



USAID
DU PEUPLE AMERICAIN

Extension de la couverture santé universelle à travers les mutuelles de santé: Les perspectives pour Madagascar

DECEMBRE 2023



PROJET DURABILITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ LOCAL

Projet de Durabilité des Systèmes de Santé Locaux (LHSS)

Le Projet Durabilité du Système de Santé Local (LHSS) dans le cadre de l'USAID *Integrated Health Systems* IDIQ aide les pays à revenu faible ou intermédiaire à opérer une transition vers des systèmes de santé durables et autofinancés afin de soutenir l'accès à la couverture maladie universelle. Le Projet collabore avec les pays partenaires et les parties prenantes locales afin de réduire les obstacles financiers aux soins et aux traitements, de garantir un accès équitable aux services de santé essentiels pour tous et d'améliorer la qualité des services de santé. Dirigé par Abt Associates, ce projet quinquennal renforcera les capacités locales afin de maintenir la performance des systèmes de santé, soutenant ainsi les pays sur la voie de l'autonomie et de la prospérité.

Citation Recommandée : Le Projet Durabilité du Système de Santé Local (LHSS) dans le cadre de l'USAID *Integrated Health Systems* IDIQ. Décembre 2023. *Extension de la couverture santé universelle à travers les mutuelles de santé : les perspectives pour Madagascar.*
Rockville, MD : Abt Global.

Date : Décembre 2023

Soumis à : Hajarijaona Razafindrafito, Conseiller au Bureau de la Santé, Bureau de la Santé, de la Population et de la Nutrition de l'USAID/Madagascar ; et Scott Stewart, Task Order Contracting Officer's Representative, USAID Bureau for Global Health, Office of Health Systems

Soumis par : Abt Global, 6130 Executive Blvd., Rockville, MD 20852 (301) 347-5000

Numéro de contrat USAID : 7200AA18D00023 / 7200AA19F00014

Ce rapport a été rendu possible grâce au soutien du peuple américain par le biais de l'Agence américaine pour le développement international (USAID). Le contenu est de la seule responsabilité des auteurs et ne reflète pas nécessairement les opinions de l'USAID ou du gouvernement américain.

SOMMAIRE

Acronymes et abréviations	ii
Contexte.....	1
Étude de faisabilité à Fénériver Est	2
Les expériences du Sénégal en mutuelles de santé	2
Cadre juridique des mutuelles de santé au Sénégal	3
Arrangements institutionnels de l'AMBC.....	4
L'assise sociale des mutuelles de santé	4
Stratégies de promotion des mutuelles de santé au Sénégal	5
Leçons apprises	9
Engagement et la volonté politique à tous les niveaux pour accompagner la mise en œuvre de la CSU	9
Mise en place d'un établissement public susceptible de mieux accompagner l'ambition politique.....	9
Séparation de l'offre et de la demande	10
Professionnalisation de la gestion des mutuelles.....	10
Communication et sensibilisation.....	10
Recommandations	10
Aspects légaux, réglementaires et institutionnels	10
Aspects opérationnels	11
Aspects stratégiques et politiques	13
ANNEXE A : La délégation de la mission et les principales activités	14
Bibliographie	15

ACRONYMES ET ABREVIATIONS

ANACMU	Agence de la couverture sanitaire universelle du Sénégal
AMBC	Assurance maladie à base communautaire
Ar	Ariary
CACSU	Cellule d'appui à la mise en œuvre de la couverture sanitaire universelle
CSB	Centres de santé de base
CSU	Couverture santé universelle
DECAM	Décentralisation de l'assurance maladie
LHSS	<i>Local Health System Sustainability</i> (Projet de Durabilité du Système de Santé Local)
MDCEST	Ministère du Développement Communautaire, de l'Équité Sociale et Territoriale
MSANP	Ministère de la Santé Publique
PMA	Paquet minimum d'activités
UDAM	Unité départementale d'assurance maladie
USAID	<i>United States Agency for International Development</i> (Agence des États-Unis pour le Développement International)

CONTEXTE

Le Gouvernement de Madagascar s'est engagé à atteindre la couverture santé universelle (CSU) à travers la Stratégie Nationale de Financement de la Santé de 2015. Cette stratégie prévoit d'améliorer le financement de la santé et particulièrement la protection financière des usagers. En mai 2022, le gouvernement malgache a donné l'orientation de promouvoir le développement des assurances maladies à base communautaire (AMBC), couramment appelées mutuelles de santé.

En vue de répondre à cette nouvelle politique, la Cellule d'appui à la mise en œuvre de la couverture sanitaire universelle (CACSU), rattachée au Secrétariat général du Ministère de la Santé Publique (MSANP), a engagé un processus participatif de conceptualisation d'un modèle de mutuelles de santé à base communautaire. Ceci a été réalisé avec l'appui de l'Activité *Local Health System Sustainability (LHSS)*, initiative phare de l'USAID pour le renforcement des systèmes de santé intégrés.

C'est dans ce cadre que LHSS a appuyé la CACSU à mener une étude de faisabilité de l'AMBC dans le District de Fénérive Est en région d'Analanjirifo. LHSS a aussi mené un voyage d'étude au Sénégal pour apprendre de l'expérience sénégalaise en mutuelles de santé, un des piliers importants du dispositif de la CSU au Sénégal. Les enseignements tirés de ce voyage informeront la définition des paramètres fondamentaux de la phase de démonstration de l'AMBC que LHSS appuiera dans le District de Fénérive Est.

