

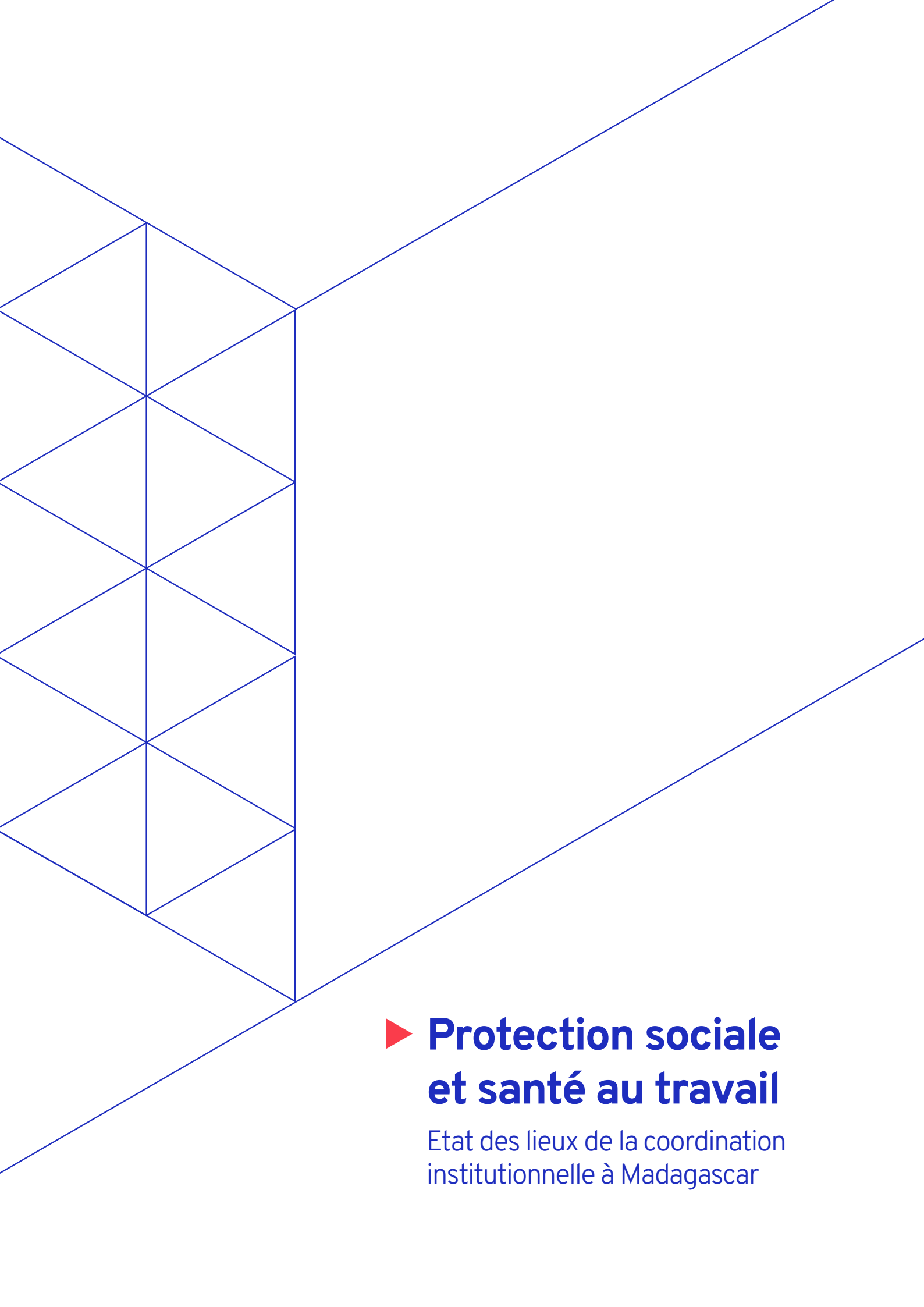


Organisation
internationale
du Travail



► Protection sociale et santé au travail

Etat des lieux de la coordination
institutionnelle à Madagascar



► **Protection sociale et santé au travail**

Etat des lieux de la coordination
institutionnelle à Madagascar



Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)

Cet ouvrage est soumis à une licence Creative Commons Attribution 4.0 International. Voir: creativecommons.org/licenses/by/4.0. L'utilisateur est autorisé à réutiliser et à partager (copier et redistribuer) l'ouvrage original ou à l'adapter (le remanier, le transformer ou s'en servir pour créer un nouveau produit) conformément aux termes de ladite licence. L'utilisateur doit clairement indiquer que l'OIT est la source de l'ouvrage et faire état de toute modification apportée au contenu original. L'utilisation de l'emblème, du nom et du logo de l'OIT n'est pas autorisée dans le cadre de traductions, d'adaptations ou d'autres œuvres dérivées.

Citation – L'utilisateur doit faire état de toute modification apportée à cet ouvrage. L'ouvrage doit être cité comme suit: *Protection sociale et santé au travail : Etat des lieux de la coordination institutionnelle à Madagascar*, Genève: Bureau international du Travail, 2025. © OIT.

Traductions – Si cet ouvrage fait l'objet d'une traduction, celle-ci doit comporter, outre la mention de la source de l'ouvrage original, la clause de non-responsabilité suivante: *Ceci est une traduction d'un ouvrage de l'Organisation internationale du Travail (OIT) protégé par le droit d'auteur. Cette traduction n'a pas été élaborée, révisée ou approuvée par l'OIT et ne doit pas être considérée comme une traduction officielle de cette dernière. L'OIT décline toute responsabilité quant au contenu ou à l'exactitude de cette traduction, qui n'engage que la responsabilité de son ou ses auteurs.*

Adaptations – Si cet ouvrage fait l'objet d'une adaptation, celle-ci doit comporter, outre la mention de la source de l'ouvrage original, la clause de non-responsabilité suivante: *Ceci est une adaptation d'un ouvrage de l'Organisation internationale du Travail (OIT) protégé par le droit d'auteur. Cette adaptation n'a pas été élaborée, révisée ou approuvée par l'OIT et ne doit pas être considérée comme une adaptation officielle de cette dernière. L'OIT décline toute responsabilité quant au contenu ou à l'exactitude de cette adaptation, qui n'engage que la responsabilité de son ou ses auteurs.*

Œuvres de tiers – La licence Creative Commons ne s'applique pas aux œuvres incluses dans cette publication qui ne relèvent pas du droit d'auteur de l'OIT. Lorsqu'une œuvre est attribuée à un tiers, l'utilisateur de l'œuvre est seul responsable d'obtenir les autorisations nécessaires auprès du détenteur des droits et sera tenu pour seul responsable en cas de violation alléguée.

Tout différend auquel la présente licence pourra donner lieu et qui ne pourra pas être résolu à l'amiable sera soumis à l'arbitrage conformément au Règlement d'arbitrage de la Commission des Nations Unies pour le droit commercial international (CNUDCI). Les parties seront liées par toute sentence arbitrale rendue en tant que règlement définitif du différend.

Toute question concernant les droits et licences doit être envoyée à: rights@ilo.org. Des informations concernant les publications et les produits numériques de l'OIT peuvent être consultées à: www.ilo.org/publns.

ISBN: 9789220421932 (imprimé); 9789220421949 (pdf Web)

DOI: <https://doi.org/10.54394/OREH2973>

Les désignations utilisées dans les publications et bases de données de l'OIT, qui sont conformes à la pratique de l'Organisation des Nations Unies, et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OIT aucune prise de position quant au statut juridique de tout pays, zone ou territoire, ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières ou limites. Voir: www.ilo.org/deni-de-responsabilite.

Les opinions et vues exprimées dans la présente publication sont propres à son ou ses auteurs et ne reflètent pas nécessairement les opinions, les vues ou la politique de l'OIT.

La mention ou la non-mention de telle ou telle entreprise ou de tel ou tel produit ou procédé commercial n'implique de la part de l'OIT aucune appréciation favorable ou défavorable.

Remerciements

Cette étude de cas a été rédigée par Nathalie Both (OIT), en collaboration avec Ana Catalina Ramirez (OIT) et Lou Tessier (OIT). La collecte et la rédaction des données primaires et secondaires a été assurée par Mamy Randriamaharo. Nous remercions Mathilde Mailfert (OIT) et Aurore Irakunda (précédemment OIT) pour leur appui avec la recherche et Anissa Rakotoarisoa (OIT) pour sa relecture attentive.

Nous remercions chaleureusement Ana Carolina de Lima Vieira pour son appui au processus de publication, ainsi que Florian Saint-Aubin pour sa contribution aux illustrations et à la conception graphique.



Table des matières

▶ Table des matières	iv
▶ Introduction	1
▶ Contexte	4
Profil économique, environnemental et épidémiologique de Madagascar	4
Aperçu du système de protection sociale et des services de santé au travail	5
▶ Intégration entre la protection sociale et les services de santé au travail à Madagascar	9
Couverture en droit et en pratique	10
Gamme des soins de santé couverts et fournis par les SMIEs	12
Fonctions des services de santé au travail tels que définis par la Convention No. 161 de l'OIT couvertes par les SMIE et la CNAPS	16
Qualité des services	18
Financement et niveau de mutualisation des risques	19
▶ Perspectives et conclusions	20
▶ Références	25



Introduction

La santé humaine est déterminée par des facteurs physiologiques et par les conditions dans lesquelles les gens naissent, grandissent, vivent, travaillent, se divertissent et vieillissent, ainsi que par les systèmes et les forces qui les façonnent - en d'autres termes, les facteurs sociaux, environnementaux, comportementaux et politiques (Marmot 2001). Au niveau individuel, les différents déterminants de la santé ne sont pas vécus en vase clos et devraient donc, dans l'idéal, être abordés et traités au moyen d'un ensemble coordonné et holistique de politiques et de cadres institutionnels. Les systèmes de protection sociale et de sécurité et santé au travail (SST) visent tous deux à agir sur certains des déterminants sociaux et environnementaux de la santé de la population active et au-delà, et en particulier sur les services de santé au travail (ST) et les régimes de protection sociale couvrant les soins de santé, les accidents du travail et les maladies professionnelles. Ils partagent un objectif de santé publique commun : promouvoir la santé, prévenir les blessures et les maladies (liées au travail), favoriser l'accès aux soins de santé sans difficultés financières, garantir la

sécurité des revenus en cas de maladie ou de blessure et faciliter la réadaptation.

Pour promouvoir une approche globale de la protection des travailleurs, une coordination étroite entre le système national de protection sociale - et en particulier la protection sociale en santé - et le système national de services de ST est essentielle. L'hypothèse est que le développement de mécanismes de coordination solides, intégrés dans l'architecture institutionnelle nationale, peut renforcer les deux systèmes et étendre leur couverture. Cependant, les preuves documentées sont limitées. Ainsi, dans le cadre du Partenariat OIT-France 2020-2024, le Projet OIT : « Accès universel à la protection sociale, à la santé et la sécurité au travail », la documentation des mécanismes de coordination existants a été identifiée comme étant prioritaire. Ici, l'objectif de ce rapport est de fournir une vue d'ensemble des mécanismes de coordination existants entre le système national de protection sociale et le système national de services de santé au travail du Madagascar, tout en soulignant les lacunes actuelles qui doivent être comblées. En examinant les pratiques actuelles et en identifiant les opportunités d'amélioration, le rapport vise à

soutenir la coordination entre les services de ST et le système national de protection sociale, afin de garantir une meilleure protection et le bien-être pour tous les travailleurs du pays.

