

Chronique - Débats

LES VERTUS DE L'ASSURANCE MALADIE, FONDEMENT DE LA POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE D'UN PAYS

L'assurance maladie, encore inconnue en Afrique subsaharienne il y a 15 ans, est aujourd'hui une réalité tangible dans plusieurs pays depuis que le Gabon, pionnier dans ce domaine, a mis en œuvre la CNAMGS. Ce succès continental va connaître bientôt une consécration avec le premier Forum sur l'assurance maladie organisé par la CIPRES (du 4 au 6 mars 2019 à Lomé).

Là où elle existe, l'assurance maladie se bat pour s'imposer, dans un environnement hostile où la modestie et l'irrégularité des financements, la précarité de l'offre de soins et tant d'autres obstacles se dressent en permanence sur le chemin du succès. Mais incontestablement, le bénéfice de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) s'est imposé et il ne viendrait à personne l'idée de revenir sur cette avancée sociale majeure. Les équipes de FINACTU, qui ont eu l'occasion d'accompagner tous ces pays dans cette aventure sociale, en retirent un constat qui pourrait constituer le défi des organismes gestionnaires pour les prochaines années.

On le sait, l'assurance maladie est d'abord un mécanisme collectif qui vise à solvabiliser la demande de prestations de santé en rendant régulier, et égal pour tous, le financement d'un service qui est par nature très inégal.

Mais les gestionnaires de ces mécanismes auraient tort de limiter la vertu de l'assurance maladie à cette fonction : s'il s'agit bien de la fonction principale et première, ce n'est ni la seule ni la plus importante d'un point de vue collectif.

L'assurance maladie est aussi un puissant outil de collecte d'informations médicales, indispensable à l'élaboration d'une politique nationale de santé publique. N'oublions pas que les organismes gestionnaires de l'assurance maladie voient passer chaque année des milliers de feuilles de soins, qui contiennent une information précieuse pour ceux qui savent la collecter, la stocker et l'analyser.

Quand l'assurance maladie n'existe pas en tant que mécanisme national – ce qui est encore le cas dans de nombreux pays du



Par Denis CHEMILLIER-GENDREAU
Président fondateur, Groupe FINACTU

continent –, les malades accèdent aux soins soit en finançant eux-mêmes directement les coûts afférents soit en bénéficiant d'assurances privées. Le système fonctionne plus ou moins bien, mais aucune institution n'est en mesure de centraliser les informations sur la morbidité, sur les consommations ou comportements médicaux, voire sur les prestataires de soins. Les autorités sanitaires du pays ne sont donc pas en mesure de savoir de quoi les citoyens sont malades, s'ils se comportent efficacement contre la maladie (vaccination ? consultations ? consommations médicales ?), de quoi ils meurent, etc. En conséquence, les autorités sanitaires, faute de statistiques, ne sont pas en mesure de définir efficacement les grands axes d'une politique de santé publique que sont par exemple :

- la politique de prévention, d'information, de sensibilisation ;
- la politique de répartition des prestataires de soins sur le territoire ;
- le contrôle des différents spécialistes par rapport aux besoins sanitaires;
- la politique du médicament, en lien avec les besoins sanitaires.

A l'inverse, quand un organisme gestionnaire de l'assurance maladie existe au niveau national, il est en mesure, à travers les demandes de remboursement qu'il traite, d'accéder à une information formidable sur la morbidité, la mortalité, la natalité, les consommations médicales, les comportements préventifs, etc.

A travers sa politique de conventionnement des prestataires de soins, il est en mesure de dresser la carte de ces prestataires et de veiller à ce que ces derniers soient bien répartis, à la fois en termes de spécialité et de géographie.

A travers sa politique de prise en charge des médicaments, il est en mesure d'identifier les molécules qui mériteraient, par la fréquence de leurs consommations, d'être remplacées par des génériques et d'organiser ainsi le remplacement.

Si la CNAMGS du Gabon constate, dans le flux des demandes de remboursement, une recrudescence de mortalité infantile dans telle ou telle région, elle est en mesure de diligenter une enquête locale et d'identifier les facteurs de risque à l'origine de ce phénomène. Si la CANAM du Mali constate une croissance des diagnostics de cancer ou de prescriptions de médicaments contre la tension, son médecin conseil sera en mesure d'attirer l'attention des autorités de santé publique pour que soit mise en place une politique de prévention ciblée. Si la CNAM de Côte d'Ivoire fait face à un afflux de feuilles de soins correspondant à des diarrhées du nourrisson en provenance d'une ville donnée, elle pourra demander à ce que l'eau de cette ville fasse l'objet d'une analyse poussée.

Bref, on le voit, un mérite essentiel d'un régime d'assurance maladie national est de rendre possible l'accumulation d'une information statistique sur la santé publique, condition indispensable d'une politique de santé publique étayée, ciblée, et donc efficace. Encore faut-il que l'organisme gestionnaire ne se contente pas de rembourser, mais qu'il structure la collecte et le traitement de l'information statistique. Cette structuration fait souvent défaut dans les premières années de vie d'un organisme gestionnaire, car les équipes sont entièrement accaparées par la mission première de remboursement. Combien d'organismes d'assurance maladie sur le continent saisissent effectivement les données des feuilles de soins ? Combien affectent individuellement à chaque patient les informations contenues sur les feuilles de soins que ce dernier adresse à l'organisme gestionnaire ?

Combien sont capables d'éditer un « dossier médical » pour chaque assuré, contenant le détail de ses consommations médicales ? Combien organisent un suivi des prescriptions par prestataire de soins ?

Dans les années à venir, cette fonction essentielle de l'assurance maladie devra être progressivement mise en œuvre. Au fur et à mesure que les fonctions premières – l'enregistrement des assurés, le conventionnement des prestataires, puis le traitement des remboursements – seront prises en charge correctement, cette fonction statistique pourra se mettre en place. L'AMO au Maroc a ainsi mis plusieurs années avant de générer des statistiques de qualité.

Les avantages de la collecte des informations statistiques par les organismes gestionnaires de l'assurance maladie ne se limitent d'ailleurs pas à l'alimentation de la politique de santé publique : ils incluent aussi la lutte contre la fraude.

Si tous les organismes gestionnaires de l'assurance maladie savent bien que la fraude constitue une véritable gangrène pour l'assurance maladie, pouvant même mettre en péril son fonctionnement, on oublie trop souvent que la lutte contre cette fraude ne passe pas seulement par le médecin conseil. La lutte contre la fraude est d'abord et avant tout statistique. S'il est difficile d'identifier que telle ou telle prescription d'un médecin est juste ou frauduleuse, il est en revanche impossible à un médecin de frauder durablement sans modifier le profil statistique de ses prescriptions. De même, il n'est pas possible de dire si la grippe d'un assuré est réelle ou simulée, mais il est impossible à un patient de faire croire qu'il a eu 30 gripes dans l'année. En exploitant intelligemment les statistiques tirées des feuilles de soins, par patient ou prescripteur ou prestataire, il est possible de faire rapidement ressortir toutes les anomalies qui, le plus souvent, reflètent une fraude. Mais là encore, cette politique de lutte contre la fraude par la statistique suppose que cette statistique existe et qu'elle soit de qualité : fiable, en temps réel, individualisée, détaillée.

On le voit, l'assurance maladie ne se limite pas à une avancée sociale pour les assurés, elle est aussi un levier puissant pour affiner, rendre efficace et ciblée la politique de santé publique du pays qui la met en place.