



# Analyse du système de financement de la santé à Madagascar

pour guider de futures réformes,  
notamment la CSU

FÉVRIER 2018

---

## FÉVRIER 2018

Cette publication a été préparée par Elise Lang (Palladium), Pascal Saint-Firmin (Palladium), Agathe Olivetti (Palladium), Mahefanirina Rakotomalala (Palladium) et Arin Dutta (Palladium) du projet Health Policy Plus.

Citation suggérée: Lang, E., P. Saint-Firmin, A. Olivetti, M. Rakotomalala and A. Dutta. 2018. *Analyse du système de financement de la santé à Madagascar pour guider de futures réformes, notamment la CSU*. Washington, DC: Palladium, Health Policy Plus.

Photo © 2017 David Alexander/Johns Hopkins Center for Communication Programs, courtoisie de Photoshare

ISBN-13: 978-1-59560-165-0

Health Policy Plus (HP+) est un accord coopératif de 5 ans financé par l'Agence Américaine pour le Développement International sous l'égide de l'accord No. AID-OAA-A-15-00051, qui a pris effet le 28 août, 2015. Les activités liées au VIH SIDA sont supportées par le Plan d'Urgence du Président Américain en matière de Lutte contre le VIH-Sida (PEPFAR). HP+ est mis en œuvre par Palladium, en collaboration avec Avenir Health, Futures Group Global Outreach, Plan International USA, Population Reference Bureau, RTI International, ThinkWell, et l'Alliance du Ruban Blanc pour une Maternité sans Risque.

Cette présente publication a été conçue pour examen par l'United States Agency for International Development (USAID). Elle a été préparée par HP+. Les informations fournies dans ce document ne sont pas des informations officielles du gouvernement des États-Unis et ne reflètent pas nécessairement les points de vue ou positions de l'USAID ou du gouvernement américain.

---

# Table des matières

Remerciements.....	iv
Liste des abréviations .....	v
Résumé .....	vii
1. Introduction .....	1
2. Méthodologie.....	6
3. Les progrès de la CSU : L'Accès aux soins de santé et les ressources du système .....	9
4. Mobiliser et déployer les ressources du gouvernement pour la santé .....	28
5. Le financement extérieur .....	41
6. Les mécanismes de protection financière en matière de santé .....	50
7. Discussion et recommandations.....	62
Bibliographie.....	68
Annexe 1. La couverture santé universelle (CSU) .....	73
Annexe 2. Modules de l'étude.....	75
Annexe 3. Liste des personnes rencontrées.....	76
Annexe 4. La chaîne d'approvisionnement des médicaments.....	77
Annexe 5. Processus du budget de l'État malgache .....	82
Annexe 6. La protection sociale .....	84

# Remerciements

Le bureau de Madagascar de Health Policy Plus (HP+) remercie le Ministère de la Santé Publique de Madagascar et le Ministère des Finances et du Budget pour avoir accueilli favorablement cette étude, et accordé son soutien politique indispensable à sa réalisation. L'équipe remercie particulièrement le Docteur Sylvie Andriamihaja, Directrice de la Cellule d'appui pour la mise en œuvre de la Couverture santé universelle (CSU), et l'équipe de la Direction des études et de la planification (DEP) pour leur implication dans l'organisation de l'étude, ainsi que dans l'identification et la mobilisation de personnes ressources sans lesquelles cette étude n'aurait pu réussir.

Nous remercions les piliers de cette étude, à savoir toutes les personnes clés qui ont accepté de répondre à nos questions malgré leurs emplois du temps chargés. Leur accueil et leur disponibilité nous ont permis de recueillir des informations utiles qui ont alimenté ce rapport.

Le bureau de Madagascar de Health Policy Plus (HP+) remercie le Bureau de l'USAID à Madagascar pour son soutien financier à la réalisation de cette étude, laquelle contribuera à l'avancement de la CSU.

# Liste des abréviations

AC	Agents communautaires
APD	Aide publique au développement
AS	Agent de santé
ASS	L'Afrique subsaharienne
BGE	Budget général de l'État
BM	Banque mondiale
CA-CSU	Cellule d'appui à la Couverture santé universelle
CDMT	Cadre de dépense à moyen terme
CHRD	Centre hospitalier de référence de district
CHRR	Centre hospitalier de référence régionale
CHU	Centre hospitalier universitaire
CNaPS	Caisse nationale de prévoyance sociale
CNSS	Caisse nationale de solidarité pour la santé
COSAN	Comité de santé
CPR	Caisse de prévoyance et des retraites
CPT	Comptes particuliers du Trésor
CRCM	Caisse des retraites civiles et militaires
CSB	Centre de santé de base
CSU	Couverture santé universelle
CTD	Collectivités territoriales décentralisées
DAAF	Direction des affaires administratives et financières
DAS	Dispositif d'assurance santé
DEP	Direction des études et de la planification
DGGFPE	Direction générale de la gestion financière du personnel de l'État
DOEB	Document d'orientation pour l'élaboration du budget
DRSP	Direction régionale de la santé publique
DTS	Dépenses totales de santé
EDS	Enquête démographique et de santé
ENSOMD	Enquête nationale sur le suivi des Objectifs du millénaire pour le développement
EPA	Établissement public à caractère administratif
FANOME	Financement pour l'approvisionnement non-stop en médicaments
FARMAD	Farmasia de Madagascar
FBR	Financement basé sur les résultats
FED	Fonds européen pour le développement
FEH	Fonds d'équité hospitalier
FFOM	Forces, faiblesses, opportunités et menaces
FMI	Fonds monétaire international
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
GAVI	Global Alliance for Vaccines and Immunization
HMP	Hopitaly Manara-Penitra
HP+	Health Policy Plus
HPI	Health Policy Initiative
HPP	Health Policy Project
IDA	Association internationale de développement

INSPC	Institut national de santé publique et communautaire
INSTAT	Institut national de la statistique
IST	Infections sexuellement transmissibles
LFR	Lois de finances rectificatives
LOLF	Loi organique relative aux lois de finances
MFB	Ministère des Finances et du Budget
MGA	Madagascar Ariary
MID	Marché interbancaire de devises
MSANP	Ministère de la Santé Publique
ODD	Objectifs de développement durable
OMD	Objectifs du millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
OSIE	Organisation sanitaire interentreprise
OSTIE	Organisation sanitaire tananarivienne interentreprise
P4H	Providing For Health
PASSOBA	Programmes d'appui aux secteurs sociaux de base
PAUSENS	Projet d'appui d'urgence aux services essentiels d'éducation, de nutrition et de santé
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PDSS	Plan de développement du secteur santé
PGA	Plateforme de gestion de l'aide
PHAGECOM	Pharmacie à gestion communautaire
PHAGDIS	Pharmacie de gros de district
PIB	Produit intérieur brut
PIP	Programme d'investissements publics
PMA	Paquet minimum d'activités
PNS	Politique nationale de santé
PNSC	Politique nationale en santé communautaire
PPP	Partenariat public-privé
PTA	Plan de travail annuel
PTF	Partenaires techniques et financiers
SALAMA	Centrale d'achat de médicaments de Madagascar
SEBAS	Service de l'exécution budgétaire des secteurs administratif et social
SIDA	Syndrome de l'immunodéficience acquise
SIGFP	Système d'information sur la gestion des finances publiques
SMAE	Service médical autonome d'entreprise
SMIE	Service médical interentreprises
SRO	Solution de réhydratation orale
TMC	Transferts monétaires conditionnels
TMDH	Transfert monétaire pour le développement humain
TOM	Taux d'occupation moyenne
TPC	Taux de prévalence contraceptive
TVA	Taxe sur la valeur ajoutée
UE	Union européenne
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international
USD	Dollar américain
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

# Résumé

## Introduction

Le gouvernement de Madagascar a créé un Plan de Développement du Secteur Santé 2014-2019 pour renforcer le secteur sanitaire, et faire en sorte que d'ici 2030, l'ensemble de la population soit en bonne santé, vive dans un environnement sain, et ait une vie meilleure et plus productive.

En 2015, Madagascar a également pris la décision d'élaborer une Stratégie Nationale sur la Couverture Santé Universelle (SN-CSU), qui se traduit par une approche globale de la protection des populations en leur donnant accès à des soins de santé de qualité et abordables. La stratégie se base sur un mécanisme d'assurance maladie qui inclut une Caisse nationale de solidarité pour la santé (CNSS), et un fonds dédié pour mettre en commun des financements et subventionner les cotisations des individus les plus pauvres. Le gouvernement procède actuellement à des essais pilotes de ce mécanisme dans trois districts répartis sur trois régions.

Dans ce contexte, il est primordial d'identifier les contraintes et les opportunités inhérentes au système de financement de la santé à Madagascar pouvant affecter son progrès vers la CSU telle qu'envisagée dans sa stratégie nationale.

Le projet Health Policy Plus (HP+), financé par USAID, s'est engagé en coordination avec le Ministère de la Santé Publique à Madagascar dans une évaluation du système de financement de la santé afin de générer des informations de référence exhaustives et prospectives pour la création de réformes et de propositions visant à opérer des changements spécifiques des systèmes existants.

## Méthodologie

Cette étude a pour objectif d'établir un diagnostic du système de financement de la santé qui servira à formuler des options de politiques et des recommandations pour la mise en œuvre de la stratégie de la CSU. L'approche adoptée par HP+ a permis d'examiner différentes composantes du financement de la santé, soit la collecte des revenus, la mise en commun des fonds et l'achat des services. Cette analyse a été conduite dans le contexte actuel de progrès vers la réalisation de la CSU et ses objectifs : équité, efficacité, accessibilité et responsabilité. En ce sens, l'analyse examine 6 thèmes clés : les conditions macroéconomiques et fiscales, les structures et institutions actuelles du financement de la santé, dont les mécanismes d'assurance maladie, les flux financiers au sein du système de santé, le comportement économique des individus et des ménages, les interventions clés du financement de la santé et le marché de la santé.

Les données secondaires ont été collectées au niveau national auprès du Ministère de la Santé Publique (MSANP), du Ministère des Finances et du Budget (MFB), des organisations non-gouvernementales, et de la recherche financée par P4H, la Banque mondiale, l'UNICEF, et le Fonds européen de développement, entre autres. Ces données concernent les indicateurs macroéconomiques et démographiques, les dépenses et l'utilisation des services de santé, les enquêtes auprès des ménages, la gestion des finances publiques, les enquêtes démographiques et de santé, les lois de finances, les rapports de suivi budgétaire et les rapports annuels du

MSANP. Des consultations auprès des parties prenantes clés ont également été effectuées pour collecter des informations qualitatives et quantitatives supplémentaires.

## Résultats

### Le secteur santé

**Les indicateurs de santé actuels et les lents progrès vers les objectifs de développement durable sont préoccupants.** 71,5% des personnes vivent sous le seuil national de pauvreté (535 603 d'Ar, soit environ 178 USD par personne et par an). Plus de 40% de la population a moins de quinze ans. La majorité des personnes vivent en milieu rural et travaillent dans le secteur informel, ce qui rend difficile leur accès aux services de santé et aux mécanismes de protection financière pour la santé. De plus, les taux de mortalité maternelle (478/100 000 naissances vivantes) et infantile (42/1000 naissances vivantes) demeurent élevés, et selon Track20<sup>1</sup>, le taux de prévalence contraceptive moderne des femmes en âge de procréer étaient d'environ 32% en 2017, avec un taux de fécondité de 5 enfants par femme. En outre, l'utilisation des services de santé est très faible. Par exemple, 14,6% des enfants de moins de 5 ans ayant la diarrhée reçoivent des solutions de réhydratation orale (SRO), alors que ces dernières sont disponibles dans 91,8% des centres de santé de base (CSB). Selon l'Enquête nationale sur le suivi des Objectifs du millénaire pour le développement de 2012/2013 (ENSOMD), les motifs les plus fréquents de non consultation médicale sont les suivants : maladie bénigne (42,8%), problème financier (32,6%), éloignement du centre de santé (8,2%), et inutilité (8,1%).

**La qualité des services de santé est faible et leur accessibilité est difficile.** Seuls 25% des CSB disposent des équipements nécessaires, et ces structures font face à des ruptures de stocks significatives. De plus, le système de santé est confronté à une pénurie de prestataires qualifiés. En moyenne, Madagascar dispose d'un médecin dans le secteur public pour 10 500 habitants, un infirmier pour 8400 habitants et une sage-femme pour 15 000 habitants, dont la répartition à travers le pays souligne d'importantes disparités régionales (PNDRHS, 2015). La distribution des CSB dans le pays ne répond pas toujours aux besoins de la population : la plupart des CSB<sup>2</sup>, qui ont la capacité d'offrir des soins obstétricaux essentiels, contrairement aux CSB<sup>1</sup>, sont concentrées à la capitale et sa région. Selon l'ENSOMD, 56% des consultations médicales ont lieu dans les centres de santé publics, et les consultations dans le secteur privé sont plus élevées en milieu urbain (54%) qu'en milieu rural (29%). Les plus pauvres utilisent moins les services de santé. Par exemple, seules 22% des femmes les plus pauvres accouchent dans un établissement sanitaire, comparé à plus de 60% chez les plus riches. L'insuffisance de matériels, équipements et personnel médical qualifié dans les structures sanitaires publiques démontre l'importance d'améliorer la qualité et la disponibilité des soins dans le secteur public.

### Le contexte macro-économique

**Le taux de revenu fiscal à Madagascar est parmi les plus bas de l'Afrique subsaharienne et ne permet pas d'atteindre les niveaux de développement requis par le pays pour mener à bien ses réformes.** Le Malgache moyen était 42% plus pauvre en 2010 qu'en 1960. Après la crise politique en 2009, la croissance annuelle du produit intérieur brut (PIB) a généralement augmenté par rapport à son point le plus bas de -4,7%. Selon le Fonds monétaire international (FMI), la croissance du PIB en 2016 était de 4,1%. La croissance est projetée à 4,5% en 2017, et 4,8% en 2018 (FMI, 2017). Toujours selon le FMI, en 2014, le revenu total du gouvernement était 10,1% du PIB et est prévu de passer à 10,4% en 2015 (FMI, 2016). Selon le Ministère des Finances et du Budget (MFB), les recettes fiscales sont de 9,8% du PIB en 2014, et 9,9% du PIB

---

<sup>1</sup> Track20 est un projet mené par Avenir Health pour soutenir les pays de FP2020 sur le suivi-évaluation de la planification familiale. <http://www.track20.org/>



en 2015. Comparé aux autres pays à faible revenu, le revenu de Madagascar est particulièrement bas. De plus, les impôts indirects représentent 66% des recettes. En raison du secteur formel peu développé, seules 20% des recettes fiscales et non-fiscales proviennent des impôts directs.

## Le financement de la santé

**Le budget alloué et l'exécution du budget de la santé sont focalisés sur les opérations de fonctionnement.** Très peu des recettes fiscales de l'Etat sont effectivement mobilisées pour soutenir les investissements. En 2016, 14,5% de ces recettes ont été dépensées dans les investissements, et 80% pour le fonctionnement. Au MSANP, le solde du budget a plus que triplé depuis 2006, tandis que celui de l'investissement est bas mais affichant une tendance à la hausse, tournant autour de 14% en 2012 et 29% en 2016. De plus, le budget est très centralisé et alloué principalement au niveau national.

**Le budget de la santé est dépendant du financement externe et des ménages.** La part des ressources intérieures finançant le budget du MSANP était de 4,6% en 2016, soit bien en-deçà des 10% et 15% recommandés par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et la Déclaration d'Abuja, respectivement, avec une évolution plutôt négative sur les 10 dernières années. Les ressources externes financent le budget de santé à hauteur de de 16% par an en moyenne depuis 2006. Le MSANP couvre en moyenne 37% des dépenses d'investissement sur le budget, dont les 63% restants sont financées par les ressources externes. En tenant compte des fonds hors budget des partenaires techniques et financiers (PTF), 72% des dépenses de santé (exécutées à travers le gouvernement et directement par les PTF) sont financées par les ressources externes et 28% par le gouvernement. Selon les estimations de l'OMS, 10% des dépenses totales en santé proviennent du secteur privé, 41% des ménages et 48% du gouvernement (fonds externes inclus). Les dépenses des ménages représentent donc un grand pourcentage des dépenses de santé. D'où l'importance de la protection financière.

**Le Ministère de la Santé Publique (MSANP) éprouve des difficultés à exécuter son budget.** Le taux d'exécution moyen des dépenses autorisées était de 67% entre 2006 et 2016, variant de 48% (2009) à 84% (2016). Les crédits non utilisés par le MSANP entre 2006 et 2016 sont estimés à un montant cumulatif de 925 milliards d'Ariary en valeur nominale, ce qui représente 15% des dépenses du budget de l'État en 2016. Le MSANP n'a pas de contrôle sur les décaissements du MFB. Par ailleurs, le MFB a placé des restrictions trimestrielles dans les circulaires de régulation des dépenses en fonction du cadrage macroéconomique. Le MSANP est donc limité par le montant des dépenses autorisées chaque trimestre et n'arrive pas à dépenser l'intégralité de son allocation budgétaire. De plus, le MSANP n'a pas de contrôle sur les décaissements et ne peut pas payer des services ou produits sans le MFB. Le MSANP doit soumettre ses demandes d'achat de fournitures ou de services au MFB pour paiement. Alors, l'allocation des fonds revient à une allocation de crédits à utiliser uniquement. La gestion financière joue un rôle important dans la capacité de décaissement de fonds.

## Les structures de financement de la santé

**Les mécanismes publics de protection financière pour la santé sont limités et ne couvrent qu'une petite partie de la population.** Etant donné que plus de 70% de la population travaille dans le secteur informel et n'a pas accès aux mécanismes d'assurance maladie ou à d'autres types de protection financière formelle dans le domaine de la santé, les mécanismes publics sont très importants. Les formations sanitaires publiques offrent des services de base et certains médicaments génériques (ex : anti-paludisme, subventionné par les bailleurs de fonds) gratuitement, mais les médicaments spécialisés, la majorité des médicaments génériques, les

chirurgies et les tests de laboratoire sont payants. Les fonctionnaires publics et leurs familles sont couverts par l'Etat s'ils utilisent une formation sanitaire du réseau désigné, mais il est avéré qu'une grande partie d'entre eux ne sont jamais remboursés pour leurs frais médicaux. Dans le secteur public, le Fonds d'équité a pour but de servir de mécanisme couvrant les coûts relatifs aux soins de santé offerts par des formations sanitaires publiques aux plus démunis. Ce fonds est financé à hauteur de 3% de 135% de la vente des médicaments dans la chaîne d'approvisionnement. Cependant, il est sous-utilisé et ne couvre que 1% de la population. Le développement de la Caisse nationale de solidarité pour la santé (CNSS) et la mise en œuvre de la stratégie nationale sur la CSU permettront de renforcer l'offre de la protection financière du secteur public et du secteur privé.

**Dans le secteur privé, la loi exige que les employeurs offrent un niveau de protection financière pour la santé à leurs employés, mais ce mécanisme ne couvre qu'une petite partie de la population.** La Caisse nationale de prévoyance sociale (CNaPS) est l'opérateur technique principal de protection sociale et couvre 7% de la population. Elle offre le remboursement des frais d'hospitalisation durant l'accouchement. Les employeurs ont l'obligation de s'affilier avec une organisation sanitaire inter-entreprises (OSIE). Une OSIE est un type d'organisation qui offre un panier de soins aux personnes affiliées à un employeur du secteur formel. Une OSIE peut créer son propre centre de soins ou négocier des marchés avec des prestataires publics ou privés. Les opérateurs offrent une gamme de soins variée, notamment des services médicaux de base à la fois préventifs et curatifs. Le taux maximum de cotisation est par décret de 5% pour les employeurs et 1% pour les employés, et il est estimé que 3 à 5 % de la population est couverte par ce mécanisme (moins de 30% de la population travaille dans le secteur formel).

**Madagascar dispose depuis longtemps de mutuelles de santé au niveau communautaire, mais la couverture de ces dernières est limitée.** L'ensemble des mutuelles ne couvrent qu'une faible partie de la population (moins de 1%) et sont financées par les bailleurs de fonds, ou autofinancées par les cotisations variant de 10 à 40%.

**Les PTF subventionnent également des mécanismes pilotes de financement de la santé dans plusieurs régions, mais la pérennisation de ces activités telles que financées par les bailleurs de fonds, demeure incertaine.** Le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) soutient une initiative pilote de financement basé sur la performance pour motiver les prestataires à travailler dans les CSB de zones enclavées. La Banque mondiale soutien des approches de financement basé sur les résultats pour les CSB qui travaillent avec des agents communautaires. Marie Stopes et le Projet d'appui d'urgence aux services essentiels d'éducation, de nutrition et de santé (PAUSENS) ont mis en place des systèmes de vouchers. Bien que ces expériences aient permis de tirer de nombreuses leçons et de générer des résultats encourageants, la durabilité de ces mécanismes est faible étant donné que les incitations sont payées par des ressources externes.

## Recommandations et conclusion

Compte tenu des informations analysées, les conclusions et recommandations suivantes sont proposées pour guider les décisions futures concernant la CSU.

**Le gouvernement devrait prendre en compte l'efficacité du système de financement de la santé.** Les fonds pour la santé devraient être alloués sur la base des besoins et de la densité de la population visée pour assurer l'équité géographique des services de santé. De plus, le MSANP devrait prioriser le financement des services primaires au niveau des CSB et des centres hospitaliers de référence de district (CHRD) avant les soins tertiaires. Le MSANP a commencé à prioriser la santé de la reproduction, maternelle, néonatale et infantile dans son budget (16% en

2016 et 33% en 2017) et devrait renforcer les efforts susmentionnés en utilisant les cadres d'investissement qui permettront de refléter sur le moyen terme cette priorisation budgétaire des activités liées aux programmes essentiels.

