

UNION DES COMORES

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA SOLIDARITE, DE LA PROTECTION SOCIALE ET
DE LA PROMOTION DU GENRE

AGENCE FRANCAISE DE DEVELOPPEMENT

**ASSISTANCE TECHNIQUE A LA CELLULE DE GESTION
DU « DEUXIEME PROJET D'APPUI AU SECTEUR DE LA SANTE DE L'UNION
DES COMORES (PASCO 2) »**

DP N° 13-003-MSSCSPG-DNS

RAPPORT DE MISSION

**Faisabilité de l'assurance maladie généralisée – AMG –
et proposition de panier de soins en Union des Comores
octobre-novembre 2017**



CREDES
27 rue de Vanves
92772 BOULOGNE-BILLAN COURT CEDEX
www.credes.fr



TABLE DES MATIERES

LISTE DES ACRONYMES.....	1
INTRODUCTION.....	2
1 PARTIE 1 : Concepts de la CSU et Analyse Générale de la Faisabilité de l'AMG	4
1.1 Présentation de l'AMG aux Comores	4
1.1.1 La loi du 22 juin 2017.....	4
1.1.2 L'AMG comme cadre de la couverture maladie aux Comores.....	5
1.1.3 Enjeux de l'AMG	8
1.2 La faisabilité de l'AMG aux Comores	9
1.2.1 Points forts du projet.....	9
1.2.2 Points faibles du projet.....	10
1.2.3 Les opportunités.....	11
1.2.4 Les menaces.....	12
1.3 Le processus de mise en place de la CSU	12
2 PARTIE 2 : le panier de soins de l'AMG et son coût.....	13
2.1 Le panier de soins proposé	13
2.1.1 Les principes	13
2.1.2 Le contenu du panier : description générale.....	13
2.1.3 Commentaires.....	14
2.2 Estimation du coût du panier.....	15
2.2.1 Méthode appliquée.....	15
2.2.2 Application de la méthode : calcul du coût unitaire des prises en charge	15
2.2.3 Application de la méthode : populations cibles et total	19
2.2.4 Application de la méthode : introduction des fréquences de recours et résultats	20
2.3 Evolution du coût du panier de soins : cadre pour l'actuariat.....	21
2.4 Conventionnement.....	22
3 RECOMMANDATIONS, AGENDA ET CONCLUSION.....	23
3.1 Recommandations relatives au suivi du processus	23
3.1.1 La stratégie de financement.....	23
3.1.2 La politique d'accompagnement	24
3.1.3 L'administration gestionnaire	25
3.2 Proposition d'agenda de la réforme.....	25
4 CONCLUSION.....	26
5 ANNEXES.....	27
5.1 Termes de référence	27
5.2 Documents utilisés	31
5.3 Calendrier de la mission et personnes rencontrées	32

Liste des acronymes

AFD	Agence française de développement
AMG	Assurance maladie généralisée
ANAMEV	Agence nationale du médicament et des évacuations sanitaires
ANRTIC	Agence nationale de régulation des technologies d'information et de communication
ASCOBEF	Association comorienne pour le bien-être des femmes
AVC	Accident vasculaire cérébral
ARV	Anti rétroviraux
CAMUC	Centrale d'achat des médicaments de l'Union des Comores
CHN	Centre hospitalier national
CHRI	Centre hospitalier régional insulaire
CMC	Centre médico-chirurgical
CMN	Consultation mère-nourrisson
CNPS	Caisse nationale de prévoyance sociale
CNR	Caisse nationale de retraite
CNSPS	Caisse nationale de solidarité et de prévoyance sociale
CPN	Consultation prénatale
CPoN	Consultation post natale
CRCo	Croissant rouge comorien
CSD	Centre de santé de district
CSU	Couverture sanitaire universelle
DGEPSS	Directeur général des études, de la planification et des statistiques sanitaires
DGS	Directeur général de la santé
DRS	Directeur régional de la santé
FENAMUSAC	Fédération nationale des mutuelles de santé des Comores
FNUAP	Fonds des Nations-Unies pour la population
GAVI	Global Alliance for Vaccines and Immunization
HP	Hôpital de pôle
HTA	Hypertension artérielle
INSEED	Institut national de la statistique, des études économiques et de la démographie
KMF	Franc comorien
MAEECHA	ONG comorienne
MA-MWE	Entreprise publique d'eau et d'électricité
MS	Ministère de la santé
OCOPHARMA	Organisme comorien de produits pharmaceutiques
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ORL	Oto-rhino-laryngologie
PASCO	Programme d'appui au secteur de la santé des Comores
PBF	Performance Based Financing (Paiement à la performance)
PEH	Projet d'établissement hospitalier
PEV	Programme élargi de vaccination
PF	Planning familial
PS	Poste de santé
PTF	Partenaire technique et financier
RFD	Réseau Femme Développement
SANDUK	Organisme de microfinance comorien
SGG	Secrétaire général du gouvernement
SMI	Soins maternels et infantiles
SSP	Services de soins primaires
SWOT	Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats (Forces, Faiblesses, opportunités, Menaces)
TB	Tuberculose
TDR	Termes de référence
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'enfance
VIH/SIDA	Virus d'immuno-déficience humaine/Syndrome d'immuno-déficience acquise

Introduction

Le présent rapport est le résultat d'une mission du CREDES mandatée par le Ministère de la Santé et financée par l'AFD dans le cadre du PASCO, qui a été réalisée aux Comores du 31 octobre au 19 novembre 2017. Il s'agissait de contribuer à la réalisation de la politique nationale de Couverture Sanitaire Universelle (CSU), officialisée par le décret présidentiel de promulgation de la loi relative à la CSU du 22 juin 2017. La loi prévoit la création d'un régime contributif obligatoire et d'un régime d'assistance non contributif pour les indigents offrant à tous les Comoriens l'accès à un panier de soins de base. Le terme d'assurance maladie généralisée (AMG) est utilisé pour désigner ce dispositif.

Selon les termes de référence (TDR) de la mission, son objectif général était « *de proposer les éléments préparatoires à la définition d'un cadre conceptuel et une étude de faisabilité pour la mise en place d'un système d'AMG au bénéfice de la population comorienne* ». Plus précisément, « *les produits attendus de la mission étaient* :

- Une analyse des textes législatifs et réglementaires de base en Union des Comores pour le financement de la santé et la protection sociale, en vue d'éclairer les parties prenantes et autres acteurs intéressés à un système d'AMG ;
- Le recueil et l'analyse des avis des parties prenantes du secteur de la santé et des secteurs connexes intéressés à la mise en place de l'AMG ;
- Une étude préliminaire de faisabilité financière avec différents scénarii ;
- Un projet de document conceptuel de l'AMG incluant des éléments vers :
 - une définition et une tarification du panier de soins ;
 - un modèle de conventionnement des prestataires de soins ;
 - un cadrage actuariel élaboré et validé ;
 - un schéma directeur de l'AMG ;
- Une feuille de route passant par des Assises nationales relatives à la mise en place de l'AMG. »

La mission a été préparée en vue de fournir ces produits, en privilégiant les entretiens avec les acteurs intéressés à la mise en place de l'AMG. Il faut noter toutefois que les conditions préalables à la mission, évoquées dans les TDR, n'ont été que partiellement satisfaites. Il était annoncé « *la mise en place d'un Sous-Comité Technique du Comité technique National de la Santé (CTNS) pour la mise en place de l'AMG disposant d'un mandat et d'une feuille de route très précis* ». Ce sous-comité n'a pas été constitué formellement et n'a pu recevoir un compte rendu du déroulement de la mission, ni débattre des propositions faites. Celles-ci ont été présentées le 18 novembre lors d'une séance de restitution au Ministère de la Santé, en présence de représentants des PTF et de plusieurs personnes rencontrées sur le terrain.

La mission a été accompagnée sur le terrain par Madame Koulthoume Maoulana, Directrice de la planification au MS, Monsieur Hamidou Bounou Saïd, économiste, personne-ressource du MS et par le Docteur Khaled Bessaoud, coordinateur technique au PASCO. Elle s'est déroulée à Ngazidja, Anjouan et Mohéli et a permis de rencontrer un grand nombre de personnes, d'institutions ou d'organismes intéressés à la mise en place de l'AMG¹. On citera des représentants :

- **Des autorités** : Monsieur le SGG, Monsieur le premier Vice-Président de l'Assemblée nationale, Madame la Ministre et Madame la Secrétaire générale du Ministère de la Santé, Monsieur le Secrétaire général et Monsieur le Directeur du budget au Ministère des Finances et du Budget, Monsieur le Directeur général de la Fonction publique du Ministère de la Fonction Publique, Monsieur le Commissaire du Commissariat Général au Plan, des représentants de l'Exécutif du Gouvernorat de Mohéli ;

¹ Voir en annexe le calendrier de la mission et personnes rencontrées.

- **De l'administration de la santé** : outre Madame la Secrétaire générale, le DGS, le DGEPPSS, les Coordonnateurs de programmes nationaux de santé, les Directions régionales de la Santé ; les structures de soins des trois niveaux de la pyramide des soins, parmi lesquels le CHN EI Maarouf, le CHN Bembao- Mtsanga, l'HP de Mitsamiouli, le CMC de MBéni ;
- Des Agences et institutions spécialisées : OCOPHARMA, ANAMEV, INSEED ;
- **Des communes** : des maires de l'Association des Maires de Mohéli ;
- **Des organismes de protection sociale et de microfinance** : Caisse Nationale de Prévoyance Sociale, Caisse Nationale de Retraite, Mutuelles de santé (Comores Télécom, ANRTIC), Fédération nationale des mutuelles de Santé FENAMUSAC), Union des SANDUKS de Mohéli,
- **Des ONG** : ONG nationales (Maeecha, ASCOBEF), ONG internationales (Santé Diabète), organismes à vocation humanitaire (Croissant Rouge Comorien, CRCo) ;
- Des organismes internationaux, partenaires techniques et financiers bilatéraux et multilatéraux : AFD, OMS, FNUAP, UNICEF.

En fonction des TDR et des informations collectées, le rapport a été divisé en deux parties. La première porte sur les concepts et le processus général de mise en place de l'AMG. Elle vise à apprécier la faisabilité de l'AMG, de façon à cadrer la mise en œuvre de la réforme. La seconde est consacrée à des questions techniques, présentées de façon plus approfondie :

- Proposition d'un panier de soins de base ;
- Estimation du coût de ce panier pour l'AMG ;
- Cadrage actuariel ;
- Dispositions relatives au conventionnement.

En conclusion sont données des recommandations relatives à la suite du processus. Des éléments relatifs aux scénarii de financement et un projet d'agenda de la réforme y sont intégrés.

1 **Partie 1 : concepts de la CSU et analyse générale de la faisabilité de l'AMG**

1.1 **Présentation de l'AMG aux Comores**

1.1.1 **La loi du 22 juin 2017**

La source juridique de l'AMG est le décret présidentiel de promulgation du 5 octobre 2017 de la loi relative à la CSU adoptée le 22 juin 2017 par l'Assemblée de l'Union. Sans analyser en détail les 87 articles de la loi, il n'est pas inutile d'en indiquer quelques points saillants.

Le texte indique d'abord (titre I) l'objet, les principes et le champ d'application du système de CSU, en donnant un certain nombre de définitions précisant ces points. On retiendra le caractère obligatoire de l'affiliation, la distinction entre un régime d'assurance contributif pour le secteur formel et un régime d'assistance non contributif pour les démunis. Des décrets d'application seront nécessaires pour définir sans ambiguïté le secteur formel et les démunis. De même, des décrets seront nécessaires pour définir la liste des affections prises en charge, la nomenclature des actes et les médicaments couverts.

Ensuite est abordée la prise en charge par le système de CSU (titre II). Des décrets fixeront les mécanismes financiers de la prise en charge. On note que le respect d'un parcours de soins, à définir par décret, conditionne la prise en charge, de même que la prescription et l'administration des soins sur le territoire national. La gestion de la CSU doit relever d'un organisme qui, entre autres missions, conventionnera les prestataires de l'AMG. La prise en charge des frais de soins ne vaut qu'en cas d'intervention d'un prestataire conventionné. Le principe d'un contrôle médical est indiqué.

