

PROTECTION SOCIALE EN SANTÉ ET FINANCEMENT DE LA CSU (*) EN CONTEXTE DE L'ÉMERGENCE DE LA RD CONGO

Introduction

Joël IPARA
Motema, Ph.D.
Professeur
d'Anthropologie
médicale et de la
santé/ Université de
Kinshasa. joelipara27@
gmail.com.

Dieudonné
MUFWANKOLO
Mundel,
Directeur du
Programme National
des Mutuelles de Santé
(PNPMS),
Ministère de la Santé
Publique/ RD Congo.
mundelfr@yahoo.fr

Dans un contexte mondial où l'essor des inégalités réclame toujours plus de lucidité et d'adaptation, comment renforcer la lutte contre la pauvreté ? Comment aider les individus et les familles – notamment les plus fragiles – à faire face aux chocs de la vie, qu'ils soient liés à la maladie, à la perte d'emploi et de revenus, à une crise financière ou à des catastrophes imprévues ? Comment permettre plus globalement un meilleur partage du progrès économique et social ? Les défis sont multiples et complexes, au premier rang desquels se situent le climat et la démographie.

L'accroissement rapide de la population à l'échelle tant nationale que régionale, le vieillissement de celle-ci, l'urbanisation anarchique et la dégradation de l'environnement, pour ne citer que quelques-uns de ces facteurs à l'œuvre, auront des conséquences notables sur le plan sanitaire d'ici 2050. Les maladies chroniques (cancers, diabète, maladies cardio-vasculaires) notamment pèseront de plus en plus lourd sur les systèmes de santé et les ménages. Si l'on s'en tient aux conclusions du G20 de Cannes de novembre 2011, l'Assemblée générale des Nations Unies avait adopté, le 12 décembre 2012, à l'initiative de la France, une résolution en faveur de la CSU¹. Cette résolution a été soutenue aussi par les ONG et les militants de la société civile, comme une nouvelle étape franchie vers *le droit à la santé pour tous*. Coparrainée par plus de 90 pays, ladite résolution marquait désormais l'engagement de la communauté internationale pour étendre les systèmes de protection sociale en santé. La France, par exemple, a contribué ainsi au renforcement de la dimension sociale à l'échelle mondiale.

* Couverture Sanitaire Universelle (CSU).

1 « G20 et Santé, protection sociale et gratuité des soins pour les plus pauvres », Dossier de Presse, Médecins du Monde, septembre 2011.

C'est pourquoi, dans le cadre de ses objectifs, la CSU vise en particulier « à permettre à chacun en tant que citoyen du monde de bénéficier des services de santé (essentiels), sans s'exposer aux risques d'appauvrissement ». Pour le moins ambitieux, un tel objectif est à la fois de renforcer les systèmes de santé et de garantir la disponibilité et l'accès à des soins de qualité, notamment dans la lutte contre la mortalité maternelle et infantile, les grandes pandémies et les maladies non transmissibles. C'est de cette façon que « la CSU pourrait participer à la réduction de la pauvreté, à l'équité et à la cohésion sociale » tel que le souligne ladite résolution. Elle est innovante en ce qu'elle représente le moyen de dépasser certaines limites observées des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) dans le secteur de la santé, et soulève la question de la *soutenabilité* des dépenses de santé. Le journal médical britannique *The Lancet*, dans son éditorial du 8 septembre 2012, parle, pour souligner l'ampleur des mutations en cours, de troisième transition globale de santé. Il souligne que la question n'est plus de savoir si les pays s'engageront ou pas en faveur de la CSU, mais comment ils assureront cette transition. Il note avec pragmatisme que « la couverture de santé universelle est une opportunité, sans être pour autant une garantie définitive de progrès ».

En d'autres termes, au même titre que la réforme du système monétaire international et la lutte contre le réchauffement climatique, ou encore la lutte contre la volatilité des prix des produits agricoles, l'accès pour tous aux services de santé essentiels et à un système de protection sociale devient une des priorités affichées de l'agenda du développement durable². Pour l'Association internationale de la sécurité sociale (AISS) « 20% seulement de la population mondiale bénéficie aujourd'hui d'une couverture sociale correcte et plus de 50% n'en a aucune... Et moins de 10% des travailleurs des pays les moins avancés bénéficient d'une sécurité sociale, pourcentage qui varie entre 20% et 60% dans les pays à revenus intermédiaires, pour avoisiner les 100% dans la plupart des pays industriels »³. Si la santé n'a pas de prix, elle a un coût. Pour des millions d'individus parmi les plus fragiles, l'obligation de payer pour accéder aux soins représente une barrière financière infranchissable et une des principales causes d'appauvrissement, sans parler des conséquences sanitaires.

