

ACCOMPAGNER LA CONSTRUCTION D'UN SYSTÈME D'ASSURANCE-SANTÉ

Retours d'expérience sur vingt-cinq années d'actions au Cambodge (1998-2023)



LA COLLECTION CAHIER PROJET a vocation à partager de façon synthétique des expériences de projets conduits par le Gret et ses partenaires. Dans une forme allégée, elle donne à voir les résultats d'un projet (contexte, démarche, intérêts, bilans technique et économique, etc.) et les recommandations qui en découlent. Le texte est enrichi de visuels et de courts témoignages d'acteurs impliqués dans l'élaboration et la mise en œuvre du projet.



ACCOMPAGNER LA CONSTRUCTION D'UN SYSTÈME D'ASSURANCE SANTÉ

*Retours d'expérience sur vingt-cinq années d'actions
au Cambodge (1998-2023)*

Rédactrice : Pauline Caclin

Coordinatrice : Sophie Biacabe

Contributeurs : Thibaut Hanquet, Charline Rangé, Pierre Soulier, Camille Vautier

Relectrice : Charline Rangé

Édition : Marie Camus, Véronique Beldame

Responsables éditoriaux : François Enten, Marie Camus

Composition intérieure : Nancy Cossin

Photographies : © Gret, sauf mention contraire

© Éditions du Gret, 2024

Licence Creative Commons



Pour citer cet ouvrage : Biacabe S. (dir.) (2024), *Accompagner la construction d'un système d'assurance santé : retours d'expérience sur vingt-cinq années d'actions au Cambodge (1998-2023)*, Nogent-sur-Marne, Éditions du Gret, 36 p., Cahier projet

SOMMAIRE

Sigles et acronymes	4
INTRODUCTION. UNE PROTECTION SOCIALE MORCELÉE ET EN CONSTRUCTION	5
La protection sociale dans les pays des Suds	5
La protection sociale au Cambodge, un système en construction	6
Vingt-cinq ans d'intervention du Gret au côté de l'État cambodgien	7
PARTIE 1. UNE INSTITUTIONNALISATION DE LA POLITIQUE D'ASSURANCE SANTÉ PAR ÉTAPE, DES STRATÉGIES D'ACCOMPAGNEMENT QUI S'AJUSTENT	9
Une institutionnalisation de l'assurance santé par étapes	9
Le projet SKY, institutionnaliser les assurances communautaires de santé	13
Le projet HIP, un pilote de mise à l'épreuve de l'assurance santé obligatoire pour le secteur formel	16
Le projet SPIN, un positionnement et des dispositifs d'assistance technique en évolution	19
PARTIE 2. ACCOMPAGNER L'ÉTAT DANS L'OPÉRATIONNALISATION DU SYSTÈME D'ASSURANCE SANTÉ : LA POSTURE D'ASSISTANCE TECHNIQUE	25
L'appropriation des outils et des dispositifs dans les institutions	25
Une position atypique du Gret pour contribuer à infléchir certaines orientations stratégiques	26
Intégrer l'incertitude institutionnelle et saisir les marges de manœuvre stratégiques	28
S'insérer dans un réseau d'acteurs et contribuer à le renforcer	29
CONCLUSION. ACCOMPAGNER LA CONSTRUCTION D'UN MODÈLE D'ASSURANCE SANTÉ PAR L'EXPÉRIMENTATION, LE PARTENARIAT ET LE DIALOGUE MULTI-ACTEUR	31
Expérimenter des mécanismes d'assurance santé pour les populations vulnérables en partenariat avec les institutions publiques	31
Promouvoir le principe d'une couverture sanitaire universelle dans des contextes institutionnels plus ou moins favorables	33
Un modèle d'assurance santé encore en construction	33
Les leçons tirées de vingt-cinq ans d'expérimentation	34

SIGLES ET ACRONYMES

AFD	Agence française de développement
ASP	Advancing Social Protection (Améliorer la protection sociale)
GIZ	Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (Agence de coopération internationale allemande pour le développement)
GMAC	Garment Manufacturers Association in Cambodia (Association des entreprises du secteur textile du Cambodge)
HIP	Health Insurance Project (Projet d'assurance santé)
NSPC	National Social Protection Council (Conseil national de la protection sociale)
NSSF	National Social Security Fund (Fonds national de Sécurité sociale)
OIT	Organisation internationale du travail
SKY	Sokhapheap Krousa Yeung (« La santé de nos familles »)
SPIN	Social Protection: Innovation for Informal sector (Protection sociale : innovation pour le secteur informel)

INTRODUCTION

Une protection sociale morcelée et en construction

LA PROTECTION SOCIALE DANS LES PAYS DES SUDS

La protection sociale fait référence à l'ensemble des mécanismes de prévoyance collective permettant aux individus de se prémunir financièrement contre les risques sociaux. C'est une composante à part entière de l'action de l'État qui a pour objectif de préserver la santé, les emplois et les revenus des citoyens. L'Organisation internationale du travail (OIT) définit quatre socles de garanties minimales :

- l'accès aux soins de santé essentiels, y compris les soins de maternité ;
- la sécurité élémentaire de revenu pour les enfants ainsi que leur accès à l'alimentation, à l'éducation, aux soins et à tous les autres biens et services essentiels ;
- la sécurité élémentaire de revenu pour les personnes d'âge actif étant dans l'incapacité de gagner un revenu suffisant, notamment en cas de maladie, de chômage, de maternité ou d'invalidité ;
- la sécurité élémentaire de revenu pour les personnes âgées.

Relevant du premier socle, l'assurance santé repose sur un système contributif financé à la fois par les cotisations des assurés et par l'État. Elle coexiste avec des dispositifs non contributifs d'assistance sociale.

Dans les pays des Suds, le développement d'un système de protection sociale en matière de santé fait généralement face à plusieurs obstacles :

- une barrière économique : les ressources de l'État sont limitées et les dépenses publiques de santé ne sont pas prioritaires, tandis que la capacité contributive d'une grande fraction de la population reste faible ;
- un manque de confiance dans les institutions : une qualité insuffisante de l'offre de soins, ainsi qu'un environnement institutionnel à la pérennité incertaine, rend les populations réticentes à l'idée de cotiser ;
- une structure du marché du travail largement informelle¹ : l'absence de formalisation rend difficiles l'identification des travailleurs, le recouvrement de leurs cotisations et l'ouverture de certains droits.

Les acteurs internationaux jouent un rôle important dans le développement des systèmes de protection sociale des pays des Suds, portant des visions parfois convergentes et parfois concurrentes. Cependant, les États n'en restent pas moins les moteurs des priorités politiques, des orientations stratégiques et des temporalités.

1. Au Cambodge, selon les données de l'Enquête sur la population active (LFS) de 2019, plus de 88 % des 7,9 millions de travailleurs évoluent dans le secteur informel (National Institute of Statistics, Ministry of Planning [2019], Report on the Cambodia labour force survey 2019, 202 p.). Voir l'encadré « La société cambodgienne, une économie largement informelle » p. 11.

LA PROTECTION SOCIALE AU CAMBODGE, UN SYSTÈME EN CONSTRUCTION

Après la chute du régime des Khmers rouges en 1979 et la fin de l'occupation du pays par le Vietnam en 1989, les années 1990 sont marquées par l'ouverture économique et politique du Cambodge et par l'arrivée massive de l'aide internationale. C'est le début de la reconstruction du système de santé cambodgien, après plus de vingt ans de conflits².

Cette reconstruction permet notamment l'augmentation de l'espérance de vie de cinquante-cinq ans en 1990 à soixante-quinze ans en 2022, ainsi qu'une baisse de la mortalité infantile et des principales maladies transmissibles (VIH, tuberculose et paludisme)³. Toutefois, malgré ces avancées, le système de santé cambodgien fait toujours face à d'importants enjeux, notamment la transition épidémiologique (deux tiers des décès sont attribués à des maladies non transmissibles), un taux de malnutrition infantile encore très élevé et une stagnation des indicateurs de santé maternelle affectés par l'épidémie de Covid-19. Bien que le financement public des soins de santé ait considérablement augmenté, celui-ci ne représentait toujours en 2022 que 1,5 % du PIB⁴. L'État n'y contribue qu'à hauteur de 23,8 %, et la participation financière des usagers demeure extrêmement élevée (62 %). Par ailleurs, alors que plus de 76 % de la population vit en milieu rural, la grande majorité des infrastructures et des professionnels de santé se situe en ville.

Le système de santé cambodgien doit donc relever deux défis majeurs : garantir à ses usagers un accès équitable aux services de santé et améliorer la qualité des soins.

Aujourd'hui, le dispositif de protection sociale du Cambodge est divisé en deux composantes : d'un côté l'assistance sociale, régime non contributif géré par NSAF (National Social Assistance Fund⁵) à destination des populations les plus vulnérables, et de l'autre la Sécurité sociale, système contributif géré par le NSSF (National Social Security Fund⁶) à destination des populations quasi pauvres⁷ disposant d'une faible capacité contributive. L'ensemble est coordonné au niveau stratégique par le NSPC (National Social Protection Council⁸).

En matière de santé, quatre mécanismes coexistent :

- les fonds d'équité de santé (health equity funds – HEF), système d'assistance non contributif pour les personnes les plus précaires, géré par le ministère de la Santé et couvrant à ce jour trois millions de personnes ;
- les assurances communautaires de santé (community-based health insurance – CBHI), mécanisme d'assurance volontaire contributif pour le secteur informel, en déclin ;
- l'assurance santé, régime contributif obligatoire pour le secteur formel et volontaire pour le secteur informel, en cours d'élaboration (géré par le ministère du Travail et de la Formation professionnelle) ;
- les assurances privées de santé pour les populations les plus aisées.

2. Diaz Pedregal V. (2011), La construction des politiques publiques dans les pays sous régime d'aide. Le cas de la politique de protection sociale en matière de santé au Cambodge, *Coll. Études et travaux, série en ligne, n° 29, Éditions du Gret, 92 p.*

3. National Institute of Statistics, Ministry of Health, ICF (2023), Cambodia: Demographic and health survey 2021–22, 616 p.

4. Source : Banque mondiale.

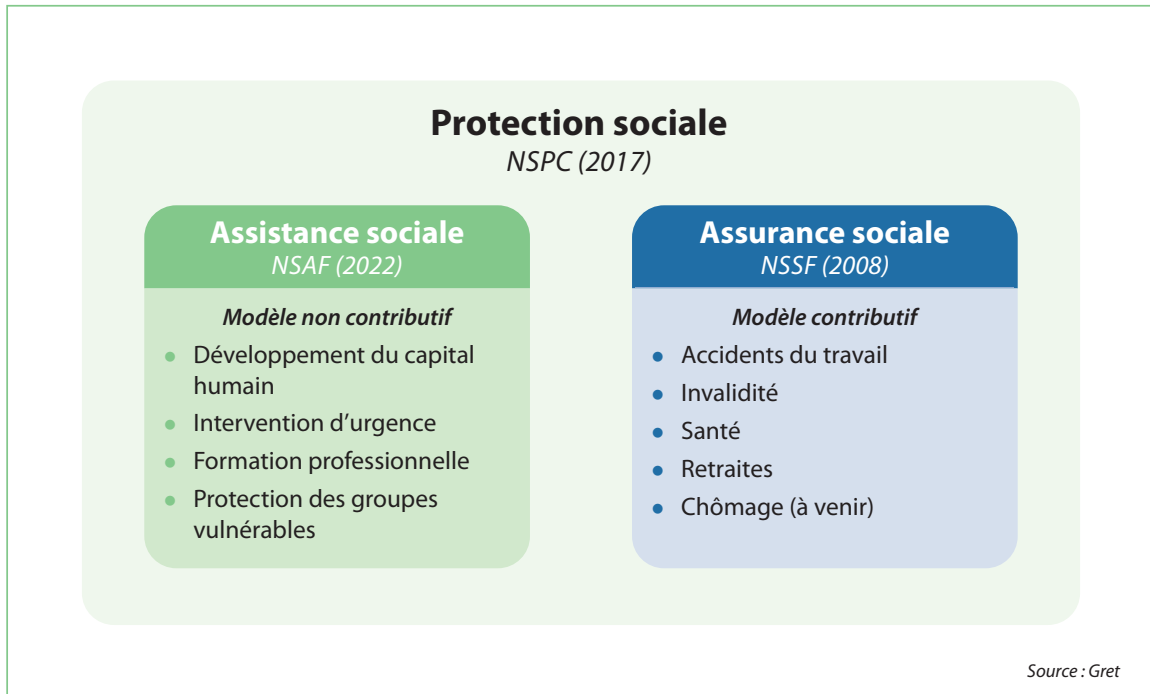
5. Fonds national d'assistance sociale.

