Mexique

Les deux faces de la réforme de la santé

Michel HUSSON

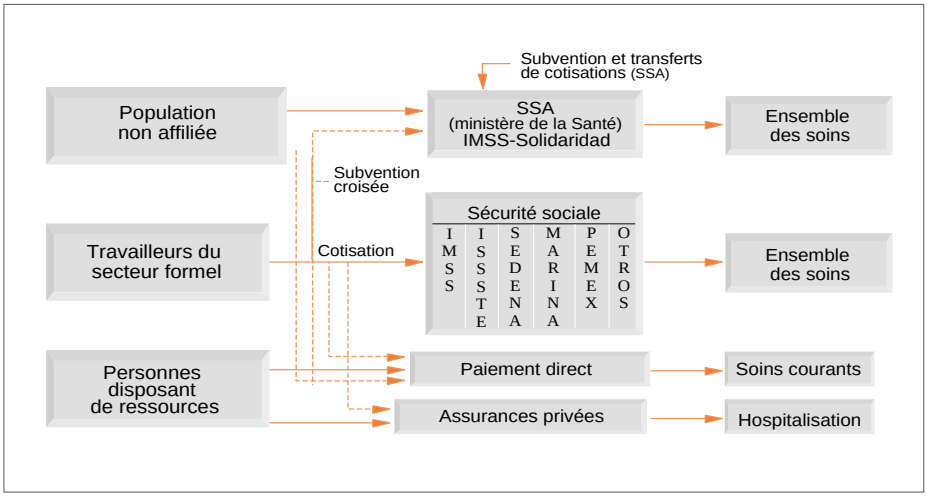
Le Mexique se caractérise par un niveau de développement moyen et par de profondes inégalités. Depuis la crise de la dette de 1982, il connaît un processus de réformes permanent qui porte sur tous les aspects d'un modèle spécifique dont les bases actuelles ont été établies durant la période du cardénisme (1934-1940). Tels sont les principaux repères nécessaires à l'examen de son système de santé et des réformes aujourd'hui à l'œuvre.

Un système de santé inégalitaire

Le système de santé mexicain est divisé en trois grands secteurs (voir figure 1) :

– la sécurité sociale regroupe diverses institutions auxquelles sont affiliés les travailleurs du secteur formel. Les principales sont l'IMSS (Institut mexicain de sécurité sociale) pour les travailleurs du secteur privé, l'ISSSTE (Institut de sécu-

Figure 1. Le système de santé mexicain en 2001



Source : Organización Panamericana de la Salud (2002).

rité sociale des travailleurs de l'Etat), ainsi que les régimes spéciaux de l'industrie pétrolière (PEMEX) et de l'armée (Sedena et Marina) ;

– les régimes d'assistance, placés sous l'égide du ministère de la Santé (SSA) s'adressent à la population non affiliée, les plus importants étant IMSS-Solidaridad et, depuis peu, le programme d'assurance populaire de santé (*Seguro Popular de Salud*) ;

– enfin, les assurances privées et les établissements privés concernent la partie de la population qui a les ressources nécessaires pour y avoir recours.

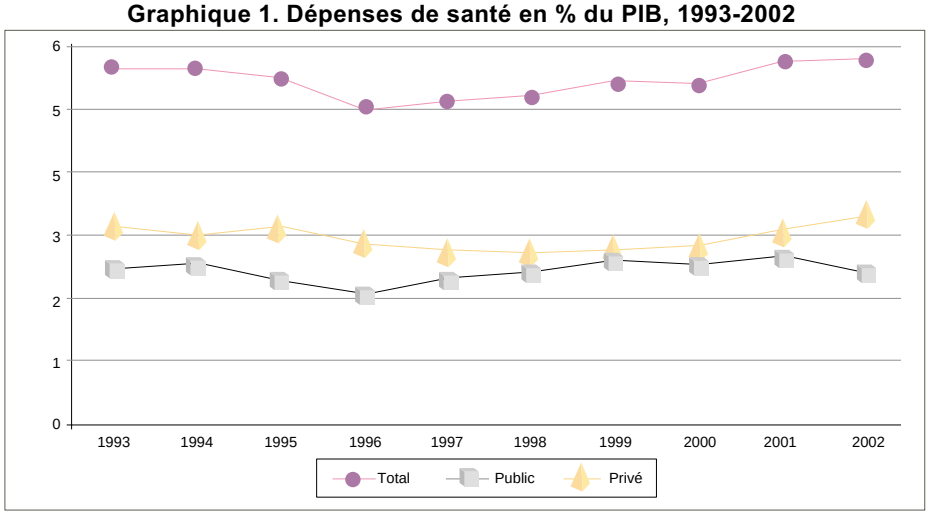
Les moyens relatifs des trois secteurs peuvent être évalués par leurs effectifs médicaux (médecins, infirmières, auxiliaires) : en 2000, ils étaient respectivement de 156 000 pour le secteur relevant du SSA, 201 000 pour la sécurité sociale, et 97 000 pour le privé (OPS, 2000). Le financement de la sécurité sociale est assuré par des cotisations versées par les employeurs, les salariés et l'Etat ; celui de l'assistance par un jeu complexe de subventions croisées et par des cotisations directes des personnes concernées.