**Le gouvernement devrait améliorer la gestion des finances publiques avant de mobiliser les ressources.** Pour que le MSANP ait plus de contrôle sur l'exécution budgétaire, il est recommandé de traiter en premier lieu des restrictions de dépenses émises par le MFB, qui limitent constamment la capacité du MSANP à dépenser ses fonds de manière opportune. Le MSANP devrait faire une analyse des flux financiers pour explorer les causes profondes de la baisse du taux d'exécution et des goulots d'étranglement inhérents au système, particulièrement au niveau des régions, limitant l'accès opportun aux fonds budgétaires alloués. Réformer et améliorer ce processus serait d'utilité pour l'ensemble du gouvernement. Par ailleurs, il est d'importance critique d'assurer une meilleure coordination avec les PTF pour faciliter la prévision des ressources disponibles et leur utilisation dans chaque domaine de la santé, évitant ainsi les duplications d'efforts. Les ressources externes devraient aussi être harmonisées et alignées avec les objectifs du gouvernement.

**Il est nécessaire de mobiliser des ressources gouvernementales appropriées pour la santé afin de soutenir les réformes.** Une grande réforme du système de santé requiert le financement de l'amélioration de la qualité et de l'accès aux soins, ainsi que l'amélioration de l'efficacité du système dans son ensemble. Le MSANP devrait mener un plaidoyer auprès du MFB pour obtenir les ressources nécessaires. Pendant que le gouvernement mobilise des ressources additionnelles pour la santé, il devra continuer à répartir les coûts en assurant la participation de ses concitoyens, mais aussi de façon plus équitable afin d'éviter de faire basculer certaines populations dans la pauvreté. Partant de ce principe, le MSANP pourrait avec ce financement additionnel soit réduire les frais d'utilisation des services, soit les utiliser pour promouvoir les mécanismes de prépaiement au lieu de la gratuité. Cependant, le gouvernement ne devrait pas éliminer complètement les tickets modérateurs car cette source de revenu est primordiale pour le fonctionnement du système actuel.

**Compte tenu de la fragmentation des systèmes de prépaiement, il faut clarifier les rôles de ces derniers et standardiser les différents paniers de soins offerts.** La création d'une feuille de route harmonisée pour l'augmentation de la couverture de l'assurance maladie témoigne de la volonté politique du gouvernement, et permettra de gagner le soutien politique de chaque partie prenante et d'assurer la disponibilité des ressources pour la phase de mise en œuvre, mais aussi pour libérer plus de ressources pour la santé provenant de fonds mutualisés en fonction d'une répartition large et diversifiée des risques. Etant donné l'espace fiscal et la capacité fiscale limités, les financements issus de la mise en commun des risques gérés par un système d'assurance maladie opérant au niveau central et à grande capacité de redistribution entre différents schémas, permettra l'inter-financement à moyen terme entre différents groupes d'adhérents selon les principes de solidarité. Dans le secteur public, il est important que les fonctionnaires puissent avoir un accès réel aux soins, et que les responsables de la prestation des services dans le panier de soins couverts soient clairement identifiés. Il conviendra également augmenter la couverture de l'assurance maladie dans le secteur formel privé, tout en harmonisant ses paniers de soins avec ceux du secteur public. Etant donné que certaines entreprises négligent leur responsabilité d'affiliation, le contrôle des entreprises par le gouvernement est impératif pour faire respecter l'application des lois de protection sociale. Une régulation du panier de soins s'impose quant à son contenu, sa disponibilité et sa qualité.

**Pour la stratégie de CSU spécifiquement, il sera important de prendre en compte la structure de la Caisse nationale de solidarité pour la santé (CNSS) dans son processus de mise en place pour assurer la pérennisation d'un système de collecte de fonds visant une contribution volontaire de la population.** Le panier de soins devrait inclure des services répondant aux besoins de la population et suffisamment attractifs pour l'inciter à y adhérer. Ce processus devrait inclure une stratégie de communication permettant de sensibiliser et d'informer la population afin d'assurer son adhésion au dispositif assurantiel, et son utilisation subséquente des services de santé. Il faudra identifier les personnes prises en charge par l'Etat à travers un mécanisme de ciblage fiable, objectif et transparent, et une estimation adéquate des ressources nécessaires et disponibles pour une couverture optimale. Une CNSS pleinement fonctionnelle nécessite des dispositions légales et réglementaires adéquates permettant de définir clairement, à partir d'un cadre institutionnel cohérent et réaliste, les rôles et liens fonctionnels de chaque structure impliquée dans sa mise en place et ses opérations. Il faudra que le processus et les opérations soient transparents, et que plusieurs mécanismes de redevabilité figurent dans le manuel de procédures. Le modèle actuel d'achat des services par le gouvernement est passif dans la plupart des cas, c'est pourquoi il faut réfléchir à adopter un mécanisme d'achat permettant d'assurer l'efficacité, la transparence et la motivation des prestataires de services. Le MSANP devrait continuer à développer les réglementations appropriées pour la CNSS et définir les rôles de chaque structure impliquée dans la mise en œuvre de la CSU. Le MSANP se doit d'initier des réflexions sérieuses et inclusives sur la façon dont les mutuelles de santé existantes devront contribuer à cette nouvelle vision de protection financière nationale pour la santé.

**Le chemin vers la réalisation de la CSU sera long.** Cette couverture universelle ne pourra être atteinte sans faire de bons choix et sélectionner des modèles appropriés. Son processus est progressif : soit descendant, c'est-à-dire à travers l'expansion des bonnes pratiques ou programmes prometteurs, y compris l'assurance maladie et la sécurité sociale, soit descendant, en réduisant avec le temps les frais d'utilisation pour les individus les plus pauvres, soit les deux. Il est nécessaire de réfléchir sur l'efficacité du système, d'examiner les programmes prioritaires et la gestion financière. Les populations les plus vulnérables doivent être prises en compte en procédant à des choix de couverture judicieux quant aux types de services les mieux adaptés aux besoins des populations pour augmenter l'utilisation des formations sanitaires et qui éviteraient les dépenses catastrophiques en santé. S'il dispose d'un processus planifié, harmonisé et coordonné, le pays atteindra ses objectifs étape par étape.

# 1. Introduction

Ce document analyse le système de financement de la santé de Madagascar, à la lumière des récentes réformes politiques et de l'engagement du pays pour atteindre les Objectifs de développement durable (ODD) et mettre en place la Couverture santé universelle (CSU). La stratégie nationale pour la CSU, développée par le gouvernement de Madagascar en partenariat avec *Providing for Health* (P4H), a posé les jalons de la CSU et d'un système d'assurance santé permettant une meilleure répartition des risques et un meilleur accès aux soins de santé pour tous.

Health Policy Plus (HP+), projet financé par l'USAID, en coordination avec le MSANP et P4H, s'est engagé dans une évaluation du système de financement de la santé pour générer des informations de référence exhaustives et prospectives pour le développement de réformes et recommandations en vue d'apporter des changements spécifiques aux systèmes et organisations existants. Le financement de la santé est instrumental à la CSU.

## 1.1 Stratégie pour la couverture santé universelle

**L'histoire de Madagascar est marquée par l'instabilité politique.** En 2009, le président élu a été évincé et le maire d'Antananarivo a pris le pouvoir. À cette époque, les États-Unis, l'Union européenne et d'autres bailleurs de fonds ont suspendu leur aide au gouvernement. La crise a duré jusqu'en 2013, lorsque le pays a tenu des élections présidentielles et élu Hery Rajaonarimampianina. Celui-ci a prêté serment en 2014, avant que les bailleurs de fonds ne reviennent soutenir le gouvernement.

La crise a appauvri davantage encore le pays. En effet, l'indice de pauvreté de Madagascar est toujours élevé : 77,1% des Malgaches vivent avec moins de 1,25 dollar PPA par jour et se trouvent, par conséquent, dans une situation de pauvreté extrême. La croissance économique du pays est lente (3%) et le chômage persiste (3,6%) (Tableau 1) (BM, 2016). Selon la Banque mondiale, plus de 80% du financement public dans le secteur de la santé provient de fonds externes (Banque mondiale, 2014). La couverture des services de santé de base reste faible. Par exemple, le taux de couverture de la thérapie antirétrovirale de Madagascar est de seulement 2%, et seulement 31,8% des enfants de moins d'un an sont vaccinés. Enfin, moins d'un accouchement sur deux est assisté par du personnel médical qualifié (Figure 1.1). De plus, avec des taux de mortalité infantile et maternelle et de malnutrition élevés, Madagascar se classait au 154<sup>ème</sup> rang (sur 175 pays) de l'indice du développement humain en 2015 (PNUD, 2016). Selon

### HP+ Madagascar

Health Policy Plus (HP+) est un projet financé par l'USAID. Il a pour objectif de créer un environnement favorable à l'offre de services de santé, de fournir des produits médicaux et d'appuyer des systèmes de prestation de service équitables et durables. HP+ est présent à Madagascar depuis 2015, s'appuyant et poursuivant une décennie de collaboration à travers d'autres projets également financés par l'USAID : Health Policy Initiative (HPI, 2005-2010) et Health Policy Project (HPP, 2010-2015). HP+ se base sur cette expérience pour collaborer avec le ministère de la Santé publique (MSANP) et les autres partenaires techniques et financiers (PTF), dans le but de renforcer le système de santé. L'USAID et HP+ partagent la vision de long terme d'un système de santé renforcé, amélioré et équitable, à même de répondre aux besoins de la population malgache.

OMS, les causes principales de la mortalité à Madagascar en 2012 étaient les accidents vasculaires cérébraux, les infections respiratoires basses, la tuberculose, les maladies diarrhéiques et la maladie coronarienne.

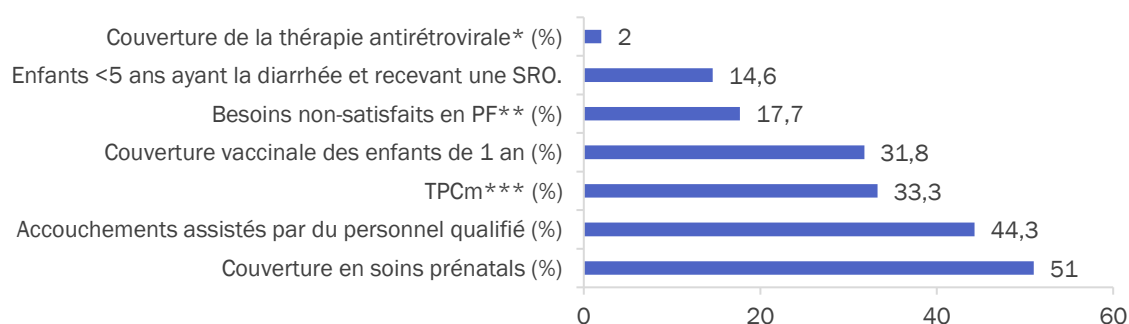
Selon l’OMS, les causes principales de mortalité restent les maladies transmissibles, infantiles et nutritionnelles avec un taux cumulé de 51%. Les maladies non transmissibles, quant à elles, représentent 42% des décès (Figure 1.2).

Tableau 1. Contexte de Madagascar, 2015

	Madagascar	Afrique subsaharienne
<i>Population et démographie</i>		
Population totale (millions)	24,24	1000,9
Taux de croissance de la population (%)	2,8	2,7
Pauvreté à \$2 PPA actualisé (%) (2012)	91	46,1
Population active (2014) (millions)	12,1	384
<i>Indicateurs économiques clés (2015)</i>		
Taux de croissance du PIB (%)	3	3
PIB par habitant (USD)	412	1570
Taux de chômage (2012) (%)	3,6	8
Taux d'inflation (%)	7,4	3,8
Déficit (% du PIB)	2,2	2,4
<i>Indicateurs de santé clés (2013)</i>		
Espérance de vie (années)	64,7	58
Ratio de mortalité maternelle*	478	573
Ratio de mortalité infantile**	42	60
Indice de fécondité***	5	5

\*Pour 100 000 naissances vivantes \*\* Pour 1000 naissances vivantes \*\*\* Par femme  
Sources : Gouvernement de Madagascar, Banque mondiale, Fonds monétaire international

Figure 1.1 Couverture des services de santé, 2013



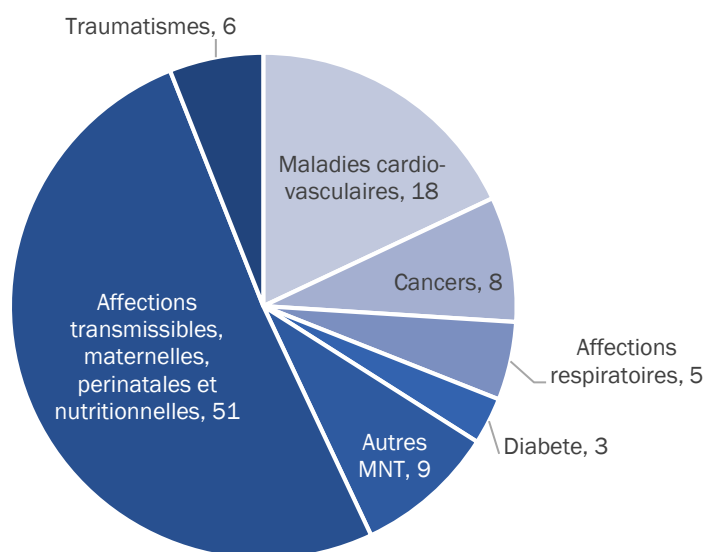
\* Couverture TAR : Individus avec un niveau d’infection VIH élevé ; SRO : Solution de réhydratation orale

\*\* Besoins non satisfaits : Femmes en union

\*\*\* TPCm : Femmes en union, méthodes modernes

Sources : ENSOMD, 2013 ; OMS, 2014

Figure 1.2. Les causes de mortalité à Madagascar, en pourcentage, 2010



Source : OMS, 2010

Considérant la situation du pays depuis la crise de 2009, le gouvernement et le Ministère de la Santé se sont engagés à restaurer la confiance dans les services gouvernementaux. **En 2014, Madagascar a pris la décision d'élaborer une Stratégie nationale sur la Couverture santé universelle (SN-CSU).** Cette stratégie constitue le document référentiel et le cadre fédérateur de la protection des populations dans le but de leur donner accès à des soins de qualité et abordables. Les piliers de cette stratégie sont : l'intersectorialité, l'accessibilité et l'équité des prestations sociales et sanitaires pour l'ensemble de la population, y compris les plus pauvres et les plus vulnérables, la protection contre les risques financiers, l'assurance de la qualité des soins et la transparence du système de santé (Stratégie de la CSU, 2015).

**Il existe plusieurs manières d'atteindre la CSU, en tenant compte de ces six orientations<sup>2</sup>.** Pour de nombreux pays, notamment Madagascar, l'action la plus significative est la mise en place progressive d'un système d'assurance santé qui inclut trois catégories d'adhérents : les employés du secteur formel, les employés du secteur informel et les populations les plus pauvres, dont les soins pourront être subventionnés. Il s'agira, par le biais d'un mécanisme de remboursement ou de tiers payant, d'exempter entièrement ou partiellement les

### Les six orientations stratégiques de la CSU sont les suivantes :

1. Protéger les individus et leurs familles contre les risques financiers liés à leur accès aux services de santé
2. Améliorer la disponibilité effective des services de santé de qualité
3. Diminuer l'exposition de la population aux risques sanitaires
4. Mobiliser les ressources financières pour la mise en œuvre de la Couverture santé universelle
5. Prendre davantage en compte les souhaits de la population
6. Faire accéder la population en situation d'extrême pauvreté à un socle minimum de prestations sociales et de santé

<sup>2</sup> Pour en savoir plus de la CSU, veuillez consulter l'Annexe 1.

individus de la charge financière des soins de santé, selon un panier de soins défini, sur le site de prestation de service de santé. Le (MSANP) est un acteur clé de cette réforme et travaille avec d'autres ministères et intervenants, tels que le Ministère des Finances et du Budget, le Ministère de la Population, le Ministère de l'Intérieur et de la Décentralisation, et la centrale d'achat SALAMA. Un comité technique de la CSU a été formé, soutenu par une unité d'appui opérationnelle et intersectorielle chargée de la facilitation et de la coordination (République de Madagascar, 2015). Le gouvernement a décidé d'établir les lois et réglementations nécessaires pour la mise en place d'un système d'assurance maladie. Au début 2017, le gouvernement a signé un décret et des arrêtés d'application pour la mise en place de la Caisse nationale de solidarité pour la santé (CNSS) en tant qu'entité publique à caractère administratif. Ce mécanisme collectera et gèrera les contributions publiques pour les services et le remboursement des prestataires. L'autre mécanisme, selon la stratégie de la CSU, repose sur un Fonds dédié alimenté par un financement du gouvernement et des PTF pour subventionner la CNSS.

**Le financement de la santé est un élément intrinsèque à la CSU. Étant donné qu'à Madagascar les ressources sont limitées et dépendent des PTF, il est important d'analyser la mesure dans laquelle les ressources en matière de santé sont disponibles et suffisantes, et de déterminer si elles sont collectées, mises en commun et allouées de manière efficace et équitable dans le but de réaliser la CSU.** Le financement du système de santé a un impact majeur sur la capacité des individus à accéder aux services de santé, sur le mode de paiement et sur la qualité des services.

**À l'heure où Madagascar amorce sa transition vers l'établissement de la CSU, il est primordial d'identifier les contraintes et les opportunités inhérentes au système, dans le but d'aider l'accélération et la durabilité du progrès vers la CSU.** Les réformes du système de financement de la santé pour la CSU peuvent avoir des effets bénéfiques sur la santé générale de la population et sur leur protection financière face aux risques de dépenses catastrophiques de santé. Néanmoins, ces réformes peuvent aussi avoir des conséquences négatives et accroître la pression fiscale sur le gouvernement.

***Par conséquent, ce rapport répond à la question suivante : le système de santé à Madagascar est-il efficace et équitable pour mobiliser, mutualiser et allouer des ressources afin d'acheter et offrir des services de santé, dans le contexte de la réalisation de la CSU ?***

Dans cette analyse, les thèmes d'équité, d'efficacité et de transparence sont transversaux et portent sur toutes les fonctions du système de financement de la santé.

**Ce rapport est structuré en sept sections :**

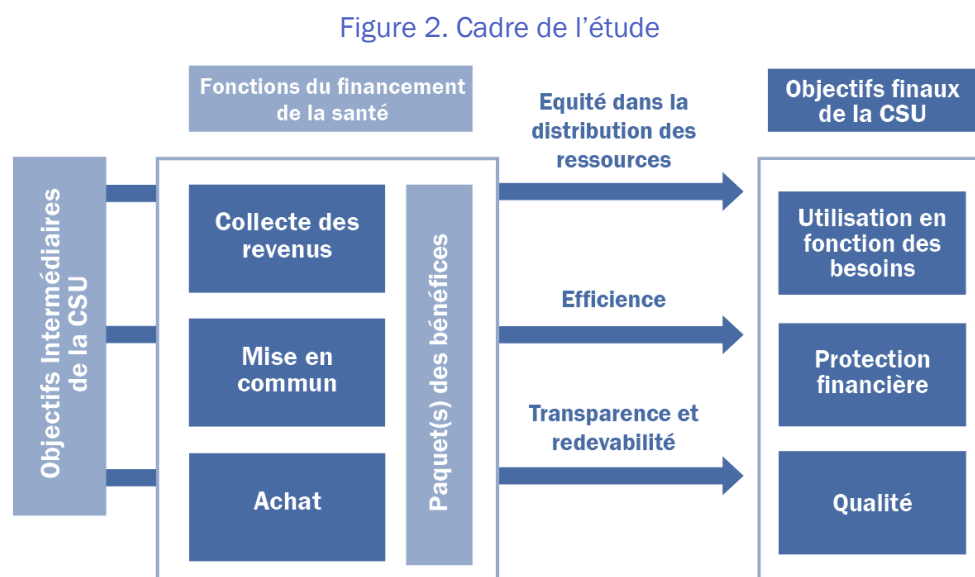
- Introduction
- La section 2 présente la méthodologie de cette étude, le contexte en évolution des analyses systémiques du financement de la santé, ainsi que les analyses existantes.
- La section 3 présente l'état des lieux des progrès réalisés à Madagascar dans le domaine de la CSU, en offrant un aperçu détaillé du niveau d'accès de la population aux soins de santé primaires, ainsi que de l'offre de soins, et du financement national de la santé.
- La section 4 est une analyse détaillée de la mobilisation et de l'allocation des ressources publiques du gouvernement pour la santé.



- La section 5 examine les autres sources de financement de la santé et des programmes de financement de la santé soutenus par les partenaires techniques et financiers.
- Les sections 6 fait état des systèmes de prépaiement pour le financement de la santé.
- La section 7 met en perspective les sections précédentes et émet des recommandations

## 2. Méthodologie

Les évaluations classiques des systèmes de financement de la santé utilisent une approche fonctionnelle axée sur les fonctions de financement de la santé telles que définies dans la grille d'analyse élaborée par J. Kutzin en 2001, et reprise par l'OMS en 2010. L'utilisation de réformes politiques, structurelles et institutionnelles d'un système de financement de la santé, dans la perspective d'accéder progressivement à la Couverture sanitaire universelle (CSU), requiert une nouvelle approche conceptuelle, méthodologique et analytique prenant en compte les dimensions de rapport coût-efficacité (rentabilité), d'équité, de qualité (à la fois en termes d'efficacité clinique et d'efficacité de l'offre, soit capacité de réponse/ajustement aux besoins et attentes des clients), de transparence et de redevabilité, et d'accès de façon transversale à toutes les fonctions de financement de la santé. Cette évaluation se fonde sur une approche utilisant les problèmes identifiés comme point de départ pour formuler des options de politiques et des recommandations en matière de financement de la santé pour la CSU, comme indiqué dans la figure 2.