Cette note technique présente les perspectives pour la conception et la mise en œuvre d'une phase de démonstration des AMBC à Fénérive Est, au regard des résultats clés de l'étude de faisabilité à Fénérive Est et des leçons apprises des expériences des mutuelles de santé en Afrique Sub-Saharienne, notamment au Sénégal. Cette note technique est en complément aux autres notes techniques antérieurement partagées avec la CACSU toujours pour informer le processus de mise en place des AMBC à Madagascar, y compris la [Note technique sur le choix de modèle de mutuelles de santé à Madagascar](#) (LHSS 2022).

ÉTUDE DE FAISABILITE A FENERIVE EST

L'étude de faisabilité menée en 2023 (MSANP 2024) avait pour objectif de (1) déterminer la faisabilité socioculturelle, économique et technique de l'AMBC dans le District de Fénérive-Est, et (2) d'informer la définition des paramètres fondamentaux de l'AMBC à Fénérive-Est (p. ex., couple prestations/cotisation, gouvernance). Les principales conclusions de l'étude de faisabilité sont présentées ci-dessous, et plus de détails sont disponibles dans le rapport principal de l'étude de faisabilité.

Bien que 94,7 pour cent des enquêtés aient déclaré n'avoir jamais entendu parler de l'AMBC, 95,2 pour cent des ménages voulaient adhérer à une AMBC après avoir entendu une brève explication du fonctionnement de l'AMBC. Quarante-deux pour cent des chefs de ménages ont choisi toutes les prestations au niveau du centre de santé de base (CSB), et 34 pour cent ont choisi les médicaments.

L'adhésion familiale reste la plus appréciée des enquêtés (64,1 pour cent), tout comme le paiement de la cotisation en plusieurs tranches. C'est ainsi que parmi les chefs de ménages, 49 pour cent préféreraient de payer la cotisation mensuellement et 30 pour cent souhaiteraient le faire semestriellement.

Eu égard de ces constats, plusieurs scénarios ont été avancés par l'étude de faisabilité :

- La couverture du paquet de services de base (paquet minimum d'activités 'PMA' du centre de santé de base 'CSB' + médicaments essentiels). Par rapport au montant de la cotisation proposée, seuls 40 pour cent des ménages pourraient adhérer à l'AMBC sans copaiement. Cependant si un ticket modérateur de 30 pour cent est appliqué, près de 52 pour cent des ménages pourraient adhérer à l'AMBC.
- La couverture du PMA/CSB + médicaments essentiels + centre hospitalier de référence régionale. Quarante-trois pour cent des ménages pourraient adhérer à l'AMBC si on applique un copaiement de 30 pour cent.

Toutefois, les montants proposés dans les deux scénarios sont de loin supérieurs au consentement à cotiser obtenus lors de l'enquête ménage. Par conséquent, pour garantir une adhésion massive de la population, il importe d'envisager une subvention des cotisations par l'Etat dès les premières années de l'initiation des AMBC, particulièrement le subventionnement des primes pour les plus pauvres.

Par ailleurs, la population conditionne leur adhésion à l'AMBC au strict respect de la bonne gouvernance. Au cours de l'étude, les ménages enquêtés ont exprimé leurs craintes face aux détournements de fonds et au non-respect du règlement intérieur. La méfiance vis-à-vis des gestionnaires ou des organes de gestion de l'AMBC a été mentionnée plusieurs fois lors des entretiens. C'est ainsi que la cogestion par les membres et l'Etat est le mécanisme de gestion souhaité par 48 pour cent des chefs de ménages enquêtés.

LES EXPERIENCES DU SENEGAL EN MUTUELLES DE SANTE

Le voyage d'étude au Sénégal a été effectué du 19 au 23 septembre 2023. Il a été conçu pour aider le gouvernement de Madagascar à s'imprégner des défis liés à la conception et à la mise en œuvre des AMBC et les stratégies potentielles pour relever ces défis. Les détails sur le profil des participants et les places visitées sont en annexe A. Les constats majeurs du voyage d'étude concernent le cadre juridique et institutionnel au Sénégal, la base/socle d'affiliation aux mutuelles de santé et les stratégies de promotion des mutuelles de santé.

CADRE JURIDIQUE DES MUTUELLES DE SANTE AU SENEGAL

Parmi les facteurs clés d'expansion et de réussite des mutuelles de santé, il est important qu'un pays dispose d'un cadre juridique et réglementaire clair qui donne une reconnaissance formelle au mécanisme des mutuelles de santé et un environnement propice à leur expansion, en parallèle à d'autres mécanismes d'assurance.

Outre le règlement n° 07/2009 portant réglementation de la mutualité sociale dans l'espace de l'Union Économique et Monétaire Ouest Africaine, le cadre juridique qui organise l'activité de l'assurance maladie au Sénégal s'appuie sur deux outils : D'abord, la loi n° 2003-14 du 4 juin 2003 et son décret n° 2009-423 du 27 avril 2009 relatifs aux mutuelles de santé. Il n'existe pas en droit interne un texte réglementant spécifiquement le régime principal de la couverture maladie universelle. Un projet de loi qui prend en compte des dispositions sur « un régime général » de la couverture maladie universelle est en cours d'élaboration. En attendant l'adoption de ces dispositions ad hoc, certains aspects du régime général de la couverture maladie universelle sont régis par les dispositions du droit commun, notamment celles relatives à l'achat de soins et par des conventions entre les organisations mutualistes et les prestataires de soins. Ces conventions sont conformes à des modèles-type élaborés par la Cellule d'appui à la Couverture maladie universelle et repris par l'Agence Agence de la couverture sanitaire universelle du Sénégal (actuellement connu sous le nom de l'Agence sénégalaise pour la Couverture sanitaire universelle, Sen-CSU). Il s'agit des conventions suivantes :

- Mutuelle de santé et poste de santé
- Mutuelle de santé et centre de santé
- Mutuelle de santé et pharmacie
- Union de mutuelles de santé et hôpital ; et
- Union de mutuelles de santé et pharmacie.

