models: either mandatory schemes administered by Social security funds, or private mutual health organisations.

Some countries implemented a Social Security system (Guinea, Gabon, Senegal), but some of them did not cover health risks (Mali, Burkina Faso, Tanzania, Kenya). In this case, Social Security institutions created their own dispensaries or hospitals to provide their members with an access to better quality services (Burkina Faso, Mali, Senegal, Gabon). In the public sector, another formula was to support the creation of mutual health organisations, in which the membership was automatic or voluntary (Senegal, Ivory Coast).

Other models referred to private initiatives and, especially, to employer-based voluntary health insurance schemes (Ivory Coast, Cameroon, South Africa).

This first phase was characterized by:

- Fragmented approach for implementing health insurance schemes, targeting the formal sector only;
- Variable involvement of the state, although the building of a Social Security system was announced;
- Lack of effective supervision of institutions created.

2. Second phase: micro health insurance for the informal sector.

The second phase began in the 1990s and focussed on micro health insurance. The objective was to organize pre-payment forms of health services for the non-formal sector households, mainly because the exten-

sion of cost recovery increased risks of impoverishment [1,4].

In most West Africa countries, community-based health insurance schemes were created, according to the model of mutual health organisations [1,5–7]. The initiative mainly came from private or external players. At the beginning, states were not involved in the process, except in few countries, such as Mali and Senegal.

Nowadays, mutual health organisations are being developed in most of African countries, with the difference that the state is now frequently steering the process, as in Ghana or Rwanda, where membership is “progressively mandatory” for households of the non-formal sector.

3. Third phase: health insurance as a part of policies towards universal coverage.

The third phase started with the new millenium, including health insurance development into national policies of universal coverage. All categories of the population are to be targeted, following various frameworks. If each country has its own way of reforming health financing, states seem to apply two kinds of approaches. Either they build a unique innovative institutional pattern, which provides precisely each group of the population with a form of coverage (Ivory Coast, Gabon, Ghana, Nigeria), or, they associate, theoretically, one form of coverage to one category of people and implement step-by-step the corresponding schemes, according to available resources (Senegal, Mali, Rwanda, Tanzania).

These policies, which promote health insurance schemes, are characterized by the following principles:

- mandatory membership is progressively prescribed to the non-formal sector;
- steering roles of the state and its administration are not to be discussed;
- universal coverage implies that poorest of the poor may access health care services and that an adequate linkage is to be found with insurance schemes.

Second part: analysis of the situation of health insurance

The variety of existing schemes makes it difficult to propose one way of analysing the development of health insurance.

It is too early to estimate newer mandatory schemes, as the older ones often need to be revitalized. As long as membership is not extended to the majority of house-

holds of the non-formal sector, the rate of coverage by social health insurance schemes will not exceed 20%.

If the dynamics of the creation of voluntary schemes is positive, their real impact on the health sector is generally weak, because of the low rate of coverage of the population. In this respect, classical community-based health insurance schemes have no outstanding results, compared with schemes initiated by the state (Ghana, Rwanda) and managed by the district with a progressive mandatory membership process.

As far as insurance development addresses the main issues of health financing, it is currently relevant to assess: (1) how the existing schemes have succeeded in increasing the demand of health services; (2) what flexibility of financing is associated with insurance; (3) how schemes have improved the relationship between patients and providers. In addition, one should focus on how to avoid the exclusion of the poorest and to deal with skills required for managing the activity.

1. Increasing demand for health services.

There is evidence that households that are members of health insurance schemes consume more services than households without coverage and thus reduce their out-of-pocket spending [8,9]. However, it is not so clear that moral hazard is not partially responsible for the increasing demand [10].

If health insurance improves individual situation of contributing households, it is not clear that there is an impact on the financing of the sector. The reason is the low coverage rate of the population. In addition, a number of existing schemes have not yet demonstrated their sustainability. In particular, as community-based health insurance schemes do not pool enough members [5], they should be put together through well-organized networks to get access to common tools such as guarantee funds or re-insurance funds [11]. At the same time, networking gives an opportunity to implement professional management of health insurance. Mandatory health insurance seems to be more sustainable, even if decentralized schemes face the same problems as mutual health organizations (Senegal [12]).

2. Flexibility of financing.

Through health insurance schemes, “money follows the patient”. However, it is not sufficient only to guarantee financial autonomy of public health providers. Likewise, results of facility-based health insurance schemes are rather disappointing [13].

Because of its responsiveness, health insurance is an interesting financing mechanism. The adjustment of resources to changes of risk cost is easier than in public budgeting. In particular, the level of premiums can be easily decided when a scheme is self managed, i.e. governed by representatives of its members. There is no proof that the same ability is offered by mandatory schemes, especially when they are under the state’s control.

3. Relationship with health services providers.

Development of health insurance implies dissemination of contracting between third-party payers and services providers [14]. When they have a large number of members, schemes are supposed to be in a better position to obtain significant raising of quality from providers.

There is evidence supporting this assumption, but voluntary schemes have not the same capacity of influencing providers than mandatory schemes. Indeed, voluntary schemes are likely to be frequently subordinated to professionals to obtain services of quality. Most of the time, their pools are too small and the skills are lacking to assess quality of services.

It is clear that the relationship between providers and insured people in community-based health insurance is the main issue to be addressed in order to develop this type of organisations. The package of benefits of these schemes is frequently restricted to primary care services, because members, who choose its contents, do not trust hospital agents. Maybe it is not a proper choice, clinical assistants in dispensaries very often misbehaving with patients. Anyway, faith hospitals welcome insured patients much better than public hospitals. They are currently the category of facilities supporting development of voluntary health insurance.

4. Avoiding exclusion of the poorest of the poor.

The level of premium in community-based health insurance is very low in African countries. It fits with the resources of households in the non-formal sector. Nevertheless, the poorest of the poor do not have the capacity to pay the contribution and cannot join the schemes, either temporarily or permanently.