6. Fonds national de Sécurité sociale.

7. La notion de « near poor », bien connue dans le champ de la protection sociale, fait référence à des populations qui se trouvent à la limite du seuil de pauvreté et qui risquent d'y basculer lors d'un événement grave, comme une grosse dépense de santé. C'est par définition une zone fluctuante.

8. Conseil national de la protection sociale, voir figure 1.

Figure 1 : LE SYSTÈME DE PROTECTION SOCIALE CAMBODGIEN



VINGT-CINQ ANS D'INTERVENTION DU GRET AU CÔTÉ DE L'ÉTAT CAMBODGIEN

Depuis la fin des années 1990, le Gret a principalement accompagné le Cambodge dans le développement des assurances communautaires de santé et de l'assurance santé au rythme de l'élaboration de la politique publique du pays, de ses inflexions, de ses mises à l'arrêt et de ses coups d'accélérateur. Fort de son expérience de terrain et de sa capacité à adapter ses outils d'intervention, il a contribué à l'expérimentation d'instruments de politique publique. Dans un premier temps, en l'absence de cadres législatif et institutionnel, il a d'abord participé à un dispositif d'assurance communautaire de santé. Il a ensuite contribué à la mise en place d'un système d'assurance obligatoire pour le secteur formel, puis a accompagné l'adaptation de ce système aux travailleurs informels sur une base volontaire. Chemin faisant, le Gret a pris part aux réflexions stratégiques et à la structuration des réseaux d'acteurs de la politique de protection sociale de santé, autant qu'il a dû s'y adapter. C'est cette démarche particulière auprès des institutions de Sécurité sociale cambodgiennes que ce cahier projet entend éclairer.

Après avoir dressé le panorama des vingt-cinq années d'accompagnement du Gret, ce document revient sur la posture d'assistance technique et sur les marges de manœuvre qu'offre cette posture pour faire valoir une certaine vision de la protection sociale de santé, sous réserve d'une adaptation au fonctionnement institutionnel et d'un travail en réseaux pluri-acteurs. La conclusion précise les leçons apprises et les pistes de réflexion sur la posture l'accompagnement des institutions dans la construction de leur système de protection sociale. ●

PARTIE 1

Une institutionnalisation de la politique d'assurance santé par étape, des stratégies d'accompagnement qui s'ajustent

Depuis vingt-cinq ans, le Gret met en place au Cambodge des initiatives pilotes visant à accompagner le pays dans la construction de sa stratégie de protection sociale en matière de santé. Quatre projets en particulier ont contribué à développer un système d'assurance santé institutionnalisé : SKY (Sokhapheap Krousa Yeung⁹), HIP (Health Insurance Project¹⁰), SPIN (Social Protection: Innovation for Informal Sector¹¹) et ASP (Advancing Social Protection¹²).

UNE INSTITUTIONNALISATION DE L'ASSURANCE SANTÉ PAR ÉTAPES

En 1993, l'article 36 de la Constitution du Cambodge entérine le droit à la Sécurité sociale pour toutes et tous. Cependant, aucun cadre institutionnel n'organise encore son déploiement, et la mise en place de dispositifs de protection sociale en matière de santé repose principalement sur l'aide internationale. Des ONG de développement, des bailleurs et des organismes de coopération internationale initient d'abord, en collaboration avec le ministère de la Santé, des fonds d'équité de santé afin de financer les frais de santé des populations les plus précaires. Par la suite, des ONG internationales et nationales instaurent en parallèle un système d'assurances communautaires de santé. Ce mécanisme contributif volontaire s'adresse à des populations moins vulnérables, les travailleuses et les travailleurs du secteur informel non identifiés dans les fonds d'équité.

C'est dans ce cadre qu'en 1998, le Gret, avec le soutien du CGAP (Consultative Group to Assist the Poor) et d'USAID (United States Agency for International Development¹³), puis de l'Agence française de développement (AFD) et de la GIZ (Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit¹⁴), lance un projet de micro-assurance santé, le projet SKY, en partenariat avec des structures de soins privées.

9. « La santé de nos familles ».

10. Projet d'assurance santé.

11. Protection sociale : innovation pour le secteur informel.

12. Améliorer la protection sociale.

13. Agence des États-Unis pour le développement international.

14. Agence de coopération internationale allemande pour le développement.

À partir des années 2000, l'État cambodgien s'empare de la thématique de la protection sociale et commence à prendre en main ces initiatives. En effet, son adhésion à l'Association des nations de l'Asie du Sud-Est (ASEAN) en 1999, l'exemple de développement de ses voisins (Thaïlande et Vietnam notamment) ainsi que l'augmentation de son PIB (+ 10 % en 2000) l'incitent à mettre en place des normes sociales plus ambitieuses. En 2005, il rédige son plan directeur pour l'assurance santé (*Master Plan for Social Health Insurance*). Il lance des projets pilotes utilisant les fonds d'équité de santé, puis réglemente ces pratiques en 2005 à travers le Cadre des fonds d'équité de santé (Health Equity Funds Framework), et en 2007 avec le Cadre de suivi-évaluation des fonds d'équité de santé (Monitoring and Evaluation Framework for Health Equity Funds). Le ministère de la Santé définit également en 2006 une directive pour la mise en œuvre des assurances communautaires de santé (*Guidelines for the Implementation of Community-based Health Insurance*). À partir de 2007, les fonds d'équité de santé et les assurances communautaires de santé sont reconnus officiellement comme des mécanismes de protection sociale, et le ministère de la Santé est chargé de légiférer et de soutenir financièrement ces initiatives. En parallèle, l'État formule sa politique de santé ainsi que ses premiers textes de loi sur la protection sociale¹⁵, qui prévoient la mise en place d'un système d'assurance santé obligatoire et aboutissent en 2007 à la création du NSSF.

Profitant de ce double mouvement, le Gret opère un changement de stratégie dans le cadre du projet SKY et noue dès 2000 des partenariats avec des structures de soins publiques afin de s'intégrer au système de santé publique. Cette intégration au système public est décidée en accord avec le ministère de la Santé et s'accompagne d'un travail sur l'amélioration de la qualité des soins, appuyé par un médecin privé recruté par le Gret. Puis en 2008, ce dernier met en œuvre le projet HIP, financé par l'AFD, en partenariat avec le NSSF et le GMAC (Garment Manufacturers Association in Cambodia¹⁶), l'association des entreprises du secteur textile, afin d'accompagner la construction d'un système d'assurance santé destiné au secteur formel.

À l'issue du projet pilote HIP en 2013, l'accompagnement du Gret prend la forme d'une assistance technique en lien avec l'évolution du contexte institutionnel. En effet, en 2016, l'assurance santé est rendue obligatoire pour le secteur formel. L'année suivante, un Conseil national pour la protection sociale



Femme artisanne, groupe cible du projet ASP

(NSPC) est créé, et le Cadre politique national de protection sociale (National Social Protection Policy Framework – NSPPF) 2016-2025 est publié. Deux ans plus tard, en 2019, une loi de sécurité sociale mentionne la couverture des travailleurs indépendants. De 2018 à 2023, le Gret appuie le NSSF dans l'élargissement de l'assurance santé au secteur informel à travers le projet SPIN, à destination des chauffeurs de tuk-tuk et des employés de maison, et depuis 2022 à travers le projet ASP¹⁷. Enfin, une étude de faisabilité pour l'extension de la couverture de l'assurance santé au secteur rural dans le contexte du changement climatique a démarré fin 2023.

15. La Loi de sécurité sociale en 2002, le Plan directeur pour l'assurance santé en 2005 et la Directive pour les assurances communautaires de santé en 2006.

16. Association des entreprises du secteur textile du Cambodge.

17. Le projet ASP soutient l'extension effective de la Sécurité sociale à deux nouveaux groupes de bénéficiaires, les livreurs et les vendeurs des marchés, grâce au réajustement des outils et des procédures opérationnelles du NSSF au Cambodge. Le programme ASP (Advancing Social Protection – Protection sociale avancée au Cambodge) cherche à garantir que plus d'hommes et de femmes au Cambodge aient un accès amélioré à un système de protection sociale plus efficace, plus efficient, plus responsable et plus durable, et qui tienne compte de la dimension du genre.

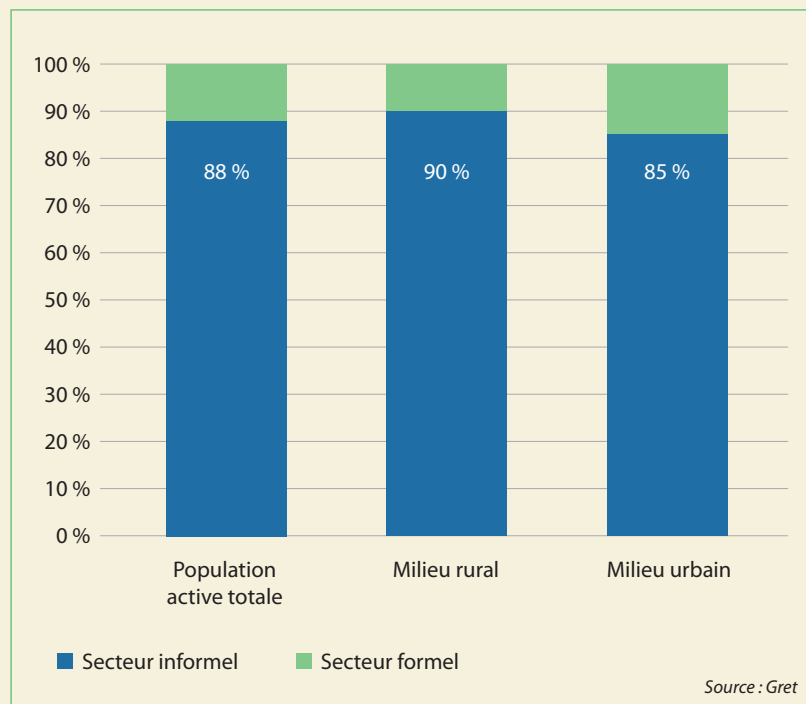
ZOOM
SUR

La société cambodgienne, une économie largement informelle

Dans le cadre de l'économie cambodgienne, le secteur informel est défini par l'Enquête sur la population active (LFS) de 2019⁽¹⁾ comme l'ensemble des travailleurs des « entreprises qui ne sont pas enregistrées auprès des autorités compétentes et qui ne tiennent pas une comptabilité complète ». Cette définition exclut toutefois les ménages qui produisent exclusivement pour leur propre usage (agriculture de subsistance, construction de leur logement, etc.). Toujours d'après la LFS de 2019, plus de 88 % des 7,9 millions de personnes actives sont engagées dans le secteur informel, en particulier en milieu rural où 90 % des actifs sont des travailleurs informels, contre 85 % en zone urbaine (voir figure 2).

Autant de femmes que d'hommes sont concernés. La part du secteur informel dans l'économie cambodgienne est toutefois en recul : la LFS considère que 93 % de la force de travail appartenait en 2012 au secteur informel.

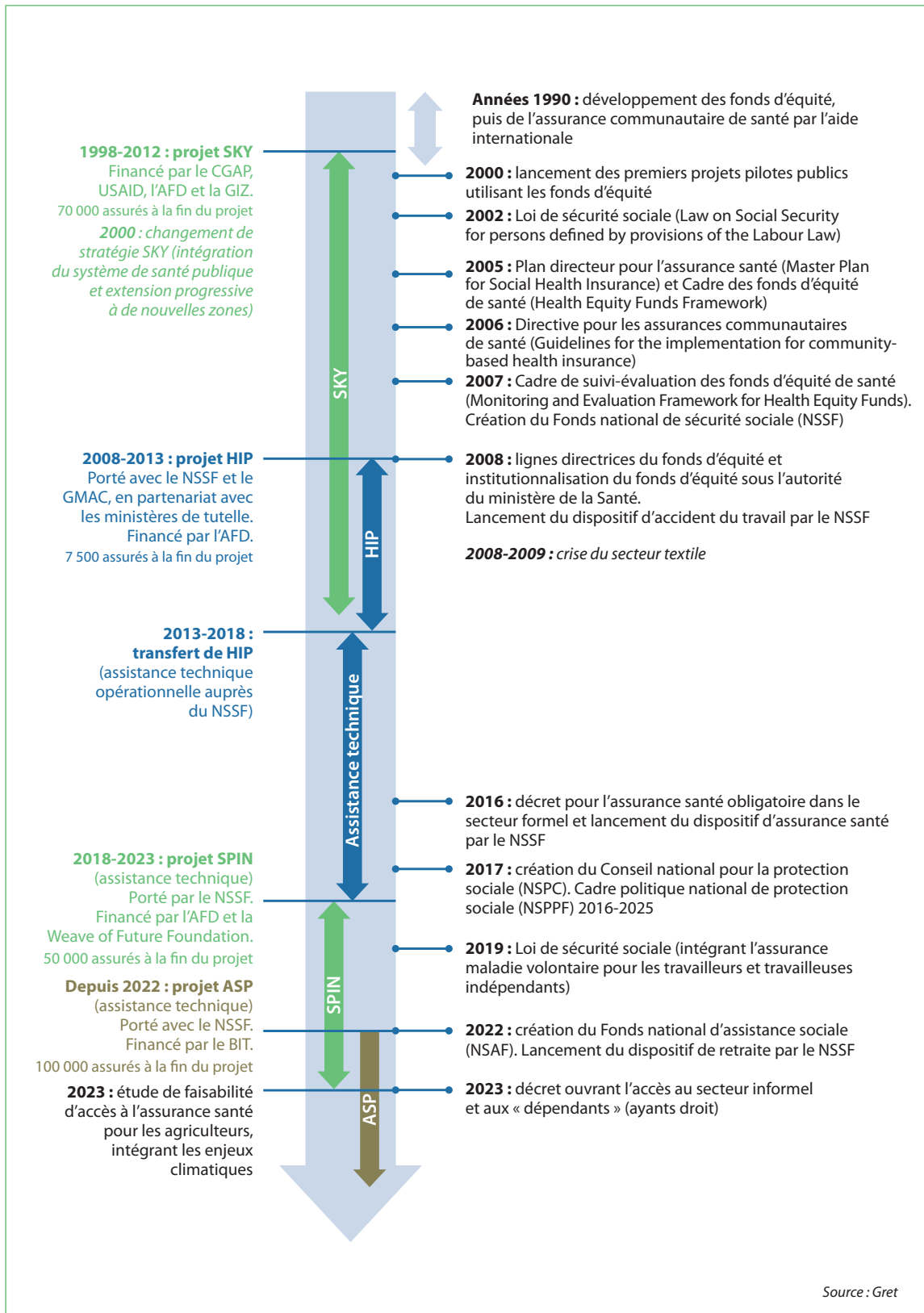
Figure 2 : PART DU SECTEUR INFORMEL AU SEIN DE LA POPULATION ACTIVE CAMBODGIENNE