Ces conventions confèrent aux mutuelles de santé un statut d'organisme gestionnaire délégué de l'Etat. Elles définissent les prestations couvertes, les procédures de prise en charge, les modalités d'achat de services et de remboursement des prestations, les tarifs applicables et les modes de règlement des différends.

Ce cadre conventionnel régissant le régime principal de la couverture maladie universelle reste toutefois incomplet. Les conditions d'intervention des mutuelles de santé dans le service public de l'assurance sociale sont insuffisamment définies. Il n'existe pas de convention entre l'État et les organisations mutualistes. La nature du partenariat entre les deux parties semble peu codifiée. De même, un système d'assurance maladie doit comporter des mesures réglementaires déterminant les modalités du financement des régimes, encadrant les dépenses, définissant les services disponibles, garantissant l'effectivité des droits des assurés, et octroyant à ces derniers des voies de recours en cas de refus d'accès aux services. L'élaboration d'une législation nationale sur la couverture maladie universelle semble aussi être une impérative pour le Sénégal.

ARRANGEMENTS INSTITUTIONNELS DE L'AMBC

Le Sénégal a une longue tradition des mutuelles de santé d'émanation communautaire. Dans les années 80, de nombreuses organisations non gouvernementales tant nationales qu'internationales ont appuyé aussi le développement des mutuelles de santé au point qu'on dénombrait 129 mutuelles de santé au Sénégal en 1997. C'est alors que l'Etat sénégalais s'est aussi progressivement impliqué dans la promotion et l'appui aux mutuelles de santé, en mettant en place les structures d'appui et des politiques de promotion des mutuelles de santé. Il s'agit notamment du Programme d'appui aux mutuelles de santé en 1996 ; de la Cellule d'appui aux mutuelles de santé, Instituts de prévoyance maladie et Comités de santé en 1998 ; et d'un plan stratégique de développement des mutuelles de santé au Sénégal en 2004. L'engagement politique au plus haut niveau en 2013 s'est concrétisé par le lancement du programme de la couverture maladie universelle sur la base des conclusions des concertations nationales sur la santé et l'action sociale.

Actuellement, les principales institutions impliquées dans la mise en œuvre de la couverture maladie universelle sont les suivantes :

La ANACMU a été créée par le décret n° 2015-21 du 7 janvier 2015. C'est un établissement public à caractère administratif, placé sous une double tutelle : une tutelle financière assurée par le Ministère des Finances et une tutelle technique assurée par le Ministère du Développement Communautaire, de l'Equité Sociale et Territoriale (MDCEST). Jusqu'en avril 2019, la tutelle technique était assurée par le ministre chargé de la Santé, mais la tutelle technique a été peu après transférée au MDCEST pour initier la séparation des fonctions d'achat (allouée au MDCEST) et de fourniture des services de sante contractés (allouée au Ministère de la Santé). La ANACMU dispose d'un Service Régional dans chaque région du Sénégal.

Les collectivités territoriales : La loi sur la décentralisation a prévu que les communes, les villes et les départements « participent à la couverture maladie universelle ». Bien que les mesures d'opérationnalisation ne soient pas encore effectives dans les faits, diverses initiatives existent.

Les organisations mutualistes : Les mutuelles de santé communautaires font office de caisse primaire d'assurance dans le cadre du régime principal de la couverture maladie universelle. Il y a quatre niveaux de gouvernance dans la mutualité communautaire qui de bas en haut se présente comme suit :

- Les mutuelles communautaires ;
- Les unions départementales des mutuelles de santé ;
- Les unions régionales des mutuelles de santé ;
- L'union nationale des mutuelles communautaires.

L'ASSISE SOCIALE DES MUTUELLES DE SANTE

La base sociale d'une mutuelle de santé fait référence à la population cible – individus et ménages – autour de laquelle la mutuelle de santé est organisée. Cette base sociale peut être un groupement d'intérêt économique (p. ex., entreprises, coopératives, filières agricoles, filières pastorales, groupements de transporteurs, groupements de commerçants), une organisation socioprofessionnelle (p. ex., une association des conducteurs des taxis motos) ou une entité spatiale et administrative (village, groupe de villages, district urbain, collectivité locale,

commune, département, région). Le choix de la base sociale sur laquelle reposer le développement d'un modèle de mutuelle de santé devant servir de base à l'extension de la couverture maladie universelle au secteur informel est d'une grande portée stratégique.

Dans la conception de la politique des mutuelles de santé au Sénégal, deux options ont été définies :

- Option 1 : L'option de passer par les entités territoriales comme les communes et les départements, qui cadre parfaitement avec la politique territoriale nationale existante ;
- Option 2 : L'option des filières telles que les tomates, le riz, les commerçants, les transporteurs, les groupes organisés.