À l'échelle du monde, l'OMS estime chaque année que plus de 100 millions de personnes basculent dans la pauvreté à la suite de dépenses catastrophiques de santé. Cette réalité s'exprime notamment dans les pays les plus pauvres (mais pas uniquement), où les mécanismes de

2 Rapport sur le développement dans le monde 2014, « *Risques et opportunités, La gestion du risque à l'appui du développement* ». <http://www.banquemondiale.org/fr/news/feature/2013/10/06/Managing-risk-for-development-From-crisis-fighting-to-systematic-risk-management>.

3 <http://www.monde-diplomatique.fr/2014/01/TUBIANA/50024>; « La CSU, un enjeu du développement durable », Janvier 2014, Laurence Tubiana, *Le Monde Diplomatique*.

couverture du risque maladie restent quasi inexistants ou demeurent le privilège des plus aisés. Permettre à chacun d'accéder à des services de santé de base de qualité nécessite donc des moyens et des méthodes pour financer et mettre en place une offre de soins accessibles à la hauteur des besoins des populations. La question est alors de savoir qui doit payer. Est-ce au malade et à sa famille de supporter seuls le poids financier de la maladie – comme c'est majoritairement le cas dans de nombreux pays – ou faut-il au contraire promouvoir des mécanismes de solidarité et de couverture des risques (assurance) entre riches et pauvres, malades et bien portants (mutualisation du risque maladie) ?

D'ailleurs, les instances du monde de la santé, notamment l'OMS⁴, se félicitent pour dire que ces vingt dernières années, l'humanité a bien entendu été marquée par des évolutions positives de la situation sanitaire de bon nombre de pays parmi les plus vulnérables, comme en témoignent notamment le recul de la mortalité des moins de 5 ans et de la mortalité maternelle, et les progrès notables dans le traitement et le contrôle des grandes pandémies que sont le VIH/Sida, la tuberculose et le paludisme. Ces avancées, souvent rendues possibles par des programmes globaux et gratuits d'accès aux médicaments, s'accompagnent cependant d'importantes disparités entre les régions du monde, voire au sein des populations d'un même pays. Et en Afrique subsaharienne, 5% à 10% de la population seulement bénéficieraient d'une protection sociale en santé digne de ce nom, alors même que, selon l'OMS, il y existe un risque important de catastrophe financière pour les ménages lorsque les paiements directs représentent plus de 15% des dépenses totales de santé. Ces dépenses à charge restent bien supérieures dans la plupart des pays.

Le développement de la CSU nécessitera donc du temps ; aussi, une approche intégrée peut être ajustée pour s'adapter aux circonstances particulières et aux capacités institutionnelles et financières disponibles des pays. Dans les situations de fragilité, post-confliktuelles ou caractérisées par de très faibles revenus, le cas de la RD Congo, un financement temporaire des transferts de protection sociale par les partenaires du développement pourrait être justifié. Le soutien à l'élaboration de systèmes de protection sociale nationaux accessibles à tous devrait aller de pair avec un soutien à des réformes fiscales afin de contribuer à la mise au point de systèmes efficaces, équitables et durables dans l'ensemble du pays.

Faute d'initiative globale sur le modèle de ce qui a été fait pour lutter contre le Sida (idée promue par certains), beaucoup dépendra donc de la volonté politique des États et de leur capacité à investir sur les questions

4 <http://www.monde-diplomatique.fr/2014/01/TUBIANA/50024>; « La CSU, un enjeu du développement durable », Janvier 2014, Laurence Tubiana, *Le Monde Diplomatique*.

sociales. On se doute bien que cela ne suffira pas. À côté de la puissance publique, la mobilisation, selon la Banque mondiale, doit s'élargir aux ménages et aux collectivités, au secteur privé et à celui des entreprises (emplois et revenus), et au système financier (assurance et crédit). Le soutien des partenaires financiers du développement restera crucial pour ajuster le tir (encourager les évolutions politiques, favoriser les échanges techniques, accompagner la montée en puissance le temps que les ressources locales prennent le relais, renforcer la coordination entre les différents partenaires).