En dépit de son importance au sein de la société cambodgienne, le gouvernement et les différentes parties prenantes ne sont pas parvenus à une définition commune du secteur informel, ce qui représente un frein à la formalisation de l'économie.

(1) National Institute of Statistics, Ministry of Planning (2019), Report on the Cambodia labour force survey 2019, 202 p.

Figure 3 : ÉVOLUTION DU CONTEXTE DE LA PROTECTION SOCIALE ET DE L'INTERVENTION DU GRET AU CAMBODGE



LE PROJET SKY, INSTITUTIONNALISER LES ASSURANCES COMMUNAUTAIRES DE SANTÉ

● Assurances communautaires de santé : Le passage de relais des ONG à L'État

Présent au Cambodge depuis 1988, le Gret mène à partir de 1991 un projet expérimental de crédits solidaires en milieu rural¹⁸. Il constate à cette occasion que les conséquences financières des problèmes de santé sont une des principales causes de décapitalisation et d'appauvrissement des ménages. À cette époque, le modèle de la micro-assurance santé est très répandu, en particulier en Inde et au Bangladesh, et apparaît comme complémentaire de la microfinance pour limiter l'endettement des emprunteurs. Il permet en outre de renforcer l'accès aux soins. Dans un premier temps, le Gret met donc en place un dispositif forfaitaire volontaire auprès des membres de son programme de microfinance, qui couvre quatre risques : accouchement, amputation, décès et hospitalisation d'urgence. La couverture globale des soins de santé primaire ayant été identifiée comme prioritaire, ce dispositif donne naissance à un système d'assurance communautaire de santé, qui deviendra le projet SKY, à destination des travailleuses et des travailleurs du secteur informel en milieu rural. Une première phase du projet doit consister à tester la viabilité financière du mécanisme d'assurance dans la province de Kandal, avant d'opérer un passage à l'échelle.

Face à l'absence quasi totale de structures de santé publiques fonctionnelles, le Gret collabore initialement directement avec les professionnels de santé de manière individuelle. En 2000 toutefois, un centre de santé ouvre dans la zone d'intervention initiale du projet SKY et celui-ci s'étend à la province de Takeo, couverte par un centre de santé public. Le Gret opère alors un changement de stratégie et intègre le système de santé publique à travers la contractualisation avec des établissements de santé publics. Il entame ainsi des collaborations avec le ministère de la Santé dans un contexte d'institutionnalisation de la protection sociale au Cambodge.

À partir de 2006, le ministère de la Santé décide d'encadrer les systèmes d'assurance communautaire de santé portés jusqu'alors par les ONG. Il élabore une directive dans le but d'en développer la couverture sur tout le territoire, et sollicite pour sa rédaction l'appui de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et du Gret. Ce dernier entame une démarche de dialogue avec les institutions publiques (séminaires de restitution, rencontres individuelles, etc.), tant au niveau des structures médicales qu'au niveau du ministère de la Santé. Cette proximité permet de lever les éventuels blocages institutionnels et de faciliter la mise en place du système d'assurance communautaire de santé.

À cette époque, la Banque mondiale ainsi que la plupart des acteurs de l'aide internationale sont plutôt positionnés en faveur d'une approche d'assistance sociale à destination des plus vulnérables. Le Gret, quant à lui, porte plutôt la vision d'un accès universel à la protection sociale, partant du principe qu'il est nécessaire de garantir un continuum de couverture pour les populations qui, par nature, peuvent passer d'une catégorie sociale à l'autre en fonction des évolutions économiques qu'elles rencontrent. Il bénéficie cependant du soutien de l'AFD pour la mise en œuvre d'un système ciblant les populations quasi pauvres jusque-là oubliées des programmes de protection sociale¹⁹.

Au départ du projet SKY, le Gret entretient une grande proximité avec les ONG locales ou internationales²⁰ présentes au Cambodge, qui développent elles aussi des stratégies d'assurance communautaire de santé. Ces ONG se répartissent les zones géographiques mais sans grande coordination. Le Gret plaide alors pour une collaboration entre les différentes structures. C'est finalement la coopération allemande (GIZ) qui concrétise un réseau ayant pour but d'harmoniser les paquets de

18. Ce projet conduira à la création par le Gret en 2000 d'une institution de microfinance, EMT, qui prendra en 2004 le nom d'Amret.

19. Les populations les plus précaires bénéficient des fonds d'équité (système non contributif d'assistance sociale), tandis que les plus aisées se tournent vers l'assurance privée, permettant l'accès à des services haut de gamme.

20. Citons par exemple *Enfant et développement* ou *Buddhism for Health*, financées par la coopération allemande (GIZ).

services, d'échanger sur les bonnes pratiques et de former ses ONG membres. Ce réseau sert en outre d'interlocuteur unique auprès du ministère de la Santé.

Ainsi, le projet SKY contribue à la réflexion autour de la construction d'un système public d'assurance santé, tout en comblant un besoin chez les populations quasi pauvres durant cette période de structuration de la stratégie de l'État. Il s'inscrit dans la politique de protection sociale en matière de santé du Cambodge, qui a choisi le mécanisme d'assurance santé pour couvrir les populations vulnérables disposant d'une petite capacité contributive, en vue de développer, à terme, un dispositif de couverture sanitaire universelle.

● METTRE AU POINT DES OUTILS ET DES DISPOSITIFS ADAPTÉS AUX SPÉCIFICITÉS DES TERRITOIRES

Avec le projet SKY, le Gret expérimente un régime d'assurance santé à cotisation volontaire. Il opte pour un système de contractualisation avec des prestataires de soins et de rémunération par capitation, démarche novatrice dans le contexte cambodgien et qui a pour objectif d'agir sur la qualité des soins et de limiter le recours opportuniste à l'assurance.

ZOOM SUR

L'interdépendance entre assurance santé et renforcement de l'offre de soins pour lutter contre la sélection adverse

Dans le cas d'un dispositif d'assurance santé volontaire, la qualité des soins et la sensibilisation des populations sont des enjeux majeurs de viabilité économique. En effet, l'un des risques d'un mécanisme individuel non obligatoire est que les individus n'adhèrent au régime que lorsqu'ils estiment probable l'occurrence d'un problème de santé. C'est ce qu'on appelle la sélection adverse. Ce phénomène peut remettre en cause l'équilibre financier du modèle assurantiel, qui repose sur une mutualisation des risques à travers une couverture large du plus grand nombre. C'est pourquoi, dans le cadre de la mise en œuvre d'un régime contributif volontaire, il paraît essentiel de communiquer auprès des potentiels adhérents sur la plus-value d'une couverture santé. Ce travail de sensibilisation est particulièrement déterminant dans un pays comme le Cambodge, peu familiarisé avec le concept d'assurance.

En parallèle, il est crucial d'augmenter l'attractivité du dispositif en renforçant le système de santé afin d'atteindre la masse critique d'assurés permettant de financer le modèle. En effet, une faible qualité de soins rend les individus moins tolérants à la cotisation. Or, à l'époque du projet SKY, le Cambodge se remet de vingt années de conflits et la qualité de son système de santé est encore insuffisante. Au moment du passage à l'assurance santé obligatoire, la qualité des soins sera d'ailleurs l'une des principales préoccupations et causes des réticences du secteur des entreprises privées⁽¹⁾. Il apparaît alors nécessaire d'améliorer l'offre de service dans son ensemble, y compris l'accueil des patients et l'état général des établissements de santé.

À ce titre, l'assurance santé et la rémunération par capitation apparaissent justement comme des leviers d'amélioration du système de soins. Par opposition à une rémunération à l'acte, la capitation est un paiement forfaitaire par patient pris en charge. En assurant ainsi un revenu régulier aux centres médicaux, elle leur permet d'anticiper leurs ressources et de gérer leur budget, et ainsi de rémunérer correctement leur personnel et d'investir dans des équipements. La capitation offre par ailleurs au Gret un levier de négociation pour inciter les structures à investir dans la qualité des soins, celle-ci permettant d'augmenter l'utilisation des services, et donc le volume de soins financés. C'est la raison pour laquelle le Gret veille, dès les années 2000, à intégrer le système de santé publique dans le projet SKY.

(1) Voir « Négocier un projet piloté conjointement par l'État et le secteur privé » p. 16.

Afin d'élaborer son système d'assurance, le Gret conduit au préalable une étude de faisabilité²¹. En évaluant la situation épidémiologique (les pathologies et leur prévalence dans la zone concernée), il définit un paquet de soins et le montant de la cotisation, tout en expérimentant le système de micro-assurance santé. L'enjeu est de trouver un équilibre entre un tarif trop élevé, qui dissuaderait les adhésions, et un tarif trop bas, qui empêcherait de trouver un équilibre financier à long terme. Cette première phase doit également permettre de tester les modalités de contractualisation avec les structures de soins et d'évaluer la qualité des services offerts aux assurés, leurs habitudes de consommation des soins ainsi que leur satisfaction, afin d'envisager à terme la couverture de nouvelles zones géographiques et de nouveaux groupes cibles.

La population ciblée par le dispositif étant quasi pauvre, il est décidé d'opter pour un paquet de services complet incluant les frais de déplacement et un soutien alimentaire en cas d'hospitalisation (liquidités pour payer les repas de la personne hospitalisée). De nombreux outils (systèmes d'information, procédures, etc.) sont créés sur la base des outils standards du Bureau international du travail, en les adaptant aux contextes d'intervention et en les construisant avec la participation des assurés.

À partir de 2002, le Gret cherche à renforcer son offre d'assurance santé en prévision d'une mise à l'échelle du projet. Il consolide alors sa gestion à travers la rédaction d'un guide de procédures. Le projet connaît un développement graduel de l'offre et de la couverture. Pour chaque nouvelle zone géographique, le Gret met en place un pilote afin d'identifier les spécificités du territoire concerné en matière de disponibilité et de qualité de l'offre de soins, ainsi que de profil de la population²². À la clôture du projet en 2012, celui-ci est divisé en deux volets : un volet en milieu rural à destination des travailleurs principalement informels, et un autre en milieu urbain, où les adhérents dépendent majoritairement du secteur formel.

Avec le projet SKY, le Gret parvient à développer un système de micro-assurance santé solide. Fin 2010, ce dernier compte plus de 70 000 adhérents (plus de 14 000 familles), soit un taux de pénétration de 15 %, une équipe cambodgienne de près de 130 personnes formées à la gestion d'un dispositif d'assurance santé et à la communication, et un réseau comprenant plus de 90 centres de santé et 12 hôpitaux contractualisés à travers quatre provinces²³. Grâce à l'extension, sur financement de l'AFD, du dispositif d'assurance à de nouvelles zones (dans les quartiers urbains de Phnom Penh et en milieu rural dans la province de Kampot), la population touchée par le dispositif d'assurance santé du projet SKY a partiellement évolué : le milieu urbain est désormais couvert, et des travailleurs appartenant au secteur formel sont également assurés en tant qu'ayants droit d'adhérents du secteur informel. Concrètement, le projet SKY permet d'améliorer l'accès aux soins, avec des taux d'utilisation des services de santé supérieurs à la moyenne nationale dans les régions concernées.

