

Le numéro facile

CNAMGS

8889

Pour toutes informations
questions ou préoccupations

La Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale du Gabon : Un chemin vers la couverture universelle

Aboubacar Inoua et Laurent Musango

Auteur correspondant : Aboubacar Inoua, e-mail : inouaa@afro.who.int

Le Gabon est un pays d'Afrique Centrale avec une superficie de 267 667 km² et une population estimée à 1 520 000 habitants qui vit majoritairement en zone urbaine (73 %).

Le pays a toujours opté pour la gratuité des soins à la population. La loi n° 3/91 du 26 mars 1991 garantissait la gratuité des soins aux fonctionnaires dans les structures publiques. Les travailleurs du secteur privé bénéficiaient d'une couverture maladie financée uniquement par les cotisations patronales de 4,1 %. Les agents contractuels de l'État, les travailleurs indépendants et les indigents étaient couverts par la Caisse Nationale de Garantie Sociale (CNGS) par l'entremise d'une subvention de l'État.

L'adoption de l'ordonnance 001/95 du 14 janvier 1995 a marqué un changement de politique. Bien que cette ordonnance ait garanti la protection de la santé de la population, elle a introduit la notion de participation de chacun selon ses ressources au financement de la santé, officialisant ainsi la participation des usagers au coût des soins. Cette période coïncide avec le développement des assurances privées à visées lucratives du fait des nombreux dysfonctionnements de la Caisse Nationale de Sécurité sociale (CNSS).

La réforme de 2007 a été marquée par l'adoption de l'ordonnance n° 0022/PR/ du 21 août 2007 qui créa la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale du Gabon (CNAMGS).¹ Il s'agit d'une caisse unique d'assurance maladie et de garantie sociale qui est née du transfert de la branche maladie et évacuations sanitaires de la CNSS,

des prestations de santé offertes aux fonctionnaires et de certaines anciennes attributions de la CNGS. Elle est composée de trois fonds distincts : i) Le fonds d'assurance maladie des agents publics de l'État ; ii) celui des travailleurs salariés du secteur privé, parapublic, des travailleurs indépendants, des professions artisanales, commerciales et libérales ; iii) le fonds de garantie sociale des gabonais économiquement faibles, des étudiants, des élèves et des réfugiés. La CNAMGS est un établissement public soumis aux règles de gestion de droit privé avec comme tutelles les ministères du Travail et celui des Finances. Ses organes de gestion comprennent un conseil d'administration, une direction générale et une agence comptable.² Les assurances privées complètent ce dispositif à titre d'assurances complémentaires.

Le présent article se propose d'analyser la situation actuelle de l'assurance maladie obligatoire ainsi que les perspectives et défis auxquels elle doit faire face. Après une description du système d'assurance maladie du Gabon, nous analyserons le niveau de performance de certains indicateurs avant d'en tirer des enseignements pour son renforcement en vue d'atteindre la couverture universelle.

Méthodologie

Pour réaliser ce travail, nous avons utilisé une analyse documentaire et une recherche qualitative. Pour l'analyse documentaire, les documents de mise en place de la CNAMGS – les lois, ordonnances, décrets, etc. – ont été mis à notre disposition. Pour l'analyse qualitative, nous avons effectué une collecte de

RÉSUMÉ—Le Gabon s'est lancé, en 2007, dans une réforme de son système de financement de la santé pour atteindre la couverture universelle. Cette réforme a abouti à la création de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale dont la mission est d'assurer la couverture des risques liés à la maladie et à la maternité.

Le financement de cette caisse est assuré par des taxes spéciales prélevées auprès des sociétés de téléphonie mobile et de transferts d'argent. Les cotisations sociales des salariés, des travailleurs indépendants, des employeurs ainsi que les subventions de l'État contribuent au financement du dispositif. Une adhésion progressive, en commençant par les plus démunis y compris les indigents en 2008, les agents publics de l'État en 2010 et ceux du secteur privé en 2013 a été retenue par les autorités.

