NOTE SUR LA POLITIQUE DE FINANCEMENT NO 3

L'ASSURANCE MALADIE À BASE COMMUNAUTAIRE : COMMENT PEUT-ELLE CONTRIBUER AU PROGRÈS VERS LA COUVERTURE UNIVERSELLE EN SANTÉ ?

Inke Mathauer
Benoit Mathivet
Joseph Kutzin

Organisation mondiale de la Santé

NOTE SUR LA POLITIQUE DE FINANCEMENT NO 3

L'ASSURANCE MALADIE À BASE COMMUNAUTAIRE : COMMENT PEUT-ELLE CONTRIBUER AU PROGRÈS VERS LA COUVERTURE UNIVERSELLE EN SANTÉ ?

Inke Mathauer
Benoit Mathivet
Joseph Kutzin

Organisation mondiale de la Santé

WHO/HIS/HGF/Note de Politique/17.3

© Organisation mondiale de la Santé 2017

Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO ; https ://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'œuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué ci-dessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'œuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation de l'emblème de l'OMS est interdite. Si vous adaptez cette œuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle œuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle.

Citation suggérée. Mathauer I, Mathivet B, Kutzin J. L'Assurance Maladie à Base Communautaire : Comment peut-elle contribuer au progress vers la Couverture Universelle en Santé? Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2017 (WHO/HIS/HGF/Note de Politique/17.3). Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Catalogage à la source. Disponible à l'adresse http ://apps.who.int/iris.

Ventes, droits et licences. Pour acheter les publications de l'OMS, voir http ://apps.who.int/bookorders. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir http ://www.who.int/about/licensing.

Matériel attribué à des tiers. Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente œuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente œuvre.

Clause générale de non responsabilité. Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'OMS, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Les opinions exprimées dans la présente publication n'engagent que les auteurs cités nommément.

Imprimé en Suisse.

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements iv

Messages clés v

1. Qu'est ce que l'assurance maladie à base communautaire ? 1

2. Pourquoi est-il important de réfléchir au rôle des A.M.B.C. vis-à-vis de l'objectif de la CSU ? 2

3. Quelle est la place pour l'A.M.B.C. dans les politiques de financement de la santé ? 3

4. Que savons-nous en théorie et en pratique sur l'A.M.B.C. ? 4

Quel est l'impact des A.M.B.C. sur la couverture des populations, l'utilisation des services de santé et la protection financière ? 4

Comment certains pays ont transformé leur modèle d'A.M.B.C. en une assurance santé nationale ? 4

Comment protéger plusieurs petits fonds d'assurance contre le risqué de dépenses volatiles ? 5

5. Le point de vue de l'Organisation mondiale de la Santé 6

Références 7

REMERCIEMENTS :

Nous sommes reconnaissants à Agnes Soucat, Priyanka Saksena, Bayarsaikhan Dorjsuren, Elina Dale, Alexis Bigeard et Fahdi Dkhimi pour leurs commentaires précieux. Nous remercions aussi Fahdi Dkhimi pour son appui à la traduction de ce document.

Nous exprimons également notre gratitude pour l'appui financier du Projet P4H, financé par le Ministère Fédéral de la Coopération Economique et le Développement de l'Allemagne (BMZ) ainsi que l'Agence Suisse de la Coopération de Développement (DEZA) et géré par Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ, Agence Allemande de Coopération Internationale).

MESSAGES CLÉS

- De nombreux espoirs ont été placés dans l'Assurance Maladie à Base Communautaire (A.M.B.C.), tant par les bailleurs de fonds que par les gouvernements qui ont contribué à leur développement. Cependant, l'impact de l'A.M.B.C. en termes de protection financière et d'accès aux soins de santé nécessaires est relativement faible.
- Tant la théorie que les faits suggèrent aujourd'hui qu'un modèle d'A.M.B.C., c'est-à-dire des systèmes d'assurance de petite échelle à adhésion volontaire, peut jouer un rôle très limité pour aider les pays à progresser vers la Couverture de Maladie Universelle (CSU).
- Dans la plupart des pays, l'adhésion aux A.M.B.C. reste très faible et les catégories de population les plus pauvres en sont généralement exclues. Les A.M.B.C. souffre du phénomène de sélection adverse : les individus qui n'ont pas de besoins de santé spécifiques ou réguliers ont tendance à ne pas s'affilier sur une base volontaire. Il n'y a habituellement que peu ou pas de subvention pour faciliter l'adhésion des populations pauvres et/ou vulnérables.
- Pour les pays avec des A.M.B.C. établies, une option désirable est d'intégrer et de fusionner ces caisses existantes en un fond d'assurance santé national unique (avec potentiellement des branches décentralisées) ou en un ensemble de caisses interconnectées et interdépendantes qui peuvent offrir des paniers de soins similaires et agir comme des agences d'achat stratégique de services de santé, tout en maintenant un fort niveau de redevabilité au niveau local. En tant que tel, les A.M.B.C. peuvent avoir un impact positif en termes de construction institutionnelle et de mise en place d'une gouvernance plus équilibrée sur le trajet vers la CSU.