There are four possibilities to give the poor an access to health services, with or without insurance.

The first one is the adjustment of the payment with the agenda of income. In rural areas, households pay the premium once a year, when households receive payment for their crops. The second possibility is to give subsi-

dies to health care providers or certificates to the poor for free treatment. There is evidence that such general systems do not work, encouraging fraud and producing no benefit at all for the really poor. A better solution is to implement specific systems, such as equity funds, which have the capacity to identify the poor households and to pay contracted facilities accepting to treat them. In Africa, there are some local experiments of equity funds (Guinea, Mali) and some countries are implementing a national fund with the same objective (Morocco, Mali). The last possibility is to integrate the poor in health insurance schemes, through the funding of premiums on behalf of identified households. Some community-based health insurance schemes applied this principle in their area of intervention (Mali, Comoro Islands). In some countries, national reforms have planned to integrate the poorest of the poor in mutual health organizations, which were created to reach universal coverage (Ghana).

5. Managing health insurance schemes.

Professional skills are needed to manage health insurance, and a major issue to be addressed is to find resources to improve their level, especially for voluntary schemes. Risk management is costly and that explains why for-profit insurance companies are reluctant to extend the health insurance market in most African countries.

Mandatory schemes solved or are solving the problem, but community-based schemes have the only possibility to implement networks including professional management units or contracting with professional companies. Some examples of such networks can be found (Benin, Comoro Islands, Guinea, Mali), but the need for training is still important and deserves special attention from promoters of health insurance.

Conclusion: perspectives for health insurance

In African countries, the impact of health insurance is currently modest. As a consequence, policies that follow this approach to improve health financing are criticized. In particular, social health insurance is negatively assessed by some experts, who are in favour of pure insurance mechanisms [15], as well as by those who prefer public financing [16].

Most criticism of health insurance is relevant, but it is not so simple to find alternative proposals to reach universal coverage in developing countries. The best perspectives consist in using various mechanisms and mixing them in coherent financing systems. Then, health insurance is relevant as part of hybrid financing systems.

Examples of such hybrid mechanisms and principles of organisation are currently found in African countries and seem to open promising ways. However, as long as professionals are not in favour of health insurance development, it will be difficult to implement schemes able to improve the financial situation of the health sector.

1. Introduction

L'assurance maladie, sous forme publique ou privée solidaire, est au cœur de nombreuses réformes du financement de la santé dans les pays à faible revenu. Son développement, porté aussi bien par les Etats, leurs partenaires internationaux ou les communautés, répond d'abord au besoin de trouver une alternative au paiement direct des soins. En effet, dans la quasi-totalité des pays en développement, les malades doivent contribuer au recouvrement des coûts, même si des exemptions sont mises en place. Mais ce développement fait l'objet d'un plaidoyer particulièrement nourri, qui tend à lui donner toutes les vertus [1]. Ainsi l'assurance maladie est susceptible d'améliorer le fonctionnement des services de soins, mais doit aussi contribuer à l'extension de la protection sociale. On la retrouve également comme activité intégrée dans la lutte contre la pauvreté [2]. Lorsqu'elle est envisagée dans un cadre de participation communautaire, son extension est considérée comme un facteur de promotion de la démocratie. Enfin, l'assurance maladie doit favoriser le renforcement du marché de l'assurance, très utile à la croissance économique.

Sur le terrain, l'état d'avancement des réformes et le niveau de couverture des populations sont variables selon les régions, pour diverses raisons. L'analyse du développement de l'assurance maladie est abordée ici à partir de l'exemple des pays africains, qui offrent à eux seuls une grande diversité de situations [3]. On y observe d'abord que la problématique du développement de l'assurance maladie a varié dans le temps. Elle a abouti à la juxtaposition de plusieurs formes pratiques d'organisation, que les politiques actuelles essaient d'articuler. Les résultats obtenus n'ont pas toujours été à la hauteur des attentes qui avaient été suscitées. Mais les expériences menées ici et là ont permis de mieux définir les conditions de viabilité de l'assurance maladie et de prendre conscience des limites de son champ d'application. Aussi, les perspectives de son développement sont-elles plus claires, en dépit des critiques qu'il continue de soulever.

2. Première partie : les trois vagues de développement de l'assurance maladie solidaire

Le développement de l'assurance maladie dans les pays à faible revenu, en particulier en Afrique, ne peut être considéré comme une création ex nihilo, ni comme un processus continu. A partir de la situation qui prévalait avant les années quatre-vingt-dix, il s'est fait à partir d'impulsions, d'inspirations différentes, qu'on peut situer au début, puis à la fin de cette décennie et qui ont produit la situation observable aujourd'hui. Ainsi, on peut parler de phases ou, encore mieux, de vagues de développement, qui se sont succédé et se prolongent encore maintenant avec une intensité variable.

2.1. La première vague : l'assurance maladie pour le secteur de l'économie formelle

La première vague s'étend sur une période assez longue, vu la date de naissance de certains organismes. Elle commence avant les années quatre-vingt-dix et correspond à la mise en place d'institutions publiques d'assurance obligatoire d'une part, d'organismes privés à adhésion volontaire d'autre part. Ces deux catégories d'organismes ont été mises en place au sein du seul secteur de l'économie formelle, mais selon des logiques différentes. L'idée commune était toutefois que les salariés des entreprises privées et les fonctionnaires puissent accéder à des soins de bonne qualité, évidemment payants, surtout s'ils étaient dispensés dans le secteur privé.