Le panier de soins couverts est composé de soins ambulatoires, d'hospitalisations, de médicaments et des évacuations sanitaires. La prise en charge des soins est assurée à 80 % par le tiers payant et 20 % par le bénéficiaire excepté les soins de maternité pris en charge à 100 %. Cette prise en charge est de 90 % pour les maladies de longue durée, soit 10 % à la charge du malade.

La mise en place de l'assurance maladie obligatoire au Gabon est une expérience innovante et prometteuse. Cependant, quelques défis liés à la mise en commun des ressources, à l'achat des prestations, au niveau du ticket modérateur, à l'aléa moral et à la faible utilisation des médicaments génériques sont à relever.

See page 55 for the summary in English.

Ver a página 55 para o sumário em versão portuguesa.

données en conduisant des entretiens par catégorie de population : les assurés, certains prestataires de soins agréés (des structures de santé, des pharmacies,...), et certains agents de la CNAMGS. Les données collectées ont été regroupées et analysées pour nous permettre de dégager des recommandations.

Résultats

Dans notre description du dispositif d'assurance maladie obligatoire, nous allons aborder quatre points, à savoir : les bénéficiaires, le financement du dispositif, le panier de soins couvert, les prestataires et la gouvernance du système.

Les adhérents de la CNAMGS

Le Gabon a choisi de faire d'abord adhérer les plus démunis, qualifiés de Gabonais économiquement faibles, à la CNAMGS. Avec près de 33 % de la population vivant sous le seuil national de

pauvreté,³ le pays a lancé un recensement de la population pour identifier, selon des critères prédéfinis, les populations pauvres. Ce recensement a permis d'identifier 546 125 personnes décrites comme Gabonais économiquement faibles (GEF). À la fin de 2012, 79 % d'entre eux étaient immatriculés, soit 431 117 bénéficiaires. L'adhésion des dépendants a été retenue sous le principe de la solidarité, et les enfants à charge de l'assuré sont considérés comme dépendants jusqu'à l'âge de 16 ans révolus. Cet âge peut être porté à 21 ans pour les enfants scolarisés ou en formation, ou souffrant d'une infirmité.

Les autres bénéficiaires de la CNAMGS sont les agents publics de l'État (APE –180 903) et les étudiants (16 317) comme l'indique le tableau 1. Au total, si l'on considère l'ensemble de la population, la CNAMGS couvrirait 628 337 habitants à la fin 2012 soit plus de 40 % de la population totale du pays.

La prise en compte des employés du secteur privé, estimés à 300 000 personnes,⁴ actuellement gérés par la CNSS et dont le transfert à la CNAMGS devrait commencer en 2013, et des bénéficiaires des assurances privées, estimés à 100 000 personnes, devrait porter ce chiffre à plus de 60 % de la population gabonaise bénéficiant d'une couverture maladie à travers les mécanismes assurantiels en 2012, soit plus d'un million d'habitants.

Financement de la CNAMGS

Les sources de financement de la CNAMGS sont différentes selon la catégorie de population. Les cotisations sociales des salariés du secteur public, parapublic et privé sont constituées par 6,6 % du salaire imposable de chaque agent, dont 2,5 % payé par l'employé et 4,1 % par l'employeur, y compris l'État. Les retraités cotisent au niveau de 1,5 %. Les cotisations des travailleurs indépendants sont forfaitaires et fixées selon leurs revenus.

Tableau 1. Evolution du nombre de bénéficiaires de la CNAMGS

	2008	2009	2010	2011	2012	Total
GEF	8 748	114 317	264 064	29 989	13 999	431 117
APE	—	—	39 438	70 891	70 574	180 903
Etudiants	—	—	—	16 317	—	16 317
Total	8 748	114 317	303 502	117 197	84 573	628 337

Des taxes et impôts, appelés Redevance Obligatoire à l'Assurance Maladie (ROAM) financent les Gabonais économiquement faibles,⁵ les élèves et étudiants non couverts au titre d'ayants droits et les réfugiés. Les sociétés de téléphonie mobile versent à l'État 10 % de leur chiffre d'affaires hors taxe, et les sociétés de transferts d'argent prélèvent une taxe de 1,5 % sur tous les transferts à l'étranger (hors zone CEMAC) qu'ils reversent à l'État à titre de ROAM.