● CLÔTURE DU PROJET ET AVENIR DU DISPOSITIF : DES POINTS DE VUE DIVERGENTS

À la clôture du projet SKY en 2012, les cotisations permettent de financer intégralement les coûts des soins mais pas ceux de gestion, qui sont couverts par les bailleurs. D'autre part, les taux d'adhésion sont plus faibles qu'anticipé (moins de 10 %, contre 20 % estimés) et la masse critique d'assurés n'a pas été atteinte. Ce résultat en demi-teinte s'explique par la difficulté à sensibiliser les populations sur le concept même d'assurance, par leur réticence à cotiser pour un risque hypothétique, par leur méfiance vis-à-vis des institutions publiques et de leur pérennité, ainsi que vis-à-vis des services de santé publique, dont la qualité souffre d'une mauvaise réputation.

21. Salze C., Duffau A., Poursat C. (2008), Identification et faisabilité en micro-assurance santé : démarche et outils – L'expérience du projet SKY (Cambodge), Gret, 45 p., *Coopérer aujourd'hui* n° 60.

22. Par exemple catégorie professionnelle, familiarisation avec le concept d'assurance, capacité contributive ou encore types de pathologies en fonction de l'âge, du genre, de l'activité professionnelle et de ses risques associés.

23. Phnom Penh, Kandal, Takeo et Kampot.

Pour pallier le retrait des bailleurs et l'arrêt des subventions projet, plusieurs scénarios sont envisagés : une entité privée de micro-assurance santé pourrait être créée, ou une délégation de service public pourrait être mise en place afin de conserver une démarche non lucrative et garantir que le produit reste abordable pour les populations quasi pauvres. Cependant, la première hypothèse n'est jamais véritablement explorée par le Gret, qui n'est pas favorable à la promotion d'une logique privée en matière d'assurance santé. Ce dernier plaide ainsi fortement pour une intégration du dispositif dans le secteur public, en proposant différents scénarios de mobilisation des ressources publiques censés permettre la prise en charge des frais de gestion par l'État dans le cadre de son rôle de solidarité envers les plus vulnérables.

Or, en 2012, le système de santé du Cambodge est déjà sous-financé et l'État a choisi de prioriser le modèle d'assistance sociale non contributif à destination des plus pauvres à travers les fonds d'équité²⁴. Il travaille déjà par ailleurs sur sa politique d'assurance santé pour le secteur formel et ne souhaite donc pas s'engager dans la couverture du secteur informel.

En parallèle, la plupart des bailleurs se concentrent à cette époque également sur les fonds d'équité et le renforcement des structures de soins. Il est cependant essentiel pour le Gret de continuer à couvrir les travailleurs du secteur informel. Afin de ne pas interrompre les contrats d'adhésion du projet SKY, ces derniers sont transférés, pour ce qui est du milieu rural (secteur informel), aux opérateurs locaux d'assurance communautaire de santé sous tutelle du ministère de la Santé. Ce transfert entraîne des départs massifs du personnel du NSSF vers le secteur privé, dont les conditions salariales sont plus avantageuses, notamment parmi les cadres.

Par la suite, l'État retire les contrats d'adhésion aux opérateurs locaux pour les attribuer aux hôpitaux, malgré les recommandations contraires des acteurs internationaux, dont le Gret. Il est en effet nécessaire de garder une séparation entre la fonction d'offre de soins et celle d'achat de soins et de gestion des risques financiers. Ces rôles doivent revenir à des entités différentes afin de prévenir les cas de fraude et une mauvaise gestion de la part des prestataires de santé. Ce second transfert conduira ainsi à l'essoufflement du dispositif pour le secteur informel.

Quant aux contrats d'adhésion en milieu urbain (secteur formel), ils sont assimilés au projet HIP, lancé quelques années auparavant en 2008 et mené conjointement par le Gret, les ministères de tutelle et le GMAC dans le but de développer un dispositif d'assurance santé pour le secteur formel privé.

LE PROJET HIP, UN PILOTE DE MISE À L'ÉPREUVE DE L'ASSURANCE SANTÉ OBLIGATOIRE POUR LE SECTEUR FORMEL

● NÉGOCIER UN PROJET PILOTÉ CONJOINTEMENT PAR L'ÉTAT ET LE SECTEUR PRIVÉ

En 2007, la création du NSSF, désigné mandataire unique pour la mise en œuvre et la gestion de l'assurance santé obligatoire, vient concrétiser les réflexions concernant un tel dispositif dans l'économie formelle. Elle entraîne un bras de fer entre l'État et le secteur privé, qui émet des doutes quant à l'efficacité d'une assurance obligatoire dans un contexte de système sanitaire défaillant. Selon lui, le risque est que les assurés ne se fassent pas soigner auprès des prestataires de soins publics conventionnés, réputés de mauvaise qualité, et que les cotisations, rendues inutiles, soient finalement utilisées par l'État à d'autres fins. Par ailleurs, dans le souci de rester compétitif au niveau international, le secteur privé est réticent à augmenter ses contributions sociales pour les ouvriers.

²⁴ Les Objectifs du millénaire pour le développement arrivant à échéance en 2015, le Cambodge est alors sous pression pour présenter des résultats relatifs à ses efforts de lutte contre la pauvreté.

C'est dans ce contexte que la principale association des entreprises du secteur textile, le GMAC, sollicite l'intervention du Gret – qui a fait ses preuves dans l'assurance santé du secteur informel – pour engager un pilote qui permettrait de révéler les difficultés concrètes d'un tel dispositif. Ne souhaitant pas reproduire les difficultés rencontrées lors de la clôture du projet SKY, le Gret conditionne son implication à une participation forte de l'État, en particulier du NSSF qui serait, à l'issue du pilote, chargé de généraliser l'expérience dans le cadre de sa démarche d'instauration d'une assurance santé obligatoire. En outre, le Gret plaide vivement en faveur d'une adhésion automatique des usines membres du GMAC, ayant tiré comme enseignement du projet SKY qu'une cotisation volontaire ne permet pas d'atteindre l'équilibre financier. Cependant, le secteur textile connaissant en 2008-2009 une grave crise économique²⁵, le GMAC s'y oppose. Le projet HIP est finalement lancé en 2008 par la signature d'un accord entre le Gret, le GMAC et le NSSF, en partenariat avec les trois ministères de tutelle du projet (Santé ; Travail et formation professionnelle ; Économie et finances). Le dispositif développé prend la forme d'une assurance santé à adhésion volontaire et sert de pilote en vue de la généralisation d'un système d'assurance santé obligatoire dans le secteur privé.

Si toutes les parties prenantes siègent au comité de pilotage du projet HIP, le GMAC et le NSSF sont censés y jouer un rôle moteur, ce dernier devant en effet impliquer ses équipes sur les aspects opérationnels du projet au côté du Gret. Il est d'ailleurs considéré comme l'un des principaux bénéficiaires du projet, puisque certains de ses cadres dirigeants et de ses techniciens clés sont formés à la mise en place et à la gestion d'un dispositif d'assurance santé dans l'optique que le NSSF en assure la gestion à l'issue du projet. Néanmoins, l'engagement de l'opérateur public durant la majeure partie du projet n'est pas à la hauteur des enjeux, et l'institution connaît des difficultés à clarifier sa stratégie par rapport au caractère obligatoire ou volontaire du dispositif. Le GMAC doit quant à lui assurer le dialogue avec ses usines membres afin de favoriser leur adhésion au programme, mais ne dispose finalement pas de l'influence attendue et son engagement dans le projet se limite aux cas de crise importante.

Les syndicats ouvriers, également impliqués dans le projet, plaident en faveur d'un paiement de la cotisation à 70 % par l'employeur (30 % par les salariés). C'est finalement une répartition égale entre employeur et salariés qui est décidée. Déçus par les négociations, les syndicats ouvriers se désengagent partiellement du comité de pilotage.



LA PAROLE AUX ACTRICES

Le projet HIP, un pilote de dispositif public porté par une ONG

« Le Gret avait refusé de mener le pilote HIP si l'État ne signait pas un engagement à le transformer ensuite et à rendre le dispositif obligatoire. Nous ne voulions pas entrer dans un modèle volontaire, car nous n'aurions jamais réussi à équilibrer tout seuls. Le Gret, en tant qu'ONG et avec le budget des bailleurs, a porté le risque financier d'un pilote d'assurance santé d'État. Concrètement, c'est nous qui assurons l'équilibre financier. C'était très risqué ! »

Pascale le Roy, cheffe de projet HIP, Gret

25. La crise financière dite des « subprimes », apparue aux États-Unis en 2007-2008, a eu un très fort retentissement en Asie du Sud-Est ainsi que sur les économies émergentes de la région, y compris le Cambodge, dont un des principaux secteurs d'activité et moteurs de croissance est l'industrie textile.

● **CONSTRUIRE UN DISPOSITIF ADAPTÉ À LA POPULATION CIBLE ET AUX STRUCTURES CONTRIBUTIVES**

À l'époque de la mise en œuvre du projet HIP, l'industrie textile est l'un des piliers de l'économie du Cambodge. De plus, les salariés de ce secteur, composé à 92 % de femmes, font face à d'importantes dépenses de santé au regard de leurs revenus, et à des interruptions souvent forcées de leur emploi. Il existe aux niveaux national et international un véritable enjeu, puisque les normes et les attentes des marchés occidentaux imposent de plus en plus que les salariés des pays exportateurs bénéficient d'une protection sociale. Cette évolution est en cohérence avec les revendications du mouvement ouvrier depuis de nombreuses années. De plus, des données concernant l'industrie textile étaient déjà disponibles et permettaient de construire un dispositif et une offre de prestations adaptés à la population ciblée (les ouvrières) et aux structures contributives (les entreprises du secteur textile). La place du secteur dans l'économie cambodgienne et son niveau de structuration, ainsi que la pertinence d'une assurance pour ses salariés, en font donc un secteur idéal pour amorcer un projet pilote.

Les craintes exprimées par le Gret, relatives au caractère non obligatoire du dispositif pour les entreprises, sont cependant confirmées : seules dix usines sur les 300 membres du GMAC rejoignent le programme, et le produit est uniquement obligatoire dans trois d'entre elles, dans lesquelles l'entreprise prend en charge les cotisations à 100 %. Si les coûts des prestations de soins sont couverts par les cotisations, le modèle d'adhésion volontaire ne permet ni d'atteindre l'équilibre financier du dispositif (intégrant les coûts de gestion du système d'assurance) ni de préfigurer le passage à l'échelle. En 2012 toutefois, grâce à l'absorption des contrats d'assurance en milieu urbain du projet SKY, le projet HIP totalise 70 000 assurés, ce qui permet de couvrir 64 % des frais de gestion, en plus des coûts des prestations de soins.

Le Gret et ses partenaires parviennent ainsi à mettre en place un produit d'assurance collective avec tiers payant. Le fait que l'offre se compose d'un unique produit permet d'appréhender de façon plus progressive l'élaboration d'un nouveau système d'assurance santé pour le secteur formel privé. Les procédures de gestion et de promotion du dispositif sont rassemblées dans un manuel élaboré sur la base des apprentissages et des évolutions. Un système d'information et de gestion, destiné à suivre les adhésions et les consommations médicales des assurés, est développé à partir d'un tronc commun à tous les dispositifs de protection sociale déjà existants dans le pays (fonds d'équité et assurance santé pour le secteur informel), mais adapté aux besoins d'un produit à destination du secteur privé. Lors du transfert du projet au NSSF, le système d'information et de gestion du projet HIP sert d'ailleurs de modèle à l'institution pour développer son propre système en vue de la généralisation du dispositif.

La communication auprès des ouvrières et des ouvriers – dans l'ensemble peu scolarisés et non familiarisés avec le concept d'assurance – est primordiale dans le cadre d'une cotisation volontaire. Dans cette optique, le Gret et ses partenaires mettent en place une stratégie marketing de proximité reposant principalement sur des agents du projet HIP, salariés du projet. Formés au programme d'assurance santé, ces agents s'appuient sur des jeux de rôle qu'ils animent au sein même des usines afin de faire comprendre le coût, le fonctionnement et les bénéfices du produit d'assurance, avec toutefois des résultats mitigés.

En parallèle, un dispositif de gestion client est mis en place afin d'accompagner les ouvriers et de contrôler l'adéquation de l'offre à leurs besoins. Ce dispositif comprend un centre d'appels ouvert 7/7 jours et une présence physique au sein des établissements de santé, incarnée par les hôtesses d'accueil et d'orientation. Il permet de recueillir les doléances et d'évaluer la satisfaction des assurés. Il en ressort que, malgré des plaintes concernant la qualité des soins et l'accueil du personnel médical, le produit est plutôt apprécié par les ouvriers. Les taux mensuels de renouvellement des contrats, très élevés en fin de projet (entre 91 et 97 % en 2012), en sont d'ailleurs la preuve.