Les institutions publiques sont des caisses de Sécurité sociale servant des prestations en nature et éventuellement en espèces (en Guinée, au Gabon, au Sénégal). Toutefois, dans certains pays (Mali, Burkina Faso, Tanzanie, Kenya), la mise en place de la protection sociale obligatoire n'a pas été achevée, au sens où le risque maladie n'a pas été couvert stricto sensu par les institutions mises en place. Celles-ci ont d'abord voulu servir des prestations de retraite, de maternité et de réparation des accidents du travail. Les textes ont alors laissé aux employeurs la responsabilité directe de la couverture du risque maladie ou bien les institutions de Sécurité sociale elles-mêmes (ou l'État pour ses agents) ont conçu une protection non assurancielle contre la maladie, avec la mise en place de dispensaires ou hôpitaux spécifiques, censés fournir directement des soins aux personnes ayant le statut ad hoc. Cette formule était (ou est encore) observable au Burkina Faso, au Mali, au Sénégal, au Gabon. A ces institutions publiques, on peut rattacher la mise en place de mutuelles de fonctionnaires, à adhésion automatique ou volontaire, avec une

cotisation partagée : par exemple au Sénégal (Mutuelle des forces armées) ou en Côte d'Ivoire (MUGEF, Mutuelle générale des fonctionnaires). Cette formule engageait moins l'Etat que les caisses de Sécurité sociale et donnait plus d'autonomie aux institutions gestionnaires.

Les organismes privés évoqués font référence aux nombreuses mutuelles d'entreprise qui ont vu le jour, sans relation directe avec l'Etat, en Côte d'Ivoire, au Cameroun et en Afrique du Sud, par exemple. Dans ce dernier pays, les *Medical schemes* ont été mises en place avant la fin de l'apartheid et pour la population active blanche. Ce sont théoriquement des mutuelles à adhésion volontaire ou automatique, mais leur gestion les apparente plus à des compagnies d'assurance commerciales qu'à des institutions d'assurance maladie solidaire. Enfin, certains organismes privés de couverture ont vu le jour en réponse à une carence du dispositif public. Mais, certaines des mutuelles créées n'ont pas proposé une assurance maladie à leurs membres, car il leur a paru plus opportun de mettre en place un centre de soins, comme au Mali avec la Mutuelle des travailleurs de l'éducation et de la culture (MUTEC).

Si l'on veut caractériser le développement de l'assurance maladie qui correspond à cette première vague, on peut dire :

- qu'elle s'inscrit dans une démarche assez fragmentée, dirigée essentiellement vers le secteur formel où les personnes ont un emploi bien codifié ;
- que l'implication de l'Etat est variable à l'égard de la couverture du risque maladie proprement dite, en dépit de la volonté souvent affichée de mettre en place un système complet de Sécurité sociale ;
- que l'Etat ne va pas toujours au bout de sa démarche et qu'il peut même ne pas respecter ses engagements financiers (par exemple en Côte d'Ivoire avec la MUGEF) ;
- qu'il n'y a pas de contrôle réel des institutions dont la gestion peut être confiée aux partenaires sociaux ou à des acteurs privés.

Cette première vague s'est prolongée jusqu'à aujourd'hui. En Afrique de l'Est, la mise en place ou l'extension de certains organismes de Sécurité sociale relève de la même logique d'action. Par exemple, la Tanzanie a mis en place en 2001 le *National Health Insurance Fund*, à adhésion obligatoire pour les fonctionnaires et a étendu à la couverture du risque maladie le champ du *National Social Security Fund* (NSSF), qui sert les prestations des employés du secteur privé. Le Rwanda a créé la Rwandaise d'assurance maladie

(RAMA) à adhésion obligatoire pour les fonctionnaires, ouvert maintenant sous forme volontaire aux employés des entreprises privées. Le Kenya a mis en place une assurance hospitalière obligatoire pour l'ensemble du secteur formel, gérée par le National Hospital Insurance Fund.

2.2. La deuxième vague : l'essor de la micro assurance et des mutuelles de santé pour le secteur informel

La deuxième vague de développement de l'assurance maladie solidaire a débuté dans les années quatre-vingt-dix et est marquée par l'accent mis sur la micro assurance de santé. L'approche suivie privilégie alors le secteur informel et fait la promotion de formules d'adhésion volontaire à des mutuelles ou à des organismes de micro assurance. Sous le label de micro assurance de santé, une quantité impressionnante d'organismes a vu le jour au début de cette décennie et dans la plupart des pays à faible revenu de tous les continents [1,4].

Dans la plupart des pays d'Afrique de l'Ouest, des mutuelles de santé à base communautaire ont été créées, notamment en réponse à l'élargissement du champ d'application du recouvrement des coûts (Initiative de Bamako). Majoritairement, ces mutuelles mettent en place une gouvernance fondée sur la représentation des adhérents, passent des conventions avec les formations publiques, privées et communautaires de soins et privilégient des garanties portant sur la couverture du petit risque, de la grossesse et de l'accouchement [5]. On peut aussi repérer un certain nombre de mutuelles montées à l'initiative d'hôpitaux privés à but non lucratif (Nkoranza au Ghana, Bwamanda en République Démocratique du Congo (RDC) [6], expériences en Tanzanie et Ouganda).

La création de mutuelles de santé et d'organismes de micro assurance de santé ne peut, de façon générale, être imputée à l'Etat. Les initiatives sont plutôt d'origine privée (acteurs locaux) ou extérieure (acteurs étrangers : mutuelles d'Europe du Nord, ONG). Les démarches correspondant à la création d'organismes de micro assurance de santé ont été dans un premier temps indépendantes les unes et des autres. Puis, des tentatives de capitalisation des résultats obtenus ont été réalisées par divers partenaires, comme par exemple, les Coopérations française et allemande [1,7]. Un mouvement de structuration des organismes s'est constitué à l'initiative d'institutions internationales comme le BIT avec le lancement de la Concertation des acteurs du développement des mutuelles de santé.

