

Mexique

Fournir une Assurance Maladie Subventionnée aux Pauvres

Problématique

Le programme Seguro Popular (Assurance maladie populaire) du Mexique est un effort visant à surmonter le problème que l'on rencontre généralement quand on essaie d'atteindre les pauvres par des programmes d'assurance : celui de fournir une couverture suffisante aux personnes travaillant en dehors du secteur formel. Etant donné que les plus nantis sont généralement employés dans les usines, les services publics et d'autres entités institutionnelles plus susceptibles d'offrir une assurance maladie, qui assurent à ce groupe une meilleure connaissance de l'assurance maladie et un accès plus facile et plus fréquent à une couverture sanitaire. Dans la plupart des cas cependant, les pauvres travaillent dans des établissements plus petits et mal réglementés, s'auto-emploient dans de métiers inférieurs, ou sont sans emploi dans le cas de nombreux ménages dirigés par des femmes. Parce qu'ils sont exclus du marché du travail formel, ils n'ont généralement pas accès à l'assurance maladie souscrite en milieu professionnel, ou n'ont pas les moyens de se l'offrir. Alors, il est bien plus difficile de les affilier et ils participent rarement aux programmes de sécurité sociale.

Le Mexique a depuis longtemps—dans les années 1940—résolu le problème de couverture sanitaire des travailleurs du secteur formel, dans le cadre d'un dispositif typiquement latino-américain d'institutions de sécurité sociale pour les employés des établissements publics et privés. Ces institutions collectent des primes auprès des employés et de leurs employeurs, reçoivent des financements supplémentaires de l'Etat, à travers des subventions, et utilisent ces ressources pour offrir des services aux employés assurés.

Ce système a assez bien fonctionné pour la moitié de la population mexicaine qui y avait accès. Mais, l'autre moitié

de la population plus pauvre a eu moins de chance. Les membres de ce dernier groupe étaient obligés de rechercher des services de moindre qualité fournis, moyennant paiement, dans les installations du ministère de la Santé ; ou par des institutions privées coûteuses et souvent non réglementées. L'enveloppe de la subvention fournie par le gouvernement représentait moins de 50% de ce qui était accordé aux personnes ayant accès aux programmes des institutions de sécurité sociale.

Mais le système de santé mexicain a été sérieusement déséquilibré et sous financé. Les programmes de santé publics n'ont pas pu relever les défis qui sont apparus au moment de la transition du pays vers une économie moderne. Les dépenses par habitant pour les soins de santé au Mexique étaient inférieures à la moyenne de l'Amérique latine. Plus de la moitié de l'argent dépensé pour la santé sortait des poches des concernés et ces dépenses étaient plus élevées que dans la plupart des autres pays d'Amérique latine. Les fonds n'étaient pas redistribués de manière efficace et équitable—près de 50% de la population n'était pas assurée, mais ne recevait qu'un tiers des fonds fédéraux affectés à la santé. Une grande partie de riches avait une assurance maladie alors que la couverture des pauvres était très faible—peut-être 10%. Il existait un grand risque de paupérisation lié aux dépenses de santé—deux à quatre millions de ménages dépensaient 30% de leur revenu pour la santé.

Approche

Le gouvernement qui a pris le pouvoir en 2000 s'est donné pour première priorité de corriger ce déséquilibre. Pour ce faire, il a adopté un certain nombre de réformes parmi lesquelles un nouveau programme d'assurance maladie, Seguro



Popular (SP), pour tous ceux qui n'étaient pas concernés par les plans de sécurité sociale existants. Le but de ce programme volontaire était, et reste, de fournir à ces personnes une couverture subventionnée comparable à celle des bénéficiaires de la sécurité sociale.

Les ministères de la Santé des trente-deux Etats du Mexique avaient pour mission principale d'identifier, d'affilier et de servir les participants éligibles au programme SP. Ce programme avait été conçu pour cibler en priorité les familles les plus pauvres. Les paiements réguliers de primes sont subventionnés sur la base d'une échelle mobile par l'Etat, et les familles appartenant aux 20% les plus pauvres de la population sont exemptes de tous frais. Les participants ont le droit de recevoir, *sans frais supplémentaires*, quelques 250 interventions médicales dans des institutions spécifiques (principalement les mêmes formations publiques qui faisaient auparavant payer les services fournis aux participants). Les adhérents au programme SP sont aussi éligibles à soixante-dix sept interventions fournies par un réseau de formations sanitaires tertiaires de niveau supérieur administrées par les gouvernements des Etats et au niveau fédéral.

