Réformer l'assurance en Égypte pour résorber son déficit ? Enquête sur un alibi

Françoise Clément

Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/ema/1785>

DOI : 10.4000/ema.1785

ISSN : 2090-7273

Éditeur

CEDEJ - Centre d'études et de documentation économiques juridiques et sociales

Édition imprimée

Date de publication : 31 décembre 2007

Pagination : 303-341

ISBN : 2-6905838-43-4

ISSN : 1110-5097

Référence électronique

Françoise Clément, « Réformer l'assurance en Égypte pour résorber son déficit ? Enquête sur un alibi », *Égypte/Monde arabe* [En ligne], 4 | 2007, mis en ligne le 31 décembre 2008, consulté le 07 juillet 2022. URL : <http://journals.openedition.org/ema/1785> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/ema.1785>

RÉFORMER L'ASSURANCE SANTÉ² POUR RÉSORBER SON DÉFICIT ?

ENQUÊTE SUR UN ALIBI

À l'issue de la Seconde Guerre mondiale et des indépendances, l'idée de justice sociale et de protection des citoyens par l'État s'est imposée dans la plupart des pays, qu'ils aient choisi la voie du socialisme ou soient restés capitalistes, avancés dans l'industrialisation ou au seuil du développement. Portée par les mouvements sociaux ou décrétée par des gouvernements populistes, la couverture maladie a été étendue dans la plupart des pays à l'ensemble de la population. La mutualisation des frais de santé, par l'impôt et par les prélèvements obligatoires, a permis plus ou moins de fournir des soins à tous les habitants, quel que soit leur revenu. Cette affirmation du droit à la santé s'est traduite par la création de l'OMS. Avec l'épuisement du mode de production de la période dite des « Trente glorieuses » (1945-1975), les firmes et gouvernements des pays développés, partenaires dans la gestion des systèmes de financement mutuels, ont favorisé la réduction de la part étatique de la prestation des soins au profit de celle du secteur privé, et

1. Je remercie Muhammad Khalîl, ancien président de l'association AHED (Association for Health and Environmental Development), 'Abd al-Min'im 'Ubayd, membre de AHED et le personnel d'AHED, pour leur documentation, Samîr Ma'mûn, du Secrétariat de santé de la Fédération ouvrière, pour les textes de la Fédération de 2003 et 2006, le Dr Samîr Fayyâd, ancien président de l'Institution de soins, pour ses précisions sur son projet de réforme, 'Abd al-Khâliq Fârûq pour ses explications et données sur le budget de l'État, Matthieu Fintz, Anne Marie Moulin, Sylvia Chiffolleau et Elisabeth Longuenesse pour leurs commentaires, et tous ceux qui ont bien voulu me communiquer des documents comptables du ministère de la Santé et de l'assurance maladie. Les références citées sont en arabe, sauf mention.

2. « Assurance santé » désigne l'assurance obligatoire maladie et accidents de travail.

augmenté la part des paiements directs par les malades. La marchandisation de la santé est devenue, selon le dogme néolibéral, le moyen d'empêcher les systèmes mutualisés de protection maladie de ponctionner, pour combler leurs déficits croissants, les ressources des autres secteurs de l'économie. Elle a été présentée comme l'outil optimal pour rationaliser les dépenses de santé, poussées à la hausse par le coût des techniques médicales et des soins hospitaliers et par la propension illimitée des malades à consommer des soins gratuits. Opposés à la privatisation de la santé, les syndicats et associations d'usagers dénoncent au contraire la prédation des ressources des systèmes d'assurance maladie par les firmes pharmaceutiques, la médecine libérale et les entreprises exonérées de charges sociales. Ils proposent d'accroître les prélèvements sociaux et de réduire les marges bénéficiaires des prestataires et assurances. Dans les pays en développement, la Banque mondiale, l'USAID, puis l'Union européenne, ont investi le champ de la réforme des systèmes de santé dans le contexte de l'ajustement structurel. Ils ont fait évoluer les programmes préconisés par l'OMS de la simple prévention des maladies infectieuses à la mise en œuvre de programmes de santé primaire d'inspiration libérale (Chiffolleau, 2005, pp. 7-27 et p. 213-236 ; Carin, 2002, pp. 73-89).

Comme ces pays, l'Égypte se trouve aujourd'hui à la croisée des chemins, à la rencontre de deux courants opposés : d'une part, l'aspiration de la population à atteindre la couverture universelle de l'assurance maladie, d'autre part, la délégation des responsabilités de l'État à un système assurantiel dominé par la compétition et la segmentation des risques, présenté comme plus souple et plus efficace que l'appareil administratif de l'État. L'instauration d'une couverture universelle du risque maladie se heurte à la faiblesse de l'assiette et du recouvrement des cotisations et des impôts, en raison de l'importance du secteur informel et des exemptions et tolérances accordées au secteur privé. Toutefois, le débat ne porte pas sur cette question mais sur la nécessité de privatiser les hôpitaux publics et de faire payer une part croissante des soins mutualisés par les bénéficiaires. Paradoxalement, le discours officiel propose de diminuer les inégalités de santé, d'améliorer les soins et de faire bénéficier les populations des progrès médicaux, tout en réduisant la solidarité dans le financement. En effet, la proposition de réforme des cotisations et du financement par l'État ne permet l'extension de la couverture qu'avec la hausse des paiements des usagers. Elle donne de surcroît au gouvernement le privilège de modifier les cotisations et les soins correspondants sans contrôle du Parlement, tout comme elle l'autorise à affecter des fonds de l'assurance maladie à d'autres postes budgétaires. Enfin sa mise en œuvre se fera par décret, le vote de sa loi cadre étant reporté en 2008, à la fin de la réorganisation institutionnelle.

Le scénario de la réforme

La réforme de l'assurance santé égyptienne, qui fait partie des dossiers de la succession ouverte au pouvoir du président Moubarak, remonte au début des années 1980. Elle a suivi un scénario assez semblable à celles qui ont été promues dans d'autres pays du Tiers-monde sous ajustement structurel (Shukr Allâh, 2005, pp. 1-9 ; Carin, 2002, pp. 73-89).

Pendant les trente années qui suivirent l'indépendance en 1952, le gouvernement a affirmé sa volonté d'assurer à tous les citoyens une protection médicale complète et universelle (Shukr Allâh, 2005, pp. 1-9 ; Chiffolleau, 2005). Par la suite, il a donné une place croissante au secteur privé, en pratique, puis dans le discours. Dès le milieu des années 1970, il autorise d'abord le développement d'hôpitaux privés visant la rentabilité et favorise la formation de nombreux médecins indépendants. Parallèlement, il réduit les dépenses publiques par habitant dans ses établissements de santé et y développe des services payants. Mais dans le même temps, il étend la couverture médicale obligatoire³ à de nouvelles catégories de salariés et de retraités, aux élèves et aux enfants d'âge préscolaire, sans augmenter les recettes en proportion. Alors qu'il élabore une réforme d'inspiration libérale, le gouvernement augmente les parts des dépenses publiques de santé dans le budget et dans le PIB, doublant entre 1992 et 2002, et ne se stabilisant qu'après cette date⁴.

En Égypte, comme ailleurs, la réforme préconisée ne confie plus à l'État que l'éradication de certaines maladies contagieuses et l'amélioration de la santé maternelle et infantile ; pour les autres pathologies, elle prévoit le transfert progressif de l'offre de soins au marché et leur financement direct par les ménages ; elle transforme l'assurance santé obligatoire en assurance commerciale, en augmentant la part du coût des soins payé par les assurés lors de la prestation⁵ et en y associant des assurances privées locales et étrangères⁶. Elle supprime la gratuité des soins qu'elle confie à des prestataires à but lucratif. Qualité, efficacité et justice sociale sont invoquées pour justifier l'abandon de la gratuité des soins et la réduction des dépenses publiques qui leur sont affectées. La couverture universelle est remplacée par un « paquet minimum de soins », les soins « complémentaires » devant être réglés directement par

3. Créée par le mouvement ouvrier dans les années 1940, puis étatisée dans les années 1950.

4. Respectivement de 2 % à 3,7 % et de 1,2 % à 2,1 %. Sources: 1) *Al-bayan al-mâli li machrû' al-mizâniya* (Déclaration financière du projet de budget) soumis au Parlement en mai 2005 ; 2) Capmas, 2005 ; et 3) Fârûq, 2002.

5. Conclusions de l'étude « Partnerships for Health Reform Project » (PHRP), Abt Associates, adoptées par le ministère de la Santé en 1997 (Fayyâd, 2002).

6. Ces dernières pourront ainsi, avec la mise en œuvre de l'AGCS et des différents accords de libre-échange, prélever une part croissante des dépenses de santé.

les malades ou couverts par leurs assurances privées⁷. Alors que les maladies parasitaires fournissent encore une part importante de la pathologie, la libéralisation du système de santé « à l'américaine » pourrait conduire à une catastrophe sanitaire (Chiffolleau, 2005, pp. 213-214)⁸.

La réforme égyptienne a été élaborée de façon confidentielle entre gouvernement et donateurs étrangers⁹. Ses objectifs allaient à contre courant des aspirations de la société civile, exprimées par la plupart de ses institutions. Les négociations avec les organismes étrangers ont en fait duré près d'un quart de siècle, avant que leurs conceptions et leur vocabulaire aient été parfaitement assimilés dans les politiques de l'État égyptien. L'esprit de la réforme n'a été progressivement révélé au public qu'à travers des expériences pilotes de « santé des familles », où les soins sont réorganisés par types de pathologies, et les malades payent une partie des traitements (Fintz, 2006 ; Chiffolleau, 2005, pp. 213-214 ; et 'Ubayd, 2006).

Rapide chronologie des six dernières années

Entre 2000 et 2005, le gouvernement expérimente différents moyens de présenter sa réforme. En 2000, il présente à la Commission santé de l'Assemblée du Peuple un projet de loi qui suscite une telle opposition qu'il n'est pas soumis au vote (Desûqî, 2006). Entre 2002 et 2004, un nouveau ministre de la Santé, Muhammad Tâg al-Dîn, organise des consultations avec les différents protagonistes. Parmi ces derniers, l'ONG Association for Health and Environmental Development (AHED) organise en janvier 2003 une conférence qui aboutit à des recommandations opposées à celles des donateurs étrangers (Sirrâg, 2003). En septembre de la même année, Gamal Moubarak, président de la Commission des politiques, rend public, lors du 1^{er} Congrès annuel du PND, la réforme du gouvernement élaborée avec les donateurs internationaux (PND, 2004). En juillet 2005, le Président Hosni Moubarak annonce dans son programme électoral l'extension de l'assurance maladie à la moitié de la population qui en est encore exclue¹⁰.

Excepté un petit nombre d'experts et de militants qui ont eu accès au projet de loi de 2000, aux rapports des experts étrangers et aux débats du PND, la

7. Déclaration du ministre (*Al-Ahrâm*, 20 novembre 2006).

8. Avec un taux de contamination de sa population par l'hépatite C évalué à 12 %, l'Égypte n'a aucun plan prévu pour son éradication. 'Abd al-Min'im 'Ubayd, 2006.

9. Les recommandations des donateurs acceptées par le gouvernement sont publiées dans PHRP, *ibid*.

10. Le Premier ministre Ahmad Nazîf aurait chargé le ministre de la Santé Muhammad Tâg al-Dîn « de préparer en trois mois un projet de loi pour concrétiser la promesse présidentielle », *Al-Ahrâm*, 14 janvier 2006.

majorité des Égyptiens pensent que la réforme gouvernementale vise à améliorer les soins tout en rendant leur coût accessible à toute la population. Cette conviction repose sur cinq mesures exemplaires instaurées depuis 1992 :

- la couverture par le budget des soins d'un million d'indigents non assurés¹¹ ;
- l'extension en 1992 de l'assurance maladie aux élèves, du primaire jusqu'au baccalauréat ;
- l'extension en 1997 de la couverture maladie aux enfants d'âge préscolaire¹² ;
- la construction ou la réhabilitation d'infrastructures de santé¹³ ;
- la médecine préventive et l'éradication de maladies prioritaires¹⁴.

Le débat engagé en 2006 met en évidence des divergences entre les projets en présence. D'une part, le PND préconise de faire payer aux malades jusqu'à 30 % du coût des soins et de confier, à terme, au secteur privé leur prestation ainsi que la gestion de l'assurance santé (PND, 2004)¹⁵. D'autre part, la Fédération ouvrière¹⁶, les partis, les ONG, les députés et la presse de gauche réclament l'augmentation des dépenses mutualisées ou d'État, le maintien du paiement forfaitaire et non proportionnel aux coûts, et davantage d'établissements publics de soins¹⁷.

En décembre 2005, le remplacement de Muhammad Tâg al-Dîn par Hâtim al-Gabalî est perçu comme une accentuation du tournant libéral (Khalîl, 2006a).

11. Le nombre de malades bénéficiant d'une dotation individuelle de l'État a augmenté de 43 265 à 1 015 588 entre 1994 et 2003, et la part du budget qui leur a été affectée a crû de 0,2 % à 0,9 % (Capmas, 2005).

12. Enfants nés après le 1^{er} octobre 1997 non encore scolarisés.

13. Qui se traduisent par une croissance annuelle moyenne de 3,04 % du nombre de lits hospitaliers de 1993 à 2004 (Capmas, 2005).

14. Définies par le ministère et les donateurs extérieurs (Fintz, 2006, et Khallâf, 2005).

15. Husâm Badrâwî (médecin et député PND réputé proche de Gamal Moubarak, président de la Commission enseignement et recherche scientifique au Parlement), 2003 ; Hamdî Al-Sayyîd, président de l'ordre des médecins, de la Commission santé du Parlement et de la Commission santé du PND, dans ses nombreuses déclarations à la presse et à la télévision.

16. Syndicat unique, dont les membres sont élus par 3 millions d'actifs, salariés des entreprises de plus de 250 employés ou de certaines professions. La Fédération représente légalement tous les salariés et usagers et fournit les élus « ouvriers » du quota de 50 % « ouvriers et paysans » au Parlement.

17. D'après le journal *Al-Ahrâr* des 22 mai 2005 et 15 juin 2005, le ministre des Finances aurait soumis au Parlement un projet de budget 2005/2006 réduisant de 60 % la dotation du ministère de la Santé. Le Dr. Hamdî Al-Sayyîd aurait protesté en défense de cette dotation (Fintz, 2006).