Performances du système de santé

La part des dépenses totales dans le PIB s'élève à 5,8 % en 2003, et elle est donc inférieure aussi bien à la moyenne des pays latino-américains (6,9 %) qu'à celle des pays de l'OCDE (8,4 %). La dépense de santé par tête est de trois fois inférieure à celle de la moyenne des pays de l'OCDE, et de huit fois à celle des Etats-Unis. Ces dépenses sont financées à peu près pour moitié par les budgets publics, le reste étant à la charge des usagers. Cette participation individuelle, qui avait déjà augmenté depuis la mise en place des assurances privées en 1985, s'est stabilisée à un niveau élevé durant les années quatre-vingt-dix, pour des dépenses de santé à peu près constantes en pourcentage du PIB (graphique 1).

Les performances du système apparaissent plutôt médiocres. Certes, l'espé-

Graphique 1. Dépenses de santé en % du PIB, 1993-2002



Source : *Salud : México 2002*, Secretaría de Salud.

rance de vie a augmenté de 15,4 années entre 1960 et 2000 pour atteindre 71,7 ans pour les hommes et 76,9 ans pour les femmes en 2002. La mortalité infantile est en baisse (27 pour mille naissances) mais reste supérieure à la moyenne OCDE qui est de 6,5. Ce résultat global recouvre de grandes variations entre un taux de 9 pour mille dans les communes les plus riches et 103 dans les plus pauvres (Barraza-Llorens *et alii*, 2002).

En 2002, le Mexique compte 1,07 médecin pour 1000 habitants, alors que cette proportion était de 1,18 dix ans plus tôt, et qu'elle atteint 2,9 pour l'ensemble de l'OCDE. L'OMS estime en outre que près de 15 % de tous les médecins au Mexique sont soit inactifs, soit sous-employés ou au chômage et qu'un grand nombre de postes demeurent non pourvus dans les régions rurales.

Le Mexique marque un net retard quant à l'accès aux techniques, par exemple en chirurgie cardiaque, où il arrive largement dernier des pays de l'OCDE ; en revanche, il est mieux placé en ce qui concerne la vaccination infantile. Dans l'étude comparative de l'OMS qui propose un classement des systèmes de santé (OMS, 2000), le Mexique occupe la 61è place du point de vue de la performance globale et arrive derrière d'autres pays latino-américains comme la Colombie, le Costa Rica, Cuba, le Chili, le Paraguay et le Venezuela.

Un système dual

L'un des problèmes majeurs du système public est le faible taux de couverture, qui s'explique pour deux raisons essentielles. La première est le taux de salarisation : la population active s'élevait en 2003 à 40,6 millions de personnes et ne comptait que 62,4 % de salariés. La seconde est le non-respect de la législation sociale, notamment dans les petites entreprises et dans les zones rurales (Davila Guijarro, 2000). Finalement, le nombre d'actifs couverts par le système public n'est que de 19 millions, soit un peu moins de la moitié. Si on prend en compte les ayants droit, la part de la population non affiliée s'élève à 55 % en 2002.