Le titre III de la loi traite de la gestion de la CSU : affiliation et immatriculation, ouverture des droits conditionnée par le paiement préalable d'une cotisation, période de stage.

Le titre IV traite de l'organisation administrative, comptable et technique. La loi indique que la gestion est confiée à la CNPS créée par le décret 13-102/PR du 19 septembre 2013. Elle cite les mutuelles de santé comme contribuant à l'amélioration de la protection sociale et indique qu'un décret présidentiel doit fixer leurs statuts. Le titre IV aborde aussi la question du financement de la CSU, dont les ressources sont constituées notamment par des cotisations fondées sur le statut de la rémunération et le niveau des revenus et par des subventions diverses. Des décrets devront préciser ces points. La subvention de l'Etat renvoie à la loi de finances et pourra être constituée par des droits d'accise assis sur le tabac, des taxes sur les boissons ou produits sucrés, la téléphonie mobile ou tout autre financement innovant.

Le titre V traite du contentieux et le titre VI des dispositions transitoires et finales. On y trouve l'idée d'une période de deux ans laissée aux entreprises couvrant leur personnel ou aux assurés volontaires pour s'affilier à l'AMG. Il faudra de toute façon des décrets d'application de la présente loi pour préciser (entre autres) ces points.

La loi constitue un cadre général, qui renvoie à de nombreux décrets d'application pour fixer les paramètres techniques de la CSU, principalement le panier de soins, le financement, les cotisants et les exemptés.

On note que le présent texte avait été précédé par un projet de loi qui, au titre du financement, était beaucoup plus précis. Selon ce projet, les salariés et fonctionnaires cotisaient à hauteur de 2,5% de leurs rémunérations, les employeurs publics (Etat et collectivités) à hauteur de 7,5%, les employeurs du privé à hauteur de 3,5%, les pensionnés à hauteur de 0,75% et les assurés volontaires de la CNPS à hauteur de 6,5%. Dans le texte de loi de 2017, des décrets fixeront l'assiette et les taux des cotisations.

On doit aussi noter que la loi de 2017 indique avec précision l'organisme de gestion, la CNPS, telle que définie par le décret 13-102/PR du 19 septembre 2013 (titre IV, art. 46). Mais cette désignation est en partie contredite par l'article 56 du titre IV, qui parle de « l'Institution de prévoyance sociale chargée de la gestion de la CSU », terme générique qui reprend en fait le projet de loi où il n'était fait mention pour la gestion de la CSU (art.38) que de « l'Institution de prévoyance sociale chargée de la gestion de la CSU » et d'organismes gestionnaires délégués incluant « Agence d'Assurance maladie obligatoire ou volontaire, Mutuelle de santé au sens de la loi n°11-044/AU du 26 mars 2011 portant réglementation des mutuelles de santé en Union des Comores, Société commerciale justifiant d'une expertise en matière de gestion technique du risque maladie ». Ce point mérite une certaine attention, car il a été dit à la mission que la gestion de la CSU relèverait d'un organisme nouveau, à créer. En tout état de cause, il conviendra de lever cette ambiguïté. On reviendra plus loin sur les organismes gérant actuellement des prestations de Sécurité sociale : CNS (ou CNSPS) et CNR.

La loi est importante en tant qu'énonçant les grands principes qui doivent présider à la mise en place de la CSU : articles 1,2 et 3 du texte. Elle précise que l'AMG se veut universelle et doit donc proposer des prestations équitables pour tous. Son régime contributif doit ouvrir des droits, en contrepartie de cotisations à caractère obligatoire, droits définis par l'accès au panier de soins de base. La traduction pratique de ces principes est fondamentale pour le succès du projet : la population doit être convaincue de l'effectivité de ces droits, ce qui implique qu'elle doit avoir accès à une offre de soins servant tout le panier. Comme dans toute assurance maladie, l'existence des services de soins annoncés est déterminante et il ne suffira pas d'affilier les Comoriens et de leur distribuer des cartes : c'est en fonction des soins reçus qu'ils apprécieront l'apport de l'AMG.

1.1.2 L'AMG comme cadre de la couverture maladie aux Comores

L'AMG est une couverture maladie de base qui va permettre d'homogénéiser les dispositifs qui contribuent actuellement à la protection maladie de la population. En fait, la couverture maladie est constituée aujourd'hui de plusieurs dispositifs d'inspiration différente, non coordonnés et à solidarité restreinte. On citera ici :

- Des mécanismes fondés en partie sur des financements extérieurs
- Le PBF réduit le paiement direct des patients, surtout en matière de suivi de grossesse et d'accouchement. Il est financé par l'AFD, dans le cadre du PASCO ;
- Les plans nationaux ciblent des pathologies infectieuses (TB, paludisme, VIH/SIDA), les vaccinations, ainsi que des pathologies tropicales (ex. lèpre). Les personnes qui en bénéficient sont prises en charge sans qu'on leur demande un paiement. Une partie du financement de ces dispositifs revient à l'Etat, le reste provient du Fonds mondial, de GAVI et de l'UNICEF ;
- Les accords bilatéraux avec Maurice et Mayotte permettent des évacuations sanitaires de Comoriens dont l'état justifie le transfert. Ceux-ci n'ont pas à payer sur place, dès lors que la nécessité d'évacuation a été reconnue par les autorités sanitaires comoriennes, mais le transport est à la charge des Comores.
- Des mutuelles et des régimes d'entreprise à caractère privé offrant des garanties plus ou moins complètes.
- Certains fonctionnaires bénéficient d'une couverture maladie spécifique. On citera le régime des militaires et celui des douaniers (mutuelle).
- Enfin, il existe une assurance sociale des risques d'accidents du travail et de maladies professionnelles gérée par la CNSPS.

Les observations faites pendant la mission ont fourni des informations sur certains de ces dispositifs.

Le PBF

Le PBF a été introduit à Anjouan (CSD de Domoni) en 2011, puis étendu aux autres structures à Anjouan et Mohéli. En 2014, il a été introduit à Ngazidja.

Au travers du PASCO, le PBF propose l'achat des prestations suivantes : consultations curatives, CPN, PF, accouchement, césarienne, échographie obstétricale et bilan prénatal. Son intervention réduit considérablement le paiement demandé au patient et assure des recettes régulières aux structures de soins. Le PBF fonctionne actuellement à Anjouan (1 CHRI, 1 HP, 6 CSD et 14 PS) ; à Mohéli (1 CHRI, 3 CSD et 4 PS) ; et partiellement à Ngazidja (contrats avec l'hôpital de pôle de Mitsamiouli et le CMC de M'Béni). Les contrats ont été passés avec des structures publiques et quelques médecins privés (Anjouan). La fonction d'agence d'achat a été confiée à la FENAMUSAC. La fonction de contrôle a été confiée à des ONG (MAAECHA, RFD).

Les résultats obtenus sont encourageants en termes de fréquentation. On a observé :

- une amélioration constante du nombre des consultations curatives à Anjouan et Mohéli. Le taux d'utilisation des services est d'environ 23 %, nettement supérieur à la moyenne nationale ;
- une amélioration du suivi de la grossesse, avec une utilisation croissante des services de CPN. L'approche a permis de fidéliser les femmes enceintes à l'utilisation des services de CPN, avec une augmentation constante du nombre de CPN 4 ;
- une augmentation du nombre des accouchements assistés dans les structures de santé.

La grille des tarifs d'achat des prestations sous PBF est indiquée dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1 : grille des tarifs d'achat des prestations sous PBF

Services couverts par l'approche performance (PBF)		Paiement des prestations (en KMF)		
		Tarif réel	Participation du patient	Participation de l'Etat
Consultation médicale réalisée par un infirmier		250	50	200
Consultation médicale réalisée par un médecin		600	50	550
Consultation Prénatale (CPN)	1 ^{ère} CPN	250	0	250
	CPN 9 ^{ème} mois	500	0	500
	Médicaments CPN	1 230	0	1 230
	Examens labo	2 000	0	2 000
	Echographie	2 000	0	2 000
Accouchement		7 500	1000	6 500
Césarienne		100 000	20000	80 000
Consultation Mère-nourrisson (CMN)		500	0	500
Planning familial (PF)		100	0	100

Source : la lettre du Pasco, n°13, spécial PBF 2016

Il est prévu d'étendre le dispositif à toute l'île de Ngazidja. D'autres progrès devraient être réalisés, sur le plan des prestations couvertes et des tarifs : meilleure prise en charge des situations pathologiques des femmes enceintes quand elles sont détectées lors des CPN (diabète, HTA), consultations des nourrissons au-delà de la CMN, tarifs plus élevés du bilan de CPN, de l'accouchement. Mais les fonds disponibles ne sont pas suffisants actuellement pour procéder à ces extensions.

Plans nationaux

- La gratuité des prestations est au principe des plans nationaux et, selon les responsables de ces programmes, elle est appliquée partout. Dans le cadre du programme « HIV/SIDA », les maladies opportunistes et les MST donnent lieu à une distribution gratuite de médicaments (une vingtaine de produits environ). Cela étant, la file active concernée est peu importante

(moins de 50 personnes). Le programme « paludisme » assure aussi la gratuité des examens et des médicaments. Certaines rumeurs ont fait état de la nécessité devant laquelle s'étaient trouvés des malades d'acheter des antipaludéens. Elles pourraient s'expliquer par le fait que les protocoles ne sont pas toujours suivis à Ngazidja et font sortir du champ d'intervention du programme. Le programme « tuberculose » offre aussi la gratuité des traitements. Le PEV donne accès aux vaccinations gratuites et inclut la prise en charge d'éventuelles complications. En matière de soins maternels et infantiles, les kits ne sont plus distribués et les accouchements sont en principe payants, mais le PBF a pris le relais (voir ci-dessus). Enfin, en matière de planning familial tous les contraceptifs sont gratuits.

Accords bilatéraux pour l'évacuation sanitaire

La mission n'a pas permis de recueillir d'informations précises sur l'application des accords bilatéraux (avec Mayotte et Maurice). A notre connaissance, si un certain nombre de Comoriens vont aussi se soigner en Tanzanie, il n'y a pas d'accord bilatéral pour la prise en charge de ces soins. Il serait utile de savoir combien de personnes ont bénéficié de ces accords et pour quels motifs. En principe, la nouvelle agence créée pour réguler le médicament va aussi s'occuper des évacuations sanitaires (ANAMEV). Il reste à préciser quelles procédures elle appliquera. Il semble que, dans les accords actuels, un quota de patients a été fixé et il nous a été dit qu'il était dépassé. Quoi qu'il en soit, les accords ne s'appliquent qu'à une partie des évacuations sanitaires et celles-ci regroupent des situations variées : urgences face à un déficit de réponse médicale sur place ; besoins d'examen ou de traitements sans urgence face à un déficit de réponse médicale sur place ; besoins d'examen ou de traitements qui pourraient être effectués aux Comores, mais qui sont jugés de piètre qualité ; transferts pour accouchements, etc. Une partie des évacuations relève de lacunes réelles du système de soins comoriens. Une autre répond au choix des personnes confrontées à des soins qu'elles jugent de mauvaise qualité. Il serait important de distinguer ces deux types d'évacuations pour envisager la généralisation de leur prise en charge.

Mutuelles de santé et « Régimes maison »

Les mutuelles de santé sont des organismes privés à adhésion volontaire qui ont fait l'objet de programmes d'appui et qui couvriraient un peu moins de 3% de la population. Il existe apparemment aux Comores une législation propre aux mutuelles, représentée par la loi n°11-044/AU du 26 mars 2011 portant réglementation des mutuelles de santé en Union des Comores². Le terme « mutuelle » regroupe toutefois des entités différentes quant à leurs modalités de construction et à leur fonctionnement.