ZOOM
SUR

La sensibilisation par les pairs : une relation de confiance pour un travail d'influence

En plus des agents HIP salariés, le Gret et ses partenaires ont développé en fin de projet un réseau « d'éducateurs pairs » (*peer educators*) afin de favoriser les adhésions au sein des usines. Les éducateurs pairs sont des ouvrières ou des ouvriers formés pour sensibiliser leurs collègues à la santé de manière générale, et au produit HIP en particulier. Ils étaient accompagnés par l'équipe communication du projet et percevaient une gratification afin de garantir le maintien de leur engagement et de la qualité du travail effectué.

Cette approche repose sur les théories de communication sociale, d'après lesquelles le recours à une personne influente au sein d'une communauté est un important levier de changement de comportement. Pour cette raison, les éducateurs pairs du projet ont été sélectionnés sur la base de leur forte personnalité et de leur capacité d'influence, au sein des syndicats ou parmi les représentants du personnel, les conducteurs de ligne et les superviseurs. Contrairement aux agents HIP, les éducateurs pairs ne sont pas perçus comme des commerciaux ayant un intérêt financier et bénéficient de la confiance de leurs collègues. Ces personnes sont en outre en contact direct avec les salariés et partagent avec eux une proximité socioculturelle.

Les premiers résultats de ce programme pilote ont été toutefois hétérogènes. Le nombre de nouvelles adhésions variait grandement en fonction des compétences interpersonnelles, des méthodes et de l'investissement des éducateurs pairs. En outre, il a été constaté que chaque éducateur pair disposait d'un cercle d'influence restreint, et donc de capacités nécessairement limitées en matière de recrutement de nouveaux adhérents. Pour cette raison, il a finalement été recommandé de remplacer les éducateurs pairs tous les six mois.

Par ailleurs, l'impact du programme sur les connaissances et les comportements des ouvriers est difficile à estimer car aucun mécanisme d'évaluation n'a été mis en place. Cependant, une analyse du taux d'utilisation des centres de soins a révélé que la sensibilisation par les pairs n'avait pas eu d'effet sur leur fréquentation.

LE PROJET SPIN, UN POSITIONNEMENT ET DES DISPOSITIFS D'ASSISTANCE TECHNIQUE EN ÉVOLUTION

Fin 2013, le projet HIP est transféré comme prévu au NSSF qui, encore en pleine structuration, sollicite l'appui du Gret pour la prise en main du dispositif et des contrats d'adhésion. Le Gret met alors en place un projet d'assistance technique pour l'appuyer. Cet accompagnement se poursuit dans le temps, évoluant pour s'adapter au développement du NSSF. Avec le temps, celui-ci se renforce et le rôle du Gret relève alors moins de l'opérationnel que du conseil. Son accompagnement ne porte plus tant sur l'appropriation des outils et des dispositifs d'assurance santé, qui sont désormais maîtrisés par l'institution, mais davantage sur les moyens d'assurer la politique d'extension du système au plus grand nombre.

● Une assistance technique opérationnelle dans le cadre du transfert du projet HIP (2013-2018)

Dans un premier temps, l'objectif consiste à accompagner les équipes du NSSF dans l'ajustement et la mise en œuvre des procédures de gestion et du système d'information, en particulier le guide de procédures créé dans le cadre du projet HIP. La démarche a également pour but de former le personnel clé du NSSF de manière à l'outiller en vue de la généralisation du dispositif d'assurance santé, qui devient effectivement obligatoire à la suite d'un sous-décret en 2016 et de son inscription dans le NSPPF (National Social Protection Policy Framework²⁶), et de son extension à de nouvelles populations cibles (travailleuses et travailleurs indépendants).

Par ailleurs, le Gret contribue à la mise en place de certaines évolutions nécessaires mais qui, faute de ressources humaines et financières, n'auraient pu être portées entièrement par le NSSF. C'est le cas notamment de l'amélioration de la gestion de la relation client et de la qualité de service, en particulier le centre d'appels mis en place au cours du projet HIP.

Enfin, l'assistance technique a également pour but d'accompagner le NSSF dans l'élaboration d'un plan d'action stratégique pour la mise en place d'une offre de prestations en prévention santé à destination des assurés. En contribuant à réduire la prévalence de certaines maladies évitables, ce plan de prévention participe à la réduction des coûts du système d'assurance santé.



LA PAROLE AUX EXPERTS

« La collaboration avec le Gret est ancienne. Elle a débuté en 2008 et a été très riche, couvrant de nombreux domaines, et notamment le développement des techniques d'information et de communication ainsi que le renforcement des capacités des équipes du NSSF. Dans le projet SPIN, la contribution du Gret a été essentielle pour permettre d'étendre la couverture aux travailleurs du secteur informel et aux auto-entrepreneurs. L'expertise du Gret dans ces domaines a été très appréciée. Il y a cependant un enjeu de coordination entre les différents partenaires afin d'éviter des efforts redondants dans certains domaines, comme le système d'information par exemple. »

Heng Sophannarith, directeur du NSSF

● Une assistance technique plus stratégique dans le cadre du projet SPIN (2018-2023)

Au moment de l'élaboration du projet SPIN en 2018, le NSSF s'agrandit (3 000 fonctionnaires y travaillent) et sa structure se complexifie. Il gagne également en compétences. Le soutien du Gret ne repose donc plus sur la maîtrise des outils et des dispositifs, mais plutôt sur du conseil stratégique et de l'accompagnement à la mise en place d'activités cherchant à maximiser la couverture santé des populations vulnérables. C'est ainsi que le Gret parvient à orienter le nouveau projet sur une catégorie de travailleurs qui ne pouvait être une priorité du NSSF en raison d'un manque de ressources : les travailleurs du secteur informel²⁷.

26. Cadre politique national de protection sociale.

27. Voir « Une position atypique du Gret pour contribuer à infléchir certaines orientations stratégiques » p. 26.

Initialement, deux catégories de travailleuses et de travailleurs informels sont retenues pour bénéficier de l'extension de l'assurance santé : les chauffeurs de tuk-tuk et les employés de maison. Toutefois, ce dernier groupe voit son statut modifié au cours du projet. En effet, la loi de protection sociale votée en 2019 établit que les employés de maison appartiennent finalement au secteur formel et relèvent de ce fait de l'assurance obligatoire, qui doit être financée par leur employeur. À l'inverse, et en dépit de recommandations contraires du Gret, le NSSF avait interprété la loi en rendant l'adhésion des chauffeurs de tuk-tuk volontaire. Le projet doit donc être ajusté, avec deux groupes cibles aux enjeux distincts :

- les chauffeurs de tuk-tuk : travailleurs indépendants informels, souvent exclus du champ d'application de la législation du travail, aux revenus fluctuants et avec une capacité et une tolérance à la cotisation faibles ;
- les employés de maison : travailleurs atypiques à temps partiel dépendant de plusieurs employeurs non professionnels (des particuliers).

Dans les deux cas, ces travailleurs sont néanmoins considérés comme « difficiles à couvrir » en raison du double défi qu'ils présentent. Les potentiels assurés ne sont déclarés auprès d'aucune institution administrative, ce qui complexifie leur identification et leur enregistrement, le recouvrement de leurs cotisations et la communication. Par ailleurs, cela implique de passer d'une gestion collective de la couverture à une gestion individuelle.

Pour répondre à ces enjeux, l'assistance technique mise en œuvre dans le cadre du projet SPIN permet d'accompagner le NSSF dans l'adaptation de ses outils à l'extension de l'assurance santé aux nouvelles populations ciblées. Le Gret organise des remises à niveau sur l'ensemble des outils et des procédures, ainsi que des formations sur les recouvrements et sur les solutions administratives pour l'extension de la couverture, en partenariat avec l'Organisation internationale du travail (OIT). Les améliorations de la gestion client débutées dans la phase précédente d'assistance technique sont poursuivies et achevées en 2022. À cette fin, un expert indépendant en solutions informatiques est mis à disposition du NSSF. Il établit un état des lieux du système existant, propose un cahier des charges des corrections à apporter au centre d'appels pour un fonctionnement optimal, et poursuit la formation de ses équipes.

Une étude financière est menée pour déterminer les taux de cotisation à appliquer pour chaque groupe cible, ainsi que les modalités de recouvrement, afin de limiter les risques et garantir la viabilité financière du dispositif. Un paquet de soins est défini sur la base d'une projection des dépenses de santé et de l'estimation de la capacité et de la tolérance à la cotisation des travailleurs. Le principal risque identifié est lié au caractère volontaire de l'adhésion des chauffeurs de tuk-tuk,



Conductrice de tuk-tuk, groupe cible du projet SPIN



Une nouvelle bénéficiaire fait la promotion lors du lancement du pilote d'assurance maladie volontaire

susceptible de conduire à un phénomène de sélection adverse. La contribution pour le secteur informel est donc plafonnée pour être acceptable et le paquet de soins adapté en conséquence (légèrement moins avantageux que pour le secteur formel).

Afin d'améliorer l'identification et l'adhésion des travailleurs, mais aussi pour recueillir leurs besoins et adapter les mécanismes d'assurance santé, des syndicats d'employés de maison (IDEA – Independent Democracy of Informal Economy Association²⁸) et de chauffeurs de tuk tuk (ADW – Association for Domestic Workers²⁹) ont été impliqués. Grâce à leur proximité avec les travailleurs (à la fois en matière d'accès et de relation de confiance) et à des relais au sein des quartiers, ils peuvent diffuser auprès de leurs adhérents les messages et les outils auxquels ils ont été préalablement formés. Trois animateurs du Gret sont chargés de coordonner les activités entre les syndicats, les points relais et le projet. Si, dans un premier temps, il est envisagé de réserver le programme d'assurance santé aux membres des syndicats (soit environ 1 % de la population active), l'adhésion est rapidement ouverte à l'ensemble des travailleurs du secteur, en cohérence avec la vision du Gret d'un accès équitable à l'assurance santé. Outre les associations de travailleurs, certaines ONG du secteur (notamment Oxfam) sont également mises à contribution pour l'élaboration d'une stratégie de communication adaptée au contexte et aux travailleurs.

En 2021, une application mobile est développée et testée afin de faciliter le pré-enregistrement des chauffeurs de tuk-tuk auprès du NSSF (et non se substituer totalement à l'enregistrement physique) ainsi que le recouvrement de leurs cotisations. Si le format mobile permet d'augmenter l'accessibilité à l'application ainsi que sa transparence pour les utilisateurs, il reste essentiel de maintenir une assistance en personne pour les travailleurs ne disposant pas de smartphones ou rencontrant des difficultés à s'en servir pour remplir un formulaire. À cette fin, des points focaux des syndicats et des associations sont formés au fonctionnement de l'application et à nouveau mis à contribution afin d'accompagner leurs adhérents dans son utilisation. Si le NSSF n'a pas véritablement intégré l'outil dans ses procédures³⁰, le travail de réflexion mené avec l'appui du Gret au sujet de ses procédures internes le convainc de simplifier les critères d'enregistrement des travailleurs informels pour permettre au plus grand nombre d'adhérer³¹. À la suite de la publication du sous-décret intégrant le secteur informel et les ayants droit en août 2023, près de 100 000 travailleuses et travailleurs informels, dont 8 300 chauffeurs de tuk-tuk et 550 employés de maison, ainsi qu'une grande variété de travailleurs ou auto-entrepreneurs – vendeurs, tailleurs, ouvriers du bâtiment, etc. – ont pu, la même année, s'enregistrer auprès du NSSF. ●

LA PAROLE AUX ACTEURS

L'assurance santé pour limiter la décapitalisation

« Je gagne à peine de quoi joindre les deux bouts, et je n'ai parfois pas eu assez d'argent pour me payer des traitements médicaux. Je gagne entre 30 000 et 50 000 riels par jour [entre 7 et 10 euros environ]. L'accès à la Sécurité sociale me permet aujourd'hui d'économiser un peu d'argent si je tombe malade. Si je n'y avais pas accès, je perdrais tout l'argent que j'ai gagné et ce ne serait même pas suffisant pour couvrir les dépenses. Moi-même et tous ceux qui travaillent dans le secteur informel ou en tant qu'indépendants sommes heureux de pouvoir accéder aux services de santé. Nous avons longtemps espéré devenir membres du NSSF. »

Phy Samoul, chauffeur de tuk-tuk à Phnom Penh

28. Association pour la démocratie indépendante de l'économie informelle.

29. Syndicat des employés domestiques.

30. Voir « Une position atypique du Gret pour contribuer à infléchir certaines orientations stratégiques » p. 26.

31. Initialement, la procédure d'enregistrement nécessitait de fournir notamment un acte de naissance et un justificatif de domicile, documents que ne possèdent pas toujours les populations vulnérables et les travailleurs informels. Désormais, seule une preuve d'identité est requise.