**Dans cet environnement politique orienté vers la réforme, d'autres études ont récemment été réalisées à Madagascar pour appuyer la réalisation de la CSU.** Une équipe de consultants de P4H a analysé les modalités de mise en œuvre du dispositif d'assurance santé à Madagascar. Cette étude s'appuie sur l'analyse de la situation sanitaire, macroéconomique et du financement de la santé. L'étude de P4H examine les hypothèses pour le panier de soins, le cadre juridique et l'organisation de la mise en place du dispositif d'assurance santé. Une étude financée par le Fonds de développement européen examine la capacité d'absorption des fonds investis par les PTF. Nous avons intégré des résultats de cette étude dans le contexte global du financement de la santé. Cette étude sur le système de financement de la santé vise à rassembler toutes les données disponibles sur le fonctionnement et les mécanismes de financement existants pour la santé, et à examiner les défis et les opportunités à exploiter dans la mise en place la CSU à travers un dispositif d'assurance nationale de santé.

## 2.1 Thèmes clés

Les problèmes clés examinés dans cette évaluation, et qui définit son orientation stratégique, peuvent être conceptualisés sous forme de questions de recherche :

1. Quelles sont **les conditions macroéconomiques et fiscales** actuelles, en lien avec la CSU, du contexte spécifique de la capacité du gouvernement de Madagascar à générer des revenus et à les investir dans le secteur de la santé (ex. santé publique), aujourd'hui et à l'avenir, pour contribuer à l'expansion du mécanisme de mutualisation des risques ?
2. Quelles sont **les structures et institutions actuelles de financement de la santé**, au sein et en dehors du gouvernement, et comment fonctionnent-elles dans tous les **domaines du financement de la santé** ? Dans quelle mesure sont-elles susceptibles de changer ?
3. **D'où proviennent les ressources** et comment ces fonds **circulent-ils au sein du système de santé**, entre les prestataires de soins et les bénéficiaires ? Quels éléments de ce processus peuvent être modifiés pour améliorer l'allocation, l'efficacité technique, et la suffisance des fonds dans les quatre à cinq prochaines années (avant la mise à l'échelle de l'assurance santé) ?
4. Comment **les individus et les ménages** se comportent-ils économiquement dans le système actuel de financement de la santé et quels sont leurs niveaux de satisfaction et de **protection financière** dans leur accès aux soins ? Quelles sont les tendances importantes des indicateurs économiques et sociaux au niveau des ménages, à même de guider de futures réformes du système de financement de la santé, en termes de demande ?
5. Quel est le statut de la mise en œuvre des **interventions clés du financement de la santé** à Madagascar pour améliorer la qualité (ex. incitations à travers le financement par la performance), l'accès (ex. à travers l'expansion du choix avec des vouchers), et l'utilisation (ex. prépaiements à travers des assurances) ? Quels enseignements ont pu être tirés pour faciliter une réforme ?
6. Dans quelle mesure **le marché de la santé** est-il ouvert et compétitif dans le pays, à tous les niveaux, et quelles sont les variations observées sur le plan géographique et socioéconomique ? Plus spécifiquement, quel est le rôle du secteur privé à but lucratif et du secteur privé à but non lucratif dans la prestation de services, la vente en gros et au détail des produits, et les autres aspects de la valeur partagée ?

À partir de ces questions, nous avons défini sept modules qui ont guidé et structuré le processus de collecte d'informations et de développement des indicateurs. Les sept modules sont les suivants : **le contexte du pays, les résultats de santé actuels, le contexte du système de santé, les institutions et fonctions du financement de la santé, le comportement des ménages et les résultats de financement, les interventions clés et le marché de la santé**. Ces informations structurées par domaine technique, et issues de la collecte de données qualitatives, quantitatives, primaires et secondaires seront combinées pour répondre aux questions clés de politiques de financement en rapport avec la CSU. L'Annexe 2 offre une vision générale des domaines clés de collecte de données ayant trait aux préoccupations ci-dessus. Ces domaines reflètent les approches courantes et les changements des modes de pensée liés aux évaluations des systèmes de financement de la santé.

## 2.2 La collecte de données

Cette évaluation a été menée à l'échelle nationale. Le secteur de la santé malgache dans son ensemble a été systématiquement examiné, synthétisé et analysé. De plus, des données cruciales pour la CSU ont été recueillies, à savoir :

- Les dépenses publiques de santé nationales
- Les données liées aux dépenses des ménages, à la couverture de l'assurance maladie, et à l'accès aux soins
- Les interventions innovantes liées à l'utilisation des bons et au financement basé sur les résultats (FBR)
- La protection financière
- La taille, le rôle et la réglementation du secteur privé dans la santé

Plus précisément, cette évaluation du système de financement de la santé comprend des analyses d'un large éventail de données obtenues auprès du MSANP, du Ministère du Budget et des Finances (MBF), des organisations non gouvernementales et des consultants individuels. Ces données concernent les indicateurs macroéconomiques, les données démographiques, les dépenses et l'utilisation des services de santé, les résultats des différentes enquêtes effectuées auprès des ménages (EPM), le Système d'information sur la gestion des finances publiques (SIGFP), la base de données nationale de l'aide publique au développement de la plateforme de gestion de l'aide (PGA), l'Enquête nationale sur le suivi des Objectifs du millénaire pour le développement à Madagascar (ENSOMD), les résultats des Enquêtes démographiques et de santé (EDS), les lois des finances, les rapports annuels du MSANP et des comparaisons internationales basées sur les indicateurs de suivi du progrès vers la CSU de l'Organisation mondiale de la santé, ainsi que les indicateurs de développement mondiaux de la Banque mondiale.

Des parties prenantes clés ont été interviewées pour obtenir de plus amples informations, mettre en évidence certains aspects nécessitant une analyse plus approfondie, mais aussi pour confirmer les découvertes clés. La liste des contacts et des personnes ayant fait l'objet d'entretiens figure dans l'Annexe 3.

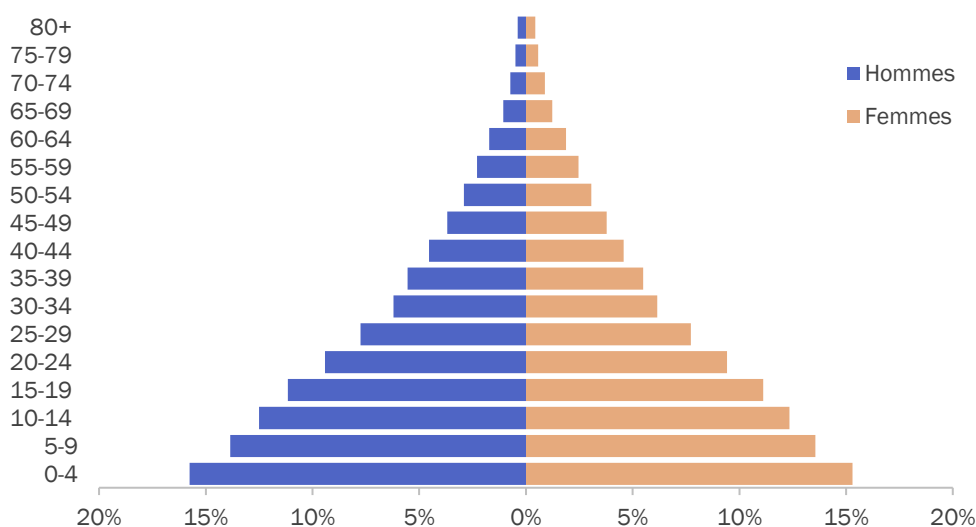
# 3. Le progrès de la CSU : L'Accès aux soins de santé et les ressources du système

Au-delà du financement de la santé, la qualité des soins est essentielle pour réaliser la CSU. Cette partie de l'étude examine le contexte de la santé, ainsi que la qualité et l'accessibilité des soins.

## 3.1 Contexte sanitaire et économique de Madagascar

La République de Madagascar est la quatrième plus grosse île au monde. Située dans l'océan Indien, au large des côtes de l'Afrique du Sud-Est, cette île compte près de 24,2 millions d'habitants. Au total, 41,7% de la population a moins de 15 ans, et la population âgée de plus de 65 ans ne représentait que 2,5% de la population en 2014, soit un taux en-dessous de la moyenne pour l'Afrique subsaharienne, qui est de 3,1%. La population est très jeune, avec un indice de fécondité élevé (plus de 4 enfants par femme). Dans le futur immédiat, on anticipe peu de changements dans la structure de la population (Figure 3). Parmi les 24,2 millions de Malgaches, 65% vivent en milieu rural, ce qui rend l'accès aux services de santé très difficile pour la majorité des habitants (BM, 2016).

Figure 3. Pyramide des âges de la population de Madagascar (%), 2014



Source : DemProj d'OneHealth Tool, utilisé pour le PDSS en 2014

## 3.2 Les objectifs de développement du millénaire

Pour mettre fin à l'extrême pauvreté et aux problèmes qui en résultent (malnutrition, problèmes de santé, entre autres), Madagascar s'était engagé en l'an 2000 à atteindre les objectifs de développement du millénaire (ODM) d'ici 2015. Néanmoins, la plupart des résultats escomptés n'ont pas été obtenus.

**Comme indiqué dans le tableau 2, l'ensemble des indicateurs de suivi des OMD présentent des écarts entre les valeurs obtenues et les valeurs cibles.** Certains de ces écarts atteignent jusqu'à 900%, avec seulement 7,1% de la population utilisant des infrastructures sanitaires améliorées par rapport à un objectif initial de 71%. Et des difficultés persistent dans les domaines suivants : problèmes de gouvernance, accès réduit aux services sociaux, baisse des financements pour le développement. Dans le domaine de la santé, on observe les principaux défis suivants (République de Madagascar, 2016, Rapport national de revue) :

- **La qualité de l'offre et des services** est affectée par des infrastructures non fonctionnelles et inadéquatement équipées, des médicaments difficilement accessibles et onéreux, et un manque de personnel médical adéquatement formé.
- **L'environnement et la nourriture** posent des risques sanitaires.
- **Les médicaments** au sein des centres de santé de base (CSB) et les hospitalisations entraînent des coûts, souvent exorbitants (selon l'ENSOMD, les dépenses moyennes les visites médicales et des médicaments sont de 26,424 ariary, soit 8,4 USD). Cela amène une partie de la population à renoncer aux soins ou à faire face à des dépenses de santé catastrophiques. Le manque de moyens financiers alimente en outre l'automédication dans la mesure où les personnes n'ont pas les moyens financiers de se faire diagnostiquer ou dépister.
- **Les moyens financiers** mis à disposition par le gouvernement malgache pour la santé demeurent insuffisants.

Par conséquent, en 2013, moins de la moitié des femmes ont eu accès à des soins prénatals, à des accouchements encadrés par du personnel médical ou à des services de contraception. Pareillement, moins de la moitié des enfants de 1 an sont complètement vaccinés, et moins de la moitié des enfants de moins de 5 ans ayant la diarrhée reçoivent des sachets de solution de réhydratation orale (SRO) (BM, 2016).

**Madagascar s'oriente vers les objectifs de développement durable pour réaliser la CSU.** Le nouvel engagement de Madagascar est désormais celui de l'Agenda de 2030 pour le développement durable et l'atteinte des 17 objectifs de développement durable (ODD), dans le but de résoudre les problèmes qui minent l'économie, la santé et le développement du pays. Cette vision se retrouve également dans le Plan national de développement 2015-2019, qui a pour but de faire de «Madagascar, une nation moderne et prospère» et de servir de nouveau référentiel de développement (République de Madagascar, 2016, Rapport national de revue). Parallèlement, le gouvernement a créé un plan de développement du secteur de la santé pour redresser le secteur sanitaire, et veiller à ce que d'ici à 2030, l'ensemble de la population soit en bonne santé, vive dans un environnement sain, et ait un vie meilleure et plus productive (PDSS, 2015), mais surtout, pour tendre vers la Couverture santé universelle (CSU).

Tableau 2. État des lieux du progrès vers la réalisation des ODM à Madagascar, 2013

	2013 EDS	2015 Cible	Écarts
<b>1. Éradiquer la faim et l'extrême pauvreté</b>			
Proportion de la population vivant sous le seuil national de pauvreté (535 603 Ar) (%)	71,5	35	51%
Proportion de la population vivant en situation d'extrême pauvreté (%)	52,7	14	73,44%
<b>2. Assurer l'éducation primaire pour tous</b>			
Taux d'achèvement de l'école primaire (%)	68,8	100	-45,35%
Taux d'alphabétisation des personnes de 15 ans et plus (%)	71,6	100	-39,70%
<b>3. Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes</b>			
Ratio filles/garçons dans le système éducatif universitaire	0,73	1	-37%
Proportion de femmes salariées dans le secteur non-agricole (%)	38	50	-32,60%
<b>4. Réduire la mortalité infantile</b>			
Mortalité des enfants <5 ans (‰)	62	53	14,50%
Proportion d'enfants de 12-23 mois ayant tous leurs vaccins (%)	51	100	-96%
<b>5. Améliorer la santé maternelle</b>			
Ratio de mortalité maternelle (/100,000 naissances)	478	122	74,50%
<b>6. Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies</b>			
Proportion de la population des 15-24 ans ayant reçu des informations exactes et à jour sur le VIH/SIDA (%)	24,2	100	-313,20%
Proportion de la population ayant des connaissances sur la tuberculose (%)	82	100	-22%
<b>7. Préserver l'environnement</b>			
Proportion de la population ayant accès à une source d'eau potable (%)	27,7	62	-123,80%
Proportion de la population utilisant des infrastructures sanitaires améliorées (%)	7,1	71	-900%

Source : INSTAT, 2013

### 3.3 La prestation des services : L'accès aux services et aux médicaments

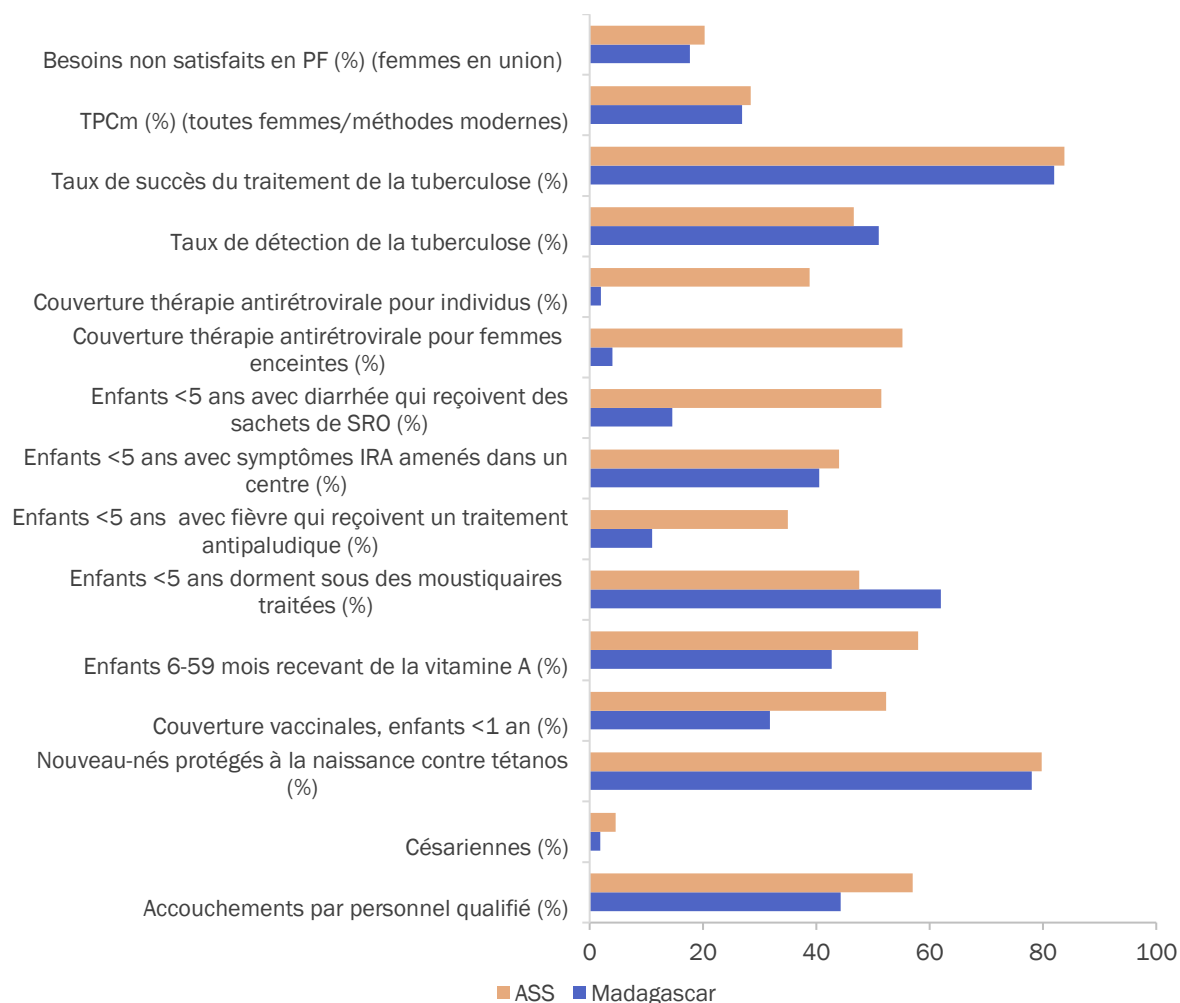
**Selon les indicateurs de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de la Banque mondiale, ainsi que sur les données statistiques disponibles, la performance sanitaire de Madagascar est préoccupante.** On observe des écarts de couverture allant jusqu'à plus de 90% pour l'accès aux thérapies antirétrovirales dans le but de prévenir la transmission mère-enfant du VIH, ou pour les individus avec un niveau d'infection élevé ; la population malgache a encore un accès très limité à certains services de santé de base (Figure 4).

**Les lacunes sont encore nombreuses.** L'offre de services de santé souffre du manque d'infrastructures fonctionnelles et de services de qualité en raison du matériel insuffisant<sup>3</sup> dans les formations sanitaires (seulement 25% des CSB disposent du matériel essentiel au complet). Les ruptures de stocks des médicaments essentiels sont de grande ampleur (Figure 5).

Le taux de disponibilité des médicaments essentiels génériques de qualité au niveau des CSB a baissé jusqu'à 86,27%, en-deçà des objectifs fixés à 93%, alors qu'il affichait une valeur de plus de 95% en 2011 et 2012, et entre 85% et 90% entre 2013 et 2015. Les défis liés au transport des médicaments dans les zones enclavées ont été cités comme l'une des causes principales du retard observé vers l'atteinte des objectifs fixés (Rapport annuel, MSANP, 2015).

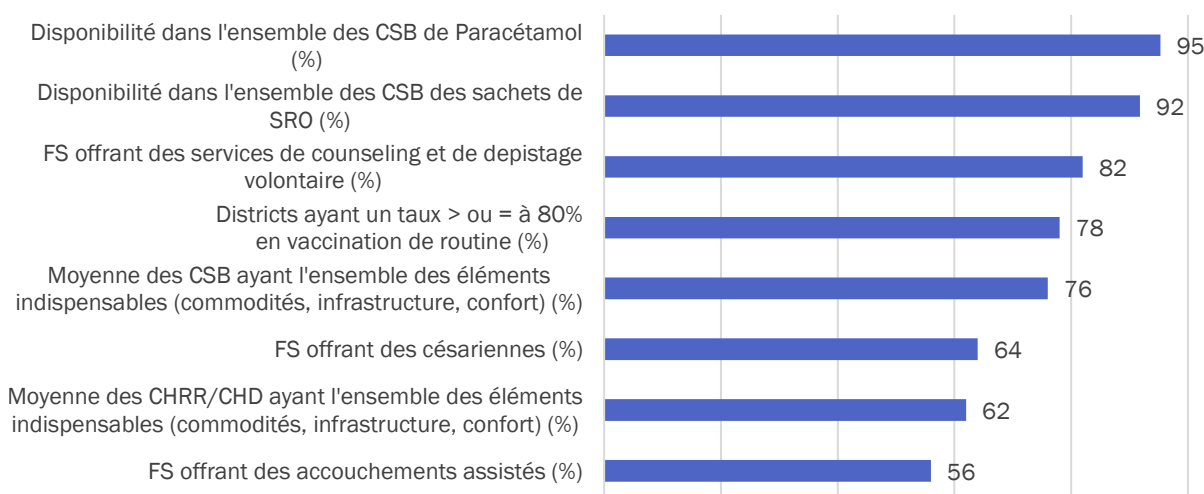
<sup>3</sup> Kits incomplets, matériel non disponible.

