



L'assurance maladie privée dans les pays en développement – une solution pour les pauvres ?

par Denis Drechsler et Johannes Jütting

Introduction

Cette édition des *Repères* évalue le potentiel et les risques que présentent pour les pauvres les marchés de l'assurance maladie privée. Après un bilan de la situation de l'assurance maladie privée dans les différentes régions, les auteurs discutent des avantages et des inconvénients, en termes d'efficacité et d'équité, de cette forme d'accès aux soins de santé. Ils envisagent ensuite différentes solutions réglementaires susceptibles d'améliorer les performances de ce marché en pleine expansion.

Le financement des soins de santé reste pour les pays en développement un enjeu primordial. Malgré les efforts consentis pour améliorer l'offre de services de santé, de nombreux pays à revenu intermédiaire et à faible revenu sont loin d'atteindre une couverture universelle. D'après les estimations, 1,3 milliard de personnes n'auraient pas accès à des soins de santé abordables et efficaces – y compris aux médicaments, aux interventions chirurgicales et aux autres services médicaux. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les pays en développement supportent 93 pour cent de la charge de morbidité liée à la maladie du monde alors même qu'ils n'enregistrent que 18 pour cent du revenu mondial et 11 pour cent des dépenses mondiales de santé.

D'où cette question essentielle : comment améliorer l'accès aux soins de santé et la protection financière des pauvres dans les pays en développement ? Alors que les régimes officiels d'assurance maladie se sont

avérés largement inopérants pour les pauvres, des systèmes privés, à but lucratif ou non, voient le jour un peu partout et ouvrent des perspectives d'amélioration du partage des risques à une plus grande partie de la population.

Financement des soins de santé dans les pays en développement : évolutions récentes

Les pays en développement ont rarement les moyens financiers et les capacités institutionnelles de proposer un système public d'assurance maladie. Une grande partie des dépenses de santé sont donc directement assumées par les patients. Dans deux pays à faible revenu sur trois, les frais que le patient doit déboursier sur place représentent un tiers des dépenses totales de santé. Cette proportion augmente même avec l'introduction de mécanismes de partage des coûts dans de nombreux pays en développement (sous forme par exemple de cotisations de co-règlements ou de franchises).

Les ménages à faible revenu sont particulièrement pénalisés par cette situation, les règlements directs comportant un risque grave d'appauvrissement. Faute d'une protection sociale suffisante, de nombreux foyers vivent sous la menace de dépenses de santé catastrophiques pour leur budget, surtout si l'on tient compte de l'incidence du poids des coûts indirects d'une maladie (perte du capital productif, notamment).

Face à ces risques, le débat actuel sur la réforme du secteur de la santé met en évidence la nécessité d'évoluer vers des solutions de prépaiement et de partage de risques, en abandonnant le recours excessif aux règlements « à l'acte ».

L'assurance maladie privée est une alternative possible pour assumer les dépenses maladie, ce qui explique le regain d'intérêt qu'elle suscite depuis peu parmi les décideurs dans le monde. Cette tendance est encore confortée par :

- l'intégration d'une composante « assurance » dans les institutions de micro-finance ;
- les réformes et la décentralisation du secteur de la santé ;
- la reconnaissance accrue de la place de la sécurité sanitaire dans la croissance favorable aux pauvres.

L'assurance maladie privée dans les pays en développement : état des lieux

A ce jour, l'assurance maladie privée n'a que peu contribué à l'instauration d'une couverture médicale universelle. Sur l'ensemble des 154 pays à faible revenu et revenu intermédiaire, seuls onze (soit 7 pour cent) couvrent au moins 10 pour cent de leurs dépenses totales de santé *via* des programmes privés de partage des risques. Cela étant, la situation évolue peu à peu avec le développement des marchés de l'assurance. Si l'on se base sur le volume des primes, le secteur de l'assurance a augmenté au moins deux fois plus vite dans les pays en développement que dans les pays industrialisés entre 1994 et 2004 (une hausse respective de 10.4 pour cent contre 3.4 pour cent dans le secteur de l'assurance vie, et de 7.3 pour cent contre 2.6 pour cent dans le secteur assurance dommages¹). Le secteur de la santé a également vu apparaître des solutions originales pour faciliter l'accès des pauvres à une assurance privée.