L'écart entre le produit du paiement des primes et le coût total du programme est comblé par les subventions de l'Etat. La majorité des financements proviennent du gouvernement fédéral, à travers des paiements versés aux gouvernements des Etats fédérés, alloués sur la base d'une formule qui tient compte du niveau de développement des Etats, les pauvres recevant plus que les riches. Cette formule tient aussi compte du nombre de familles affiliées, ce qui constitue pour les Etats une incitation à l'amélioration de la qualité des services et l'accroissement du nombre de familles admises. Les gouvernements des Etats fédérés financent le reste des coûts sur fonds propres.

Les besoins financiers du programme SP constituent la principale raison de la récente augmentation du volume préablement limité des ressources fédérales allouées à la santé. Par exemple, le budget du ministère fédéral de la Santé s'est accru d'environ 53% entre 2000 et 2005, en grande partie du fait de la mise en œuvre du programme. Si l'on inclut 2006, l'augmentation approche 66,5 %, soit une hausse moyenne de 10,7 % par an depuis 2000. L'affiliation est la principale raison de l'accroissement annuel du financement à travers le quota fédéral. On s'attend à ce que l'assurance maladie universelle ajoute l'équivalent d'un point de pourcentage du produit intérieur brut (PIB) à l'investissement public dans la santé. Ce chiffre a grimpé à 66,5% en 2006.

Assurer la participation des pauvres

Le programme SP vise une couverture universelle d'ici 2010, pour atteindre également les riches et les pauvres non assurés. Toutefois, il est conçu de telle manière que les personnes défavorisées sont servies en premier, plutôt qu'en dernière position (ou jamais), comme on l'observe dans de nombreux programmes de couverture universelle.

La législation qui régit ce programme demande d'accorder la plus haute priorité à l'accroissement de la couverture des groupes défavorisés pendant les sept années (de 2004 à 2010) de mise en œuvre du programme, avec jusqu'à 14% d'affiliation par an. Pour traduire dans les faits cette déclaration d'intention, le programme comprend trois mesures interdépendantes. La première est une échelle de taux de primes graduée en fonction du statut économique et qui prévoit la gratuité pour les pauvres. La deuxième consiste en un mécanisme qui permet une identification assez juste des familles pauvres éligibles aux subventions des primes ou aux exemptions. La troisième est un système de paiement des agences chargées de la mise en œuvre du programme qui leur offre des incitations pour affilier en priorité les familles pauvres ainsi identifiées.

Des primes subventionnées pour les pauvres. Ce système est basé sur le prépaiement d'un ensemble de services dont le nombre augmentera au rythme de la demande et des financements. Le montant des primes à payer pour la participation au programme, qui est volontaire, varie en fonction du statut économique des participants. Les familles paient jusqu'à 5% du revenu disponible (défini comme les dépenses totales après couverture des besoins essentiels). Le montant de la prime diminue et l'enveloppe de la subvention publique augmente au fur et à mesure que l'on descend l'échelle économique, les 20% les plus pauvres de la population étant exemptés de tout paiement.

Identification des pauvres. Les Etats disposent de plusieurs options pour sélectionner les personnes éligibles aux différents niveaux de subvention. L'une de ces options consiste à suivre l'exemple du Programme existant et hautement évolutif Progres/Oportunidades, décrit de manière plus extensive dans une autre note d'information de cette série, dont les adhérents (qui font en principe aussi partie des 40% plus pauvres de la population) sont automatiquement éligibles à la couverture du programme SP, sans frais payés. Une autre option consiste à appliquer une méthode de sélection de bénéficiaires potentiels similaire à celle de Progres/Oportunida-

des, qui a été élaborée par le programme SP lui-même. Ou bien, les Etats sont libres d'utiliser l'approche adoptée par un ou plusieurs programmes fédéraux de subvention autres que Progres/Oportunidades, ou d'admettre l'ensemble des groupes identifiés sans évaluation de chacun de leurs membres.

