



Quelle couverture du risque maladie en Afrique subsaharienne ?

Par Eneida del Hierro, chef de projets à la division « institutions financières et appui au secteur privé » de l'Agence Française de Développement (AFD) // Aurore Lambert, chef de projets à la division « santé et protection sociale » de l'Agence Française de Développement (AFD)

Produit complexe, l'assurance santé est au défi de trouver l'équilibre entre objectifs de santé publique et rentabilité financière. Cela implique de définir efficacement le périmètre des soins, l'étendue des frais pris en charge, le mode de remboursement et d'améliorer le niveau de qualité des soins. Des partenariats avec des réseaux de distribution éprouvés et étendus peuvent permettre de remédier au faible taux de couverture du secteur informel africain.

RÉFÉRENCES

- Leive, A. et Xu, K., *Coping with out-of-pocket health payments: empirical evidence from 15 African countries*. Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé, n° 86, 2008.
- Kruk, M.E., Paczkowski, M., Mbaruku, G., De Pinho, H., et Galea, S., *Women's Preferences for Place of Delivery in Rural Tanzania: A Population-Based Discrete Choice Experiment*, 2009.
- Landmann, A. et Frölich, M., *Can Microinsurance help prevent child labor? An impact evaluation from Pakistan*, Research Paper n°32, Organisation internationale du travail, 2013.
- Kimball, M., Phily, C., Folsom, A., Lagomarsino, G., Holtz, J., *Leveraging health microinsurance to promote universal health coverage*, Microinsurance Paper, n°23, Microinsurance Innovation Facility et Organisation internationale du travail, 2013.
- Preker et coll. (2010).
- Barroy et coll. (2015).

En Afrique, 60 à 70% des dépenses de santé sont payées par les ménages directement aux établissements de santé, contre 46 % en moyenne dans le monde¹. Un accident grave de santé peut ainsi entraîner des dépenses « catastrophiques », forçant ces ménages à vendre leurs biens, à s'endetter (Leive et Xu, 2008) ou à déscolariser leurs enfants (Landmann et Frölich, 2013) pour couvrir leurs frais médicaux (Kruk et coll., 2009). Chaque année, 6 % de la population mondiale bascule, pour des raisons de santé, dans l'extrême pauvreté.

En lissant les dépenses de santé dans le temps par un mécanisme de prépaiement et en mutualisant le risque, l'assurance permet d'éviter ces dépenses « catastrophiques » de santé. Contrairement à d'autres produits, l'assurance santé ne se limite pas à procéder à des paiements pour couvrir une perte ou un préjudice, mais s'en remet à un tiers (des prestataires de santé) pour donner à ses bénéficiaires accès à des soins.

En conséquence, les principaux risques liés à tout produit d'assurance (sélection adverse, fraude et aléa moral) se retrouvent de façon plus aiguë dans l'assurance maladie². Un dispositif efficace d'assurance santé requiert, par essence, un contrôle de la qualité de l'offre de soins, voire un investissement dans cette offre.

En Afrique, certains gouvernements mettent en place des systèmes d'assurance maladie obligatoires pour le secteur formel fonctionnaires ou salariés des entreprises privées, financés *via* les cotisations des employés et des employeurs. Mais la couverture des travailleurs du secteur informel (agriculteurs, artisans, etc.), soit plus de 70 % de la population africaine, reste un défi. Plusieurs acteurs privés à but lucratif ou non lucratif (compagnies d'assurance, mutuelles, courtiers, circuits de distribution et de gestion divers, facilitant l'identification des assurés, la collecte des primes et le versement des sinistres) peuvent jouer un rôle très important sur ce terrain.