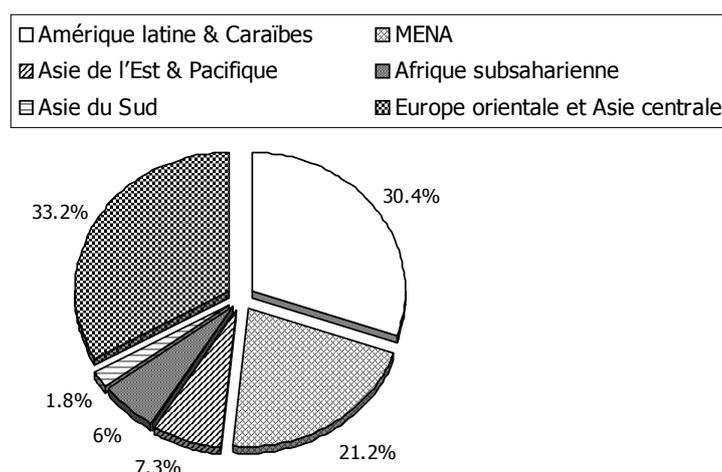
Notons cependant que le groupe « pays à faible revenu / pays à revenu intermédiaire » est extrêmement hétérogène. La forte disparité des dépenses en primes d'assurance d'un pays à l'autre est particulièrement frappante, se montant par habitant à 1 064 dollars à la Barbade contre 3 dollars au Bangladesh. De même, la pénétration des assurances (le revenu des primes rapporté au PIB) s'échelonne de 0.5 pour cent en Arabie saoudite à 15.9 pour cent en Afrique du Sud, ce pays ayant le taux de pénétration le plus élevé du monde (Swiss Re-Insurance Company, 2005).

Présentation régionale

Si l'on examine le marché de l'assurance dommages en volume financier, la part de l'assurance (maladie) privée diffère grandement d'un pays en développement à l'autre. L'activité est relativement bien établie en Amérique latine et en Europe orientale, alors que le revenu des primes est exceptionnellement faible en Afrique subsaharienne, comme en Asie du Sud et de l'Est.

Des écarts semblables se retrouvent en termes de couverture. Alors que les régimes privés à but lucratif sont généralement réservés à la minorité aisée, quelques pays présentent un taux de couverture supérieur à 50 pour cent de la population totale (comme en Colombie ou en Uruguay). Le Brésil, la Chine et la Thaïlande affichent des taux supérieurs ou égaux à 25 pour cent mais qui s'expliquent surtout, dans le dernier cas, par les subventions publiques au programme thaïlandais de carte de santé (*Health Card*). Enfin, les taux de couverture de 18 pour cent de l'Afrique du Sud et de 5 à 8 pour cent de la Jordanie, du Liban et du Zimbabwe se distinguent par une nette supériorité à la norme régionale.

Figure 1. **Marchés de l'assurance dommages dans les pays en développement***



* calculs réalisés à partir des primes individuelles collectées en 2003.
Source : Swiss Re-Insurance Company (2005).

Avantages et inconvénients de l'assurance maladie privée

L'assurance maladie privée repose sur un contrat entre une compagnie d'assurance et son client, stipulant le montant de la prime et le niveau de couverture correspondant. A l'exception de certains pays (la Suisse et l'Uruguay par exemple), la souscription à ce type de régime n'est généralement pas obligatoire.

Dans les pays en développement, l'offre privée d'assurance maladie va de larges systèmes commerciaux à des dispositifs de petite taille sans but lucratif, gérés soit par des entités privées (y compris des prestataires de soins), soit par des organisations non gouvernementales (ONG), soit encore par des communautés. En outre, les programmes d'assurance peuvent proposer des contrats individuels ou couvrir un groupe donné de personnes – ce qui est souvent le cas pour les assurances contractées par l'employeur, un système toutefois limité au marché formel de l'emploi.

Couverture personnalisée et innovation

L'assurance maladie privée présente certains avantages, spécifiques au contrat, par rapport aux autres formes de financement de la santé, avec notamment la personnalisation des polices² d'assurance et l'attractivité des primes, surtout pour les individus présentant un « bon risque ». Du fait de la taille restreinte des compagnies et de processus administratifs allégés, l'assurance maladie privée peut se révéler plus efficace que les systèmes d'assurance sociale, même si les assureurs assument souvent des dépenses supplémentaires liées au développement d'un produit, à la publicité et à la distribution. Des solutions originales de collecte de primes étendent la couverture au-delà des travailleurs du secteur formel de l'emploi. L'assurance maladie privée sans but lucratif fait notamment preuve d'une grande inventivité pour intégrer des individus qui seraient, sinon, exclus de tout programme d'assurance.