1 QU'EST CE QUE L'ASSURANCE MALADIE À BASE COMMUNAUTAIRE ?

Les assurances maladie à base communautaire (A.M.B.C.) se sont propagées dans les années 1990s. D'autres termes parfois utilisés sont « l'assurance santé à base communautaire », ou, surtout en Afrique francophone, « mutuelle de santé ». Elles sont généralement caractérisées par les aspects institutionnels suivants :

- La communauté joue un rôle central dans son design and sa gestion ;
- Ce sont des mécanismes de prépaiement avec la mise en commun des ressources pour faire face, dans la mesure du possible, au risque de santé au niveau d'une communauté ou d'un groupe de personnes qui partagent des caractéristiques communes (professionnels ou géographiques) ;
- Le niveau de contribution est le plus souvent calculé sans tenir compte du risque santé que présente l'individu souhaitant adhérer. Une tarification (cotisation) commune est donc souvent appliqué pour l'ensemble des adhérents ;
- Dans la plupart des cas, l'éligibilité à la couverture santé est conditionnée au paiement de la contribution ;
- L'adhésion est volontaire ;
- Les A.M.B.C. sont à but non-lucratif.

Etant donné les structures de gestion et de prise de décision participatives des A.M.B.C., elles peuvent être vectrices d'une plus grande transparence et d'une meilleure redevabilité dans le système de santé. Elles peuvent aussi permettre de donner une voix à des populations qui ne sont sous-représentées dans la gouvernance du système, contribuant ainsi à une plus grande implication et à une montée en puissance des communautés dans la gestion du système de santé. Un autre argument souvent mis en avant est leur capacité à instituer une plus grande confiance au sein du système, ainsi que de familiariser les populations avec le concept d'assurance santé (WHO 2010).

Dans beaucoup de pays, les personnes travaillant dans le secteur informel sont souvent exclues des régimes d'assurance santé obligatoire, principalement du fait de la nature informelle de leur occupation. Elles font donc généralement face à des paiements directs importants lorsqu'elles cherchent à se faire soigner qu'elles aient recours à des prestataires publics ou privés. Au cours des 25 dernières années, les A.M.B.C. ont souvent été introduites pour tenter d'améliorer l'accès aux services de santé des gens et de leur fournir une protection financière. L'expérience de nombre de pays montre néanmoins qu'il est difficile de faire des progrès substantiels vers la CSU en adoptant une approche A.M.B.C., la faute à plusieurs limitations discutées ci-dessous. Cette note d'orientation évalue les A.M.B.C. dans une perspective du financement de la santé uniquement, sans nier les autres effets positifs que ces mécanismes peuvent potentiellement apporter en termes de développement communautaire et/ou de redevabilité des prestataires de soins.

3 QUELLE EST LA PLACE POUR L' A.M.B.C. DANS LES POLITIQUES DE FINANCEMENT DE LA SANTÉ ?

Les A.M.B.C. sont pour la plupart des régimes d'assurance santé à adhésion volontaire. Elles offrent un panier de soins défini contre le paiement d'un prime. Les caractéristiques principales des A.M.B.C., ainsi que leurs effets sur le progrès vers la CSU, sont résumées par fonction de financement de la santé dans le tableau ci-dessous :

Tableau 1 : Les effets des assurances maladie à base communautaire sur le progrès vers la CSU