Figure 4. Indicateurs traceurs du progrès vers la CSU à Madagascar et dans un groupe de pays pairs\*



Sources : ENSOMD, OMS, BM, UNICEF, 2013-2014. \*Groupe de pays pairs : Kenya, Malawi, Mali, Nigeria, Tanzanie

Figure 5. Disponibilité des services et commodités de santé dans les CSB1 et CSB2



FS: Formations sanitaires, CSB: Centre de santé de base, SRO: Solution de réhydratation orale, CHRR/CHD: Centre hospitalier de référence/Centre hospitalier de district

Sources : MSANP, République de Madagascar, AFD, UNFPA, USAID, CHIP, Tandem, 2008-2015



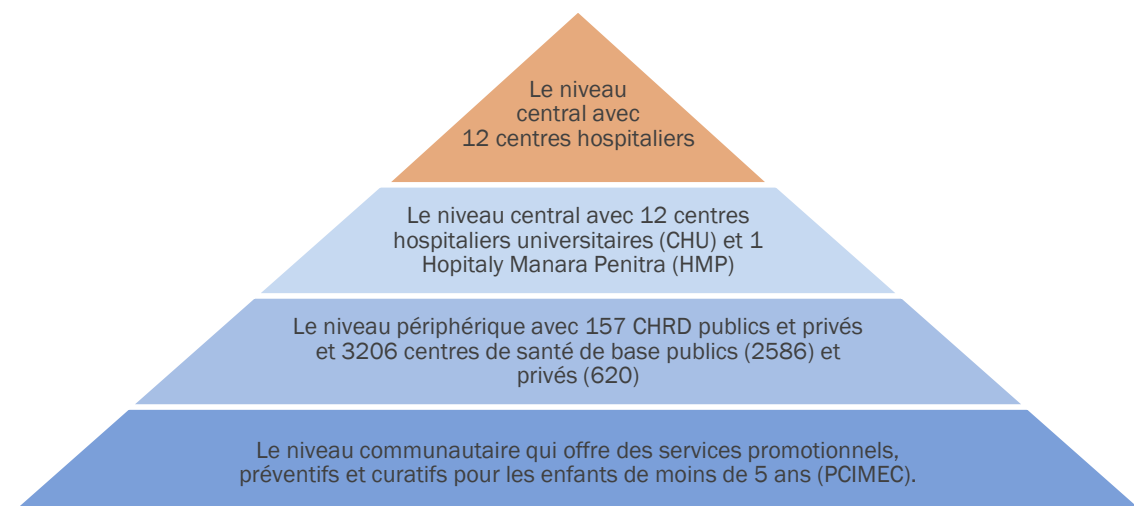
**Il n'y a pas un service de santé de base qui est offert dans 100% des centres de santé de base.** Comme le figure 5 l'indique, l'ensemble des centres de santé de base (niveaux 1 et 2) devraient fournir un accès aux soins de santé primaires (santé maternelle et infantile, maladies infectieuses, médicaments traceurs, vaccins, etc.). Dans les faits, de nombreux services restent indisponibles dans la plupart des centres de santé. Sur les dix-neuf services présentés dans la figure 5, plus de la moitié ont un taux de disponibilité inférieur à 80%. Certains services clés tels que les accouchements encadrés par du personnel médical sont parmi les moins disponibles. Seuls 53,4% des CSB2 sont supervisés par un médecin. Par ailleurs, certains services tels que l'approvisionnement des clients en médicaments ne peuvent être assurés dans certains cas en raison des ruptures de stock fréquentes. Les raisons de ces ruptures de stocks sont nombreuses, la chaîne d'approvisionnement étant encore fragile, et le budget du MSANP pour l'achat de médicaments ayant considérablement diminué de 2008 à 2014 en raison de la crise (près de 3,4 milliards d'ariary en 2008 ; 1,0 milliards d'ariary en 2014 (PDSS, 2015). Ainsi, on observe un taux de prévalence élevé et croissant de l'automédication chez les ménages. Selon l'ESOMD, 75,3% des patients en 2013 ont pris des médicaments sur leur propre initiative pour se soigner. Par rapport aux données de 2010 de l'EPM, cette pratique a augmenté de 17%.

**Dans le même temps, même lorsque les services sont disponibles, leur utilisation déclarée est encore faible pour certains services clés.** Par exemple, en comparant les indicateurs « Enfants <5ans (%) avec diarrhée qui reçoivent une SRO » de la figure 4 (estimé à 14,6%) à « Disponibilité dans l'ensemble des CSB des sachets de SRO » dans la figure 5 (estimée à 91,8 %), la différence est considérable. L'accès au centre de santé et l'accessibilité financière empêchent la communauté de recevoir des soins de santé, ce qui aboutit à une pratique étendue de l'automédication.

**Trois quarts des personnes malgaches ont pris des médicaments sur leur propre initiative sans consultation ou avant une consultation médicale en 2012.** Bien que les chiffres varient par région, le taux d'automédication demeure entre 66% et 92% des personnes. On observe peu de différences par quintile : 73,5% des plus pauvres et 77,7% des plus riches. La valeur moyenne et médiane des médicaments qu'ils achètent est inférieure à un dollar américain (respectivement 2844 ariary et 1000 ariary) (ENSOMD, 2012).

### 3.4 Structure du système de santé

**Si les malgaches décident de consulter un médecin, il existe quatre niveaux de soins à Madagascar dans 22 régions, 112 districts et 1549 communes.**



Selon le rapport annuel de 2015 du MSANP, il existe 17 609 sites PCIMEC, dont 5977 (34%) fonctionnent dans les régions appuyées par les projets de la santé communautaire de l'USAID (Source Rapport Annuel DSFa 2015). De plus, les comités sanitaires ou commissions communales de développement de la santé (COSAN/CCDS) sont mis en place dans chaque commune, mais seulement 72 % de COSAN et 11% de CCDS sont opérationnels selon le rapport parvenu au SSC/DDS.

Tableau 3. Formations sanitaires du pays, 2014

Type	Public		Privé
	Fonct.	Non fonct.	
CSB1	890	62	120
CSB2	1610	24	500
CHD1	53	2	1
CHD2	32	0	69
CHRR	16	0	0
CHU	8	0	0
HMP	7	0	0
Total	2616	88	690
	2704		

Les CSB assurent les activités curatives de consultations externes, les activités préventives telles que les consultations prénatales, la vaccination, la planification familiale, les accouchements et les activités promotionnelles.

Les hôpitaux offrent des soins de santé complets : des hospitalisations, des examens biologiques, radiographiques, chirurgicaux (sauf pour le CHRD1), des soins plus spécialisés, et les mêmes soins offerts dans les CSB.

(Annuaire de statistiques du MSANP, 2014)

**Cependant, le nombre de centres de santé diffère selon l'année et le document de référence.** Il existe deux rapports annuels du MSANP, l'annuaire de statistiques sanitaires écrit par le Service des statistiques sanitaires et démographiques/Direction des études et de la planification (DEP) et le rapport annuel, aussi développé par la DEP mais qui comprend des données issues des rapports annuels des régions et des districts. L'annuaire de statistiques sanitaires 2014 répertorie 3394 formations sanitaires, dont 3206 CSB (2506 publics et 620 privés). Cependant, dans l'analyse par région du rapport annuel, seules 3300 formations sanitaires sont référencées, dont 3110 CSB (2520 publics et 590 privés). Les mêmes disparités existent dans les rapports de 2015. La version préliminaire de l'annuaire de statistiques pour 2015 indique l'existence de 3214 CSB (2660 publics et 554 privés). Néanmoins, selon les données désagrégées des CSB par région dans le rapport annuel, on en trouve 2704 (2120 publics et 584 privés). Ces disparités soulignent une qualité inadéquate des données disponibles sur les CSB publics existants dans le pays.

Actuellement, dans le secteur public, toutes les consultations au CSB sont gratuites en principe. Si le CSB suit le protocole, le patient doit payer seulement pour certains médicaments<sup>4</sup>. Les soins préventifs pour la mère et l'enfant, et les médicaments pour les maladies transmissibles, sont pris en charge par l'État.

Cependant, ces services et médicaments ne peuvent être gratuits que s'ils sont disponibles dans les centres. Et le problème des ruptures de stock persiste. Si les médicaments ne sont pas disponibles, les patients se voient obligés d'acheter des médicaments et/ou consommables dans les pharmacies privées. Sans une amélioration de la chaîne d'approvisionnement, de la gestion du financement pour l'approvisionnement non-stop en médicaments (FANOME) et du

<sup>4</sup> Les CSB fournissent un paquet minimum d'activités. La liste de tous les services peut être trouvée dans le cahier des charges.

déboursement des fonds à temps, « la gratuité » n’aura pas l’effet prévu, à savoir protéger les citoyens contre les dépenses de santé catastrophiques.

Les services préventifs pour la mère et l’enfant et les médicaments pour les maladies transmissibles pris en charge par le gouvernement comprennent :

- Les soins préventifs pour la mère :
  - La vaccination antitétanique
  - La planification familiale
- Les soins préventifs pour l’enfant :
  - La vaccination dans le cadre du programme élargi de vaccination (PEV)
  - La supplémentation massive en vitamine A
- Les soins curatifs :
  - Les médicaments utilisés pour le traitement de longue durée des maladies transmissibles : la tuberculose, le paludisme, la lèpre
  - Les médicaments utilisés lors des épidémies : la peste, le choléra
  - Le traitement de masse des maladies endémiques : la bilharziose, la filariose

### 3.5 Le rôle du secteur privé

**Malgré un essor important depuis plusieurs années, le secteur privé a été traditionnellement écarté des flux de financement des gouvernements locaux et des bailleurs internationaux destinés à la santé.** Pourtant le secteur privé joue souvent, et à plusieurs titres, un rôle essentiel et croissant dans les systèmes de santé de la région. La couverture sanitaire effective et réelle dépend des interventions et du développement du secteur privé. Ces considérations peuvent conduire les gouvernements locaux et les partenaires internationaux à envisager le renforcement du secteur privé de la santé et la promotion de l’assurance santé comme deux axes stratégiques et complémentaires des objectifs nationaux de santé.

*Le constat à Madagascar comme dans les pays en voie de développement en Afrique subsaharienne est le suivant : les indicateurs de santé restent parmi les moins bons ; l’offre de santé est insuffisante, mal répartie et de qualité inégale ; et la contribution des ménages aux dépenses de santé est considérable et inéquitable.*

#### L’offre du secteur privé pour les soins primaires et secondaires

L’offre de soins dans le secteur privé s’organise de la manière suivante :

- Des formations sanitaires privées de base englobent les postes d’infirmier, les postes d’accouchement, les cabinets médicaux, les dispensaires privés, les centres de santé privés.
- Les établissements hospitaliers privés sont les cliniques, les polycliniques et les hôpitaux privés. La clinique est un établissement où est pratiquée une seule spécialité médicale, contrairement à la polyclinique et l’hôpital privé, où cohabitent plusieurs spécialités médicales. Ces établissements hospitaliers privés peuvent être classés à but lucratif ou non lucratif, et sont sous la tutelle technique du Ministère de la Santé Publique.

- Le tableau ci-dessous décrit de manière plus détaillée les différents types de structures privées qui offrent des prestations des soins.

Tableau 4. Sommaire des types de prestations dans le secteur privé

	Prestataires confessionnels à but non-lucratif	Cabinets médicaux	Prestataires du privé libéral à but lucratif	Médecine traditionnelle
Segmentation du marché	Fournissent les services de santé de base comme dans le public dans les milieux urbain et rural	Offrent des consultations externes, accouchements, PF, petite chirurgie	Fournissent des soins de haute qualité et spécialisés ; souvent liés aux OSIE	Fournissent des conseils et des services de base
Catégories sociales cibles et concernées	Patients de même accointance religieuse, pauvres et classe moyenne surtout	En milieu rural : pauvres et classe moyenne, Milieu urbain : classes moyenne et aisée	Cadres des grandes entreprises et particuliers aisés	Classe moyenne mais surtout pauvres et en milieu rural
Régulation et Environnement Institutionnel	Assez bien intégrés dans les systèmes de santé avec une participation régulière aux activités de planification du MSANP et parfois aux formations avec le MSANP. Quelques expériences de contractualisation avec le public Bénéficient parfois d'exonérations d'impôts Bénéficient d'un appui externe ponctuel (subvention financière ou en intrants) <sup>5</sup>	Manque de structuration, à part l'Ordre de Médecins Manque quasi-total d'intégration au système de santé : ne font pas partie des efforts de planification, formation, et supervision. Pas de réglementation de l'installation des cabinets	Manque d'intégration au système de santé. Réglementation stricte du gouvernement Formations professionnelles poussées et novatrices par rapport à l'offre du secteur public	Manque d'intégration au système de santé. Existence d'une association des tradipraticiens et un service en charge au niveau du MSANP.

**Les principaux atouts du secteur privé sont la présence d'établissements libéraux et la médecine privée communautaire, en particulier grâce aux prestataires religieux qui peuvent opérer dans les zones rurales et les zones urbaines pauvres.** Ces prestataires comblent les lacunes en matière de services offerts par le secteur public et mobilisent des ressources provenant de sources extérieures, qui autrement n'atteindraient pas le secteur de la santé. Les prestataires confessionnels fournissent également des informations au système national d'information sanitaire.

**On compte de nombreux exemples d'organisations travaillant dans le secteur privé.**

- Sampan'Asa Loterana Momba'Ny Fahasalamana (SALFA) est une organisation confessionnelle dotée d'un réseau de neuf hôpitaux et 40 cliniques rurales. SALFA offre

<sup>5</sup> Seuls 25% des centres privés (libéraux, confessionnels et d'autres types) soumettent des rapports périodiques selon les statistiques sanitaires de 2015, et leurs activités ne sont pas spécifiées dans ces documents.

des services de santé infantile, de la planification familiale et de la prévention du VIH et SIDA, entre autres services de santé.

- Population Services International (PSI) soutient le réseau de cliniques privées *Top Réseau*. Top Réseau compte actuellement 247 centres de santé privés et automnes (urbains : 67%, périurbains : 17%, ruraux : 16%). Ce réseau s'appuie sur 398 prestataires (Praz et al., 2013). Le tarif pour les jeunes dans les cliniques appartenant aux réseaux devrait être compris entre 1500 et 4000 MGA, mais ce montant est difficilement abordable pour certains clients. Dès lors, un programme de bons de réduction est mis en œuvre avec des pairs éducateurs qui en distribuent un certain nombre chaque mois, permettant ainsi aux clients de payer entre 500 et 3500 MGA (PSI).
- Un réseau de centres de santé privés soutenu par Marie Stopes International de Madagascar (MSM), Blue Star, est présent dans 11 régions du pays. Il y a actuellement 150 membres Blue Star, et 54 CSB Star (Razafinirinasoa et MSM, 2014). Madagascar devrait envisager d'autres possibilités pour impliquer le secteur privé et dispenser tous les services selon une approche de franchise globale, tout en tenant compte de la durabilité des réseaux.

### 3.6 Couverture géographique

**L'analyse des données disponibles suggère que la distribution des Centres de santé de base (CSB) dans le pays ne répond pas toujours aux besoins de la population.** Selon le rapport annuel de 2015 du MSANP, le pourcentage des CSB2 ouverts et fonctionnels est de 23% à Analamanga, la région de la capitale Antananarivo. Aussi, les régions de Sofia (Nord de Madagascar), Atsimo adrefana (Sud-Ouest) et Androy (Sud) n'ont pas suffisamment de CSB ouverts pour couvrir la population. De plus, les données de 2014 et 2015 montrent qu'Analamanga, dont la population représente environ 15% du pays, concentre environ un tiers des CSB 2 du pays, 50% des CSB2 privés et un tiers des CHR2. Les CSB2 sont souvent tenus par un médecin au lieu d'une sage-femme ou d'un infirmier. Ils peuvent offrir des soins obstétricaux essentiels, tandis que les CSB1 offrent seulement des soins de base comme les services de lutte contre le paludisme et de vaccination.

**Dans les zones rurales, l'offre privée est limitée, en particulier l'offre à but lucratif.** La population de ces zones est souvent dépendante des prestataires publics et confessionnels. Dans les zones les plus reculées, l'offre est essentiellement assurée par des structures confessionnelles, et dans certains cas, un médecin libéral de Santé Sud (santé privée). Selon l'ENSOMD, 56% des consultations ont lieu dans les centres de santé publics et les consultations dans le secteur privé sont plus nombreuses en milieu urbain (54%) qu'en milieu rural (29%). Au total, 35,9% de toutes les consultations sont tenues dans un CSB2 et représentent 41,6% des consultations en milieu rural. En milieu urbain, 35,8% des consultations ont lieu avec un médecin privé. Les personnes les plus riches sont plus susceptibles (38,4%) de consulter un médecin privé que les plus pauvres (11,9%).

**Un peu plus de la moitié des consultations s'effectuent dans les établissements de santé publics, en cas de maladie.** Le recours aux cliniques et médecins privés formels affiche une proportion d'un quart, contre 3% seulement vers le confessionnel. Outre les lieux de consultations n'ayant pas été définis (dans la rubrique « autres »), le total des consultations dans les différents établissements privés, qu'il s'agisse d'établissements de soins formels ou informels, de pharmacies ou de dépôts de médicaments, représente 40%.

**L'utilisation des formations sanitaires est faible.** Le taux d'utilisation des consultations externes au niveau des CSB en 2015 était de 30,20%, en-deçà des objectifs fixés à 37%. La tendance comparative annuelle démontre qu'il stagne autour de 30% depuis cinq ans. Les problèmes d'accessibilité financière ou physique (CSB éloignés de plus de 10 Km) favorisant entre autres le recours aux tradipraticiens, cités comme causes principales de l'utilisation insuffisante des CSB (Rapport annuel 2015, MSANP). Selon l'ENSOMD, les principaux motifs de non consultation sont les suivants : non gravité de la maladie (42,8%), problème financier (32,6%), éloignement de la structure de santé (8,2%) et inutilité (8,1%).

Le taux d'occupation moyenne des lits (TOM) dans les centres hospitaliers, ou la durée moyenne de séjour d'un malade hospitalisé, a atteint en 2015 les objectifs de performance fixés à 50%. Le TOM des CHRD est inférieur, à 40%, hormis pour la DRSP Analamanga qui affiche un TOM de CHU égal à 75,7%, suivie de près par Boeny à 52% (Rapport annuel 2015, MSANP). Un faible TOM peut attester d'une faible utilisation des lits, mais aussi d'un traitement efficace des patients.

Figure 6 : Lieux de consultation médicale selon les caractéristiques d'affiliation des établissements de santé privés (ENSOMD, 2013)

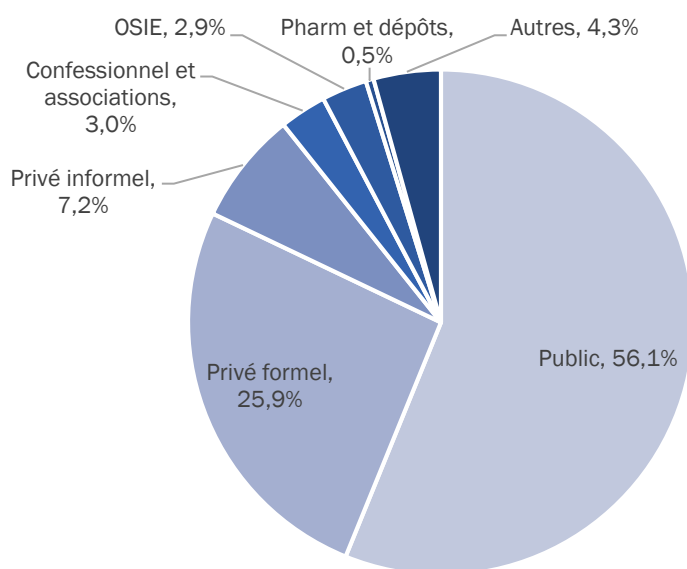
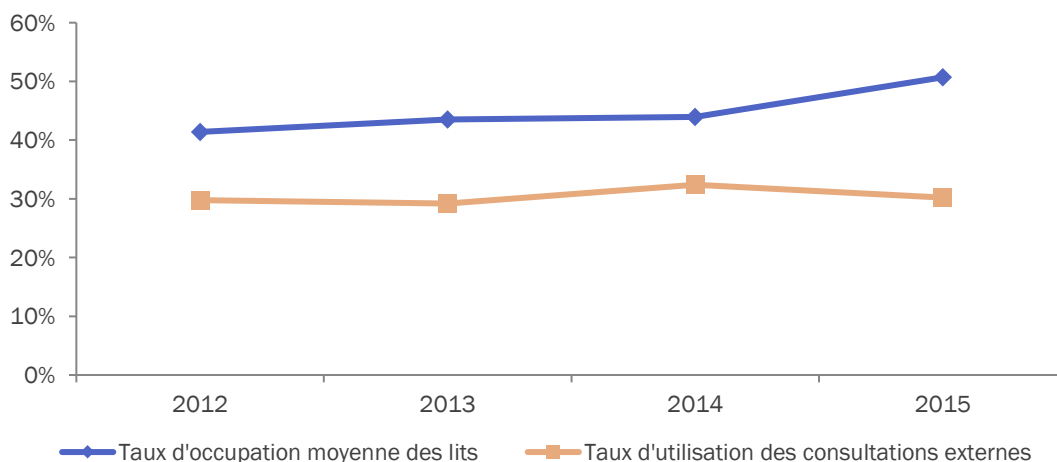
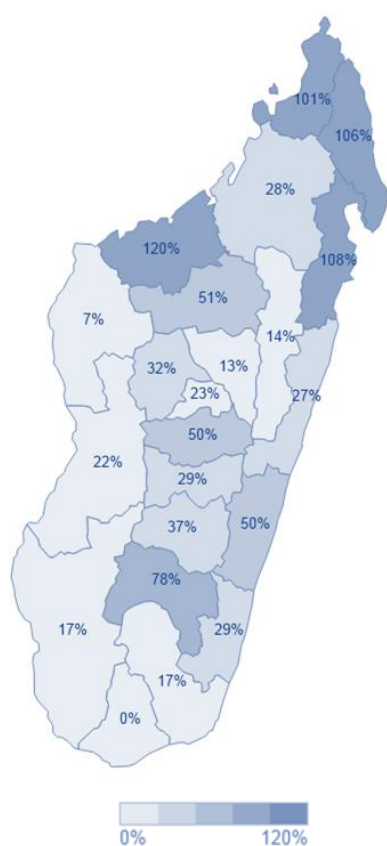