Selon la résolution de l'OMS, « pour un accès universel aux soins », adoptée le 24 mai 2012, il convient de réduire le paiement direct par les patients et donc de favoriser la mise en place de mécanismes de financements plus équitables, du type « prépaiements » via un système mixte de taxes générales ou taxes sur les salaires, contributions volontaires diverses, support de donateurs, ou du type « fonds de solidarité ou de partage des risques » entre les malades et les bien-portants par exemple. Le défi est d'augmenter progressivement le niveau des prestations sociales, et aussi de pouvoir toucher à terme le secteur de l'économie informelle, particulièrement important dans les pays les plus pauvres. Les régimes volontaires connaissent à ce stade des succès limités, « les populations n'ayant pas, tout simplement, les ressources nécessaires pour y adhérer, ou considérant ces régimes comme peu attractifs », étant donné, par exemple, la faible qualité des services auxquels il leur est donné accès (quand ils existent).

Ces dernières années, plusieurs pays, parfois parmi les plus fragiles, ont lancé des projets pilotes notamment sur les questions d'assurances de santé et de couverture du risque maladie, et ont tenté de développer des programmes nationaux visant à minimiser les frais de santé pour les familles, afin d'éviter aux plus pauvres de tomber dans l'extrême pauvreté. Même si le passage à l'échelle est loin d'être acquis, on observe, ici et là, le développement de mutuelles de santé et d'initiatives diverses de micro-crédit/micro-assurance, avec l'appui d'ONG internationales et nationales, soutenues notamment par l'Agence française de développement (AFD).

Approche de la couverture universelle

La couverture (sanitaire) universelle consiste à veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès aux services préventifs, curatifs, palliatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont elle a besoin, et à ce que ces services soient de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières pour les usagers. Cette définition contient trois objectifs de la couverture universelle, liés entre eux :

- l'accès équitable aux services de santé – tous ceux qui ont besoin des services de santé, quels que soient leurs moyens financiers, doivent pouvoir y accéder ;
- la qualité – les services de santé doivent être d'une qualité suffisante pour améliorer la santé de ceux qui en bénéficient;
- la protection financière – le coût des soins ne doit pas exposer les usagers à des difficultés financières.

Pour des centaines de millions de gens, en particulier pour les plus vulnérables, la couverture universelle c'est l'espoir d'être en meilleure santé sans s'appauvrir. La couverture universelle prend ses racines dans la Constitution de l'OMS, adoptée en 1948, qui fait de la santé l'un des droits fondamentaux de tout être humain, et dans la Stratégie mondiale de la santé pour tous, lancée en 1979. Parvenir à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement et, après 2015, d'une deuxième série d'objectifs dépendra en grande partie de la manière dont les pays s'achemineront vers la couverture universelle. L'OMS qui définit la santé comme un état de bien être complet physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité, s'investit donc dans la protection sociale.

Car, cet organisme des Nations Unies garantit la bonne santé à toute la race humaine sur la terre. Visiblement, l'OMS se lance dans une espèce de véritable guerre contre la maladie et tout dysfonctionnement qui prive l'homme de son bien-être physique, mental ou psychique. Et, pour y remédier, l'homme recourt à la médecine promotionnelle, préventive, curative et palliative. Par ailleurs, il nous paraît vraiment illusoire de penser que toute maladie soit supprimée et que l'on vive en état de bonne santé permanente. Cependant des efforts sont accomplis pour éradiquer certaines pathologies. Il est pertinent de chercher à octroyer à l'individu des soins appropriés de qualité chaque fois que le besoin se fait sentir. Pour ce faire, plusieurs défis se dressent, notamment la disponibilité des services, la qualité des soins, l'accessibilité géographique et la barrière financière.

Si chaque défi a son importance, c'est souvent le dernier qui constitue un véritable drame pour les populations, particulièrement celles démunies des pays pauvres. Plusieurs indicateurs montrent un taux de renonciation des services pour les quintiles les plus pauvres. Sur le plan des politiques sanitaires internationales, l'OMS a échafaudé des stratégies successives pour satisfaire à la demande des soins de qualité des ménages de par le monde. La charte de la santé constitutive de l'OMS balisait le chemin pour des grandes joutes contre les maladies. En effet, la stratégie de la Santé pour tous, les soins de santé primaire d'Alma Ata, la charte africaine de développement de la santé, l'Initiative

