

Les mutuelles de santé¹

L'expérience internationale, et notamment en Afrique, dans des pays avec des caractéristiques similaires à Madagascar (fort taux de pauvreté, importance du secteur informel) a démontré que les mutuelles de santé ne permettaient pas de couvrir la population contre le risque financier lié à la santé et d'avancer vers la Couverture Santé Universelle (CSU).

La mutualisation du risque (mise en commun des ressources) est déterminante pour progresser vers la protection financière. L'objectif de tout système pérenne de financement de la santé est, fondamentalement, d'augmenter la mutualisation. Or, les « mutuelles de santé », contrairement à ce que leur nom peut laisser penser de prime abord, constituent le niveau de mutualisation le plus faible qui soit. Elles ne participent pas, ou que dans une très faible mesure, à la « mutualisation » du risque financier car le partage du risque n'a lieu qu'entre un nombre très restreint de personnes.

La définition d'une « mutuelle de santé » repose sur cinq principes majeurs :

1. Le principe de l'adhésion volontaire ;
2. Le principe de la gouvernance démocratique ;
3. Le principe de l'auto-gestion ;
4. Le principe de l'indépendance vis-à-vis des pouvoirs publics ; et
5. Le principe d'une organisation sans but lucratif.

Du point de vue de la mise en place de la Couverture Santé Universelle (CSU), les « mutuelles de santé » présentent plusieurs faiblesses qui ne doivent pas être sous-estimées :

- Le principe de l'adhésion volontaire emporte deux conséquences fondamentales : premièrement, seules les personnes à même financièrement de cotiser le feront, **au détriment des plus pauvres** ; deuxièmement, l'adhésion volontaire engendre presque mécaniquement **la « sélection adverse »** : les personnes qui adhèrent sont majoritairement celles qui savent être malades, car elles sont sûres de bénéficier du système. Un tel comportement sape profondément le principe de la mutualisation du risque (on ne sait pas qui est malade, ce qui permet un « vrai » partage du risque et une réelle entraide d'un point de vue financier) et met

¹ Auteur : Cellule d'appui à la mise en œuvre de la CSU, Ministère de la santé publique, Antananarivo, Madagascar, mars 2021.

presque automatiquement les « mutuelles de santé » en situation de déficit économique (ce qui explique leur problème récurrent d'efficacité financière).

- L'application du principe de l'auto-gestion est problématique : il revient à demander à des personnes **sans qualification ni expérience** (le plus souvent appartenant aux classes rurales) de gérer une caisse d'assurance maladie.

- Le principe de l'indépendance vis-à-vis des pouvoirs publics appelle aussi de nombreuses réserves : institutions autonomes et indépendantes, les « mutuelles de santé » **n'ont pas à suivre les recommandations et à mettre en œuvre la politique définie au niveau national par les pouvoirs publics**. De fait, elles peuvent procéder à des arbitrages contestables du point de vue de la CSU (par exemple couvrir des besoins non essentiels comme les dépenses liées aux frais dentaires au détriment de soins primaires).

Remarque : Les principes de gouvernance démocratique et d'organisation à but non lucratif constituent une réelle valeur ajoutée des « mutuelles de santé ». **L'enjeu pour le Gouvernement** devrait consister à s'inspirer et **introduire ces principes dans le système national d'assurance obligatoire en santé** - en particulier au sein de la Caisse ayant vocation à avoir le monopole de l'assurance de base en santé, quelle que soit son appellation – plutôt qu'à s'appuyer sur les « mutuelles de santé » pour assurer leur mise en œuvre effective.

Analyse comparée : Les exemples du Rwanda et du Sénégal

Là encore, beaucoup d'interprétations sont erronées, ce qui appelle quelques précisions.

► **Le Rwanda** est réputé avoir mis en place un système s'appuyant complètement sur les « mutuelles de santé ». En fait, malgré leur appellation, il ne s'agit pas de « mutuelles de santé », car **la population est tenue obligatoirement d'adhérer sous peine de sanctions importantes** (le système est très coercitif). Il n'y a pas d'adhésion volontaire (principe 1 des « mutuelles de santé ») ni de gouvernance démocratique (principe 2) ni d'indépendance vis-à-vis des pouvoirs publics (principe 4), la gestion et le contrôle appartenant exclusivement à l'État. En réalité, les « mutuelles de santé » font office d'unité d'enregistrement, au niveau local, auprès du système national d'assurance maladie. Les prestations de services et soins de santé sont en réalité prises en charge intégralement par le système national d'assurance maladie.

► **Le Sénégal** s'est engagé à promouvoir les « mutuelles de santé » dès 1989, soit il y a près de 32 ans. Or, malgré cette volonté politique jamais démentie au plus haut niveau de l'État, les « mutuelles de santé », dans leur définition originelle, n'ont jamais dépassé un taux de pénétration excédant les 10% (rapport entre le nombre de bénéficiaires et la population cible). C'est la raison pour laquelle le Gouvernement sénégalais **a décidé par la suite de les subventionner** presque intégralement. Ceci s'est fait en deux temps : le Gouvernement a d'abord décidé de

« payer » la totalité de la cotisation des plus pauvres. Puis, il a ensuite décidé de « payer » successivement 50% puis 80% de la cotisation des autres catégories de la population. De sorte qu'il est difficile aujourd'hui de parler au Sénégal de « mutuelles de santé » (il n'y a pas de réelle cotisation des « membres »). **90% de leur financement provient du budget de l'État.** Il s'agit davantage d'institutions relayant au niveau local (antennes) un système national d'assurance maladie. **Par ailleurs, le paquet des services et soins de santé offerts est défini au niveau national, ainsi que le niveau de cotisations.** Et il a fallu plus de 30 ans pour les instituer et couvrir presque l'ensemble de la population.

► Au total, dans les deux seuls pays d'Afrique où les « mutuelles de santé » ont réussi à s'implanter massivement, et durablement, c'est grâce au financement de l'État (plus de 90% dans les deux cas).

Compte tenu de la situation socio-économique à Madagascar, les études d'experts nationaux et internationaux montrent que seuls 8% de la population seraient à même de cotiser à une « mutuelle de santé », dans l'hypothèse la plus haute. **Si le Gouvernement malagasy devait choisir de s'appuyer exclusivement sur les « mutuelles de santé » pour accélérer la mise en œuvre de la CSU, à l'instar du Rwanda et du Sénégal, il devrait, d'une part, se préparer à payer 90% de la facture, et, d'autre part, envisager un impact réel à long terme seulement (plusieurs décennies).** Les leçons apprises au niveau international, ainsi que les meilleures pratiques, appliquées au contexte malgache, ne recommandent pas une telle position. Définir et mettre en œuvre une politique prévoyant que les gens doivent « payer » eux-mêmes leur adhésion à un système d'assurance en santé, dans des pays où la pauvreté et l'extrême pauvreté sont prédominantes, n'a fonctionné dans aucun pays au monde.

RECOMMANDATION :

► Une caisse unique ayant le monopole de l'assurance **de base** en santé, quelle que soit son appellation, transparente, redevable, fonctionnelle, avec des antennes effectives sur l'ensemble du territoire, et des mécanismes autorisant des transferts de fonds sécurisés en périphérie, ainsi qu'un Fonds dédié pour l'affiliation des plus pauvres, restent donc les recommandations les plus fortes de la CA-CSU, compte tenu du contexte malgache.