Tableau 1 : **APERÇU DES STRATÉGIES ET DES LOGIQUES D'INTERVENTION DES PROJETS DU GRET AU CAMBODGE EN MATIÈRE D'ACCÈS À LA SANTÉ DEPUIS VINGT-CINQ ANS**

	SKY	HIP	SPIN +
Objectif du projet	Assurer une couverture assurantielle individuelle volontaire aux populations quasi pauvres tout en contribuant à la réflexion autour de la construction d'un système public d'assurance santé.	Piloter la mise à l'épreuve de l'assurance santé obligatoire pour le secteur formel à travers un dispositif d'assurance santé à destination des ouvriers du secteur textile.	Piloter l'adaptation de l'assurance santé au secteur informel sous un format individuel et volontaire, et aux employés de maison sous un format individuel obligatoire <i>via</i> les employeurs.
Population cible	Secteur informel en milieu rural. Secteur formel en milieu urbain.	Ouvriers du secteur textile.	Employés de maison. Chauffeurs de tuk-tuk.
Nombre d'assurés	70 000	70 000	100 000 travailleurs informels, dont 8 300 chauffeurs de tuk-tuk et 550 employés de maison.
Zones d'intervention	Provinces de Kandal, Takeo, Phnom Penh et Kampot (zones rurales et urbaines).	Zone d'implantation des usines membres du GMAC, en particulier à Phnom Penh et dans sa banlieue.	Couverture nationale.
Dispositif mis en œuvre	Assurance communautaire de santé.	Assurance santé collective volontaire au sein des entreprises du secteur textile.	Employés de maison : assurance santé individuelle obligatoire (financée par les employeurs). Chauffeurs de tuk-tuk : assurance santé individuelle volontaire.
Activités	Contractualisation avec des établissements de santé publics pour la prestation de services de soins (avec rémunération par capitation). Initiation et contribution à la création d'un réseau d'ONG et d'opérateurs d'assurance communautaire de santé.	Consolidation d'un guide de procédures et de formations. Développement d'un système d'information et de gestion. Mise en place d'un dispositif de gestion client, dont un centre d'appels. Mise en œuvre d'une stratégie de communication auprès des ouvriers par des agents du Gret et des éducateurs pairs.	Adaptation et accompagnement à la mise en œuvre des procédures en lien avec les réalités du secteur informel, formation des fonctionnaires du NSSF. Amélioration du centre d'appels. Développement d'une application mobile pour le pré-enregistrement des travailleurs informels. Campagne de communication en partenariat avec les syndicats pour l'inscription des travailleurs.
Partenaires	Établissements de santé publics : offre de services de soins. Ministère de la Santé : tutelle. Réseau des ONG et des opérateurs d'assurance communautaire de santé : harmonisation des paquets de services, partage des bonnes pratiques, formation des membres, interlocuteur unique auprès du ministère de la Santé.	NSSF : responsable de la mise en œuvre de l'assurance santé, bénéficiaire de l'appui technique, co-conception du dispositif. GMAC : co-conception du dispositif, mobilisation des entreprises volontaires du programme. Ministères de tutelle : Santé ; Travail et Formation professionnelle ; Économie et finances.	NSSF : mise en œuvre du projet, bénéficiaire de l'assistance technique. Syndicats de travailleurs (IDEA ⁽¹⁾ et ADW ⁽²⁾) : identification et sensibilisation des groupes cibles. OIT ⁽³⁾ : formations au sein du NSSF. ONG (Oxfam, etc.) : contribution à la conception des campagnes de communication auprès des groupes cibles.
Partenaires financiers	AFD	AFD	AFD et Weave of Future Foundation

(1) Independent Democracy of Informal Economy Association (Association pour la démocratie indépendante de l'économie informelle).

(2) Association for Domestic Workers (Syndicat des employés de maison).

(3) Organisation internationale du travail.

PARTIE 2

Accompagner l'État dans l'opérationnalisation du système d'assurance santé : la posture d'assistance technique

A partir de 2013, le Gret met en place des projets d'assistance technique auprès du NSSF. Cette posture privilégiée lui permet, dans les limites permises par le cadre institutionnel, d'orienter les réflexions de l'institution sur certains sujets. Pour cela, la structuration et l'insertion de la politique de protection sociale dans les différents réseaux d'acteurs restent des conditions nécessaires. Cela permet également d'opérationnaliser les orientations stratégiques, de faire émerger une vision partagée du système d'assurance santé et d'assurer le portage politique des orientations.

L'APPROPRIATION DES OUTILS ET DES DISPOSITIFS DANS LES INSTITUTIONS

Dans le cadre de ses activités d'assistance technique, le Gret propose depuis une dizaine d'années des outils et des dispositifs correspondant aux standards internationaux de bonnes pratiques (notamment de l'OIT et de l'Association internationale de Sécurité sociale), qu'il adapte – dans la limite de ses connaissances – au contexte socio-économique et institutionnel cambodgien. Il forme en outre les techniciens du NSSF à leur développement et à leur mise en œuvre. Toutefois, il ne dispose d'aucune prise sur le fonctionnement institutionnel, et donc sur l'utilisation réelle de ces outils et dispositifs. C'est ainsi que l'application développée dans le cadre du projet SPIN n'a finalement pas été intégrée aux procédures d'enregistrement des travailleurs du secteur informel.

Les procédures sont aujourd'hui entièrement gérées par le NSSF. Les conditions et les délais d'appropriation des outils et des dispositifs dépendent donc du fonctionnement propre de l'institution. Les principales limites identifiées pour le transfert d'outils et de compétences découlent de ce fonctionnement : fort turn-over, hiérarchisation du personnel, cloisonnement des départements et du pouvoir de décision, etc. Ainsi, si le Gret est parvenu à former les techniciens, ce sont rarement eux qui évoluent aux postes décisionnels, et l'assistance technique n'a donc pas d'impact sur les prises de décision au plus haut niveau, ni sur la politique de l'institution de manière générale.

Le Gret a également tenté d'initier une évolution des méthodes managériales au sein du NSSF afin d'améliorer la mise en œuvre de la feuille de route commune. Bien que l'opérateur se soit montré à l'écoute des recommandations, il n'a cependant pas pour autant modifié ses pratiques de façon tangible, signe des décalages entre ces propositions et le fonctionnement institutionnel. De la même

manière, dans un contexte de généralisation de l'assurance santé, la numérisation des dossiers et des procédures avait été recommandée par les partenaires internationaux. Toutefois, le NSSF s'y était opposé en raison d'une directive des Finances publiques imposant le maintien du format papier. Ce sont finalement la crise de la Covid-19 et des financements internationaux dédiés à l'actualisation de son système d'information qui ont incité le NSSF à enclencher sa transition numérique.

Le Gret ne possède qu'une compréhension partielle du fonctionnement de l'institution, acquise progressivement et de manière empirique sur la base de son expérience de l'accompagnement du NSSF au fil des années. Par ailleurs, n'étant pas bailleur, il ne dispose d'aucun levier financier. Dans ces conditions, l'objectif n'est pas tant que le NSSF applique un « modèle idéal » que de proposer différents repères que l'institution pourra s'approprier de manière sélective et dans une temporalité adaptée à ses besoins et à ses capacités. Par exemple, même si le Gret n'a aucune prise sur les procédures d'enregistrement telles que mises en œuvre par le NSSF, le travail autour de ces dernières a cependant permis de faire évoluer l'enregistrement pour le rendre accessible au plus grand nombre. Dans cette perspective, le Gret s'implique dans des échanges et le suivi des activités du NSSF, qu'il accompagne au quotidien. Dans le cadre du projet SPIN, un binôme franco-cambodgien d'experts a ainsi été intégré aux équipes du NSSF afin de limiter la barrière linguistique et culturelle, d'assurer une proximité avec les équipes de l'opérateur et de faciliter les échanges.

UNE POSITION ATYPIQUE DU GRET POUR CONTRIBUER À INFLÉCHIR CERTAINES ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

Le Gret, au travers de ses actions conduites auprès des institutions cambodgiennes, cherche à faire prévaloir une certaine vision de la protection sociale en matière de santé, en s'appuyant sur les objectifs de couverture sanitaire universelle du gouvernement et sur un cadre juridique qui oblige l'État à couvrir ses citoyens. Il n'a ni les moyens financiers, ni les compétences, ni la légitimité pour adopter une posture d'influence. En revanche, il cherche, à sa modeste mesure, à infléchir les orientations en saisissant les fenêtres d'opportunité qui s'ouvrent et se referment en fonction des contextes politique et institutionnel, et des possibilités de financement. C'est par exemple le cas lors du montage du projet SPIN.



Chauffeur de tuk-tuk, groupe cible du projet SPIN

À l'époque, la couverture des populations vulnérables du secteur informel n'est pas une priorité pour l'État, et le NSSF est déjà mobilisé sur le développement de l'assurance santé obligatoire à destination du secteur formel privé. Grâce aux cotisations des travailleurs de ce secteur, plutôt jeunes et en bonne santé, et donc avec de faibles dépenses de soins, il espère bénéficier de ressources pour investir dans l'amélioration du système de santé. Par ailleurs, il est sous pression politique pour mettre en place un système de retraites. Convaincu, depuis le projet SKY, de l'importance de couvrir le secteur informel globalement précaire, et fidèle à sa mission d'inclusion sociale, le Gret parvient pourtant dès 2018, notamment grâce au soutien de l'AFD et à sa relation de longue date avec le NSSF, à amener ce dernier à travailler sur l'assurance santé à destination de ce secteur.



LA PAROLE AUX EXPERTS

Un positionnement à la confluence entre opérationnel et stratégie

« Le Gret jouit d'un double positionnement complémentaire : à la fois opérationnel, sur le terrain, et de participation à la réflexion stratégique, nourrie précisément par son expérience de terrain. Tout en restant sur de l'appui technique, il est force de proposition et anticipe les étapes, sujets et stratégies à aborder à moyen terme. »

Thibaut Hanquet, chef de projet Protection sociale, Gret Cambodge

Par ailleurs, lors de la définition des groupes de travailleurs cibles, le NSSF souhaite intégrer les ouvriers du bâtiment car l'amélioration de leurs conditions de travail fait partie des priorités politiques du Cambodge. Pour le Gret, l'enjeu de la couverture de cette population repose sur la formalisation de son emploi, et donc sur une nécessaire restructuration du secteur. De plus, les contrats de ces ouvriers sont généralement journaliers, ce qui représente une difficulté supplémentaire dans le cadre d'un système pilote de protection sociale. C'est pourquoi le Gret recommande de passer par la régulation du secteur pour améliorer les conditions de travail des ouvriers du bâtiment. Ces derniers sont toutefois finalement écartés du projet, la formalisation du secteur de la construction apparaissant comme trop complexe à ce stade.

Cette capacité à influencer parfois les orientations stratégiques tient au soutien apporté par l'AFD depuis plusieurs années ainsi qu'à la relation de confiance établie entre le NSSF et le Gret, permettant à ce dernier de faire valoir sa vision stratégique et de co-construire de nouveaux projets. Voyant que l'État initiait l'élaboration d'une politique publique de protection sociale, le Gret s'est dès le départ positionné comme un partenaire en appui à cette démarche. Plus tard, lors de la création en 2017 du NSPC, alors que l'ensemble des partenaires se tourne vers cette nouvelle institution disposant d'un pouvoir stratégique d'élaboration des politiques nationales, le Gret reste au côté du NSSF et l'accompagne au niveau stratégique et opérationnel en fonction des projets et selon les évolutions stratégiques. Il travaille aujourd'hui à renforcer le NSSF sur un plan institutionnel. Dans le cadre de la réflexion engagée sur l'extension de l'assurance santé au milieu rural, le Gret a récemment fait appel à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole française (CCMSA) afin d'initier un partage d'expériences avec le NSSF, institution similaire, notamment sur des sujets de gouvernance et de soutenabilité financière. Le Gret n'a plus ici un rôle technique mais de mise en réseau et d'orientation des questionnements du NSSF.



LA PAROLE AUX EXPERTES

Forte présence et longue expérience de terrain

« Le Gret est présent au Cambodge depuis très longtemps et sur de nombreux secteurs. Il comprend le contexte et les besoins, ce qui lui a permis de bâtir une relation de confiance avec les partenaires. Les recommandations du Gret pour orienter les stratégies de protection sociale sont pertinentes car elles s'appuient sur les résultats du terrain.

Ces qualités ont notamment contribué à faire du projet SKY l'un des meilleurs projets d'assurance communautaire de santé, très apprécié des bénéficiaires et des homologues cambodgiens. Les leçons apprises de SKY ont en outre bien été intégrées aux projets.