Les autres sources de revenus de la CNAMGS proviennent des recettes issues des activités propres à la caisse, des intérêts de placements, de dons et de legs. L'État alloue également une subvention de fonctionnement à la caisse.

Les ressources de la CNAMGS consacrées à la santé ont été multipliées par quatre environ en trois ans, passant d'environ 10 milliards de francs CFA en 2008 à plus de 37 milliards de francs CFA en 2011. Cet accroissement s'explique par le doublement des revenus de la ROAM, qui est passé de huit milliards en 2008 à plus de 17 milliards de francs CFA en 2011. Le démarrage des activités du fonds des agents publics de l'État en 2011 a également permis de collecter environ



17 milliards de francs CFA de cotisations sociales, comme indiqué dans le tableau 2 ci-dessous.

Les ressources de la CNSS tirées des cotisations patronales sont estimées à environ 20 milliards de francs CFA pour couvrir les salariés du secteur privé. Nous n'avons cependant pu avoir accès aux données des assurances privées pour notre recherche.

Les dépenses de la CNAMGS sont réparties en trois grands blocs : les dépenses de santé liées aux prestations sanitaires de ses assurés, les dépenses de prestations sociales pour les Gabonais économiquement faibles et les dépenses de fonctionnement, y compris l'investissement.

Les dépenses de prestations sanitaires sont passées de 446 610 000 francs CFA en 2009 à 14 012 153 407 francs CFA en 2012. Ces dépenses ont été multipliées par vingt en trois ans. Cette augmentation des dépenses de santé peut s'expliquer en partie par l'immatriculation progressive des populations. Mais la comparaison entre les dépenses de santé de 2011 et celles de 2012 montre un doublement des dépenses de santé, alors que le taux d'accroissement des nouvelles immatriculations durant la même période a été de moins de 10 % (voir tableau 3). L'augmentation de ces dépenses de santé est donc en partie liée à la surconsommation de soins, notamment des médicaments, et à la surprescription des prestations, elle-même induite par le paiement à l'acte. Il s'agit de « l'aléa moral » bien connu des systèmes d'assurance maladie.

La comparaison de l'évolution des dépenses et des recettes de la CNAMGS montre que l'écart s'amenuise au fil

Tableau 2. Evolution des ressources financières de la CNAMGS (CFA)

	2008	2009	2010	2011	2012 (projection)
ROAM	8 233 443 907	14 968 805 979	17 234 290 000	17 578 186 000	17 800 000 000
Cotisations salariales APE	—	—	—	6 381 988 000	6 500 000 000
Cotisations patronales APE	—	—	—	11 000 000 000	11 000 000 000
Subvention CNAMGS	2 300 000 000	2 760 000 000	2 325 000 000	2 325 000 000	2 325 000 000
Total	10 533 443 907	17 728 805 979	19 559 290 000	37 285 174 000	37 625 000 000

des années. D'ici cinq ans, si la courbe d'évolution reste la même, les dépenses de santé seront identiques à la ROAM et d'ici une dizaine d'année, le fonds des Gabonais économiquement faibles pourraient être déficitaires si des recettes supplémentaires ne sont pas trouvées. Une réflexion doit donc être engagée maintenant sur de nouvelles sources de financement de ce fonds, soit par l'élargissement de la taxe sur la téléphonie mobile à d'autres secteurs de l'économie gabonaise, ou encore la création d'autres mécanismes de financement. Le débat ne doit pas uniquement se limiter à une question d'augmentation des ressources. La prise en compte de l'efficacité doit également être considérée. Il est possible de faire plus et mieux avec les ressources existantes en adoptant, par exemple, d'autres modalités de paiement des prestataires et en augmentant la part du médicament générique dans la liste des médicaments remboursés.