Anticipant le changement de ministre, Samîr Fayyâd, ancien président de l'Institution de soins et vice-président du Parti du rassemblement, avait proposé dès novembre un projet de loi alternatif dans l'hebdomadaire *Al-Ahâlî*¹⁸. Début 2006, l'association AHED publie le projet de 2000¹⁹ et organise des réunions critiques (AHED, 2006a, 2006b) relayées par la presse, puis une campagne d'opposition à la réforme gouvernementale dans les médias²⁰, à laquelle s'associent les partis, ONG et structures syndicales informelles de gauche. Dans le même temps, une nouvelle critique de l'assurance santé se développe dans la presse gouvernementale où les journalistes insistent sur la mauvaise qualité des soins²¹, l'inadéquation et l'insuffisance des médicaments et parfois, leur détournement, le gaspillage des fonds²², l'aggravation du déficit et son coût pour le budget de l'État²³. La tentative de suicide d'un malade à l'hôpital de Chubrâ est montée en épingle pour stigmatiser le système²⁴. Paradoxalement, les médecins et personnels de l'assurance mis sur la sellette par les médias ne sont pas entendus dans le débat²⁵.

Pendant que se déroule la campagne médiatique, Gamal Moubarak préside une série de consultations sur la réforme auprès des associations

18. Samîr Fayyâd (supplément de 8 pages, *Al-Ahâlî*, 1^{er} novembre 2005).

19. Le précédent projet de loi n'a été soumis qu'à la Commission santé du Parlement pendant l'été 2000. Diffusé en 2006 par l'association AHED sur son site et dans quelques réunions d'information, le contenu exact du projet de loi de 2000 reste encore inconnu du grand public.

20. Muhammad Khalîl y annonce que le projet de loi prévoit de faire payer aux malades 30 % des soins et des examens et de privatiser les hôpitaux publics. 'Abd al-Min'im 'Ubayd, *Al-Tagammû'*, 7 janvier 2006, *Al-Karâma*, 17 janvier 2006, puis avec Muhammad Khalîl, Ahmad Zakî et Samîr Fayyâd, *Al-Karâma*, 24 janvier 2006.

21. Le quotidien *Al-Ahrâm* décrit début janvier la province comme un espace où le manque d'hôpitaux, la corruption, le manque de conscience professionnelle des médecins, l'insuffisance de financements et l'incompétence administrative se conjuguent pour rendre les soins encore plus difficiles d'accès et coûteux aux assurés. Les fonds de l'assurance sont gaspillés : retards et surcoûts de construction (Sohag, Tanta, Damanhûr), équipements neufs inutilisés (Bahîra), *Al-Ahrâm*, 14 et 21 janvier 2006.

22. Le Parlement a commandé en 2005 une commission d'enquête sur les surcoûts de construction et d'équipements de l'hôpital Nil de Chubrâ, sous l'ancien président de l'Agence (*Rûz al-yûsif*, 15 janvier 2006 ; *Al-Misrî al-yawm*, 3 juillet 2006).

23. « Les médecins s'absentent, consultent collectivement et sans examen clinique 50 patients en une demi-heure au lieu des deux heures qui leur sont payées, n'accordent les soins et examens gratuits de l'assurance qu'à ceux qui payent des honoraires dans leurs cabinets privés, réclament 10 LE par jour de congé maladie accordé, etc. » (*Sawt al-azhâr*, 3 février 2006).

24. *Al-Ahrâm al-iqtisâdî*, 23 janvier 2006, et *Al-Ahrâm*, 27 janvier 2006.

25. Un médecin de l'assurance maladie affirme que ses collègues ont reçu l'instruction de rester silencieux (*Sawt al-Azhâr*, 3 février 2006).

patronales et des comités du PND, puis la présente en congrès en septembre 2006 devant les délégations étrangères invitées. Le Secrétariat de la santé de la Fédération ouvrière, pour sa part, discute ses propositions, opposées à la réforme, avec ses cadres en province, en préparation des élections syndicales de novembre 2006. Dans le même temps, le ministre de la Santé modifie son projet, avec le concours d'un bureau d'études britannique, et le défend dans la presse. Il allègue que la restriction des dépenses et de leur couverture par l'assurance est indispensable pour réduire le déficit. Il affirme que la gestion des fonds et la prestation des soins par un même organisme sont la cause de la corruption²⁶ et de l'inefficacité du système²⁷. Il insiste sur la « nécessité de séparer le financement de l'offre de soins » qu'il présente comme « le moyen idéal pour offrir les soins à tous les malades »²⁸ à l'horizon 2010²⁹.

Hâtîm al-Gabalî promet de rendre public son projet fin 2006 après avoir consulté tous les intéressés³⁰. Entre-temps, le Premier ministre décrète en mars 2007 l'étatisation des hôpitaux et des cotisations de l'assurance santé, mises sous la tutelle d'une holding publique³¹. La presse n'ayant pas reçu de communiqué officiel, c'est l'opposition qui découvre le décret, trois semaines après son entrée en vigueur (Khalîl, 2007). Celui-ci transforme les actifs de l'assurance santé, comptabilisés à leur valeur historique nette³², en société par actions ouverte aux actionnaires privés. Ses hôpitaux devront délivrer des soins à tous les publics (assurés, non assurés et en sous-traitance) de façon à maximiser la rentabilité de leurs investissements. La holding et ses filiales décideront de la répartition de leurs profits entre actionnaires

26. « Le nouveau président de l'Agence, Sa'îd Râtîb, promet de répondre aux plaintes et de sanctionner les médecins qui obligent les patients à leur régler des honoraires », *Al-Jumuhûriyya*, 6 juillet 2006.

27. « Les politiques de réforme de l'assurance santé en Égypte », 2006.

28. *Akhbâr al-yawm*, 8 juillet 2006. Financement et soins sont déjà séparés, puisque les assurances sociales collectent les cotisations et l'assurance prodigue les soins. La réforme propose en réalité de retirer les soins à l'assurance pour les confier aux prestataires privés.

29. *Al-Jumuhûriyya*, 6 juillet 2006.

30. *Akhbâr al-yawm*, 8 juillet 2006. Jusqu'à la parution de cet article, le projet n'est toujours connu, ni du public, ni des parlementaires.

31. L'étatisation des biens de l'assurance santé (40 hôpitaux, 600 dispensaires, 2700 cliniques, 50 pharmacies, bâtiments, équipements, ambulances) permet au gouvernement d'en gérer et d'en privatiser les actifs à son profit, alors que la législation antérieure considérait les assurés cotisants seuls propriétaires de ses actifs et seuls bénéficiaires de ses services.

32. La valeur historique des terrains, bâtis et équipements médicaux est très inférieure à leur valeur marchande.

et investissements, et gèreront leur portefeuille d'actions selon les règles commerciales. Le conseil d'administration et l'assemblée générale, nommés par le ministre, comprennent chacun un délégué du syndicat ouvrier, censé représenter les assurés³³.

Dans l'argumentaire de la réforme de l'assurance maladie, le déficit à combler tient une grande place. Il est donc utile de rappeler la structure de l'offre de soins et son financement en Égypte, avant de présenter les grandes options de la réforme gouvernementale telles qu'elles ont été révélées au public égyptien.

SYSTÈME DE SOINS ET BUDGETS DE SANTÉ

La couverture maladie en Égypte ne s'effectue pas par remboursement des frais médicaux, mais par prestation gratuite des soins dans les dispensaires et hôpitaux publics. En 2002, les dépenses de santé³⁴ représentaient environ 5,8 % du PIB, 29 % d'entre elles transitant par le budget de l'État³⁵, soit 8 % par l'assurance maladie et 21 % par les ministères de la Santé et de l'Enseignement. Les financements mutualisés couvrent, outre une part importante des soins primaires et préventifs, l'essentiel des soins secondaires et tertiaires (PND, 2004). La rémunération directe par les ménages des médecins et leurs achats de médicaments et de soins représentent environ 70 % des dépenses de santé. La part des financements mutualisés aurait ainsi régressé de

33. Décret du Premier ministre n° 637, publié au J.O. n° 21, du 21 mars 2007.

34. Pour des dépenses de santé en Égypte estimées à 23 milliards de livres égyptiennes en 2002 (derniers chiffres disponibles). Recoupés de sources non officielles, ils sont très approximatifs (Khalîl, 2006b). Samîr Fayyâd cite le même chiffre dans *Siyâsât islâh al-ta'mîn al-sihhî fî mîsr* (*Les politiques de réforme de l'assurance santé en Égypte*), AHED-Center for Study of Developing Countries, 2006. En 2002, les dépenses publiques de santé sont estimées à 6,8 milliards de LE (3,7 % du budget et 2,1 % du PIB) dont 4,6 milliards de LE pour le ministère de la Santé et 2,2 milliards pour les agences économiques (Fârûq, 2002). Dans le projet soumis au Parlement en mai 2005, les dépenses du ministère pour 2005/2006 s'élèveraient à 8 milliards de LE, soit 4,4 % du budget de l'État (données fournies par 'Abd al-Khâlîq Fârûq). Les chiffres du budget du ministère publiés par le Capmas sont inférieurs d'environ 20 % à ces estimations.

35. Pour un PIB de 393 milliards de LE. Selon le PND, les dépenses publiques de santé n'atteignent que 1,8 % du PIB. http://www.idsc.gov.eg/Indicators/IndicatorsResult_Details.asp?IndicatorID=4739

36. La répartition des dépenses de santé a été calculée pour la Banque mondiale à partir d'une dépense totale de 4,166 milliards de LE (1992). Son tableau est repris par toutes les sources suivantes (dont 'Abbâs, 2003, p. 100).

35 % en dix ans, puisque, selon la Banque mondiale³⁶, en 1992 34 % des dépenses nationales passaient par le budget de l'État et 9 % par l'assurance obligatoire³⁷ alors que 56 %³⁸ seulement d'entre elles étaient payées directement par les ménages.

Financement et offre de soins

Moins de 10 % des Égyptiens seraient assez riches pour se faire soigner exclusivement dans les établissements privés ou à l'étranger³⁹. Les 90 % restant de la population consultent aussi chez des médecins libéraux, pratiquent l'auto-prescription assistée du pharmacien, en cas d'urgence ou pour les affections les moins coûteuses (Nasâr, 2005, p. 100-105 et p. 121). La moitié seulement⁴⁰ des Égyptiens bénéficient jusqu'à ce jour de l'assurance obligatoire, qui collecte et redistribue 8 % des dépenses nationales de santé. Disposant en 2004 de 6 % des lits hospitaliers (Capmas, 2005)⁴¹, l'assurance soigne et fournit des médicaments quasi gratuitement⁴² dans ses établissements ou via des

37. 10 % dans le tableau cité par 'Amr 'Abbâs, 2003. En 2002, le budget de l'assurance s'élevait à 1,85 milliards LE, soit 8 % de 23 milliards LE (Khalîl, 2006b).

38. La part des dépenses et services privés de santé a augmenté par rapport à 1992. Les médecins libéraux, les hôpitaux et pharmacies privés exercent de façon croissante en sous-traitance de l'assurance santé et du ministère de la Santé, ainsi que par le système des « soins aux frais de l'État ».

39. D'après l'analyse de l'enquête du Capmas sur les budgets des ménages de 1996 effectuée par Hiba al-Laythî, les 10 % d'Égyptiens les plus riches dépensaient en moyenne 600 LE par an pour les soins médicaux, alors que 60 % des ruraux et 30 % des urbains dépensaient moins de 170 LE par an, 30 % des ruraux et 30 % des urbains de 195 à 270 LE par an (Nasâr, 2005, p. 100-105 et p. 121).

40. En juin 2005, l'assurance santé obligatoire affiliait 36,6 millions d'Égyptiens, soit 52 % de la population : 3,9 millions de fonctionnaires, 3,6 millions d'employés des grandes entreprises, 2 millions de retraités, 17 millions d'élèves et 9 millions d'enfants nés après octobre 1997 (ministère de la Santé, Direction des statistiques, 2005).

41. En 2002, l'Agence santé possédait 39 hôpitaux représentant une capacité de 8 400 lits, 2 900 dispensaires ruraux et 54 pharmacies. Elle travaillait sous contrat avec 3 400 pharmacies libérales, 55 pharmacies des hôpitaux du ministère de la Santé, 670 cliniques d'entreprise, 290 cliniques dépendant du ministère du Travail, 6 893 cliniques dans les écoles et 248 cliniques extrascolaires (Secrétariat de santé du Syndicat ouvrier, *Vers une assurance...*, 2003).

42. Le paiement à la prestation des soins et des médicaments fournis par l'assurance est inférieur à 1 % de ses dépenses totales en 2004/2005. Les médicaments que les malades sont obligés d'acheter à leurs frais ne sont pas comptabilisés.

sous-traitants publics ou privés⁴³. Une partie des assurés bénéficie de régimes complémentaires d'entreprise⁴⁴ qui leur apportent plus de confort que le régime général⁴⁵. L'autre moitié de la population non assurée⁴⁶ a recours aux dispensaires et hôpitaux publics généralistes ou spécialisés⁴⁷ pour les traitements onéreux⁴⁸ contre une faible participation forfaitaire aux coûts⁴⁹.

Les dépenses de soins gérées par l'État⁵⁰

En 2002, moins du tiers des dépenses nationales de santé transitent par le budget de l'État (29 %, dont 21 % par les ministères de la Santé et de l'Enseignement et 8 % par l'assurance santé)⁵¹. Le ministère de la Santé dépense 70 % de son budget dans ses propres administrations, dispensaires et hôpitaux, qui fournissent la moitié⁵² des lits hospitaliers d'Égypte. Le reste de son budget est

43. Insignifiante en 1992, la sous-traitance atteint, en juin 2005, 17 % du budget de l'assurance, 19 % de son compte courant, 25 % des soins fournis. Son ancien président, Mustafâ 'Abd al-'Âtî, déclare à *Al-Ahrâm* du 27 janvier 2006 que ses établissements ne soignent en 2005 que 60 % des affiliés.

44. Les différents ministères accordent à leurs fonctionnaires une couverture complémentaire, monétaire ou dispensée dans leurs propres hôpitaux. Ils soignent aussi à titre payant d'autres personnes dans leurs hôpitaux.

45. Les assurances maladies privées individuelles contractées par des employés à revenus moyens et supérieurs, ne couvraient en 2002 que 120 000 cotisants et canalisait 1 % des dépenses de santé (PND, 2004).