Protection sociale

La protection sociale est définie comme un ensemble de politiques et de programmes destinés à réduire et à prévenir la pauvreté, la vulnérabilité et l'exclusion sociale tout au long du cycle de vie (OIT 2024a). Le terme englobe une grande variété d'instruments politiques, y compris l'assurance sociale et l'assistance sociale, et comme le souligne la Recommandation concernant les socles nationaux de protection sociale, 2012 (No. 202), consiste, au minimum, l'accès aux soins de santé sans difficultés, y compris les soins de maternité, et la sécurité du revenu tout au long du cycle de vie (OIT 2019b)

La protection sociale en santé (PSS), telle que définie par l'OIT, désigne les mesures qui visent à assurer un accès effectif aux soins de santé sans difficultés financières et la sécurité du revenu en cas de maladie ou de maternité (OIT 2020). Ces garanties sont ancrées dans plusieurs instruments normatifs internationaux, notamment la Convention (n°102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952, et la Recommandation (n°202) sur les socles de protection sociale, 2012. La Convention n°102 reconnaît également la nécessité de garantir la sécurité du revenu pendant la maternité et la maladie, contribuant ainsi à la réalisation des objectifs de santé. Par ailleurs, l'accès aux soins de santé sans difficulté financière est un droit reconnu aux personnes victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, selon les normes minimales établies par les Conventions n°102 et n°121. Ces textes n'imposent toutefois pas de modèle unique d'administration des prestations, laissant la possibilité d'intégrer ces garanties dans des dispositifs institutionnels variés.

Services de santé au travail

Le cadre normatif de l'OIT sur la sécurité et la santé au travail (SST) compte plus de 40 instruments, dont deux conventions fondamentales. La Convention (n° 187) sur le cadre promotionnel pour la sécurité et la santé au travail, 2006, appelle à l'amélioration continue de la SST par l'élaboration d'un cadre national de SST composé d'une politique nationale de SST,

d'un système et d'un programme. La convention stipule qu'un système national de SST - c'est-à-dire l'infrastructure par laquelle les politiques et les programmes de SST sont mis en œuvre - devrait lui-même être composé, entre autres, d'un organe consultatif national tripartite sur la SST, de services de formation, d'information et de conseil, de services de santé au travail et de dispositions relatives à la collaboration avec les régimes d'assurance ou de sécurité sociale couvrant les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Les services de santé au travail sont définis par Convention (n° 161) sur les services de santé au travail, 1985, comme les services chargés de fonctions essentiellement préventives, qui sont tenus de conseiller les employeurs, les travailleurs et leurs représentants sur les moyens nécessaires pour créer et maintenir des environnements de travail sûrs et sains, de manière à promouvoir une santé physique et mentale optimale en relation avec le travail et l'adaptation du travail aux capacités des travailleurs en tenant compte de leur santé physique et mentale. La convention n° 161 précise l'étendue des fonctions des services de ST adéquats et appropriés aux risques professionnels de l'entreprise.

Synergies potentielles

De par leurs objectifs respectifs et leurs missions complémentaires, il existe plusieurs possibilités de collaboration et de coordination entre la SST et la protection sociale, en particulier la protection sociale en santé (PSS) et les régimes contre les accidents du travail et les maladies professionnelles. Tout d'abord, les deux systèmes ont des objectifs similaires en ce qui concerne le maintien et le rétablissement de la santé, que ce soit sur le lieu de travail, dans le cas de la SST, ou à l'intérieur et à l'extérieur du lieu de travail, dans le cas des systèmes de protection sociale.

De potentielles synergies sont également identifiées en relation avec les responsabilités et les fonctions décrites dans les cadres normatifs de la sécurité sociale et de la SST. La convention n° 130 reconnaît que les prestations couvertes par la PSS comprennent les soins **préventifs**, ce qui permet d'identifier des possibilités de coordination institutionnelle en ce qui concerne la fonction principalement préventive des services de SST. En outre, la recommandation n° 171 prévoit que les services de santé au travail « entreprennent d'autres activités sanitaires, y compris des soins médicaux **curatifs** pour

les travailleurs et leur famille» en fonction du contexte national et de la distance entre le lieu de travail et les établissements de santé ; tandis que la liste des prestations médicales à fournir en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle décrite dans la convention n° 121 comprend un traitement d'urgence et de suivi sur le lieu de travail. Enfin, l'engagement de la SST et des régimes contre les accidents du travail et les maladies professionnelles dans la réadaptation professionnelle (conformément à la recommandation n° 171, à la convention n° 102 et à la convention n° 130) offre des possibilités de coordination.

En outre, les recommandations sur la gouvernance et l'administration de la SST et de la protection sociale offrent des possibilités non seulement de collaboration, mais aussi de déploiement de synergies plus importantes. Les normes internationales de sécurité sociale ne sont pas prescriptives en ce qui concerne les dispositions administratives et institutionnelles des régimes publics. En ce qui concerne les services de santé au travail, la convention n° 161 prévoit une diversité d'approches dans l'organisation des services de santé au travail, y compris par les entreprises ou groupes d'entreprises concernés, les autorités publiques ou les services officiels, *les institutions de sécurité sociale*, tout autre organisme autorisé par l'autorité compétente, une combinaison de tout ce qui précède. Cela ouvre la voie à des synergies opérationnelles, voire à l'intégration de certaines, voire de toutes les fonctions de la SST.

Dans ce contexte que la recherche s'est efforcée d'identifier les types de liens qui existent entre la SST et les systèmes de protection sociale - et en particulier la PSS et les régimes contre les accidents du travail et les maladies professionnelles. En particulier, la recherche visait à identifier la nature des liens entre la SST et la protection sociale. Dans ce rapport, un « lien » est défini comme une relation directe et régulière entre deux ou plusieurs institutions, c'est-à-dire toute politique, tout processus opérationnel ou tout programme qui relie formellement ou informellement les systèmes de protection sociale et les services de ST. Une institution est considérée comme une agence gouvernementale, une organisation semi-privée ou privée chargée de superviser et d'administrer des fonctions spécifiques de la SST ou des systèmes de protection sociale.

Méthodologie

Cette étude de cas repose sur une revue de sources primaires et secondaires. Une revue documentaire a compris la révision de textes législatifs et réglementaires régissant les régimes de protection sociale ainsi que les services de santé au travail (OIT 2024b). Une revue de littérature grise et de littérature publiée a également été effectuée afin de compléter ces informations, comprenant notamment les rapports élaborés par le BIT sur les services de santé au travail à Madagascar et la protection sociale en santé. Des données primaires partagées par les SMIE suivantes ont également été analysées pour l'étude de cas: Organisation Sanitaire Tananarivienne Interentreprises (OSTIE), Association Médicale Interentreprises de Tananarive (AMIT), FUNHECE SMIE, FUNABE, et Espace Sanitaire Interentreprises d'Antananarivo (ESIA).



Contexte

► Profil économique, environnemental et épidémiologique de Madagascar

Profil économique et environnemental

La composition démographique de Madagascar est marquée par une population remarquablement jeune : parmi la population malgache d'environ 31 millions, 39 pour cent était âgé de 14 ans et moins et l'âge moyen était de 18.9 en 2023 (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division 2024). En 2019, 80.7 pour cent de la population vivait en milieu rural, où les taux de pauvreté tant matérielle que multidimensionnelle sont beaucoup plus élevés qu'en milieu urbain. En effet, tandis que le taux de pauvreté matérielle atteint 71.5 pour cent au niveau national, ce taux atteint

83.4 pour cent de la population en milieu rural et contre 21.8 pour cent en milieu urbain (INSTAT 2020).

Avec environ 50 pour cent de la population en âge de travailler en 2022, Madagascar présente également un taux élevé de participation sur le marché du travail avec plus de 76.4 pour cent de sa population active la même année¹. Le marché du travail est marqué par une prédominance de l'informalité et une insuffisance persistante d'emplois décents. En effet, en 2022 plus de 96.1 pour cent des emplois se trouvent dans le secteur informel² où les réglementations du travail ne sont largement pas appliquées. Presque l'entièreté de l'emploi dans le secteur agricole (99.5 pour cent) est informelle, contre 96.1 pour

¹ ILOSTAT

² ILOSTAT

cent dans le secteur industriel et 86.3 pour cent dans le secteur des services.³ Ainsi, une large majorité des travailleurs ne bénéficie pas de la protection sociale, et peu d'entre eux ont accès aux services de santé au travail et à des conditions de travail décentes.

Madagascar est particulièrement vulnérable aux conséquences des changements climatiques (OMS 2021). L'île est exposée aux tempêtes tropicales et aux cyclones de plus en plus fréquents. Ces cyclones ont un impact considérable sur le l'économie, l'infrastructure sociale et la santé. En plus de causer des pertes en vies humaines et de propager de maladies épidémiques telles que le paludisme et les maladies diarrhéiques, ils provoquent d'importants dégâts, détruisant notamment les infrastructures de base telles que les centres de santé et les hôpitaux qui sont déjà limités, ainsi que les champs agricoles dont dépendent la majorité des travailleurs agricoles.

Profil épidémiologique

Malgré les efforts considérables déployés, la situation sanitaire à Madagascar demeure suboptimale, ce qui menace le système de santé et le bien-être de la population malgache. De nombreux problèmes sanitaires se profilent, notamment la recrudescence des maladies à potentiel épidémique telles que la peste qui risquent d'annuler les avancées et les efforts déployés au cours des deux dernières décennies (Ministère de la Santé Publique 2020). De plus, les taux élevés de pauvreté contribuent à la

stagnation des niveaux élevés de malnutrition, avec 40 pour cent des enfants souffrant de malnutrition chronique ou de retard de croissance, et 8 pour cent des enfants souffrent de malnutrition aigüe ou d'émaciation (INSTAT 2022). Une stagnation est également observée quant aux taux de mortalité néonatale et infantile au cours de la dernière décennie : en 2021, le taux de mortalité néonatale était de 26 pour 1000 naissances vivantes et le taux de mortalité infantile était de 47 pour 1000 naissances (INSTAT 2022). Madagascar connaît également une transition épidémiologique où l'on observe une augmentation des taux de maladies non-transmissibles (Ministère de la Santé Publique 2020). La situation sanitaire du pays est exacerbée par les urgences climatiques récurrentes comme citées ci-dessus.

Il est également important de souligner que les risques professionnels figurent parmi les 10 principaux risques à l'origine du plus grand nombre de décès à Madagascar ⁴ et ce, malgré le fait que les accidents et maladies professionnelles soient largement sous-déclarés et que les statistiques actuelles soient sous-estimées. Selon les données disponibles récentes, c'est le secteur de l'industrie qui enregistre le plus grand nombre de cas de lésions et maladies professionnelles (OIT 2023). D'autres secteurs d'activité ne sont cependant pas présentés dans les données en raison de leur haut taux d'informalité, tels les secteurs de l'agriculture ou du bâtiment et des travaux public (OIT 2023).

► Aperçu du système de protection sociale et des services de santé au travail

Protection sociale, y compris protection sociale en santé

Le Gouvernement malgache s'est engagé envers les objectifs de la couverture sanitaire universelle (CSU) et de la protection sociale universelle, adoptant en 2015 la première Stratégie Nationale

sur la Couverture Santé Universelle (SN-CSU) puis la Stratégie Nationale de Financement de la Santé à Madagascar pour tendre vers la Couverture Sanitaire Universelle en 2021, ainsi que la Stratégie Nationale de Protection Sociale (SN-PS) de 2019-2023.⁵ Malgré ces engagements politiques, de nombreux efforts et ressources sont nécessaires pour atteindre ces objectifs.

³ ILOSTAT

⁴ IHME. Global Burden of Disease Study 2017 Results Tool (Seattle, WA: IHME, University of Washington). Disponible à : <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool> (Consulté le 15 mars 2019)

⁵ Cette dernière est couramment en train d'être mise-à-jour.

Plusieurs mécanismes offrent une couverture de protection sociale en santé qui demeure cependant très inégale et incomplète.