Figure 7. Taux d'occupation moyenne des lits et taux de consultations externes



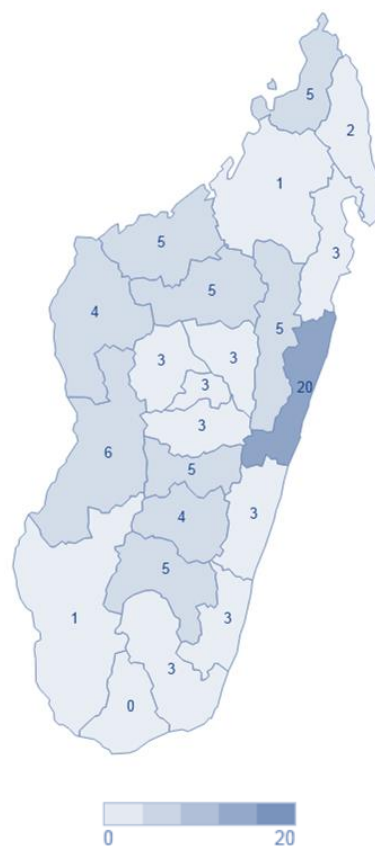
Sources : rapports annuels du MSANP

Figure 8. Taux d'occupation moyenne des lits en 2015 au niveau hospitalier par région



Source: SSSD, DEP

Figure 9. Densité du personnel médical\*, par région, pour 10 000 habitants

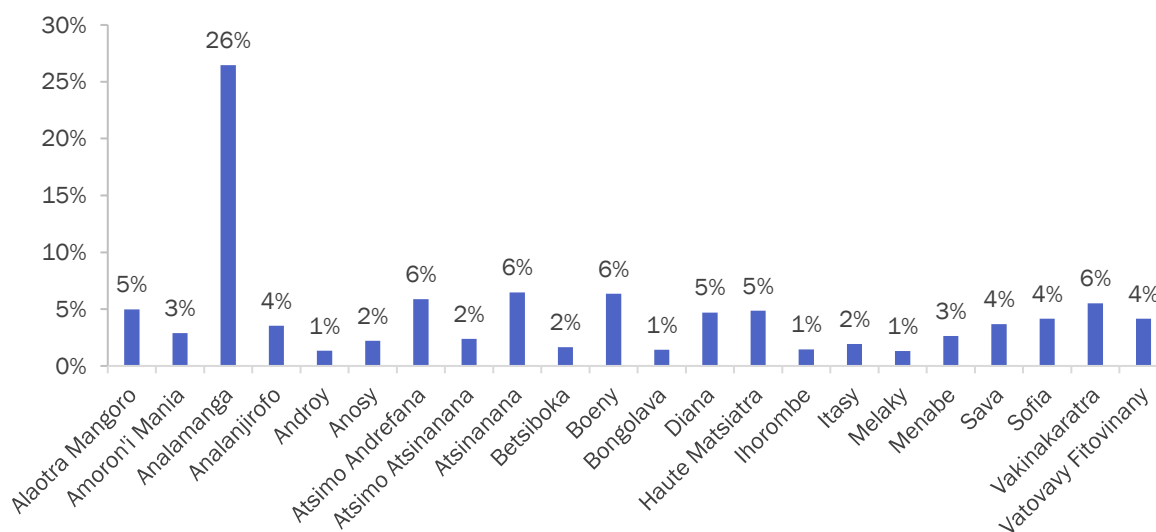


Source : MSANP, 2014  
\* Médecins et paramédicaux

### 3.7 Ressources humaines de la santé

**Le personnel médical n'est pas en nombre suffisant, et inégalement réparti dans le pays.** En moyenne, on trouve à Madagascar un médecin public pour 10 500 habitants, un infirmier pour 8400 habitants et une sage-femme pour 15 000 habitants. Cette distribution est également marquée d'importantes disparités régionales (PNDRHS, 2015). En 2016, selon la Direction des ressources humaine du MSANP, le pays comptait 10 909 fonctionnaires de santé (2902 médecins généralistes, 847 médecins spécialisés, 220 dentistes, 4362 infirmiers, 2578 sage femmes). Avec seulement deux universités de médecine dans tout le pays, la formation du personnel médical est problématique. Un numerus clausus de candidats à l'accès aux cursus de médecine, aboutissant ainsi à une capacité de prestation de soins faible et une pénurie de ressources humaines qualifiées.

Figure 10. Répartition des ressources humaines par région



Source : Direction des ressources humaines, MSANP

**Il existe d'importants écarts de densité du personnel médical entre les régions.** Les régions du Sud, plus pauvres, sont moins dotées en ressources humaines pour la santé que les régions du Nord. En termes de populations desservies, les ressources humaines pour la santé sont principalement concentrées au niveau central. Le manque de ressources humaines constitue un réel problème pour la fonctionnalité des structures de santé, car cela entraîne des fermetures prolongées des centres, et donc une discontinuité des soins. La principale raison de la pénurie de personnel de santé dans les régions reculées est l'enclavement, le manque d'infrastructures et de confort, ainsi que des problèmes de sécurité. De plus, avec une moyenne d'âge de 50,5 ans, le personnel médical commence à subir une importante rotation du personnel à l'approche de l'âge de la retraite. Pour pallier au manque de ressources humaines lié aux départs à la retraite du personnel de santé, le gouvernement n'a cessé de recruter du nouveau personnel (+454 agents en 2014) (Le Point Archives, 2009). Cela ne comble malheureusement pas les carences, et le gouvernement doit faire appel aux PTF et former des agents de santé (AS) pour assurer la continuité de l'offre.

**Les CSB ne répondent pas aux normes en termes de personnel.** Les CSB2 devraient être tenus par un médecin accompagné d'au moins deux agents de santé, tandis que les CSB1 doivent l'être par un infirmier ou une sage-femme. En 2015, la proportion des CSB2 respectant cette règle était de 63,30%. Cette insuffisance de personnels, tant en quantité qu'en niveau de qualification, est exacerbée par une rotation aléatoire du personnel médical dans les CSB2, et a été citée comme cause principale de la non atteinte du niveau de performance fixé : pourcentage de CSB2 ayant au moins un médecin en 2012 = 73%, 2013 = 79,76% et 2014 = 58,6% (Rapport annuel 2015, MSANP).

### 3.8 Équité en termes d'accès<sup>6</sup>

**Le niveau d'utilisation des services de santé de base à Madagascar varie aussi selon le quintile de richesse de la population** (Figure 11). La population doit souvent payer pour avoir accès aux services de santé. L'accès des plus pauvres à ces services est fortement limité. Le partage des coûts à travers le système de prépaiement est fragile et ne concerne qu'une faible part de la

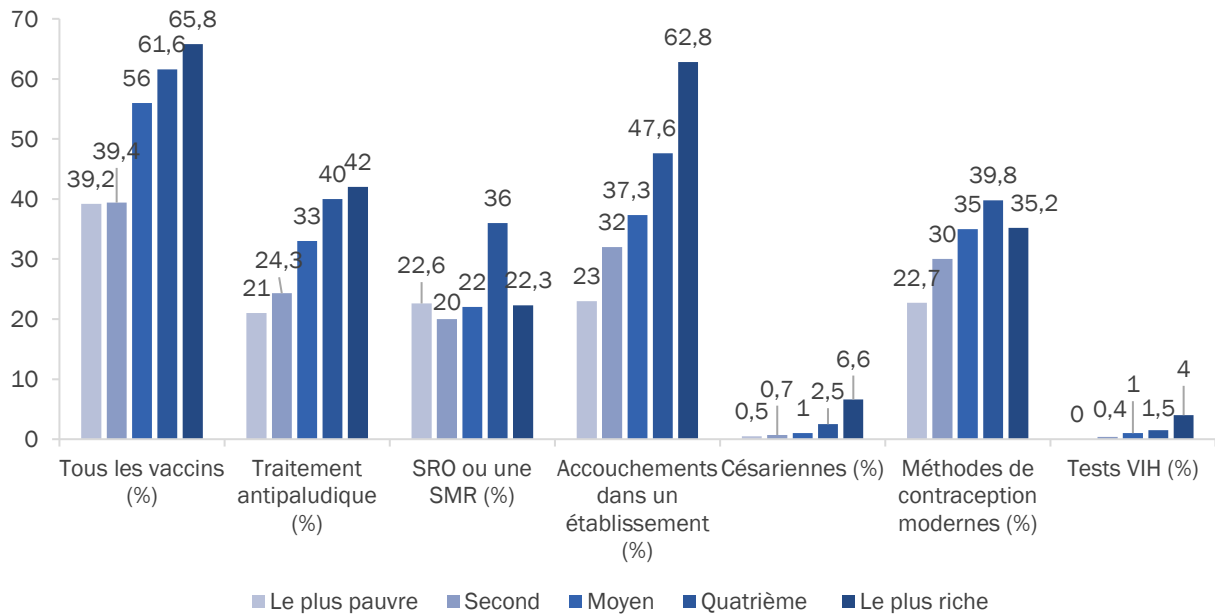
<sup>6</sup> Pour plus d'informations sur le système de distribution à Madagascar, veuillez consulter l'Annexe 4.



population (par exemple, le taux d'adhésion aux mutuelles de la population cible ne dépasse pas les 30% (PDSS, 2015). De plus, le cumul du financement de la santé venant des mutuelles du secteur formel n'est que de 1 % (Stratégie de la CSU, 2015), laissant ainsi la majeure partie de la population sans couverture face aux risques financiers liés à la santé.

Par ailleurs, la distribution de l'utilisation des formations sanitaires publiques et privées montre que la majorité des personnes utilisent les services publics. Cependant, les personnes les plus riches utilisent davantage le secteur privé (Figure 12).

Figure 11. L'utilisation des soins de santé par quintiles de consommation, en 2013



\* SRO- Sels de Réhydratation Orale, SMR- Solution Maison Recommandée  
Source : ENSOMD 4-5-6, 2013

Figure 12 : Lieux de consultation par quintile de consommation (ENSOM, 2013)

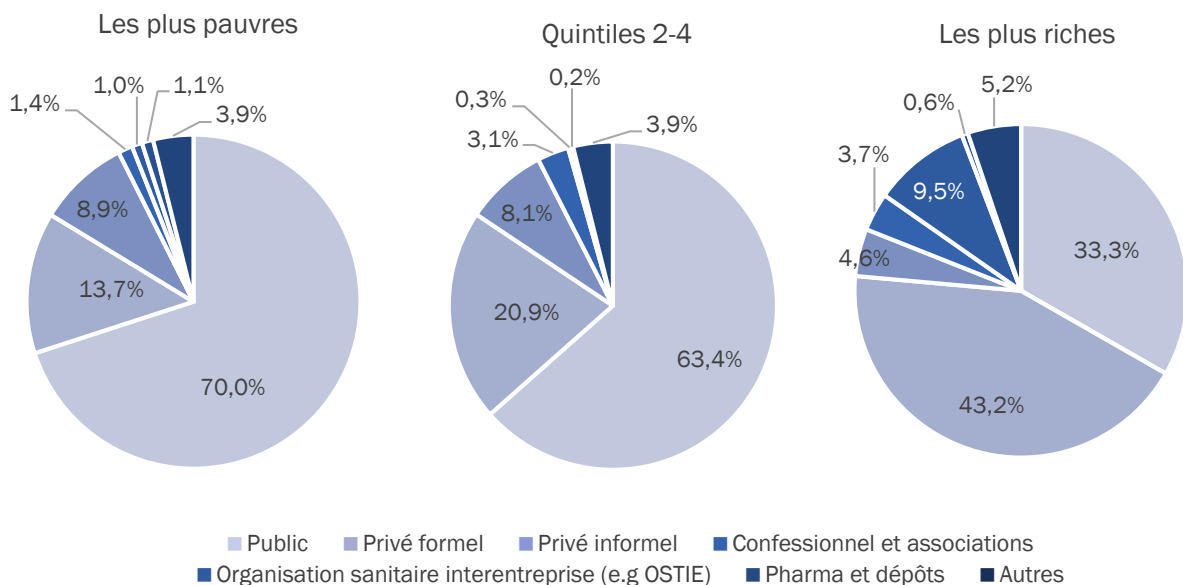
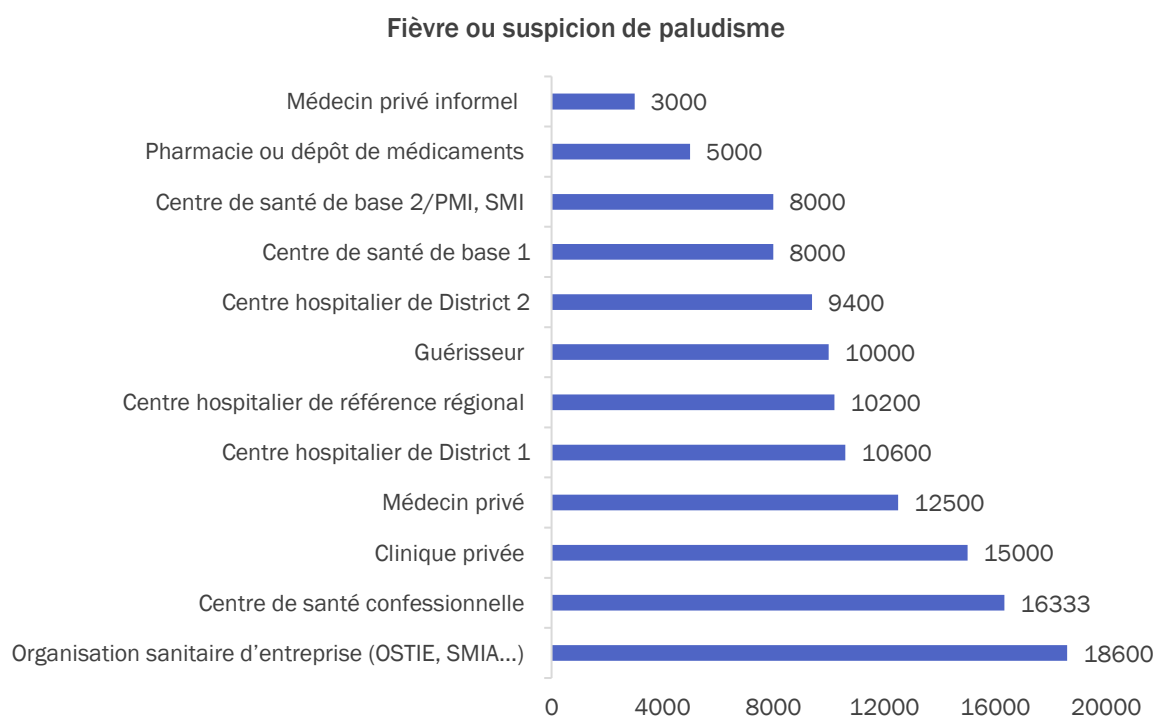
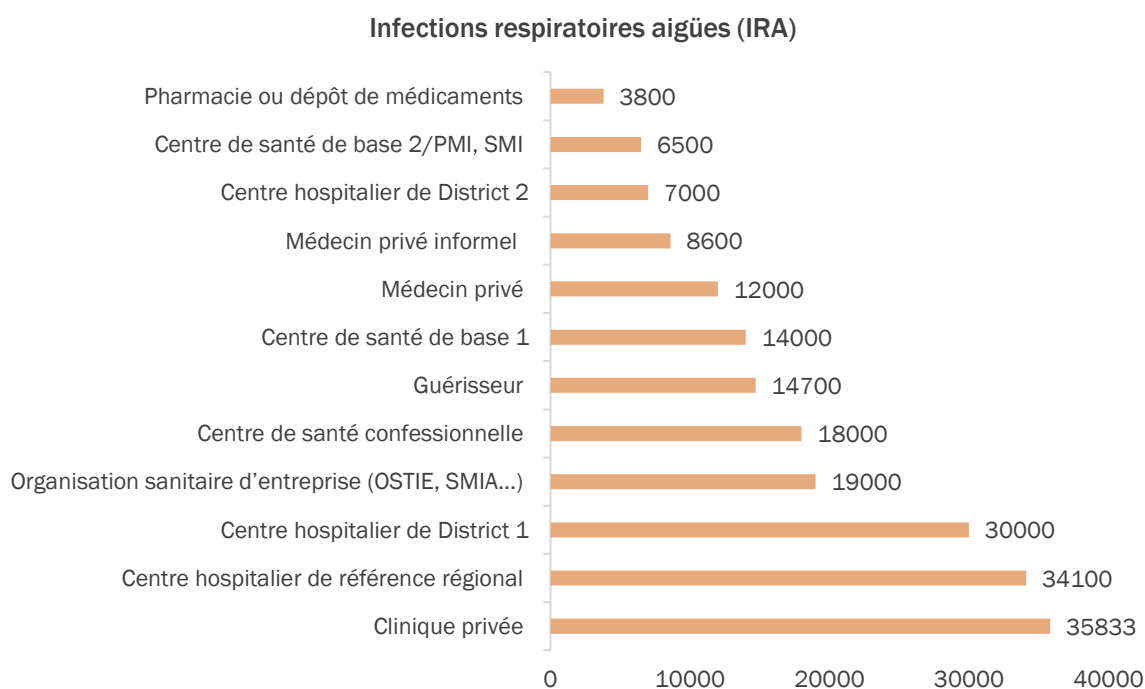


Figure 13. Coût médian de consultation et de traitement en ariary selon les lieux de consultation



Source : ENSOMD 2012-2013

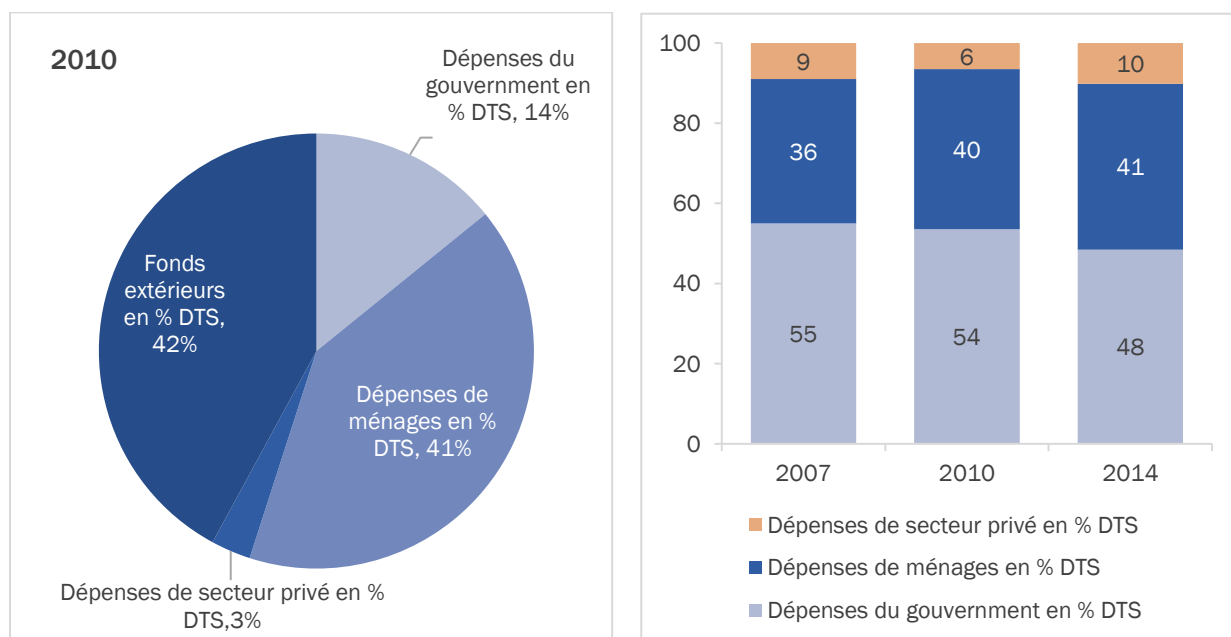
\* 3000 ariary ≈ 1 USD

**Moins du quart des consultations des malades issus du deuxième au quatrième quintile, ainsi que les plus pauvres, sont effectuées dans le privé formel.** Par contraste, plus de la moitié des membres des ménages appartenant au quintile le plus riche ont recours au secteur privé : 61%, dont les deux tiers le privé formel. Les coûts des services jouent un rôle dans l'accès aux soins (Figure 12).

**On constate que les coûts des consultations et des traitements ambulatoires dans les CSB publics sont généralement inférieurs à ceux du secteur privé à but lucratif.** Les tarifs du privé informel et ceux des pharmacies ou dépôts de médicaments sont à l'extrémité inférieure du spectre de coûts (Figure 13). En moyenne, une consultation et le traitement pour l'IRA est de 31 358 ariary (10,45 USD), 16 308 ariary (5,44 USD) pour une fièvre et 21 827 ariary (7,27 USD) pour une maladie diarrhéique. En général, le coût dans une clinique privée est 78% plus élevé que dans un CSB, mais le prix d'une visite chez le médecin est seulement 2% plus cher (INSTAT 2012).

**Ainsi, le coût constitue l'une des principales barrières entravant l'accès aux services au sein de la population.** Les ménages participent directement au financement des services et des produits de santé. D'après l'OMS, en 2014, 41,4% des dépenses de santé étaient couvertes par les ménages (OMS, 2014). Aussi, malgré une baisse en 2007, les chiffres portant sur l'estimation de la part du financement de la santé provenant des ménages ont augmenté au cours des dix dernières années. Selon les derniers comptes nationaux de la santé (CNS) en 2010, les dépenses des ménages représentaient 41% des dépenses totales de santé. De même, la part du financement du gouvernement a diminué sur la même période selon les données de l'OMS, qui montrent que la contribution du gouvernement aux dépenses totales de la santé (DTS) a diminué de 55% en 2007 à 48,5% en 2014. Cependant, ces montants incluent des fonds extérieurs apportés par le gouvernement, et pas uniquement des ressources intérieures. Madagascar est fortement dépendant du financement extérieur estimé en 2014 à 39,8% des dépenses totales de santé par l'OMS. Selon le CNS de 2010, les fonds extérieurs représentent 42,1% des DTS, incluant les emprunts de fonds extérieurs (1,2% des DTS). Par ailleurs, les paiements directs des ménages représentent 40% du revenu des régimes de financement de la santé.