Les excédents budgétaires de la CNAMGS sont placés dans des banques publiques (caisse de dépôt et de consignation) et/ou privées dans le cadre de la création de réserves stratégiques.

Les dépenses consacrées aux coûts administratifs de la CNAMGS représentent en moyenne 25 % de ses ressources. Ces chiffres restent

supérieurs aux normes fixées par l'OCDE (6–7 %) et s'expliquent par les nombreux investissements requis pour le démarrage du programme – achat de matériel d'immatriculation, construction d'un siège et des délégations provinciales, achat de logiciel métier, diverses études actuarielles, recrutement des personnels. L'adhésion en 2013 des travailleurs du secteur privé va accroître les ressources de la caisse et entraîner une baisse proportionnelle des coûts administratifs, qui devrait se situer en dessous de 15 %.

Le panier de soins

Les prestations couvertes par l'assurance maladie sont décrites par types de services et sont fixées par un arrêté conjoint du Ministre de la Santé et celui de la Prévoyance Sociale.⁶ Les soins ambulatoires comprennent les consultations médicales, les soins infirmiers, les soins dentaires, les examens radiologiques et/ou imageries médicales, les examens de laboratoire, la petite chirurgie et toute autre prestation à caractère médical et paramédical. Les prestations de maternité comprennent la consultation prénatale, les médicaments, examens de laboratoire, de radiologie et d'imagerie médicale relative à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites. Au niveau de l'hospitalisation, les frais comprennent l'hôtellerie hospitalière à l'exclusion de toute dépense à caractère personnel, les actes médicaux, chirurgicaux, paramédicaux et médico-techniques, les médicaments administrés au patient et les frais occasionnés par le transfert, sur le territoire national, d'un malade d'une structure sanitaire vers une autre. Les évacuations sanitaires à l'étranger complètent le panier de soins. Certaines prestations sont soumises à un accord préalable de la caisse. Les médicaments remboursés par la caisse figurent sur une liste révisable tous les

Tableau 3. Evolution des dépenses de la CNAMGS de 2008 à 2012 (CFA)

	2008	2009	2010	2011	2012 (projection)
Dépenses de santé	ND	446 610 000	2 451 224 000	7 617 322 967	14 012 153 407
Dépenses de prestations familiales	1 312 214 000	5 494 118 000	7 015 000 000	9 500 000 000	9 500 000 000
Dépenses de fonctionnement	2 300 000 000	11 760 000 000	5 771 858 000	9 317 034 800	9 317 034 800
Total	3 612 214 000	17 700 728 000	15 238 082 000	26 434 357 767	32 829 188 207

deux ans. Cette liste ne contient que 60 % de médicaments génériques.

Sont exclues du panier des soins les activités de promotion de la santé, de prévention, de dépistage et de prise en charge sociale, à l'exception des consultations pré- et post-natales et des prestations liées au suivi de la malnutrition infantile. Les pathologies faisant l'objet d'un financement spécifique de l'État ou de ses partenaires, les interventions de chirurgie plastique et esthétique et les prestations dispensées dans le cadre de la médecine dite douce et de la médecine traditionnelle sont également exclues du panier de soins.

Tous les assurés reçoivent le même paquet de services – les moins bien nantis bénéficient de la même gamme de services de santé que les plus riches, ce qui montre une certaine équité. L'entrave à l'accès peut se trouver au niveau du ticket modérateur pour les gros risques chez les patients à revenu limité.

L'accès aux prestations est conditionné par le paiement d'un ticket modérateur (20 % pour les pathologies courantes et 10 % pour les affections de longue durée (ALD)) qui est à la charge de l'assuré, la Caisse prenant en charge les 80 % restants (90 % pour les ALD). Les soins liés à la maternité sont pris en charge à 100 %.