- ▶ L'Administration prend en charge les frais médicaux des fonctionnaires, retraités et agents non-encadrés de l'état et leurs familles, ainsi que les agents militaires et leurs familles, ce qui est garanti par la loi ou par décret. La prise en charge des soins de maternité pour les femmes dans l'économie formelle (ou les épouses de travailleurs formels) est assurée par la CNaPS.
- ▶ Pour les personnes démunies, le Décret N°2003/1040 prévoit l'utilisation des fonds du «FANOME»⁶ pour faciliter l'accès aux soins. Toutefois, ce décret ne définit pas précisément le groupe cible, et la couverture reste limitée.
- ▶ Le gouvernement et les partenaires au développement accordent également des exonérations et des subventions aux personnes à faible revenu. Ainsi, leurs consultations de santé essentielles et leurs vaccinations sont prises en charge, ainsi que certaines maladies transmissibles.
- ▶ Des mutuelles de santé volontaires, aux prestations variables, sont implantées dans 20 des 22 régions du pays. Le gouvernement cherche à renforcer leur rôle dans l'atteinte de la CSU au travers de la promotion des assurances maladies à base communautaire (LHSS 2023).
- ▶ De plus, la CNAPS⁷ pilote depuis 2020 une délégation des fonctions de PSS à une mutuelle de santé pour les pensionnaires âgés de plus de 65 ans qui couvre l'hospitalisation et les soins primaires.
- ▶ Finalement, des exemptions et subventions existent pour certains services, mis en œuvre par le Gouvernement et les partenaires techniques et financiers, qui couvrent, entre-autre, les consultations au niveau des formations sanitaires de bases, la vaccination, et le dépistage et la prise en charge de certaines maladies transmissibles.

Étant donné la faible couverture des mécanismes de protection sociale en santé, les ménages financent 33 pourcents de dépenses de santé selon les données de l'OMS.⁸ Par ailleurs, le taux d'utilisation des soins de santé sont elles-mêmes très basses, avec, par exemple, seulement 46 pourcents des femmes recevant l'assistance d'un professionnel de santé qualifié lors d'accouchements selon les résultats de l'enquête MICS 2018 (Ministère de la Santé Publique 2020).

Cette faible couverture résulte également en une situation où les services de médecine du travail assurent un rôle important dans la protection financière dans l'accès à des soins de santé généraux pour les travailleurs et leurs familles ainsi que la fourniture de ces mêmes services.

En relation aux prestations de protection sociale en espèces, des régimes spécifiques couvrent les agents non-encadrés de l'état ainsi que les fonctionnaires et militaires. La CNAPS est l'institution publique chargée de l'assurance sociale pour les travailleurs du secteur privé – en plus de fonctions de prévention. La CNAPS comprend le régime des prestations familiales, les prestations de maternité, les pensions de retraite, d'invalidité et de réversion, ainsi que l'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles, comprenant le remboursement des frais médicaux, la sécurité du revenu, et le remboursement du traitement, la réadaptation fonctionnelle, la rééducation professionnelle et le reclassement de la victime. L'affiliation à la CNAPS est obligatoire pour tout employé dans le secteur privé formel, les travailleurs indépendants, agricoles et temporaires étant exclus du champ d'application du régime, malgré le fait qu'ils représentent une part importante de la main d'œuvre à Madagascar. Quand il en vient à la maternité, la couverture en droit dépend du type de prestation : tandis que les femmes salariées et les conjointes des travailleurs salariés sont éligibles pour les prestations en espèces, seules les femmes salariées sont éligibles pour le remboursement des frais d'accouchement et de soins médicaux. Ainsi, la couverture en droit de la CNAPS atteint environ 10 pour cent de la main d'œuvre, tandis que dans la pratique, environ 840'393 travailleurs y étaient couverts en 2021 (OIT 2023).

⁶ Acronyme pour « Fandraisan' Anjara NO Mba Entiko » ou « Financement pour l'Approvisionnement NON-stop en Médicaments »,

⁷ Encadré par le Décret 69-145 portant Code de Prévoyance Sociale.

⁸ <https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>

Les prestations non contributives en espèces et en nature comprennent les « transferts monétaires pour le développement humain » et les programmes « argent contre travail », ainsi que l'aide monétaire d'urgence mise en œuvre dans la partie méridionale du pays. Ces programmes, majoritairement financés par des donateurs, offrent une couverture limitée, en particulier au regard des taux de pauvreté élevés dans le pays (MPPSPF 2019).

Services de santé au travail

A Madagascar, plusieurs institutions exercent des responsabilités liées à la fois à la protection sociale en santé et aux services de santé au travail. Le Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Fonction Publique (MTEFoP) est l'autorité compétente en matière de gouvernance des services de santé au travail. Ici, la Direction de la Sécurité Sociale des Travailleurs (DSST) a la tutelle sur le contrôle des réparations et des prestations sociales ainsi que sur la prévention sociale et la médecine du travail. La gouvernance des fonctions de services de ST et de protection sociale est donc située au sein de la même institution. Quant à elle, la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNAPS) est également tenue de jouer un rôle dans la prévention des accidents de travail et des maladies professionnelles.

D'autre part, il est également prévu que le Ministère de la Santé Publique (MSANP) assume des responsabilités en lien aux services de santé au travail. Au sein du MSANP, la Direction de la Lutte contre les Maladies Non Transmissibles comprend un Service de la Santé au Travail et des Organisations Interentreprises (SSTOI). D'après le décret n° 2020-1286 fixant les attributions du ministère de la Santé publique, en matière de services de santé au travail, le SSTOI a la charge d'assurer le développement et l'application des directives sur la Santé au Travail et de coordonner la mise en œuvre des activités des acteurs dans la lutte contre les maladies non transmissibles et celles liées au mode de vie ainsi que de la protection des personnes vulnérables. Bien que les ministères aient convenu que la SSTOI ne s'engagerait que dans la promotion de la santé des travailleurs non-régis par le Code du Travail, dans la pratique celle-ci n'est pas ou peu engagée dans la mise en œuvre d'activités, ceci ressortissant largement du ressort du Ministère du Travail.

Le Décret n° 2003-1162 organisant la Médecine d'Entreprise, modifié par le Décret n° 2011-631⁹, constitue le texte législatif principal régissant les obligations des employeurs et de l'Etat en matière de provision de services de santé au travail, en application de la loi n° 2003-044 Portant Code du Travail. Ce cadre pourrait nécessiter une actualisation suite à l'adoption du nouveau Code du travail (Loi n° 2024-014 du 14 août 2024), qui renforce les dispositions relatives à la SST et intègre les standards des conventions internationales récemment ratifiées.¹⁰ Selon la loi et le Décret, il incombe à tout employeur d'assurer l'organisation de services de santé au travail à travers la médecine d'entreprise en s'affiliant à un Service Médical du Travail (SMT).

Le Décret n° 2003-1162 prévoit quatre modèles pour les services de santé au travail :

- ▶ Les services médicaux inter-entreprises (SMIE) organisés par plusieurs entreprises sont des associations d'entreprises privées à but non-lucratives. La création d'une SMIE est obligatoire quand plus de 1500 travailleurs sont employés par les entreprises dans un rayon de 30km. Les SMIE ont un cercle d'action de 30km et toute entreprise s'y trouvant est tenue de s'affilier. Les travailleurs indépendants et libéraux peuvent s'y affilier de manière volontaire. Les ressources des SMIE sont composés des contributions fixées par l'Etat, qui sont au minimum 1% du salaire brut à la charge du travailleur et 5% du salaire à la charge des employeurs. On recense 28 SMIE à Madagascar.
- ▶ Les services médicaux autonomes d'entreprise (SMAE) internes à une entreprise, pour les entreprises qui se trouvent en dehors du cercle d'action d'une SMIE. On recensait 50 SMAE en 2017.
- ▶ Les Services Médicaux de L'Etat pour les établissements publics.
- ▶ Le Responsable d'une Formation Sanitaire Publique fournit les services pour les entreprises avec qui une convention de soins a été signée. La Ministère du Travail peut autoriser une entreprise avec moins de 500 travailleurs à signer une convention de soins lorsqu'il est impossible de recruter du personnel nécessaire au fonctionnement d'une SMIE.

⁹ Qui modifie Art.1 et Art.5 alinéa b)

¹⁰ https://natlex.ilo.org/dyn/natlex2/r/natlex/fe/details?p3_isn=116786

Les Décrets stipulent que tout employeur est tenu d'organiser des services de santé au travail à travers la médecine d'entreprise en s'affiliant à un Service Médical du Travail, tandis que l'affiliation des travailleurs indépendants et les professions libérales (sans relation contractuelle avec une entreprise) est volontaire. Seuls 5.55 pour cent des travailleurs sont ainsi couverts en droit par les services médicaux au travail de manière obligatoire.

Aperçu de l'organisation de l'offre de soins de santé à Madagascar

L'offre de soins à Madagascar se compose de quatre niveaux (Ministère de la Santé Publique 2021):

- ▶ Le niveau communautaire représentant le premier niveau de contact avec le système de santé offre des soins de première intention telles les services promotionnels et préventifs pour l'ensemble de la population et des services de santé curatifs pour les enfants de moins de 5 ans.
- ▶ Le niveau périphérique se compose de Centres de Santé de Base (CSB) I et II et de Centres Hospitaliers de Références de District (CHRD) représentant le premier niveau de référence. En 2021, 261 CHRD étaient recensés dont 101 publics et 160 hôpitaux privés ; ainsi que 3659 formations sanitaires de bases, dont 2776 publics et 883 privés.
- ▶ Le niveau intermédiaire représentant le 2e niveau de référence se compose principalement de Centres Hospitaliers de Référence Régionale. En 2016, on en dénombrait 16 (publics).
- ▶ Le niveau central représentant le 3e niveau de référence se compose de Centres Hospitaliers Universitaires. En 2016, on dénombrait 12 CHU et 1 Hopitaly Manara-Penitra (publics).

Ainsi, environ un quart des formations sanitaires à Madagascar sont privées. Selon le Plan de Développement Sanitaire et Social 2020-2024, l'offre de soins se caractérise par la faible qualité des services et une accessibilité géographique insuffisante, avec plus de 54 pour cent de la population habitant à 5KM ou plus d'un CSB (Ministère de la Santé Publique 2020). Le plan souligne également des insuffisances tant

au niveau de la quantité que de la qualité des ressources humaines en santé.

Ainsi, en 2021 l'indice de couverture des services de la CSU (indicateur 3.8.1 des SDG) était de 35, en deçà de la moyenne pour le continent africain (47) et des pays à faible revenu (42). L'accès à la santé maternelle – qui fournit également une image de l'accès à la santé – est également inégale et limitée : seules 46% des naissances vivantes ayant été assistées par un professionnel de santé entre 2016-2021, avec de grandes inégalités par situation géographique et socio-économique (INSTAT 2022).





Intégration entre la protection sociale et les services de santé au travail à Madagascar

Ce chapitre décrit et souligne les implications de l'intégration entre la protection sociale et en particulier la protection sociale en santé et les services de médecine du travail à Madagascar. Tandis qu'il y a plusieurs mécanismes à Madagascar qui fournissent les services de santé au travail, ce rapport se concentre principalement sur les services médicaux inter-entreprises (SMIE). Il est important de souligner que de nombreux textes législatifs et réglementaires sur ces différents systèmes sont en cours de revue et de refonte. Le rapport se réfère à la situation actuelle au moment de la rédaction (octobre 2024).

Dans la pratique, les SMIE jouent un double rôle fournissant à la fois des services de santé au travail et une protection financière dans l'accès à des soins de santé généraux. Le Décret 2003-1162 et le Décret n° 2011-631 étendent le rôle des SMT dans deux directions. Dans un premier temps, les SMT sont tenus de couvrir à la fois les travailleurs et leurs familles. Deuxièmement, les SMT sont tenus de couvrir et fournir des services qui vont au-delà de ce qui est typiquement de la responsabilité de la médecine du travail. En plus de la médecine générale, les services fournis incluent la médecine spécialisée, (la cardiologie, la gynécologie, la neurologie etc.) ainsi que les prestations diagnostiques.