Les approches de Progres/Oportunidades et du programme SP se basent sur des « critères indicatifs de ressources » déjà décrits dans d'autres publications de cette série (les notes d'information sur les transferts de fonds au Mexique et sur l'évaluation indicative des ressources en Colombie). Ces critères supposent d'identifier les pauvres non pas sur la base de leurs revenus ou dépenses, jusqu'à un passé récent la mesure standard du statut économique, mais plutôt à partir d'informations sur les biens des ménages et des membres de ces derniers. Les agents de terrain attribuent une note à chaque élément sur la base de directives élaborées à partir d'études statistiques sur le statut économique des ménages, additionnent les résultats et comparent le résultat total à celui d'autres membres de la population. Le montant de la prime due est déterminé sur la base de la place de la famille concernée sur l'échelle économique ainsi déterminée: plus bas se classe la famille, moins elle paie.

Les critères indicatifs de ressources ne sont appliqués qu'aux habitants des villages pauvres qui, souvent, ne sont pas affiliés à d'autres programmes de sécurité sociale, et sont sélectionnés sur la base de données de recensement portant sur des éléments tels que les conditions de travail, les commodités municipales et les niveaux d'éducation. Il en résulte un processus à deux niveaux : d'abord la sélection des communautés pauvres, puis l'identification des personnes les plus pauvres de ces communautés.

Incitation à l'affiliation des pauvres. Le soutien fédéral accordé au programme SP dans les gouvernements des Etats fédérés *remplace largement et progressivement l'assistance fournie auparavant par le gouvernement fédéral* sur la base des niveaux des années antérieures et de l'effectif des agents de santé de l'Etat. Ce changement conditionne le montant de l'assistance fédérale au nombre de personnes servies par les Etats, plutôt qu'au nombre de personnes employées et aux installations gérées par ceux-ci. Le résultat est une incitation pour que les Etats admettent autant de personnes que possible au programme SP, pour maximiser et stabiliser l'enveloppe des subventions fédérales. Etant donné que les pauvres ne sont pas tenus de payer les primes, contrairement aux groupes plus nantis, il est probable qu'ils soient admis plus vite que les riches qui devront être persuadés de payer pour leur participation. Ainsi, pour l'agence chargée de l'adminis-

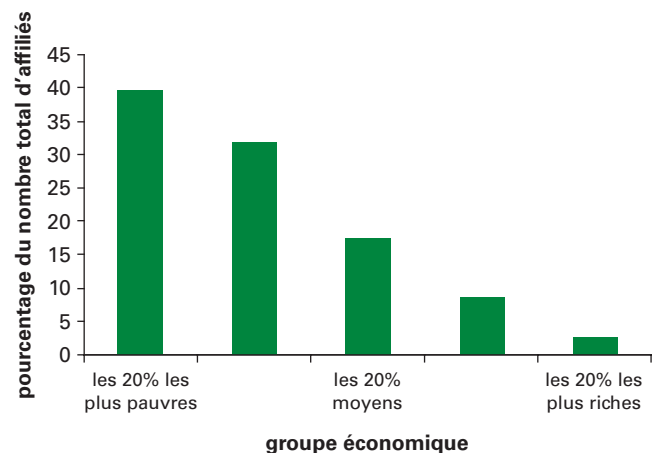
tration du programme, les pauvres sont potentiellement les affiliés les plus lucratifs, plutôt que le groupe le moins attrayant comme le pensent les administrateurs d'autres programmes, en raison des difficultés rencontrées et des dépenses plus importantes souvent requises pour les atteindre.

Premiers résultats et perspectives d'avenir

Vers la fin de 2005, la deuxième des sept années de mise en œuvre, le programme SP a admis environ 11,5 millions de personnes, soit juste un peu moins de 20% des quelques 65 à 75 millions de Mexicains non couverts par le système de sécurité sociale. Près de 40% de ces inscrits faisaient partie des 20% les plus pauvres de la population, contre moins de 3% dans le groupe des 20% les plus nantis. (Voir figure 1). Vers 2004, la couverture sanitaire parmi les 20% des familles mexicaines les plus pauvres s'était accrue à 37%, contre 7% en 2000. Les participants au programme SP qui avaient besoin de services de santé étaient bien plus susceptibles d'y accéder que ceux qui n'avaient pas souscrit au programme.

Grâce à ce résultat, SP paraît bien plus progressiste que les programmes de sécurité sociale qu'il vise à compléter, étant donné que les bénéficiaires de ces derniers se retrouvent en grande partie parmi les groupes à revenu élevé. Pourtant, les résultats préliminaires de SP ont été bien moins impressionnants que ceux du programme Progres/Oportunidades pour les transferts conditionnels de fonds. Comme il a été démontré dans une note d'information distincte de cette série sur Progres/Oportunidades, ce dernier a atteint environ 80% des

Figure 1. Affiliation au Programme SEGURO POPULAR du Mexique par niveau économique



Source: Gakidou et al, 2006

20% les plus pauvres de la population mexicaine sept années après son lancement en 1998 ; et près de 60% de ses bénéficiaires d'alors faisaient partie de ce groupe de personnes.