Aujourd'hui, le Gret poursuit sa stratégie d'une présence forte en participant au groupe de travail technique, au sein d'une équipe, ce qui lui permet de contribuer à la stratégie de protection sociale du pays. »

Malika Ok, responsable protection sociale, AFD Cambodge

Ce partenariat, inscrit dans le temps long, donne du poids et de la légitimité aux actions du Gret et à des propositions stratégiques. Aujourd'hui, toutefois, cette légitimité est à renouveler dans un contexte où le NSSF s'est considérablement développé et où la construction institutionnelle de la protection sociale s'étoffe, en particulier avec le NSPC, duquel le Gret a commencé à se rapprocher.

INTÉGRER L'INCERTITUDE INSTITUTIONNELLE ET SAISIR LES MARGES DE MANŒUVRE STRATÉGIQUES

Il existe rarement une convergence idéale entre vision des porteurs de projets, opportunités de financement et trajectoire institutionnelle. Des décalages demeurent toujours entre « temps des projets » et « temps institutionnel » : l'alternance entre phases de latence et accélérations du processus est inhérente à une démarche d'élaboration et de mise en œuvre d'une politique publique.

Ainsi, au démarrage du projet SPIN en 2018, la définition du secteur informel n'est pas encore arrêtée. Une loi de sécurité sociale doit établir une classification des travailleurs éligibles aux différents programmes de protection sociale et préciser si l'adhésion et la cotisation des groupes de travailleurs seraient obligatoires ou volontaires. Le Gret choisit néanmoins de s'engager dans le projet afin de saisir une opportunité de financement de l'AFD pour le développement de la protection sociale en milieu urbain.

À la suite du vote de la loi l'année suivante, en 2019, le Gret doit s'adapter à deux groupes cibles relevant de cadres juridiques distincts. En outre, cette loi ne se traduit pas immédiatement de façon concrète dans le plan d'action stratégique du NSSF. Or, le déploiement du projet SPIN sur les chauffeurs de tuk-tuk est conditionné à la promulgation de la loi : en l'absence de directives concernant les conditions d'adhésion de cette population à l'assurance santé, il est impossible de déterminer les modalités de recouvrement, la stratégie de communication ou le paquet de soins proposé. Après trois années de latence, une décision permettant l'opérationnalisation de la loi est finalement rendue en juin 2023 dans un contexte préélectoral, délai ayant par conséquent entraîné un retard dans l'enregistrement des chauffeurs de tuk-tuk.

Il convient alors de faire preuve d'agilité dans le montage et la mise en œuvre du projet. Grâce à sa relation de proximité avec le NSSF, le Gret a su tenir compte des diverses incertitudes. En partenariat avec le NSSF, il a travaillé en parallèle sur les deux types de population cible, aboutissant à un lancement de l'assurance santé en deux temps : en 2022 pour les employés de maison et un an plus tard pour les chauffeurs de tuk-tuk. Dans l'intervalle, il a utilisé l'application développée pour pré-enregistrer les travailleurs indépendants de manière à démarrer leur identification et à accélérer le processus d'adhésion officielle lorsque celui-ci serait lancé. Cette nécessaire adaptabilité suppose en outre un soutien continu des bailleurs. Ainsi l'AFD, le principal partenaire financier, a, depuis le début avec le projet SKY, toujours fait preuve de flexibilité, et a accordé une extension au projet SPIN afin de pallier le retard dans la mise en œuvre des activités.

Lorsque le contexte politique s'y prête, un projet peut donc constituer un moyen de mettre à l'agenda certains éléments de politiques publiques, en anticipant les décisions législatives et réglementaires.

S'INSÉRER DANS UN RÉSEAU D'ACTEURS ET CONTRIBUER À LE RENFORCER

● La structuration de réseaux et de partenariats en vue de l'institutionnalisation des dispositifs

Au cours des projets SKY, HIP et SPIN, le Gret s'efforce de contribuer à structurer des réseaux d'acteurs dans le but de concevoir et de mettre en œuvre ses activités, mais aussi d'institutionnaliser les dispositifs d'assurance santé développés. Durant le projet SKY par exemple, il contribue activement à la construction du réseau des opérateurs d'assurance communautaire de santé, qu'il initie. Il s'impliquera énormément dans ce réseau, et en sera nommé le représentant à l'occasion du dialogue avec l'État.

Dans le cadre du projet HIP, le Gret constitue cette fois-ci un réseau multi-acteurs composé notamment du secteur public (NSSF et ministères de tutelle) et du secteur privé (GMAC). Les organismes de coopération internationale (tels que le Bureau international du travail et la GIZ) en sont également parties prenantes en tant que partenaires techniques et financiers. Toutefois, ce réseau est marqué par la faible présence de la société civile : les professionnels de santé n'y sont pas représentés, et les syndicats ouvriers s'en sont détachés.

Avec le projet SPIN, la société civile est davantage mobilisée, même si cette implication reste relativement à la marge. La coopération entre le NSSF et les syndicats de travailleurs est mutuellement bénéfique : elle permet au NSSF de toucher les adhérents des syndicats et, de leur côté, les syndicats peuvent s'organiser pour demander de meilleures conditions de travail et de prise en charge pour leurs membres.

● L'insertion dans des réseaux existants pour porter une certaine vision stratégique

Outre les réseaux qu'il contribue à créer, le Gret s'insère également dans les réseaux d'acteurs existants afin de faire valoir sa vision stratégique des enjeux de protection sociale en matière de santé. Cette insertion est facilitée par sa capacité à être force de proposition sur l'opérationnalisation des politiques publiques, fondée sur son expérience de terrain longue de nombreuses années. Ce travail relationnel doit être entretenu et renouvelé en permanence en fonction de la création et de la disparition des réseaux et des acteurs, et selon l'évolution des priorités et des orientations des institutions politiques et des bailleurs.

Ainsi, la création en 2016 du NSPC impose au Gret de relancer un nouveau travail d'insertion dans les réseaux d'acteurs, alors qu'il dépendait jusqu'à présent principalement de sa relation avec le NSSF. Ce rebattement des cartes institutionnelles révèle la nécessité de chercher à actionner des leviers politiques auxquels il a le moins accès (le NSPC, mais également le ministère des Finances et le ministère du Travail, ce dernier reprenant progressivement les rênes du NSSF). Cette démarche a été amorcée en 2023 auprès du NSPC. Alors que ce dernier se questionne sur l'extension de l'assurance santé au milieu rural, le Gret œuvre à donner de la visibilité aux actions conduites depuis quinze ans avec le NSSF. Il va en outre conduire une étude de faisabilité sur l'extension du dispositif au secteur rural de manière à documenter la réflexion pour faire évoluer les politiques publiques.

Cette constante adaptation au contexte institutionnel et politique implique de disposer d'un panorama des acteurs auprès desquels il est souhaitable, mais aussi possible, d'exercer une influence. À titre d'illustration, le secteur privé, peu structuré dans le milieu informel et rural, n'est actuellement pas nécessairement un acteur prioritaire, alors qu'il faisait figure d'allié dans le cadre du projet HIP (secteur textile structuré). Il est donc nécessaire de se tourner vers les associations, les coopératives et les groupes communautaires. D'autre part, si l'échelon politique (notamment à la tête de l'État) semble hors de portée, il est en revanche envisageable de bénéficier de l'écoute d'institutions clés telles que le NSPC.

Concrètement, cette stratégie d'insertion du Gret dans les réseaux repose sur la participation à des groupes de travail où sont présents les partenaires de développement (en particulier les Nations unies avec l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'OIT ou encore l'Unicef) et des institutions publiques (comme le NSPC), ainsi que par les discussions informelles, en particulier avec les principaux financeurs de la protection sociale au Cambodge tels que la GIZ, l'Union européenne ou encore la coopération japonaise.

Enfin, il faut souligner la dépendance des organisations comme le Gret à l'alignement de l'aide au développement – loin d'être la règle – des bailleurs, des institutions internationales (Bureau international du travail, ONU) et des gouvernements. Les bailleurs ont en effet parfois des visions stratégiques divergentes et qui évoluent en fonction du contexte et de leur propre agenda. ●

CONCLUSION

Accompagner la construction d'un modèle d'assurance santé par l'expérimentation, le partenariat et le dialogue multi-acteur

EXPÉRIMENTER DES MÉCANISMES D'ASSURANCE SANTÉ POUR LES POPULATIONS VULNÉRABLES EN PARTENARIAT AVEC LES INSTITUTIONS PUBLIQUES

À travers ses interventions successives conduites depuis la fin des années 1990, le Gret a joué un rôle notable dans l'expérimentation de terrain d'une politique de protection sociale au Cambodge. Les trois projets qu'il a mis en œuvre ont permis d'expérimenter des mécanismes d'assurance santé adaptés à différents groupes cibles, pour une couverture toujours plus large des populations vulnérables. Sur la base des standards internationaux et de son expérience dans d'autres pays, il a élaboré des outils adaptés au contexte local, qui ont ensuite été repris par le NSSF.

Si, durant quatorze ans, le projet SKY a permis d'apporter une couverture santé à 70 000 personnes, le pilote n'a pu déboucher sur un dispositif public à destination du secteur informel du fait d'un manque de soutien de l'État et des bailleurs, qui priorisaient alors le secteur formel et les fonds d'équité de santé. Le projet HIP a quant à lui contribué à la réflexion sur la mise en œuvre effective de l'assurance santé obligatoire pour le secteur formel, prévue dès la loi de Sécurité sociale de 2002. Cependant, en raison de l'impossibilité à rendre le dispositif obligatoire du fait des réticences des entreprises et des hésitations du ministère du Travail sur la question, le pilote s'est heurté à des difficultés d'équilibre financier déjà rencontrées lors du projet SKY, et n'a pas réellement pu mettre à l'épreuve le mécanisme qui sera finalement généralisé ultérieurement à l'ensemble du secteur formel. Le projet SPIN, enfin, signe le retour de la couverture santé pour le secteur informel. Si le Gret influence sur le choix des populations ciblées, il n'est pas pour autant maître du calendrier, ni de l'appropriation effective des outils par le NSSF.

Depuis vingt-cinq ans, les relations que le Gret entretient avec les institutions cambodgiennes ont évolué au fil du développement de la politique de protection sociale du pays. D'un projet SKY d'abord totalement détaché du secteur public, une collaboration s'est nouée à mesure que l'État prenait en main les questions de protection sociale : de l'intégration du système de santé publique sous tutelle

Accompagner la construction d'un système d'assurance santé

Retours d'expérience sur vingt-cinq années d'actions au Cambodge

du ministère de la Santé, à la conception et à la mise en œuvre du pilote HIP en partenariat avec le NSSF, le Gret intervient désormais dans une posture d'assistance technique. Il s'est ainsi imposé comme un partenaire privilégié des institutions de la politique d'assurance santé, particulièrement du NSSF, bénéficiant d'une position atypique pour une ONG, à cheval entre appui technique opérationnel et inflexion des orientations stratégiques du NSSF.

Au cours des dix dernières années, le Gret a construit avec le NSSF une forte relation de confiance et de coopération. Sa position n'est désormais plus de piloter des projets à transférer aux institutions cambodgiennes, mais d'accompagner ces dernières dans la réflexion, la priorisation, l'élaboration et la mise en œuvre de leur politique de protection sociale en matière de santé. Cette posture implique de s'adapter au temps politique plus long que le temps du projet, ainsi qu'aux spécificités institutionnelles dont le Gret a une connaissance partielle et empirique : ce n'est que dans le cadre des interventions que ces spécificités émergent, obligeant le Gret à faire preuve de flexibilité. Cette dynamique nécessite de repenser le transfert d'outils et de compétences non plus en un modèle fixe à appliquer par le NSSF, mais plutôt comme base de référence que l'institution peut ajuster et s'appropriier à son rythme et de manière sélective. Enfin, cette posture suppose également de travailler à comprendre les réseaux d'acteurs en perpétuelle reconfiguration et à s'y insérer afin de faire valoir une certaine vision de la politique de protection sociale en matière de santé.

Depuis 2018 et le projet SPIN, le Gret utilise son expertise et sa relation de longue date avec le NSSF pour promouvoir l'extension de la couverture santé à certaines populations vulnérables, en particulier du secteur informel. Il a développé des dispositifs d'assurance santé pour les employés de maison et les chauffeurs de tuk-tuk, étendus depuis 2022 aux livreurs et aux vendeurs sur les marchés dans le cadre du projet ASP. Récemment, le Gret a également initié une étude de faisabilité pour l'extension de la couverture santé au secteur agricole : cette population est difficile à couvrir du fait des spécificités de ces travailleurs, souvent isolés en zone rurale, avec une faible capacité de cotisation et soumis à de nombreux aléas (climatiques et économiques, notamment).