Figure 14. Dépenses totales de santé par source



Sources : CNS, 2010 et Global Health Expenditure Database, 2014

**Considérant la pauvreté à Madagascar et le grand pourcentage de dépenses totales de santé provenant des ménages, le Fonds d'Équité (FE) (un mécanisme facilitant la prise en charge des plus pauvres du pays) est sous-utilisé.** Il n'est pas optimal et ne couvre que 0,37% des personnes dans un pays où 77% de la population est en situation d'extrême pauvreté (PDSS et ENSOMD). Cela rend les soins de santé inaccessibles pour une grande partie de la population. Par conséquent, la proportion des individus déclarant avoir été malades s'élève au fur et à mesure que l'on se rapproche du quintile de niveau de niveau les plus aisés, comme les cas constatés dans les éditions antérieures de l'EPM. Ainsi, 32,7% des individus malades ont consulté un médecin. Les populations habitant dans les zones urbaines ont plus tendance à rechercher des soins en cas de maladie que dans les zones rurales, puisqu'on observe un écart du taux de consultation médicale d'environ 7 points de pourcentage entre ces lieux de résidence (39% contre 32%). Cette tendance est observée dans presque toutes les régions de Madagascar, à l'exception d'Androy. Cela peut s'expliquer par l'écart d'incidences des maladies entre les deux milieux (17% contre 23% dans les zones rurales). Dans l'ensemble, les taux de consultation médicale varient de 19,1% à 56,2% (EPM 2010).

**Selon les données et estimations dérivées de l'EPM 2010, sur huit régions de Madagascar<sup>7</sup> représentant 41,6% de la population totale, le taux de consultation est inférieur à 30%.**

L'incidence des maladies estimée à 13,66% est supérieure à la moyenne nationale de 12,4%. Toujours selon l'EPM 2010, 24% des ménages interviewés au niveau de ces régions ont cité le problème financier comme motif principal de non utilisation des services de santé, ce qui est légèrement inférieur à la moyenne nationale de 24,8%. En 2013, selon l'ENSOMD, ce chiffre est monté à 32,6%.

**La part des dépenses de santé des ménages par rapport à leurs dépenses non alimentaires s'élève à 9% (INSTAT/EPM 2010).** Selon les données de la Banque mondiale, ce chiffre est différent et est estimé à 12,65% (données mondiales de santé de la BM). Bien que datant de 2010, ces estimations sur le comportement économique des ménages en matière de santé décrivent une tendance qui ne devrait pas changer, car selon la Banque mondiale, l'incidence de la pauvreté en référence au seuil de pauvreté national a stagné entre 2010 et 2013, autour de 76% (BM, 2014). En effet, d'après l'Enquête nationale sur le suivi des Objectifs du millénaire pour le développement à Madagascar 2012-2013 (ENSOMD, 2013), le coût moyen des consultations médicales tous niveaux confondus a augmenté de 48% par rapport aux estimations de l'EPM 2010, ce qui pourrait expliquer la baisse de 62% de la part des dépenses de santé des ménages par rapport à la consommation non alimentaire, passant ainsi à 3,41%.

**L'inclusion financière en général et en matière de santé reste faible à Madagascar et n'a pas beaucoup changé au cours des dernières années.** Parmi les personnes de 15 ans et plus, 8,6% sont bancarisées (8,7% des hommes et 8,4% des femmes), soit un taux très faible comparé aux pays à faible revenu de l'Afrique subsaharienne (World Bank Global Financial Inclusion Data Base, 2014).

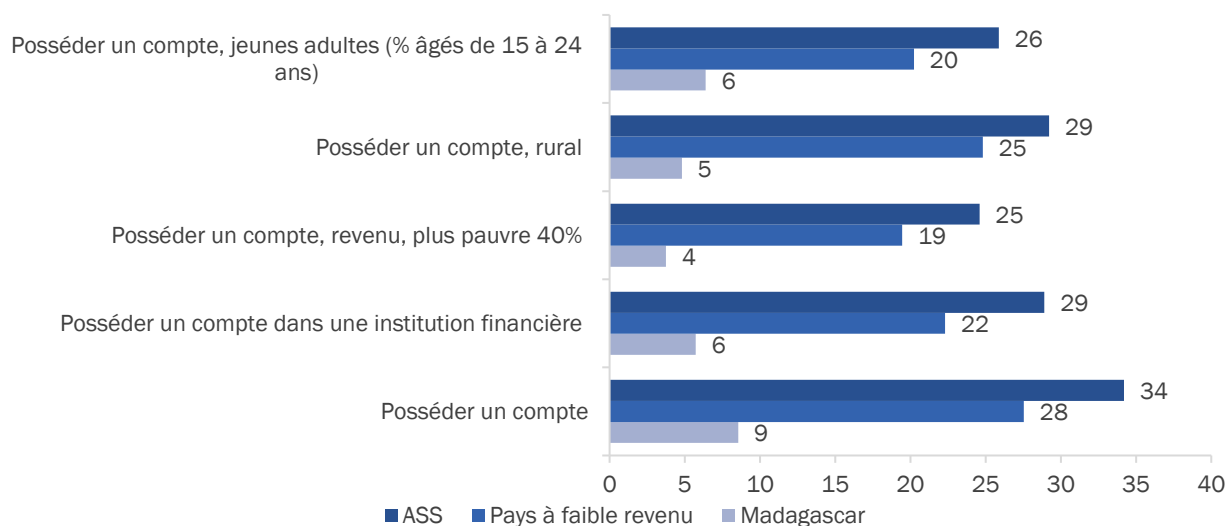
Les individus les plus pauvres et les personnes qui vivent en milieu rural ne bénéficient pas du même accès aux comptes bancaires. Cependant, il en va de même pour les comptes mobiles. Tandis que 44% des habitants de Madagascar ont un abonnement de téléphone mobile, parmi les personnes de 15 ans et plus, 4,4% ont un compte mobile (1,3% des plus pauvres et 3,0% des personnes en milieu rural). Comparé aux autres pays, ces chiffres sont bas : 10% des individus dans les pays à faible revenu et 11% en Afrique subsaharienne ont un compte mobile (World Bank Global Financial Inclusion Data Base, 2014).

---

<sup>7</sup> Vakinankaratra, Matsiatra Ambony, Atsinanana, Analanjirifo, Alaotra Mangoro, Anosy, SAVA, Amoron'i Mania

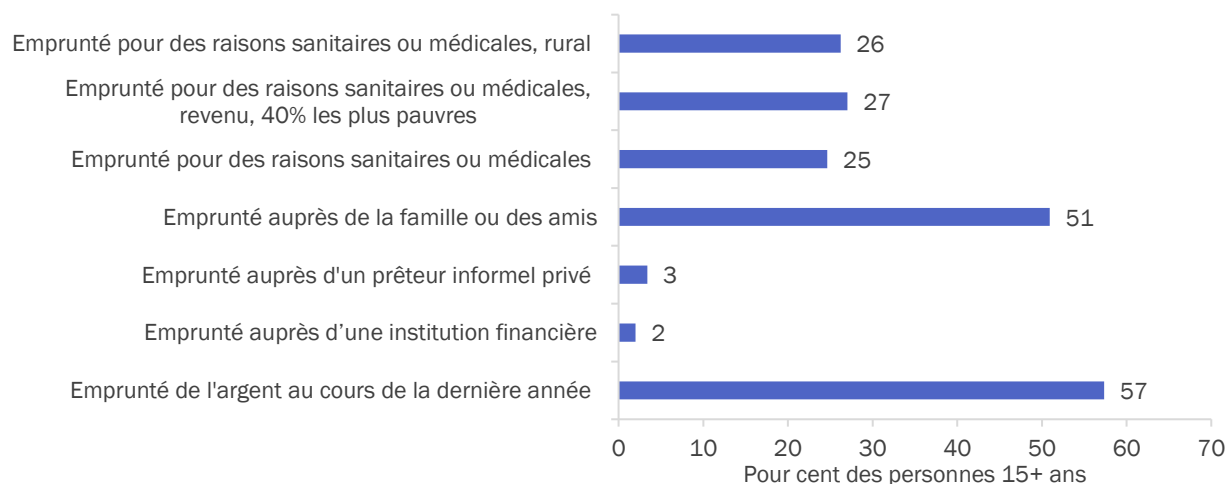
Le secteur reste informel dans la mesure où la plupart des personnes qui empruntent de l'argent le font auprès de leur famille et de leurs amis. Aussi, les données montrent qu'en 2014, 24,7% des personnes ont emprunté de l'argent pour couvrir des dépenses de santé à Madagascar, contre 18,3% en Afrique subsaharienne. Ces chiffres indiquent que le financement est un obstacle à l'accès aux soins.

Figure 15. Pourcentage d'individus possédant un compte bancaire



Source: World Bank Global Financial Inclusion Data Base, 2014

Figure 16. Pourcentage des personnes de 15 ans et plus ayant emprunté de l'argent (2014)



Source: World Bank Global Financial Inclusion Data Base, 2014

### 3.9 État de préparation en vue de la CSU : Son cadre juridique et ses politiques

**Pour atteindre la CSU et soutenir le document de stratégie, le gouvernement de Madagascar a développé d'autres politiques.** Le Plan de développement du secteur santé (PDSS), élaboré en 2014, a préparé le terrain pour la CSU en faisant un objectif central. En 2015, la politique de protection sociale a mis en avant l'accès à des services abordables. L'objectif est de réduire de 15% le nombre d'habitants en situation d'extrême pauvreté d'ici 2030. Dans les activités, la politique stipule qu'un organe de coordination des financements et de la mise en œuvre sera créé pour harmoniser et pérenniser les actions/programmes sociaux et pour servir de fonds commun. Il recevra les futurs financements pour la protection sociale et facilitera l'amélioration et l'élargissement du mécanisme d'accès au Fonds d'équité.

**En 2016, le gouvernement a révisé la politique nationale de la santé, laquelle a comme objectif d'assurer un meilleur niveau de santé pour l'ensemble de la population à travers des offres de services de qualité accessibles par tous.** Deux objectifs de la politique nationale de la santé concernent le financement de la santé, la mise en place d'un dispositif de contrôle pour l'utilisation rationnelle des financements alloués au secteur santé et le développement d'une stratégie nationale de financement pérenne du secteur santé. L'étude de P4H a recommandé que Madagascar travaille sur les projets de loi et les textes juridiques pour le DAS (Dispositif d'assurance de la santé) ou ses composantes, la Caisse nationale de solidarité pour la santé (CNSS) et son Fonds dédié (Okitombahe et al., 2016).

**En avril 2017, la Caisse nationale de solidarité pour la santé (CNSS), un Fonds national de solidarité, a été adoptée par le conseil gouvernemental dirigé par le Premier ministre.** La CNSS fait partie d'un régime national d'assurance maladie tel que décrit dans la stratégie de la CSU, que Madagascar a développée fin 2015. La CNSS sera une entité publique, dotée d'une autonomie administrative et financière devant servir d'agence de recouvrement pour les cotisations prépayées par le public pour l'assurance maladie. Comme le décret l'indique, la mission de la CNSS consiste à assurer la prise en charge des frais des soins

**Selon le décret, la CNSS est chargée de :**

- Percevoir et gérer les contributions des affiliés, les transferts, les subventions de l'État, les aides et les dons divers
- Contractualiser les structures de soins pour la prise en charge de ses membres, tenant compte du rapport quantité/qualité/prix proposé par celles-ci
- Payer les établissements fournissant des soins en fonction des prestations offertes aux affiliés et à leurs ayants droit
- Assurer l'authentification, l'enregistrement, le contrôle de conformité de l'acte d'adhésion de l'ayant droit et la mise à jour de leur liste
- Mener les analyses relatives à la gestion de risques pour assurer la viabilité de la caisse
- Assurer la transparence de la gestion financière et des biens de la caisse, tout en instaurant un système de contrôle impliquant l'ensemble des pourvoyeurs de fonds
- Contrôler la conformité de la nature des services et soins autorisés et délivrés par niveau de prestation, par rapport aux demandes de paiement émises par les prestataires, etc.
- Organiser l'information et la sensibilisation de la population afin de susciter l'adhésion à la CNSS

préventifs, curatifs et de réhabilitation de ses affiliés. Ces soins doivent être fournis dans tout le pays par un système de tiers-payant.

Le Ministère de la Santé a développé ce décret en collaboration un groupe important de parties prenantes des secteurs public et privé, y compris les gestionnaires de fonds d'assurance maladie communautaires, le Ministère des Finances et du Budget et le Ministère de l'Intérieur et la Décentralisation.

**C'est une première grande étape pour Madagascar suite au lancement de la stratégie de la CSU.** Cependant, il reste encore un long chemin à parcourir. Le décret comprend une note sur la volonté d'assurer l'équité indiquant que « le prépaiement des prestations de soins de santé est fondé sur les principes de la solidarité, de l'équité, de la contribution, de la mutualisation des risques et du tiers payant pour garantir à l'ensemble de la population, y compris les plus défavorisés, l'accès auxdites prestations ». Ces taux de prépaiement pour le pilote et les structures de paiements sont en cours de développement.

### Points clés :

- Les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) n'ont pas été atteints et les indicateurs de progrès pour la CSU sont alarmants; Madagascar se trouve en-deçà de la moyenne des pays de l'Afrique subsaharienne.
- Moins de la moitié de la population malgache a aujourd'hui accès aux soins de santé de base. Les principaux défis restent la qualité de l'offre et la disponibilité des services, qui sont fortement affectées par la pénurie de personnel qualifié, les ruptures de stocks de médicaments et le manque de matériels et d'équipements dans les centres de santé. Entraînant ainsi une indisponibilité de certains services dans les formations sanitaire.
- La barrière financière demeure un problème majeur. Lorsque les services sont disponibles, ceux-ci ne sont pas toujours abordables ou gratuits pour les plus pauvres, malgré l'existence du Fonds d'équité. Ainsi, la pauvreté persistante empêche les habitants les plus pauvres d'accéder à des soins de santé et des médicaments coûteux, et de nombreux individus renoncent donc encore à se soigner.
- Le secteur privé est coupé des flux financiers pour la santé, or il joue un rôle prépondérant dans l'offre de service.
- Le gouvernement a mis en place une stratégie nationale pour la couverture santé universelle, qui a pour but de garantir l'accès universel à des soins de qualité, tout en protégeant les individus contre les risques financiers. Elle fait de la Caisse nationale de solidarité pour la santé la première étape permettant d'établir un dispositif d'assurance santé. Le gouvernement a aussi développé des politiques attenantes dans le but de réformer le système et de favoriser la CSU. Néanmoins, le gouvernement va surtout devoir contribuer davantage au financement de la santé, et augmenter celui-ci pour que la part du financement des ménages décroisse, libérant ainsi les individus de ce fardeau.

# 4. Mobiliser et déployer les ressources du gouvernement pour la santé<sup>8</sup>

## 4.1 La situation macroéconomique de Madagascar

**Selon la Banque mondiale, Madagascar est l'un des très rares pays au monde où le revenu réel par habitant a fortement baissé au cours des cinquante dernières années sans qu'il n'y ait eu de guerre civile ou de conflit violent.** Le Malgache moyen était 42% plus pauvre en 2010 qu'en 1960. Madagascar enregistrait un taux moyen annuel de croissance du PIB de 2,5% entre 2010 et 2016. Auparavant, entre 1998 et 2008, la croissance moyenne était de 4%. En 2009, à cause de la crise, elle a diminué à -4,7%. Après la crise, la croissance annuelle du PIB a généralement augmenté. Selon l'IMF, la croissance annuelle du PIB en 2016 était de 4,1%. La croissance est projetée à 4,5% en 2017 et 4,8% en 2018 (IMF, 2017).

**La préservation de la stabilité macroéconomique malgré les troubles politiques n'a pas permis au gouvernement d'augmenter de manière significative les dépenses pour les services sociaux et ses investissements.** Le niveau moyen des revenus fiscaux en pourcentage par rapport au PIB entre 2006 et 2015 est de 10,33%. Le faible niveau des recettes fiscales à Madagascar, bien en-dessous de la moyenne de 15,6% du PIB des pays à faible revenu (moyenne 2005-2012) (Diagnostic Systématique Pays, 2015) et aussi de son potentiel fiscal estimé entre 15 et 17% du PIB par le FMI (IMF, 2015), est un défi majeur et limite significativement les investissements des ressources intérieures nécessaires au développement des services publics. Le gouvernement a adopté un comportement prudent en diminuant ses dépenses sur le budget général de l'État (BGE), qui finance la majorité des programmes sociaux, au lieu de procéder au financement par le déficit (BM, 2014). En effet l'excédent moyen de dépenses sur le BGE par rapport à l'excédent total est passé de 52,94% entre 2006 et 2010 à 1,13% entre 2011 et 2013. En outre, le déficit budgétaire n'a pas dépassé 2% du PIB et le ratio dette publique-PIB du pays n'est pas inquiétant (37,3% en 2014) avec la dette extérieure correspondant aux deux tiers du total (Diagnostic Systématique Pays, 2015). La dette publique représente donc cette accumulation des besoins de financement au cours d'années fiscales successives de ces administrations.

**La capacité financière de l'État a notamment diminué pendant la période de crise à travers la baisse des recettes fiscales et un retrait partiel de l'aide extérieure.** Sur le budget général de l'État, en valeur nominale, le taux de croissance annuel des dépenses est passé de 10,82%

---

<sup>8</sup> Afin de garantir des informations fiables, les différentes estimations présentées ici se basent principalement sur les données suivantes : 1) Les rapports annuels disponibles de la Cour des Comptes ; 2) Les lois de règlement publiées constatant le montant définitif des recettes encaissées et des dépenses ordonnancées au cours de la gestion des années civiles considérées et approuvant les différences entre les résultats et les prévisions de la loi de finances de l'année, complétées, le cas échéant, par les lois rectificatives ; 3) Les rapports du suivi de l'exécution budgétaire de la DEP/MSANP.



entre 2006 et 2009 à 13,76% entre 2010 et 2015 (taux moyen annuel de 12,78% entre 2006 et 2015). En valeur nominale, les revenus sont passés d'un taux moyen de croissance annuelle de 16% entre 2006 et 2009 à un taux de 11,28% entre 2010 et 2015 (un taux moyen de croissance annuelle 2006-2015 de 12,87%).

*Le contexte fiscal et financier actuel limite le potentiel d'une réforme du système de santé, à moins de redynamiser l'investissement.*

Selon les données provenant des rapports de la Cour des Comptes, en moyenne, seulement 2,5 % des recettes fiscales (valeurs nominales) enregistrées sur le BGE et effectivement mobilisées pour soutenir son exécution entre 2006 et 2009 sont dédiées aux investissements. Ce chiffre a diminué de façon significative en passant à 1,32% entre 2010 et 2015.

Le graphique ci-dessous montre que le pourcentage de dépenses sur l'investissement qui finance les activités innovantes et progressistes a beaucoup diminué, et l'État se focalise sur le fonctionnement des activités, particulièrement les dépenses du solde. Cependant, cette tendance a changé en 2016. Ces chiffres d'investissement sont également sous évalués parce que la totalité des ressources externes n'est pas capturée dans le BGE.