On trouve d'abord un ensemble bien structuré de 27 groupements fédérés à la FENAMUSAC. On trouve ces groupements à Ngazidja, Anjouan et Mohéli ; la FENAMUSAC leur offre un service commun de gestion. L'offre de garanties proposées par la FENAMUSAC correspond à des cotisations annuelles par tête allant de 3.500 KMF à 10.000 KMF. Les prestataires conventionnés sont des structures publiques fonctionnelles et des structures privées. Les mutuelles de la FENAMUSAC, appuyées au départ par l'ONG CIDR, ont ciblé d'abord les communautés. Le modèle de mutuelle de village, avec des innovations comme la Sécurité sociale de village, a été développé dans les trois îles, mais il semble avoir marqué le pas. A Ngazidja, ce sont plutôt des contrats groupes contractés par des entreprises ou des institutions qui constituent le plus fort contingent de groupements. A Anjouan, les mutuelles se sont développées à la faveur d'un partenariat avec les Sanduks. Tout client de Sanduk est affilié à une mutuelle, dont la cotisation est payée par le Sanduk. Le prêt une fois remboursé, la personne n'est plus automatiquement affiliée et l'expérience a montré que l'adhésion cessait. Le même modèle a été appliqué à Mohéli, mais la situation actuelle témoigne de la fin du partenariat entre les mutuelles et les Sanduks. La FENAMUSAC propose aussi des prestations de

² Ce texte ne nous a pas été fourni et une erreur a été faite dans l'aide-mémoire sur la question de la législation des mutuelles.

santé scolaire, mais cette garantie n'a pas encore achevé sa montée en charge. Le point fort de la FENAMUSAC est la qualité de sa gestion (qui lui a valu d'être retenue pour remplir la fonction d'acheteur de soins dans le PBF). On note toutefois qu'elle n'a pas de médecin-conseil permanent et qu'elle utilise des médecins praticiens en cas de besoin. Cela étant, l'assurance maladie ne suffit pas à pallier la qualité médiocre des soins dans le secteur public. En outre, les Comoriens qui ont quelques moyens sont attirés par le secteur privé et doivent payer des cotisations qui semblent inabornables pour la majorité de la population. Le résultat est que cet ensemble de groupements a du mal à conquérir un marché plus large.

A côté de cette fédération, on trouve des mutuelles isolées. La mutuelle France-Comores³ est alimentée par des fonds de la diaspora. Certains groupes de fonctionnaires ont une mutuelle (cas des douaniers par exemple). Plusieurs entreprises ont créé une mutuelle pour leur personnel (Comores Télécom, la Poste, MA-MWE). Les responsables de la mutuelle de Comores Télécom ont été rencontrés et la mutuelle illustre le modèle de « régime maison », qui se développe lorsqu'il n'y a pas d'assurance sociale : gestion en interne par le comité d'entreprise et prestations assez généreuses, bien que plafonnées (...), fonctionnement grâce à une subvention de l'entreprise, qui risque toujours d'être mise en cause en cas de restructuration de l'entreprise.

Certaines entreprises ont choisi aussi de passer un contrat groupe avec une compagnie d'assurance, comme l'Agence ANRTIC, en finançant la prime.

Couverture maladie dans le cadre de la Sécurité sociale

Il existe aux Comores un régime d'accidents du travail et des maladies professionnelles géré par la CNPS. Cet organisme a été créé en 2012 et a fait l'objet de plusieurs textes destinés à modifier son champ d'application. Le dernier en date serait de 2013⁴. Une loi de 2012⁵ a changé la dénomination d'organisme, devenu CNSPS. L'organisme gère les accidents du travail. Il reçoit les cotisations des employeurs et devrait recevoir celle de l'Etat-employeur. En cas d'accident du travail, l'employeur paye les soins et la Caisse le rembourse. Pour les maladies professionnelles, il n'existe pas de liste officielle, si bien que la Caisse ne joue pratiquement aucun rôle dans ce domaine. La Caisse n'a pas de contrôle médical à demeure et, en cas de besoin, fait appel à un médecin de la place. Il est arrivé que la Caisse finance des évacuations sanitaires

On a vu apparaître la CNPS dans la loi relative à la CSU, qui l'a désignée comme organisme gestionnaire de l'AMG. Les conditions actuelles de fonctionnement de la Caisse indiquent que, si cette option était confirmée, il faudrait transformer profondément l'organisme pour lui permettre de gérer le risque maladie.

Un autre organisme complète l'ensemble des caisses de Sécurité sociale des Comores, la CNR. Elle gère les pensions des salariés et des fonctionnaires dans le cadre d'un régime par répartition. Elle est censée recevoir les cotisations des employeurs et de l'Etat (prélèvements sur salaire et solde et cotisations patronales), mais en pratique elle doit se contenter des fonds du secteur privé. Elle parvient difficilement à payer les retraites et doit parfois verser les pensions avec retard. La CNR ne gère aucune prestation maladie.

1.1.3 Enjeux de l'AMG

Dans le contexte des Comores, la justification première de l'AMG est d'abaisser la barrière financière aux soins. Il s'agit de réduire le paiement direct des soins qui oblige les malades à payer pour obtenir une prise en charge. Les Comptes nationaux de la santé montrent que, pour l'année 2011, près de la moitié de la dépense totale de santé est financée par les ménages. Les augmentations de tarifs ont dû

³ Non vue par la mission.

⁴ Décret 13-102/PR du 19 septembre 2013.

⁵ Décret n°13-020 du 14 février 2013 promulguant la loi 12-021 portant création de la Caisse nationale de Solidarité et de Prévoyance sociale.

provoquer une hausse de la part des ménages en 2017. Par ailleurs, les Comptes nationaux de la santé ne rendent compte que des flux financiers traversant le système de santé, si bien que les renoncements aux soins pour manque d'argent n'y sont pas renseignés. On peut penser qu'ils sont fréquents au sein des ménages les plus modestes. L'enjeu premier de l'AMG est de réussir à abaisser cette barrière financière aux soins, si bien que le dispositif a comme cible privilégiée les ménages vulnérables, ceux qu'une maladie contraint à s'endetter, à moins qu'ils renoncent à des soins qui seraient efficaces.

Le renoncement aux soins peut être aussi, face à des états de faible gravité apparente, une anticipation de la mauvaise qualité des services du secteur public, à commencer par la qualité de l'accueil. L'assurance maladie ne peut à elle seule résoudre le problème de la qualité des soins. Mais, toutes choses égales par ailleurs, l'AMG représente un levier financier d'augmentation de la fréquentation des formations de santé. L'assurance va payer les biens et services à la place des malades, rendant ainsi solvable une demande de soins plus forte. Corrélativement, les recettes des formations de santé vont augmenter et leur donner une marge de manœuvre supérieure pour améliorer leurs prestations : achat plus systématique de médicaments et d'intrants, paiement régulier des contractuels, primes au personnel, possibilités de maintenance des équipements et capacité d'investissement. La qualité des services va augmenter ; la population s'en apercevra vite et sera plus encline à fréquenter les formations. Ce cercle vertueux est l'autre enjeu du développement de l'AMG.

L'AMG ne produira pas une amélioration immédiate de l'offre de soins, mais elle est porteuse d'une rationalisation des pratiques qui, avec le temps, modifiera le comportement des soignants et produira de la qualité.

La satisfaction de la population résultera à la fois de ce qui lui reste à payer au moment des soins (le reste à charge) et de la qualité des services obtenus.

1.2 La faisabilité de l'AMG aux Comores

On peut apprécier la faisabilité de l'AMG en partant d'une analyse SWOT, telle que résumée par le tableau suivant. Le tableau fait la synthèse des observations réalisées durant la mission, qui sont en majorité le reflet des points de vue recueillis sur le terrain.

Tableau 2 : analyse SWOT de la faisabilité de l'AMG aux Comores

<p style="text-align: center;">Forces</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Volonté politique au niveau du gouvernement ▪ Attentes de la population 	<p style="text-align: center;">Faiblesses</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Situation de l'offre publique de soins ▪ Engagements de paiement de l'Etat non garantis ▪ Projet trop peu connu en-dehors du gouvernement de l'Union
<p style="text-align: center;">Opportunités</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Groupes de la société civile prêts à s'impliquer (ex : projet de Mohéli) ▪ Financement extérieur maintenu quelques années 	<p style="text-align: center;">Menaces</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sous-estimation des difficultés inhérentes au processus de CSU ▪ Incapacité du secteur public de soins à servir le panier de soins ▪ Méfiance de la population

1.2.1 Points forts du projet

- a. La manifestation d'une forte volonté politique est une force du projet. C'est la condition nécessaire de la mise en place de la CSU. En outre, le pilotage du projet, délégué au ministère

de la santé se situe en réalité au niveau du secrétariat général du gouvernement, ce qui doit éviter les conflits de leadership entre ministères.

- b. Cette volonté politique vient rencontrer les attentes fortes de la population, si l'on en croit par exemple les déclarations des maires et des représentants de groupes de la société civile qui ont été vus pendant la mission. Le projet est populaire et il devrait être possible de mobiliser en sa faveur les relais sociaux qui assureront sa mise en place.

1.2.2 Points faibles du projet

- a. Précisément, une des conditions de mobilisation des relais sociaux est que le contenu du projet ne soit pas seulement connu au niveau du gouvernement. Il est apparu que peu de personnes, y compris dans l'administration et au sein des professionnels de santé, avaient eu connaissance de la loi et la mission a d'ailleurs été l'occasion de distribuer le texte du décret de promulgation. L'absence de communication pourrait être la source de malentendus, sachant que la mise en place de l'AMG va modifier de nombreuses pratiques et transformer les relations entre soignants et patients en introduisant le tiers-payant. Là où le malade devait commencer par payer, il n'aura qu'à présenter le document attestant de ses droits, ce qui va obliger les acteurs de l'offre publique de soins à le traiter de façon différente et, en particulier, à lui fournir les prestations dont il a besoin. Il faudra donc que le projet fasse l'objet d'une communication générale et d'une communication plus ciblée, selon le groupe concerné.
- b. On touche ici à la principale faiblesse du projet : mettre en place l'AMG dans un contexte de faible qualité des soins et de pénuries aux divers niveaux de la pyramide de soins. Il est avéré que l'offre publique de soins n'excelle pas toujours dans la qualité des soins et corrélativement, on sait que sa fréquentation est faible. Les formations sanitaires publiques fonctionnent plutôt comme des entités privées : en effet, pour leur fonctionnement, elles doivent compter sur leurs propres recettes (paiement direct des malades) étant donné que la subvention de l'Etat n'est pas versée régulièrement.

Par exemple, le CMC de M'Béni, qui fait partie des formations dispensant des services corrects et participe au PBF, a 52 contractuels sur 59 agents. Tous ses médecins sont des contractuels. Il est évident que la capacité d'auto-investissement de telles formations est très faible.

La situation du secteur public est le résultat d'un déficit d'organisation et, en premier lieu, d'un dysfonctionnement dans la gestion des ressources humaines. Il manque des médecins là où ils sont indispensables. Par exemple à Mitsamiouli, il n'y a plus de chirurgien depuis deux ans. De nombreux postes devraient être tenus par des agents de l'Etat. Ce sont parfois des contractuels ou des personnels dits volontaires ou bénévoles ou stagiaires qui ont des responsabilités au niveau des décisions médicales. En outre, les agents en poste n'effectuent que partiellement leur service. En particulier, la grande majorité des médecins de statut public exercent à leur compte en privé, pour la plus grande partie du temps. Le multi exercice n'est pas défini, du fait de l'absence de réglementation des conditions d'exercice dans le privé.

La carte sanitaire est à reconstruire, en tenant compte des personnels effectivement disponibles. A Anjouan, l'hôpital de Bembao, flambant neuf, est ouvert depuis septembre 2017, alors qu'il était potentiellement opérationnel en 2015. Officiellement, seul le service d'ORL attend son personnel médical et paramédical. Mais, on constate que le service de gynécologie n'a un médecin qu'un jour par semaine et que celui-ci vient de Hombo où il n'assure son service que pendant cinq jours. En vérité, les malades ne sont pas légion et l'établissement n'a sans doute pas atteint son rythme de croisière.

L'organisation de la gouvernance du secteur de la santé au sein de l'Union est un facteur de complexité, qu'il conviendrait de gérer par des procédures adaptées. Le fait que le Commissariat à la santé et le DRS aient la responsabilité des soins primaires dans chaque île, y

compris les ressources humaines correspondantes alors que les établissements hospitaliers sont du ressort du MS de l'Union est un frein à la mobilité des personnels.