Imperfections du marché et exclusion

Le caractère facultatif du contrat d'assurance privée implique que le groupe de risques couverts est relativement restreint, ce qui peut fragiliser financièrement ces dispositifs. Une asymétrie des informations entre assureurs et assurés expose également l'assurance maladie privée aux imperfections du marché et à l'exclusion de patients. En outre, les prestataires d'assurance maladie privée ont tout intérêt à sélectionner leurs futurs assurés. Outre qu'ils peuvent pénaliser les clients présentant de « mauvais risques », les compagnies ont toute latitude pour refuser un malade à haut risque ou ayant besoin de traitements

lourds (*discrimination*). Les cas d'exclusion de patients à mauvais risque sont nombreux et cette pratique difficile à empêcher (*écrémage*). Parfois, la réglementation administrative vient dégrader les performances du marché : ainsi, dans le cas des régimes d'assurances communautaires (fondés sur le profil de risque que présente la communauté et non un individu), obliger les compagnies à accepter tout le monde va surtout leur attirer les individus présentant un mauvais risque. D'où une escalade des primes, qui découragera l'adhésion des patients présentant un bon risque (*sélection inversée*).

Enfin, quand les risques médicaux ne sont pas partagés par un large groupe à risques mais concentrés sur quelques individus ou étalés sur une période de temps donnée, toute défaillance de gestion peut conduire à la faillite du système. Face à ces dangers et à la nature très particulière de la santé – qui, pour partie, relève du domaine public – l'assurance maladie privée doit disposer d'un cadre réglementaire et institutionnel efficace pour prévenir toute défaillance du marché.

Options de politique

Les contraintes réglementaires imposées à l'assurance maladie privée varient sensiblement d'une région et d'un pays à l'autre. Selon *i*) le stade de développement du pays, *ii*) la taille du secteur de l'assurance maladie et *iii*) les capacités institutionnelles de l'État, les politiques devront rechercher la mise en place, la consolidation ou la régulation du secteur. Trois exemples viennent illustrer ce point : celui d'un marché de l'assurance déjà bien développé (Amérique latine), celui d'un marché en rapide évolution (Asie de l'Est) et celui d'un marché encore insignifiant (Afrique subsaharienne).

Amérique latine

Dans cette région, le secteur de l'assurance connaît depuis quelques années une croissance spectaculaire. La réglementation doit désormais chercher à optimiser la performance du marché de l'assurance maladie privée et à élargir la couverture des soins. Après une période de réformes drastiques dans les années 1990 (en 1981 pour le Chili), des pans entiers du secteur de la santé ont été privatisés. Cependant, l'apparition de l'assurance maladie privée et la présence accrue d'assureurs étrangers ne se sont pas encore traduites par de meilleurs services ni par une baisse des primes. En termes de couverture médicale, de graves inégalités sont observées en Argentine, au Brésil, au Chili, en Colombie et au Pérou.

Une réglementation plus efficace devient indispensable pour éviter que les régimes publics d'assurance ne se transforment en assureur de la dernière chance. Faute de quoi, les inégalités actuelles de couverture se maintiendront et les fonds publics seront surchargés d'individus présentant de mauvais risques. Il faut en particulier trouver des solutions spécifiques aux pauvres et aux personnes âgées, souvent exclus de l'assurance maladie privée (par une adhésion obligatoire, par exemple, ou par des mécanismes de compensation entre régimes privés et publics).

Asie de l'Est

Dans cette région, traditionnellement, la couverture médicale est assurée par l'État. De fait, à l'exception de Hong Kong, tous les pays d'Asie de l'Est ont un système public d'assurance maladie obligatoire. Cela dit, sous l'effet de l'augmentation de la demande et du coût des soins, l'assurance maladie privée devrait connaître un certain essor. Les ménages assument déjà une forte proportion des dépenses totales de santé, essentiellement sous forme de règlements directs. Idéalement, ces versements devraient être canalisés vers des formules de cotisation. En outre, le fort taux d'épargne des ménages contribue à étayer la croissance du marché de l'assurance.