Chacune des deux options présente des avantages comparatifs. Pour choisir la meilleure option, des critères ont été définis pour sélectionner la base sociale des mutuelles de santé, y compris l'universalité, et le cadre politique et institutionnel de la décentralisation. L'universalité est la capacité d'enrôler toute la population dans sa globalité comme membres de la mutuelle de santé, sans aucune forme d'exclusion. Ceci est important car l'objectif ultime est d'étendre la CSU au secteur informel, à travers les mutuelles de santé. La structuration des mutuelles de santé à celle des entités décentralisées et administratives de base (c'est-à-dire la municipalité/commune) offre une zone de couverture assez grande susceptible de favoriser un meilleur partage des risques entre les membres.

Sur la base de ces critères, le Sénégal a privilégié l'option de structuration des mutuelles de santé à celle des « entités décentralisées ». Cependant, les décideurs ont décrit les stratégies à travers lesquelles ils pourront articuler les « filières/secteurs » avec les mutuelles de santé du niveau communal ou départemental.

Il existe actuellement 652 mutuelles de santé arrimées aux structures administratives du Sénégal. Les mutuelles de santé ont été promues à l'échelle des départements, des communes ou des quartiers/villages. La mutuelle de commune est la formule privilégiée. Ainsi, sur les 552 communes, 474 ne comportent qu'une mutuelle de santé, et 30 autres ont deux mutuelles. Vingt-six autres communes, dans les départements de Kounghoul et de Foundiougne, ont leurs mutuelles de santé établies au niveau départemental.

STRATEGIES DE PROMOTION DES MUTUELLES DE SANTE AU SENEGAL

En effet, au démarrage du programme de couverture maladie universelle il y a eu deux stratégies mutualistes différentes.

La première a été dénommée Décentralisation de l'assurance maladie (DECAM). Elle reposait sur la multiplication des mutuelles communautaires. L'objectif était de susciter un fort élan mutualiste et une appropriation par les communautés de la nouvelle politique dans un premier temps, puis de créer les conditions d'une mise en réseau des mutuelles pour renforcer le partage de risques. Le DECAM a été mis en œuvre dans 43 départements.

Dans l'approche DECAM, les mutuelles communautaires prennent en charge 80 pour cent de la facture du poste de santé (ou du centre de santé) et 50 pour cent de celle de l'officine de pharmacie si les médicaments sont prescrits par le praticien du poste ou du centre de santé. Les mutuelles d'un même département adhèrent à une union qui prend en charge 80 pour cent des frais hospitaliers et 50 pour cent des frais d'ordonnance de médicaments d'officine s'ils sont prescrits par un praticien hospitalier.

La gestion des mutuelles et unions départementales dans le DECAM est assurée par un bureau exécutif, composé de représentants élus, bénévoles. Ces derniers sont assistés dans la gestion quotidienne par des salariés. Au niveau de la mutuelle, un « Gérant » tient la permanence, inscrit les bénéficiaires, délivre les lettres de garantie, contrôle les factures et assure toute tâche administrative que lui confie le bureau.

La deuxième stratégie consiste en la création de mutuelles départementales à gestion professionnelle, le modèle Unité départementale d'assurance maladie (UDAM). Les communautés n'y jouent qu'un rôle de supervision et de mobilisation sociale. Le modèle des UDAM a été mis en œuvre dans deux départements. Le modèle UDAM se distingue du modèle DECAM par l'échelle territoriale de mise en commun et le mode de gouvernance. Dans l'approche DECAM, il y a deux échelles de mise en commun, le département et la commune (ou un niveau infra-communal), alors que dans l'UDAM, l'intégralité des risques est partagée au sein du département. Dans les UDAM, il n'y a pas de bureau exécutif. Les fonctions de gestion sont intégralement déléguées à une direction salariée. Celle-ci travaille sous la supervision d'un conseil d'administration, mais c'est elle qui assure en toute autonomie la gestion quotidienne de la mutuelle. Elle décide des dépenses et les exécute.

Selon les résultats de l'évaluation (Sakho 2021 : 38-39), le modèle UDAM produit de meilleurs résultats que le modèle DECAM. Cela s'explique par deux raisons. La première est la taille des mutuelles, plus grande, quand elles sont situées au niveau du département et par la fragmentation moins marquée. La deuxième raison réside dans la professionnalisation plus forte des instances de l'UDAM comparée à celles des mutuelles du DECAM. Cette professionnalisation ne se fait pas au détriment de la participation communautaire. L'activité de la mutuelle est surveillée par le conseil d'administration, élu par l'assemblée générale des membres adhérents. Le conseil d'administration définit également les orientations de la mutuelle.

Le tableau 1 résume les rôles et responsabilités des différentes institutions impliquées dans la mise en œuvre de la CSU au Sénégal.