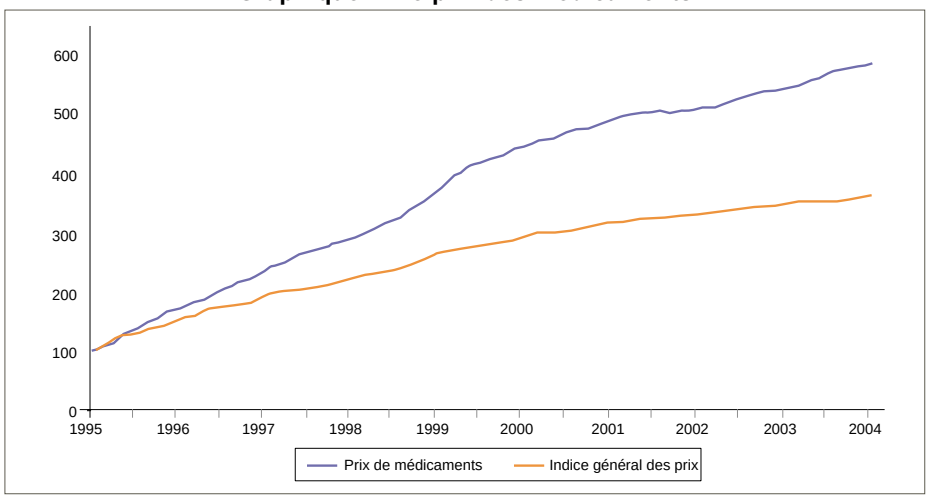
Ce constat doit être rapproché d'un autre, à savoir la progression de la pauvreté. En 1995, les données officielles montraient que 42 % (40 millions de personnes) de la population mexicaine vivait en dessous du seuil de pauvreté. En cinq ans, le nombre de pauvres s'est accru de plus de 10 millions de personnes, principalement dans les zones rurales où vivent 62 % d'entre eux.

Ce phénomène de la pauvreté se combine clairement avec le précédent : le taux d'affiliation à la sécurité sociale est de l'ordre de 10 % pour le premier quintile (20 % des ménages les plus pauvres) et il dépasse les 60 % pour le dernier quintile (20 % des ménages les plus riches). Au final, les dépenses de santé par tête étaient en 1999 deux fois et demi plus élevées pour les affiliés que pour les non-affiliés.

En 2000, 4 % des ménages (soit 910 000) avaient des dépenses de santé dites « catastrophiques » (plus de 30 % de leur budget) ; cette proportion était particulièrement élevée (6,7 %) pour les 20 % de ménages les plus pauvres, et deux fois plus élevée chez les non-affiliés.

Autrement dit, la part élevée des dépenses privées ne compense pas les effets de la non-affiliation des plus démunis. Il n'est donc pas surprenant de constater qu'aux yeux de l'OMS, l'un des plus mauvais scores concerne l'équité de la contribution financière, pour laquelle le Mexique arrive en 144è position sur 191 pays.

Graphique 2. Le prix des médicaments



Source : *Resúmen Ejecutivo sobre la Situación Financiera del IMSS* (2004).

Prix des médicaments

L'industrie pharmaceutique mexicaine est la 15è du monde. Majoritairement composée de filiales de groupes multinationaux qui couvrent 72 % du marché intérieur, elle est hautement concentrée : l'IMSS indique que deux fournisseurs couvrent plus de 25 % des achats, et souligne que les médicaments sont souvent plus chers au Mexique qu'aux Etats-Unis. Ainsi, la simvastatine (hypolipémiant) est vendu 67 dollars au Mexique, contre 46 aux Etats-Unis ; la paroxetine (antidépresseur) coûte 1,83 dollar au Mexique contre 1,13. Ces facteurs contribuent à une progression des prix des médicaments bien plus rapide que celle de l'indice général des prix (graphique 2).

Différenciations régionales

Les inégalités géographiques recoupent largement les inégalités sociales. Ce sont les états les plus pauvres, tels le Chiapas ou Oaxaca, qui comptent les taux d'affiliation les plus faibles (respectivement 22 % et 21 %). On observe au niveau régional une corrélation frappante entre le « taux de retard épidémiologique » (mortalité pour pathologies bénignes, malnutrition, etc.) et le taux de couverture sociale (figure 2).