Toutefois, dans certains pays, l'Etat s'est intéressé très vite au développement des mutuelles de santé, en

affichant même une politique de promotion de l'assurance volontaire. Le cas du Mali est exemplaire à cet égard. Dans ce pays, le développement des mutuelles a visé à la fois le secteur informel et le secteur formel, puisque les employés des entreprises et les fonctionnaires ne disposaient de facto d'aucune couverture maladie. On y a observé une volonté de légiférer au profit des mutuelles de santé (Code malien de la mutualité de 1996) et l'acceptation d'une démarche d'appui centralisée avec la création officielle de l'Union technique de la mutualité malienne (UTM) en 1998. Le gouvernement sénégalais s'est également inscrit très tôt dans cette approche d'impulsion étatique aux mutuelles, mais cette fois uniquement en faveur du secteur informel. Dans les autres pays, l'intérêt des gouvernements pour la micro assurance de santé s'est manifesté plus tardivement (Burkina Faso, Bénin, Cameroun), en liaison avec l'engagement des partenaires et sans forcément déboucher sur une stratégie cohérente d'appui au développement des mutuelles (par exemple en Guinée, au Niger ou au Togo).

Cette vague de développement de la micro assurance se prolonge aujourd'hui avec une certaine vigueur dans la plupart des pays. Mais elle fait le plus souvent partie d'un mouvement de fond, piloté par l'Etat, qui vise la couverture universelle. Les exemples les plus significatifs sont les mutuelles « à adhésion obligatoire progressive » du Rwanda et du Ghana, où les effectifs recrutés dépassent largement ceux d'Afrique de l'Ouest, pourtant antérieurs.

2.3. La troisième vague : l'assurance maladie solidaire comme vecteur de la couverture maladie universelle

La troisième vague de développement débute en gros avec les années 2000, si l'on considère la phase d'opérationnalisation des réformes, même si certains dossiers ont été ouverts beaucoup plus tôt dans certains pays. Elle est caractérisée par l'implication officielle de l'Etat et la définition d'une politique spécifique de couverture maladie qui doit concerner toutes les catégories de populations. Le mot d'ordre est la couverture universelle et, bien que l'assurance maladie solidaire ne soit pas susceptible de réaliser cette couverture sans aménagements, on peut dire que la plupart des pays et leurs partenaires conçoivent l'assurance comme le vecteur de cette couverture. En un sens, l'idée de Sécurité sociale est revitalisée, mais sans liaison entre emploi et protection sociale et en mettant l'accent sur la seule couverture du risque maladie. On peut dire aussi que, dans plu-

sieurs pays, cette vague va réaliser la fusion des deux précédentes.

Si l'objectif peut être considéré comme identique dans tous les pays, chacun d'eux suit sa propre voie et le contenu des politiques est très variable. Pour fixer les idées, on peut repérer deux grandes tendances. Soit l'Etat envisage une grande réforme qui met en place une architecture institutionnelle innovante, dans laquelle chaque catégorie de populations peut trouver une forme de protection (Côte d'Ivoire, Gabon, Ghana, Nigeria). Soit l'Etat envisage une démarche plus pragmatique, qui part d'un découpage a priori de la population et essaie de donner à chaque catégorie une couverture spécifique, mise en place au fur et à mesure, selon les moyens disponibles (Sénégal, Mali, Rwanda, Tanzanie).

Il est d'autant plus difficile de porter aujourd'hui un jugement définitif sur le résultat de ces politiques, que leur contenu est soumis à des variations, imputables aux changements politiques que les pays connaissent. Par exemple, la situation de la Côte d'Ivoire a interrompu ou ralenti le projet d'assurance maladie universelle du président Gbagbo. Dans d'autres cas, le gouvernement garde l'objectif, mais tarde à mettre sur agenda la mise en place des institutions (Mali, Gabon); ou encore revient sur certaines options qui paraissaient avoir été retenues (Kenya).

Les politiques qui sont inspirées par l'idée d'une couverture de base pour tous sont amenées à définir une démarche de mise en place de l'assurance maladie caractérisée par :

- la progressivité de l'adhésion des populations du secteur informel à des régimes d'assurance ;
- le rôle non négociable de pilote conféré à l'Etat et à son administration pour organiser l'adhésion des différentes catégories ;
- l'obligation de résoudre le problème de l'accès aux soins des plus pauvres, soit dans le cadre des dispositifs d'assurance maladie mis en place, soit dans un cadre spécifique d'assistance.

Elles ont au moins trois conséquences :

- faire naître des attentes qui peuvent ne pas être suivies de réponses immédiates ;
- réduire le champ d'intervention propre des promoteurs d'assurance volontaire, soit en les intégrant au dispositif national, soit en les spécialisant dans la couverture complémentaire ;
- politiser les débats relatifs à l'organisation pratique de l'assurance maladie.

Leur avantage est néanmoins de dessiner une perspective générale pour l'extension de la couverture maladie, ce qui trouve un écho favorable du côté des partenaires du développement.

3. Seconde partie : éléments d'analyse de la situation de l'assurance maladie solidaire

On observe aujourd'hui toute une série de dispositifs de couverture maladie correspondant au concept d'assurance maladie solidaire. Mais ces dispositifs diffèrent par de nombreux aspects et sont difficiles à faire entrer dans une seule grille d'analyse.

S'agissant des régimes obligatoires, il est trop tôt pour apprécier la situation de ceux qui sont issus des réformes de la troisième vague évoquée ci-dessus. Ceux qui datent de la première vague sont généralement à reconstruire ou à rénover. Quoi qu'il en soit, ils couvrent rarement plus de 20% de la population, en fonction de l'importance quantitative du secteur formel et de la montée en charge de la couverture obligatoire dans le secteur informel, lorsque cela est prévu par les réformes (par exemple au Ghana).

La situation des systèmes à adhésion volontaire peut donner lieu à des appréciations différentes, selon que l'on considère la dynamique de création des organismes ou leur impact réel sur le secteur des soins. La dynamique est très prometteuse dans de nombreux pays, mais l'impact est variable selon que les mutuelles sont créées dans le cadre d'une politique très volontariste (Ghana, Rwanda) ou selon que leur mise en place dépend principalement de la société civile. Dans le premier cas, le taux de couverture augmente rapidement et peut dépasser 70% (Rwanda). Toutefois, il est encore difficile d'apprécier l'effet de la couverture sur le financement du secteur médical. Dans le second cas, l'impact est faible, avec des taux de couverture de quelques pourcents et une contribution très modeste au financement des biens et services médicaux.