Tableau 1: Les principales institutions intervenant dans la couverture maladie universelle au Sénégal

Principales institutions	Nature de l'institution	Principales attributions	
Délégation générale à la protection sociale et à la solidarité nationale créée en 2012 par le décret n° 2012-1311 du 16 novembre 2012	Administration de gestion dotée d'autonomie, rattachée au Cabinet du Président de la République	Assure la coordination de la mise en œuvre de la politique de l'État des ministères ayant des mandats et couvrant des cibles de la protection sociale (travail, emploi, famille, enfants et femmes)	
La ANACMU créée par le décret n° 2015-21 du 7 janvier 2015. Double tutelle ; une tutelle financière assurée par le ministre des Finances et une tutelle technique assurée par le ministre chargé de l'Équité sociale	Agence d'exécution (établissement public) dotée de personnalité juridique et d'autonomie	A pour mission générale de mettre en œuvre la stratégie nationale de développement de la couverture maladie universelle. A ce titre, elle assiste les autorités gouvernementales dans la définition des stratégies d'extension de la couverture maladie et assure la tutelle des régimes d'assurance et des organismes de prévoyance.	
Collectivités territoriales	Unité décentralisée de l'État	La loi sur la décentralisation (articles 170, 306 et 307 du Code des collectivités locales) a prévu que les communes, les villes et les départements « participent à la couverture maladie universelle ». Bien que les mesures d'opérationnalisation ne soient pas encore effectives dans les faits, diverses initiatives existent.	
Organisations mutualistes	Personnes morales de droit privé à but non lucratif, reconnues d'utilité publique	Les mutuelles communautaires	Sensibilisation des populations, plaidoyer auprès des autorités locales, recrutement des membres et collecte des cotisations des membres. Elles couvrent le paquet de services de base.
		Les unions départementales des mutuelles de santé	Assurent des missions importantes dans le cadre de la prise en charge médicale des bénéficiaires et de l'accompagnement technique des mutuelles de santé membres. Elles jouent un rôle assurantiel de second niveau pour l'accès aux prestations hospitalières.
		Les unions régionales des mutuelles de santé	Elles jouent un rôle de représentation et politique. Elles ont le mandat de représentation des mutuelles au conseil d'administration de l'union nationale des mutuelles communautaires ; à ce titre elles sont chargées de : <ul style="list-style-type: none"> • Regrouper les mutuelles de santé, les autorités locales, les prestataires de soins et les partenaires au développement autour des enjeux de développement de la mutuelle de santé (cadre de concertation et d'écoute) ; • Susciter ou soutenir les initiatives d'auto-promotion des mutuelles de santé développées dans la région ; • Constituer un cadre de concertation, d'échange d'expériences, d'élaboration et de mise en œuvre de plans de développement des mutuelles de santé

Principales institutions	Nature de l'institution	Principales attributions	
		L'union nationale des mutuelles communautaires	<p>Les missions de l'union nationale sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place un cadre d'échange entre unions régionales ; • Promouvoir les Mutuelles de Santé Communautaires ; • Contribuer à la mise en œuvre et au suivi des politiques nationales de santé ; • Participer aux activités promotionnelles de santé ; • Promouvoir la gestion des services communs et des gros risques ; • Promouvoir un partenariat dynamique avec les acteurs, les partenaires techniques et financiers, les collectivités locales, etc. ; • Défendre les intérêts matériels et moraux des mutuelles de santé ; • Contribuer à la mise en place d'un système de santé performant

LEÇONS APPRISSES

ENGAGEMENT ET LA VOLONTE POLITIQUE A TOUS LES NIVEAUX POUR ACCOMPAGNER LA MISE EN ŒUVRE DE LA CSU

L'élection du président Macky Sall en 2012 a donné un nouvel élan au développement des mutuelles de santé, dont la croissance stagnait depuis plusieurs années, en confirmant la CSU comme une priorité du gouvernement. Non seulement la CSU a été incluse dans les documents-cadre de politique socio-économique du pays, tels que le Plan Sénégal Emergent en son pilier n° 2 : « Capital humain, protection sociale et développement durable » ; le gouvernement a aussi contribué à établir un environnement favorable à l'expansion de la CSU. Ceci notamment à travers la mise en place des cadres institutionnels et juridiques ; des subventions de l'Etat pour cofinancer la prime de cotisation afin de rendre l'adhésion de la population aux mutuelles de santé plus abordable et élargir le paquet de services aux membres adhérents, enfin pour subventionner l'adhésion des populations pauvres et vulnérables aux mutuelles de santé.

A Madagascar aussi, Il est important, sinon indispensable, de susciter un engagement politique fort au plus haut niveau en faveur de la CSU. Cette volonté politique devrait se concrétiser par des actions tangibles tels que des discours et déclarations publiques en faveur de la CSU, l'adoption de lois, la dotation des moyens financiers et humains adéquats pour mener à bien le processus.

Un engagement soutenu au plus haut niveau entrainera l'implication effective de toutes les instances dirigeantes du pays dans la promotion et la mise en œuvre de la CSU, comme c'est le cas au Sénégal, Ghana et Rwanda. À Madagascar aussi, l'implication des autorités locales (les maires et les chefs fokontany) sera capitale pour garantir une mobilisation et sensibilisation massive de la population à adhérer aux AMBC.

MISE EN PLACE D'UN ETABLISSEMENT PUBLIC SUSCEPTIBLE DE MIEUX ACCOMPAGNER L'AMBITION POLITIQUE

Au démarrage des travaux sur la couverture maladie universelle au Sénégal, l'approche institutionnelle a consacré, par arrêté de la primature n° 18408 du 25 novembre 2013, la création, l'organisation et le fonctionnement du Comité technique d'appui à la mise en place de la Caisse autonome de protection sociale universelle. Mais dans la perspective d'assurer la promptitude et efficacité des actions, la ANACMU a été créée par le décret n° 2015-21 du 7 janvier 2015.