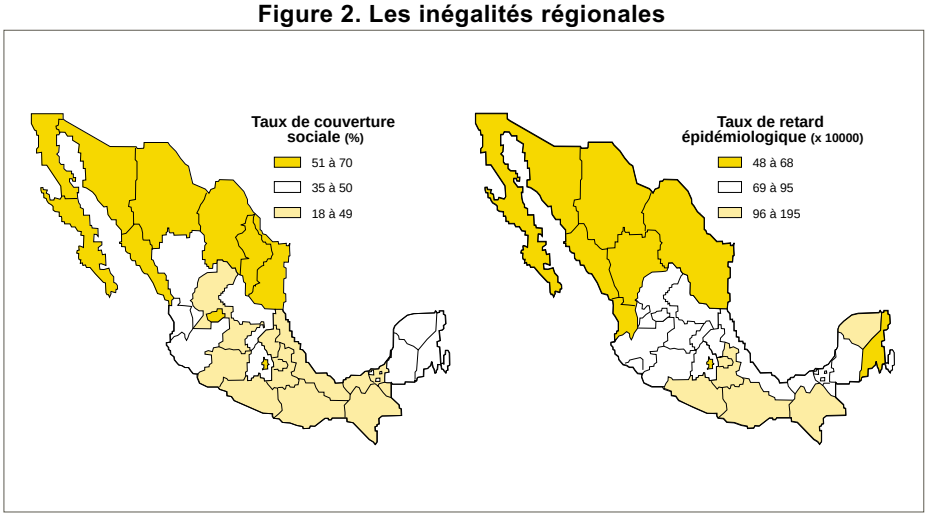
La longue histoire de la réforme

La réforme du système de santé s'inscrit dans la période ouverte en 1983, au lendemain de la crise de la dette, qui peut s'analyser comme une transformation néo-libérale de l'Etat et de la société mexicaine, baptisée « changement structurel ». Les principales réformes ont porté sur la privatisation des entreprises publiques, la loi agraire, le code du travail et les retraites. En ce qui concerne la santé, une première phase de réforme s'ouvre dès 1984 : l'article 4 de la Constitution est modifié pour y inclure l'affirmation du droit à la santé. L'axe essentiel porte sur la réorganisation administrative du système public de santé, avec la création de secteurs regroupant les différentes institu-

tions, ainsi que des tentatives pour obtenir la participation des communautés. Son volet le plus important porte sur la décentralisation et vise à intégrer et mieux coordonner les institutions intervenant au niveau local. Il s'agit en partie de battre en brèche le rôle-clé de l'IMSS, et ce projet se heurte à une forte résistance du mouvement ouvrier, mais aussi des groupes pharmaceutiques. Un nombre réduit d'Etats adoptera cette réforme qui aura pour effet de dégrader la situation dans les Etats les plus pauvres, à la suite de la réduction de la subvention fédérale. Ce programme sera suspendu à partir de 1988 par le nouveau président, Carlos Salinas de Gortari, et remplacé par un système d'intervention ciblé, le Pronasol (Programme national de solidarité). Cette première période a eu pour effet majeur de réduire les recettes des institutions publiques et d'augmenter la participation financière des usagers sans modifier qualitativement l'architecture du système.

La seconde phase de la réforme s'ouvre avec le Programme national de santé 1995-2000, à l'initiative du président Ernesto Zedillo, élu en 1994, qui mènera par ailleurs une réforme très profonde des retraites. Dans le domaine de la santé, le programme se réclame des besoins de la population non affiliée. Il s'agit d'un projet ambitieux qui vise à reprendre le projet de décentralisation, à réformer le financement et à augmenter les moyens du secteur de l'assistance. En 2000, Vicente Fox, le candidat du PAN (Parti d'action nationale) est élu, mettant fin à plusieurs décennies de domination absolue du PRI (Parti révolutionnaire institutionnel), mais le nouveau programme de santé se situera dans le droit fil de son prédécesseur. Entre 1997 et 1999 ont été créés dans chaque Etat les organismes publics décentralisés (OPD). Il s'agit d'instances administratives dotées de la personnalité juridique et d'un patrimoine propre, chargées de diriger, administrer et superviser les services de santé, et de gé-

Figure 2. Les inégalités régionales



Source : Knaul *et alii* (2003).

rer les ressources, y compris les reversements de cotisations.

Financement

La réforme du mode de financement mérite un examen approfondi, car elle permet de mieux comprendre la portée du processus engagé. Avant cette réforme, l'IMSS était financé par des cotisations égales à 12,5 % des salaires se répartissant comme suit : 8,75 % pour l'employeur, 3,125 % pour le salarié, et 0,625 % pour l'Etat (au niveau du salaire minimum, l'employeur prenait à sa charge la cotisation salariale).

Dans la nouvelle législation, les cotisations sont calculées selon un barème complexe :

– pour chaque affilié, l'Etat verse une contribution fixe dont le montant est indexé sur les prix. Elle était de 84 pesos fin 1995, soit 13,9 % du salaire minimum ;

– la cotisation patronale est également fixe et de même niveau de départ, mais elle est indexée sur le salaire minimum ;

– une troisième cotisation, proportionnelle, est fixée à 8 % de la partie du salaire excédant trois fois le minimum ; 6 % sont à la charge des employeurs et 2 % à la charge des salariés.