	Principales caractéristiques et effets des A.M.B.C. sur le progrès vers la CSU
Levée de fonds	- Les primes sont prépayées, ce qui peut réduire les paiements directs de ceux qui sont affiliés. - Les taux de contribution uniformes (« cotisation communautaire ») sont souvent régressifs quand ils sont fixés indépendamment du niveau de revenus des ménages. - Le montant total des ressources collectées restent souvent faibles du fait de primes demandées relativement faibles.
Mise en commun	- Le prépaiement volontaire peut générer une sélection adverse , ce qui se traduit par une tendance des personnes sans besoin spécifique ou régulier de services de santé à ne pas s'affilier de manière volontaire, résultant dans un pool de risques déséquilibrés - Les fonds mutualisés sont souvent petits, fragmentés, indépendants et non-connectés les uns des autres, de tel sorte qu'ils ont une faible capacité redistributive.
Achat	- Il y a une séparation des fonctions d'achat et de prestation de services et les A.M.B.C. peuvent négocier avec les prestataires de soins locaux. - Du fait de la petite taille du pool, le pouvoir d'achat des A.M.B.C. reste souvent modeste.
Définition du panier de soins	- Les paniers de soins peuvent traduire les priorités locales : ils diffèrent souvent d'une caisse à l'autre. - Comme les revenus générés sont faibles, la gamme des services couverts est limitée, ne permettant pas une amélioration significative de la protection financière, particulièrement pour les services de santé de coûts élevés.
Gouvernance	- L'implication de la communauté dans la gestion des A.M.B.C., de même que leur participation dans la prise de décision, peut accroître la redevabilité, la transparence, la reddition de comptes ainsi que l'autonomisation des communautés ; - Les A.M.B.C. peuvent plus facilement faire entendre efficacement la voix des communautés et contribuer à une plus grande confiance dans les mécanismes de prépaiement et de mutualisation.

Source : adapté de Soors et al. 2010

RÉFÉRENCES

Acharya, A., S. Vellakkal, F. Taylor, E. Masset, A. Satija, M. Burke, and S. Ebrahim, 2012. The Impact of Health Insurance Schemes for the Informal Sector in Low- and Middle-Income Countries : A Systematic Review. London : EPPI-Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London.

Carrin, G., M.-P. Waelkens, and B. Criel, 2005. Community-based health insurance in developing countries : a study of its contribution to the performance of health financing systems, Tropical Medicine and International Health, Vol. 10 (8) : 799-811.

Chuma, J., S. Mulupi S. and D. McIntyre, 2013. Providing financial protection and funding health service benefits for the informal sector : Evidence from sub-Saharan Africa. RESYST Working Paper 2. Nairobi : KEMRI.

Churchill C. (ed.), 2006, Protecting the poor. A microinsurance compendium. Geneva : International Labour Organization.

Dror, D. and A. Preker (ed), 2002. Social Reinsurance : A New Approach to Sustainable Community Health Financing. Washington : World Bank and Geneva : ILO.

Lagomarsino G. and S. Kundra, 2008. Overcoming the Challenges of Scaling Voluntary Risk Pools in Low-Income Settings. Technical partner paper 6. Results for Development Institute : Washington DC.

Mebratie, A.D., R. Sparrow, G. Alemu, and A.S. Bedi, 2013. Community-Based Health Insurance Schemes : A Systematic Review, Fourth Amhara Regional Conference. Proceedings. Addis Ababa : Ethiopian Economic Association.

Preker A., R. Scheffler, and M. Bassett, 2007. Private Voluntary Health Insurance in Development : Friend or Foe? World Bank : Washington DC.

Soors, W., N. Devadasan, V. Durairaj, and B. Criel, 2010. Community Health Insurance and Universal Coverage : Multiple paths, many rivers to cross, World Health Report 2010 Background Paper 48, Geneva : World Health Organization.

Spaan, E., J. Mathijssen, N. Tromp, F. McBain, A. Have, and R. Baltussen, 2012. The impact of health insurance in Africa and Asia : a systematic review, Bulletin World Health Organization, Vol. 90 (9) : 685-692.

Vialle-Valentin, C., D. Ross-Degnan, J. Ntaganira, and A. Wagner, 2008. Medicines coverage and community-based health insurance in low-income countries, Health Research Policy and Systems, Vol. 6(11).

WHO, 2010. The World Health Report - Health Systems Financing : the path to universal coverage, Geneva : WHO.

Organisation mondiale de la Santé

For additional information, please contact :

Department of Health Systems Governance and Financing
Health Systems & Innovation Cluster
World Health Organization
20, avenue Appia
1211 Geneva 27
Switzerland

Email : healthfinancing@who.int
Website : http ://www.who.int/health_financing