de Bamako, les OMD 4 et 5, les assurances santé, etc. ne sont que des recherches d'une meilleure prise en charge des populations pour des soins de santé de qualité. Plusieurs indicateurs ont été retenus pour montrer la progression des résultats des actions amorcées. On peut citer principalement les taux de morbidité et de mortalité d'une manière générale ou ceux liés à des groupes spécifiques et sensibles comme le couple mère et enfant. Une des plus grandes stratégies récentes de l'OMS vise la levée des barrières financières et géographiques pour toute personne désireuse d'avoir des soins médicaux de qualité. Il s'agit de la Couverture Sanitaire Universelle, CSU en sigle. Du reste la Charte de la Santé contenait déjà l'idée de la CSU.

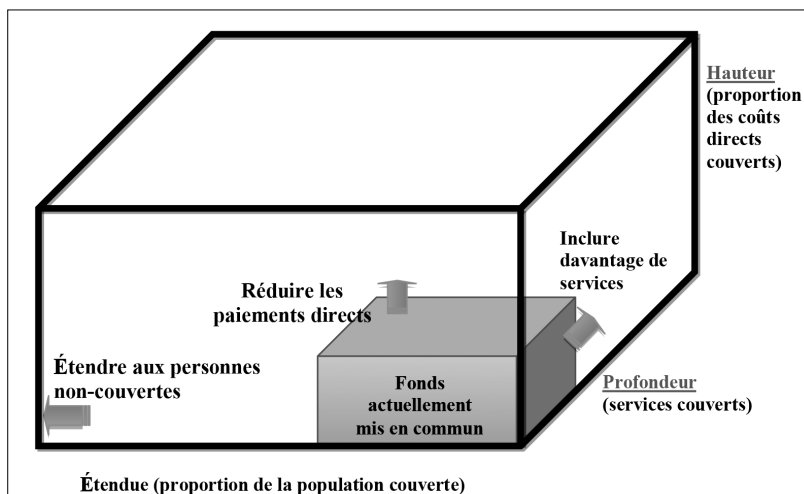
De la déclaration d'Alma-Ata à la Couverture Sanitaire Universelle (CSU)

Le pari désormais affiché comme un slogan dans de nombreuses instances internationales n'est pas mince. Les déclarations d'intention ne suffiront pas. On connaît les insuffisances constatées dans certains États fragiles ou les moins avancés, en raison de leur gouvernance anarchique, leur système de santé à bout de souffle, leur risque fiduciaire souvent élevé ou encore la faible réactivité de leur système fiscal ; ces pays connaissent bien souvent des indicateurs de santé catastrophiques ou en faible progression. Il faut aussi souligner l'explosion des inégalités dans les pays à revenu intermédiaire ou émergents, et le risque d'y voir rapidement se former des marchés assuranciers inaccessibles aux plus pauvres.

La CSU est une Résolution de l'Assemblée Mondiale de la Santé en 2005 qui a demandé aux Pays Membres de développer leurs systèmes de financement pour assurer que tout le monde ait accès aux services de soins de santé dont il a besoin sans faire face aux risques financiers relatifs aux modes de paiements pour la santé. L'aspiration d'accomplir la CSU revient à la constitution de l'OMS de 1948 ; et la déclaration de Alma-Ata de 1978.

Fig. 1. Le cube de l'OMS

Trois dimensions à considérer lors de la progression vers la CSU : population, services et coûts

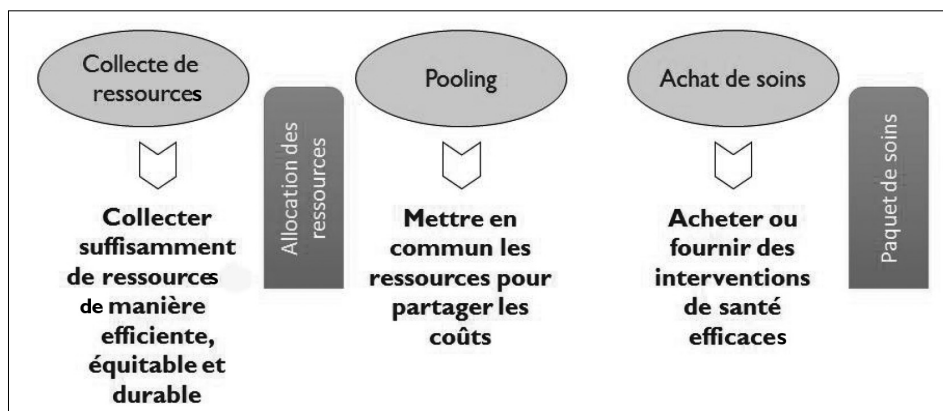


Source : Ricardo Bitran, *L'universalisation de la couverture sanitaire : les défis*, Banque Mondiale, 2014