L'évolution de ce barème est programmée sur l'ensemble d'une période transitoire qui doit s'achever en 2007 ; l'objectif est de réduire l'apport de la cotisation proportionnelle, relativement aux contributions fixes évoluant quant à elles selon les règles d'indexation préétablies.

La logique de cette réforme est donc difficile à analyser et conduit à distinguer son impact instantané et son point d'arrivée. A court terme, le dispositif augmente de manière significative la contribution publique et allège la cotisation salariale, ou même l'annule jusqu'à trois salaires minimum, ce qui concerne près des deux tiers des salariés. Quant aux employeurs, le nouveau barème alourdit leurs contributions dès lors qu'ils versent entre une et quatre fois le salaire minimum, mais est allégé pour les autres niveaux de salaires.

Le bilan est différent quand on examine l'objectif fixé pour 2007. L'évolution programmée vise en effet à un désengagement de l'Etat, dont la contribution (indexée seulement sur l'inflation) devrait revenir progressivement à son enveloppe initiale. Pour les employeurs, la baisse de la part proportionnelle devrait conduire à un « reprofilage » des taux favorables aux entreprises versant les salaires les plus élevés, pour une contribution moyenne à peu près inchangée. Enfin, la cotisation salariale tendrait à se réduire encore. Le résultat le plus notable est que cet ensemble débouche sur une stagnation des recettes globales, assortie d'un allégement considérable au profit des grandes entreprises aux salaires plus élevés. Ce reprofilage à l'envers constitue en outre une incitation considérable à la non déclaration des salariés, phénomène déjà massif au niveau des bas salaires.

Une première évaluation sur la période 1993-1998 montre quelles sont les tendances à l'oeuvre, si l'on considère le financement de l'ensemble des dépenses. La contribution des ménages est passée de 50 % à 57,5 % en 1998 ; celle du gouvernement fédéral a également augmenté, de 19,4 % a 23,8 %. En contrepartie la part des employeurs a donc baissé rapidement, passant de 29,1 % à 18,4 % sur ces cinq années.

L'assurance populaire de santé

Un programme spécifique, IMSS *Solidaridad*, était destiné aux non affiliés les plus démunis. Le programme national de

santé 2001-2006 le remplace par un nouveau dispositif, baptisé « Assurance populaire de santé » (*Seguro Popular de Salud*). Il vise à élargir les possibilités d'affiliation des personnes que leur situation empêche d'être ayant droit auprès des institutions de sécurité sociale, et à établir une couverture volontaire universelle à l'horizon 2010. Le programme comporte la construction de centres de santé et a pour cela mis en place le schéma PPS (projets de prestation de services) qui permet de faire appel à l'initiative privée pour la construction d'hôpitaux. Le financement provient de trois sources : le gouvernement fédéral verse 22 % d'un salaire minimum par famille, le gouvernement de l'Etat concerné 11 % par famille, et la famille elle-même verse 5 % de son revenu disponible hors alimentation.

Le programme a commencé à être mis en place dans cinq Etats à partir de 2002 et devrait se généraliser. En 2003, il couvre un million de familles, et le ministre de la Santé, Julio Frenk, entend parvenir à cinq millions en 2007, soit 22 millions de personnes. Selon le gouvernement, il aurait d'ores et déjà réduit le nombre de personnes non affiliées de 10 millions à 500 000 entre 1995 et 2000.

La privatisation discrète

On peut analyser la réforme comme une tentative de prendre en tenailles le système public, selon un double mouvement : réduction de ses recettes d'un côté, promotion des solutions individualisées de l'autre. Sur le premier point, les données comptables de l'IMSS permettent de chiffrer l'impact des restrictions budgétaires : 179 millions de dollars en 1999, 71 en 2000, et 246 en 2002. La conséquence de cette détérioration est claire ; comme le déclarait récemment Carlos Hurtado López, secrétaire d'Etat au ministère de la Solidarité, « la participation de l'initiative privée sera nécessaire » au cours des prochaines années, car « il sera difficile de mettre toujours plus de ressources publiques à la disposition du secteur de la santé » (*La Jornada*, 30 juillet 2002).