Au niveau de l'équipement, la situation du secteur public n'est pas homogène. Si l'on considère les établissements hospitaliers, il existe des carences, mais ce sont plutôt les besoins de renouvellement qui apparaissent en priorité. Là où le matériel est obsolète, il semble que c'est la gouvernance des structures qui est en cause. Par exemple, le PASCO a œuvré à la réalisation de projets d'établissements hospitaliers qui étaient censés préparer les demandes d'équipements. Mais encore fallait-il que les directions fassent les requêtes pour obtenir les matériels. Elles ne l'ont pas toutes fait et certaines ignoraient même qu'il y avait un PEH dans leur établissement.

Le médicament est apparemment disponible partout et, à plusieurs reprises, l'action de la CAMUC (qui vient d'être remplacée par OCOPHARMA)⁶ a été louée par les interlocuteurs de la mission. Plusieurs questions se posent néanmoins à propos de la distribution du médicament. En premier lieu, le remplacement de la CAMUC par OCOPHARMA n'a pas été compris par de nombreux acteurs. Apparemment, c'est la possibilité d'avoir une production locale de certains produits (solutés) qui explique le changement, mais il n'est pas certain que, sans possibilité d'exportation, cette nouvelle activité soit rentable. En deuxième lieu, la CAMUC (et maintenant OCOPHARMA) ne fournit pas l'ensemble des produits qu'elle pourrait vendre, car les structures ont pris l'habitude de se fournir ailleurs pour certains produits, pour les réactifs par exemple. En troisième lieu, la centrale s'approvisionne en fonction des demandes qu'elle reçoit. Lorsque certaines familles de produits ne sont pas demandées, elle ne les a pas. Ce serait le cas par exemple pour les médicaments de traitement des pathologies chroniques, comme l'HTA et le diabète. En quatrième lieu, la distribution de détail du médicament est un peu anarchique. À côté des pharmacies des structures publiques et des officines privées agréées, existent des officines ne respectant pas la réglementation (manque de diplôme du propriétaire) et des dépôts tenus par des médecins (propharmacie) qui orientent leurs patients vers ceux-ci. Des contrefaçons de médicaments sont également distribuées ici et là, sans véritable contrôle. La réorganisation du secteur pharmaceutique est donc une nécessité et c'est une des raisons de création de l'Agence (ANAMEV).

La faible utilisation des formations du secteur public résulte des conditions d'accueil ; en outre, les malades doivent payer avant toute prise en charge et indépendamment de la nature et de la qualité de cette prise en charge. Comme cela a été dit, c'est un motif probable de renoncement aux soins pour une partie de la population. Les Comoriens qui ont quelques moyens cherchent des solutions alternatives qui sont soit le recours au secteur privé non réglementé, soit encore le recours aux soins à l'étranger. Maurice, Mayotte, Tanzanie, Madagascar sont les destinations privilégiées, selon des modalités diverses, allant du tourisme médical aux évacuations sanitaires d'urgence et avec un financement privé ou public.

- c. Au niveau des faiblesses, la question des engagements de paiement de l'Etat doit être traitée avec rigueur, comme preuve de la volonté politique du gouvernement. L'AMG ne pourra pas se passer de la dotation de l'Etat comme les formations de santé qui peuvent compenser avec les recettes en augmentant quelques tarifs ; ou comme la Caisse de retraite qui ne reçoit pas les cotisations prélevées sur les soldes des fonctionnaires ; ou comme certains plans nationaux de santé qui sont privés de la quote-part comorienne.

1.2.3 Les opportunités

- a. Au niveau des opportunités, la bonne disposition des groupes de la société civile à s'impliquer doit être utilisée. Par exemple, le fait que le gouvernorat de Mohéli s'apprête à lancer une

⁶ Décret n° 17-068 du 13 juin 2017 promulguant la loi 17-003 portant transfert des activités de la Centrale d'achat des médicaments essentiels génériques de l'Union des Comores (CAMUC) à une nouvelle Personne Morale Publique.

assurance maladie obligatoire de ses fonctionnaires est un signe positif. Encore faudra-t-il coordonner les efforts et donner à chacun un rôle adapté à sa position.

- b. Par ailleurs, le lancement de l'AMG pourra se faire en bénéficiant indirectement de financements extérieurs à la santé qui seront maintenus pendant quelques années. L'AFD doit financer le PBF l'an prochain et il est probable qu'un autre bailleur prendra le relais. Il en est de même pour les programmes nationaux.

1.2.4 Les menaces

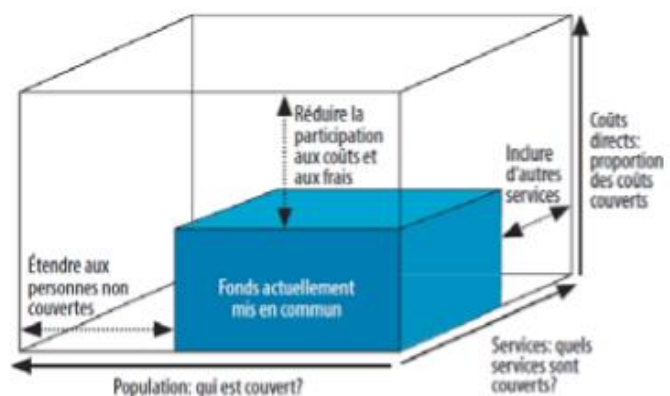
- a. Elles sont évidemment à prendre au sérieux. A commencer par le risque de sous-estimation de l'effort à accomplir. Lancer l'AMG représente un processus long et complexe ; il est nécessaire d'être attentif au respect et à la consolidation de chaque pas. Le danger est d'oblitérer toute chance d'assurance sociale pendant des années, s'il y a un échec. Sans doute faut-il aller vite, mais demander la constance de la volonté politique et de sa traduction pratique ne signifie pas qu'on peut brûler les étapes.
- b. Le secteur public de soins doit montrer qu'il peut fournir les prestations de l'AMG et il convient d'engager très vite la politique d'accompagnement nécessaire pour que, sur tout le territoire, la majorité des structures soit en mesure de servir le panier de soins. Le pari fait ici est qu'on peut lancer l'AMG sans mise à niveau préalable de l'offre publique de soins. Il implique que l'AMG démarre modestement et que la mise à niveau de l'offre constitue une priorité de la politique de santé.
- c. Dans la situation actuelle, la population se dit favorable à la mise en place d'une véritable couverture maladie sous la forme de l'AMG, mais nombre de personnes rencontrées expriment une grande méfiance quant à la capacité de l'Etat comorien de la réaliser. Tout doit être fait pour que la méfiance de la population n'entrave pas la montée en charge du dispositif. Il faut être conscient que le fait de rendre obligatoire l'affiliation à l'AMG ne fait pas disparaître les préventions d'une partie de la population à l'égard de l'action publique. Beaucoup risquent de tarder à adhérer, pour voir comment le dispositif se met en place et fonctionne. Le changement dans le service des prestations du panier de soins doit être visible au sein des structures publiques, faute de quoi la population refusera de cotiser à l'AMG.

1.3 Le processus de mise en place de la CSU

La mise en place de la CSU relève d'un processus progressif, inscrit dans la durée et d'autant plus efficace qu'il est continu. La « boîte » de l'OMS indique qu'il suppose l'ouverture et l'avancement de trois chantiers, qui mobilisent des démarches différentes, mais qui sont interdépendants.

Le premier chantier traite du champ personnel de la couverture, qui s'étend jusqu'à couvrir 100% de la population. **C'est le chantier de l'affiliation des personnes.**

Le deuxième chantier traite du champ matériel de la couverture (garantie offerte par l'assurance, résumée ici par le panier de soins), qui s'étend jusqu'à répondre par des services adéquats à tous les besoins de soins de la population couverte. **C'est le chantier du système de soins.**



Le troisième chantier a pour objet la réduction du paiement direct des patients (reste à charge) qui va tendre vers zéro pour autant que le prépaiement augmente (cotisations, subventions pérennes). **C'est le chantier du financement.**

La présente mission est centrée sur le chantier du système de soins et cible le concept déterminant de panier de soins de base qui correspond aux prestations qui seront offertes aux bénéficiaires de l'AMG.

Le panier de soins est à définir dans chaque contexte, selon l'offre de soins disponible, ce qui est une limitation forte et conduit à adopter une attitude pragmatique : tout ne peut être offert tout de suite. En principe les prestataires mobilisés sont de préférence ceux du secteur public, mais il n'y a pas d'exclusion du privé *a priori*. On y reviendra à propos du conventionnement. L'essentiel est de s'entendre sur les pratiques présidant à la distribution du panier ; la normalisation de ces pratiques, à travers la définition de protocoles thérapeutiques et le recours maximum aux médicaments génériques doivent fonder la définition du panier de base.

L'estimation du coût du panier est une information essentielle, même si sa qualité peut toujours être discutée. Le montant *ex ante* de ce coût va orienter les débats sur sa prise en charge par une cotisation et par des subventions. Ces paramètres vont conditionner les modalités d'affiliation et le niveau du reste à charge.

Le processus de mise en œuvre de l'AMG commence donc par la recherche d'un consensus sur le panier de soins de base.

2 Partie 2 : le panier de soins de l'AMG et son coût

2.1 Le panier de soins proposé

2.1.1 Les principes

Les principes de construction du panier de base proposé ici sont les suivants :

- Les soins couverts par l'AMG sont dispensés aux Comores (cf. art. 10, art. 17 de la loi). Les soins à l'étranger, quelle qu'en soit la forme (examens, traitements) et la motivation (prescription, initiative individuelle) ne sont pas, pour l'instant inclus dans le panier de base ;
- Une approche de santé publique est privilégiée : les prestations du panier doivent répondre aux priorités épidémiologiques, en fonction de l'existant aux Comores, donc concerner le plus grand nombre et être coût/efficaces ;
- Le principe de progressivité signifie que le panier évoluera selon les résultats, les ressources disponibles, le développement de l'offre locale ;
- Les prestations sont dispensées en conformité avec l'organisation pyramidale du système de soins : la référence sera obligatoire pour certaines prestations ;
- Le panier sera majoritairement couvert à 100% et le tiers-payant sera la règle de paiement des prestataires ;
- La couverture offerte avec le panier de base permet une articulation avec la couverture existante : les mutuelles pourront proposer un panier complémentaire, le PBF et les programmes nationaux ne vont pas disparaître du fait du lancement de l'AMG, mais continueront selon leurs propres procédures.

2.1.2 Le contenu du panier : description générale

On décrit d'abord le contenu du panier de façon générale. Les détails seront abordés lorsqu'il s'agira d'estimer le coût du panier.

Le panier de base proposé a deux compartiments :

- Le premier compartiment est défini par le ciblage de pathologies et de situations de prise en charge correspondant à des priorités de santé publique. Les prestations sont couvertes à 100% en tenant compte au maximum de frais annexes, comme par exemple les frais de transport ;
- Le second compartiment inclut partiellement les actes relevant du recours général aux soins, sans spécification de pathologies (soins ambulatoires et soins avec hospitalisation) avec des limites de prise en charge financière (plafonnement).

Les priorités épidémiologiques retenues comprennent :

- Les soins de la mère et de l'enfant, incluant les vaccinations et élargissant les SMI du PBF ;
- Le suivi des nourrissons et des enfants de moins de 5 ans incluant aussi les vaccinations ;
- Les maladies non transmissibles les plus répandues sous leurs formes non sévères : HTA et diabète ;
- Les pathologies qui ont l'objet des programmes nationaux :
 - Pathologies infectieuses (TB, VIH/SIDA, paludisme)
 - Maladies tropicales (lèpre, filariose).

L'inscription de ces pathologies dans le panier de base n'aura pas d'incidence financière à court terme sur le coût du panier pour l'AMG. Mais, comme elles n'ont pas vocation à être toujours financées par l'extérieur, elles ne doivent pas être oubliées par l'AMG, ce qui indique que le relais du financement sera pris par l'AMG au moment voulu.