46. Environ 34 millions d'actifs et de femmes au foyer et un million d'étudiants non assurés.

47. Fièvres, psychiatrie, maladies des yeux, des poumons, du coeur, cancers, PND, 2004.

48. Opérations chirurgicales, dialyses, traitements des maladies chroniques ou des cancers, PND, 2004.

49. Certains médicaments doivent être achetés. Des soins « de confort » sont prodigués contre paiement. Certains médecins exigent des pots-de-vin pour fournir les soins et médicaments gratuits (*Sawt al-Azhâr*, 3 février 2006).

50. Lorsque les données manquent en 2002 on rappelle celles de 1992.

51. En 2004/2005, l'assurance santé était financée par les cotisations obligatoires prélevées sur les employés et les employeurs (51 % de ses recettes), les cotisations des parents d'élèves et de pré-scolaires nés après 1997 (3 %), des taxes sur les cigarettes (13 %), une contribution du ministère des Finances de 12 LE par élève (18 %) et les retenues sur les bénéfices de l'assurance (15 %). Comptes définitifs de l'Agence publique d'assurance santé, 2004/2005.

52. Soit 80 536 sur 144 519 lits en 2002 (Capmas, 2005, p. 122).

53. Cette dotation du ministère de la Santé a permis de traiter en Égypte 907 329 patients non affiliés à l'assurance santé pour un coût moyen de 1 316 LE, et de traiter à l'étranger 220 patients pour un coût moyen de 63 427 LE (Capmas, 2005).

affecté en dotations financières aux indigents⁵³ dans les autres établissements publics et chez les prestataires privés. Ces dotations, pour soins trop coûteux pour le malade, soit en Égypte, soit à l'étranger, s'élèvent à 1,2 milliard de LE, soit l'équivalent de 28 % du budget du ministère, 5 % des dépenses nationales de santé et 1 % du budget de l'État. Les hôpitaux universitaires du ministère de l'Enseignement supérieur détiennent 14 % des capacités hospitalières nationales⁵⁴ et les hôpitaux des autres ministères (Défense, Intérieur, Affaires sociales, Électricité, Transports, Agriculture) 3 %⁵⁵. Inclus dans les dépenses publiques, les dons des gouvernements étrangers financent une soixantaine de projets consacrés à la réforme structurelle, à la réforme de l'assurance maladie et au développement des politiques de santé (PND, 2004)⁵⁶.

Les dépenses de santé privées

Les ménages paient directement 70 % du total des dépenses nationales⁵⁷, en trois catégories de services : 1) les forfaits hospitaliers et pharmaceutiques des hôpitaux publics, soit 2 % à 3 % du total ; 2) les honoraires des médecins libéraux⁵⁸ ; les frais de soins dans les 450 hôpitaux privés (PND, 2004) qui offrent 16 % des lits⁵⁹ dans les dispensaires des mosquées et églises, qui fournissent des soins primaires à bas prix dans les quartiers populaires et à la campagne (PND, 2004), ce qui représenterait 22 % des dépenses nationales (*Vers une assurance sociale globale*, 2004, p. 100) ; 3) les achats de médicaments dans les pharmacies libérales, qui en absorberaient 30 % (*ibid*)⁶⁰.

54. Le ministère de l'Enseignement supérieur contribuait en 1992 à 8 % des dépenses nationales de santé.

55. Les autres ministères contribuait en 1992 à 3 % des dépenses nationales de santé.

56. Les financements des institutions égyptiennes privées et des donateurs étrangers étaient estimés par la Banque mondiale en 1992 à respectivement 5 % et 3 % des dépenses nationales. On ne dispose pas des chiffres pour 2002.

57. 14 des 23 milliards de LE estimés (Khalîl, 2006b).

58. Pour une population de près de 70 millions d'habitants, 39 204 médecins exerçaient en 2001, 23 391 prodiguaient des soins directement aux malades, les autres travaillant en établissements publics. Un grand nombre d'entre eux consultent en cabinet particulier ou dans des établissements de soins privés, commerciaux ou associatifs, où ils offrent les premiers services de santé à la population. 1 772 des 5 459 dentistes et 1 147 des 3 469 pharmaciens exerçaient également en libéral (Sirrâg, 2003).

59. Soit 23 500 sur 144 519 lits en 2002 (Capmas, 2005, p. 122). L'estimation publiée par le PND (2004) est inférieure, probablement antérieure (122 000 lits publics et 10 000 lits privés).

60. L'autoprescription assistée par le pharmacien est importante, car la moitié de la population n'est pas assurée et que la moitié assurée opte pour la médecine libérale pour les traitements peu coûteux ou urgents.

Une offre de soins inégalement répartie sur le territoire⁶¹

Dans les grandes villes (Grand Caire, Alexandrie, Port-Saïd, Suez) du Nord qui concentrent la plupart des services médicaux⁶², le nombre élevé d'habitants par lit et par médecin est compensé par la diversité des soins offerts, leur proximité géographique et une meilleure rationalisation des services⁶³. Dans les gouvernorats de Haute et Moyenne-Égypte, de la Nouvelle Vallée et du Sinaï, l'assurance n'a pas d'hôpitaux propres, le nombre d'affiliés y étant jugé insuffisant⁶⁴. Dans les zones à faible densité de population (Sinaï, Mer Rouge, Nouvelle Vallée), mieux dotées en médecins et lits relativement au nombre d'habitants, les infrastructures sont concentrées dans quelques centres urbains et une part importante de la population doit effectuer de grands trajets pour y accéder. Ce sont les zones rurales, où la couverture de l'assurance de santé et les revenus sont les plus faibles⁶⁵ qui sont les moins bien desservies par les soins publics. Les agriculteurs, les femmes non salariées, les enfants non scolarisés, les artisans et employés des petites entreprises échappent à la couverture médicale et ne bénéficient pas des soins publics disponibles en ville. Ce sont à ces catégories de la population égyptienne que les projets pilotes de la santé des familles et l'extension de la couverture maladie sont censés apporter en priorité une amélioration de l'offre de soins.

Historique de la couverture médicale en Égypte : de l'État providence⁶⁶ à l'État caritatif

Depuis 1923, les gouvernements égyptiens successifs ont développé des infrastructures sanitaires sur tout le territoire (Shukr Allâh, 2005, p. 7). Depuis 1964, l'Égypte a mis en place, parallèlement à l'assurance maladie, un système de couverture partielle⁶⁷ des soins onéreux des patients indigents nommé « soins aux frais de l'État ». Sa part dans le budget du ministère de la Santé a triplé, passant de 6 % à 1994 à 20 % environ en juin 2003⁶⁸. Avec

61. L'offre de soins varie de 123 habitants par lit d'hôpital dans le Sud-Sinaï à 1 175 à Charaku (est du Delta) et de 300 habitants par médecin dans le Sud-Sinaï à 2 983 à Minia, en Moyenne-Égypte (Capmas, 2005).

62. L'appellation services médicaux recouvre les hôpitaux généraux et spécialisés, publics, universitaires et de l'assurance santé, ainsi que les médecins des différentes spécialités.

63. Données Capmas, Fârûq, 2002, p. 201.

64. Interview du président de l'Agence, Mustafâ 'Abd al-'Âtî, de *Sawt al-Azhâr*, 3 février 2006.

65. Les dépenses de santé en zone rurale sont à peu près la moitié de celles en zone urbaine (Nasâr, 2005, p. 121).

un budget de 1,6 milliard de LE en 2004, soit plus de la moitié de celui de l'assurance maladie, ses dotations individuelles ont permis à 1,156 million de malades⁶⁹ de recevoir des traitements onéreux⁷⁰. L'assurance maladie, qui n'a effectué que 357 000 interventions chirurgicales en 2004, procure en revanche des médicaments gratuits à plusieurs millions d'affiliés⁷¹. Depuis 1995, le gouvernement a multiplié par quatre le nombre de bénéficiaires des « soins aux frais de l'État », tout en divisant d'autant la dotation financière accordée à chaque patient⁷². Le développement des hôpitaux publics et de l'assurance santé a permis de prodiguer, à des tarifs inférieurs, des soins précédemment sous-traités à des établissements privés⁷³. Avec l'extension des « soins aux frais de l'État », le ministère délègue davantage de soins à d'autres prestataires⁷⁴ et consacre une partie croissante de son budget à une redistribution ciblée du revenu, en ne couvrant qu'une partie des frais médicaux de chaque malade⁷⁵.

66. Selon la Constitution égyptienne de 1971, « l'État égyptien doit garantir les services d'assurance sociale et de santé, ainsi que de retraite, d'incapacité de travail, de chômage et de vieillesse à tous les citoyens, conformément à la loi » (art. 17), « l'État garantit l'accès aux services culturels sociaux et de santé et s'efforce particulièrement de les rendre disponibles facilement et de façon continue au village, afin d'en élever le niveau » (art. 16).

<http://www.assembly.gov.eg/EPA/ar/Levels.jsp?levelid=6&levelno=1&parentlevel=0>

67. Instauré par décret et non par une loi, l'octroi de la dotation est à la libre appréciation du ministre.

68. Capmas, *Statistical Year Book*, 1995 à 2005.

69. Le nombre de patients traités à l'étranger a régulièrement baissé, passant de 854 en 1994 à 229 en 2003.

70. 1 439 LE en moyenne par malade en 2004 (Capmas, 2005).

71. 26 millions d'ordonnances délivrées pour un montant moyen de 17,7 LE ; 357 059 interventions chirurgicales pour un coût moyen de 114 LE (Agence publique de l'assurance santé, 2003/2004).

72. La dotation affectée à chaque malade traité en Égypte a été réduite de moitié en valeur courante, passant de 2 600 LE en 1995 à 1 300 LE en 2003 (Capmas, *Statistical Year Book*, 1995 à 2005).

73. Rapports d'activité annuels de l'Agence publique de l'assurance santé, 2000/2001-2004/2005.

74. La part du privé dans les lits hospitaliers a crû de 10 % à 16 % de 1994 à 2004 (Capmas, 2005) en partie financée par la sous-traitance de l'assurance et du ministère.

75. Le ministre aurait ordonné de diminuer la prise en charge par l'État à 80 % puis 50 % (rumeur entendue par l'auteure chez des médecins et pharmaciens).

Le financement et l'offre de soins de l'assurance maladie

En 2005, les deux tiers des recettes de l'assurance santé provenaient des cotisations « maladie » de 9,7 millions de « travailleurs » (salariés, fonctionnaires et retraités) apportant 34 % du total, des cotisations « maladie » de 17 millions d'« élèves » et de 10 millions de « pré-scolaires » fournissant 14 % des recettes, ainsi que des cotisations « accidents du travail » des salariés procurant 19 % des ressources. Le reste était couvert par une taxe sur les cigarettes (17 %) et par les bénéfices antérieurs (11 %) (Agence publique de l'assurance santé, 2004/2005b).

Historique de l'Agence de l'assurance de santé⁷⁶

L'Agence publique de l'assurance santé a été créée en 1964 sous la présidence de Nasser. Avant cette date, des assurances médicales sectorielles et limitées couvraient les accidents du travail et maladies des travailleurs et fonctionnaires. En 1936, la loi 64 avait reconnu les accidents du travail, puis en 1942, la loi 86 obligea les employeurs à affilier leurs employés contre ces accidents dans une des assurances commerciales existantes. En 1945, la loi du contrat de travail individuel définit la protection médicale obligatoire selon la taille de l'entreprise⁷⁷. En 1950, la loi 117 étendit la couverture assurancielle aux maladies professionnelles. En 1953, le Syndicat général du textile demanda que maladie et accident du travail soient diagnostiqués hors de l'entreprise, où le médecin refusait de prescrire médicaments et congés⁷⁸. En 1958, la loi 202 créa, à la demande des syndicats, la Caisse nationale publique, responsable du financement et des obligations relatives aux accidents du travail, pour pallier les abus des caisses privées vis-à-vis des accidentés. Promulgué en 1959, le code du travail unifié (loi 91) ordonna la création d'infirmes et la conclusion de contrats d'assurance collectifs avec les assurances commerciales ou avec l'Institution de santé ouvrière⁷⁹. En 1964, la loi 75 étendit l'assurance santé aux fonctionnaires et instaura une cotisation de 3 % du salaire pour l'État employeur et de 1 % pour l'employé.

En 1964, l'Agence publique d'assurance santé fut créée par le décret 1209 pour mettre en œuvre la loi 75. Elle hérita des hôpitaux de l'Institution de

76. [Abd al-Fattâh Zakî (ex-président de l'Agence), 2004].

77. La loi de 1945 imposait une infirmerie pour une entreprise de moins de 100 employés, un généraliste entre 100 et 500, la couverture totale des soins au-delà de 500 [témoignage oral de Sayyid 'Abd al-Wahhâb Nadâ, syndicaliste, trésorier du syndicat textile en 1955, fondateur du bureau de publication et de culture ouvrière (1957-1958), né en 1926, retraité].

78. Sayyid 'Abd al-Wahhâb Nadâ, *ibid*.

79. Elle fut créée par le décret 571 de 1961, à la demande des syndicats, pour pallier la réticence des employeurs et des assurances à accorder des congés maladie et à financer les soins des ouvriers.

santé ouvrière. La loi 63 de 1964 appliqua l'assurance santé aux entreprises publiques et privées de plus de 250 employés. Les cotisations patronales et salariales s'y élevaient, respectivement, à 4 % et 1 % du salaire⁸⁰. L'assurance maladie et accidents du travail s'appliquait alors à 140 000 personnes, fonctionnaires et employés des entreprises publiques récemment nationalisées⁸¹.

En 1975, le Président Sadate modifia le régime de l'assurance maladie, dans le contexte de la grave crise financière que traversait le pays à la suite des deux guerres de 1967 et 1973⁸². Il fit promulguer la loi 32, remplaçant la loi 75 de 1964 sur l'assurance maladie des fonctionnaires, et réduisit de plus de la moitié les cotisations de l'État et des employés⁸³ tout en introduisant un paiement à la prestation⁸⁴. La crise financière de l'État égyptien fut ainsi à l'origine d'une première mutation dans le système de l'assurance santé. En 1975, fut également promulguée la loi 79 qui régit, jusqu'à aujourd'hui, cinq régimes d'assurances sociales : retraite, incapacité, décès ; chômage ; maladie des actifs ; maladie des retraités ; accidents du travail et maladies professionnelles⁸⁵.

En 1981, le décret 10 initia à Alexandrie un programme d'assurance de la famille reposant sur l'affiliation volontaire par les entreprises de leurs employés. Faute de volontaires, le projet fut abandonné après la promulgation par le Président Moubarak de la loi 99 de 1992 qui étendait la couverture maladie

80. L'Agence des assurances sociales, qui collecte les cotisations auprès des employeurs, en prélève un quart pour « frais administratifs » et remet les trois quarts restant à l'assurance santé.