Il est utile de considérer les résultats du développement de l'assurance maladie, d'une part, au regard des avantages supposés des mécanismes d'assurance et d'autre part au regard des limites connues de ce type de couverture. Pour les avantages supposés, on s'intéressera à l'amélioration de la solvabilité de la demande qui découle de la mutualisation ; à la réactivité du mécanisme de financement ; à la modification de la relation avec les prestataires de soins. Pour les limites connues, on abordera les questions relatives à l'exclusion des plus pauvres et à la complexité de la gestion de l'assurance maladie.

3.1. L'impact de la mutualisation sur la demande de soins

Le développement de l'assurance maladie solidaire a d'abord pour finalité d'améliorer le recours aux soins des personnes bénéficiaires. De façon générale, on peut dire que les bénéficiaires des systèmes d'assurance maladie fonctionnant correctement ont un recours aux soins significativement supérieur à celui de la population générale [8,9]. Cela indique, sans contestation possible, que l'accès aux soins est facilité pour les adhérents des régimes obligatoires ou des organismes de micro assurance. Toutefois, il est difficile de savoir si cet avantage traduit un phénomène de sélection adverse pour les dispositifs volontaires et, pour certains régimes obligatoires assez généreux, un effet du hasard moral [10].

L'apport micro économique de l'assurance maladie est donc effectif pour les bénéficiaires sans forcément améliorer le financement du secteur des soins dans son ensemble, en raison du faible taux de couverture des populations. En outre, de nombreux organismes sont fragiles soit parce qu'ils n'ont pas réussi à maîtriser la gestion du risque, soit parce que leur viabilité est douteuse. Structurellement, les mutuelles à base communautaire montées en Afrique relèvent de cette dernière catégorie, compte tenu de la faiblesse de leurs effectifs de cotisants. Avec moins d'un millier de contributeurs [5], la plupart de ces organismes sont à la merci de factures de soins exceptionnelles et risquent la faillite. Ils sont contraints de se protéger en mettant en place des outils de sécurité financière (fonds de garantie, réassurance sociale [11]), qui ne sont envisageables qu'au niveau de réseaux rassemblant les organismes de base. Cette démarche a été menée dans divers pays, en mettant en place des unions régionales (par exemple, dans les projets appuyés par le CIDR (Centre international recherche et développement) au Bénin, en Guinée, aux Comores, au Kenya, en Tanzanie), des coordinations géographiques (au Sénégal) ou des unions techniques (UTM au Mali). Les mutuelles d'entreprise n'ont pas forcément des effectifs nombreux, mais, d'une part, leurs niveaux de cotisation relativement élevés leur confèrent une meilleure viabilité et, d'autre part, certaines ont recours à une gestion professionnelle centralisée qui permet la mise en place d'une réassurance et d'une meilleure gestion du risque. C'est le cas pour les mutuelles d'entreprise de Côte d'Ivoire et pour les *Medical schemes* d'Afrique du Sud.

A priori, les régimes obligatoires ne connaissent pas les mêmes problèmes structurels que les systèmes à adhésion volontaire. Leurs effectifs, le niveau de la co-

tisation et l'absence de sélection adverse les mettent à l'abri de désagréments liés aux incertitudes du coût du risque. Toutefois, certains régimes décentralisés doivent faire face aux mêmes problèmes que les mutuelles et devraient mettre en place des mécanismes nationaux de sécurité financière (par exemple au Sénégal [12]).

3.2. La réactivité du mécanisme de financement par l'assurance

Comparée au financement par dotation budgétaire, l'assurance maladie doit apporter une souplesse intéressante pour les établissements de soins et permettre une implication plus claire des bénéficiaires.

Dans la pratique, le fait que l'assurance permette à « l'argent de suivre le patient » ne se traduit pas de façon massive par une meilleure autonomie financière des prestataires publics. Les établissements du secteur public ont le plus souvent trop peu de patients couverts par une assurance pour qu'on considère qu'ils bénéficient de la réactivité du financement par ce mécanisme. Dans ce registre, les mutuelles créées par les hôpitaux (*Facility Based Health Insurance*) n'ont pas donné partout les résultats escomptés [13]. On trouve toutefois quelques exceptions. Par exemple, en Guinée forestière, la part des patients des hôpitaux publics en tiers payant n'est pas négligeable. Les mutuelles ont même accepté de payer un peu plus que les tarifs officiels pour recevoir des prestations correctes et cela a contribué à donner aux établissements une bouée de sauvetage, face au caractère erratique du versement des dotations publiques.

Un autre aspect théorique de la réactivité du mécanisme de financement par l'assurance est la relative rapidité avec laquelle les organismes gestionnaires peuvent ajuster leurs ressources au coût du risque. L'observation des systèmes à adhésion volontaire fournit de nombreux exemples de la rapidité de l'ajustement des ressources au coût du risque, dès lors qu'ils ont disposé d'outils de supervision de leur activité : augmentation de cotisations ou de tickets modérateurs (Bénin, Comores), diminution du co-paiement, en vue d'augmenter la fréquentation (UTM au Mali). Pour ces systèmes, la gestion par les représentants des adhérents est particulièrement efficace en termes de rapidité de prise de décision.

Les systèmes d'assurance obligatoire sont plus rigides, dans la mesure où la tutelle de l'Etat réduit leur marge de manœuvre. Par exemple, l'encadrement des taux de cotisation des Institutions de prévoyance médicale (IPM) au Sénégal a empêché de répercuter sur les assurés de certains organismes le déficit lié à une très forte consommation. L'augmentation unilatérale des ta-

rifs des praticiens libéraux a mis certains organismes en difficulté, en raison du plafonnement de la contribution.