Les actes de recours général sont :

- Les urgences hospitalières et chirurgicales ;
- En ambulatoire, les consultations et ordonnances correspondantes ;
- Les hospitalisations médicales et chirurgicales ;

Tous ces actes font l'objet d'une limitation de la prise en charge par l'AMG. En ambulatoire, deux consultations (incluant d'éventuelles complications) seront prises en charge. Pour les urgences et les hospitalisations, des forfaits sont définis pour chacun d'eux, ce qui signifie que la partie non financée devra être couverte par une couverture complémentaire ou payée directement par les malades.

2.1.3 Commentaires

Le panier de soins proposé est un panier de base, supposé accessible à tous et qui pourra évoluer. Cela dit, il va apparaître modeste à ceux qui pensent que l'AMG couvrira tous les soins sans paiement des malades. Il est possible qu'il engendre des frustrations par rapport à des pathologies qui méritent qu'on les traite, mais qui ont le défaut d'entraîner des coûts élevés, de concerner peu de Comoriens et de ne pas pouvoir être prises en charge dans le pays. Parmi les cas qui ont été cités et qui ne donneront pas lieu à une prise en charge explicite par l'AMG, les cancers et l'AVC sont des causes de mortalité des Comoriens adultes qui retiennent l'attention. A notre connaissance, il n'existe pas de dépistage organisé du cancer du sein, qui correspond au cancer le plus fréquent, ni d'oncologie digne de ce nom aux Comores. De même l'AVC grave ne peut être traité sur place. La seule réponse donnée ici dans le cadre de l'AMG est qu'il est possible de bénéficier d'une prise en charge en urgence et d'une hospitalisation qui permettront d'évaluer le pronostic vital des personnes atteintes. Mais l'AMG ne va pas plus loin, en particulier parce que le panier proposé ne prend pas en charge les évacuations sanitaires. En outre, en mettant en avant la prise en charge de l'HTA et du diabète simple, pathologies au long cours, dont on va voir qu'elles coûtent cher, l'AMG participe à la prévention des AVC et des maladies cardio-vasculaires, du diabète insulino-dépendant et de l'insuffisance rénale chronique.

A l'évidence, face au traitement de certaines pathologies, l'AMG ne va rien changer par rapport au paiement direct et les personnes atteintes devront soit payer les soins correspondants, quand ils existent aux Comores, soit envisager de soigner à l'étranger. La question des évacuations sanitaires est sans doute celle qui risque d'engendrer le plus de frustrations. Il faut insister sur le fait que : a) la loi ne prévoit pas de les prendre en charge dans le cadre de l'AMG, b) que les évacuations coûtent cher, c) que l'AMG est sensée renforcer le système de soins comorien, d) que l'annonce de la prise en charge des évacuations constituerait une opportunité que nombre de Comoriens bien informés saisiraient, d) que les Comores n'ont pas actuellement un véritable dispositif d'autorisation des évacuations sanitaires, fondé sur des avis médicaux objectifs et n'ont apparemment pas enregistré les motifs et les montants dépensés pour les évacuations financées sur fonds publics, si bien qu'on ne sait pas si les évacuations ont été « coût/efficace ».

L'AMG s'articule avec l'existant. Elle réalise une extension des prestations du PBF et inclut tous les soins intégrés dans les programmes nationaux. Elle va couvrir des soins que les mutuelles prennent aujourd'hui en charge, mais laisse encore une partie des soins à la charge des patients. Cela ouvre aux mutuelles et aux « régimes maison » la possibilité d'offrir une assurance maladie complémentaire, notamment pour les soins hospitaliers. On notera qu'aucune des couvertures privées volontaires, à l'exception peut-être du régime des employés de l'ANRTIC, qui est géré par une compagnie commerciale, n'inclut les évacuations sanitaires dans ses garanties. Le lancement de l'AMG pourrait être une occasion de tenter l'aventure, à condition de se doter d'un contrôle médical strict et d'estimer correctement le coût du risque. Il existe probablement un petit marché à couvrir, ce qui permettrait une expérimentation bien contrôlée.

2.2 Estimation du coût du panier

2.2.1 Méthode appliquée

La méthode consiste d'abord à définir un contenu standard de prise en charge pour chaque élément du panier, en tenant compte des situations variées qu'il représente. En pratique, il pourra y avoir deux situations correspondant à une prise en charge standard et à une aggravation. La première sera du ressort des soins primaires, la seconde mobilisera les établissements hospitaliers.

Ensuite, à partir de tarifs vraisemblables en 2017, chaque prise en charge est valorisée. Puis, les populations cibles sont estimées (avec pour base l'année 2015, qui correspond au dernier Annuaire des statistiques sanitaires disponibles). On obtient ainsi le coût maximum du panier, qui correspond à l'hypothèse d'une fréquence de recours de 100%. Il reste à faire des hypothèses sur les fréquences de recours aux éléments du panier pour obtenir un coût plus réaliste, soit avec un faible recours correspondant à peu près à la situation actuelle, soit avec un recours plus élevé tenant compte d'une montée en charge du dispositif.

L'estimation exclut les prises en charge des programmes (financées pour l'instant) et déduit du total l'apport du PBF. Finalement, pour donner un chiffre pour 2017, on actualise les populations cibles en tenant compte de la croissance démographique.

2.2.2 Application de la méthode : calcul du coût unitaire des prises en charge

Santé de la mère et de l'enfant

Suivi de grossesse

L'AMG couvre de façon standard CPN, une ordonnance simple de médicaments, un bilan d'examen de laboratoire et une échographie. A l'exception de l'échographie, le suivi a lieu au niveau des soins primaires. On estime que le suivi standard correspond à 80% des grossesses. Pour les 20% restant, l'AMG couvre une consultation spécialisée, une seconde échographie, une ordonnance de

médicaments plus coûteux et les frais de transport correspondant au déplacement à l'établissement hospitalier de référence. Le tableau suivant fournit le coût moyen estimé, égal à la somme du coût du suivi standard pondéré à 80% et du coût du suivi approfondi pondéré à 20%.

Tableau 3 : coût du suivi de grossesse

Actes de suivi de grossesse	Tarif unitaire (KMF)	Fréquence
<u>Suivi standard</u>		80%
CPN 1	250	
CPN 2	250	
CPN 3	250	
CPN 4	500	
Ordonnance	3 000	
Bilan biologique	8 000	
Echographie	2 000	
Total	14 250	
<u>Suivi approfondi</u>		20%
Suivi standard	14 250	
Consultation spécialisée	1 500	
Ordonnance	6 000	
2 ^{ème} échographie	2 000	
Transport	15 000	
Total	38 750	
<u>Coût moyen estimé</u>	19 150	

Accouchement

L'AMG couvre l'accouchement simple, au niveau des SSP, mais nettement revalorisé par rapport au PBF. On estime que 80% des accouchements relèvent de ce modèle. En cas de complication, l'AMG couvre le transfert, l'accouchement compliqué (dont la césarienne) et les médicaments prescrits. On fait l'hypothèse que le tarif de l'accouchement inclut dans ce cas les journées d'hospitalisation.

Tableau 4 : coût de l'accouchement

Accouchement	Tarif unitaire (KMF)	Fréquence
<u>Accouchement simple</u>	15 000	80%
<u>Accouchement complexe (dont césarienne)</u>		20%
Accouchement	100 000	
Transport	15 000	
Médicaments	6 000	
Total	121 000	
<u>Coût moyen estimé</u>	36 200	

Consultation postnatale et planning familial

On reprend ici le barème du PBF en incluant une prescription.

Tableau 5 : coût de la consultation postnatale et du planning familial

CPoN et PF	Tarif unitaire (KMF)	Fréquence
<u>CPoN</u>		
Consultation	750	
Médicaments	3 000	
<u>PF</u>	100	
Total	3 850	
<u>Coût moyen estimé</u>	3 850	

Suivi des nourrissons

L'AMG couvre 12 consultations (1 par mois) avec ordonnance simple au niveau des SSP. On estime que 10% des nourrissons auront besoin d'une consultation spécialisée en établissement hospitalier, avec une ordonnance (médicaments et/ou examen) et en incluant des frais de transport.

Tableau 6 : coût du suivi des nourrissons

Suivi des nourrissons	Tarif unitaire (KMF)	Fréquence
<u>Suivi standard</u>		90%
Consultation	750	
Médicaments	3 000	
Total	3 750	
<u>Suivi approfondi</u>		
Consultation	1 500	10%
Ordonnances	12 000	
<u>Transport</u>	15 000	
Total	28 500	
<u>Coût moyen estimé</u>	6 225	

Pour 12 recours, le coût est de **74 700 KMF**

Suivi des enfants de moins de 5 ans

On reprend le même schéma, mais avec seulement 4 consultations par an.

Tableau 7: coût du suivi des enfants de moins de 5 ans

Suivi des enfants de moins de 5 ans	Tarif unitaire (KMF)	Fréquence
<u>Suivi standard</u>		90%
Consultation	750	
Médicaments	3 000	
Total	3 750	

<u>Suivi approfondi</u>		
Consultation	1 500	10%
Ordonnances	12 000	
<u>Transport</u>	15 000	
<u>Total</u>	28 500	
<u>Coût moyen estimé</u>	6 225	

Pour 4 recours, le coût est de **24 900 KMF**.

Maladies non transmissibles : HTA et diabète simple

Pour l'HTA simple, l'AMG couvre 4 consultations spécialisées par an et 12 prescriptions estimées chacune à 6 000 KMF.

Pour le diabète simple, l'AMG couvre 4 consultations spécialisées par an et 12 prescriptions estimées chacune à 6 000 KMF, auxquelles s'ajoute un forfait d'examens de 10 000 KMF.

Tableau 8: coût du diabète et de l'HTA non sévères

HTA, diabète simples	Tarif unitaire (KMF)	Nombre	Coût
<u>HTA</u>			
Consultation	1 500	4	6 000
Médicaments	6 000	12	72 000
Total			78 000
<u>Diabète</u>			
Consultation	1 500	4	6 000
Médicaments	6 000	12	72 000
Examens	10 000	1	10 000
Total			88 000

Prestations de recours général

Consultations pour les personnes de plus de 5 ans

L'AMG couvre 2 consultations standard et une ordonnance simple par consultation. On admet que ce schéma correspond à 90% des consultations. Dans 10% des cas, la consultation entraîne une consultation spécialisée, une prescription plus importante et des examens.

Tableau 9: coût des consultations adultes

Consultations adultes	Tarif unitaire (KMF)	Fréquence
<u>Consultation standard</u>		90%
Consultation	750	
Médicaments	3 000	
Coût	3 750	
<u>Consultation spécialisée</u>		10%
Consultation	1 500	

Consultations adultes	Tarif unitaire (KMF)	Fréquence
Médicaments	6 000	
Examens	6 000	
Coût	13 500	
Coût moyen estimé	4 725	

Les consultations coûtent à l'AMG : $4\,725 \times 2 = 9\,450$ KMF

Urgences

L'AMG couvre les urgences pour un montant maximum de 150 000 KMF. Il est évident que tous les recours en urgence n'atteindront pas ce montant, mais certains pourront le dépasser. On considèrera que ce montant représente en quelque sorte un avoir pour les urgences, ce qui signifie qu'il pourra y avoir plusieurs recours aux urgences, tant que le montant n'est pas atteint. On admet que 1% de la population adulte l'utilisera pleinement, à hauteur de 150 000 KMF.

Hospitalisations médicales et chirurgicales

Le même principe est adopté pour ces prestations avec un montant maximum de 150 000 KMF. On admet que 2% de la population adulte peut utiliser ce montant

2.2.3 Application de la méthode : populations cibles et total

Le tableau suivant récapitule les éléments précédents et indique l'effectif des populations cibles, d'après l'Annuaire de 2015.