81. Comme les assurances sociales refusaient de rembourser à l'assurance santé certaines de ses dépenses, le gouvernement confia, par le décret 3298 du 31 octobre 1964, à la seule assurance de santé la gestion de la totalité des cotisations maladie (Hasan 'Abd al-Fattâh Zakî, *ibid.*, 2004).

82. Sadate avait rompu les relations avec l'URSS. L'Europe et les États-Unis restreignaient leurs prêts à l'Égypte. Les pays arabes refusaient leur aide depuis le cessez-le-feu avec Israël. Seul le Shah d'Iran accepta de lui avancer en 1976 un milliard de dollars.

83. Calculées sur la partie fixe du salaire de base légal, dont les réévaluations périodiques restaient inférieures à la hausse de la partie variable du salaire et du coût des soins.

84. Le paiement à la prestation (25 % des soins, jusqu'à un maximum d'1 LE et de 25 à 50 piastres par journée d'hospitalisation) devint obsolète avec l'inflation.

85. L'assurance maladie est financée aux trois quarts par les cotisations (3 % du salaire pour l'employeur et 1 % pour l'employé) et pour un quart par des taxes. L'assurance des accidents du travail est payée par les seuls employeurs (1 % du salaire pour les fonctionnaires, 2 % pour les employés du public, 3 % pour ceux du privé). Les retraités et leurs veuves cotisent à 1 % et 2 % de leur pension. Depuis 1993, les parents payent 4 LE par élève et 5 LE par nourrisson.

à 14 millions d'élèves des écoles publiques et privées, de la maternelle au baccalauréat. La loi 99 stipula que les parents devaient verser une cotisation de 4 LE, le budget de l'État complétant cette dernière par une subvention de 12 LE par élève et par les recettes d'une taxe de 10 piastres prélevée sur chaque paquet de cigarettes vendu⁸⁶. L'extension aux élèves a multiplié par 3,5 les bénéficiaires (de 5,6 à 19,6 millions) entre 1992 et 1994, augmentant l'encombrement des services⁸⁷ et la gêne des usagers adultes⁸⁸. Elle a aussi apporté à l'assurance des ressources lui permettant de couvrir les déficits des autres caisses et de financer ses investissements⁸⁹.

Fin 1997, le ministre de la Santé étendit par le décret n° 380 la couverture de l'assurance santé aux enfants nés après le 1^{er} octobre⁹⁰. Présenté comme un « cadeau du Président Hosni Moubarak aux enfants d'Égypte, sous la protection de madame Suzanne Moubarak, à la fin de la décennie de la protection de l'enfant (1989/1999) »⁹¹, le décret ne prévoyait qu'une cotisation parentale annuelle de 5 LE par enfant sans financement complémentaire de l'État⁹². Le compte des préscolaires⁹³ devint déficitaire dès juin

86. Les élèves bénéficient de programmes de dépistage et de prévention de maladies, de soins dentaires et de la possibilité d'utiliser les services de l'assurance ou du ministère de la Santé contre paiement d'un forfait. La « participation aux soins » des élèves s'élève en juin 2005 à 14,5 millions de LE, soit 22 % des 66,7 millions de LE de médicaments distribués, et 0,6 % des dépenses totales de l'assurance (Agence publique de l'assurance santé, 2004).

87. L'assurance disposant de 7 700 lits en 2000, 140 000 hospitalisations de trois jours en moyenne représentent 15 % de ses capacités (Agence publique de l'assurance santé, 2006a).

88. N'ayant reçu que 36 % des hôpitaux et cliniques de l'assurance santé, les scolaires et les préscolaires sont soignés, à titre payant, dans les 64 % affectés à la caisse « travailleurs » ou par des sous-traitants (Agence publique de l'assurance santé, 2004/2005b). Nombre de cliniques des écoles ne fonctionneraient pas, faute de médecins (*Al-Ahrâr*, 17 février 2006).

89. La caisse des élèves réalisait un excédent de près de 220 millions de LE en 2005, équivalant à 10 % des dépenses courantes de l'assurance (Agence publique de l'assurance santé, 2004).

90. Les enfants cotisants ont droit aux mêmes soins que les scolaires et payent, comme eux, une partie des traitements. Le ministère de la Santé finance les soins préventifs, l'assurance couvre les autres soins par la cotisation parentale de 5 LE et par une dette vis-à-vis de la caisse des élèves (Agence publique de l'assurance santé, 2004).

91. Document interne de l'Agence de l'assurance santé du 20 septembre 2000.

92. Excepté une subvention d'État de 50 millions de LE non renouvelée, qui rend la caisse excédentaire en 1997/98 (Agence publique de l'assurance santé, 2004).

93. La caisse fut nommée à sa création *mawâlîd* (nouveaux-nés). Par la suite, elle désigna tous les enfants nés après le 1^{er} octobre 1997 et non encore scolarisés.

1999⁹⁴ et son déficit cumulé atteint 328 millions de LE en juin 2005⁹⁵. L'excédent de la caisse des élèves, qui inclut le compte des préscolaires, aurait régulièrement baissé depuis 1997, pour faire place à un déficit de 15 millions de LE à partir de juin 2004 puis 72 millions de LE en 2005⁹⁶. Les infrastructures et le personnel de l'assurance santé auraient supporté entre 1993 et 2000 une charge supplémentaire d'un tiers⁹⁷ pour une hausse des ressources de 10 %. Pour combler le déficit des préscolaires et financer les constructions d'hôpitaux, l'Agence utilise les excédents passés de la caisse des élèves⁹⁸. Paradoxalement, l'extension de la couverture maladie aux préscolaires est présentée par l'assurance santé à ses ministères de tutelle comme une des causes de la dégradation de ses finances⁹⁹. En 2000, le gouvernement présente son projet de réforme de l'assurance santé à la Commission santé du Parlement, où il est rejeté. En 2004, le président Moubarak annonce le projet d'intégrer en cinq ans les classes maternelles dans l'enseignement obligatoire¹⁰⁰. Cette mesure permettrait aux enfants scolarisés âgés de quatre à six ans de bénéficier des mêmes traitements et examens que ceux que la

94. Le déficit, de 68 millions de 2001 à 2004, atteint 89 millions en 2005 et 93 millions en 2006. L'assurance couvre 80 % des médicaments (25 millions) et son fonctionnement (88 millions), les familles payent 20 % des médicaments (5 millions) et un forfait (0,8 million). Sur 113,4 millions de LE de dépenses (78 LE par enfant), l'assurance n'encaisse que 20,3 millions (14 LE par enfant), et enregistre un déficit de 93 millions de LE (64 LE par enfant) (Agence publique de l'assurance santé, 2004).

95. Les recettes, financées par la cotisation de 5 LE et leur participation au prix des médicaments, stagnent à 21,7 millions, tandis que les dépenses atteignent 110,5 millions en 2004/2005 (Agence publique de l'assurance santé, 2005b).

96. Dont 70,59 millions de LE non versées par les directions de l'Enseignement et de Al-Azhar depuis 1994 (Agence publique de l'assurance santé, 2004, 2006a, 2005a).

97. L'Agence a offert à 3 millions d'enfants de moins de trois ans, 1,5 million de consultations généralistes, 1,75 million de consultations à l'hôpital, 175.000 de consultations spécialistes. 450 000 de ces enfants ont été soignés dans les hôpitaux de l'assurance, dont 20 000 nourrissons en couveuse pour y subir des opérations délicates (Agence publique de l'assurance santé, 2000). Nous estimons donc à 15 % le taux d'occupation par les préscolaires des infrastructures de l'assurance.

98. Dans une note interne, le président de l'Agence demande à son conseil d'administration de couvrir le déficit, ainsi que 126,2 millions de LE d'investissements antérieurs, sur l'excédent de 1,209 milliard de LE de provisions (Agence publique de l'assurance santé, 2005a).

99. L'Agence réclame pour les préscolaires une loi qui préciserait leur financement et leur couverture (réponse de l'assurance à la Cour des Comptes 2004/2005).

100. *Al-Ahrâm*, 20 avril 2004, en première et quatorzième pages, cité par Hasan Zakî.

loi accorde aux élèves, et de recevoir un financement de l'État qui réduirait le déficit du compte des préscolaires¹⁰¹.

La réforme transitoire de l'assurance santé

L'assurance santé, en attente de la réforme¹⁰², a dû réduire ses dépenses pour faire face au triplement de ses usagers avec la même part des dépenses nationales de santé depuis 1993. Les rares déclarations de ses responsables permettent de déduire les grandes lignes de la réforme transitoire en œuvre. Certains de ses arguments sont communs avec le gouvernement¹⁰³ et d'autres avec l'opposition¹⁰⁴. Comme le projet du PND et la loi de 2000, elle propose que le rôle de l'Agence se limite à la gestion des fonds, à l'achat et au contrôle des soins, sans en être elle-même prestataire. Elle préconise d'accroître le financement, dont l'insuffisance est la cause de l'insatisfaction des patients (que les médecins n'examinent pas faute de temps) et des prestataires, de l'accumulation des dettes, de l'incapacité de sous-traiter et d'étendre la couverture. Pour réduire ses coûts, l'Agence a limité la sous-traitance en 2004/2005 à 20 % des dépenses courantes, augmenté les soins et ventes de médicaments dans ses propres unités¹⁰⁵, renforcé les contrôles, réduit d'un quart le nombre des pharmacies sous contrat, prescrit les médicaments les moins chers en stock¹⁰⁶ achetés par appels d'offre, cessé d'équiper les hôpitaux par des intermédiaires¹⁰⁷. Elle a augmenté ses ressources en introduisant deux classes

101. 68 % des enfants nés après 1997 cotiseraient au régime instauré par le décret 380 de 1997.

102. L'assurance participe par son personnel et ses locaux aux programmes nationaux de santé : lutte contre la cécité et la mauvaise vue chez les scolaires, lutte contre l'anémie (avec USAID) ; découverte précoce des handicaps et des difficultés d'apprentissage (avec le Conseil national de la maternité) ; soins de la dépendance à la drogue (Caisse de lutte contre la drogue) ; diagnostic précoce de la dépression et du dédoublement de la personnalité (Université de 'Ayyin Chams) ; programme scolaire sur le handicap appliqué à 3 400 élèves dans 16 écoles ; lutte contre le tabagisme (formation aux praticiens) ; programme de formation à la santé dans les écoles égyptiennes.

103. L'absence de paiement à la délivrance des médicaments constituant 40 % des dépenses courantes.

104. La faible cotisation des fonctionnaires, la couverture de 10 millions de préscolaires sans financement, l'absence de cotisation patronale pour les retraités et les veuves, etc.

105. Document interne (Agence publique de l'assurance santé, 2005c).

106. Selon Mustafâ 'Abd al-'Âtî, l'assurance santé était obligée d'acheter et de distribuer la totalité de la production des 65 entreprises pharmaceutiques égyptiennes. Répondant aux plaintes des malades et des médecins concernant l'inefficacité de certains médicaments, il demandait à l'administration de retirer de la vente les médicaments non conformes (*Sawt al-Azhâr*, 3 février 2006).

107. Rapport de l'Agence de santé non publié (décembre 2005).

de soins payants¹⁰⁸. Pour réduire l'attente¹⁰⁹ et améliorer les soins, l'Agence demande à pouvoir mieux payer les médecins¹¹⁰ et les infirmiers¹¹¹.

L'assurance est-elle déficitaire ?

Le gouvernement affirme depuis dix ans que l'assurance santé est déficitaire, ce qui justifierait de rendre les soins payants. Pourtant, le solde du compte courant compensé des caisses maladie « travailleurs » et « élèves » était excédentaire, entre juin 2002 et juin 2006, de respectivement 184, 211, 192, 101, et 110 millions de LE¹¹². L'Agence présente, dans ses rapports annuels publics, des catalogues de réalisations censés expliquer ses difficultés financières, sans toutefois les chiffrer¹¹³. Dans les documents destinés aux autres administrations, à la presse et au Parlement, l'Agence ne présente que ses régimes

108. Les malades qui peuvent payer bénéficient d'une infirmière et d'une chambre par malade (en première classe) contre deux malades (en seconde classe). Les malades indigents doivent se contenter d'une infirmière et d'une chambre pour six malades (*Sawt al-Azhâr*, 3 février 2006).

109. Elle a amélioré l'accueil des patients en situation normale et d'affluence de plusieurs façons : la prise de rendez-vous et le transfert sur d'autres hôpitaux proches, la présence du travailleur social parmi les patients, la sanction des retards des médecins.

110. Les patients sont obligés de venir plusieurs fois le matin pour consulter les spécialistes qui se consacrent à leur cabinet privé l'après-midi, et l'après-midi pour les spécialistes qui exercent le matin dans d'autres hôpitaux. Selon Mustafâ 'Abd al-'Âtî, l'attente résulte du manque de médecins, dû à la faiblesse des honoraires payés par l'Agence (*Sawt al-Azhâr*, 3 février 2006).

111. « Le discrédit porté aux infirmières qui passent la nuit à l'hôpital les conduit à refuser les nuits. Celles qui restent se retrouvent avec une trentaine de malades, dont une vingtaine nécessitant des changements de perfusions et doivent aussi dormir car leurs familles ne leur permettent pas de dormir chez elles » (interview d'une infirmière en chef, *Sawt al-Azhâr*, 3 février 2006).

112. Assurance santé, « Budgets définitifs résumés comparés, 2001/2002 à 2005/2006 ». En juin 2005, l'Agence avait augmenté son budget et ses actifs fixes, remboursé ses dettes à long terme, provisionné ses dettes douteuses. Créances dues, investissements, dépenses courantes et de capital étaient garanties par les encaisses bancaires (constituant 25 % de l'actif et 32 % du budget courant). Les excédents de la caisse des élèves avaient permis de constituer 89 % des encaisses bancaires (Agence publique de l'assurance santé, 2004/2005a, 2006b).