3.3. *La relation avec les prestataires de soins*

L'assurance maladie fonctionne principalement en passant des contrats ou conventions avec un certain nombre de professionnels et établissements de soins, publics ou privés [14]. Ainsi s'établit une séparation claire entre payeurs et prestataires, qui constitue une condition nécessaire d'efficacité technique de la production de services, selon les théories économiques aujourd'hui admises. Lorsqu'ils représentent un grand nombre d'usagers, les organismes payeurs ont la capacité d'obtenir un niveau suffisant de qualité, tant du point de vue de l'accueil des personnes que de l'adéquation de la réponse médicale aux besoins.

Les organismes d'assurance obligatoire sont en principe les mieux placés pour obtenir des prestations de bon niveau de la part des professionnels ou établissements conventionnés. Ils peuvent choisir leurs partenaires et, comme ils représentent un nombre important de bénéficiaires, ils ont une certaine capacité pour fixer le tarif de prise en charge. Par exemple, au Kenya, le *National Hospital Insurance Fund* (NHIF) conventionne les hôpitaux publics et privés s'ils remplissent certaines conditions, testées par une procédure d'agrément. Il prend en charge forfaitairement les frais médicaux sans co-paiement et les frais chirurgicaux avec une franchise fixe. En conséquence, certaines factures, qui dépassent la contribution forfaitaire du NHIF et des patients, ne sont pas intégralement couvertes et se traduisent par une perte pour l'établissement. Toutefois, tous les régimes obligatoires ne sont pas en aussi bonne position par rapport aux prestataires conventionnés. Par exemple, en Guinée, la situation de la Caisse nationale de Sécurité sociale a entraîné un refus de prise en charge par les hôpitaux des malades assurés. Au Sénégal, on a indiqué que les IPM étaient en situation d'infériorité par rapport aux médecins libéraux.

Les organismes à adhésion volontaire sont beaucoup plus dépendants des prestataires pour la qualité des services. Cela s'explique largement par les effectifs qu'ils couvrent, secondairement par leur manque de qualification face aux professionnels. Lorsque ces derniers sont peu enclins à traiter les malades de façon déontologique, on observe un mauvais accueil des patients ou une surfacturation. C'est avec le secteur public que la relation avec les prestataires nuit le plus au développement de l'assurance maladie volontaire et le fait de passer des contrats avec les hôpitaux et les centres de santé a peu d'effet, lorsque les professionnels

ne sont pas convaincus de l'importance de l'assurance pour l'amélioration des établissements. De nombreux exemples des difficultés qu'ont les mutuelles à obtenir des prestations correctes de la part des professionnels et établissements conventionnés du secteur public existent en Afrique de l'Ouest (Mali, Bénin) ou encore aux Comores. Il est difficile de dire si les principaux problèmes se situent plutôt dans les hôpitaux ou plutôt au niveau des soins primaires. On observe que la garantie privilégiée par les adhérents des mutuelles comprend la couverture des soins primaires et les soins de la mère et de l'enfant. Ainsi de nombreux groupements ne conventionnent qu'un ou deux centres de santé et ne proposent qu'une garantie incomplète. Cela en partie en raison de la méfiance des membres à l'égard des agents hospitaliers. Il n'est pas certain que cette démarche soit pertinente. Les infirmiers et les sages-femmes des centres de santé ne sont pas toujours scrupuleux et considèrent parfois la mutuelle comme une véritable « vache à lait ». Dans les hôpitaux publics, tout dépend des directeurs et des chefs de service. Il est néanmoins certain que ce sont les hôpitaux privés à but non lucratif (hôpitaux missionnaires) qui accordent le plus de considération aux patients et qui, de ce fait, sont toujours préférés aux hôpitaux publics équidistants, même lorsque ceux-ci sont assez corrects (Kenya). Les exemples ne manquent pas : Nkoranza au Ghana, Bwamanda en RDC, Saint-Jean-de-Dieu au Sénégal ont fait beaucoup pour le développement des mutuelles de santé.

3.4. *L'exclusion des plus pauvres*

Le développement de l'assurance maladie solidaire ne revient pas sur le principe de recouvrement des coûts. Il est donc fondé sur la contribution des assurés, que celle-ci soit obligatoire, automatique ou volontaire. Cette caractéristique entraîne donc l'exclusion de ceux qui ne peuvent payer la cotisation et met en question la capacité de l'assurance de réaliser seule la couverture universelle du risque maladie. Le problème concerne particulièrement l'assurance à adhésion volontaire. Trois points méritent discussion : la taille de la population exclue compte tenu du niveau des cotisations, la différence entre capacité de payer et volonté de payer, les possibilités de donner une couverture maladie aux exclus de l'assurance maladie solidaire.

Il est extrêmement difficile d'évaluer la taille de la population exclue de l'assurance solidaire en raison de ses ressources monétaires. En effet, les cotisations se situent à un faible niveau et les ressources monétaires des ménages du secteur informel sont très mal connues. En Afrique de l'Ouest, certaines mutuelles à base commu-

nautaire demandent 100 FCFA par personne et par mois (soit moins de 2 Euro par an) et les garanties les plus complètes iront jusqu'à 600 FCFA par personne et par mois (11 Euro par an). Il est certain que les indigents représentent au moins 10% des populations dans plusieurs pays très pauvres, mais ce chiffre peut varier considérablement à l'intérieur d'un même pays. Par exemple, au Mali, les plus pauvres peuvent représenter 10% de la population à Bamako et plus de 30% à Mopti.

Il n'est pas certain que le problème de l'exclusion renvoie uniquement à la capacité de payer la cotisation. Certains ménages très pauvres trouvent de l'argent pour d'autres dépenses à caractère social ou ostentatoire et c'est leur volonté à payer qui est en cause. La santé n'est pas forcément prioritaire au niveau des budgets, les soins médicaux ne sont pas valorisés autant que les soins traditionnels, l'assurance est un mécanisme mal compris et peu attractif car il ne rapporte rien, payer pour ne recevoir que des prestations médiocres est inutile. Autant de raisons qui expliquent que les ménages préfèrent mettre en avant la faiblesse de leurs ressources que de modifier leurs habitudes en matière de gestion du budget domestique.