1. Ratio « out-of-pocket expenses/total private expenditure », Banque mondiale, 2010-2014.

2. La fraude peut représenter jusqu'à 20 % des primes d'assurance maladie dans les pays en développement.

L'ASSURANCE SANTÉ, UN PRODUIT COMPLEXE

Les produits d'assurance maladie sont plus complexes à concevoir que les autres types d'assurance en raison de la diversité des soins ou services à couvrir. Si l'inclusion de l'hospitalisation est essentielle pour éviter les dépenses « catastrophiques » de santé, la couverture des soins ambulatoires limite, elle, le risque de complications médicales liées au renoncement aux soins³. Ces arbitrages pour l'inclusion ou non de services sont centraux pour atteindre des objectifs sociaux. En conditionnant le coût de la couverture d'assurance, ils impactent la capacité des ménages à y souscrire.

L'étendue des frais à couvrir est, pour l'assureur et l'assuré, une question essentielle. Les frais indirects (achat de médicaments, frais de transport, etc.) peuvent, par exemple, représenter jusqu'à 65 % des dépenses d'hospitalisation. Ainsi, certaines polices d'assurance couvrent également le manque à gagner lié à la perte de revenu pour l'assuré pendant son traitement, ce qui peut représenter une valeur non négligeable pour les non-salariés ne bénéficiant pas de congés maladies. De même, le système de paiement des prestations de santé choisi est intimement lié à la question de l'accessibilité des soins. Le système de tiers payant présente l'avantage pour l'assuré de ne

« Pour l'assureur et l'assuré, l'étendue des frais à couvrir est une question essentielle. Les frais indirects (achat de médicaments, frais de transport, etc.) peuvent représenter jusqu'à 65 % des dépenses d'hospitalisation. »

pas devoir avancer les frais : la structure de santé est remboursée par l'assureur. Cet accès financier simplifié limite aussi le phénomène de renoncement aux soins. En termes de gestion pour l'assureur, les deux systèmes (tiers payant et remboursement aux assurés) ont leurs avantages et leurs inconvénients – même si le tiers payant peut être moins coûteux en termes de frais de gestion.

La valeur de l'assurance santé repose également sur la qualité des soins auxquels les assurés ont accès. L'assureur dépend de l'offre de soins présente localement, mais il peut l'influencer en choisissant les prestataires avec lesquels il travaille et les modalités du partenariat. Certains assureurs évaluent, par exemple, la qualité de leurs fournisseurs de soins et lient leur rémunération aux résultats de ces évaluations. →



Mesurer la performance en micro-assurance

La valeur des produits d'assurance santé nécessite d'être mesurée, suivie et rendue explicite aux assurés. Plusieurs outils simples d'utilisation ont été développés par la profession et présentent l'avantage de définir les indicateurs de mesure de façon normée. Parmi eux figurent les « Key Performance Indicators » conçus par l'ONG luxembourgeoise ADA et la fondation belge BRS, sous l'égide du Micro Insurance Network. Certains de ces « indicateurs clés de la performance » financière et sociale (ratio de sinistres survenus, taux de fidélisation, ratio de croissance, rapidité de règlement des sinistres et ratio de rejet des demandes d'indemnisation) permettent de mesurer la valeur d'une police d'assurance pour l'assuré de façon simple.

Un autre outil intéressant est l'outil « PACE », développé par l'Impact Insurance Facility de l'Organisation internationale du travail. Il permet de mesurer les quatre principaux éléments constitutifs de la valeur de toute police d'assurance : ses termes (risques couverts, étendue et qualité des soins), son accessibilité (facilité de souscription, accessibilité géographique), son coût (prime ou cotisation rapportée aux moyens contributifs des assurés et aux montants des sinistres) et son expérience (lisibilité des contrats, facilité des démarches, rapidité des paiements des sinistres, etc.). Cet outil constitue davantage un outil d'auto-évaluation et de gestion pour l'assureur.

3 • Par peur des dépenses liées à la prise en charge médicale, de nombreux ménages préfèrent renoncer à se faire soigner. Ce phénomène engendre souvent des complications de santé, dont les conséquences financières et humaines sont importantes.