113. « De 1981 à 2000, la valeur des médicaments a cru de 5,3 à 30 millions de LE, le nombre de prothèses a été multiplié par 7,5, celui des lits par 2,4, les opérations par 5,5. En 2000, l'assurance a délivré 27 millions de consultations généralistes, 16 millions de consultations spécialistes, effectué 425 000 hospitalisations, 265 000 opérations (cœur, greffes, cancers) qui ont coûté 120 millions de LE (Agence publique de l'assurance santé, 2000-2001).

déficitaires¹¹⁴. Selon Hamza Bassiûnî, l'Agence est excédentaire depuis sa création en 1964. Une partie de ses bénéfices ont été reversés au Trésor public ou affectés à d'autres administrations. Leur importance a permis de réduire de moitié les cotisations des fonctionnaires dans la loi 32 de 1975¹¹⁵, puis de financer 3 milliards de LE de constructions d'hôpitaux et d'achats d'équipements médicaux¹¹⁶. Diminués par l'aggravation des déficits des régimes des fonctionnaires, des retraités, puis des nourrissons, les excédents ont été reconstitués depuis 2002, grâce à une réduction draconienne des dépenses.

Depuis 1993, l'assurance santé couvre ses comptes déficitaires par les excédents des autres comptes. Ainsi, le surplus du régime des accidents du travail, dû au très faible taux de reconnaissance des accidents et maladies professionnels, compense en partie les déficits des régimes des fonctionnaires et des retraités. Le surplus de la caisse des élèves, après avoir comblé les déficits du régime des préscolaires et de la caisse des travailleurs¹¹⁷, a été transformé en provisions, dépôts bancaires et bénéfices retenus¹¹⁸. Une partie des excédents cumulés de l'assurance aurait été détournée par des fournisseurs à la faveur des constructions des nouveaux hôpitaux¹¹⁹. Malgré cela, l'assurance a provisionné des excédents qui lui ont permis de financer 79 % de son capital, de rembourser,

114. Ainsi le président de l'Agence déclarait un déficit de 657 millions de LE en 2000/2001, en additionnant les déficits de trois régimes (fonctionnaires : - 174 millions de LE ; retraités : - 264 millions de LE ; préscolaires : - 250 millions de LE) et en omettant les excédents des caisses (accidents, élèves et soins payants) (Agence publique de l'assurance santé, 2003).

115. *Al-Tagammû'*, 18 février 2006.

116. Les excédents de la caisse des travailleurs (salariés, retraités et fonctionnaires) ont contribué à développer les infrastructures et les finances de l'Agence à hauteur de 31 millions de LE par an depuis 1964 et ceux de la caisse des élèves à hauteur de 147,6 millions de LE par an depuis 1993.

117. Le budget courant de l'assurance (2,28 milliards de LE en 2004/2005) se répartit dans les deux caisses « salariés » et « élèves » de la manière suivante : salaires (salariés 12 %, élèves 15 %), produits médicaux (salariés 33 %), sous-traitance (salariés 12 %, élèves 7 %), transferts courants de l'État (6 %), spécialisés (2,5 %) et excédent courant (4,4 %) qui échoient aux salariés. Les transferts (14 %) couvrent l'augmentation des dépenses de fournisseurs et de sous-traitants (5 %), la hausse du déficit de la caisse des préscolaires (4 %) et laissent un excédent de 4 % (Agence publique de l'assurance santé, 2004/2005b).

118. Les excédents des élèves alimentent les réserves (45 % du passif) et l'excédent (36 %), ainsi que le tiers des actifs fixes (bâtiments, appareils, mobilier et stocks), l'essentiel des encaisses (22 % de l'actif en dépôts bancaires) et la dette des préscolaires (10 % de l'actif). *Idem*, 2004/2005.

119. Rapport d'une commission parlementaire du 27 juin 2005 (*Rûz al-yûsîf*, 15 janvier 2006).

en 2005, 130 millions de LE de dettes, et d'approvisionner un compte bancaire de 586 millions de LE. Pour compenser les déficits par les excédents, le patrimoine de l'assurance¹²⁰ a été partagé. En juin 2005, la caisse des 9,5 millions de « travailleurs », qui apportent 69 % des ressources¹²¹, a obtenu 43 % des actifs, et celle des 27 millions d'« élèves », qui en fournissent 31 %¹²², en a reçu 57 %¹²³. Les réserves (21,4 %) et provisions alimentées par les excédents accumulés (57,3 %) constituent 78,7 % du capital propre de l'Agence, s'élevant à 2,303 milliards de LE¹²⁴. Autrement dit, les surplus des années passées ont financé les trois quarts des 3,3 milliards d'actifs détenus par l'assurance de santé¹²⁵.

Couvrir l'extension, les dettes et l'ouverture au privé

Si l'assurance santé réalise aujourd'hui un excédent, son équilibre financier futur reste problématique. Son bénéfice courant a diminué de 211 à 110 millions de LE entre juin 2003 et juin 2006. Le déficit croît avec l'augmentation des affiliés des comptes déficitaires. Le surplus des élèves baisse du fait de la hausse du coût moyen des soins¹²⁶. L'amélioration des soins et

120. Le patrimoine de l'assurance maladie (3,3 milliards de LE, dont 9 % de capital propre et 6 % de part de l'État) se compose pour moitié de matériel médical et de bâtiments (dont 10 % en cours d'exécution), pour moitié d'encaisses bancaires (25 %), de sommes dues (15 %), de la dette des préscolaires (10 %) et, pour moins de 1 %, de terrains (valeur comptable). *Idem*, 2004/2005.

121. Les cotisations de 7,5 millions de salariés et de 2 millions de retraités ainsi que des recettes de transferts fournissent 69 % des recettes de l'assurance maladie (166 LE en moyenne par « salarié »). *Idem*, 2004/2005.

122. Les recettes apportées par 17 millions de scolaires et 4 millions de préscolaires contribuent pour 31 % des ressources (27 LE en moyenne par élève) : cotisations des parents (3 %), participation aux frais (0,7 %) taxe sur les cigarettes (15 %), subvention du budget (9 %), transferts (3,4 %). *Idem*, 2004/2005.

123. À terme, la caisse « scolaires et préscolaires » pourrait regrouper les affiliés non solvables subventionnés, tandis que la caisse des salariés solvables pourrait être progressivement privatisée.

124. Le capital déclaré ne forme que 20 % de l'actif (dont 7,5 % apporté par l'État). *Idem*, 2004/2005.

125. Les élèves ont apporté 1,98 milliard de LE du financement total, dont 1,78 milliard de réserves et 1,2 milliard de LE d'excédents cumulés (*idem*, 2004/2005). Parmi les dépenses passées, l'achèvement en 2000 de 13 hôpitaux (3 400 lits), 42 cliniques polyvalentes dans 13 gouvernorats, etc. Pour les dépenses plus récentes, la « Réponse de l'assurance à la Cour des Comptes » cite, en 2005, l'ouverture de trois cliniques en Haute-Égypte et de deux hôpitaux à Qena et au Caire.

126. La cotisation par élève est fixe (4 LE pour les parents et 12 LE pour l'État). L'excédent de 10 LE par élève sur les soins (34 LE) en 2002 était dû à la taxe sur les cigarettes, qui avait cru de 14 LE à 21 LE depuis 1992 et à la participation aux soins (7 LE).

des salaires, ainsi que l'extension de la couverture nécessitent d'augmenter fortement les ressources.

Les ménages, qui ne cotisent qu'à hauteur de 1 % de leur revenu et payent directement 60 % des dépenses nationales de santé, obtiendraient une meilleure protection médicale avec une mutualisation plus grande de leurs dépenses. Les cotisations salariales et patronales, qui ne dépassent pas 4 % de salaires fortement dépréciés depuis vingt ans, pourraient être augmentées¹²⁷. Si toutes les caisses ne peuvent être équilibrées par leurs seules cotisations¹²⁸, les excédents des unes pourraient couvrir les déficits des autres.

Or, le projet de loi de 2000 augmente davantage les taxes et les paiements à la prestation que les cotisations. La hausse des cotisations équilibre juste les comptes¹²⁹ des assurés actuels¹³⁰ au niveau des dépenses de 2002 ; et les cotisations des nouveaux affiliés¹³¹ ne couvrent pas le coût moyen des soins¹³². Si la couverture avait été étendue aux 30 millions d'adultes égyptiens non assurés avec ces seules cotisations, elle se serait soldée, aux prix et consommations de 2002, par un déficit minimal de 700 millions de LE¹³³.

Le projet prévoit aussi d'accroître le paiement à la prestation jusqu'à 30 % du coût des soins couverts par l'assurance obligatoire. De plus, certains soins devaient être payés intégralement ou couverts par des assurances volontaires privées.

127. Les salariés pouvaient rendre leur caisse excédentaire en augmentant leurs cotisations, car leurs dépenses à l'assurance ne dépassaient pas 4 % de leur revenu (274 LE par mois). Les fonctionnaires résorbaient leur déficit en relevant la cotisation à 3 % du traitement (150 LE par mois). La loi prévoit de tripler la taxe cigarettes en la relevant de 10 piastres à 10 % du prix du paquet, mais elle pourrait diminuer à terme avec une campagne antitabac efficace.

128. Les retraités ne pouvaient équilibrer leur caisse par leurs seules cotisations, car l'assurance dépensait pour eux 54 % de leur pension (420 LE par mois). Les préscolaires ne peuvent couvrir leurs dépenses (255 LE) par leurs cotisations (5LE), ce qui nécessite, comme pour les élèves, d'autres ressources.

129. Aux prix et dépenses de 2002.

130. L'article 4 de la seconde partie de la loi de 2000 double le taux de cotisation maladie des fonctionnaires au niveau de celui des salariés (4,5 %), triple celui des retraités (3 %) et relève les cotisations des élèves à 5 % des frais de scolarité.

131. 5 % des artisans (loi 108 de 1976), 2 LE par mois pour les actifs informels et 1 LE par mois pour les autres assurés, avec une contribution de l'État de 18 LE par individu.

132. Les nouvelles cotisations, inférieures à la dépense moyenne minimale des adultes (fonctionnaires) en 2002 causeraient un déficit de près de 50 LE par nouvel affilié.

133. Les licenciements massifs en préretraite, la réduction de l'emploi public et formel au profit de l'informel grossiront les effectifs des caisses déficitaires.

La loi crée aussi de nouvelles taxes¹³⁴ qu'elle affecte à l'assurance obligatoire. Pour combler le déficit créé par les cotisations insuffisantes, les recettes de taxes devaient apporter au moins 2 milliards¹³⁵ de LE supplémentaires et financer près des deux tiers de l'assurance élargie¹³⁶.

Dans une optique d'équilibre financier, on peut s'étonner de ce que le législateur ait prévu des cotisations qui ne couvrent pas les coûts moyens. On peut aussi en déduire que le gouvernement a voulu se donner la possibilité d'arbitrer entre le niveau des taxes, le taux de paiement par les malades, la part des soins couverts et le nombre d'affiliés, en dehors du débat public et du contrôle du Parlement¹³⁷.

En effet, la réforme introduit de multiples incertitudes sur l'évolution des besoins de financement : l'impact de la décentralisation et de la mise en concurrence des prestataires et assurances sur les prix des soins et des investissements ; l'effet de la progressivité du paiement sur l'accès au soin, les paiements effectifs étant supérieurs à ceux qui sont révélés par la comptabilité¹³⁸ ; l'intégration du coût de l'entretien dans le prix des soins¹³⁹ lorsque les centres de soins seront autonomes de l'assurance et du ministère.

134. 10 % sur les cigarettes, tabacs et alcools, 5 piastres par kilo de produits chimiques agricoles, 10 LE par tonne de ciment, 5 % sur les automobiles neuves, 10 % sur les permis de conduire, 25 piastres par véhicule sur voies rapides, 25 % des licences d'hôpitaux, les pénalités de procès de santé, 10 % des intérêts créditeurs de l'Agence, 5 % de l'impôt foncier agricole, 3 LE sur chaque nuit touristique à la charge du touriste, 7 % des recettes de services des gouvernorats.

135. La taxe de 10 piastres par paquet procurait à l'assurance 341 millions de LE en 2004/2005. À 2,5 LE par paquet, la taxe de 10 % augmenterait la recette d'environ 600 millions de LE. Pas d'estimation pour les autres taxes.

136. En 2004/2005, l'État « employeur » payait 500 millions de LE aux salariés et 205 millions de LE aux élèves, couvrant les salaires (610 millions de LE) de l'assurance. Les taxes sur les cigarettes ajoutaient 341 millions de LE de recettes. Au total, le budget public finançait déjà près de la moitié des 2 milliards de dépenses courantes de l'assurance.

137. Sans les nouvelles taxes et en incluant une participation de 30 % aux dépenses, on obtient un excédent de plus de 800 millions de LE. Cet excédent baisse à 300 millions de LE avec une participation de 20 %, et devient un déficit de 200 millions avec une contribution de 10 %.

138. Selon des témoignages de patients et de médecins, les malades doivent payer un supplément, ou acheter le médicament en dehors, de façon croissante depuis le début des années 1990.

139. L'Agence doit aussi prévoir le rachat d'hôpitaux qui lui ont été « prêtés » par d'autres ministères, sans en avoir payé le capital (« Réponse de l'assurance à la Cour des Comptes », *ibid.*, 2005).

L'amélioration des soins, l'extension de la couverture et l'augmentation du financement de l'assurance obligatoire impliquent de multiples arbitrages que le gouvernement et les donateurs étrangers ne sont probablement pas disposés à soumettre aujourd'hui au débat public.

GENÈSE DU PROJET DU GOUVERNEMENT

Le seul document public exposant l'ensemble du projet du gouvernement égyptien est le rapport programmatique publié sur le site du PND en 2004. Il a été précédé de vingt années d'études avec les donateurs extérieurs¹⁴⁰.

La réforme vue par les experts et les donateurs extérieurs : le PHR 1997

Depuis le début des années 1980, le gouvernement américain a engagé avec son homologue égyptien une série d'études en vue de réformer le système de santé, sous le nom de « Partnerships for Health Reform Project » (PHR). Leurs conclusions furent adoptées par le ministre de la Santé Ismâ'il Sallâm, qui signa en août 1997 un protocole de réforme avec la Banque mondiale, l'USAID et l'Union européenne (Khalil, 2007). Elles peuvent être regroupées autour de quatre idées principales¹⁴¹.

Séparer la prestation de soins de son financement¹⁴²

Le PHR propose d'unifier les lois des différentes assurances (2.1.4), en séparant la prestation de service de santé de son financement (2.3.3) par la création d'une Caisse de santé financière mutualiste nationale unique (2.3.1), autonome (2.1.5), capable de s'autofinancer (2.3.4) ; la loi doit définir le mode d'allocation des fonds de la Caisse aux prestataires de soins (2.3.4) ; l'assurance ne construira plus d'hôpitaux (2.2.1), le ministère de la Santé limitera ses

140. 'Abd al-Min'im 'Ubayd, « La protection sanitaire en Égypte entre la politique d'assurance santé nationale universelle et la politique du marché », *Les politiques de réforme de l'assurance santé en Égypte*, *ibid.*, pp. 29-62 ; Khallâf, 2005, pp. 11-68 ; Fayyad, 2002 ; Nasâr, 2005, p. 121.