Il n'en reste pas moins vrai qu'une frange non négligeable de la population ne peut payer la cotisation des organismes de micro assurance ou ne peut la payer qu'à certains moments de l'année. Les solutions observables pour donner quand même une couverture du risque maladie à ces ménages relèvent de quatre démarches différentes.

La première s'adresse aux indigents saisonniers et correspond à un aménagement des conditions d'adhésion. Ainsi les ménages ruraux dépendant de cultures de rente paieront en une fois ou deux fois au moment de la récolte, comme on l'observe à peu près partout en Afrique lorsque sont créées des mutuelles de santé en milieu rural.

La deuxième démarche consiste à subventionner l'offre pour que les soins soient gratuits dans les établissements publics. Cette démarche, la plus ancienne, a montré ses limites : non paiement des subventions aux établissements par les pouvoirs publics, trafic de certificats d'indigence pour obtenir des soins gratuits, exclusion de facto des plus pauvres qui ne se font pas reconnaître comme incapables de payer les soins.

La troisième démarche consiste à mettre en place des systèmes spécifiques de paiement à la place des indigents, qui sont alors identifiés selon des critères précis. Ces systèmes peuvent être des dispositifs locaux (fonds de solidarité) trouvant leurs ressources sur place ou grâce à des dons extérieurs. Les fonds de solidarité passent des conventions plus ou moins explicites avec

les structures de soins pour que leurs affiliés soient pris en charge et ils payent comme n'importe quel système d'assurance. Ces fonds existent en Afrique de l'Ouest, le plus souvent à l'état d'expérimentations (Guinée, Mali). Mais la démarche des fonds de solidarité peut donner lieu à la création d'une institution nationale, financée par l'Etat central et les collectivités territoriales. Des projets plus ou moins avancés existent au Maroc et au Mali.

Enfin, la quatrième démarche consiste à intégrer les plus pauvres dans les systèmes d'assurance maladie existant, en finançant leurs cotisations. Ce mécanisme existe de façon informelle au niveau local lorsque tous les habitants d'une communauté sont automatiquement membres d'une mutuelle. Par exemple, la mutuelle des cotonniers de Nongon au Mali a commencé à fonctionner avec ce principe d'universalité en payant le montant total des cotisations par un prélèvement sur la récolte. Le modèle de « sécurité sociale de village » expérimenté aux Comores fonctionne toujours sur le même principe. Mais l'affiliation non contributive des plus pauvres aux systèmes d'assurance maladie peut aussi être réalisée au niveau national, dans le cadre de la réforme visant la couverture universelle. L'exemple du Ghana est remarquable à cet égard.

3.5. La complexité de la gestion de l'assurance maladie

La complexité de la gestion de l'assurance maladie mérite une attention particulière et des compétences sont à développer pour y faire face. Si la gestion courante n'appelle pas de remarques spécifiques, la gestion du risque dépend de la capacité des organismes à enregistrer, contrôler et analyser la dépense à couvrir, ce qui ne peut se faire que dans le cadre d'un partenariat rigoureux avec les professionnels et établissements de soins. Il faut indiquer ici que, dans un certain nombre de pays, la réticence des compagnies commerciales à investir dans l'assurance maladie s'explique par le coût que représenterait pour elles l'investissement dans un système fiable de gestion du risque.

Les régimes obligatoires se sont généralement donnés ou vont se donner des moyens pour bien gérer le risque, en mettant en place un système d'information adapté et en organisant un service de contrôle médical. Les « petits » régimes ont assez bien résolu le problème (RAMA au Rwanda). Les régimes ayant l'ambition de couvrir toute la population n'ont peut-être pas encore mis en place des moyens suffisants (NHIF au Kenya). Enfin, certains systèmes obligatoires tardent à organiser la gestion du risque (IPM au Sénégal).

Les mutuelles ont plus de difficulté à maîtriser la complexité de la gestion du risque, si elles ne disposent pas d'assistance extérieure grâce à un partenaire (par exemple : ONG, hôpital ou institution de micro finance). Elles peuvent y parvenir en se regroupant en réseaux ou en constituant une union technique. Le réseau peut alors mettre en place une équipe professionnelle. C'est l'approche suivie dans les réseaux appuyés par le CIDR au Bénin, en Guinée, aux Comores. Les mutuelles fédérées s'en remettent aux compétences de l'union technique (UTM au Mali). Une situation particulière correspond aux mutuelles mises en place à l'initiative de l'Etat et qui sont très liées à l'administration de la santé (Ghana, Rwanda). Elles bénéficient alors des compétences d'ONG ou d'agents de l'Etat, formés à cet effet.

Il reste que, pour de nombreux organismes de micro assurance, la gestion du risque est balbutiante, voire inexistante. Dans l'Inventaire de la Concertation en 2003 [5], on a pu constater que très peu de mutuelles disposaient d'outils de gestion ordinaires et, quand ils avaient été mis en place au moment du lancement de l'organisme, ils n'étaient pas forcément suivis. On peut en déduire que de nombreuses formations sont à organiser pour améliorer les compétences techniques des gestionnaires de l'assurance maladie.

4. Conclusion : les perspectives de l'assurance maladie solidaire

Les éléments précédents fournissent un bilan nuancé du développement de l'assurance maladie solidaire dans les pays africains. Il n'est donc pas étonnant qu'il suscite des critiques, en particulier pour l'assurance obligatoire. Par exemple, dans la perspective de recherche de l'efficacité économique maximum, la comparaison de l'activité d'assurance exercée dans un cadre de marché à l'assurance sociale aboutit notamment à la conclusion que l'assurance obligatoire ne peut réaliser le même effort en faveur de l'innovation que l'assurance privée marchande [15]. Le principe de prélèvement sur les ressources issues du travail, formel ou informel pose également question, de même que la qualité des services finançables par l'assurance maladie obligatoire [16]. Ainsi, l'assurance maladie obligatoire serait particulièrement mal adaptée à la catégorie des travailleurs du secteur informel, tant que le niveau de développement des pays est insuffisant. Corrélativement, le financement de la couverture maladie par l'impôt aurait bien des vertus.