Les prestataires

La contractualisation est le mode de recrutement des prestataires adopté par la CNAMGS. Des conventions précisent les obligations de chaque partie, notamment la qualité des soins et les modalités de paiement. Le nombre de prestataires ayant contractualisé avec la CNAMGS a considérablement augmenté en quatre ans, passant d'une quinzaine de structures du secteur public (les centres hospitaliers nationaux et régionaux) en 2008 à 286 en 2012. On dénombre 86 pharmacies / dépôts pharmaceutiques sur un total d'environ 120 pharmacies qui compte le pays, 126 structures publiques et 65 cliniques et cabinets médicaux privés. La CNAMGS couvre l'ensemble du territoire national. Le paiement à l'acte et à la journée d'hospitalisation sont les modes de remboursement des prestataires. La CNAMGS dispose d'une unité chargée du contrôle médical où des médecins procèdent au contrôle de l'effectivité

des prestations et de la conformité des factures des prestations réalisées par les établissements sanitaires conventionnés avant d'autoriser le paiement.

La gouvernance de la CNAMGS

La CNAMGS est une structure publique soumise aux règles de gestion du droit privé. Elle dispose d'un conseil d'administration ouvert aux représentants des employeurs et des employés. La direction générale administre la caisse et comprend un directeur général et trois directeurs généraux adjoints ayant la charge de chaque fonds. On dénombre cinq directions (contrôle médicale, prestations, immatriculation et contentieux, informatique et finance). Chacun des trois fonds dispose de ressources destinées à la couverture de ses bénéficiaires. Ils contribuent chacun à hauteur de 20 % au fonctionnement de la caisse. Le dispositif législatif interdit une mise en commun des ressources des trois fonds, pour que le déficit d'un fonds n'affecte pas les autres. Par contre, l'État a prévu un dispositif de soutien pour un fonds en difficulté, mais n'a pas défini ce mécanisme. Cette situation constitue un défi dans le cadre de la mise en commun des ressources.

La caisse compte également neuf délégations provinciales chargées, entre autres, des immatriculations et du contrôle des prestataires dans toutes les régions du pays. En matière de gestion financière, la caisse a un contrôleur de gestion, une agence comptable, des commissaires aux comptes et des auditeurs externes. Les comptes sont approuvés par le conseil d'administration.

Défis

La problématique liée à l'absence de mise en commun des ressources des différents fonds doit être examinée. Le dispositif juridique actuel empêche la CNAMGS de mettre en place un véritable système de mutualisation du risque et de solidarité entre les plus démunis et les plus riches, ainsi qu'entre les malades et les biens portants. Il est vrai que les plus riches contribuent indirectement par le biais de l'impôt spécial des sociétés de téléphonie au fonds des Gabonais économiquement faibles, mais la péréquation ne se fait

pas entre le fonds des plus démunis et celui des plus riches. Il serait donc urgent pour les autorités de la CNAMGS et du Gabon de définir un mécanisme clair de péréquation entre les fonds en cas de déficit de l'un d'entre eux, ou de mise en commun de tous les fonds.

Dans le cadre de l'achat de prestations, le choix du paiement à l'acte comme principale méthode de remboursement des prestations constitue un défi car il est à l'origine de la surprescription. D'autres pays comme le Rwanda ont également commencé par le paiement à l'acte, mais ont été confrontés à des déficits.⁷ La France, qui a aussi un mode de paiement à l'acte, présente des déficits budgétaires importants.

Les paiements hybrides⁸ ou différents par niveau de soins (c'est à dire une combinaison du paiement à l'épisode maladie pour les pathologies dont la prise en charge est bien codifiée), le prix de la journée avec définition du contenu, le budget global pour le reste des prestations au niveau des hôpitaux et au niveau des centres de santé et dispensaires et le paiement par capitation⁹ sont recommandés.¹⁰ La Tunisie, par exemple, a utilisé le budget global ou la capitation pour ses caisses.

D'autres stratégies de lutte contre la surprescription peuvent être utilisées, telles que les schémas thérapeutiques standardisés pour certaines pathologies, proposés par l'OMS, le respect du système de référence et contre référence. Il en est de même de la promotion et de l'utilisation systématique des médicaments essentiels et génériques (MEG) dans un cadre général de maîtrise des dépenses de soins et de lutte contre l'explosion des dépenses liées aux médicaments.