Plusieurs pays de par le monde sont très avancés sur le chemin de la CSU. Il s'agit essentiellement des pays riches et quelques-uns parmi les moins nantis. La couverture sanitaire universelle est une direction vers laquelle on tend, comme un idéal, sans jamais l'atteindre. Mais il est possible de donner à l'ensemble de la population des soins adéquats dont elle a besoin. Pour ce faire, l'un des grands défis est le financement de la santé.

Du financement de la CSU

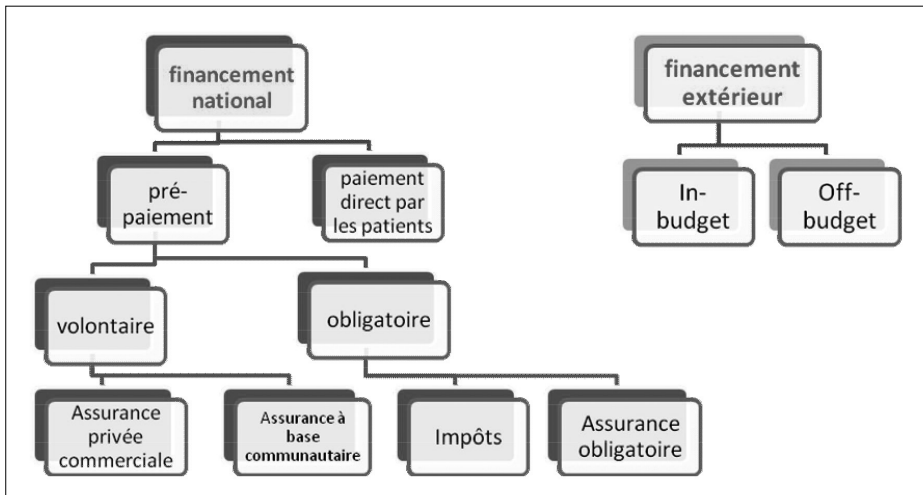
Fig. 2. : Comment financer la santé vers la CSU ?



Source : Helene Barroy, *Financement de la santé : rôle et enjeux*, Banque Mondiale, 2014.

Il y a trois grandes sources : ménages, public et aide extérieure. Celle-ci peut-être In-budget ou off-budget, c'est-à-dire que l'aide extérieure peut passer à travers le budget ou en dehors des mécanismes mis en place par les bailleurs et qui expliquent la fragmentation qui est à la base de l'inefficacité de l'Aide. C'est une opportunité à saisir quand elle peut venir mais ne doit pas constituer la source principale de la CSU. Parmi les mécanismes de paiement utilisés par les ménages, il y a le paiement direct et le prépaiement. Celui-ci peut être volontaire ou obligatoire. Dans le volet volontaire, il y a les assurances privées commerciales et celles à base communautaire. Le prépaiement obligatoire se fait par les impôts et/ou l'assurance obligatoire.

Fig.3 : Quelles sont les différentes sources de financement ?



Source : Helene Barroy, *Financement de la santé : rôle et enjeux*, Banque Mondiale, 2014.

Le budget de l'État doit prévoir une large part pour la Santé conformément aux accords internationaux, particulièrement la résolution d'Abuja qui voudrait que les pays en développement puissent allouer au moins 15% du budget de l'État à la santé. Au-delà de l'allocation, il faudra minimiser les inefficiences pour une gestion saine des ressources du secteur santé. Pour mémoire, ces inefficiences sont à la base de 20 à 40% des pertes des ressources allouées à la santé selon le rapport mondial de l'OMS 2010. Mais ici nous voulons voir, en plus du budget de l'État et des apports extérieurs, comment la CSU peut être financée de façon à répondre aux critères d'efficacité, d'équité et de durabilité.

Seuls les impôts directs et indirects peuvent le mieux répondre à ces critères.

