



Fiche technique 8

# Construire une assurance maladie universelle qui maximalise l'équité : analyse des risques et mesures de mitigation, un outil d'aide à la décision

## Définition d'inégalité & types d'inégalités

L'OMS définit l'équité comme « l'absence de différences injustes, évitables ou remédiables entre des groupes de personnes, que ces groupes soient définis sur le plan social, économique, démographique ou géographique, ou en fonction d'autres dimensions de l'inégalité (par exemple, le genre, l'origine ethnique ou le handicap) ». Cette définition est en lien avec la définition de Whitehead et Dahlgren de 2007 : « Lorsqu'elles sont combinées, trois caractéristiques distinctes transforment de simples variations ou différences de santé en une iniquité sociale en matière de santé. Elles sont systématiques, produites socialement (et par conséquent modifiables) et injustes. » En conséquence, l'iniquité porte non seulement sur les différences, mais aussi sur le fait que ces différences sont injustes, modifiables et systématiques.

L'iniquité est un concept multidimensionnel qui couvre de multiples domaines de la vie (la santé, la vie familiale, la situation socioéconomique, etc.). Néanmoins, cette note se concentre sur l'iniquité dans le secteur de la santé et les mesures de protection sociale en santé.

Il y a **différents types et niveaux d'iniquités dans le secteur de la santé** au sein d'un pays :

- **entre régions** : entre le milieu rural et urbain, entre les régions riches et pauvres en ressources humaines (personnel de soins), mais aussi entre les régions économiquement riches et celles économiquement pauvres ;
- **entre types de régimes** : les régimes de protection sociale des fonctionnaires, des personnes retraitées, du secteur privé, du secteur informel et des « personnes indigentes » varient les uns des autres ;
- **entre bénéficiaires** : les bénéficiaires n'ont pas tous et toutes les mêmes revenus (riches et pauvres). C'est ce qu'on appelle généralement « l'iniquité verticale » ;

- **entre groupes de bénéficiaires** : c'est-à-dire, entre hommes et femmes, groupes d'âge, groupes ethniques, types de handicaps, statut légal (migration), etc. C'est ce qu'on appelle généralement « l'iniquité horizontale » ;
- **entre spécialités de la médecine** : pour donner un exemple, il y a souvent beaucoup plus de gynécologues que d'urologues dans un pays, ce qui représente donc un défi pour répondre à tous les besoins des bénéficiaires (offre et accessibilité) ;
- tout cela joue un rôle dans l'iniquité **entre personnes**. De plus, au sein de cette iniquité entre personnes, nous retrouvons aussi l'iniquité entre les personnes qui habitent dans des zones sans assurance maladie et celles vivant dans des zones couvertes par une assurance maladie.

L'équité est donc une notion complexe. Il faut faire des choix, car il n'est pas possible d'atteindre l'équité absolue. Il faut y aller progressivement et bien analyser le contexte pour poser des choix délibérés. C'est un **chemin qui doit viser l'universalité**.

## L'importance d'une attention accordée à l'iniquité

L'inégalité est reconnue mondialement comme un des principaux facteurs qui freinent le développement harmonieux des pays, qui engendrent et font perdurer la pauvreté, l'injustice, le manque de crédibilité et de légitimité des États aux yeux des citoyen·nes, ainsi que l'instabilité sociétale. Moteur de la pauvreté, l'inégalité et l'injustice poussent certaines personnes et certains groupes dans la pauvreté, et les empêchent dans le même temps d'en sortir. Il s'agit donc là d'un défi majeur pour tous les pays du monde.

La couverture sanitaire universelle (CSU) et la protection sociale en santé (PSS) **peuvent** contribuer



## Construire une assurance maladie universelle qui maximalise l'équité : analyse des risques et mesures de mitigation, un outil d'aide à la décision

significativement à la lutte contre les inégalités dans une société et partant, à la stabilité sociale, la crédibilité et la légitimité de l'État de même qu'à la justice sociale. Néanmoins, plusieurs mesures de protection sociale (en santé) ont, curieusement et involontairement, aggravé des situations d'iniquité dans certains pays, malgré des intentions louables et des efforts réels déployés par les États pour gérer les problèmes d'iniquité au sein de la société. Raison pour laquelle les décideur-euses devraient tenir compte de ce phénomène à tout moment.