L'importance du renforcement du cadre institutionnel de la mise en œuvre de la CSU au Sénégal est une leçon importante à prendre en compte par Madagascar. La création par le Sénégal d'un organisme public autonome à part entière pour coordonner la mise en œuvre des réformes visant à réaliser des progrès vers la CSU dans le pays a contribué à accélérer le progrès dans la mise en place des mutuelles de santé. Actuellement, la CACSU, rattachée au MSANP, est chargée de ce mandat. Cependant, la CACSU est fortement limitée en ressources financières et humaines. Compte tenu de la dimension intersectorielle de la CSU, il est important d'élever la gestion et la supervision de la mise en œuvre de la CSU à un niveau beaucoup plus élevé d'organisme doté de personnalité juridique et d'autonomie de gestion.

SEPARATION DE L'OFFRE ET DE LA DEMANDE

Un régime de couverture maladie universelle revêt une dimension multisectorielle. Bien qu'au démarrage des travaux sur la CSU le dossier avait été initié et porté par le ministère en charge de la santé au Sénégal, de nos jours le pilotage est sous la responsabilité d'autres départements ministériels. Cette mutation administrative remet le ministère en charge de la santé dans sa fonction régaliennne de fourniture de l'offre de soins et services de santé. Par conséquent la fonction d'achat a été attribuée à d'autres départements ministériels par l'intermédiaire de la ANACMU. Cette séparation des fonctions instaure les bases d'une saine régulation des acteurs.

PROFESSIONNALISATION DE LA GESTION DES MUTUELLES

La comparaison des résultats des deux expériences de mutuelles de santé au Sénégal prouve que le défi de la gouvernance des mutuelles de santé peut être relevé, grâce à une professionnalisation de la gestion. Les innovations sur le plan de la portabilité de l'assurance maladie, sur l'individualisation de la carte de membre, sur l'adhésion collective/villageoise et sur l'achat stratégique ne l'ont été possible que par les compétences du personnel de l'équipe de gestion. De même, les résultats obtenus en termes de pénétration et de recouvrement des cotisations affichent clairement que la professionnalisation est le moyen d'intégrer le plus grand nombre de personnes dans la couverture maladie universelle ; elle s'accompagne d'une communication plus convaincante pour inciter les populations à s'affilier aux mutuelles. C'est elle qui amène les mutuelles à mettre en place des stratégies efficaces pour optimiser le système de collecte des cotisations et de maîtrise des règles prudentielles de gestion.

COMMUNICATION ET SENSIBILISATION

La sensibilisation et l'information continue de la population sont importantes pour mobiliser la population et l'inciter à adhérer aux mutuelles de santé. Cette sensibilisation devra se faire tant au niveau local que national, en utilisant différents canaux de communication, tels que des spots radio, des programmes télévisés et des réunions de sensibilisation aux niveaux décentralisés. Des dépliants et des affiches sur les mutuelles de santé devront être diffusés dans des endroits à haute fréquentation et dans les établissements sanitaires.

RECOMMANDATIONS

Au terme du voyage d'étude au Sénégal, ainsi que de l'étude de faisabilité à Fénériver Est, LHSS adresse les recommandations ci-dessous à la CACSU pour consolider le modèle de l'AMBC à mettre en place dans la phase de démonstration :

ASPECTS LEGAUX, REGLEMENTAIRES ET INSTITUTIONNELS

- La Présidence de la République a initié en 2021 un avant-projet de loi sur la protection financière des usagers des services de santé. Cet avant-projet n'a cependant guère évolué, mais il figure toujours dans le plan d'action annuel de la CACSU. Il est impérieux et urgent d'élaborer une loi sur la protection financière en santé. Cette loi devrait être plus compréhensive et inclusive de tous les mécanismes de protection financière aussi bien pour le secteur public, le secteur privé formel et le secteur informel.
- Prendre des textes pour la création d'un organe de régulation ou habiliter une structure existante pour jouer ce rôle : un régime de CSU revêt une dimension multisectorielle. Pour

s'assurer du respect de l'engagement de chaque acteur, il importe de mettre en place un organe de régulation.

- Créer une institution dotée de personnalité morale et d'autonomie de gestion pour assurer la mise à l'échelle de la CSU.
- Introduire la séparation des fonctions d'achat et de fournitures des services de santé. Le rôle de l'acheteur et du prestataire des soins de santé devrait être séparé pour faciliter la relation contractuelle et améliorer les mécanismes de responsabilisation entre l'acheteur et le prestataire des services de santé.

ASPECTS OPERATIONNELS

- Fournir une subvention de l'État, indispensable pour améliorer la couverture des personnes pauvres et vulnérables dans le cadre des mutuelles de santé

Les scénarios présentés ci-dessus et dans l'étude de faisabilité (MSANP 2024) prévoient des cotisations annuelles allant de 13 837,36 Ariary¹ (Ar) par personne/an à 25 250 Ar par personne/an. Toutefois, en se référant au consentement à cotiser obtenu lors de l'enquête ménage, le consentement moyen à cotiser a été de 8 442 Ar par personne/an.

Ainsi, quel que soit le scénario, il est aisé de se rendre à l'évidence que l'engagement financier qui sera sollicité auprès de chaque personne et par an est largement au-delà de la capacité contributive des ménages. Par conséquent, pour garantir une adhésion massive de la population, il importe d'envisager, dès les premières années de l'initiative et idéalement dès la phase de démonstration, une subvention des cotisations par l'Etat.