Plusieurs facteurs expliquent l'évolution des services de médecine du travail pour couvrir et fournir un éventail plus étendu de services de santé. Premièrement, ceci répond à une pression exercée par les employeurs lors de l'établissement des SMIE pour fournir ces services en l'absence de mécanismes formels de protection sociale en santé. Un autre facteur pourrait également être la concurrence entre les différents SMIE – dont plusieurs peuvent opérer dans la même zone géographique – qui, mis en compétition, pourraient être poussés à élargir leur offre de services pour attirer de nouveaux membres.

Certains SMIE ont également évolués à partir de centres médicaux de santé, dotés des capacités

et de l'infrastructures médicales permettant de fournir ces services, qui ont enrôlé des entreprises et ont constitué des associations pour être reconnus comme SMIE. Ces centres continuent à fournir des services médicaux en dehors du cadre du SMIE, avec les deux activités utilisant les mêmes ressources (personnel, infrastructure, équipement). Dans certains cas donc, les mêmes services sont offerts tant aux employés couverts qu'aux personnes non-couvertes, qui paient directement pour ces services. C'est notamment le cas d'ESIA ainsi que de l'organisme de santé FUNHECE SARL qui gère six SMIE (FUNTOA, FUNFIA, FUNAMA, FUNABE, FUNHECE SMIE et FUNMOR).

► Couverture en droit et en pratique

Autant en relation à la couverture dans le droit que dans la pratique, les SMIE jouent un rôle important dans l'extension de la couverture de la protection sociale en santé. En effet, la couverture en droit des différents régimes est soit très limitée (agents public), pas clairement définie dans les textes législatifs (FANOME), spécifique à des services et maladies (programmes verticaux, maternité pour les femmes des ménages de l'économie formelle par la CNAPS), ou celle-ci est volontaire (mutuelles).

En vue de ces lacunes, la couverture et la fourniture de soins médicaux par les SMT comble un vide, facilitant l'accès à certains soins de santé à des catégories d'individus qui sont exclus du champ d'application des régimes cités ci-dessus.

Ainsi, tandis que la couverture en droit des régimes de protection sociale en santé atteint 5.2 pour cent de la population, il est estimé que 5.55 pour cent des travailleurs sont couverts en droit par les services médicaux au travail de manière obligatoire.

Cela étant dit, les SMT ne suffisent à combler tous les vides, y compris en vue de la couverture en droit relativement faible, mais également en relation aux catégories de personnes éligibles. Par exemple, les SMT couvrent les travailleurs actifs et leurs familles, mais la couverture cesse lorsqu'ils sortent du marché du travail, par exemple lors de la retraite. En l'absence d'autres régimes, les frais médicaux doivent être couverts par les individus, durant une période de vie où le revenu baisse et

les besoins en matière de santé généralement augmentent. La couverture volontaire des travailleurs indépendants est aussi un facteur qui peut mener à une couverture faible dans la pratique pour ces catégories de la population.

Ceci illustre un certain manque de cohérence entre la couverture en droit des services de santé au travail et des régimes de protection sociale en santé, chacun étant régit par des lois, décrets et codes différents qui ne se réfèrent pas ou peu les uns aux autres. Ceci émane du fait que l'évolution du rôle des SMIE n'est pas le résultat d'une vision stratégique pour une couverture plus étendue à la fois de la protection sociale en santé et des services de santé au travail

Le BIT estime la couverture effective des SMIE à 1.4 million de travailleurs et membres de leurs familles en 2018, représentant 5.55 pour cent des travailleurs à Madagascar.

En ce qui concerne la couverture des services de santé au travail, le modèle des SMIE où les risques et ressources sont mutualisés représente un mécanisme pour une couverture de la main d'œuvre plus large comparée aux modèles où cela demeure la responsabilité de chaque employeur individuel. En effet, selon les statistiques du ministère, quelque 93 % de la population cible est couverte par un SMIE/SMAE, bien que ce chiffre soit probablement surestimé (OIT 2019a). Il est intéressant de noter que, selon les données de certaines SMIE revues pour cette étude, le nombre de consultations pour les membres

des familles des travailleurs surpassent très largement le nombre de consultations pour les travailleurs eux-mêmes.

Du point de vue de la protection sociale en santé, ces données soulignent le rôle important que jouent les SMIE dans la couverture de la protection sociale en santé, mais également les lacunes qui subsistent pour atteindre la CSU et la PSU. De plus, les SMIE répondent à une attente exprimée par la population malgache pour une couverture de protection sociale en santé. En effet, une étude effectuée par le BIT auprès de travailleurs informels à Anosy démontre que 70 pour cent des travailleurs interrogés aspirent à être couverts par la CNAPS et/ou une SMIE, et les attentes en relation à une couverture de protection sociale en santé (qu'ils souhaiteraient publique et solidaire) ne sont pas moins importantes (ILO n.d.a).

Cependant, la distribution des SMIE et des mutuelles à travers le territoire est inégale, comme illustré par le tableau 1 ci-dessous. Par exemple, la région de Melaky ne compte aucune SMIE (ni de mutuelles), tandis que les régions de Androy, Betsiboka et Ihorombe comptent une seule mutuelle et aucune SMIE. Bien que les SMIE ont montré un intérêt pour étendre la zone géographique dans laquelle ils sont tenus d'opérer, une réforme réglementaire serait nécessaire pour cela.

► **Tableau 1: Distribution géographique des SMIE**

Région	Présence de SMIE actives	Nombre de mutuelles
Alaotra Mangoro	SMIEs actives	3
Amoron'Imania	SMIEs actives	3
Analamanga	SMIEs actives	5
Analanjorofo	SMIEs actives	3
Androy	Aucune SMIE	1
Anosy	SMIEs actives	1
Atsimo Andrefana	SMIEs actives	0
Atsimo Atsinanana	SMIEs actives	1
Atsinanana	SMIEs actives	2
Betsiboka	Aucune SMIE	1
Boeny	SMIEs actives	3
Bongolava	Aucune SMIE	3
Diana	SMIEs actives	3
Haute Matsiatra	SMIEs actives	3
Ihorombe	Aucune SMIE	1
Itasy	Aucune SMIE	5
Melaky	Aucune SMIE	0
Menabe	SMIEs actives	1
Sava	SMIEs actives	4
Sofia	Aucune SMIE	4
Vakinankaratra	SMIEs actives	4
Vatovavy Fitovinany	SMIEs actives	1

Source : (ILO n.d.b).

Il existe également des défis pratiques importants à l'extension de la couverture de la protection sociale en santé au travers des SMIE. Il s'agit notamment du statut semi-formel de certains employeurs, du non-respect des règles en vigueur, ou encore du fait que certaines petites entreprises informelles ne détiennent pas les documents administratifs nécessaires pour affilier les travailleurs. Pour les travailleurs indépendants, le niveau des cotisations peut également représenter une barrière s'ils n'ont pas ou peu de capacité contributive, notamment s'ils gagnent moins que le salaire minimum. Une réflexion pourrait être portée sur l'introduction de subventions de l'Etat, qui sont un mécanisme fréquemment utilisé dans les régimes de protection sociale en santé pour soutenir les

travailleurs au revenu faible à surmonter les barrières financières.

Des barrières géographiques existent également. En effet, la couverture géographique des SMIE est intrinsèquement liée aux caractéristiques du marché du travail d'une zone donnée au vu des règles selon lesquelles les SMIE doivent être établies. Ainsi, huit des 22 régions n'ont pas de SMIE (ou de SMIE actifs) et au total, près d'un quart (24 %) de la population vit dans des régions où il n'y a pas de SMIE ou où aucun SMIE n'est actif (INSTAT 2020). Par ailleurs, les 28 SMIE opérationnelles à Madagascar sont généralement concentrées dans les zones urbaines, les travailleurs des zones rurales (y compris les travailleurs agricoles, qui représentent une part importante de la main-d'œuvre et qui sont exposés à d'importants risques professionnels) étant exclus de leur cercle d'action. Bien que les SMIE aient exprimé leur intérêt à étendre leur cercle d'action au-delà des 30 km prévus par décrets, ils se déclarent être limités par cette réglementation (OIT 2019a).

De plus, même si la réglementation autorise l'affiliation volontaire des travailleurs indépendants aux SMIE, cela ne semble pas impliquer que les SMIE soient tenus d'affilier ces catégories de travailleurs. En effet, un seul des cinq SMIE étudiés dans le cadre de cette étude a permis à ces catégories de s'affilier, les autres s'y étant opposés par crainte pour leur viabilité financière¹¹.

Il y a également des potentiels chevauchements entre la couverture volontaire des travailleurs indépendants aux SMIEs et aux mutuelles. En effet, pour étendre la couverture de la protection sociale en santé le Ministère de la Santé Publique, à travers la CA-CSU, met un accent important

sur la promotion du rôle des assurances maladie à base communautaire (AMBC) (LHSS 2023) – auxquelles l'affiliation est volontaire. Dans le cas des travailleurs indépendants, pour lesquels l'affiliation aux SMIE est également volontaire, il a été signalé que ceux-ci auraient plutôt tendance à s'affilier aux AMBC qu'aux SMT en vue des taux de cotisations plus basses. Si les travailleurs perçoivent les services couverts comme étant interchangeable, l'extension des AMBC peut avoir un impact sur la couverture de SMIE – et ainsi, l'accès aux services de ST – pour les travailleurs indépendants en diminuant significativement leur motivation à y être affilié.

Il est aussi important de considérer l'articulation entre la couverture des régimes de protection sociale en santé et des SMIE avec celle de la CNAPS, qui fournit des prestations complémentaires y compris la couverture de services médicaux en cas d'accidents au travail et maladies professionnelles, ainsi que des prestations en espèces et des services de la maternité. Bien que la couverture légale de la CNAPS atteigne 10.2 pour cent de la main d'œuvre malgache, la couverture effective est en deçà de celle des SMIE, avec 840'393 travailleurs couverts (ILO 2023). Dans les faits, il n'y a pas de systèmes d'information permettant de faire état de la complémentarité entre la couverture de la CNAPS et celle des SMIE, tandis que la division des prestations couverts par chacun peut entraîner une confusion au sein de la main d'œuvre quant à savoir qui est couvert par quoi, pouvant également entraîner des répercussions pour la continuité des soins.

Une revue des prestations fournies par les SMIE et la CNAPS aide à comprendre la nécessité de cette articulation.

► Gamme des soins de santé couverts et fournis par les SMIEs

Selon les décrets en vigueur¹², les SMT sont tenus de couvrir et fournir des services de santé qui vont au-delà de ce qui est typiquement de la responsabilité de la médecine du travail. Selon la réglementation, les SMT à Madagascar sont tenus

de couvrir pour *les travailleurs et les membres de leurs familles* les soins suivants:

- Soins et éducation préventives ;
- Soins médicaux en cas de maladie et ;

¹¹ Ces craintes ne sont potentiellement pas infondées en vue du fait que la couverture volontaire ouvre la voie à la sélection adverse.

¹² Décret N° 2003-1162 régissant la médecine d'entreprise, modifié par le Décret n° 2011- 631 organisant la médecine d'entreprise.

- Evacuation sanitaire sur la formation médicale la plus proche.

De plus, *aux travailleurs* uniquement le décret prévoit que les soins suivants soient couverts et fournis par les SMT:

- visite médicale systématique ;
- alimentation des travailleurs malades soignés sur place dans un endroit isolé en attendant leur évacuation ;
- éducation des travailleurs en matière d'Hygiène et de Sécurité au Travail ;
- formation en secourisme (au moins 1 secouriste par tranche de cinquante (50) travailleurs) ;
- visite sur place pour examen des conditions de travail ;
- prévention et sensibilisation en matière des IST/SIDA.