La création d'organes d'intermédiation entre structures de soin et assurés (*call center*, comités de suivi, mécanismes de traitement des plaintes, etc.) instaure une forme de redevabilité vis-à-vis des assurés. Des représentants des autorités sanitaires

publiques peuvent aussi intégrer ces enceintes, ce qui permet d'assurer une complémentarité entre les dispositifs de prise en charge publics (quand ils existent) et les initiatives privées.

QUELLE COUVERTURE POUR LES TRAVAILLEURS INFORMELS ?

“ Chaque année, 6 % de la population mondiale bascule, pour des raisons de santé, dans l'extrême pauvreté. ”

En Afrique, les taux de couverture de l'assurance santé restent extrêmement faibles (**carte ↗ ci-contre**). Si l'assurance santé obligatoire proposée par les gouvernements aux fonctionnaires et aux salariés du privé commence à atteindre des taux de pénétration significatifs, l'assurance volontaire destinée aux populations du secteur informel reste très peu développée. Cela s'explique notamment par la capacité de contribution limitée des souscripteurs, par le manque de compréhension des mécanismes d'assurance, mais aussi par la confiance fragile dans les assureurs, les hôpitaux ou les centres de santé. En outre, peu d'acteurs de l'assurance « s'aventurent » sur ces marchés, en raison de la complexité du produit, de la méconnaissance des besoins, de la

difficulté à collecter les primes et des risques de sélection adverse (affiliation des personnes les plus susceptibles d'avoir des accidents de santé). Ceux qui se sont lancés sur ce marché, le plus souvent des mutuelles ou des ONG, peinent à étendre leur clientèle pour assurer leur pérennité. Leur défi : trouver des relais capables de favoriser l'adhésion du plus grand nombre de façon efficiente.

Les circuits de distribution éprouvés et étendus (institutions de microfinance, opérateurs de téléphonie mobile, etc.) ont donc été sollicités pour proposer des produits d'assurance simples, couplés de façon systématique et obligatoire à d'autres produits : crédit, épargne, recharge téléphonique, etc. Ces formes de distribution présentent l'avantage de diversifier le risque en assurant un *pool* relativement large et hétérogène de clients déjà connus. En revanche, si ces produits ne présentent qu'une valeur limitée pour l'assuré, ils peuvent être assimilés à de la vente forcée. Ainsi, il est d'autant plus important de mesurer, suivre et communiquer sur la valeur de ces produits d'assurance rendus obligatoires.