Aucun pays n'a atteint la CSU en s'appuyant principalement sur des contributions volontaires aux régimes d'assurance (Kutzin et al. 2016). Au Ghana, le *National Health Insurance Scheme* (Plan national d'assurance maladie), le régime national d'assurance maladie, est financé majoritairement (plus de 75 pour cent) par la taxe sur la valeur ajoutée de 2,5 pour cent sur les biens et services au niveau national. Au Rwanda, le financement des mutuelles de santé a été renforcé depuis l'année 2019 par des subventions de l'Etat (budget de l'Etat et sources innovantes). Au Sénégal, lors de la cérémonie officielle de lancement du programme de la couverture maladie universelle, le Président Macky Sall a annoncé l'inscription, dans le budget du Ministère de la Santé et de l'Action sociale, d'une somme de 5 milliards de francs de la communauté financière en Afrique de l'ouest destinés à financer la couverture maladie universelle. Aussi, les communes et départements participent financièrement en appui aux mutuelles de santé. *Par conséquent, à Madagascar, des transferts de ressources fiscales seront nécessaires pour subventionner les cotisations payées par les membres à cause des faibles capacités contributives pour offrir un paquet de services attrayants. De même, l'appui financier de l'État est aussi fondamental pour subventionner l'affiliation des pauvres.*

- Structurer l'AMBC autour d'une base large de la population pour faire jouer la loi des grands nombres

A l'instar de ce qui se fait au Sénégal et ailleurs, la mise en commun des risques devrait être structurée autour de plus grandes entités géographiques comme la commune ; et prévoir graduellement une mise en réseau dans des structures faitières au niveau district, région puis national ainsi qu'à la transition vers le Dispositif d'assurance santé ou l'Organe public

¹ 1USD: 4,300 Ar.

d'assurance santé et de solidarité qui est prévu dans la Stratégie Nationale de financement de la santé. Ainsi, l'AMBC communale sera inclusive de toute la population de la commune sans distinctions, y compris les membres de différentes filières comme les communautés d'épargne et de crédit interne ou les coopératives de producteurs œuvrant dans la commune. Les différentes modalités d'articulation des filières avec l'AMBC communale devraient être promues à travers les stratégies de promotion de l'AMBC.

- Instaurer un mécanisme de cogestion entre la communauté et l'État

Les résultats de l'étude de faisabilité montrent que la cogestion entre l'Etat et les membres est le mécanisme de gestion souhaité par les membres de l'AMBC à Fénérive Est (48,4 pour cent des chefs de ménage). Les populations ont exprimé leur peur quant aux détournements des fonds et au non-respect des règles de gestion. La méfiance vis-à-vis des gestionnaires ou l'organe de gestion de l'AMBC a été mentionnée plusieurs fois lors des entretiens. Ainsi les populations conditionnent leur adhésion à la mutuelle par l'application de la bonne gouvernance.

Selon le choix d'établir un bureau exécutif au niveau de la commune, l'entité administrative de la commune devra renforcer les capacités de gestion des membres gestionnaires d'AMBC pour commencer, tant peu soit-il, à renforcer la professionnalisation de la gestion de l'AMBC. Il est souhaitable du reste que la commune participe à motiver financièrement les agents membres du bureau exécutif assurant la gestion quotidienne de l'AMBC ou à mettre à la disposition de l'AMBC plus au minimum deux agents permanents rémunérés (secrétaire et comptable) pour appuyer la gestion quotidienne de l'AMBC.

- Promouvoir l'adhésion familiale

L'adhésion familiale a été le mode d'adhésion le plus apprécié des ménages, soit 64,1 pour cent. En effet, il faudrait privilégier l'adhésion familiale qui permet de lutter contre la sélection adverse. La taille moyenne des ménages s'est révélée être de 3,8 personnes/ménage à Fénérive Est. *Pour favoriser l'adhésion familiale, la cotisation familiale de plus de ou moins de quatre personnes pourrait être forfaitaire ou avantageuse que si l'on ne payait une cotisation individuelle.*

Par ailleurs, la majorité des chefs de ménages (55,3 pour cent) préféreraient le paiement de la cotisation en plusieurs tranches. Seulement le mode de paiement en plusieurs tranches peut induire des coûts additionnels de sensibilisation et de gestion. Il faudrait ainsi donc étudier bien les périodes de paiement de cotisation, les faire correspondre aux périodes de recollecte pour les ménages dont l'activité principale est l'agriculture. *Les tranches ne devraient pas excéder deux tranches pour éviter des couts administratifs et de suivi onéreux.*

- Réaliser une étude actuarielle vers la fin de la phase de démonstration

L'étude actuarielle et sur les coûts permettent de calculer les taux de cotisation et les subventions nécessaires pour la pérennité du financement de la CSU sur une longue période. Les simulations de l'étude devraient intégrer un niveau de subventionnement significatif et pérenne de l'État qui prend en compte les capacités contributives des populations.

- Veiller à donner suffisamment du temps aux mutuelles de santé existantes pour continuer à fonctionner dans leurs zones actuelles de couverture

L'Etat devrait veiller à donner suffisamment du temps aux mutuelles de santé existantes pour continuer à fonctionner dans leurs zones actuelles de couverture, surtout qu'elles ne sont pas

nombreuses et très peu porteuses en termes de taux de couverture de la population cible. L'objectif d'accorder du temps supplémentaire aux mutuelles existantes est d'éviter d'inhiber l'initiative communautaire et surtout pour servir, le cas échéant, de comparaison au niveau de performance de différents modèles d'expériences des mutuelles de santé. Les mutuelles de santé existantes pourront aussi réaliser avec le temps les bénéfices d'adopter l'architecture des AMBC, dont notamment le subventionnement par l'État.