Figure 17. Pourcentage de variation annuelle du PIB (1998-2016, projections de 2017-2022)

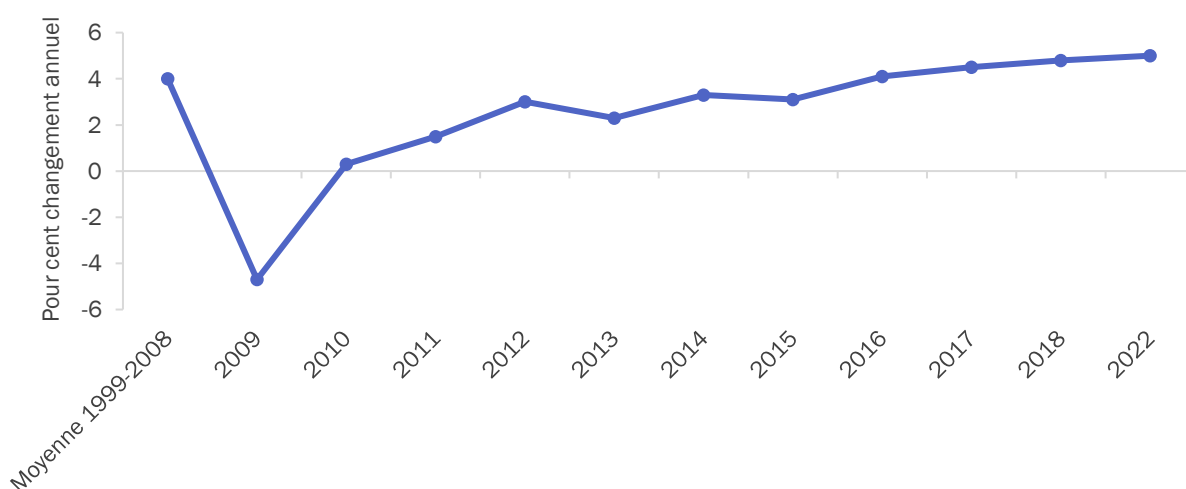
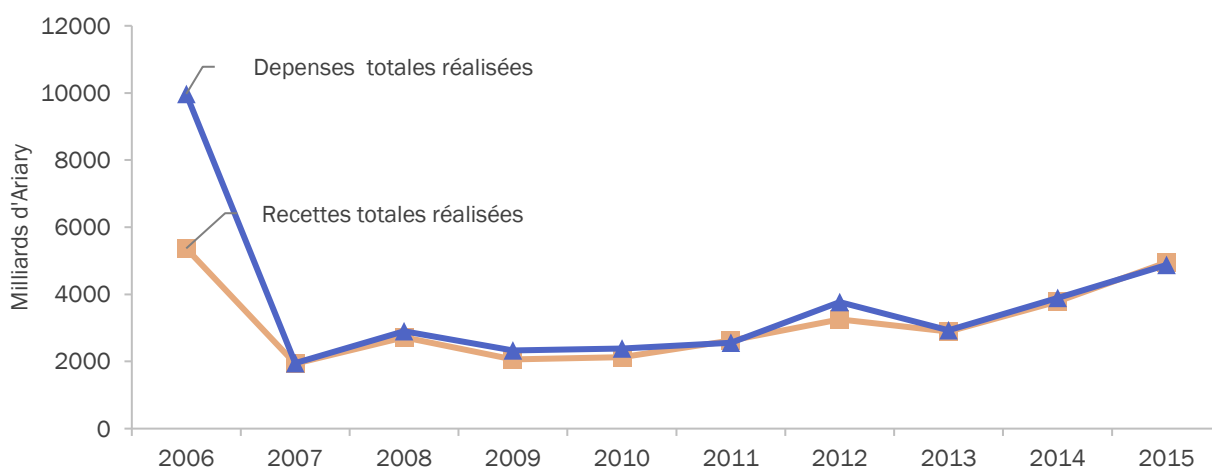
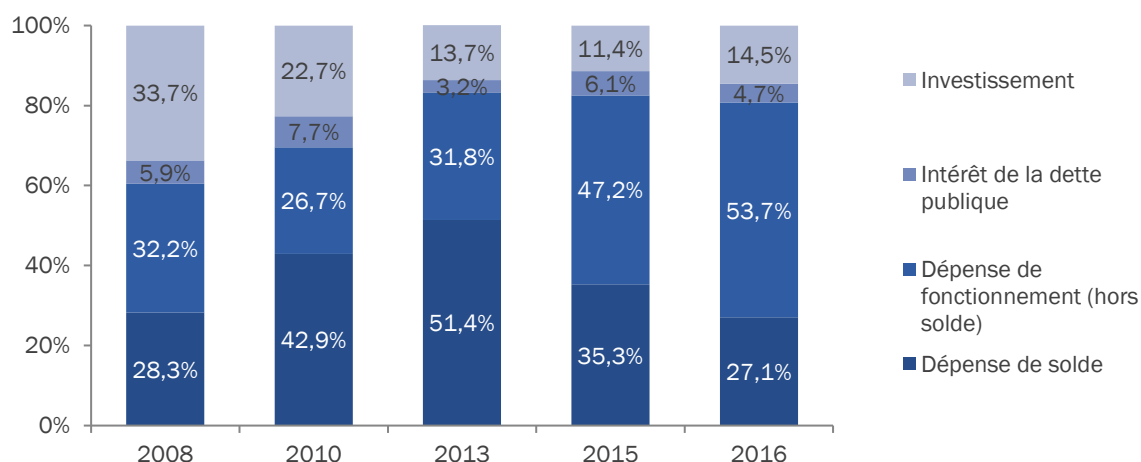


Figure 18. Recettes et dépenses totales réalisées du gouvernement malgache



Source : Cours des Comptes et lois des règlements 2006-2015

Figure 19. Dépenses du budget général de l'État (BGE) par catégorie (2008-2016)



Sources : Loi de règlement 2008-2015, Compte-rendu de la revue de l'exécution budgétaire T4 2016

**Selon les explications apportées par les cadres du MEF et du MSANP/DAAF, la non-exhaustivité des informations sur le financement extérieur constitue un facteur négatif important dans le contrôle et la capacité de gestion des investissements par l'État.** Le montant total des paiements par financement extérieur pris en compte dans les documents de planification et de suivi budgétaires se rapporte seulement aux dépenses qui font l'objet de régularisation, les décaissements effectifs au niveau des projets de chaque ministère étant largement supérieurs audit montant. Certains montants significatifs classés comme dépenses d'investissement proviennent de ressources externes non capturées dans les prévisions initiales et réalisations de recettes. Par conséquent, cette situation crée des écarts entre les recettes et dépenses d'investissement. La figure 20 montre qu'il est difficile pour le gouvernement de planifier l'année en cours et celles à venir car les recettes sont imprévisibles. L'année 2015 est la première où le gouvernement a réalisé plus de recettes fiscales et non fiscales que prévu. Entre 2006 et 2015, le gouvernement a réalisé une moyenne de 89% des recettes fiscales prévues, 95% des recettes non fiscales et 9% des recettes d'investissement. Cependant, les recettes augmentent depuis 2013.

Figure 20. Situation des recettes du BGE par fonctionnement et investissement



Sources : Loi de règlement 2010-2015, Compte-rendu de la revue de l'exécution budgétaire T4 2016

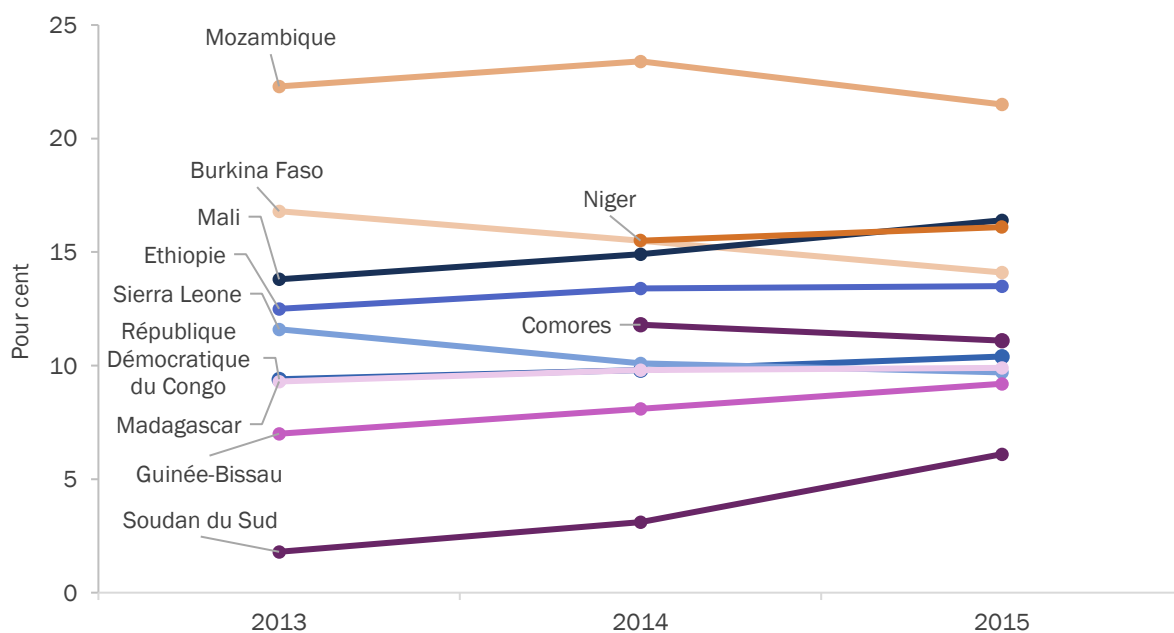
**A travers une politique fiscale rigide et prudente, le gouvernement a pu maîtriser les recettes et dépenses provenant de ses opérations sur le BGE mais pas de façon aussi adéquate par rapport à ses autres cadres budgétaires.** Ce contrôle ne semble pas aussi efficace pour les autres cadres budgétaires, spécifiquement les comptes particuliers du Trésor (CPT), dont l'excédent de dépenses représente 99% de l'excédent total de dépenses de tous les cadres budgétaires entre 2011 et 2013. Systématiquement mentionné dans les rapports annuels de la Cour des Comptes, cet excédent de dépenses est principalement dû au financement sur CPT du déficit chronique de la Caisse de prévoyance et des retraites (CPR) et de la Caisse des retraites civiles et militaires (CRCM). Une analyse budgétaire est nécessaire pour informer la mise en place de mesures visant l'amélioration de la viabilité financière de ces différents fonds.

Selon le FMI, en 2014, le revenu total de Madagascar était de 10,1% du PIB, et projeté à 10,4% en 2015 (FMI, 2016). Selon les données du MFB, les recettes fiscales étaient de 9,8% du PIB en 2014 et 9,9% du PIB en 2015. Comparé aux autres pays à faible revenu, le revenu de Madagascar est très bas et plus haut seulement que le Soudan du Sud et la Guinée-Bissau (Figure 21).

*Le taux de revenu fiscal à Madagascar est parmi les plus bas de l'Afrique subsaharienne et ne permet pas d'atteindre les niveaux de développement requis du pays.*

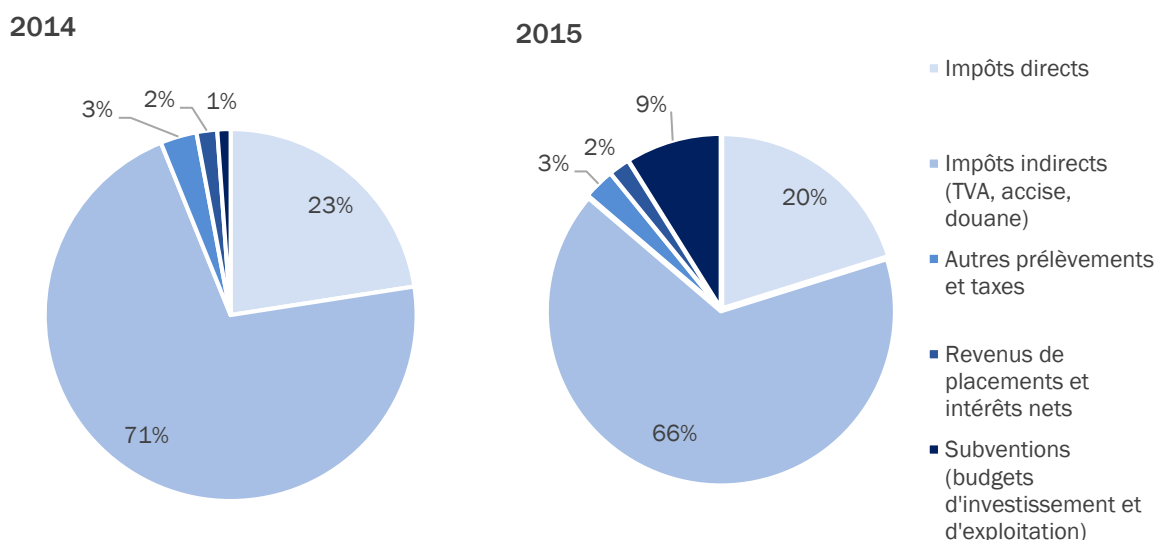
**La combinaison des revenus de Madagascar suggère que le pays dépend fortement des impôts indirects (22% de ses impôts indirects proviennent de la taxe sur la valeur ajoutée [TVA]), ce qui suggère une économie essentiellement informelle.** L'emploi dans le secteur officiel n'a pas augmenté de manière significative au fil du temps et n'a donc pas contribué aux efforts fiscaux directs. Les efforts de fiscalité doivent s'améliorer tant en termes de conception du système fiscal que de conformité pour s'assurer que les entreprises paient en fonction des lois fiscales en vigueur.

Figure 21. Recettes fiscales (Pourcentage du PIB) 2013-2015



Sources : FMI, article IV

Figure 22. Situation des recettes fiscales et non fiscales de Madagascar en 2014 et 2015



**Le secteur formel peu développé et le manque de conformité fiscale affectent négativement les dépenses publiques à Madagascar.** En plus d'une assiette fiscale réduite, en raison du faible développement du secteur formel, il semblerait que la conformité fiscale soit problématique. Selon une évaluation du FMI, moins de la moitié de toutes les entreprises à Madagascar en 2013 ayant émis leur déclaration fiscale ont déclaré un bénéfice imposable. Toujours selon le FMI, les données disponibles indiquent qu'environ une entreprise sur cinq, ayant un chiffre d'affaires situé entre 50 et 200 millions d'ariary, ne respecte pas ses obligations de déclaration de la TVA. Or, la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) est la principale source de recettes fiscales, représentant presque la moitié de tous les impôts pour la période de 2004 à 2013 (Diagnostic Systématique Pays, 2015). De plus, la proportion de ces entreprises non conformes a augmenté depuis 2010 à 65% des grandes entreprises en 2013. Cette forte proportion d'entreprises déclarant ne pas avoir de TVA à verser ou demandant même un remboursement de TVA témoigne également de la faiblesse de l'administration (FMI, 2015). D'après le diagnostic du pays de la Banque mondiale, « le secteur de l'industrie minière, qui ne contribue pas encore largement au Trésor, est l'une des sources potentielles de recettes futures. La gestion de la croissance exponentielle potentielle du secteur de l'extraction minière représente un défi pour le pays, mais elle constitue également une opportunité immense » (Diagnostic Systématique Pays, 2015).

## 4.2 Financement de la santé à Madagascar

**La santé est sous-financée par le gouvernement de Madagascar et dépend du financement extérieur.** Bien que les dépenses du gouvernement soient en hausse (8% par an en moyenne entre 2009 et 2015), entre 2010 et 2015, 70% des dépenses étaient financées par les ressources externes et 30% par le gouvernement.

### Le budget du secteur de la santé : Ressources publiques et externes

**La part de ressources intérieures finançant le budget du Ministère de la Santé dans le budget général de l'État est bien en-deçà du niveau d'allocation de 10% recommandé par l'OMS et la déclaration d'Abuja (15%), avec une évolution négative sur les 10 dernières années.** Ces ressources intérieures publiques dédiées à la santé ne représentaient en moyenne que 6,57%

du BGE entre 2006 et 2015 et leur évolution indique une tendance à la baisse où le taux moyen de croissance par année sur la période est de -2,35%.

**Les dépenses du Ministère de la Santé ne suivent pas la croissance démographique.** L'écart grandissant entre la croissance démographique et économique mentionné en début de section entraîne une certaine inélasticité des dépenses en santé du gouvernement par rapport à la croissance démographique. L'analyse des dépenses du Ministère de la Santé entre 2006 et 2015 indique qu'une augmentation de 1% de la population correspondrait à une augmentation de 0,23% des dépenses exécutées annuellement. Après ajustement de l'inflation, une augmentation de 1% de la population correspond à une augmentation de 0,02% des dépenses annuelles exécutées. **À ce rythme, si la population double, les dépenses n'augmenteraient que de 2%.**

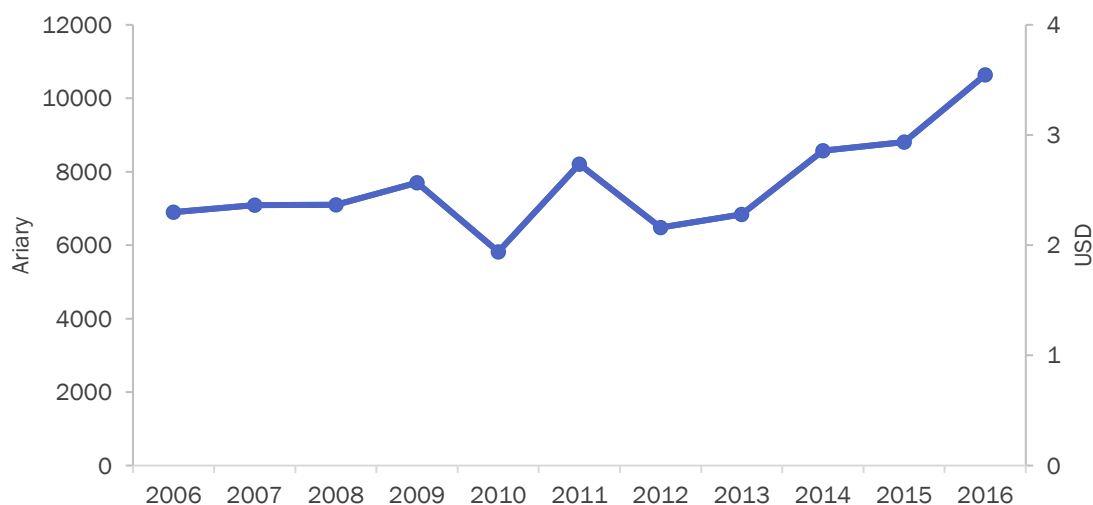
**Le budget du secteur de la santé finance en grande partie les opérations courantes de fonctionnement et le personnel au détriment des opérations d'investissement, soutenues en grande majorité par l'aide publique au développement venant des partenaires techniques et financiers.** Le graphique montre que le budget du solde a plus que triplé depuis 2006. Les dépenses du solde entre 2011 et 2016 représente 80 % du budget de fonctionnement et 62% du budget total du Ministère de la Santé effectivement exécuté. En 2006, le solde représentait 33% du budget, en 2016, il représentait 56% du budget. En outre, le budget pour l'investissement n'est pas stable mais enregistre une tendance à la hausse : 45% en 2006, 32% en 2009, 14% en 2012, 25% en 2015 et 29% en 2016.

Tableau 5. Évolution de la part des dépenses des ressources intérieures du budget de la santé dans les dépenses du budget général de l'État (financements externes non inclus)

2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017*
6,8%	7,0%	6,0%	7,6%	6,8%	7,3%	6,2%	6,6%	6,4%	5,0%	4,6%	5,0%

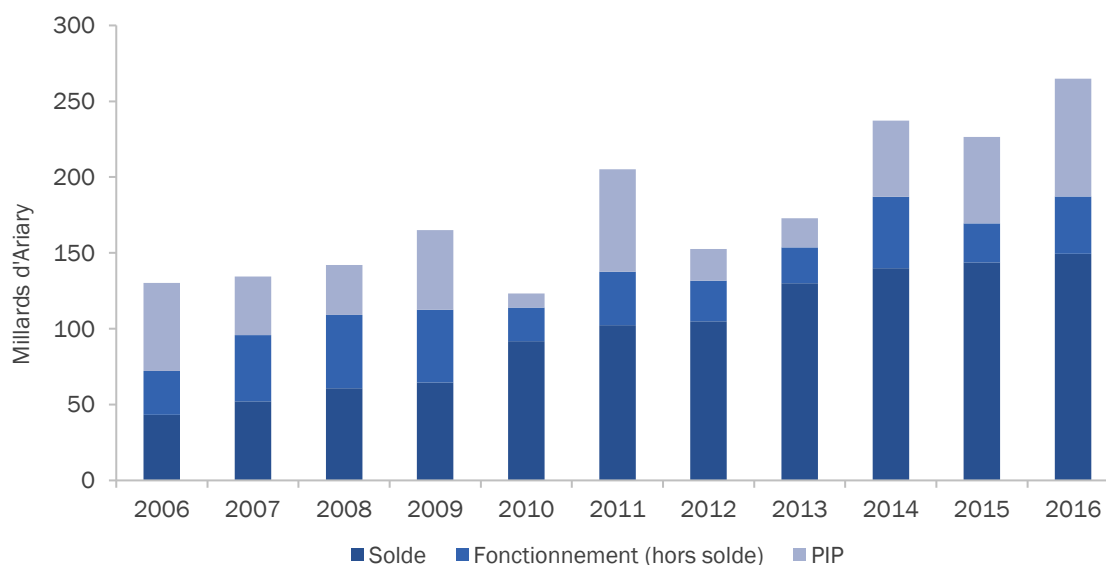
Sources : Lois de Règlement et rapport de la Cour des Comptes 2006-2015, Rapports d'exécutions budgétaires du Ministère de la Santé, Compte-rendu de la revue de l'exécution budgétaire T4 2016, \* financements externes inclus et données basées sur les crédits modifiés, Source : Loi de finance rectificative

Figure 23. Dépenses du Ministère de la Santé par habitant (2006-2016)



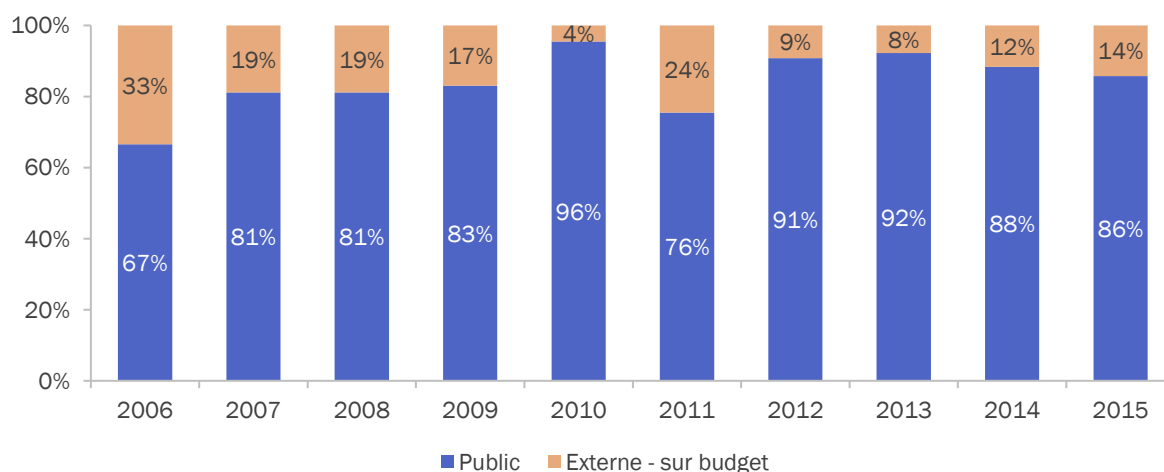
Sources : MFB, Organisation des Nations Unies

Figure 24. Évolution des dépenses du MSANP par source (solde inclus)