Si les pays transféraient encore davantage de ressources vers les assureurs privés, les subventions publiques pourraient consolider l'offre et la demande d'assurance maladie privée. Le programme thaïlandais *Health Card* illustre bien la manière dont un programme public peut entraîner le développement du partage privé des risques. Depuis son lancement à titre pilote en 1991, ce dispositif volontaire soutenu par l'État a séduit 28.2 pour cent de la population thaïe (OMS, 2004). Le programme dépend toujours fortement des subventions publiques – une situation qui ne doit pas perdurer. La future réglementation devra donc s'assurer que les régimes d'assurance sont financièrement viables et répondent à certains critères de résultats.

Afrique subsaharienne

À de rares exceptions près (notamment l'Afrique du Sud, la Namibie et le Zimbabwe), l'assurance maladie privée reste embryonnaire dans la région, aussi bien au niveau des affiliations et des contributions que de la couverture. L'assurance maladie communautaire connaît depuis quelques années un développement particulièrement vigoureux (Jütting, 2004). Des régimes de micro-assurance viennent de faire leur apparition au Bénin, au Burkina Faso, au Cameroun, en Côte d'Ivoire, au Ghana, en Guinée, au Mali, au Nigeria, en Ouganda, au Sénégal, en Tanzanie et

au Togo. De par la nature peu ou non lucrative de la plupart de ces dispositifs, les primes restent relativement modérées – ce qui explique le faible niveau de dépenses d'assurance maladie privée de la région. Alors que la couverture ne concerne qu'un nombre restreint d'individus (en général moins de 1 pour cent de la population) et de services (seuls certains types de traitement sont couverts, et modestement), l'assurance maladie communautaire pourrait bien devenir une pierre angulaire du futur système de financement de la santé – d'autant que, du fait de contraintes financières et institutionnelles, l'assurance maladie privée (communautaire) est souvent la seule solution possible de partage des risques. Cependant, pour offrir une véritable alternative aux régimes publics d'assurance santé, les programmes communautaires devront élargir leur couverture à davantage d'individus et de prestations. La réglementation publique doit non seulement encourager l'introduction de nouveaux régimes mais s'efforcer aussi de professionnaliser les programmes existants. Cela pourrait passer par l'obligation de respecter des normes financières appropriées et des protocoles de résultats, ainsi que par l'introduction de politiques visant à promouvoir la coopération entre les différents régimes.

Perspectives

Dans la plupart des pays en développement, l'assurance maladie privée est en essor. Différents facteurs alimentent cette tendance : une insatisfaction croissante vis-à-vis des systèmes publics de soins ; la libéralisation des marchés et le développement des échanges internationaux dans le secteur de l'assurance ; et la croissance économique générale qui entraîne une diversification et une augmentation de la demande. Ce dernier point devrait notamment exercer une pression sur l'offre et provoquer l'élargissement de la palette des choix ainsi qu'une amélioration de la qualité de la couverture médicale.

Cette évolution est à la fois une chance et une menace pour les systèmes de soins de santé des pays en développement. Bien gérée et adaptée aux besoins et préférences locaux, l'assurance maladie privée pourrait venir compléter utilement les outils existants de financement de la santé. Les dispositifs à but non lucratif d'assurance de groupe peuvent notamment devenir un pilier important du système de financement de la santé,

en particulier pour les personnes marginalisées qui n'ont pas accès à une assurance formelle.

L'introduction de l'assurance maladie privée n'est pas une fin en soi mais bien plutôt, idéalement, un processus vers une couverture universelle. Mais elle n'est pas non plus la seule alternative ni la solution définitive aux inquiétants problèmes du secteur de la santé dans les pays en développement – c'est une option, qui suscite un intérêt croissant chez les

décideurs de par le monde. Ainsi, la question n'est pas de savoir si cet instrument sera utilisé ou non à l'avenir, mais s'il est exploité au mieux de ses capacités pour répondre aux besoins des systèmes de santé d'un pays. Les décideurs des pays en développement tout comme la communauté internationale des bailleurs ont le devoir de soutenir ce processus et d'aider les pays à améliorer leur couverture médicale.

Notes

1. Conformément aux conventions de l'Union européenne et de l'OCDE, l'assurance maladie et l'assurance accidents ne font pas partie du segment assurance vie même si certains pays ou certaines compagnies d'assurance fonctionnent selon un autre classement (Swiss Re-Insurance Company, 2004, p. 28).
2. Jack (2000) indique qu'en 1995, les compagnies d'assurance chiliennes proposaient près de 9 000 polices d'assurance maladie différentes, « signe d'une différenciation verticale pratiquement ininterrompue ».