141. Les textes sont traduits d'une version arabe du rapport original (en anglais), les titres ont été ajoutés, les numéros des recommandations ont été conservés (en italique) : Mc Euen, Mark, août 1997, *Assessing Health Sector Policy Reform Strategies in Egypt: A Summary of PHRP Analyses* ; Samîr Fayyâd, *La Santé en Égypte*, *ibid.*, 2002, pp. 535-538.

142. Cette recommandation est interprétée par Muhammad Khalîl dans le sens de « privatiser les actifs publics » et de « réduire la part de la gestion publique et socialisée au profit de la gestion privée et marchande », art. cit., août 2006.

constructions et les échelonnera dans le temps (1.1.1) ; les hôpitaux du ministère de la Santé deviendront propriété d'agences publiques¹⁴³ indépendantes du ministère (1.1.2), pourront s'autogérer (1.1.5) et être utilisés par les praticiens du secteur privé (1.1.4) ; les centres de soins de l'assurance santé seront vendus au secteur privé ou à des organismes publics à but lucratif (2.2.2) et les assurés pourront choisir leur prestataire de service (2.2.4).

Rentabiliser le service de santé

Le rapport préconise de privilégier les soins qui offrent un résultat maximal sur la santé publique avec un coût minimal (1.4.5), tout en réclamant un paiement par les usagers d'une partie des coûts. Il introduit la notion de « paquet de services de base » (1.2.1), qui limite les soins pris en charge par l'assurance ou par l'État à des traitements de protection primaire et de prévention pré-établis (1.2.4), et supprime le caractère illimité de la couverture médicale (2.3.2). À ce sujet, le rapport du PHR recommande de faire payer les soins dans tous les hôpitaux publics (1.1.3) et de penser à les faire payer dans les dispensaires de soins primaires (1.1.7), d'introduire des indicateurs de mesure d'efficacité, comme la productivité par lit, le coût des soins par patient, etc. (1.1.6). Les coûts des soins doivent être couverts par les cotisations, mais l'État peut décider de moduler ces dernières entre les bénéficiaires en faveur des plus pauvres (2.1.6) et d'établir des « paquets de soins » complémentaires correspondant aux capacités financières des citoyens (2.1.7) en diminuant la part des coûts de médicaments couverts par l'assurance maladie (2.1.3).

Limiter la dépense publique ou mutualisée

Pour garantir la mise en œuvre de la réforme, la couverture ne sera pas étendue tant que l'Agence n'aura pas été réformée (2.1.1) et que les financements ne seront pas suffisants (1.2.5), contrairement à ce qui fut fait avec les élèves en 1992 et les préscolaires en 1997. Les ressources du ministère de la Santé seront réparties selon les priorités sanitaires (1.4.2), dont la protection maternelle et infantile (1.2.2), la prévention, la médecine familiale (1.2.3) les zones rurales et éloignées (1.4.4) ; les subventions d'État seront réservées aux pauvres et aux faibles revenus (1.3.3) ; le secteur privé sera encouragé à offrir ses services dans les zones peu desservies (1.4.3) ; les systèmes nationaux d'information de santé (dont le GIS) serviront à la planification et à la décision (1.4.1).

Contractualiser le personnel médical

Le rôle du ministère de la Santé se limite à homologuer les prestataires (1.5.1) et à définir les règles de leur contractualisation (2.2.3). Les postes garantis sont

143. Qui bénéficient du statut d'entreprises à but lucratif et peuvent être privatisées, comme l'ont été les entreprises et les services transférés depuis 1991 d'un ministère à une agence publique.

supprimés, les effectifs (1.3.1), l'affectation (1.3.2) et le temps de travail du personnel sont modulés selon les besoins. La qualité des soins ne se construit plus « en interne » sur la durée d'une carrière, mais s'achète sur un marché externe, où la mise à niveau conditionne l'homologation (1.5.2), qui devient un double instrument de contrôle de la qualité et d'ajustement de l'offre à la demande.

Le projet de loi de 2000 et ses suites

En juillet 2000, le docteur Hamdî Sayyid, président de la Commission santé du Parlement, soumet un projet de loi sur la nouvelle « Agence nationale de l'assurance santé ». La Fédération syndicale, qui n'a pas été associée à son élaboration, propose des amendements. C'est sur ce texte, présenté au Parlement, puis retiré sans vote, que se sont développées les critiques de la réforme. Le projet de 2000 reprend les principales recommandations du rapport du PHR. Il divise l'assurance santé en trois institutions : une caisse gérant les cotisations, l'Agence nationale contrôlant la sous-traitance, les agences de gouvernorat qui héritent des hôpitaux et cliniques. Transformées en sociétés de droit public, elles pourront être gérées comme des entreprises, louées ou privatisées. La couverture est limitée à un « paquet de soins de base », dont l'usager devra payer jusqu'à 30 %, les autres traitements deviennent payants ou soumis à assurances complémentaires. Nous avons regroupé les sept chapitres de la loi sous deux rubriques portant sur les points principaux de la réforme.

Universalité et couverture obligatoire

Bien que le texte ait nommé l'assurance accidents et maladie « globale » ou « universelle » (châmil) (Khalîl, 2006a, pp.93-101), il prévoit de n'étendre la couverture au reste de la population que progressivement et lorsque le gouvernement l'estimera nécessaire¹⁴⁴.

Contrairement aux lois de 1975, qui accordaient à tous les affiliés le même accès illimité aux soins quelle que soit leur cotisation, le projet de 2000 en module l'accès entre « paquets » dits « de base » et « additionnels ». Le ministre peut décider, sans vote du Parlement, que certains soins ne soient pas couverts par la cotisation de base et doivent être payés à la prestation ou couverts par une assurance complémentaire¹⁴⁵. Tout en réaffirmant que « la protection de

144. « L'assurance maladie (...) s'appliquera progressivement aux autres Égyptiens et aux étrangers en Égypte conformément aux décrets promulgués par le ministre de la Santé et de la Population » (article 1 du préambule).

145. Article 2 de la première partie : « Les services fournis à l'assuré par l'assurance globale de santé sont définis par le décret d'application. Le ministre de la Santé peut promulguer par décret d'autres services et définir le montant de la compensation exigée pour en bénéficier. »

santé de l'accidenté ou du malade a lieu en Égypte jusqu'à ce qu'il guérisse ou que son incapacité soit prouvée »¹⁴⁶, l'article 26 instaure un niveau minimal couvert par l'assurance, défini par le ministère de la santé, et un niveau supérieur dont l'assuré doit payer la différence de prix¹⁴⁷. L'opposition y voit l'abandon de la couverture jusqu'à rémission ou décès¹⁴⁸.

Enfin, le projet autorise le ministre à fixer le taux de paiement des soins assurés jusqu'à 33 %¹⁴⁹. Or, les forfaits actuels sont très limités, leur dernière augmentation ayant été négociée avec le Syndicat en 1991. En 2005, le paiement, imposé aux élèves et aux préscolaires de 30 % des médicaments vendus hors hospitalisation, ne constituait que 2 % des coûts de fonctionnement de leur caisse. Le recouvrement du tiers des coûts assurés multiplierait par quinze les paiements des patients ; et celui des coûts non assurés les augmenterait davantage.

En 2000, la Fédération ouvrière, qui refusait le paiement du tiers du coût des soins, l'exclusion de certains traitements de l'assurance obligatoire et l'extension de la couverture sans financements adéquats, offrit d'augmenter les forfaits fixes de soins¹⁵⁰.

En 2005, le Centre d'informations du Premier ministre proposa de moduler la part de l'utilisateur selon son revenu¹⁵¹, ce qui excluait encore des soins onéreux 67 % des Égyptiens qui vivaient avec moins de 420 euros par an

146. Principe de base de la protection sanitaire, établie par l'OMS et par les lois égyptiennes précédentes.

147. Article 26 : « (...) Le niveau des soins assurés ne peut être inférieur aux minima définis par le ministre de la Santé par décret. Le malade ou l'accidenté peut demander un niveau de soins supérieurs au niveau assuré, à condition de payer la différence de prix. »

148. Pour fustiger l'article 26 et les « paquets de soins » selon les cotisations et paiements, plusieurs journaux citèrent le ministre Hâtim al-Gabalî déclarant, lors de son passage à l'émission télévisée « Al-Bayt baytak », que la chirurgie esthétique et les dialyses ne seraient plus couvertes par l'assurance santé (Khalîl, 2006a, pp.93 à 101).

149. Pour les médicaments consommés à l'extérieur de l'hôpital, l'article 4 oblige le malade à payer le tiers du prix et, pour les autres soins, le tiers au plus du tarif de l'Agence ou du coût effectif. Les médicaments gratuits ainsi que le pourcentage de paiement des soins et les cas d'exonération sont déterminés par décret du ministre de la Santé.

150. [Amer (Secrétariat des Affaires de santé, Union générale des syndicats de travailleurs Égypte), 2003, pp.70-80].

151. Taux de paiement (selon les tranches de revenu annuel) et pourcentage de la population : 0 % (<1 000 LE) 7,5 % ; 5 % (1 000-2 000 LE) 40,5 % ; 7,5 % (2 000-3 000 LE) 26,5 % ; 10 % (3 000 LE-6.000 LE) 19,4 % ; 15 % (de 6.000-10 000 LE) 4 % ; 20 % (10 000-15 000 LE) 1,5 % ; 25 % (15 000-20 000 LE) 0,4 % ; 30 % (> 20 000 LE) 0,3%. (Center for Information and decision Support, 2005).

et limitait l'accès aux soins de 99 % des Égyptiens, disposant de moins de 2857 euros par an¹⁵².

Un des objectifs déclarés du projet de 2000 était d'équilibrer les finances et d'étendre la couverture de l'assurance santé, en relevant les cotisations et en prélevant de nouvelles taxes. En fait, il relevait les cotisations maladies payées par les salariés, les fonctionnaires, les retraités et les élèves¹⁵³, mais réduisait d'un tiers les cotisations patronales des accidents de travail, et dispensait les employeurs de payer le congé maladie¹⁵⁴. S'il créait des cotisations pour les nouveaux affiliés, les artisans et les travailleurs de l'informel, celles-ci restaient insuffisantes pour couvrir les soins. Le ministre de la Santé était libre de décider ou non des nouvelles taxes censées couvrir les déficits existants et l'extension de la couverture. Le projet, qui reprenait d'anciennes propositions de l'assurance et de la Fédération¹⁵⁵, fut contesté aussi parce que la faiblesse des cotisations¹⁵⁶ rendait l'assurance dépendante des taxes du gouvernement et justifiait d'imposer aux usagers un paiement des soins.

Démantèlement et décentralisation de l'assurance santé

Le projet de 2000 crée un Haut Comité, qui définit les politiques de soins exécutées par l'Agence nationale d'assurance santé¹⁵⁷ et par la Caisse de soins,

152. Muhammad Khalîl qualifie le paiement en pourcentage de « transformation de l'assurance maladie d'un système social en un système commercial, à la prestation » (*Al-Tagammû'*, 4 et 11 octobre 2006).

153. Le projet unifie à 4 % du salaire les cotisations maladies patronales, l'État payant 1 % des retraites et 18 LE par an pour les artisans ; il triple le taux de cotisation des fonctionnaires de 0,5 % à 1,5 %, augmente celui des salariés de 1 % à 1,5 %, et double celui des retraités de 1 % à 2 %. Il crée par ailleurs une cotisation de 5 % du revenu pour les artisans soumis à la loi 108 de 1976, de 2 LE par mois pour les employés informels et de 1 LE par mois pour les autres assurés. Il relève la cotisation des élèves à 5 % des frais de scolarité par année et maintient la contribution actuelle de l'État à 12 LE.

154. L'article 4 diminue les cotisations accidents des employeurs de 1 % à 0,75 % pour les fonctionnaires et de 2 % à 1,25 % pour les salariés ; il les réduit respectivement à 0,19 % et 0,31 % si l'employeur paye les soins et exonère l'employeur du paiement du congé maladie.

155. Appliquer la loi des élèves aux préscolaires, la loi 79 de 1975 aux fonctionnaires, compléter la part de l'employeur pour les retraités, relever la taxe sur les cigarettes à 5 % du paquet (assurance santé, document interne, décembre 2005). La Fédération syndicale préconisait d'unifier les lois 32 et 79 de 1975, de relever les taux de cotisation des retraités de 1 % à 2 % et que les assurances sociales financent la part de l'employeur à 3 % (Secrétariat des affaires de santé, *ibid.*, 2003).

156. Muhammad Khalîl, *Al-Tagammû'*, 4 et 11 octobre 2006.

tous trois dépendant du ministre de la Santé¹⁵⁸. Le conseil d'administration de la nouvelle agence, nommé par le Premier ministre et dirigé par son collègue de la santé, hérite de tâches administratives de l'Agence publique¹⁵⁹, exécutables par ses divisions dans les gouvernorats. En revanche, l'Agence d'assurance abandonne la prestation des soins aux nouvelles agences de soins des gouvernorats, qui héritent de ses centres, personnels et créances, et deviennent des prestataires comme les autres.

Bien que placées sous la tutelle du ministère de la Santé, les agences de soins n'obéissent plus à la réglementation publique (droit du travail des fonctionnaires, appels d'offre) et gèrent leurs budgets selon les règles commerciales. L'autonomie juridique et financière de l'Agence nationale, légalisée par décret présidentiel, la libère de la gestion financière publique et la rend privatisable.

La Caisse réunit des fonds de l'assurance obligatoire et du ministère de la Santé, et passe contrat avec tous les prestataires de services. L'excédent de la Caisse peut être versé à d'autres institutions¹⁶⁰ et le Trésor doit combler son déficit. La loi maintient les nouvelles institutions de l'assurance santé sous la tutelle du gouvernement et augmente les pouvoirs du ministre de la Santé. Le Premier ministre peut modifier les taux de cotisation et de paiement des soins tous les cinq ans. Le ministre de la Santé définit les soins couverts par la cotisation de base, le coût des soins hors assurance, les taxes finançant l'assurance et les cotisations des étrangers¹⁶¹. Le gouvernement remplace ainsi le Parlement dans la définition de la couverture maladie, l'établissement du code du travail et la gestion financière de l'Agence, qui a pour vocation de gérer un budget équivalent à 7 % du PIB.