Le ministre de la Santé Julio Frenk caresse le projet, plusieurs fois reporté, de mettre en place une « assurance populaire » généralisée qui reposerait exclusivement sur la capacité des familles à payer. Il s'inspire des recommandations de la Banque mondiale (World Bank, 2001) suggérant, « afin de promouvoir la participation du secteur privé », la création d'un fonds national de santé qui regrouperait toutes les ressources et agirait comme une centrale d'achat de services de soins auprès d'entités de santé publiques et privées. Ce nouveau cadre institutionnel permettrait « plus de transparence et de concurrence » entre public et privé. A terme, ce fonds pourrait se transformer en un « fonds national d'assurance de santé ».

De tels projets permettent de penser que la fonction réelle de l'assurance populaire, telle qu'elle a été instituée, n'est pas d'étendre les bénéfices du système public pour l'universaliser, mais de fournir un substitut à la réduction de ses moyens. D'autres éléments de réforme vont déjà dans ce sens : depuis le programme 1995-2000, les salariés ont le droit de retirer leurs cotisations à l'IMSS pour souscrire une assurance privée par l'intermédiaire des ISES (instituts d'assurances spécialisées de santé). Ce système s'inspire de l'expérience du Chili, où l'ISAPRES, couvre aujourd'hui 28 % de la population. La possibilité d'un tel remboursement de cotisations (*reversión de cuotas*) existait déjà pour les employeurs

qui pouvaient recevoir un pourcentage (71,5 % dans la plupart des cas) des prélèvements sociaux en échange de la fourniture de services de santé. Cependant l'OCDE soulignait, à la lumière des expériences d'autres pays, « les importants risques fiscaux et sociaux que l'on encourt en s'écartant du principe de regroupement des risques sous l'égide de la sécurité sociale » (OCDE 1998).

La réforme mexicaine est donc profondément ambivalente. A son stade actuel, elle mêle deux projets qui semblent à terme contradictoires : instituer une couverture universelle équitable, et promouvoir l'offre privée de soins.

Sources :

Barraza-Lloréns Mariana, Bertozzi Stefano, González-Pier Eduardo, Gutiérrez Juan Pablo (2002), « Addressing Inequity in Health and Health Care in Mexico », *Health Affairs*, May/June. http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/21/3/47.pdf.

Dávila Enrique, Guijarro Maite (2000), « Evolución y reforma del sistema de salud en México », Serie *Financiamiento del Desarrollo,* n°91, CEPAL, Santiago de Chile. http://www.eclac.cl/publicaciones/Comercio/4/lcl1314/lcl1314e.pdf.

Fajardo Ortiz Guillermo (2004), « La descentralización de los servicios de salud en México (1981-2000) », *Elementos,* n°53, vol. 11, marzo-mayo. http://www.elementos.buap.mx/num53/htm/45.htm.

Fleury Sonia, Belmartino Susana, Baris Enis (2000), *Reshaping Health Care in Latin America*, CRDI, Canada. http://web.idrc.ca/ev.php ?URL_ID=32413&URL_DO=DO_TOPIC.

IMSS (2004), *Resúmen Ejecutivo sobre la Situación Financiera del IMSS*. http://www.imss.gob.mx/rjp/completo.pdf.

Knaul Felicia Marie, Arreola Héctor, Borja Christian, Méndez Óscar, Torres Ana Cristina (2003), *El Sistema de Protección Social en Salud de México : efectos potenciales sobre la justicia financiera y los gastos catastróficos de los hogares*, Fundación Mexicana para la Salud. http://www.funsalud.org.mx/casesalud/caleidoscopio/20%20ElSistemaDeProteccion.pdf

Laurell Ana Cristina (2001), « Health Reform in Mexico : the Promotion of Inequality », *International Journal of Health Services*, vol.31, n°2.

OCDE (1998), *Etudes économiques de l'OCDE*, Mexique.

OCDE (2004), OECD Indicators 2003, *Country Notes* (Mexico). http://www.oecd.org/dataoecd/20/7/16502640.pdf.

OMS (2000), *Rapport sur la santé dans le monde*. http://onala.free.fr/oms2000.pdf.

Organización Panamericana de la Salud (2002), *Perfil del sistema de servicios de salud.* http://www.lachsr.org/documents/perfildelsistemadesaluddemexico-ES.pdf.

Secretaría de Salud (2002), « Información básica sobre recursos del Sistema Nacional de Salud », *Salud pública Méx*, Sept.-Oct. 2002, vol.44, no.5. http://www.insp.mx/salud/44/445_12.pdf.

World Bank (2001), *Mexico. A Comprehensive Development Agenda for The New Era.* http://wbln0018.worldbank.org/External/lac/lac.nsf/Publications/9364AB8A25BABD6085256A4C004B3963 ?OpenDocument