Ces critiques sont recevables dans la mesure où l'assurance maladie n'a résolu qu'imparfaitement les problèmes de financement des systèmes de soins des pays

développés et a effectivement des difficultés à modifier radicalement la situation dans les pays à faible revenu. Toutefois, il faut s'interroger sur les solutions disponibles dans ces pays pour aller vers la couverture universelle, en tenant compte de leur niveau de développement, des ressources que ce développement permet de mobiliser et aussi des conditions sociopolitiques des processus de création institutionnelle. On peut difficilement faire reposer la couverture maladie sur un seul principe, la simple mise en application de la concurrence des assureurs et des prestataires ou encore sur la généralisation du financement par l'impôt. Toutefois, ces principes peuvent être intégrés dans les systèmes existant actuellement pour leur donner plus d'efficacité ou plus d'équité. Cette remarque introduit l'idée que les systèmes de couverture maladie des pays à faible revenu sont en quête de formes institutionnelles et organisationnelles hybrides, permettant la meilleure adaptation possible du financement aux ressources des différents acteurs. Deux exemples de cette recherche d'hybridation s'observent d'une part dans les schémas de couverture universelle de certains pays, comme le Ghana, où l'assurance obligatoire, l'assurance volontaire et le financement public sont mêlés ; d'autre part avec le développement de la gestion professionnelle dans les organismes de micro assurance de tradition mutualiste.

L'hybridation des dispositifs n'a aucune raison d'être critiquée dès lors qu'elle conduit à la fonctionnalité des systèmes. Il reste que le développement de l'assurance maladie est largement conditionné par l'adhésion des professionnels de soins au processus. En Afrique de l'Ouest, cette adhésion n'est que partiellement acquise. La situation paraît plus favorable en Afrique de l'Est, mais elle doit encore s'améliorer. Il ne faut pas oublier que, dans de nombreux pays, le premier recours de la majorité de la population du secteur informel concerne la médecine traditionnelle et que c'est souvent en dernier ressort que les patients s'adressent à la médecine moderne. Si l'on admet que l'enjeu du développement de l'assurance maladie solidaire se situe au sein du secteur informel, on mesure le chemin qui reste à parcourir et la nécessité d'un partenariat rationnel avec les professionnels de soins.

Références

- [1] A. Letourmy, A. Pavy-Letourmy, La micro assurance de santé dans les pays à faible revenu, Agence Française de Développement, Notes et documents n° 26, décembre 2005, 217 p.
- [2] R. Holzmann, S. Jorgensen, Gestion du risque social : cadre théorique de la protection sociale, Banque mondiale, document de travail n° 006 sur la protection sociale, février 2000.

- [3] G. Dussault, P. Fournier, A. Letourmy (Eds.), *L'Assurance maladie en Afrique francophone*, Série Santé, nutrition et population, Banque mondiale, Washington, 2006.
- [4] M.-P. Waelkens, B. Criel, *Les Mutuelles de Santé en Afrique Sub-Saharienne. État des lieux et réflexions sur un agenda de recherche*, Département de Santé Publique, Institut de Médecine Tropicale, Anvers, Belgique, 2004, 176 p.
- [5] A. Letourmy, P. Ndiaye, A. Pavy-Letourmy, B. Galland, E. Hauet, *Inventaire des SAM en Afrique : synthèse des travaux de recherche*, la Concertation, Dakar, Octobre 2004, 112 p.
- [6] B. Criel, et al., The Bwamanda Hospital Insurance Scheme: effective for whom? A study of its impact on hospital utilization patterns, *Social Science and Medicine* 48 (1999) 897–911.
- [7] G. Huber, J. Hohmann, K. Reinhard, *Mutual health organisation (MHO) – Five years experience in West Africa. Concerns, controversies and proposed solutions*, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ), Eschborn, 2003.
- [8] B. Ekman, Community-based health insurance in low-income countries: a systematic review of the evidence, *Health Policy and Planning* 19 (5) (2004) 249–270.
- [9] A.S. Preker, G. Carrin, D. Dror, M. Jakab, W. Hsiao, D. Arhin-Tenkorang, Effectiveness of community health financing in meeting the cost of illness, *Bulletin of the World Health Organization* 80 (2) (2002).
- [10] M.V. Pauly, The economics of moral hazard, *American Economic Review* 58 (1968) 531–537.
- [11] D.M. Dror, A.S. Preker, *Réassurance sociale : stabiliser les micro assurances de santé dans les pays pauvres*, OIT, Banque mondiale, Editions Eska, Genève, 2003, 522 p.
- [12] A. Letourmy, *Vingt ans d'assurance-maladie au Sénégal*, in : J. Brunet-Jailly (Ed.), *Innovations dans la pratique médicale et dans le financement de la santé en Afrique*, Karthala, Septembre 1997, pp. 341–366.
- [13] A. Magezi, A. Masiko, M. Wheeler, *Report on a study of the future financial viability of community health insurance schemes in Uganda*, DFID, Health System Resource Centre, May 2002.
- [14] A. Letourmy, J. Perrot, *Assurance maladie et contractualisation avec l'offre de soins dans les pays en développement*, in : J. Perrot, E. de Roodenbeke (Eds.), *La contractualisation dans les systèmes de santé*, Karthala, Paris, 2005.
- [15] P. Zweifel, *The purpose and limits of social health insurance*, revised version, University of Zurich, Socioeconomic Institute, Working paper n° 0509, September 2005.
- [16] A. Wagstaff, *Social health insurance revisited*, World Bank Policy Research Working Paper 4111, January 2007.