Dans la **pratique**, les SMIE couvrent et fournissent des prestations de soins qui vont au-delà des services prévus dans les décrets et comprennent généralement :

- La médecine générale, incluant les consultations générales, la pharmacie et les soins de bases;
- La médecine spécialisée, incluant la cardiologie, la gynécologie, la neurologie etc. ;
- Les prestations diagnostiques, incluant la radiologie, l'échographie, les analyses médicales etc.;
- Les services de médecine du travail incluant les visites médicales systématiques, les visites des lieux de travail et les activités de sensibilisation (nutrition et hygiène).

Cependant, la gamme de prestations fournis et couverts par les SMIE aux travailleurs affiliés et à leurs familles varie d'un SMIE à l'autre, dépendant des ressources disponibles et du plateau technique de chaque SMIE, comme illustré dans le tableau 2 ci-dessous.

► **Table 2 : Panier de soins couvert pour un échantillon de SMIE**

FUNHECE	AMIT
• Consultations médicales des travailleurs et les membres bénéficiaires de leur famille. • Médecine Généraliste : soins et traitements fournis sans rendez-vous (avec octroi de médicaments). • Médecine spécialisée : Soins et traitements avec rendez-vous : dermatologie, cardiologie, gastro-entérologie, maladie infectieuse, rhumatologie, pneumologie, pédiatrie, ORL, - Soins dentaires... • Analyses médicales. • Médecine du travail : Visite médicale d'embauche et systématique, Conseil en matière d'hygiène générale des lieux de travail, Ouverture d'antenne au sein d'une Entreprise à partir d'un effectif de 500 personnes. • Vaccination classique dans le cadre du programme national de l'Etat. • Accompagnement à la maternité.	• Soins préventifs : Prestations pour les affiliés (visite d'embauche, visite périodique, visite de reprise, visite complémentaire) ; Prestations dédiées aux affiliés et aux membres de leur famille (planning familial, soins pré et post natal, suivi des enfants de moins de 5 ans, luttés contre les maladies transmissibles ou non, vaccination, centre de dépistage VIH) ; Médecine du travail (visites d'entreprise (étude de poste, hygiène et sécurité, ergonomie, visite de cantine), formations (secourisme, hygiène et sécurité, planning familial, prévention du VIH-SIDA, différents risques liés au travail, sensibilisation). • Soins curatifs : Consultations générales, Soins d'urgence, Consultations spécialisées : Ophtalmologie, cardiologie, neurologie, gynécologie, ORL, pneumonie, diabétologie, pédiatrie, dermatologie ; Dentisterie ; Pharmacie ; Acte de petite chirurgie ; Soins infirmiers ; Maternité à moindre risque. • Services d'appui : Appui interne (radiographie, ECG, échographie, spirométrie, laboratoire d'analyse médicale) ; appui externe (IPM, LBM..., CENHOSOA, laboratoire de neuroscience, radio-isotope).

ESIA	OSTIE
• Médecine générale : consultation générale, dentisterie, pharmacie, soin. • Prestations spécialisées (cardiologie, avec électro cardiogramme, neurologie, ophtalmologie, gynécologie, pédiatrie, dermatologie). • Prestations diagnostic : échographie, laboratoire d'analyse médicale de dispensaire, radiologie conventionnelle. • Médecine du travail : visites médicales systématiques, périodiques et obligatoires, visite des lieux de travail, prévention des accidents et maladies professionnelles, activité de sensibilisation (nutrition et hygiène).	• Médecine générale : consultation générale, stomatologie, pharmacie, soin, laboratoire de base. • Médecine spécialisée : les prestations spécialisées : cardiologie, neurologie, ophtalmologie, Oto-Rhino-laryngologie, gynécologie, pédiatrie et dermatologie. • Prestations diagnostiques : échographie, radiologie conventionnelle, unités modernes de laboratoire d'analyses médicales. • Médecine du travail : visites médicales systématiques, périodiques et obligatoires, visite des lieux de travail, prévention des accidents et maladies professionnelles, activité de sensibilisation (nutrition et hygiène).

Les SMIE participent également aux programmes de santé publique menés par le MSANP, y compris les programmes élargis de vaccination (où les vaccins sont fournis par le Ministère) ; les activités de sensibilisation et éducation sanitaire ; et le dépistage et traitement des certains types de maladies (VIH/SIDA, tuberculose, etc...) dans le cadre de programmes verticaux. Il est intéressant de noter que le rôle joué par les SMT en matière de santé publique permet à certains d'entre eux d'être qualifiés de "centre de santé de base de niveau II".

En plus des services cités ci-haut, dans certains cas les entreprises peuvent également verser des cotisations supplémentaires pour accéder à des services additionnels. Par exemple, les membres de FUNHECE SMIE peuvent verser une cotisation supplémentaire de 13 % du salaire mensuel à FUNHECE SARL pour couvrir les frais d'hospitalisation, d'accouchement et d'optique. Cette tendance est à la baisse cependant en raison de l'avènement des régimes d'assurance maladie complémentaires.

Cette extension des soins de santé fournis par les SMIE est alignée avec les standards internationaux en matière de services de santé au travail, la Recommandation No. 171 (1985) soulignant, à l'article 26, que « Compte tenu de la législation et de la pratique nationales concernant l'organisation des soins de santé ainsi que de l'éloignement des centres de soins, les services de santé au travail pourraient déployer d'autres activités de santé autorisées par l'autorité compétente en consultation avec les organisations d'employeurs et de travailleurs les plus représentatives, lorsqu'elles existent, y compris les soins de médecine curative aux travailleurs et à leur famille. »

Il y a cependant deux lacunes importantes par rapport au panier de soins couvert par les SMIE. La première est que la composition du panier de soins n'est pas inscrite dans le droit de Madagascar. Une partie des services actuellement fournis sont étayés dans les décrets (Décret 2003-1162 et le Décret n° 2011-631), mais les soins fournis en sus de cela ne sont aucunement garantis. Cela étant dit, la législation relative aux autres mécanismes de protection sociale en santé (par exemple pour les travailleurs du secteur public et le Fonds d'Equité) est également très peu détaillée en ce qui concerne les prestations garanties, et même lorsque les garanties sont décrites dans la loi, des lacunes persistent en termes d'application dans la pratique.

Le fait que ces prestations ne soient pas garanties par la loi peut entraîner des conséquences importantes sur leur pérennité et sur la capacité des membres à faire valoir leurs droits (également le cas pour les autres institutions de protection sociale en santé) lorsque les services ne sont pas disponibles ou accessibles. Et déjà, des disparités commencent à apparaître : les travailleurs indépendants qui se sont affiliés volontairement à un SMIE en payant des cotisations moins élevées ne bénéficient que des services de soins curatifs et de santé publique (par exemple, vaccination, planification familiale, etc...). Dans la pratique, il semble donc que les SMIE offrant une couverture volontaire aux travailleurs indépendants proposent un ensemble de prestations distinct et limité, peut-être en raison des taux de cotisations inférieurs.

De même, des questions se posent quant à l'exhaustivité de la gamme de soins fournie par le SMIE. A titre de référence, les Conventions No. 130 et No. 183 fournissent l'éventail minimum de

services devant être couverts par les régimes de protection sociale en santé:

- ▶ Soins médicaux : soins de médecine générale, soins spécialisés (hospitaliers et ambulatoires), produits pharmaceutiques, hospitalisation, soins dentaires, réadaptation.
- ▶ Soins de maternité : soins prénatals, obstétricaux et postnatals, et hospitalisation.

En ce qui concerne les soins médicaux, les services couverts par le SMIE se limitent au premier niveau de soins, puisque ni les soins hospitaliers ni les soins de réadaptation ne sont couverts. De même, les SMIE prévoient des services pré et postnatals dans le cas des soins de maternité, mais pas de soins obstétricaux ni d'hospitalisation.

C'est ici notamment que la complémentarité avec les prestations fournies par la CNAPS, tels que

prescrits dans le décret de 69-145 portant Code de prévoyance sociale, devient importante. En effet, la CNAPS assure aux affiliés et à leurs conjoints une sécurité de revenu pendant la maternité, et prend en charge les frais d'accouchement (avec plafond) pour les personnes affiliées. La CNAPS couvre également les coûts de la réadaptation fonctionnelle, de la rééducation professionnelle et du reclassement de la victime, mais peu est connu de l'engagement pratique de la CNAPS dans la fourniture effective de ces services. Dans le cas d'accidents au travail ou maladie professionnelles, la CNAPS couvre les soins médicaux, les pharmaceutiques et l'hospitalisation des affiliés membres, où les services médicaux fournis par les SMT sont remboursés par la CNAPS après confirmation du caractère professionnel de la maladie ou de l'accident, qui fournit également des prestations en espèces. Le tableau 3 ci-dessous récapitule les prestations fournies par les SMIE d'un côté et la CNAPS de l'autre.

► **Table 3: Soins couverts par les SMIE et par la CNAPS**

	Soins et services	SMIE	CNAPS
Soins médicaux	Soins de médecine générale	Couverts	Couverts en cas de maladie ou accident professionnels, avec plafond
	Soins spécialisés (ambulatoires)	Couverts	
	Soins spécialisés (hospitaliers)	Référencement dans certains cas	
	Produits pharmaceutiques	Couverts	
	Hospitalisation	Non couverte	
	Soins dentaires	Couverts	Non couverts
	Réadaptation	Non couverte	Couverte dans la loi ; aucune information sur la pratique
Soins de maternité	Soins prénatals	Couverts	Uniquement prestations en espèces
	Soins obstétricaux	Couverts par certaines SMIE seulement	Couverts pour les membres uniquement, femmes de travailleurs affiliés non-couvertes
	Soins postnatals	Couverts	Prestations en espèces
	Hospitalisation	Non couverte	Couverte avec plafond ¹³

Mais bien que dans des cas limités la CNAPS comble certaines lacunes en ce qui concerne le panier de soins des SMT, la répartition de la prise en charge des prestations et services entre la CNAPS et les SMT peut créer un cadre

institutionnel difficile à naviguer pour les affiliés et leurs familles, et prêter à confusion quant à savoir quels travailleurs, affiliés et membres de leurs familles sont couverts par quels services. Par exemple :

¹³ La part estimée des accouchements pour lesquels le coût est effectivement remboursé par la CNAPS est très limitée, ce qui peut potentiellement s'expliquer par une répartition confuse de la prise en charge des soins et services.

- ▶ l'épouse d'un travailleur affilié à la fois à un SMIE et à la CNAPS aura accès aux soins pré- et post-natals du SMIE ainsi qu'aux prestations en espèces de maternité du CNAPS, mais les frais d'accouchement ne seront pris en charge ni par la CNAPS ni par le SMIE.
- ▶ une travailleuse affiliée à un SMIE mais pas à la CNAPS pourra accéder aux examens pré- et post-natals disponibles au SMIE, mais ne sera pas couverte par les prestations en espèces et ne bénéficiera pas de la prise en charge des frais d'accouchement.

Ceci illustre le besoin d'une rationalisation entre les prestations couvertes par la CNAPS et les SMIE, pour assurer et faciliter l'accès aux soins et à la sécurité du revenu de manière complémentaire et cohérente.

Il est également important de souligner que, dans ce modèle, il n'y a pas de séparation des fonctions d'achat et de provision de soins, les SMIE assurant à la fois la protection financière des services de santé et leur prestation. Ici également, une évaluation serait utile pour identifier les implications de cette absence pour la qualité des soins et la maîtrise des coûts.

▶ Fonctions des services de santé au travail tels que définis par la Convention No. 161 de l'OIT couvertes par les SMIE et la CNAPS

Selon la Convention 161, les soins de santé dont sont responsables les services de médecine du travail sont les premiers soins et les soins d'urgence pour les travailleurs, usuellement dans des cas de maladies professionnelles ou accidents au travail.