La mise en place du ticket modérateur par la caisse avait pour but de lutter contre les risques de l'aléa moral. Cependant, on observe que ce ticket modérateur redevient une barrière financière pour les Gabonais économiquement faibles. Il faut étudier les modalités de mise en place d'autres mécanismes tels que la franchise, un ticket modérateur dégressif ou un forfait qui se base sur les catégories socio-économiques de la population afin de préserver l'accès des plus démunis aux soins.



3. Ministère du Plan et du Développement. Document stratégique de croissance et de réduction de la pauvreté au Gabon, 2002.
4. Gaston Biyogo, Aboubacar Inoua, Jean Pierre Mbeng Mendou, Jean Christian Nkoghe Eny. *Assurance maladie au Gabon, colloque sur la couverture maladie en Afrique Francophone WBI-IMA*, 2004.
5. Au sens de cette réforme d'Assurance Maladie Obligatoire, la qualité d'un Gabonais économiquement faible est toute personne physique de nationalité gabonaise, âgée d'au moins seize ans, ainsi que les ministres du culte, imams, pasteurs, religieux et religieuses dont le revenu est inférieur au Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti (SMIG qui est de 80 000 CFA). Le statut de Gabonais économiquement faible est reconnu après une enquête sociale sur le postulat, effectuée selon des critères prédéfinis.
6. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Prévoyance Sociale. Arrêté définissant le panier de soins du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale, 2008.
7. Laurent Musango, Ole Doetinchem et Guy Carrin. *De la mutualisation du risque maladie à l'assurance maladie universelle. Expérience du Rwanda*, discussion paper n°1, OMS, 2009.
8. On parle d'un système de paiement hybride quand, dans une structure de soins ou dans un système de santé, on utilise deux ou plusieurs modes de paiement de façon simultanée pour le paiement des prestations.
9. C'est une méthode de paiement consistant à payer un forfait au prestataire non pas par cas de maladie mais par personne couverte par le système d'assurance durant une période déterminée.
10. Marc Jegers, Katrien Kesteloot, Diana De Graeve and Willem Gilles. "A typology for provider payment systems in health care", *Health Policy*, 60, 2002, 255–273.

La disponibilité et la qualité de l'offre de soins constituent souvent une contrainte au développement de l'assurance maladie. La définition d'une nomenclature des actes, y compris leurs critères de qualité, et la mise en place d'un système d'accréditation des formations sanitaires sont indispensables. La CNAMGS doit également promouvoir la stratégie d'incitation à la performance dans les structures de santé.⁸

Conclusion

La mise en place de la CNAMGS au Gabon est une expérience innovante et prometteuse dans le long processus de l'atteinte de la couverture sanitaire universelle. Cette expérience tient sa spécificité de la mise en place d'un impôt spécial assis sur le chiffre d'affaires des sociétés de téléphonie mobile et de transfert d'argent pour financer les soins de santé des plus démunis. Le choix d'une adhésion progressive, en commençant par les plus vulnérables et en continuant ensuite par les salariés du secteur formel, constitue la seconde innovation.

Cependant, quelques défis liés à l'absence d'un mécanisme clair de mise en commun des ressources des différents fonds, au choix du paiement à l'acte pour l'achat des prestations, à l'inaccessibilité du ticket modérateur pour certains Gabonais, à la surprescription des soins et à la qualité des soins doivent être pris en compte pour pérenniser cette expérience.

La CNAMGS doit offrir une couverture maladie à l'ensemble de la population. A ce jour, elle couvre 40 % de la population, 60 % prévu en 2013 après l'adhésion des salariés du privé et 70–75 % d'ici 2015 avec l'intégration des travailleurs indépendants. Il faut développer d'autres mécanismes et stratégies pour compléter le dispositif actuel et tendre vers la couverture universelle. 📄

Références

1. Présidence de la République. Ordonnance n° 0022/2007/PR instituant un Régime Obligatoire d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale en république Gabonaise, 2007.
2. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Prévoyance Sociale. Arrêté fixant les modalités techniques de fonctionnement du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale, 2008.