ASPECTS STRATEGIQUES ET POLITIQUES

- Faire le lobbying et le plaidoyer pour un fort soutien de l'autorité politique au sommet de l'État. La mise en œuvre de la CSU nécessite un engagement financier important de l'État. Cet engagement n'est effectif que lorsque l'ordonnateur du budget de l'État est convaincu du fait que le financement de la santé est un investissement à long terme sur les ressources humaines qui permet de réaliser des économies d'échelle.

ANNEXE A : LA DELEGATION DE LA MISSION ET LES PRINCIPALES ACTIVITES

La délégation malgache était composée de 17 personnes représentant les différentes institutions mentionnées ci-dessous :

- Chef de Service Médico-Social/Présidence de la République
- Directeur Général des Ressources/MSANP, Chef de la délégation
- Assistante Technique du Secrétariat Général/MSANP
- Directeur Régional de la Santé Publique Analanjirofo/MSANP
- Cellule d'appui à la mise en œuvre de la CSU/MSANP
- Directeur du Budget/ Ministère de l'Economie et des Finances
- Directeur Général de la Population/ Ministère de la Population, de la Protection Sociale et de la Promotion de la Femme
- Assistant Technique de l'organisation non gouvernementale PIVOT (société civile)

Durant le voyage la délégation a eu l'opportunité d'échanger avec les acteurs clés de différents niveaux de l'administration sénégalaise. Il s'agit notamment des représentants des institutions et structures ci-dessous :

1) Au niveau national

- Agence de la couverture sanitaire universelle du Sénégal (ANACMU)
- Direction des Établissements Publics de Santé
- Direction Générale de l'Action Sociale

2) Au niveau périphérique (régional et local)

- Direction Régionale de Santé de Fatick
- Service Régional de la couverture maladie universelle de Fatick
- Unité Départementale d'Assurance Maladie de Fatick
- Unité Départementale d'Assurance Maladie de Foundiougne
- Mutuelles de santé MUSCAPO et JAPPO
- Centre Hospitalier Universitaire de Fann
- Centre Hospitalier Régional de Fatick
- Centre de santé Philippe Maguilene SENGHOR

Les échanges avec ces différents acteurs ont permis à la délégation d'effectuer les constats dans la mise en œuvre de la CSU, et spécifiquement des mutuelles de santé, puis d'en tirer quelques enseignements.

BIBLIOGRAPHIE

- Kutzin, J., W. Yip, et C. Cashin. 2016. "Alternative Financing Strategies for Universal Health Coverage." *World Scientific Handbook of Global Health Economics and Public Policy*: 267–309. https://doi.org/10.1142/9789813140493_0005
- Mbaye, Mamadou. 2018. Comprendre les raisons du choix : Une Commune = Une mutuelle de santé au moins et une Union départementale dans chaque département, 13p. Dakar, Sénégal.
- Ministère du Développement Communautaire, de l'Équité Sociale et Territoriale. 2020. *Évaluation du programme de couverture maladie universelle : rapport d'analyse*. Dakar, Sénégal.
- Ministère de la Santé Publique (MSANP). 2024. *Rapport de l'étude de faisabilité de la mise en place d'une assurance maladie à base communautaire dans le district de Fénéric Est*.
- Ministère du Développement Communautaire, de l'Équité Sociale et Territoriale, Consortium pour la Recherche Économique et Sociale. 2021. *Les mutuelles de santé dans le système de la couverture maladie universelle du Sénégal*. Dakar, Sénégal.
- Le Projet Durabilité du Système de Santé Local (LHSS) dans le cadre de l'USAID *Integrated Health Systems* IDIQ. Juillet 2023. *Note technique sur les bonnes pratiques et leçons apprises récentes dans la mise en place des mutuelles de santé*. USAID Integrated Health Systems IDIQ. Rockville, MD: Abt Associates.
- . Décembre 2022. *Note technique sur le choix de modèle de mutuelles de santé à Madagascar*. USAID Integrated Health Systems IDIQ. Rockville, MD: Abt Associates.
- Sakho, Abdoulaye. 2021. Évaluation du dispositif juridique et institutionnel du programme de CMU et son environnement. Dakar, Sénégal.
- Union Économique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA). Règlement n° 07/2009 portant réglementation de la mutualité sociale. Ouagadougou, Burkina Faso.
- . Règlement d'exécution n° 002/2011 du 31 août 2011 déterminant les modalités et procédures de constitution, d'agrément et d'immatriculation des mutuelles sociales et de leurs structures faïtières. Ouagadougou, Burkina Faso.
- . Règlement d'exécution n° 003/2011 du 31 août 2011 relatif aux règles prudentielles portant sur les risques courts, aux mécanismes de garantie et au contrôle du fonctionnement des mutuelles sociales et de leurs structures faïtières. Ouagadougou, Burkina Faso.
- . Règlement n° 03/2012/CM/UEMOA portant adoption du Plan Comptable des Mutuelles Sociales au sein de l'UEMOA (PCMS). Ouagadougou, Burkina Faso.