Le groupe AFD et l'assurance santé

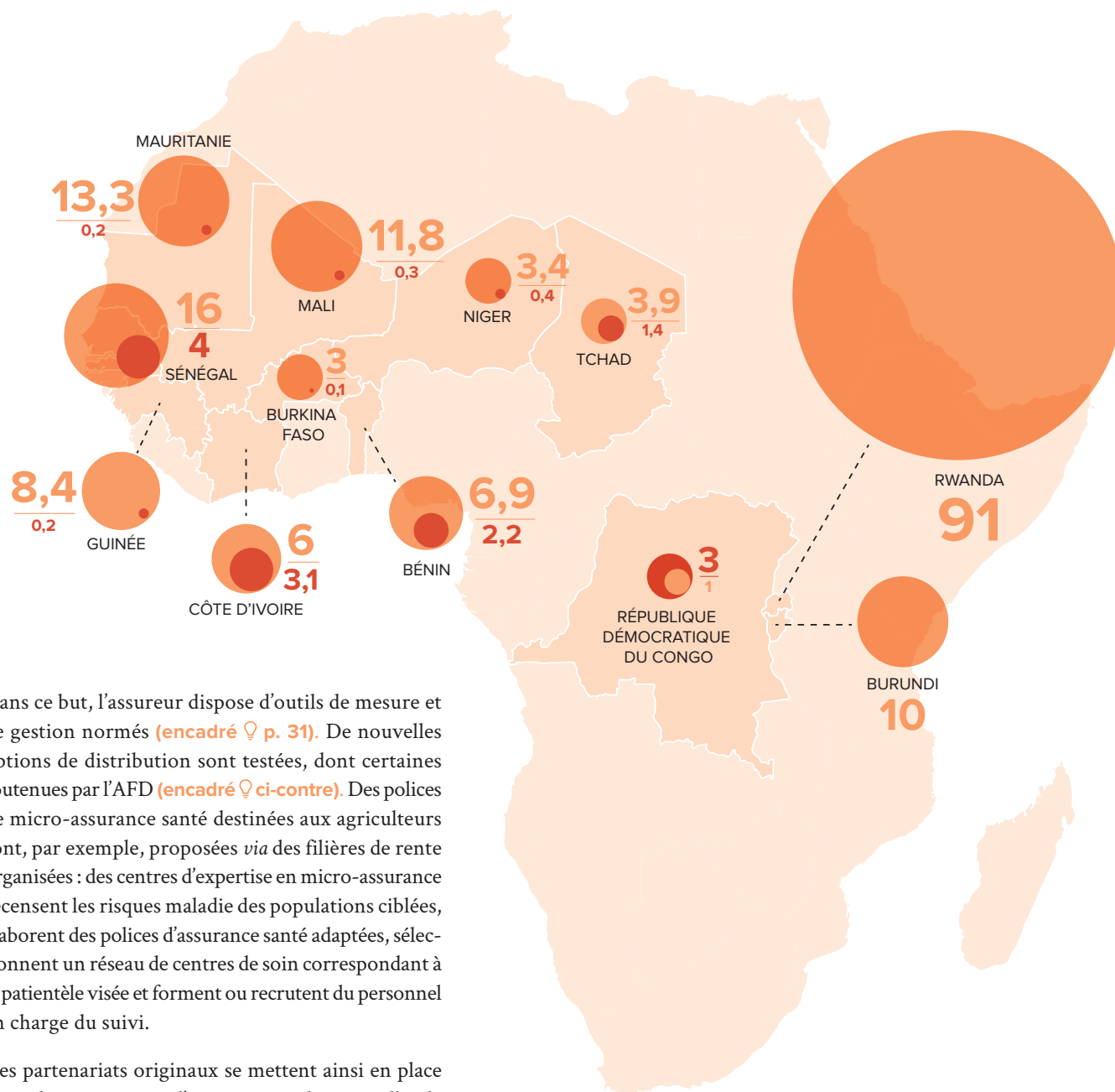
L'AFD accompagne la mise en place, l'extension et la réforme de dispositifs d'assurance maladie, en respectant les principes d'universalité (couverture pour l'ensemble de la population), de solidarité (contribution en fonction des ressources et non de la consommation de soins) et de soutenabilité (mécanismes de financement du système durables).

Pour atteindre ces objectifs, l'AFD s'appuie sur les recommandations de l'OMS : adhésion obligatoire, prépaiement des cotisations, mutualisation des risques la plus large possible, contribution en fonction des ressources, dont gratuité pour les plus pauvres. Ponctuellement, l'AFD soutient des initiatives privées portées par des acteurs à but lucratif ou non lucratifs (courtiers en assurance, ONG, fonds, fondations, etc.). Pour cela, l'Agence dispose d'une palette d'outils variés, allant de la subvention au prêt souverain, en passant par la prise de participation en capital dans des compagnies d'assurance ou des fonds *via* Proparco ou son fonds FISEA.

⊕ Taux de couverture de l'assurance santé en Afrique (en % de la population)

■ Assurance obligatoire ■ Assurance volontaire

Source : données compilées à partir de Preker et coll. (2010), Barroy et coll. (2015)



Dans ce but, l'assureur dispose d'outils de mesure et de gestion normés (encadré ♀ p. 31). De nouvelles options de distribution sont testées, dont certaines soutenues par l'AFD (encadré ♀ ci-contre). Des polices de micro-assurance santé destinées aux agriculteurs sont, par exemple, proposées *via* des filières de rente organisées : des centres d'expertise en micro-assurance recensent les risques maladie des populations ciblées, élaborent des polices d'assurance santé adaptées, sélectionnent un réseau de centres de soin correspondant à la patientèle visée et forment ou recrutent du personnel en charge du suivi.