Tableau 10 : coût du panier de soins (estimation sans fréquences de recours)

Élément du panier	Coût de prise en charge (KMF)	Population cible	Coût total (KMF)
Santé de la mère et de l'enfant			
Suivi de grossesse	19 150	27 466	525 973 900
Accouchement	36 200	23 542	852 220 400
CPoN et PF	3 850	23 542	90 636 700
Suivi des nourrissons	74 700	23 542	1 758 587 400
Suivi d'enfants de moins de 5 ans	24 900	102 017	2 540 223 300
Total			5 767 641 700
Maladies non transmissibles			
HTA simple	78 000	25 000	1 950 000 000
Diabète non sévère	88 000	10 000	880 000 000
Total			2 830 000 000
Recours général			
Consultations	9 450	659 186	6 229 307 700
Urgences	150 000	6 592	988 779 000
Hospitalisations	150 000	13 184	1 977 558 000
Total			9 195 644 700
Total général			17 793 286 400

Les populations cibles sont le nombre de grossesses attendues pour le suivi de grossesse ; le nombre de naissances pour les accouchements, les CPoN et le suivi des nourrissons ; le nombre d'enfants de moins de 5 ans pour le suivi correspondant ; la population des plus de 5 ans pour les consultations de recours général, 1% pour les urgences au tarif forfaitaire plein, 2% pour les hospitalisations au tarif forfaitaire plein. Le nombre d'hypertendus et le nombre de diabétiques de type 2 sont des estimations vraisemblables, faute de données précises sur les files actives.

Le chiffre de 17,8 milliards KMF représente une estimation maximaliste du coût du panier pour l'AMG. Deux corrections mineures peuvent être faites : défalquer 800 millions qui correspondent au montant imputable au PBF, actualiser les populations cibles entre 2015 et 2017, ce qui revient à multiplier le montant par 1,06⁷. On arrive à 18 milliards KMF.

2.2.4 Application de la méthode : introduction des fréquences de recours et résultats

Le chiffre précédent correspond à un recours au panier de soins à 100%, ce qui n'a aucune chance de se produire, surtout au lancement de l'AMG. Pour avoir une estimation plus vraisemblable, on a introduit des fréquences correspondant à un recours supérieur à la situation actuelle, avec deux scénarii : un recours plutôt faible et un recours moyen. On obtient alors un coût de l'AMG très inférieur au chiffre de 18 milliards KMF.

Tableau 11 : fréquences de recours

Élément du panier	Coût de prise en charge (KMF)	Fréquence de recours faible	Fréquence de recours moyen
Santé de la mère et de l'enfant			
Suivi de grossesse	19 150	40%	60%
Accouchement	36 200	75%	90%
CPoN et PF	3 850	20%	30%
Suivi des nourrissons	74 700	50%	60%
Suivi de enfants de moins de 5 ans	24 900	40%	40%
Maladies non transmissibles			
HTA simple	78 000	30%	50%
Diabète non sévère	88 000	30%	50%
Total			
Recours général			
Consultations	9 450	30%	50%
Urgences	150 000	1%	1%
Hospitalisations	150 000	2%	2%

En introduisant les fréquences, on obtient les estimations suivantes :

- **Recours moyen : 9 053 657 164 KMF**
- **Recours faible : 6 626 404 509 KMF**

⁷ La population des Comores en 2015 était de 784.245 personnes et, en 2017, de 828.147, soit un ratio de 1,0559.

On peut faire l'hypothèse qu'au lancement de l'AMG, elle coûtera 6,6 milliards KMF, pour croître ensuite, notamment selon l'augmentation de la fréquentation des structures de soins.

Ces estimations sont évidemment discutables, mais donnent des ordres de grandeur vraisemblables⁸. Il conviendra d'améliorer l'estimation des coûts de chaque prise en charge, en modifiant éventuellement leur contenu et la tarification.

2.3 Evolution du coût du panier de soins : cadre pour l'actuariat

L'évolution du coût du panier de soins est importante dans la mesure où elle risque de modifier les conditions de son financement. La mise en place d'une analyse actuarielle devra accompagner la construction du système d'information de l'AMG et b) il serait prématuré de se livrer maintenant à cet exercice. On peut toutefois tracer le cadre de l'actuariat en indiquant les facteurs d'évolution du coût du panier.

Il y a en fait deux scénarii d'évolution selon que l'AMG est contrainte de prendre à son compte les activités du PBF et des plans nationaux, dont il a été dit que les prestations qu'ils fournissent doivent figurer dans le panier, mais qui sont actuellement largement financées par l'extérieur.

Le scénario d'évolution en cas de fin des apports extérieurs

Lorsque ces financements extérieurs cesseront, le coût correspondant devra être ajouté au coût calculé ici. On n'a pas d'information sur la date possible de fin de ces apports extérieurs. On a vu que le PBF représentait environ 800 millions de KMF ; nous n'avons pas eu d'information précise sur le coût des activités des plans nationaux à intégrer au panier : vaccins, médicaments antipaludéens, ARV, antituberculeux, traitement de la lèpre principalement.

Le scénario d'évolution ordinaire

Indépendamment de la fin des apports extérieurs, le coût du panier va évoluer du fait de la variation des populations cibles, des tarifs de prise en charge, du contenu des prises en charge et des fréquences de recours aux soins du panier.

La variation des populations cibles est une augmentation dont les projections démographiques donnent une bonne idée. Le recensement qui vient d'être lancé permettra d'obtenir des chiffres encore plus précis.

Les tarifs devront augmenter pour tenir compte de l'inflation, mais ils seront fixés par négociations entre l'AMG et le ministère de la santé, les commissariats à la santé des îles et les structures de soins. Des prévisions raisonnables pourront être faites sur les tarifs, mais celles-ci devront tenir compte de changements technologiques qui peuvent affecter le coût du panier en modifiant le contenu des prises en charge. Il n'est pas évident que ces changements entraînent une hausse des coûts, s'ils permettent des gains de productivité, qui feront baisser les tarifs. Par exemple, le coût des examens ou des médicaments pourront baisser à la faveur de l'installation d'appareils plus performants ou de l'apparition de molécules meilleur marché.

Les fréquences de recours aux soins devraient augmenter si le cercle vertueux lié à l'AMG se produit. Il est possible aussi que certains recours diminuent, par exemple les hospitalisations si les soins en ambulatoire permettent des traitements plus précoces.

A titre d'illustration, on a estimé le montant en 2025 du coût de l'AMG, à panier constant. La population serait de 1 019 861 personnes, soit un coefficient multiplicateur de 1,23 ; en prenant une inflation annuelle de 3%, on a un deuxième coefficient multiplicateur de 1,85 ; pour les fréquences, on suppose que l'on passe des fréquences faibles aux fréquences moyennes ci-dessus, soit un troisième coefficient multiplicateur de 1,36. Au total, le montant 2017 (6,6 milliards KMF) serait multiplié par 3,1, ce qui correspondrait à un coût de 20,6 milliards KMF.

⁸ Dans l'aide-mémoire de la mission, le chiffre de 10 milliards KMF a été annoncé. Il correspondait à des fréquences qui sont apparues élevées par rapport à la situation actuelle.

2.4 Conventionnement

Le panier de soins sera servi par des prestataires de soins avec lesquels seront passés des conventions avec l'organisme gestionnaire. Ces conventions sont des contrats qui doivent être respectés par les deux parties. Les conventions mentionnent les obligations de chaque partie. Principalement, pour l'AMG :

- paiement des factures aux tarifs négociés et après validation administrative et médicale ;
- délais de paiement courts (1 mois maximum) ;
- mise à disposition d'avances de trésorerie pour permettre aux structures de fonctionner en attendant le paiement des factures.

Pour les structures de soins :

- service des prestations du panier aux bénéficiaires de l'AMG attestant de leurs droits ;
- suivi des protocoles thérapeutiques décidés de façon consensuelle avec l'AMG ;
- facturation rigoureuse et absence de demande de paiement aux malades lorsque la prise en charge est à 100% ;
- justification éventuelle des soins délivrés au contrôle médical de l'AMG.

Les prestataires conventionnés seront *a priori* ceux du secteur public. Toutefois, vu la qualité actuelle des prestations, l'AMG n'aura pas intérêt à conventionner automatiquement toutes les structures publiques. Des conventions individuelles sont préconisées, avec les structures en position de servir les prestations du panier de soins de leur niveau. L'absence de personnel adéquat, d'équipement fonctionnel seront des motifs de refus de conventionnement, ce qui risque évidemment de pénaliser les populations de certaines zones. C'est pourquoi le conventionnement devra être précédé d'une mise à niveau des structures de façon à limiter les inégalités territoriales.

Il n'y a pas d'impossibilité théorique à ce que l'AMG passe des conventions avec des structures privées : officines, cabinet médicaux, cliniques agréés par le MS. La situation des officines et des établissements de soins est un peu différente. Avec les officines, il conviendra de négocier la dispensation de génériques et les tarifs correspondants. Avec les établissements de soins, la question est d'abord : avec qui passer convention, si l'on estime que le secteur privé est en majorité constitué par l'activité libérale de médecins agents de l'Etat, qui ne remplissent pas leur obligation de service ? Sur ce point, une clarification des statuts s'impose et tant qu'elle n'est pas obtenue, les conventions n'ont pas lieu d'exister. Au Ministère de la Fonction publique, il nous a été dit qu'il serait demandé aux médecins de choisir leur secteur d'activité. D'autres solutions, passant par la réglementation du temps partiel seraient sans doute possible. Le lancement de l'AMG pourrait aider à mener ces réformes, mais, quoi qu'il en soit, il faudra ensuite que l'AMG négocie avec les praticiens libéraux une tarification compatible avec les tarifs de responsabilité qu'elle retiendra. Sur ce point, des tickets modérateurs pourraient être imposés aux malades, pour ne pas grever le budget d l'AMG, compte tenu de la forte probabilité que les tarifs négociés avec les privés soient plus élevés que ceux du secteur public.

3 Recommandations, agenda et conclusion

3.1 Recommandations relatives au suivi du processus

Il est recommandé :

- De mobiliser le groupe chargé du pilotage de la réforme de l'AMG ;
- D'organiser une première sensibilisation à la réforme en mettant en discussion le panier de soins et en posant la question du financement de l'AMG ;
- D'associer à la discussion les PTF et l'ensemble des Ministères ;
- De **définir la stratégie de financement** : c'est-à-dire de fixer la participation de l'Etat et, à partir d'une cotisation moyenne acceptable, de fixer les cotisations des groupes (valeur moyenne à moduler selon le statut socioprofessionnel et peut-être selon l'île de résidence) ; d'établir un seuil d'exemption pour les vulnérables dispensés de cotisation ;
- De lancer d'urgence **un programme d'accompagnement** relatif au niveau de l'offre publique de soins, confié au MS ;
- De mettre en place **un groupe de projet plein-temps**, prémices d'une administration plein-temps dédiée à la CSU, qui va prendre le relais du MS pour la mise en place de la réforme.

3.1.1 La stratégie de financement

S'agissant de la stratégie de financement du coût de l'AMG, plusieurs scénarii sont possibles, selon le niveau de participation de l'Etat.

Il convient d'abord de préciser que le coût estimé plus haut est le coût technique de l'AMG, auquel il faut ajouter un coût administratif qu'on peut évaluer à 10% du coût technique. Dans l'hypothèse basse de l'estimation il faudrait financer : $6,6 + 0,7 = 7,3$ milliards KMF. Ce financement serait obtenu avec des cotisations et une dotation de l'Etat.

Les cotisations vont concerner la population active et l'on peut envisager trois modalités de contribution. Les salariés cotiseraient en proportion de leur salaire, avec un partage employeur/employé. Les fonctionnaires et contractuels de l'Etat cotiseraient de la même manière avec un partage agent/Etat. La population de travailleurs informels dont les ressources sont suffisantes aurait à payer une cotisation forfaitaire. Les retraités pourraient avoir aussi une petite cotisation, en proportion de leur pension. Les indigents seraient affiliés sans contribution. On peut rappeler les dispositions du projet de loi (voir 1^{ère} partie, §1.1) qui n'ont pas été retenues dans le texte final : les salariés et fonctionnaires auraient cotisé à hauteur de 2,5% de leurs rémunérations, les employeurs publics (Etat et collectivités) à hauteur de 7,5%, les employeurs du privé à hauteur de 3,5%, les pensionnés à hauteur de 0,75% et les assurés volontaires de la CNPS à hauteur de 6,5%.

Deux questions permettent de différencier les scénarii de financement : qui paye pour les indigents ? Les charges administratives sont-elles financées par l'Etat ou les cotisations ?