Fonctions des SMT

Du point de vue du cadre réglementaire en vigueur, les responsabilités des SMT pour les fonctions des services de santé au travail, comme étagées dans la Convention 161, sont relativement complètes. Les décrets en vigueur prescrivent l'obligation de réaliser des activités de surveillance des facteurs du milieu du travail, de surveillance de la santé des travailleurs, des conseils aux entreprises, l'organisation des soins de premier secours, la diffusion d'information, et la formation et l'éducation. Cependant, ceux-ci n'incluent pas les activités de réadaptation professionnelle, les coûts desquelles devraient être couverts par la CNAPS selon le Code de la Prévoyance Sociale. Aucune information sur ces prestations n'est fournie sur leur site, cependant. Et malgré le fait que la Loi 2003-044 portant code du travail reconnaît, à l'article 28, que la mission première des SMT est préventive, avec la priorité de « prévenir toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, en particulier de surveiller les conditions d'hygiène et de sécurité sur les lieux de travail », l'inclusion

des fonctions de santé publique et des services curatifs pour les travailleurs et leurs familles dans la réglementation dilue le rôle de service de santé au travail des SMT tel qu'il est défini dans la Convention 161.

Cette dilution du rôle des SMT est plus évidente encore dans la pratique, où il existe également des écarts importants avec ce qui est prévu par le cadre législatif et réglementaire. Par exemple, une évaluation des services de santé au travail à Madagascar effectuée par le BIT (ILO 2019a) fait état des limitations de certaines SMIE quant à :

- ▶ la fourniture de **conseils** aux employeurs en matière de santé, de sécurité et d'hygiène, en grande partie car la nature des visites d'entreprises qui seraient nécessaire à établir un bilan ne sont pas effectuées, et car ces SMIE manquent de capacité pour effectuer les évaluations et fournir ces types de conseils.
- ▶ le nombre restreint de visites d'entreprises, qui affecte également la **collecte de données** nécessaire à une surveillance complète de l'état de santé des travailleurs. Dans tous les cas, les données qui sont effectivement collectées ne sont pas par la suite exploitées par les ministères compétents.
- ▶ la fonction de **formation et de sensibilisation** sur la santé, l'hygiène et l'ergonomie, qui n'est que partiellement

assumée par les SMIE. Tandis que des modules de formation sur la prévention de risques liés au travail fournis par certains SMIE, l'évaluation signale que ceux-ci s'engagent largement dans des activités formation de secourisme ou alors de santé publique initiées par le MSANP qui n'ont qu'un rapport limité avec la santé au travail et, surtout, avec la prévention des risques, qui devrait être la fonction principale des services de ST.

Les fonctions principales de prévention ne sont donc pas entièrement effectuées, et lorsqu'ils le sont ce sont principalement sous forme de surveillance à travers les visites médicales d'embauche et des visites médicales périodiques. Ces lacunes quant aux services de prévention n'affectent pas exclusivement les SMIE : ces écarts sont également reportés en relation aux services fournis par les SMAE, les Services Médicaux de l'Etat, et le Responsable de la Formation Sanitaire Publique avec qui des conventions ont été signées.

L'une des raisons citées pour le faible engagement des SMT dans les services de prévention est le niveau limité des capacités techniques en matière de services de santé au travail des professionnels de santé des SMT. Par ailleurs, la fourniture de soins curatifs et prestations de santé publique au travailleurs et leur famille représente la majorité des activités des SMT. Par exemple, une estimation suggère qu'entre 60 et 90 pour cent des dépenses et temps de travail des SMIE est dédié aux prestations de services santé qui ne sont pas liés à la médecine du travail (OIT 2019a).

Rôles de la CNAPS

Un autre facteur à prendre en compte ici est également le rôle prévu par les textes législatifs pour la CNAPS dans la prévention et la surveillance des accidents du travail et des maladies professionnelles. En effet, tandis que les SMT sont responsables de la surveillance des facteurs du milieu de travail et de la santé des travailleurs, selon le code de prévoyance sociale la CNAPS est également responsable de certaines activités de surveillance, notamment le recueil d'informations nécessaires à l'élaboration de statistiques sur les accidents du travail et les maladies professionnelles ; la surveillance du respect des obligations des employeurs y compris en relation aux mesures d'hygiène et de sécurité des travailleurs ; et la promotion des méthodes de prévention.

Dans la pratique, sur le plan de la **surveillance**, les SMT procèdent au recueil de certaines données en matière de santé des travailleurs, qui sont ensuite transmises pour analyse à la CNAPS, et au MSANP, pour l'élaboration de statistiques au niveau national. De plus, il est reporté que les inspections des lieux de travail se font parfois conjointement entre les inspecteurs du travail, les médecins chefs des SMIE et la CNAPS. Mais cette dernière n'est principalement invitée à ces visites que lorsque les inspecteurs du travail manquent des outils pour efficacement évaluer les nuisances (y compris les luxmètres, sonomètres, etc...), car la CNAPS dispose typiquement de plus de moyens qu'eux ; et lors d'une demande d'entreprise pour être labellisée, ce qui requiert la participation de la DSST et de la CNAPS. Ces activités de surveillance ne sont donc pas effectuées de manière systématique. De plus, il ressort des entretiens qu'il y a « une confusion par rapport au rôle de chacune des entités » quand il en vient à ces visites (OIT 2019a).

Les responsabilités de la CNAPS vis-à-vis la **prévention** des accidents au travail et maladies professionnelles sont effectués par un service dédié à la prévention qui réalisent des activités de sensibilisation, de formation et de conseils aux entreprises. Il est reporté que ces activités sont, cependant, largement effectuées à la demande d'employeurs en vue d'un audit, et l'étude du BIT sur les services de santé au travail souligne que la plupart des acteurs interrogés n'étaient pas familiers avec les activités de prévention de la CNAPS (OIT 2019a).

Dans les deux cas – surveillance et **prévention** – il paraît donc y avoir un manque de clarté sur la division des rôles et responsabilités entre la CNAPS d'une part et les SMT de l'autre, voire une duplication d'activités, notamment quand il en vient aux conseils aux entreprises et à la sensibilisation, qui sont également du ressort des SMT. Cependant, il n'est pas certains que leur couverture soit identique, avec des potentiels de desservir des catégories de travailleurs différents.

► Qualité des services

En plus du paquet de soins et du plateau technique des SMT, il est également important de considérer leur qualité, et comment celle-ci est potentiellement affectée par le double rôle joué par les SMIE.

Les SMIE présentent une grande diversité en termes de structures dans lesquelles les services sont accessibles, ainsi qu'en terme du plateau technique disponible. Ces différences résultent de la composition des entreprises affiliés et à leur niveau de ressources (combiné à l'absence de mécanismes de péréquation), qui influencent les ressources disponibles pour les investissements, ce qui peut mener à des différences tant dans le « réseau de prestataires » des soins que dans leur qualité. Il est important de souligner ici que, bien qu'il soit prévu dans le Décret de 2003-1162 que le Ministre chargé du Travail puisse « prendre toutes mesures utiles à la création, au financement et au fonctionnement des SMIE rendues nécessaires par l'emploi de travailleurs dans les localités où ils n'auraient pas été créés », l'Etat n'accorde aucun financement dans la pratique.

Comme mentionné ultérieurement, certaines SMIE fournissent les services dans des centres médicaux préexistants tandis que pour d'autres l'essentiel des services sont fournis dans des installations dont la création a été financée par les entreprises. Ici, lorsque les ressources d'un SMIE ne sont pas suffisantes pour fournir tous les services couverts, ils établissent des accords ou des "conventions" avec d'autres établissements de santé publics ou privés pour fournir des soins curatifs aux travailleurs affiliés et à leurs familles, les coûts desquels sont pris en charge par le SMIE.

Ces différences entre les ressources des entreprises membres et l'origine des SMIE entraînent de grandes variations en termes d'équipements et d'infrastructures disponibles au sein des différents SMIE, ainsi qu'aux types de services qui y sont couverts ou fournis comme mentionné ci-haut. Alors que ceux qui émanent de centres médicaux disposent de ressources importantes sur place telles que la radiographie et les ambulances, dans d'autres cas les infrastructures médicales peuvent être plus limitées.

En ce qui concerne les ressources humaines, le décret de 2003-1162 précise le nombre de professionnels et leurs qualifications requises au

sein de chaque SMT, en fonction du nombre de travailleurs dans la région. En raison notamment des facteurs mentionnés ci-haut, le nombre et les compétences des médecins en matière de santé au travail varient d'un SMIE à l'autre. Dans certains cas, la médecine du travail préventive et la médecine curative sont complètement distinctes et réalisées par des médecins différents tandis que dans d'autres cas, ces fonctions ne sont pas divisées et sont réalisées par les mêmes médecins.

Cependant, un élément affectant tous les SMIE est le manque de professionnels ayant des compétences en matière de santé au travail. La raison principale en est que, jusqu'à récemment, cette spécialisation n'était pas proposée dans le pays : ce n'est qu'en 2015 qu'un master en médecine du travail a été créé, avec une première cohorte de 20 diplômés en 2019. En pratique, il y a donc très peu de médecins du travail formés à Madagascar. Certains considèrent que ces lacunes contribuent à limiter l'engagement des SMIE dans des fonctions importantes des services de santé au travail, notamment la surveillance de l'état de santé des travailleurs par exemple, se concentrant plus à la fourniture de soins curatifs ou de services de santé publique.

Néanmoins, le double rôle que jouent les SMIE dans la santé au travail et la prestation de services médicaux généraux offre une opportunité pour une prestation de soins qui surmonte les silos qui existent ailleurs entre la santé au travail et la santé générale, qui elle-même peut affecter la qualité des diagnostics et des traitements. En effet, tandis que la santé au travail est une composante de la santé, l'échange d'information entre les services de santé au travail et les prestataires de soins médicaux est généralement rare (Persechino et al. 2017). Mais à Madagascar, il est reporté que même au sein des SMIE où la fonction médecine générale et médecine du travail sont divisés (comme il en est le cas pour la SMIE ESIA notamment), il y a un échange d'information entre les deux, permettant ainsi de mieux faire le suivi de la situation de santé des travailleurs. Ceci pourrait représenter une bonne pratique, une évaluation serait nécessaire pour efficacement identifier les implications de cet échange sur la qualité des soins fournis ou sur la santé des travailleurs.

► Financement et niveau de mutualisation des risques

Cela mène à la question des sources de financement des SMIE, et comment cela affecte la couverture et la qualité des services. En effet, le Décret 2003-1162 stipule que les ressources des SMIE proviennent des cotisations des entreprises adhérentes et des travailleurs affiliés, définissant un minimum de 6 pour cent du salaire brut dont 5 pour cent à la charge de l'employeur et 1 pour cent à la charge de l'employé. La base salariale ne peut être inférieure au salaire minimum réglementaire. D'autre part, les ressources nécessaires à la création d'une SMIE viennent elles-mêmes également des entreprises qui les créent, ce qui entraîne des différences quant au plateau technique comme expliqué ci-dessus (OIT 2019a).

Dans le cadre des services de santé au travail, le modèle à Madagascar présente des avantages très importants : une mise en commun des risques

au travers des SMIE réduit considérablement le fardeau pour chaque entreprise affiliée, ce qui promeut la conformité aux règles et l'accès aux services pour les travailleurs. Cela étant dit, comme cité plus haut le rayon d'action des SMIE tel que prévu par décret représente une potentielle contrainte à la couverture des entreprises qui tombent en dehors de ce rayon. De plus, le salaire minimum sur la base duquel les cotisations sont calculées peut représenter une barrière financière à l'affiliation des travailleurs indépendants aux SMIE auxquels ils ont accès.