Fig.4. : Caractéristiques des sources domestiques

Sources	Efficience	Équité	Durabilité
Impôts	++	++ (impôts directs) + (impôts indirects)	+++
Paiement direct des usagers	++	---	++
Contributions sociales	++	+/-	++
Assurance privée	--	--	-
Assurance à base communautaire	--	+/-	-

Source : Helene Barroy, *Financement de la santé : rôle et enjeux*, Banque Mondiale, 2014.

En effet, comment peut-on contraindre des populations, surtout celles des pays pauvres, à revenus faibles et irréguliers, sans culture de prévoyance, à s'acquitter régulièrement d'une prime d'assurance maladie volontaire (AMV) ? Il est connu que l'AMV ne peut pas faire atteindre la CSU. Et pour cause. Si un membre n'est pas en règle de cotisation, il ne peut plus prétendre au remboursement des soins par sa mutuelle. Cette exclusion est contraire à l'essence même de la CSU, car une personne couverte ne doit pas connaître de barrière financière à l'accès aux soins. D'où l'unique mode adéquat est le prépaiement obligatoire. Pour le secteur formel, on peut prélever automatiquement « à la source » sur les salaires et autres primes, une quotité à verser à la caisse de la CSU. Le problème c'est que dans les pays pauvres, le secteur formel est dérisoire et l'informel est prépondérant. C'est le cas de la RD Congo où ce dernier représente 88% de l'économie nationale. Comment alors faire contribuer le secteur informel qui draine une grande partie de la richesse nationale mais avec des revenus aléatoires ? Dans l'idée de « contributions automatiques », c'est par les impôts et taxes. Mais il faut élargir au maximum l'assiette des impôts. Dans chaque achat qui s'opère, une infime quotité est réservée à la CSU. Pour l'acheteur, cela sera pratiquement imperceptible mais en compensation il n'aura plus de barrière financière pour accéder aux soins de santé de qualité. Cette méthode de « participation automatique » permet de vaincre toutes les pesanteurs socioculturelles à la cotisation. La fréquence et la régularité des achats permettront d'avoir un fond non négligeable avec des clés facilement réglables selon les besoins (% de prélèvement). Naturellement il faut alors organiser la récolte des fonds ainsi générés ; ce qui peut constituer un défi sérieux pour les pays pauvres. C'est pourquoi, dans l'approche multisectorielle de la CSU, le ministère des Finances vient tout de suite après le ministère de la Santé qui coordonne le processus.

Certaines catégories d'entreprises peuvent contribuer un peu plus que d'autres sans pour autant les asphyxier car elles sont un secteur économique pourvoyeur d'emplois et de richesse. Il s'agit des entreprises tabaciques, brassicoles, pétrolières, etc. dont les produits (si prisés) nuisent à la santé. Le système de contributions automatiques permet à chacun de participer proportionnellement à son revenu ; il y a donc équité. En outre, il n'y a pas stigmatisation car même l'indigent participe à sa manière. Toute personne achetant le moindre produit contribue « **automatiquement** ». Egalement l'étranger de passage dans un pays contribue car il va effectuer des achats parfois non négligeables. On peut donc lui octroyer certains soins, en cas d'urgence surtout. Il va de soi qu'un tel système doit être assorti de mesures de protection sous forme de copaiement notamment, pour éviter des abus de la part des personnes résidentes ou non dans un pays donné. Cette approche n'est pas l'apanage des seuls pays pauvres, mais peut être appliquée plus facilement dans les pays riches aussi.

Conclusion

L'objectif de la présente réflexion était de « faire naître une problématique sur le financement de la couverture de santé universelle »⁵, utile et pertinente pour la compréhension de ce fait social. Cet intérêt tient en partie au fait que les sociétés contemporaines apparaissent souvent comme des entités très fragiles où même les populations les plus protégées ressentent une insécurité à tous les niveaux. Ces vulnérabilités associées à la fragilité sociale ne sont pas des phénomènes nouveaux puisque la révolution industrielle, en faisant passer les sociétés d'un système traditionnel à une société moderne, a institué un nouveau type de société. Pour prendre en charge ces nouveaux risques, la société est obligée « d'inventer des équivalents fonctionnels » comme les services de santé et d'action sociale afin de mieux répondre aux besoins de protection et de sécurité des citoyens. ■

5 Ricardo BITRAN, « L'Universalisation de la couverture sanitaire : Les défis » in *Modules de la Formation « Flagship » sur le Renforcement du système de santé et la couverture sanitaire universelle*, Matadi (RD Congo), Décembre 9-13, 2014.