Un premier scénario est celui de la participation minimale de l'Etat. L'Etat fournirait uniquement la part patronale de la cotisation des agents de l'Etat et des salariés. Les cotisations auraient à couvrir les charges administratives et la part des non contributifs.

Un deuxième scénario est celui de la participation maximale de l'Etat qui prendrait en charge les coûts administratifs, les contributions des indigents et la quote-part des cotisations des employés de l'Etat.

Le troisième scénario serait intermédiaire, avec par exemple les cotisations des indigents payées par l'Etat et les charges de gestion partagées entre les cotisants.

Sans aller très loin dans l'analyse des scénarii de financement, on peut voir ce qu'ils représentent pour la contribution de l'Etat. Avec un coût technique de 6,6 milliards KMF, la cotisation technique

moyenne est en 2017 d'environ 8 000 KMF par tête (8 001,48 exactement). La distribution de la population peut être envisagée comme suit, par catégorie de ménages :

- Employés de l'Etat 12%, soit 99 378 ;
- Employés du privé 5%, soit 41 407 ;
- Retraités 3%, soit 24 844 ;
- Secteur informel 50%, soit 414 074 ;
- Indigents 30%, soit 248 444.

En supposant que la cotisation technique moyenne est payée par chaque catégorie à proportion de ses effectifs, on aurait la contribution théorique de chaque groupe indiquée ci-dessous.

Tableau 12 : effectifs des groupes de population et contributions théoriques au coût technique

	Effectifs	Contribution (KMF)
Employés de l'Etat	99 378	795 168 541
Employés du privé	41 407	331 320 225
Retraités	24 844	198 792 135
Secteur informel	414 074	3 313 202 255
Indigents	248 444	1 987 921 353

Dans le scénario n° 1, l'Etat ne paierait que sa quote-part de la contribution des employés de l'Etat. Mais la charge de la gestion (700 millions KMF) et la part des indigents (2 milliards) KMF devrait être attribuée aux autres cotisants, soit 2,7 milliards KMF à « partager » entre 579.700 personnes, ce qui représente un surcoût de 4658 KMF et porterait la cotisation moyenne de ces catégories à 12.659 KMF. Les employés de l'Etat contribueraient à hauteur de 1,26 milliards KMF. Si l'on part du partage 1/3 employé et 2/3 employeur, la contribution de l'Etat ne serait que de 1/3 de 1,26 milliards KMF, soit 419 millions KMF.

Dans le scénario n°2, l'Etat prendrait à sa charge la « contribution » des indigents (2 milliards KMF), 1/3 de la contribution des fonctionnaires (265 millions KMF) et les charges de gestion (700 millions KMF), soit 2,965 milliards KMF.

Dans le troisième scénario, les charges de gestion (700 millions) sont partagées entre 579.700 personnes, ce qui représente un surcoût de 1207 KMF par personne et porte la cotisation à 9207 KMF. La contribution des fonctionnaires serait de 915 millions KMF, dont 1/3 pour l'Etat, soit 305 millions de KMF. Au total, avec la contribution des indigents (2 milliards KMF), l'Etat devrait fournir 2,305 milliards à l'AMG.

Ce premier exercice donne une idée de l'impact sur les finances publiques de la stratégie de financement, sachant que la cotisation moyenne imputée aux cotisants devra être partagée entre les groupes, selon le niveau de ressources.

3.1.2 La politique d'accompagnement

La mise à niveau de l'offre publique de soins est la condition nécessaire de réussite de l'AMG. Beaucoup de choses sont à faire, mais, s'il faut en privilégier une, on suggèrera que l'urgence est de mettre en place les personnels adéquats (médecins surtout) là où ils manquent. Cela oblige à faire le point des disponibilités et à convaincre les candidats potentiels d'occuper les postes vacants. Une démarche incitative pourrait être bienvenue, soit avec des fonds comoriens, soit avec un appui extérieur à négocier pour 2018.

3.1.3 L'administration gestionnaire

S'agissant de l'administration gestionnaire de l'AMG, on peut indiquer, à titre d'illustration, qu'elle pourrait être construite autour d'un organisme faîtière, puis d'organismes déconcentrés. L'organisme faîtière aurait un directeur (éventuellement préfigurateur dans un premier temps) coordonnant 5 directions fonctionnelles. Les deux plus importantes au début seront :

- Affaires médicales (pour traiter du panier, des conventions, du contrôle médical) ;
- Affiliation (agenda d'affiliation, modalités de collecte des cotisations).

Ensuite, la direction chargée de la gestion financière (pooling des ressources et redistribution aux antennes), puis celles chargées du système d'information et de la gestion du risque et du service de communication pourront être montées.

L'architecture proposée est celle d'un organisme faîtière central avec des antennes par île pour l'affiliation et le paiement des prestataires. Il conviendra d'envisager la possibilité de gestion déléguée à des opérateurs expérimentés (mutuelles). Il est recommandé d'installer des conseils d'administration au sein de l'organisme faîtière et des antennes, regroupant représentants de l'Etat, employeurs, syndicats, représentants locaux et de la société civile (ONG).

3.2 Proposition d'agenda de la réforme

A titre indicatif, un agenda de la réforme est proposé. Il reprend les éléments nécessaires au montage de l'AMG et suppose une mobilisation très forte des autorités comoriennes. Il faut ainsi une année pour arriver au service des premières prestations.

Décembre 2017 : réunion du Comité de pilotage de la réforme

- Discussion et validation du panier de soins ;
- Lancement du programme de mise à niveau de l'offre publique de soins (MS) : affectations des médecins aux postes vacants ;
- Mise en chantier des textes sur les statuts publics et privés de la santé.

Janvier-février 2018 : suite du programme de mise à niveau de l'offre publique de soins (MS) : affectations des médecins aux postes vacants, inventaire des équipements et de la fonctionnalité des services des établissements hospitaliers

- Montage de l'équipe de projet : un directeur-coordonateur, un responsable des affaires médicales, un responsable de l'affiliation, un responsable de la communication ;
- Réflexion sur les scénarii relatifs à la stratégie de financement ;
- Définition d'une campagne de communication institutionnelle.

Mars 2018 : suite du programme de mise à niveau de l'offre publique de soins (MS) : affectations des médecins aux postes vacants, inventaire des équipements et de la fonctionnalité des services des établissements hospitaliers

- Mise en application de la stratégie de financement : étude du financement, calcul des cotisations
- Définition d'un plan d'affiliation ;
- Campagne de communication institutionnelle.

Avril-juin 2018 : suite du programme de mise à niveau de l'offre publique de soins (MS) : affectations des médecins aux postes vacants, inventaire des équipements et de la fonctionnalité des services des établissements hospitaliers

- Production des textes sur les statuts publics et privés de la santé ;
- Production des textes complétant la loi et créant l'organisme gestionnaire ;

- Renforcement de l'équipe de projet : responsable de la gestion financière, responsable du système d'information et de la gestion du risque.
- Lancement de l'affiliation du secteur formel et des retraités ;
- Plan d'affiliation du secteur informel, des indigents ;
- Définition d'une campagne d'information grand public.

Juillet-septembre 2018 : suite du programme de mise à niveau de l'offre publique de soins (MS) : affectations des médecins aux postes vacants, inventaire des équipements et de la fonctionnalité des services des établissements hospitaliers

- Création de l'organisme gestionnaire ;
- Campagne d'information grand public ;
- Passation des conventions avec les structures publiques de soins jugées en mesure de dispenser le panier de soins ;
- Affiliation effective du secteur formel et des retraités ;
- Lancement de l'affiliation du secteur informel et des indigents.

Octobre-décembre 2018 : suite du programme de mise à niveau de l'offre publique de soins (MS) : affectations des médecins aux postes vacants, inventaire des équipements et de la fonctionnalité des services des établissements hospitaliers

- Affiliation effective du secteur informel et des indigents.
- Premières prestations.

4 Conclusion

Les conditions pratiques de réussite sont, vu la situation actuelle des Comores :

- Que les prestations soient effectives : la politique d'accompagnement au niveau de l'offre de soins est fondamentale et est à mener sans attendre ;
- Que les acteurs soient informés et impliqués : la politique de communication large est lancée dès que la direction correspondante de l'organisme faitier est opérationnelle ;
- Que la transparence de la gestion garantisse la confiance : il faut prévoir pour cela un système de gestion autonome techniquement, contrôlé par les conseils d'administration, la tutelle de l'AMG et des audits externes
- Que les fonds soient sécurisés (en particulier l'apport permanent de l'Etat) et qu'une régulation soit mise en place avec un contrôle médical des prestataires et des bénéficiaires.

5 ANNEXES

5.1 Termes de référence

UNION DES COMORES
Unité – Solidarité – Développement

Ministère de la Santé, de la
Solidarité, de la Protection Sociale et
de la Promotion du Genre



جمهورية القمر المتحدة
وحدة - تضامن - تنمية

نيابة الرئيس المكلف بوزارة الصحة
والتضامن و التماسك الاجتماعي ومشاركة
المرأة

TERMES DE REFERENCE

MISSION A COURT TERME POUR L'ETUDE DE FAISABILITE POUR LA MISE EN PLACE D'UNE ASSURANCE MALADIE GENERALISEE EN UNION DES COMORES

1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

La «Couverture Sanitaire Universelle» est devenue un thème moteur de réforme sur la réalisation des Objectifs de Développement Durable (ODD) grâce à la santé pour tous. Cette initiative peut couvrir des réalités bien différentes (Assurance maladie, gratuité de soins, mise en place des mutuelles de santé, réforme du financement public, etc.) et doit prendre en compte le contexte particulier de chaque pays (contraintes économiques, ses priorités sanitaires, son système de santé, etc.). Sa mise en place demande des stratégies de financement de la santé très diversifiées et innovantes en vue de maintenir une viabilité financière du système de santé et de protection sociale.

Comme la plupart des pays, l'Union des Comores a affirmé son engagement de renforcer les mécanismes de financement de la santé et de protection sociale existants vers la Couverture Sanitaire Universelle en 2012, lors de l'Assemblée Générale des Nations Unies à New York. A cet effet, depuis l'Initiative de Bamako en 1988 et le Traité instituant la Conférence Interafricaine de la Prévoyance Sociale (CIPRES) en 1993, plusieurs réformes ont été initiées en Union des Comores sur l'amélioration du fonctionnement des structures sanitaires en termes de disponibilité des médicaments et de leur viabilité financière. Malheureusement, ces réformes ont également eu un impact négatif sur l'accessibilité financière aux soins de santé dont les déterminants les plus importants sont : (i) le recouvrement des coûts introduit au début des années 90 comme une technique de survie des structures sanitaires et (ii) les réformes des statuts des structures sanitaires les incitant à faire de l'équilibre financière une priorité.

Malgré l'augmentation progressive du budget de l'Etat alloué à la santé par rapport au budget totale (10%) qui est inférieur du 15% d'Abuja, on constate que les résultats issus de l'enquête des Comptes Nationaux de la Santé 2011 réalisés en 2014 en Union des Comores concernant les dépenses santé renseignent que la part des ménages dans les dépenses totales de santé représente 49,80% dont 48,88% pour les paiements directs, celle des partenaires internationaux de santé 18,64%, celle du Gouvernement 27,17% et celle de l'assurance maladie et des mutuelles de santé 2,54%. Cette faiblesse de la couverture maladie à travers un système assurantiel doit préoccuper les autorités sanitaires du pays dans un contexte d'accélération des progrès vers l'atteinte des OMD liés à la santé à l'horizon 2015 et celui de la Couverture Universelle en Santé auquel les pays de la région africaine de l'OMS se sont engagés.

Le Gouvernement comorien à travers le Ministère de la Santé, de la Solidarité, de la Protection Sociale et de la Promotion du Genre est conscient que le mode de paiement direct appliqué en général dans nos services de santé pose énormément de problèmes à la population et contribue à accentuer son état de pauvreté.