Du point de vue de la protection sociale en santé, dont l'une des fonctions principales est la mutualisation des risques, le niveau de mutualisation est relativement fragmenté, avec de grandes variations dans la couverture de chaque SMIE, comme illustré dans le tableau 4 ci-dessous.

► **Tableau 4. Nombre d'entreprises adhérentes, de travailleurs affiliés et de personnes couvertes par les SMIE dont ces données sont disponibles (données récoltées en 2023)**

	Nombre d'entreprises adhérentes	Nombre de travail-leurs affiliés	Estimation ¹⁴ du nombre de personnes couvertes
OSTIE	4 228	161 591	678 682
AMIT	648	30 667	129 000
FUNHECE SMIE	349	13 201	17 868

Ce niveau de mutualisation est plus proche de ce qui se voit au sein de mécanismes tels que les mutuelles. A titre de comparaison, à Madagascar la Fédération Nationale des Mutuelles (qui regroupe neuf mutuelles) comptent au total 86 000 affiliés couvrant un total de 323 136 personnes, avec de grosses variations dans le nombre de bénéficiaires de chaque mutuelle membre (OIT n.d.b). La fragmentation et le faible niveau de mutualisation peuvent affecter leur pérennité financière.

Un autre élément important à souligner ici est l'absence de financement de la part de l'Etat en appui aux services de santé couverts par les SMT qui ressortent typiquement du domaine de la protection sociale en santé. En effet, excepté les cas où les SMIE ont émanés de centres médicaux existants où les mêmes ressources y sont utilisées, les SMIE dépendent entièrement

des ressources des entreprises adhérentes pour financer les services, y compris le personnel et les investissements dans les équipements et les infrastructures. Dans d'autres contextes, les prestataires de soins de santé compris dans le réseau de provision de soins des régimes de protection sociale en santé sont ou peuvent être appuyés par l'Etat pour ce type de dépenses, y compris pour garantir la fourniture des services couverts et assurer un certain plateau technique. Dans un deuxième temps, dans certains contextes, le Gouvernement apporte des subventions aux cotisations de certaines catégories d'affiliés (que ce soient les personnes vulnérables, les travailleurs à faible revenu, etc...) pour assurer la couverture aux personnes qui ont peu ou pas de capacité contributive. Cette approche pour étendre la couverture n'est pas mise en œuvre à Madagascar au travers des SMIE.

¹⁴ En prenant la taille moyenne de 4,2 personnes par ménage selon le RGPH 3 de 2018.



Perspectives et conclusions

Le modèle d'intégration des services de médecine du travail et de la protection sociale en santé à Madagascar représente un cas semblablement unique dans le monde. Les liens sont typiquement observés dans la direction inverse, où les régimes de protection sociale y compris de protection sociale en santé s'engagent dans le financement ou la fourniture de services de santé au travail, comme il en est également le cas à Madagascar avec le rôle que joue la CNAPS dans la surveillance et la prévention des risques professionnel.

Il est possible d'y voir certains avantages.

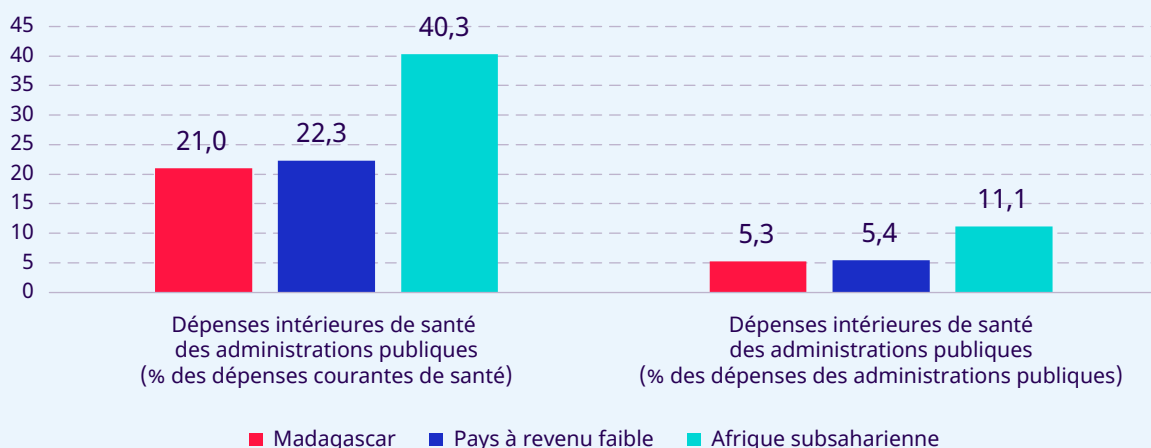
D'une part, l'engagement des services de médecine du travail dans la couverture et fourniture de soins de santé générale et de santé publique comble des lacunes importantes quant à la couverture des mécanismes de protection sociale en santé à Madagascar. Et effectivement, il est considéré que c'est cette couverture limitée qui a influencé l'extension des services couverts par les SMT. Les SMIE sont attractives pour les travailleurs urbains dépendants de l'économie informelle. En effet, une enquête menée par l'OIT révèle que 70 pour cent des travailleurs interrogés aspirent à être couverts par la CNAPS et/ou par

une SMIE (OIT n.d.a), ce qui illustre la perception positive des services couverts. Cette perception positive pourrait jouer un rôle dans le cadre de politiques d'extension.

D'autre part, l'approche inter-entreprise adoptée à Madagascar soutient également l'accès à une part plus large de la main d'œuvre aux services de médecine du travail- y compris les travailleurs dans les petites entreprises.

De plus, le rôle joué par les SMIE apporte des ressources au système de protection sociale en santé, particulièrement important compte tenu du contexte de Madagascar où les ressources disponibles et allouées à la santé sont limitées et en deçà des moyennes régionales comme des pays à revenus faibles.

► **Figure 1. Dépenses intérieures de santé des administrations publiques à Madagascar, dans les Pays à Revenu Faible et en Afrique Subsaharienne (en pourcentage)**



Source : (OMS n.d.)

Un autre avantage important du double rôle joué par les SMIE est la possibilité de conjuguer les services de santé au travail et les services de santé généraux et faciliter la coordination entre eux. Cette articulation est typiquement difficile à atteindre, en raison notamment des séparations institutionnelles entre ces types de services, et les défis dans la communication entre les médecins du travail et les médecins généralistes (Persechino et al. 2017).

Néanmoins, il existe également des défis importants, au regard de l'extension de la couverture et l'accès effectif aux services, la cohérence et la coordination entre les acteurs, et la qualité des services couverts et fournis.

Cohérence et extension de la couverture de la protection sociale en santé

Le premier défi concerne la réalisation d'une couverture cohérente pour soutenir l'atteinte de la couverture sanitaire universelle, un objectif express du Gouvernement malgache. L'imbrication des SMIE avec les autres mécanismes de protection sociale pour contribuer à l'atteinte de la couverture sanitaire universelle est stratégique car permet de s'appuyer sur les acquis significatifs des SMIE, autant en termes de couverture qu'en termes d'infrastructures, de personnel et de compétences.

Pour l'heure, tandis que le rôle des SMIE est reconnue au niveau stratégique, une réflexion manque sur leur articulation avec d'autres mécanismes. En effet, la Stratégie Nationale de Couverture Sanitaire Universelle de 2015 reconnaît les SMIE en tant qu'acteurs dans la stratégie, où il est spécifié que ces mécanismes devraient être « rapidement intégrés » (p. 24) dans l'organisme d'assurance santé prévu dans la stratégie pour assurer une protection financière lors de l'accès aux services de santé. Le rôle exact que joueraient les SMIE dans la CSU et les réformes requises pour opérationnaliser cette intégration ne sont cependant pas articulés, et la fragmentation de l'offre de soin n'est pas adressée. La Stratégie Nationale de Financement de la Santé fait également référence au rôle actuel des SMIE, mais aucune mention n'est faite quant à la place qu'ils pourraient occuper dans une vision globale. Finalement, la Stratégie Nationale de Protection Sociale mentionne, en référence à la couverture santé, que « les ménages non-pauvres seront couverts soit à travers leur entreprise soit en payant des cotisations à la nouvelle CNSS » (p. 47), sans plus de réflexion sur l'articulation entre les deux, les mettant de fait en concurrence. Cette réflexion est importante et son absence est ressentie tant dans la couverture incomplète de différents mécanismes.

Il existe de nombreuses possibilités pour identifier des synergies entre différents mécanismes et améliorer la cohérence entre eux, mais toute réforme aura des implications significatives

aux niveaux politiques, législatifs, et dans la pratique. Une complémentarité est possible tant au niveau des catégories de la population couverte, des zones géographiques couvertes, ou du panier de soins couvert par les mécanismes respectifs. Au vu du double rôle joué par les SMIE dans la protection financière et la prestation des soins de santé, une complémentarité est également possible quant à ce second rôle. Dans le premier cas, une réflexion est particulièrement importante quant à la couverture des travailleurs indépendants, qui sont actuellement couverts de manière volontaire par les SMIE et par les mutuelles (qui sont importantes à considérer ici compte tenu du rôle qui leur est prévu par le gouvernement dans l'atteinte de la CSU). Cette couverture volontaire crée un niveau de sélection adverse, néfaste à la pérennité des régimes, mais n'est également pas efficace dans l'extension de la couverture. De plus, au vu des services considérés comme potentiellement interchangeables aux yeux de des travailleurs indépendants, une potentielle concurrence semble apparaître entre les SMIE et les mutuelles. Ici, une réflexion est nécessaire sur les potentielles incitations qu'ont les SMIE à étendre leur couverture à ces catégories de la population, mais également au soutien nécessaire à ces travailleurs pour assurer leur affiliation. Tandis que les subventions des cotisations ne sont pas mises en œuvre pour l'affiliation aux SMIE, cette approche pourrait être considérée considérant son efficacité à étendre la couverture, particulièrement parmi les travailleurs avec de faibles revenus.

Une réflexion est également nécessaire sur la couverture des personnes en dehors du marché du travail, y compris les personnes âgées, qui sont exclus notamment du champ d'application des SMIE. Ici, la CNAPS pilote une couverture de protection sociale en santé à travers des mutuelles pour les personnes retraitées, dont certaines auraient peut-être bénéficié d'une couverture par un ou plusieurs SMIE durant leur parcours professionnel. Une réflexion est importante pour garantir une couverture universelle et logique, tenant compte des couvertures de chaque mécanisme respectif et le besoin de suivi médical au long du cycle de vie.

Quand il en vient à la dimension géographique, le rôle des SMIE dans l'extension de la couverture effective est limité par les règles concernant les conditions pour leur création, qui mènent à la situation actuelle où les SMIE sont concentrés dans des zones urbaines où il existe de l'emploi formel, laissant ainsi de vastes pans du pays

non-couverts, particulièrement les régions avec une faible densité. De plus, les différents mécanismes pourraient être amenés à couvrir des paniers de soins qui se complètent les uns avec les autres, ou soutenir le décloisonnement de l'offre de soins ou la division de la fonction d'achat.

Dans tous les cas, il est important pour l'objectif de la CSU que le panier de soins, le plateau technique et les niveaux de cotisations soient plus uniformes entre les SMIE eux-mêmes. En effet, la variabilité (et les lacunes) du panier de soins et du plateau technique des différents SMIE entraînent des inégalités du point de vue de la protection sociale en santé.

Coordination entre les entités délivrant des services de santé au travail

Un autre défi important concerne la coordination entre les SMIE d'une part et la CNAPS de l'autre, en vue des complémentarités dans les mandats respectifs et services fournis par ces acteurs.

Une plus grande coordination pourrait être envisagée entre les SMIE, les employeurs et la CNAPS en ce qui concerne la déclaration des accidents au travail, des maladies professionnelles ou des grossesses (pour les travailleurs et leurs familles qui sont affiliés aux deux régimes), étant donné qu'il existe des écarts importants quant à l'accès aux services et prestations couverts par la CNAPS dans les deux cas.