Aux antipodes du projet gouvernemental, l'opposition de gauche demande l'intégration de toutes les infrastructures et financements de santé publique et mutualistes dans une caisse d'assurance maladie autonome vis-à-vis du

157. Qui remplace l'Agence publique d'assurance santé et hérite de ses droits, obligations et actifs (articles 11 à 14), excepté ceux qui seront transférés à la Caisse de santé et aux agences gouvernementales de santé.

158. Le projet de 2000 institue la Caisse (en troisième partie, articles 5 à 8) avant l'Agence (en quatrième partie).

159. Sous-traiter les soins, accorder aux entreprises des baisses de cotisations, fixer les taux de handicap des malades, collecter les ressources, investir les fonds, emprunter pour construire.

160. Cette dernière disposition modifie le principe de la loi de création de l'assurance de santé en 1964, qui stipulait que les excédents de l'assurance maladie ne pouvaient pas être affectés à d'autres dépenses que celles de l'assurance santé.

161. Quatrième article : le ministre de la Santé promulgue les règlements et les décrets nécessaires pour faire exécuter la loi dans les six mois qui suivent son entrée en vigueur.

ministère de la Santé, gérée par les représentants des assurés, des employeurs et de l'État. Le Syndicat, redoutant que les ministères de la Santé et des Finances « exploitent » à leur profit les ressources de l'assurance, demande que la caisse soit placée sous le contrôle du Premier ministre et séparée du budget de l'État¹⁶².

Les opposants à la réforme craignent que la Caisse de santé ne devienne un moyen supplémentaire de détourner les cotisations pour financer d'autres dépenses publiques, comme ce fut le cas pour les assurances sociales, qui financèrent l'investissement industriel public et privé depuis 1981. La décentralisation de la gestion des hôpitaux de l'assurance de santé dans chaque gouvernorat est, pour les détracteurs du projet, le prélude à leur privatisation future. Ils prédisent que la décentralisation de la contractualisation sera source de corruption et de gaspillages¹⁶³.

La réforme présentée par le PND en septembre 2003

Après la présentation puis le retrait du projet de loi en 2000 et la nomination en 2002 de Muhammad Tâg al-Dîn à la Santé, le PND rend publique en septembre 2003, lors de son premier congrès, sa réforme en trois volets : la protection de base, l'industrie pharmaceutique, l'assurance maladie. Pour atteindre ses objectifs¹⁶⁴, il propose d'impliquer les secteurs privé et associatif, de séparer les tâches et de dissocier le financement de la prestation, de trouver les fonds pour réduire le déficit et de financer l'extension, de supprimer les

162. « L'ingérence des ministres précédents a perturbé le fonctionnement de l'assurance santé et fait gaspiller ses ressources. Nous demandons qu'elle dépende directement du Premier ministre et que le contrôle du ministère de la Santé soit exclusivement technique, sans ingérence dans les politiques, la gestion et les finances. C'est à l'Agence de définir sa stratégie, son développement, ses besoins en personnel, ses demandes auprès des ministères, ses achats, de rationaliser ses dépenses, de développer la formation et la qualité, de contrôler ses hôpitaux et cliniques, sous la supervision directe du Premier ministre. » (Secrétariat des Affaires de santé, *ibid.*, 2003 ; Samîr Fayyâd, *Al-Ahâlî*, 1^{er} novembre 2005 ; Muhammad Khalîl et 'Abd al-Min'im 'Ubayd, 8 pages, 2005, <http://www.ahedegypt.org>)

163. Hamza al-Bassiûnî, « Séparer le service du financement... la porte royale vers la corruption et la liquidation », *Al-Tagammû'*, 18 février 2006.

164. « La Constitution dévolue au ministère de la Santé la protection de la santé, préventive et curative. Le PND et son gouvernement croient au droit du citoyen à la santé (...). Après avoir offert des soins à tous les citoyens et éradiqué des maladies comme la polio, le PND veut améliorer la qualité, assurer la pérennité et étendre la couverture médicale à tous les citoyens, en particulier aux enfants et aux personnes âgées. »

soins gratuits¹⁶⁵, de cibler les populations prioritaires, d'améliorer les urgences, les systèmes d'information, la recherche médicale et pharmaceutique, la qualité et la rentabilité. Avant de faire voter la loi en 2008, il prévoit d'achever les infrastructures nécessaires à son application : conseils de santé national et des gouvernorats, Haut Conseil de la qualité, projets pilotes, bases de données pour contractualiser les soins, hôpitaux publics, privés et associatifs, définition des rôles, dépenses, et de la réforme administrative jusqu'en 2008.

Grâce à ce qu'il qualifie de couverture quasi universelle (soins gratuits du ministère, de l'assurance obligatoire et des caisses d'entreprises et professionnelles) et aux infrastructures médicales (hôpitaux, praticiens, médicaments et vaccins locaux de qualité et en nombre suffisant), le PND envisage de doubler la part de la santé dans le PIB pour atteindre la moyenne mondiale (7 %), par des réformes intermédiaires :

1) La centralisation des politiques par un Conseil national de la santé, sous tutelle du Premier ministre, qui planifie et réglemente la contractualisation, la concurrence, la qualité et le doublement des soins primaires et des vaccins, intègre les assurances privées dans l'assurance maladie, généralise les projets pilotes, actualise les normes de qualité globale (soins, licences, formation, assiduité).

2) La séparation du financement, de la gestion et de la prestation, la cogestion et la coopération entre public, privé et associatif dans la gestion des hôpitaux publics, le conseil pour les achats d'équipement, l'ingénierie médicale (avec les multinationales fabricantes) pour créer une industrie locale d'équipements médicaux, les services urgentistes (avec les universités étrangères et le secteur privé égyptien), l'entretien des équipements (qui doivent passer de 1 % à 5 % des dépenses totales de santé).

3) La revalorisation et la mise à niveau de la profession médicale. Les licences professionnelles et les formations des personnels et des prestataires par niveaux de soins seront réévaluées par le ministère de la Santé en coopération avec les syndicats professionnels médecins et infirmiers. La priorité sera donnée à la formation des médecins de famille, à la hausse des traitements et à leur couverture par l'assurance pour réduire la pluriactivité.

4) L'extension de la couverture maladie. Suivant le modèle de Caisse de la famille, l'assurance mixte universelle combinerait l'assurance obligatoire et

165. « La réforme sépare le financement de l'offre de soins et de la réglementation, assurées aujourd'hui par le ministère de la Santé. L'État se limitera au contrôle, à la réglementation et à une partie du financement comme employeur ou pour les assurés indigents. Il devra améliorer les performances et pérenniser le système par la hausse du budget selon des priorités ciblées, la décentralisation et le partage des tâches entre public et privé. La réforme renforce la place du secteur privé et des associations dans l'offre de soins. La délivrance gratuite de soins disparaîtra, car les non-indigents doivent participer au coût des soins selon leur revenu. »

les assurances complémentaires privées qui la cogéreront, les bénéficiaires, les assurances et l'État se partageant les frais, selon la localisation géographique, l'état de santé et les revenus des patients, pour améliorer les soins tout en réduisant leur coût. La couverture sera décentralisée et ouverte à tous les prestataires publics et privés, ceux de l'assurance maladie changeant de cadre institutionnel. Son extension permettra de créer des centres de santé primaire viables et d'ajouter des soins secondaires et tertiaires au « paquet » de soins primaires de base.

Les projets alternatifs

Jusqu'en juin 2007, les réactions à la réforme ont été limitées à la presse et à quelques cercles de spécialistes motivés. On n'a pas vu de manifestations, de recours juridiques ou interventions au Parlement « en défense de l'assurance maladie », comme pour d'autres grandes réformes¹⁶⁶ depuis 1990. Les lobbies « agissants » du secteur de la santé¹⁶⁷ y semblent tous favorables. La Fédération des travailleurs, qui s'y était opposée en 2000 et défendait un projet alternatif, a obtenu d'être nommée en 2007 à la direction de la nouvelle holding d'assurance de santé.

L'association AHED, qui se déclare sur son site engagée contre le projet, a organisé une trentaine de réunions à audience restreinte et n'a touché le grand public que par la presse. Quelques réunions dans des milieux syndicaux ont pris le relais. L'opposition a évoqué la réforme lors des élections présidentielle, législatives ou syndicales de 2005 et 2006. Enfin une quinzaine d'ONG d'opposition ont constitué en mai 2007 un comité de défense des droits du citoyen à la santé après que l'Agence d'assurance a été transformée en holding en mars 2007.

Jusqu'en mai 2007, c'est la télévision et la presse officielle¹⁶⁸ qui ont donné le plus d'écho à la réforme, sans en révéler le contenu, mais abondant dans le sens de la critique du système de santé actuel. Les promoteurs du projet privilégient l'insuffisance globale de ressources et la corruption comme causes de la baisse de la qualité des soins. La Fédération évoque plutôt le triplement des bénéficiaires depuis 1992 et la faiblesse des cotisations¹⁶⁹. Les critiques des patients s'adressent aussi au ministère et c'est l'ensemble du système de santé que la presse égyptienne met sur la sellette¹⁷⁰.

166. Les lois du travail (2003), des baux locatifs et agricoles (1997), les privatisations (1992), etc.

167. Ordre des médecins, associations d'hommes d'affaires, sociétés pharmaceutiques, assurances privées, donateurs étrangers, gouvernement.

168. Le quotidien gouvernemental *Akhabâr al-Yawm* effectue « le premier sondage d'opinion sur l'assurance santé » qui conclut à « la justesse de l'augmentation des paiements par les malades » (*Akhabâr al-yawm*, 22 juillet 2006).

Les Égyptiens semblent peu intéressés par la réforme. Probablement n'y voient-ils ni amélioration tangible ni détérioration perceptible d'une situation fortement dégradée. Depuis la dernière extension de l'assurance obligatoire en 1975, la moitié de la population en est encore privée. Le système des soins aux frais de l'État, la médecine familiale en zone rurale, ainsi que l'octroi de la couverture aux enfants et aux élèves sont les modèles sanitaires disponibles pour les adultes actuellement démunis de protection maladie. Alors que le coût des soins privés s'accroît de façon inquiétante, ils peuvent considérer comme un progrès l'extension de la couverture qui leur est proposée par le gouvernement.

La Fédération syndicale ouvrière

Le point de vue de la Fédération syndicale, à l'opposé de celui du gouvernement et du PND, peut sembler paradoxal. Le syndicat, dont la quasi-totalité des membres appartient au PND, a soutenu de nombreuses réformes libérales, dont celle de la loi du travail, et fait campagne pour le PND à toutes les élections. La nouvelle ministre du Travail a fait campagne pour le projet auprès de différentes branches du syndicat¹⁷¹. Le Secrétariat de santé a préparé avec les syndicalistes de base, au cours de l'été 2006, les propositions du syndicat sur la future loi. Mais, depuis les élections syndicales de 2006, nombre de cadres syndicaux ont été remplacés. La nouvelle direction, associée à la holding de santé, ne peut que soutenir le gouvernement.

Le projet du Secrétariat reprend les propositions des anciens responsables de l'assurance, des usagers et de l'opposition, et constitue un véritable projet

169. Un assuré soigné de troubles nerveux affectant la motricité de son bras se voit refuser par l'assurance le médicament coûteux qu'elle lui procurait depuis quinze ans, et contraint d'accepter un substitut inefficace. Patients et personnels soignants citent le manque d'infirmières, l'interdiction faite aux accompagnants de rester à l'hôpital pour servir le malade, l'obligation pour les médecins de prescrire les médicaments achetés par l'assurance, moins efficaces parce que moins chers, le sentiment des patients d'être traités comme des « mendiants » par le personnel des hôpitaux de l'assurance, le non-respect de leur intimité dans les consultations collectives, l'interdiction de consulter pour différentes pathologies le même jour obligeant à perdre plusieurs jours de salaire et à payer plusieurs trajets, etc. (*Sawt al-azhâr*, 3 février 2006).

170. Ainsi, une diabétique non assurée explique qu'elle a été privée de la couverture de son traitement par le ministère de la Santé, après l'avoir obtenue pendant dix mois. L'hôpital public qui la soignait a été subitement privé de la dotation du ministère. Depuis cette date, elle est restée sans traitement, car le salaire de son mari ouvrier ne peut couvrir la dépense. Une victime d'un accident de la route raconte qu'elle a passé six heures en attente de l'opération, couverte d'un seul drap sur le carrelage de l'hôpital universitaire public Qasr al-'Aynî, jusqu'à l'arrivée de sa famille, parce qu'elle n'avait pas sur elle d'argent pour payer l'utilisation d'un lit (*Sawt al-azhâr*, 3 février 2006).

171. *Nahdat misr*, 17 avril 2006.

alternatif à celui du gouvernement. Contrairement aux donateurs étrangers, à la loi de 2000 et au PND, le Secrétariat demande le maintien de l'unité des fonctions de l'assurance (financement, soins, contrôle) dans une institution autonome vis-à-vis du ministère de la Santé, sous tutelle directe du Premier ministre. Il récuse à ce dernier le droit de modifier les cotisations et les contributions sans accord du Parlement ni du syndicat. Se plaignant d'avoir été exclu de la gestion de l'assurance et de ses hôpitaux depuis les années 1980, il exige de siéger dans leurs conseils d'administration. Il propose d'accroître le financement de l'État et des entreprises, de prélever des taxes supplémentaires et de réduire la sous-traitance¹⁷². Il recommande d'augmenter la capacité de soins internes, par l'embauche de personne¹⁷³, par la construction et l'utilisation pleine des hôpitaux de l'assurance, et par l'intégration des hôpitaux de l'Institution de soins¹⁷⁴. Il suggère d'améliorer les salaires et la formation, et demande qu'on traite mieux les malades. Concernant les médicaments, il réclame que soient prescrits les plus efficaces en négociant des rabais au lieu d'imposer les produits les moins chers, qu'ils soient vendus en interne plutôt que dans les pharmacies libérales¹⁷⁵, et que leur efficacité soit contrôlée. Le Secrétariat réclame par ailleurs l'accès à l'hospitalisation, la gratuité pour les maladies chroniques et les soins aux handicapés. Il demande que le ministère de la Santé rembourse ses dettes à l'assurance et que le budget comble le déficit dû aux exonérations de cotisations. Il suggère, enfin, d'informer les patients sur les maladies du travail et de la pollution, de faire appliquer les décisions du Haut Conseil consultatif sur l'hygiène et la sécurité professionnelles.