Réduire l'iniquité est l'un des objectifs d'une assurance maladie universelle (AMU), mais c'est aussi un objectif de la protection sociale en santé dans son ensemble. L'équité est une valeur importante pour véritablement réaliser des progrès en termes d'assurance maladie universelle et pour atteindre tous les Objectifs de développement durable (notamment l'ODD 10 : Réduire les inégalités dans les pays et d'un pays à l'autre). Si la protection sociale en santé est bien réfléchie, elle devient un  **catalyseur de développement d'un cycle progressif**  de davantage d'équité, car c'est une logique d'investissement.

Néanmoins, l'iniquité sociétale peut être explicite et implicite, et se comporte souvent de façon inattendue ou passe inaperçue. Bien qu'importante, l'équité n'est qu'une valeur parmi d'autres dans le secteur de la santé. Nous y retrouvons aussi les résultats de santé, l'efficacité, l'efficacités et la durabilité, parmi d'autres valeurs dont les décideur-euses doivent tenir compte. Dans ce contexte, il est possible que le choix de se focaliser sur une autre valeur se fasse au détriment relatif de l'iniquité. Un certain degré d'iniquité est dès lors probablement inévitable, mais le fait d'en avoir conscience permet, dans un deuxième temps, d'y remédier. Ainsi, nous sommes parfois trop orienté-es vers les résultats à atteindre selon les indicateurs et les cibles. Nous perdons de vue l'équité. Nous travaillons avec les personnes les plus aisées et les plus faciles à atteindre (les « low-hanging fruits »).

C'est pourquoi des décisions dans le domaine de la protection sociale en santé doivent être précédées par une analyse sur l'iniquité et les possibles effets pervers de la décision prise. Si l'on veut atteindre une plus grande équité dans la société, il faut dès lors faire preuve de vigilance et d'esprit de décision. Des exemples illustrant ce phénomène sont exposés plus loin dans la fiche.

De manière générale, si l'on veut agir sur l'équité, il faut adopter  **une approche holistique et à long terme** . En particulier, quatre principes d'une décision sont reconnus comme vitaux pour stimuler l'équité :

- les bénéficiaires doivent être impliqué-es dans le développement de politiques adéquates. Pour aboutir à une logique participative significative, il est nécessaire que les participant-es soient formé-es et que le processus soit transformatif :  **la population a une voix**  ;
- les mesures doivent se focaliser sur la population qui se retrouve dans les 40% inférieurs de la distribution de revenus. Ce faisant, les décisions vont solliciter  **une solidarité**  entre les riches et les pauvres ;
- la redevabilité dans l'exécution est impérative afin d'éviter, par exemple, la corruption et les paiements « sous la table ». Il faut donc construire un environnement qui est propice à la redevabilité, c'est-à-dire, mettre en place les moyens, les mesures et les procédures nécessaires pour le contrôle et le maintien du système, dans la direction voulue ;
- un regard territorial est conseillé pour éviter de créer des tensions entre régions. Il faut examiner les iniquités entre différentes régions, entre centres urbains et zones rurales, entre quartiers riches et pauvres, entre zones à forte densité de population et à faible densité de population.

### Domaines pour développer une PSS/ AMU et ses effets pervers involontaires potentiels

Le tableau suivant illustre des domaines de décisions classiques et autres, mais qui peuvent tous avoir des répercussions perverses sur l'iniquité.