- En ce qui concerne les **prestations de maternité**, il est estimé que seules 2,9 % des naissances estimées parmi les effectifs de la CNAPS ont été effectivement couvertes par la Caisse, ce qui souligne l'importance de renforcer le niveau de sensibilisation parmi les membres (OIT 2022). Étant donné que certaines SMIEs fournissent des services de soins prénatals et postnatals, ils pourraient jouer un rôle dans la sensibilisation de leurs affilié(e)s aux prestations de maternité fournies par la CNAPS pour y promouvoir l'affiliation et/ou l'accès, ou dans la facilitation de certaines procédures administratives.
- De même, la sous-déclaration des **accidents du travail ou maladies professionnelles** à la CNAPS est également estimée comme étant élevée, notamment en raison du manque de volonté de la part des employeurs et

des travailleurs, la liste trop limitée de maladies professionnelles, etc... Ici, il existe d'importantes opportunités pour promouvoir des synergies entre les SMIE et la CNAPS. Premièrement, le CNAPS entreprend sa propre vérification des demandes d'indemnisation pour accident du travail, ce qui peut causer des délais dans l'accès aux prestations, malgré le fait que les SMIE sont impliqués dans le remplissage de divers documents à fournir à la CNAPS dans ces cas-là. Et bien que les SMIE jouent un rôle de sensibilisation des employeurs et travailleurs aux procédures administratives et en vérifiant les documents à soumettre à la CNAPS, cela ne semble pas suffisant pour adresser leur manque de volonté à effectuer des déclarations. Le personnel médical des différents SMIE pourrait également être consulté lors de l'élaboration ou de la révision de la liste des maladies professionnelles, au vu de leur connaissance plus approfondie des types de maladies professionnelles prévalant parmi les travailleurs qu'ils desservent. Il semblerait d'ailleurs que leur contribution ait été sollicitée lors de la révision de la liste publiée en 2023.

Une coordination sur les deux éléments ci-dessus pourrait ainsi faciliter le parcours de l'utilisateur et soutenir l'accès aux services couverts par la CNAPS en particulier. En effet, du point de vue du travailleur, la répartition des responsabilités entre la CNAPS et les SMIE en ce qui concerne les prestations prévues par différentes législations crée des différences artificielles tout en compliquant le parcours de l'utilisateur, avec des opportunités importantes de rationalisation.

Assurer des services de qualité au niveau préventif comme curatif

L'engagement des SMIE dans la prestation de services curatifs et de santé publique qui vont au-delà de la santé au travail est parfois difficile à conjuguer avec les activités nécessaires à la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles. Bien que la configuration offre des opportunités importantes et rares pour une plus grande intégration entre les services préventifs et curatifs, le manque de ressources et de formation signifient que certaines SMIE doivent choisir entre l'un ou l'autre.

Il devient ainsi crucial de renforcer les capacités des SMIE dans leur fonction de prévention. Ici également, une potentielle coordination ou



complémentarité devrait être considérée avec la CNAPS. De plus, un rôle pourrait également être considéré pour le Ministère de la Santé Publique, tel qu'indiqué dans la littérature en relation à la prévention parmi les travailleurs ressortissant de l'économie informelle.

Implications du cas de Madagascar pour l'établissement d'une typologies mondiale des liens entre la SST et la protection sociale

Cette dernière section porte une réflexion sur la nature des liens observés entre les services de santé au travail et le système de protection sociale en relation aux catégories de liens identifiés dans la revue de portée, et comment ceux-ci s'alignent à ce qui est identifié au niveau international.

Premièrement, le double rôle joué par les SMIE dans la couverture et prestation de services de santé au travail et de soins de santé généraux sans coûts pour le patient représente une réelle intégration entre les deux systèmes, où un ou des fonctions de l'un des systèmes est délivré ou couvert par l'autre système. Il est intéressant de noter que ce lien-ci est unique car il est inverse de ce qui se voit dans d'autres contextes. En effet, dans les contextes où ce lien existe, ce sont les régimes de protection sociale, y compris la protection sociale en santé, qui s'engagent dans la fourniture de certains services de santé au travail, ou les services de santé au travail (ou une part des fonctions) est intégrée dans les prestations des régimes de protection sociale en santé, comme il en est notamment le cas au Brésil, par exemple. Dans les deux cas, cette intégration facilite l'accès à des services pour des catégories de la population typiquement pas ou peu couverte. Au Brésil, comme dans d'autres contextes, la protection sociale en santé atteint une couverture plus large que les services de santé au travail, et l'intégration des services de santé en leur sein peut contribuer à y favoriser l'accès ; à l'inverse, les mécanismes de protection sociale atteignent une très faible couverture à Madagascar, où les SMIE y jouent un rôle important. La question de l'implication de cette intégration pour la qualité des services est également soulevée au Brésil, mais ici encore dans l'autre sens, cela étant la qualité des services de santé au travail intégrés au sein du service national de santé qui est

considérée comme diluée (Aguilar and Vasconcellos 2015; Castro Gutiérrez 2005).

Le rôle que joue la CNAPS dans la prévention représente également un cas où un ou des fonctions de l'un des systèmes est délivré ou couvert par l'autre système, celui-ci s'alignant mieux avec ce qui se voit ailleurs cependant. En effet, la revue de la littérature identifie des exemples de régimes de protection sociale – particulièrement des branches de maladies professionnelles et accidents au travail – qui s'engagent dans des activités des services de santé au travail, notamment en Allemagne, où les branches de maladies professionnelles et accidents au travail s'engage dans la prestation de services de santé au travail pour certaines catégories de la population (Jain et al. 2021). En outre, la multiplicité des acteurs ayant des fonctions tels que soulignés dans la Convention 161 et l'absence de coordination entre eux n'est pas un problème spécifique à Madagascar, étant également signalé dans le contexte du Brésil où la présence de multiples acteurs ayant des responsabilités dans les régimes de protection sociale en santé et de services de santé au travail mène à une confusion généralisée sur les rôles de chacun, et même à l'inaction de certains vis-à-vis leurs rôles (Aguilar and Vasconcellos 2015).



Références

- Aguiar, Luciene, and Luiz Carlos Fadel Vasconcellos. 2015. 'A Gestão Do Sistema Único de Saúde e a Saúde Do Trabalhador: O Direito Que Se Tem e o Direito Que Se Perde'. *Saúde Em Debate* 39 (106): 830–40. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201510600030022>.
- Castro Gutiérrez, Alvaro. 2005. 'Occupational Risks in Latin America'. *International Social Security Review* 58 (2–3): 119–32.
- INSTAT. 2020. 'Troisième Recensement Général de La Population et de l'Habitation (RGPH-3)'. Institut National de la Statistique. https://www.instat.mg/documents/upload/main/INSTAT_RGPH3-Definitif-ResultatsGloaux-Tome1_17-2021.pdf.
- . 2022. 'Enquête Démographique et de Santé à Madagascar (EDSMD-V) 2021'. Antananarivo: Institut National de la Statistique. <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR376/FR376.pdf>.
- Jain, Aditya, Juliet Hassard, Stavroula Leka, Cristina Tecco, and Sergio Iavicoli. 2021. 'The Role of Occupational Health Services in Psychosocial Risk Management and the Promotion of Mental Health and Well-Being at Work'. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18 (7): 3632. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073632>.
- LHSS. 2023. 'Extension de La Couverture Santé Universelle à Travers Les Mutuelles de Santé : Les Perspectives Pour Madagascar'. Local Health System Sustainability Project. <https://www.lhssproject.org/resource/extension-de-la-couverture-sante-universelle-travers-les-mutuelles-de-sante-les#:~:text=Le%20gouvernement%20de%20Madagascar%20s,usagers%20des%20soins%20de%20sant%C3%A9>.
- Marmot, Michael. 2001. 'Economic and Social Determinants of Disease'. *Bulletin of the World Health Organization* 79:988–89.
- Ministère de la Santé Publique. 2020. 'Plan de Développement Du Secteur Santé 2020 - 2024'. Antananarivo: Ministère de la Santé Publique. <https://scorecard.prb.org/wp-content/uploads/2022/03/Plan-de-de%CC%81veloppement-du-secteur-sante%CC%81-2020-2024..pdf>.
- . 2021. 'Annuaire Des Statistiques Du Secteur de La Santé de Madagascar 2021'. Antananarivo: Ministère de la Santé Publique.
- MPPSPF. 2019. 'Stratégie Nationale de La Protection Sociale'. Antananarivo: Ministère de la Population, de la Protection Sociale, et de la Promotion de la Femme.
- OIT. 2019a. 'Evaluation Des Services de Santé Au Travail à Madagascar: Étude de Cas'. Geneva: International. Not published.
- . 2019b. 'Universal Social Protection: Key Concepts and International Framework'. Social Protection for All Issue Brief. <https://www.social-protection.org/gimi/RessourcePDF.action?id=55517>.
- . 2020. 'Towards Universal Health Coverage: Social Health Protection Principles'. Geneva: International Labour Organisation. <https://www.social-protection.org/gimi/RessourcePDF.action?id=56009>.
- . 2022. 'Étendre La Protection Sociale En Santé à Madagascar: Etat Des Lieux et Options Vers La Couverture Santé Universelle'. Geneva: International Labour Organisation. <https://www.social-protection.org/gimi/gess/Media.action?id=18890>.
- . 2023. 'Profil National de Sécurité et Santé Au Travail: Madagascar'. International Labour Organisation.
- . 2024a. 'World Social Protection Report 2024-26: Universal Social Protection for Climate Action and a Just Transition'. <https://www.ilo.org/media/593496/download>.

- . 2024b. 'Bridging Social Protection and Occupational Health to Advance Sustainable Development Goals'. <https://www.ilo.org/sites/default/files/2025-02/Bridging%20Social%20Protection%20and%20OSH%20to%20Advance%20Sustainable%20Development%20Goals.pdf>.
- . n.d.a. 'Diagnostic Approfondi Sur l'application Des Principes et Droits Fondamentaux Au Travail et de La Santé et Sécurité Au Travail Dans Des Secteurs d'activités Économiques de Madagascar - Rapport Final'.
- . n.d.b. 'Inventaire Des Mutuelles de Santé, Enquête de Satisfaction Des Bénéficiaires Santé CNaPS et Rôle Des SMT Dans l'extension de La Couverte à Madagascar'.
- OMS. 2021. 'Health and Climate Change Country Profile 2021 - Madagascar'. World Health Organisation. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/345482/WHO-HEP-ECH-CCH-21.01.08-eng.pdf?sequence=1>.
- . n.d. 'Global Health Expenditure Database'. <https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>.
- Persechino, B., L. Fontana, G. Buresti, B.M. Rondinone, P. Laurano, G. Fortuna, A. Valenti, and S. Iavicoli. 2017. 'Collaboration of Occupational Physicians with National Health System and General Practitioners in Italy'. *Industrial Health* 55 (2): 180–91. <https://doi.org/10.2486/indhealth.2016-0101>.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. 2024. 'Data Portal'. <https://population.un.org/dataportal/data/indicators/67/locations/704/start/1990/end/2024/table/pivotbylocation?df=b8580bb9-d132-4922-987f-7581411bf2b8>.

Protection sociale et santé au travail : Etat des lieux de la coordination institutionnelle à Madagascar

With the financial
support of



**MINISTÈRE
DU TRAVAIL
ET DE L'EMPLOI**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

**International Labour Organization
Governance Department - Occupational Safety
and Health and Working Environment Branch
Universal Social Protection Department**
Route des Morillons 4
CH-1211 Geneva 22
Switzerland



This publication was produced as part of the ILO's Flagship
Programme on Building Social Protection Floors for All