Vendeuse informelle, groupe cible du projet ASP

PROMOUVOIR LE PRINCIPE D'UNE COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE DANS DES CONTEXTES INSTITUTIONNELS PLUS OU MOINS FAVORABLES

C'est grâce aux liens forts existants entre le NSSF et le Gret, partenaire de l'institution depuis sa création, d'abord dans une posture opérationnelle puis en appui technique et stratégique, que ce dernier a pu proposer un accompagnement sur mesure au NSSF et engager un dialogue sur les choix stratégiques à poser, comme la sélection des populations cibles. Cette posture privilégiée s'est cependant heurtée aux aléas politiques et institutionnels propres à l'administration, ainsi qu'à une temporalité différente de celle de la logique de projet. Depuis 2017 et l'émergence du NSPC, le Gret doit également composer avec le rééquilibrage des responsabilités stratégiques entre institutions. C'est pourquoi il a entre autres œuvré à structurer de nouveaux réseaux multi-acteurs et à s'insérer dans les réseaux existants, en constante reconfiguration. À travers cette participation aux groupes de travail et aux cadres de concertation avec les différentes parties prenantes du secteur, il cherche à faire entendre sa vision stratégique de la protection sociale en matière de santé au Cambodge.

Le Gret reste cependant tributaire de la position des partenaires financiers et de l'État. De l'alignement de ces positions dépendent en effet les orientations qu'il est possible d'adopter, comme ce fut le cas lors de la fin du projet SKY ou concernant le caractère obligatoire des dispositifs d'assurance santé mis en place.

UN MODÈLE D'ASSURANCE SANTÉ ENCORE EN CONSTRUCTION

Pour atteindre son objectif de couverture sanitaire universelle, le pays doit encore combler certaines lacunes aussi bien au niveau stratégique qu'opérationnel. Ces dernières années, le NSSF a connu un développement fulgurant. Il a conduit de nombreux chantiers (assurance santé pour les secteurs formel et informel, retraite, restructuration interne, etc.) et ses effectifs ont fortement augmenté, y compris parmi ses cadres dirigeants. Il doit aujourd'hui fournir un effort considérable de renforcement de compétence de ses salariés, d'autant plus qu'il n'existe toujours pas au Cambodge de cursus en étude supérieure préparant aux métiers de la protection sociale.

Le NSSF a en outre connu un accroissement notable du nombre d'assurés, rendant indispensable la refonte de son système d'information afin de le redimensionner à son nouveau volume d'activités et d'anticiper, à terme, la couverture de toute la population cambodgienne.

Le Cambodge doit cependant encore fournir un effort important pour étendre la couverture santé à l'ensemble de la population, dont seule une petite partie bénéficie en 2023. D'une part, de nombreux salariés n'y ont toujours pas accès, en particulier les employés des petites et des très petites entreprises (souvent familiales) : les procédures actuelles ne semblent pas adéquates et encore trop lourdes pour de telles structures. D'autre part, la majorité des travailleuses et travailleurs au Cambodge est encore issue de l'économie informelle, et donc exclue de l'assurance santé. Les enjeux à venir en matière d'accessibilité financière et d'accès aux services de santé de qualité seront déterminants pour consolider une protection sociale inclusive et atteindre la couverture universelle en santé.

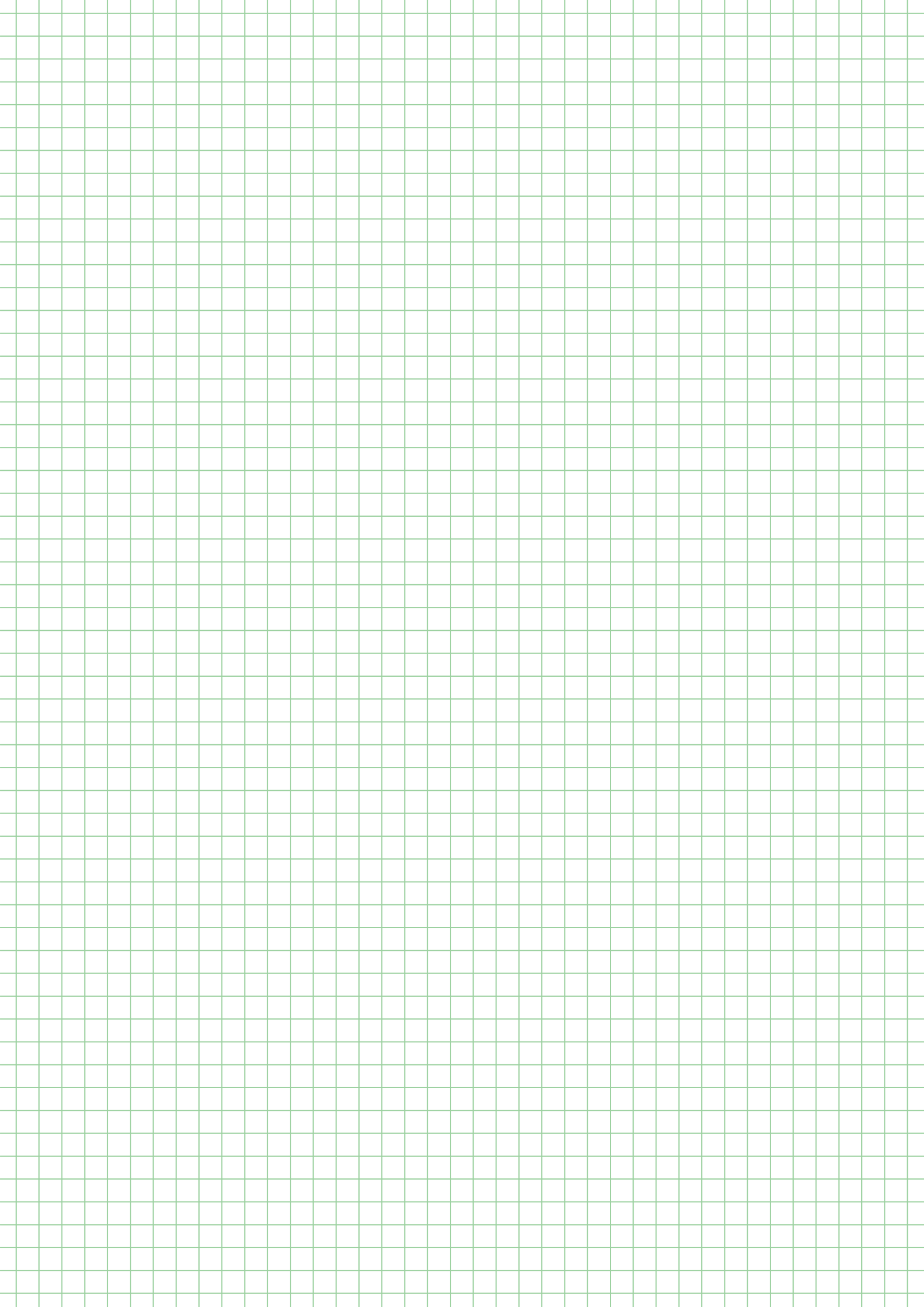


Conception de campagne de sensibilisation pour les travailleurs du secteur informel, projet ASP

LES LEÇONS TIRÉES DE VINGT-CINQ ANS D'EXPÉRIMENTATION

À la lumière de ses vingt-cinq années d'intervention en matière de protection sociale de santé au Cambodge, le Gret peut documenter les apprentissages suivants :

- la valeur ajoutée de l'appui prolongé aux politiques publiques et aux institutions nationales, au-delà des revirements stratégiques et politiques : cette présence dans la durée permet de gagner en légitimité et, dans le meilleur des cas, d'anticiper les évolutions stratégiques et de s'y adapter en ajustant les interventions ;
- la nécessité de s'insérer dans des réseaux d'acteurs en constante reconfiguration afin de travailler au portage politique et institutionnel des orientations stratégiques et de promouvoir ou de faciliter leur pérennisation : cela suppose une certaine agilité, une bonne analyse des rôles et des influences de chacun (y compris du Gret), ainsi qu'un travail continu de dialogue et de collaborations formelles et informelles. Le positionnement du Gret lui a également permis de jouer un important rôle de médiation et de facilitation entre les institutions et les organisations de la société civile, ainsi qu'un rôle de plaidoyer, notamment pour la couverture du secteur informel ;
- la nécessité d'acter la temporalité spécifique de la décision politique, faite de coups d'accélérateur et de mises à l'arrêt : cela suppose d'adapter le temps des projets et leurs étapes clés à l'impératif d'appropriation et de validation, par les institutions nationales, des différents dispositifs et des outils de mise en œuvre de la protection sociale, mais également d'avoir la capacité à saisir les fenêtres d'opportunité pour mettre à l'agenda politique certaines questions, quand bien même le cadre institutionnel n'est pas complètement abouti ;
- l'atout d'une assistance technique souple, adaptée, en interaction quotidienne avec l'institution et renforcée par de l'expertise perléée spécifique à la demande des partenaires institutionnels : la posture d'appui aux politiques publiques nécessite de porter une vision de l'assistance technique qui ne cible pas tant le transfert des outils et des compétences que la mise à disposition d'un ensemble d'options et de références internationales, dont l'institution pourra se saisir de manière sélective et selon sa propre temporalité ;
- l'intérêt de constituer des binômes international/national (dans les limites des contraintes budgétaires), permettant à la fois une certaine distance réflexive, une connexion sur la dimension internationale avec d'autres acteurs, mais aussi une proximité et une compréhension des enjeux nationaux ;
- les limites des projets pilotes, qui se construisent dans des conditions un peu idéales, pourtant validées par les institutions, mais qui se confrontent à la réalité lors du passage à l'échelle, comme le caractère obligatoire ou volontaire des dispositifs d'assurance santé. D'autre part, les pilotes sont souvent impulsés par les opérateurs et les bailleurs sans que l'engagement politique se traduise par une mise en œuvre effective par les institutions. Les conditions réelles induisent des enjeux et des contraintes qui ne peuvent pas être anticipés, et sur lesquels une ONG a peu de prise ;
- l'effacement du Gret du champ de l'offre de soins, composante pourtant essentielle de l'assurance santé, au fur et à mesure de l'évolution des projets et de l'environnement institutionnel : la qualité et l'accès équitable aux soins relèvent d'autres instances (autorités de santé) mais sont indissociables de la politique de protection sociale. Cela pose la question du positionnement futur du Gret dans la stratégie d'amélioration de l'offre de soins dans le contexte de son appui à la couverture sanitaire universelle. ●



ACCOMPAGNER LA CONSTRUCTION D'UN SYSTÈME D'ASSURANCE SANTÉ

Retours d'expérience sur vingt-cinq années d'actions au Cambodge (1998-2023)

Fort de sa longue expérience au Cambodge, de son engagement et de la confiance construite au fil des années avec les partenaires institutionnels et les acteurs du développement, le Gret occupe une place particulière, atypique pour une ONG, dans le paysage de la protection sociale du pays. La conduite de plusieurs projets pilotes, permettant de tester la faisabilité de différents dispositifs d'assurance maladie destinés à des publics vulnérables, lui a en effet apporté une légitimité sur ces sujets vis-à-vis des institutions cambodgiennes, renforcée par son implication active dans les réseaux d'acteurs.

Les relations que le Gret entretient avec les institutions cambodgiennes ont évolué au fil du développement de la politique de protection sociale du pays : initialement opérateur d'un projet d'assurance santé à base communautaire, puis d'un projet destiné aux salariés du secteur textile, suivi d'une initiative pilote ciblant les travailleurs du secteur informel, le Gret intervient désormais dans une posture d'assistance technique auprès de l'organisme national d'assurance maladie (le NSSF) et l'accompagne dans l'élaboration et la mise en œuvre des dispositifs d'assurance santé.

Cette évolution n'a pas été linéaire et a nécessité une adaptation constante aux choix stratégiques du gouvernement cambodgien : cette flexibilité a permis d'accompagner de façon pragmatique les évolutions de la politique de protection sociale en s'insérant dans le temps long, nécessaire à la construction d'une politique publique. Les équipes ont également plaidé pour une protection sociale inclusive et destinée à réduire notamment les inégalités sociales de santé.

Cependant, le chantier de la couverture santé au Cambodge est loin d'être achevé, et le Gret est actuellement investi dans l'accompagnement du NSSF vers l'extension de la protection aux populations rurales agricoles, avec de nouveaux enjeux à maîtriser.

AVEC LE SOUTIEN FINANCIER DE :



Le contenu de la présente publication relève de la seule responsabilité du Gret et ne peut aucunement être considéré comme reflétant le point de vue des financeurs.

EN PARTENARIAT AVEC :



Campus du Jardin d'agronomie tropicale de Paris
45 bis avenue de la Belle Gabrielle
94736 Nogent-sur-Marne Cedex, France
Tél. 33 (0)1 70 91 92 00 – www.gret.org

ISSN 2677-9803
ISBN 978-2-86844-354-0



9 782868 443540