Domaine de décision	Risques d'effets pervers sur l'iniquité
L'état civil comme condition d'accès à des mesures de protection sociale	Les familles pauvres et/ou en zone rurale ont plus de difficultés à accéder à des actes d'état civil, comme un acte de naissance. Si un tel acte est une condition d'accès, la population démunie et/ou en zone rurale courra un grand risque de ne pas pouvoir accéder aux mesures de protection sociale. Et pourtant, tout le monde s'accorde à dire qu'un état civil pour l'entièreté de la population constitue un outil important pour accroître l'efficacité de toutes les mesures de protection sociale.
Les ressources humaines dans le secteur de la santé et dans l'AMU doivent être réparties de façon égale sur le territoire et travailler dans des conditions acceptables	Une répartition équitable du personnel du secteur de la santé est très difficile à réaliser dans nombre de pays. Néanmoins, il existe des marges de décision pour pallier en partie cette situation inégale et injuste.
La digitalisation de l'accès aux mesures de protection sociale	La digitalisation des services de soins et de l'AMU augmente presque par définition l'efficacité des services, par exemple, en facilitant l'accès. Cependant, la fracture numérique est fortement présente dans beaucoup de pays, ce qui désavantage par conséquent une grande partie de la population.
Mettre en route une PSS/AMU	Vu les ressources financières limitées, la protection sociale en santé entre parfois en compétition avec d'autres mesures de protection sociale. C'est pourquoi une instance de protection sociale devrait chapeauter l'ensemble des initiatives, y compris la PSS.
Assurance maladie non obligatoire et cotisations d'adhésion élevées	Une adhésion volontaire renferme le risque bien réel de sélection adverse (seules les personnes à haut risque paient la cotisation). Si les cotisations sont trop élevées, les populations démunies n'arrivent pas à payer.
Cotisation d'adhésion qui ne prend pas en compte le revenu du ménage	Les ménages et les familles n'ont pas les mêmes revenus. Une cotisation d'adhésion identique pour tous et toutes aurait alors pour conséquence la non-affiliation des ménages et des familles à bas revenus à une PSS/AMU, faute de moyens pour payer la cotisation. À nouveau, confrontées à une barrière en termes d'accès, les familles se retrouveront sans protection.
Gratuité de certains groupes cibles liée à l'âge ou à une condition de maladie	Pratique répandue, mais finalement inégale. Ceux et celles qui ne bénéficient pas de la politique de gratuité, bien qu'ayant peut-être besoin de soins plus conséquents, n'ont pas accès aux soins.  Un enfant de 6 ans ne bénéficie d'aucune protection quand il est gravement malade. Une femme non enceinte peut mourir du paludisme, parce qu'elle n'a pas accès financièrement aux soins et ne peut pas laisser ses enfants tout seuls.
Taxation directe pour financer la protection sociale	La TVA est souvent utilisée pour financer la protection sociale en santé. Cependant, les riches risquent d'être beaucoup moins touchés que les pauvres.
Pilotage d'expérience dans des zones favorables	Le pilotage d'expérience pour développer un modèle de système de PSS est louable, mais comporte le risque de ne pas être suivi d'une mise à échelle et pose aussi des questions éthiques. Les populations ciblées par le pilotage jouiront d'une protection plus importante que celles non ciblées. De plus, si l'expérience se termine de manière non favorable, les personnes qui ont pu dépendre d'une protection risquent de se retrouver, du jour au lendemain, sans protection. Des décisions fermes de l'État et un alignement des PTF sont dès lors indispensables pour surmonter cette situation.

## Cette fiche technique fait partie d'une série de 8 fiches techniques

1. Rôle de la tarification des prestations de soins dans l'organisation d'une PSS/AMU
2. Intégration des politiques de gratuité ciblés dans un système national unique de PSS/AMU
3. Processus de contractualisation
4. Le rôle de la défense des droits des utilisateurs des services de santé et de la population entière dans le cadre d'une PSS/AMU
5. Rôle et engagements des États vis-à-vis de la PSS
6. Opérationnalisation et professionnalisation d'un système unique national de PSS/AMU
7. Options pour l'organisation de la Protection Sociale en Santé (PSS) et l'Assurance Maladie Universelle (AMU)
8. Construire une assurance maladie universelle qui maximalise l'équité : analyse des risques et mesures de mitigation, un outil d'aide à la décision

Retrouvez toutes les fiches techniques sur [www.enabel.be](http://www.enabel.be)

Contact : [karel.gyselinck@enabel.be](mailto:karel.gyselinck@enabel.be)



**Belgique**

partenaire du développement