Dans une certaine mesure, cette différence peut être attribuée aux différentes orientations des deux programmes : Progres/Oportunidades ne visait que les 20% les plus pauvres de la population, alors que SP a été conçu pour atteindre toutes les personnes non assurées, dont une grande partie ne ressort pas de ce groupe. Deux autres facteurs probables ont trait à la durée passée des deux projets et aux niveaux de revenu des Etats, ainsi qu'au fait que ceux-ci ont rejoint le programme à différentes périodes. Pour certains, un autre facteur significatif a été la décision de quelques Etats de suivre des mesures de sélection des bénéficiaires moins précises que celles utilisées par Progres/Oportunidades dont l'administration était centralisée. (Par exemple, le gouvernement du District fédéral du Mexique a choisi de recourir à un système notoirement inexact utilisé par un vieux programme de distribution subventionnée de lait.) Dans la mesure où cette information serait avérée, elle illustrerait un inconvénient de la décentralisation de la conception du programme dans un contexte où les administrations locales semblent moins progressistes que le gouvernement central.

Deux à trois années après la collecte des données susmentionnées, le programme SP avait quasiment couvert la moyenne de ses sept années de mise en œuvre. Que prévoit l'avenir ? Si cela est par définition impossible à déterminer, des observateurs informés signalent deux principaux défis auxquels SP pourrait être confronté :

- Tout d'abord, la poursuite de la fourniture par le gouvernement fédéral des grosses enveloppes de financement dont le projet aura besoin dans les années à venir. Les élections nationales ont abouti à un changement de gouvernement vers la fin de 2006. Or, on peut rarement présumer de la volonté d'un nouveau régime à poursuivre un projet

mis en place par son prédécesseur et étroitement lié à celui-ci. Néanmoins, l'une des premières décisions de ce nouveau gouvernement a été d'assurer tous les enfants nés au début de son mandat, indiquant par là même son engagement vis-à-vis du programme.

- Deuxièmement, l'intérêt pour les personnes ne ressortant pas des 20% les plus pauvres de la population de payer les primes requises pour participer au SP. Celles-ci devront représenter une part de plus en plus importante des futurs affiliés si SP veut réaliser son objectif de couverture médicale universelle. S'il ne réussit pas à attirer ces personnes, SP se retrouvera dans la situation inhabituelle et probablement unique d'un programme de couverture universelle qui, pour n'avoir pas pu réaliser totalement son objectif, reste une initiative qui profite plus aux pauvres qu'aux riches.

Cette note d'information vise à résumer les bonnes pratiques en matière de fourniture de services sanitaires, nutritionnels et démographiques aux pauvres. Elle est basée principalement sur une série d'articles de 2006 sur la réforme de la santé au Mexique publiés dans la revue médicale britannique « The Lancet », et en particulier le premier et le cinquième articles de cette série : Julio Frenk *et al.*, "Comprehensive Reform to Improve Health System Performance in Mexico," vol. 368 (28 octobre 2006), pp. 1524-36; et Emmanuela Gakidou *et al.*, "Assessing the Effect of the 2001-06 Mexican Health Reform: An Interim Report Card," vol. 368 (25 novembre 2006), pp. 1920-35. D'autres documents de référence sont : Felicia Marie Knaul et Julio Frenk, "Health insurance in Mexico; Achieving universal coverage through structural reform, Health Affairs, 2005, 24(6)1467-1476, et Salud México 2001-2005, Secretaría de Salud de México, disponible à partir du lien : <http://evaluacion.salud.gob.mx/>. Des informations supplémentaires ont été tirées de John Scott, "Seguro Popular Incidence Analysis," dans Banque mondiale, *Decentralized Service Delivery for the Poor*, Washington: Banque mondiale, 2006), vol. II, pp. 147-66, disponible en version électronique à partir du lien suivant : <http://siteresources.worldbank.org/INTMEXICOINSPANISH/Resources/VolIIChapter3.pdf>), et le site Web de la Banque mondiale. Les rédacteurs remercient Felicia Marie Knaul pour ses observations très utiles sur une version antérieure.