Bibliographie

- Colombo, F. et N. Tapay (2004), "Private Health Insurance in OECD Countries – The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems", *Document de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 15, OCDE, Paris.
- Drechsler, D. et J. Jütting (2005), "Private Health Insurance in Low- and Middle-Income Countries – Scope, Limitations, and Policy Responses", texte présenté à la conférence de Wharton, 15-16 mars, <http://hc.wharton.upenn.edu/impactconference/>
- Jack, W. (2000), *The Evolution of Health Insurance Institutions – Four Examples from Latin America*, Development Economics Research Group, Banque mondiale, Washington.
- Jütting, J. (2005), *Health Insurance for the Poor in Developing Countries*, Ashgate, Burlington.
- Jütting, J. (2004), "Do Community Based Health Insurance Schemes Improve Poor People's Access to Health Care? Evidence from Rural Senegal", *World Development*, Vol. 32(2), pp. 273-288.
- La Concertation (2004), « Inventaire des systèmes d'assurance maladie en Afrique – synthèse des travaux de recherche dans 11 pays », *La Concertation*, Dakar, Sénégal.
- OCDE (2004), "Proposal for a Taxonomy of Health Insurance", étude de l'OCDE sur l'assurance médicale privée, juin.
- OCDE (2004), « L'assurance maladie privée dans les pays de l'OCDE », Synthèses, *Observateur de l'OCDE*, septembre.
- Sekhri, N. et W. Savedoff (2005), *Assurance maladie privée – Conséquences pour les pays en développement*, Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé, Vol. 83(2), février, pp. 127-138.
- Swiss Re-Insurance Company (2005), "World Insurance in 2003 – Insurance Industry on the Road to Recovery", annexe statistique, mise à jour de février, *Sigma* No. 3.
- Swiss Re-Insurance Company (2004), "Exploiting the Growth Potential of Emerging Insurance Markets – China and India in the Spotlight", *Sigma* No. 5.
- OMS (2004), "Regional Overview of Social Health Insurance in South East Asia", OMS, New Delhi.
- OMS (2005), *Rapport sur la santé dans le monde 2005*, annexe statistique, tableau 5 : Sélection d'indicateurs des comptes nationaux de la santé : niveau mesuré des dépenses de santé pour 1998–2002, 1998–2002, OMS, Genève.

Repères du Centre de développement de l'OCDE

n°11 *L'assurance maladie privée dans les pays en développement – une solution pour les pauvres ?* par Denis Drechsler et Johannes Jütting

n°10 *La dynamique humaine de l'aide* par Malcolm MacLachlan et Stuart C. Carr

n°9 *Capacités d'adaptation et développement à effet d'intégration* par Ulrich Hiemenz

n°8 *Énergie et pauvreté en Afrique* par Céline Kauffmann

n°7 *Le financement des PME en Afrique* par Céline Kauffmann

n°6 *L'économie africaine en 2004 : des perspectives prometteuses ?* par Nicolas Pinaud et Lucia Wegner

n°5 *Décentralisation et réduction de la pauvreté* par Johannes Jütting, Elena Corsi et Albrecht Stockmayer

n°4 *Cohérence des politiques des pays OCDE : la preuve par l'Asie de l'Est* par Kiichiro Fukasaku et Alexandra Trzeciak-Duval

n°3 *La gouvernance d'entreprise : un défi pour le développement* par Charles Oman et Daniel Blume

n°2 *Mobiliser l'opinion publique contre la pauvreté* par Jude Fransman et Henri-Bernard Solignac Lecomte

n°1 *Vers un Accord de libre-échange en Asie de l'Est* par Shujiro Urata

Pour consulter les *Repères* du Centre de développement

www.oecd.org/dev/reperes

les *Cahiers de politique économique*

www.oecd.org/dev/cahiers

ou les nouveaux *Documents de travail*

www.oecd.org/dev/dt



Les lecteurs sont invités à citer ou reproduire les informations des *Repères* du Centre de développement de l'OCDE dans leurs propres publications. En échange, le Centre demande les remerciements de rigueur ainsi qu'un exemplaire de la publication. Le texte intégral des *Repères* et d'autres informations sur le Centre de développement et ses travaux sont disponibles sur : www.oecd.org/dev.

Centre de développement de l'OCDE
2, rue André-Pascal,
75775 Paris Cedex 16, France
Tél : 33 (0)1 45.24.82.00
Fax : 33 (0)1 44.30.61.49
mél : dev.contact@oecd.org