Les autres projets alternatifs

Outre le syndicat, il n'existe pas de force sociale et politique qui puisse porter un projet alternatif. Les études présentées à la conférence de l'AHED en février 2003 énoncent des principes généraux sans élaborer de projet détaillé. Samîr Fayyâd, dans *Al-Ahâlî* du 1^{er} novembre 2005, envisage d'étendre la couverture universelle à toute la population en reprenant les propositions du Syndicat ouvrier : hausse des cotisations et levée de taxes pour accroître les ressources de l'assurance de 2 à 13 milliards de LE. Sur la base des coûts moyens actuels des soins prodigués par l'assurance maladie aux assurés (80 LE), cette dernière pourrait ainsi couvrir les soins de toute la population avec une dépense

172. « Qui entraîne une baisse de la qualité des soins, par manque de temps consacré aux patients et par absence de suivi. »

173. Les vacataires (50 % des effectifs) et du personnel formé dans les écoles de l'Agence.

174. Qui détiennent 4 % des lits dont 12 hôpitaux au Caire disposant de 4 000 lits.

175. Contrôler les ventes de médicaments par les pharmacies sous contrat, s'élevant à 170 millions de LE et augmenter le nombre de pharmacies de l'assurance pour vendre directement les médicaments aux malades.

moyenne estimée à 180 LE. Comme les Égyptiens dépensent en moyenne 328 LE¹⁷⁶ pour leur santé à 70 % dans le secteur privé, l'économie de 45 % réalisée leur permettrait d'accroître leurs autres dépenses.

Dans leurs articles, 'Abd Al-Min'im 'Ubayd et Muhammad Khalîl avancent un projet proche de celui prôné jadis par la Fédération : une assurance santé indépendante de tous les ministères, héritant des hôpitaux et des financements de l'Assurance et du ministère de la Santé, gérée collégialement par des représentants des usagers, des financeurs et de l'État. Il affirme qu'avec 75 % de sa population qui vit avec moins de 8 LE (environ 1 euro) par jour, l'Égypte doit privilégier un système de santé non lucratif, qui assure des services à bas coût au plus grand nombre. Pour lui, la santé de « confort » assurée par le secteur privé ne peut être qu'un complément du système de santé de masse. Muhammad Khalîl propose de rejeter aussi toute participation en pourcentage des frais réels, qui exclut des soins la majorité la plus pauvre et de s'en tenir aux cotisations et forfaits fixes. Il refuse enfin que les assurances privées prélèvent ou gèrent l'assurance obligatoire, ou fournissent des soins couverts par l'assurance obligatoire (Khalîl, 2006b). Il appelle à refuser la transformation de l'assurance santé en holding et la séparation entre les soins et le financement¹⁷⁷.

CONCLUSION

Le projet de loi sur l'assurance maladie, présenté en 2000 par le gouvernement égyptien, est l'aboutissement de 25 ans d'études de réformes du système de santé, soutenues par les donateurs étrangers, essentiellement la Banque mondiale, l'USAID et l'Union européenne. Il prévoit l'extension à toute la population d'une couverture maladie « mixte » combinant assurances obligatoire et complémentaire. Il retire à l'Assurance la prestation des soins qui sera achetée à des prestataires publics et privés. Le secteur privé sera autorisé à utiliser, louer, gérer et acheter les hôpitaux publics, à cogérer l'assurance obligatoire et à lui associer des assurances complémentaires.

L'opposition, limitée à quelques personnalités, associations, partis et syndicalistes, conteste la capacité du projet à couvrir les besoins de santé d'une population à 75 % en dessous du seuil de pauvreté et atteinte de pathologies multiples et, pour certaines (comme l'hépatite C), aux traitements coûteux. Ils

176. 23 milliards de LE de dépenses de santé estimées en 2002 pour 70 millions d'habitants.

177. Le président de l'Agence, Mustafâ 'Abd al-'Âtî affirme que les hôpitaux ne pourront pas être privatisés dans une première phase de la réforme, car le coût des soins complexes y est deux fois moins cher que dans les autres hôpitaux (*Sawt al-azhâr*, 3 février 2006).

estiment que les projets pilotes de santé des familles mis en œuvre depuis le début des années 1980 sont moins performants que les méthodes traditionnelles de santé publique de masse : extension de l'assurance santé aux élèves et aux enfants en dessous de l'âge scolaire, campagnes de vaccinations, soins maternels et infantiles.

L'adoption d'une nouvelle législation qui englobe tous les éléments de la réforme a été reportée d'année en année depuis un premier rejet au Parlement en 2000. La réélection du Président, l'élection du Parlement et de la Fédération syndicale ouvrière en 2005 et 2006 pour une nouvelle législature ont réuni les conditions de la mise en œuvre de la réforme. En mars 2007, le Premier ministre a décrété la transformation de l'Assurance santé en holding publique. L'extension de la couverture maladie est prévue à partir de 2008, lorsque l'assurance santé, débarrassée de la gestion des hôpitaux et de la prestation des soins, aura mis à jour les registres d'assurés et trouvé les financements nécessaires à leur affiliation.

Selon le projet présenté par le PND sur son site, 74 % des capacités hospitalières publiques en 2006 seront progressivement sous-loués, mis en gérance, puis privatisés. L'assurance obligatoire, qui réunira les cotisations des assurés et les dotations budgétaires pour les indigents, sera ouverte aux assurances privées complémentaires. Les assurés paieront de 5 % à 30 % des coûts des soins à la prestation, selon leur revenu, excepté 5 % de la population, considérée comme indigente. Les taxes collectées par l'État pourvoiront entre le tiers et la moitié du financement, les cotisations salariales et patronales fournissant le reste. Le système de santé reprendra le modèle britannique, avec un tri opéré par les généralistes et les médecins de famille, qui limiteront l'accès aux spécialistes et aux hôpitaux.

Le plan national de santé affectera les dépenses de l'assurance et du budget en priorité à l'éradication des pathologies affectant les indicateurs de santé et offrant le meilleur rapport coûts/résultats. Le secteur privé, qui bénéficie de 70 % des consommations de santé (en consultations et pharmacie essentiellement) avec moins de 16 % de l'investissement matériel, est invité à prendre une part croissante à la prestation de soins, à la gestion des équipements et des caisses d'assurances, à l'investissement, à la production pharmaceutique et à la recherche médicale, en association avec les grands laboratoires et firmes de matériel médical.

Le manque de financement de l'assurance santé est présenté comme le principal obstacle à l'amélioration et à l'extension de la couverture maladie. L'examen des comptes montre que l'assurance est excédentaire depuis sa création, ce qui lui a permis de constituer 6 % du parc hospitalier national et de contribuer à celui de ses sous-traitants. Ayant participé à l'amélioration de la santé des salariés des grandes entreprises, des fonctionnaires, des élèves et des jeunes enfants, l'assurance santé est encore interdite au plus grand nombre d'adultes travaillant dans le secteur informel, l'agriculture, ou inactifs, dont la plupart des femmes.

D'autres systèmes parallèles, dits de santé des familles ou de couverture des soins par l'État, permettent à la moitié de la population exclue de l'assurance de recevoir des soins, sans toutefois obtenir la même efficacité que les bénéficiaires d'une couverture maladie, obligatoire ou complémentaire. L'extension de l'assurance obligatoire à toute la population est censée rationaliser, donc améliorer la protection sanitaire.

Le projet de loi de 2000, seul document partiellement public qui indique comment le gouvernement compte financer cette extension, révèle que les cotisations seront insuffisantes et que les dépenses devront être financées par un paiement des usagers et par des taxes supplémentaires. Le projet alternatif proposé par Samîr Fayyâd et AHED mutualise la moitié des dépenses privées de santé (328 LE par personne) permettant à l'assurance santé de soigner toute la population en quintuplant ses ressources. Ce projet, qui priverait le secteur privé d'une grande part des 70 % des dépenses de santé dont il bénéficie aujourd'hui, n'a pas été retenu par le gouvernement qui préfère obliger les usagers à payer 30 % des dépenses de santé au nouveau système assurantiel mixte. Ce transfert permettra de comptabiliser ces dépenses des ménages parmi les 7 % du budget de l'État consacrés à la santé et d'en faire bénéficier le secteur privé associé à l'assurance obligatoire.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 'ABBÂS 'Amr, 2003, « Le rôle de l'assurance de santé dans la restructuration de la protection sanitaire en Égypte » dans *Vers une assurance sociale globale*, rapport du IV^e Congrès général (23-24 janvier 2003), Le Caire, AHED.
- 'ABD AL-FATTÂH Zakî Hasan, 2004, « L'assurance de santé sociale en Égypte : difficultés et solutions », Conseils nationaux spécialisés, avril, http://www.ahedegypt.org/pubs/Campaign/Hassan_Abdel_Fattah_Study.pdf
- AHED, 2003, « Vers une assurance sociale globale », rapport du IV^e Congrès général (23-24 janvier 2003), Le Caire, AHED, <http://www.ahedegypt.org>.
- 2005, « Situation et services sanitaires en Égypte : analyse du présent et prospectives », Le Caire, AHED
- 2006a, « L'assurance maladie en Égypte », Louxor, AHED, <http://www.ahedegypt.org>.
- 2006b, « Les Politiques de réforme de l'assurance santé en Égypte », avec le Center for Study of Developing Countries, Faculté d'Économie et de Sciences politiques, Université du Caire, <http://www.ahedegypt.org>.
- AL HAY'AT AL-'AMMA LI AL-TA'MÎN AL-SIHÎ, (Agence publique de l'assurance santé)
- 2000, « Rapport sur l'activité des élèves », 20 septembre
- 2000/2001, « Rapport annuel »
- 2003, « Réponse de l'assurance santé à la demande d'éclaircissement des députés »

- 2003/2004, « Rapport annuel de l'Agence publique de l'assurance santé »
 - 2004, « Situation financière de l'activité des élèves »
 - 2004/2005a, « Rapport de l'exécution du budget »
 - 2004/2005b, « Comptes définitifs »
 - 2005a, « Note du président au Conseil d'administration », 5 février
 - 2005b, « Compte définitif agréé », juin
 - 2005c, rapport non publié, décembre
 - 2006a, « Réponse à la Cour des comptes », juin
 - 2006b, « Rapport financier de l'activité au Conseil d'administration », 30 juin.
- 'AMER 'Ali, 2003, « Projet de communication pour le soutien et le développement de l'assurance santé », présenté par le Secrétariat des affaires de santé et de l'assurance santé, Union générale des syndicats de travailleurs d'Égypte, *Vers une assurance sociale globale*, rapport du IVe Congrès général (23-24 janvier 2003), Le Caire, AHED.
- BADRAWÍ Husâm, 2003, « L'assurance de santé privée », *Vers une assurance sociale globale*, rapport du IVe Congrès général (23-24 janvier 2003), Le Caire, AHED.
- CAPMAS, 2005, Statistical Year Book 2005.
- CARIN Guy, 2002, « L'assurance sociale maladie dans les pays en développement : un défi permanent », *Revue internationale de sécurité sociale*, vol. 55, 2, p.73-89.
- CENTER FOR STUDY OF DEVELOPPING COUNTRIES, 2006, *Les Politiques de réforme de l'assurance santé en Égypte*, Faculté d'Économie et de Sciences politiques, Université du Caire.
- CENTER FOR INFORMATION AND DECISION SUPPORT, 2005, Proposition de faire acheter par le gouvernement les services de santé au secteur privé, Conseil des ministres, avril, <http://www.idsc.gov.eg/Docs/DocsDetails.asp?rIssueCategory=2&MainIssues=9&DocID=173>
- CHIFFOLEAU Sylvia (dir.), 2005, *Politiques de santé sous influence internationale : Afrique, Moyen-Orient*, Paris/Lyon, Maisonneuve et Larose/Maison de l'Orient et de la Méditerranée.
- DESUQI Ayman Ibrahim, 2006, « Point de vue des partis politiques sur le nouveau projet de loi de l'assurance santé », *Les Politiques de réforme de l'assurance santé en Égypte*, Center for Study of Developing countries & AHED, Faculté d'Économie et de Sciences politiques, Université du Caire, pp. 77-92, <http://www.ahedegypt.org>.
- FÂRÛQ 'Abd al-Khâliq, 2002, « Le Budget général de l'État et les droits de l'homme : lecture économique, sociale et juridique », Le Caire, Association de l'aide juridique aux droits de l'homme.
- FAYYAD Samîr, 2002, *La Santé en Égypte : situation et scénarios du futur jusqu'en 2020*, Le Caire, Third World Forum-Academic Bookshop.
- FINTZ Matthieu, 2006, « A Reform for the Poor without them? », *L'Égypte dans l'année 2005*, Kohstall F (dir.), Le Caire, Cedej.

- KHALIL Muhammad, 2006a, « Philosophie de l'assurance santé au temps de la mondialisation : du sérieux à la plaisanterie », *Les Politiques de réforme de l'assurance santé en Égypte*, Center for Study of Developing countries & AHED, Faculté d'Économie et de Sciences politiques, Université du Caire, pp. 93-101.
- 2006b, « Le débat sur l'avenir de la sécurité sociale et la couverture universelle de la santé en Égypte », article non publié.
- 2007, « Le Premier ministre privatise l'Agence publique d'assurance santé », article non publié.
- KHALLAF Nagwâ, 2005, « Les stratégies et politiques de la protection sanitaire », *Situation et services sanitaires en Égypte : analyse du présent et perspectives*, Le Caire, AHED, pp. 11-46.
- NASSAR Hiba, 2005, « La dépense sociale de santé : point de vue et évaluation générale », *Situation et services sanitaires en Égypte : analyse du présent et perspectives*, Le Caire, AHED.
- PND (Parti national démocratique), 2004, « Politiques de santé », http://www.ndp.org.eg/ar/conferances/2nd_conf/papers/health_html.aspx#2.
- SARRAG Hânî (dir.), 2003, *Vers une assurance sociale globale*, rapport du IVe Congrès général (23-24 janvier 2003), Le Caire, AHED, <http://www.ahede-gypt.org>.
- SHUKR Allah 'Alâ', 2005, « Évolution de la protection sanitaire en Égypte », *Situation et services sanitaires en Égypte : analyse du présent et perspectives*, Le Caire, AHED.
- 'UBAID 'Abd Al-Min'im, 2006, *Les Mécanismes économiques pour traiter de l'idée de l'assurance de santé universelle en Égypte*, Le Caire, Association arabe des études économiques.