Ces difficultés d'accès aux soins de santé de la population ont amené l'Etat comorien à travers le Ministère de la santé à développer des mécanismes de financement de la santé basés sur le budget de l'Etat, les fonds des programmes et projets des partenaires au développement du secteur de la santé en vue de faciliter l'accès aux soins de santé surtout pour les groupes vulnérables avec des programmes de gratuité de soins, notamment :

- les subventions allouées aux évacuations sanitaires, aux aides et secours médicaux (Etat) ;
- le fonds de solidarité pour la prise en charge des Urgences au CHN à travers le RAU (Etat) ;
- les accords bilatéraux sur les évacuations sanitaires (Maurice et France)
- l'accès gratuit aux antirétroviraux et des examens biologiques (Etat et Fonds Mondial) ;
- la lutte contre le paludisme grave chez les enfants et les femmes enceintes, mais aussi à tous depuis 2012 (Etat, Fonds Mondial, Chine, etc.) ;
- la lutte contre la Tuberculose et la Lèpre (Etat, Fondation Damienne, OMS et Fonds Mondial) ;
- la mise en place d'un système de protection sociale à travers les mutuelles de santé dont la population bénéficiaire reste très réduite, soit 2,8% de la population totale (Etat, PNUD et ONG communautaires) ;
- la prise en charge de la vaccination (Etat, UNICEF, GAVI Alliance et OMS) ;
- La fourniture des Kits d'accouchement et des césariennes et des produits de planification familiale aux structures de santé (UNFPA et OMS) ;
- la mise en place du financement basé sur la performance (PBF) basé uniquement sur les Consultations incluant une échographie obstétricale et un bilan prénatal, l'Accouchement normal, la Césarienne, les Consultations Mère-Nouveau-né, de la Planification Familiale) respectivement en 2012 et 2013 au niveau de Ndzuwani et Mwali dans tous les districts et vient de démarrer à Ngazidja dans le district de Mitsamiouli depuis 2014 (Etat et AFD) ;
- l'appui technique et financier aux interventions de la santé sexuelle et reproductive (ASCOBEF, IPPF).

Dans le cadre de sa politique de développement notamment la vision de l'émergence des Comores à l'horizon 2030, le Gouvernement comorien a inscrit dans ses priorités en matière de santé pour les cinq ans à venir, la mise en place de l'Assurance Maladie Généralisée dans son programme d'Investissement Quinquennal (2017-2021) pour atteindre dans la progressivité la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) aux fins d'améliorer l'accès de tous aux soins de santé et assurer aux populations comoriennes une protection sociale. Cette perspective va permettre au pays de réduire de façon significative les paiements directs par la mutualisation du risque maladie et le développement d'une approche de prépaiement. Dans le but de préparer les meilleures conditions de mise en place de l'Assurance Maladie Généralisée en Union des Comores, le Ministère de la Santé envisage le recrutement d'une expertise internationale, afin d'accompagner le pays dans ce processus.

2. OBJECTIFS

2.1. Objectif Général de la mission à court terme

L'objectif général de la mission à court terme est de proposer les éléments préparatoires à la définition d'un cadre conceptuel et une étude de faisabilité pour la mise en place d'un système d'Assurance Maladie Généralisée (AMG) au bénéfice de la population comorienne.

2.2. objectifs spécifiques assignés à cette mission court terme sont :2.2

En collaboration avec la Direction de la Planification, des Etudes et de la Recherche et le Comité Technique, l'expert aura comme responsabilité de :

- Rassembler les textes législatifs et réglementaires de base en Union des Comores pour le financement de la santé et la protection sociale avant le processus de démarrage de l'étude pour éclairer les parties prenantes à cette initiative ;
- Recueillir les avis des parties prenantes du secteur de la santé et des secteurs connexes impliqués dans le processus de mise en place du système d'Assurance Maladie Généralisée ;
- Décrire les principaux préalables et les enjeux de la mise en place du système d'AMG adapté aux réalités du pays ;
- Identifier les sources potentielles de financement du système d'AMG dans le contexte de l'Union des Comores
- Déterminer les modalités pratiques pour avancer vers effectif d'un système d'AMG dans le contexte de l'Union des Comores ;
- Proposer une feuille de route pratique sur base du contexte de l'Union des Comores pour un démarrage effectif du système d'AMG

3. PRODUITS ATTENDUS DE LA MISSION

Les principaux produits attendus de la mission sont:

- Une analyse des textes législatifs et réglementaires de base en Union des Comores pour le financement de la santé et protection sociale en vue d'éclairer les parties prenantes et autres acteurs intéressés à un système d'AMG ;
- Les avis des parties prenantes du secteur de la santé et des secteurs connexes intéressés à la de mise en place d'un système d'AMG en Union des Comores sont recueillis et analysés ;
- Une étude préliminaire de faisabilité financière avec différents scénarii ;
- Un projet de document conceptuel de l'AMG incluant des éléments vers :
 - Une définition et une tarification du panier de soins ;
 - Un modèle de conventionnement des prestataires de soins ;
 - Un cadrage actuariel élaboré et validé ;
 - Un schéma directeur de l'Assurance Maladie Généralisée ;
- Une feuille de route passant par des Assises Nationales relatives à la mise en place de l'AMG est proposée avant l'implémentation.

4. DEROULEMENT DE LA MISSION

La mission est planifiée en octobre à novembre 2017. Les dates précises seront convenues, en fonction de la disponibilité des Experts Internationaux et des personnes clés impliquées en concertation avec la Direction de la Planification, des Etudes et de la Recherche.

Il appartient aux Experts Internationaux de proposer la méthodologie qui lui permettra d'atteindre les objectifs et les résultats assignés à la mission. Néanmoins, les points ci-dessous pourraient être pris en compte au point de vue méthodologique :

Les conditions préalables à cette mission seront :

- La mise en place d'un Sous Comité Technique du Comité Technique National de la Santé (CTNS) pour la mise en place de l'AMG disposant d'un mandat et d'une feuille de route très précis ;

- L'engagement ferme des parties prenantes pour faciliter le déroulement de la mission ;
- La réactivation de la Direction de la Planification, des Etudes et de la Recherche (DPER) avec le Sous Comité Technique et et CTNS

Les principales étapes de la mission sont les suivantes:

- Préparation de la mission sur la base des échanges effectués avec la Direction de la Planification, des Etudes et de la Recherche et le Sous Comité Technique de mise en place de l'AMG ;
- Briefing de démarrage avec les acteurs clés concernés ;
- Revue et analyse des textes législatifs et réglementaires existant sur le financement de la santé et de la protection sociale en Union des Comores ;
- Organisation des entretiens, des réunions de consensus et des séances de travail avec les différents membres du Sous Comité Technique ;
- Débriefing avec les principales autorités concernées ;
- Rédaction du rapport de mission et de l'étude de faisabilité pour la mise en place de l'AMG en Union des Comores assorti de :
 - Une analyse de contexte en lien avec le système de protection sociale,
 - une analyse des avis et perceptions des parties prenantes;
 - Une analyse conceptualisée avec les sources potentielles de financement de l'AMG;
 - Une analyse des stratégies d'implantation et développement d'une AMG à l'échelle nationale ;
 - Une feuille de route pour l'implémentation du système d'AMO en Union des Comores.
- Participation à l'animation des Assises Nationales de l'AMG ;

5. PROFIL DES CONSULTANTS

La mission sera effectuée par une équipe d'experts couvrant les champs suivants :

- Avoir au moins un diplôme de 3ème cycle en santé publique, option Economie de la santé, protection sociale ou en science sociale ;
- Un expert en protection sociale disposant d'expérience avérée dans le domaine du financement du système de santé, en particulier la conception des systèmes d'assurance maladie en région africaine ;
- Une bonne connaissance de l'Union des Comores particulièrement sa législation et son système de santé constitue un atout important ;
- Expérience démontrée dans la recherche-action en sociologie, santé publique, économie de la santé, droit,...
- Communication et Mobilisation de ressources

6. DUREE ET COMPOSITION DE LA MISSION

La mission sera composée d'un expert international, appuyé par l'équipe d'un Bureau d'étude si c'est le cas et l'équipe de la Direction de la Planification, des Etudes et de la Recherche (DPER) avec les membres des Comités Techniques et des personnes ressources.

La mission est prévue pour une durée de 1.5 hommes/mois

Les experts internationaux seront recrutés dans le cadre du contrat d'assistance technique sous le financement de l'AFD à travers le PASCO.

La prestation sera réalisée en missions présentielle et à distance.

5.2 Documents utilisés

- **ALTER, AEDES, PASCO**, Etude pré faisabilité d'un système d'assurance maladie des employés de l'Etat, rapport de mission, Dimitri Biot, Anne-Claire Haye, octobre 2012
- **ALTER, AEDES, PASCO**, L'intégration et la convergence des mécanismes de financement de la santé, Philippe Vinard, Dimitri Biot, Anne-Claire Haye, janvier 2012
- **Gouvernement de l'union des Comores, UNICEF, FNUAP**, Enquête démographique et de santé à indicateurs multiples (EDS-MICS II), 2012
- **Ministère de la Santé, de la Solidarité, de la protection sociale et de la promotion du genre**, Annuaire statistique 2014-2015, 2016
- **PASCO**, La lettre du Pasco, n°13, spécial PBF, 2016
- **Union des Comores, le Président**, Décret n°13-020 du 14 février 2013 promulguant la loi 12-021 portant création de la Caisse nationale de Solidarité et de Prévoyance sociale
- **Union des Comores, le Président**, Décret 17-105 du 5 octobre 2017 promulguant la loi 17-012 relative à la CSU
- **Union des Comores, le Président**, Décret n° 17-068 du 13 juin 2017 promulguant la loi 17-003 portant transfert des activités de la Centrale d'achat des médicaments essentiels génériques de l'Union des Comores (CAMUC) à une nouvelle Personne Morale Publique
- **Union des Comores, Vice-présidence chargée de la santé, de la solidarité, de la cohésion sociale et de la promotion du genre**, Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2015-2019
- **Union des Comores, Vice-présidence chargée de la santé, de la solidarité, de la cohésion sociale et de la promotion du genre**, Politique nationale de santé (PNS) 2015-2024
- **Union des Comores, Vice-présidence chargée de la santé, de la solidarité, de la cohésion sociale et de la promotion du genre**, Projet de loi relatif à la CSU, 24 mars 2016
- **Union des Comores, Vice-présidence chargée de la santé, de la solidarité, de la cohésion sociale et de la promotion du genre**, Comptes nationaux de la santé (CNS) 2011, juin 2014

5.3 Calendrier de la mission et personnes rencontrées

Octobre		
31	Moroni	arrivée Moroni ; Rdv : PASCO
Novembre		
1	Moroni	Visite de courtoisie à Mme la Ministre de la santé
2	Moroni	Rdv : Msanté (SG, DGS), INSEED (DG), FENAMUSAC, CHN El Maarouf (DG), SG Gouvt
3	Moroni	Rdv : MAEECHA, croissant rouge comorien, AFD, BBF (Dr Bédia)
4	Moroni	Rdv : DRS et commissariat santé Ngazidja, OCOPHARMA, CGP
5	Moroni	
6	Moroni	Rdv : CNR, CSNPS, Mfinances (SG et DGB)
7	Misamiouli, Mbeni, Moroni	Rdv : DG hôpital de pôle Mitsamiouli, DG CMC Mbéni, Chefs de programmes nationaux, DGS
8	Moroni	Rdv : 1er VP assemblée nationale, DG Etudes, Planification, statistiques sanitaires, Mutuelle Comores télécom
9	Matsumodu	Départ Anjouan ; Rdv : SG Commissariat santé, responsable FENAMUSAC
10	Matsumodu	Rdv : DRS, DG CHN Bembao, Maison médicale Ouani
11	Matsumodu	Rdv : Dr Zaïdou
12	Fomboni	Arrivée à Mohéli ; Rdv : DG ANRTIC
13	Fomboni	Rdv : Maires de Mohéli, CHRI Fomboni, Président Unon des Sanduks, Croissant rouge comorien Mohéli
14	Fomboni	Rdv : membres du gouvernorat de Mwali
15	Moroni	Retour à Moroni ; Rdv : Directeur Solidarité protection sociale, Santé Diabète
16	Moroni	Rdv : ASCOBEF, DG ANAMEV, Représentant OMS
17	Moroni	Rdv : FNUAP, UNICEF, DG Fonction publique
18	Moroni	Restitution de la mission au MS
19		Départ Moroni