Des partenariats originaux se mettent ainsi en place entre des compagnies d'assurance ou des mutuelles de santé et des coopératives de producteurs agricoles, ou encore avec des sociétés de *trading* en matière première qui peuvent avoir un intérêt à cofinancer une partie de la prime d'assurance, dans la mesure où elle contribue à sécuriser leurs approvisionnements. →



“ Un encadrement et une régulation efficace des opérateurs d'assurance maladie peuvent permettre aux acteurs du système de trouver leur place pour atteindre la couverture universelle de santé. ”

REPÈRES AFD

Institution financière publique, l'Agence Française de Développement (AFD) met en œuvre la politique définie par le gouvernement français. Elle a pour mission de combattre la pauvreté et de favoriser le développement durable en soutenant et en accompagnant des projets qui améliorent les conditions de vie des populations, soutiennent la croissance économique et protègent la planète. À travers un réseau de 75 bureaux, l'Agence a consacré 8,3 milliards d'euros au financement de projets en 2015.

Les pouvoirs publics, enfin, peuvent jouer un rôle clé dans la diffusion de l'assurance maladie au sein du secteur informel en se reposant sur des structures privées (encadré ♀). Cette collaboration peut prendre plusieurs formes : encouragement à l'adhésion *via* la définition d'une offre de soins subventionnée, délégation de la gestion de l'assurance maladie à des entités privées, supervision, réassurance, etc.

Les acteurs privés de l'assurance santé, à but lucratif ou non, ont un rôle à jouer dans les

dispositifs nationaux de couverture maladie. Quatre grands positionnements peuvent être envisagés (Kimball et coll., 2013) : la substitution, dans des contextes où l'État n'est pas en mesure de mettre en place des dispositifs de couverture pour toute la population ; la fondation, comme au Ghana où la majorité des mutuelles communautaires se sont affiliées au dispositif national ; le partenariat, comme en Côte d'Ivoire ou en Inde où l'État délègue des missions au secteur privé ; ou enfin la complémentarité, comme en France ou dans plusieurs pays émergents, où les acteurs privés proposent une offre complémentaire en santé.

Un encadrement et une régulation pertinente et efficace des opérateurs d'assurance maladie peuvent permettre aux différents acteurs du système de trouver leur place pour atteindre la couverture universelle de santé, en respectant les objectifs de solidarité, d'universalité et de soutenabilité. ■



Ghana : la réussite d'un dispositif public-privé

Le dispositif d'assurance maladie ghanéen, le National Health Insurance Scheme (NHIS), repose sur des mutuelles de santé communautaires préexistantes. Pour étendre la couverture santé à l'ensemble des ghanéens – notamment aux secteurs informel et rural –, le gouvernement a défini un paquet de soins (ambulatoires et hospitaliers) de référence et a donné la possibilité aux mutuelles de s'affilier au système national, en échange d'appuis financiers, ou de rester indépendants, à condition de ne pas faire concurrence au système national. La plupart des mutuelles ont adhéré au système. Le NHIS est financé à plus de 70 % par une taxe de 2,5 % sur les biens et les services, et à plus de 20 % par les charges sociales. Le reliquat est financé par les primes payées par les bénéficiaires et par l'apport des bailleurs.

L'alliance avec les mutuelles communautaires a permis d'augmenter le taux de couverture de la population ghanéenne, passé de 1 % dans les années 1990 à plus de 40 % aujourd'hui.

Le modèle ghanéen illustre un système d'assurance maladie public reposant sur des acteurs privés. Au-delà, l'expertise développée par ces derniers peut s'avérer utile aux États, notamment en matière d'achat de prestations de soins, de formation de compétences locales, de création de cadres de redevabilité et de transparence pour les structures de santé.