Sources : MSANP et MFB, suivi de l'exécution budgétaire

Figure 25. Pourcentage du budget exécuté du MSANP par source de financement

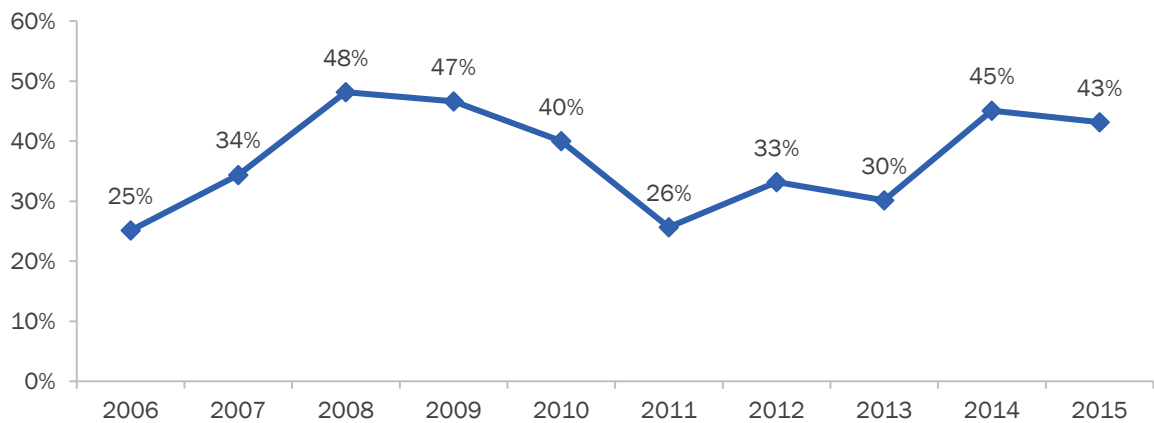


Source : MSANP, suivi de l'exécution budgétaire

Le pourcentage de ressources externes sur budget semble minime en comparaison à la contribution du gouvernement. **Les ressources externes sur budget représentent une moyenne de 16% du budget par an depuis 2006.**

Cependant, les bailleurs de fonds contribuent seulement au budget d'investissement, le gouvernement doit couvrir le solde et le fonctionnement. Dès lors, comparant le pourcentage du Programme d'investissement public (PIP) que le gouvernement finance au PIP financé par les ressources externes, **le MSANP couvre en moyenne 37% des dépenses sur l'investissement, dont 63% sont financées par les ressources externes.**

Figure 26. Pourcentage des dépenses d'investissement financées par le MSANP



Source : Rapports de suivi de l'exécution budgétaire, MSANP

**Le MSANP fait face à un manque à gagner considérable pour le secteur dû à un niveau d'exécution budgétaire inadéquat des ressources intérieures et extérieures mises à sa disposition.** Le graphique ci-dessous montre qu'il existe un écart important entre les fonds alloués et les dépenses. Le taux d'exécution moyen des dépenses autorisées est de 66,87% entre 2006 et 2016, et varie de 47,81% (2009) à 83,59% (2016). Les crédits non utilisés par le MSANP entre 2006 et 2016 sont estimés à un montant cumulé de 925 milliards d'ariary en valeur nominale, représentant 15,1% des dépenses du budget de l'État en 2016. En 2016, 316,27 milliards d'ariary ont été alloués au MSANP dans la Loi de finance rectificative (LFR), une hausse de 17% par rapport à 2015. En 2017, le MSANP a reçu une allocation de 371,03 milliards d'ariary dans la LFR, là encore une hausse de 17% en comparaison 2016.

**En divisant le budget par programme prioritaire, on observe que la lutte contre les maladies constitue le domaine le plus financé par le budget du MSANP.** L'offre de services de santé hospitaliers ne représente que 19% du budget en 2016 et le pourcentage alloué pour la santé de la mère et l'enfant a diminué en 2014 et 2015, mais affiche une augmentation en 2016. En 2017, 33,2% du budget alloué hors solde était pour la santé de la mère et l'enfant, et 21,8% pour les maladies.

Figure 27. Budget du MSANP alloué et exécuté avec le pourcentage d'exécution du budget

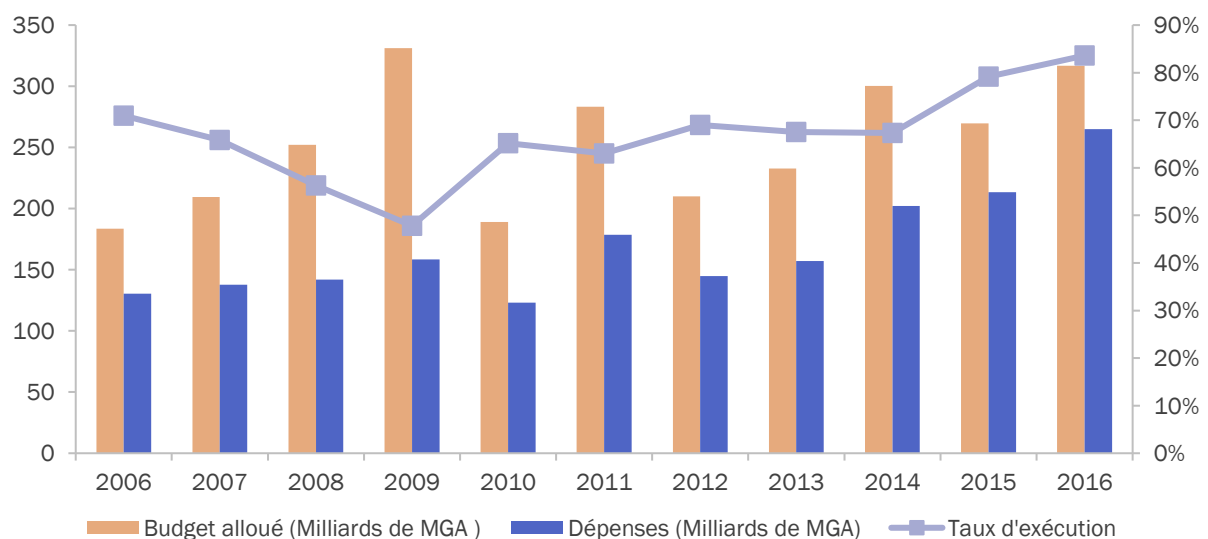
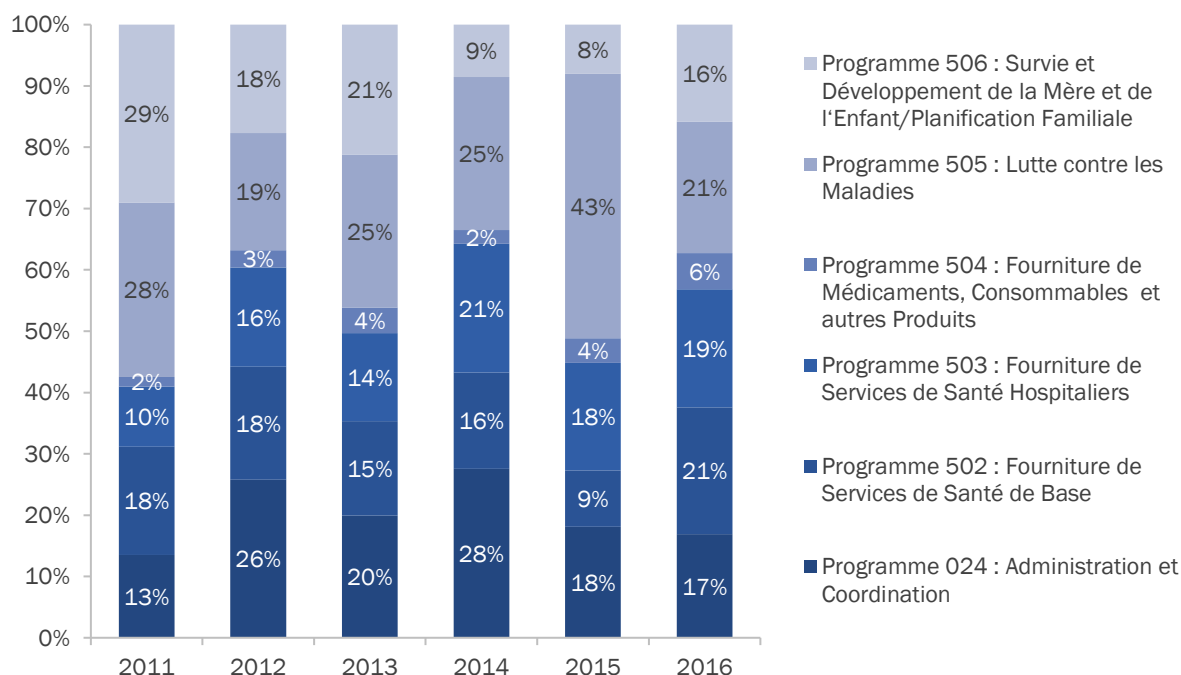


Figure 28. Exécution du budget du MSANP hors solde par programme prioritaire, montant et pourcentage dépensé par an



### 4.3 Analyse du niveau de performance atteint par rapport au financement obtenu et exécuté

La performance globale du secteur de la santé, définie à travers les indicateurs de performance de ses six programmes principaux, diminue chaque année tandis que son financement effectivement exécuté augmente. Le niveau moyen de réalisation des cibles de performance de la mission sanitaire, défini comme l'ensemble des indicateurs pour lesquels les objectifs fixés ont été atteints par rapport au nombre total d'indicateurs, était de 39% entre 2011 et 2015. Les indicateurs comprennent des extrants et résultats par année et par programme. Par exemple, pour l'offre de services de santé de base, il existe un indicateur du taux de consultations médicales externes dans les CSB. De plus, une tendance moyenne annuelle à la baisse de 16% a été identifiée. Il est important de souligner que malgré la reprise d'un financement à la hausse, les résultats de performance globaux ont continué à diminuer en 2014, stagnant à 27% en 2015. Par ailleurs, il convient de préciser que le niveau de financement exécuté à travers les différents programmes n'a jamais atteint son niveau de 2011.

Les programmes 505, faisant référence à la lutte contre les maladies (incluant le paludisme, les IST/VIH-SIDA, la tuberculose, etc.) et 506 (se focalisant sur la survie et le développement de la mère et de l'enfant et la planification familiale) disposaient d'un financement moyen par rapport à l'ensemble du secteur santé entre 2011 et 2015 estimé à 45% des dépenses de programme (28% des fonds publics et 8% des fonds extérieurs décaissés sur cette période). Ces programmes ont contribué à plus de 60% de la non-atteinte du niveau de performance fixé par le secteur entre 2011 et 2015. De plus, le programme 024, portant sur l'administration et la coordination, représente 12% du financement et a contribué à plus de 20% au manque de performance du secteur de la santé.

**Le financement public des investissements en santé est fortement centralisé, au détriment des régions.** Selon les informations provenant de la base de données de suivi budgétaire du



Ministère de la Santé<sup>9</sup>, le contrôle de l'exécution du financement public pour l'investissement est centralisé à plus de 99% entre 2011 et 2014. Selon le PDSS 2015-2019, le secteur de la santé figure parmi les secteurs prioritaires du Programme national de décentralisation et de déconcentration de 2006-2015. Comme indiqué dans le PDSS, les politiques élaborées et validées n'ont malheureusement pas de force exécutoire car elles ne sont converties en textes juridiques (c'est le cas du Programme national de décentralisation et de déconcentration au niveau du secteur santé). De plus, les efforts initiaux de décentralisation ont subi une forte régression au cours de la crise sociopolitique avec un retour à la centralisation du budget. Les services techniques déconcentrés (STD) tels que les Directions régionales de santé publique (DRSP) et les services de santé des districts n'arrivent pas à jouer leur rôle d'appui, de coordination, d'encadrement et d'accompagnement des structures de santé. L'expérience d'autres pays<sup>10</sup> démontre qu'un système de santé en voie de décentralisation mais fortement dépendant d'un financement centralisé n'est pas l'approche la plus adéquate pour assurer la performance à la fois en termes d'efficacité et d'efficacités des structures décentralisées par rapport aux objectifs fixés, tels que l'amélioration des résultats de santé, la réduction des inégalités et l'atteinte de l'équité dans le financement de la santé. On compte parmi ces limites le délai des décaissements causant des insuffisances/pénuries de ressources financières.

**Selon le Rapport annuel de 2015 du MSANP, les régions ont complété à hauteur de 20% à 68% les activités planifiées dans le PTA de 2015.** Les chiffres s'alignent sur les taux de décaissement par région qui, selon les fonds planifiés dans le plan de travail annuel (PTA) et les décaissements réels, vont de 9% à 100%. Deux grands défis subsistent : la restriction et le faible engagement des fonds selon la LFR, et le non-déblocage des fonds des PTF à temps au niveau central dû en général à la non-régularisation en temps opportun des pièces justificatives. Le niveau opérationnel n'arrive pas à mettre en œuvre les activités planifiées, et par conséquent, ne peut atteindre ses objectifs.

**Il existe une grande différence entre le budget alloué et celui dépensé entre les régions.** Selon la figure ci-dessous, Ihorombe représente 25,7% du budget dépensé par région, contre 17,2% pour Haute Matsiatra, et 14,1% pour Anosy. Douze des 22 régions dépensent moins de 2% du budget chacune.

Tableau 6. Performance par budget exécuté

	2011	2012	2013	2014	2015
Budget exécuté du Ministère de la Santé Publique hors solde (milliards d'Ar)	102,88	47,65	42,73	97,22	82,87
Performance moyenne par an (%)	58	52	33	27	27

<sup>9</sup> Rapports annuels du Ministère de la Santé de 2011 à 2015. Tableaux de suivi budgétaire du Ministère de la Santé de 2011 to 2015 (plus spécifiquement : récapitulation, PIP, fonctionnement, et fiches de projet)

<sup>10</sup> Frumence, Gasto; Nyamhanga, Tumaini; Mwangu, Mughwira and Anna-Karin Hurtig. 2014. "The dependency on central government funding of decentralised health systems: experiences of the challenges and coping strategies in the Kongwa District, Tanzania." BioMed Central Ltd.

Figure 29. Pourcentage de fonds d'investissement destiné au niveau central ou régional

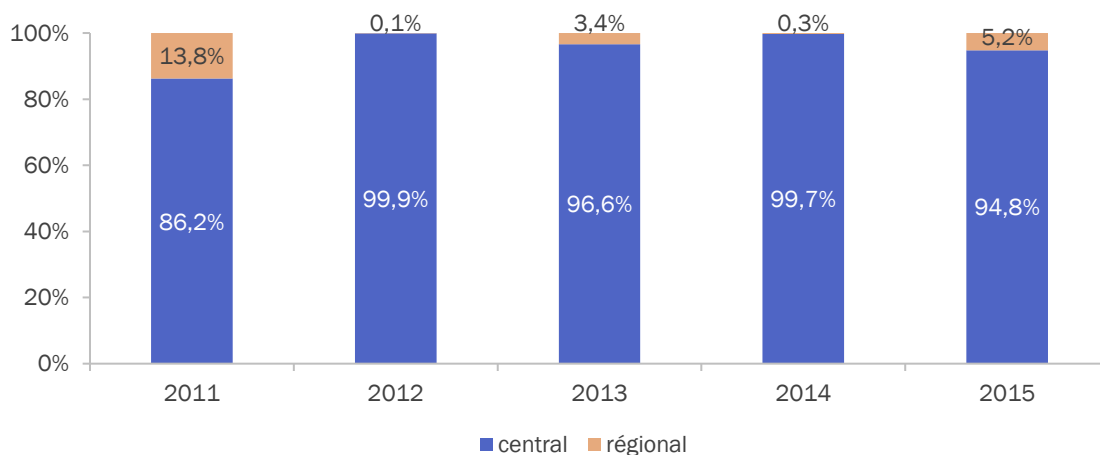
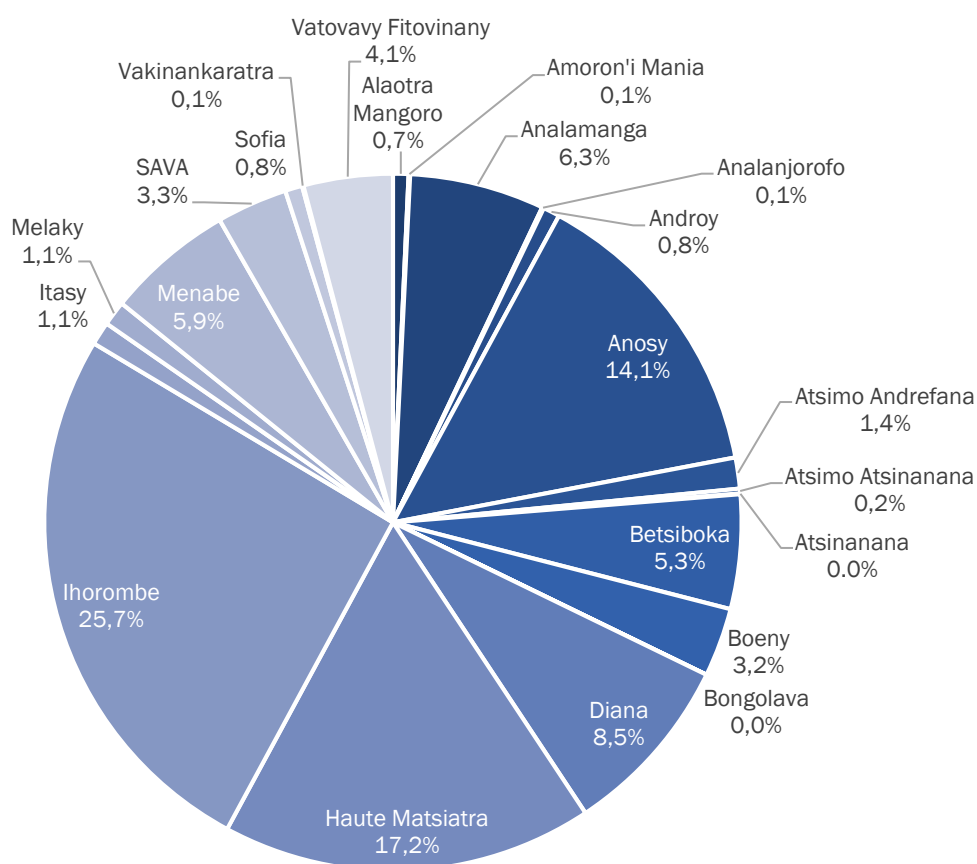


Figure 30. Dépenses du MSANP par région en 2015



Source : Rapport annuel, MSANP 2015

## 4.4 Les défis du système de gestion financière

**La gestion financière pose des défis d'allocations et de dépenses.** La gestion des flux de financements publics commence par le Ministère des Finances et du Budget (MFB), l'entité publique chargée de collecter les ressources pour l'État. Après le cadrage macroéconomique, il procède à l'arbitrage des allocations budgétaires entre les différents ministères. Le budget définitif est alloué aux départements ministériels par le Parlement à travers la loi des finances. Pour en savoir plus, consultez l'Annexe 5.

Au sein du Ministère de la Santé, la responsabilité de pilotage et de coordination du processus de planification et de préparation budgétaire incombe à la Direction des études et de la planification (DEP), qui consolide les budgets (PIP et fonctionnement), les documents stratégiques susmentionnés (cf. Annexe 5) et les plans de travail annuel (PTA) des structures à tous les niveaux du système de santé public (CSB, hôpitaux, districts, régions et niveau central).

**Cependant, comme nous l'avons indiqué précédemment, l'estimation des ressources externes est rarement correcte, ce qui rend la planification très difficile.** Le financement effectif était supérieur au financement prévu de 36,25% sur la période 2009-2013 (295 419 722 USD). Au total, 68,93% de cet écart provient des financements exécutés par les agences multilatérales. Les emprunts représentent le type d'assistance avec l'écart le plus faible par rapport aux montants prévus (1,83%). Cette divergence rend la planification budgétaire et des dépenses très difficile.

De concert avec la Direction des affaires administratives et financières (DAAF), la DEP procède à l'ajustement du budget du secteur de la santé en fonction de la lettre de cadrage du projet de la loi de finance et de la circulaire de préparation budgétaire. Après la phase de conférence budgétaire, des réunions d'échange et d'arbitrage sur les perspectives budgétaires réunissant le MFB, les ministères techniques et les régions, la DAAF est responsable de la communication des enveloppes de crédits budgétaires, de leur répartition entre les différents services du MSANP, dans les temps impartis et de la manière la plus équitable possible, du niveau central vers les structures décentralisées et périphériques correspondantes. Le deuxième niveau de répartition des crédits se fait depuis la direction centrale de chaque service vers les structures décentralisées et périphériques correspondantes. Le niveau d'autonomie en termes d'allocation et de gestion de crédits à travers le SIGFP s'arrête aux directions de districts, lesquelles financent à travers les crédits alloués les activités prévues dans les PTA des structures périphériques.

**L'exécution des décaissements liés à l'utilisation des crédits est sous le contrôle du MFB.** En d'autres termes, le MSANP n'a pas de contrôle sur les décaissements et ne peut payer pour des services ou produits sans le MFB. Chaque structure soumet ses demandes d'achat de fournitures ou de services au niveau central du MSANP, qui les soumet ensuite au MFB pour paiement. Le MSANP n'a pas l'expertise, l'expérience et l'autorité d'administrer et gérer ces fonds. Au cours du processus de réforme, il conviendra d'envisager la manière dont les fonds seront gérés et par qui.

**De plus, le MFB a placé des restrictions trimestrielles dans les circulaires annuelles de régulation des dépenses en fonction du cadrage macroéconomique.** Ces restrictions strictes imposées par le MFB empêchent d'exécuter entièrement le budget, en particulier pour les dépenses non salariales de fonctionnement et d'investissement (GOM, BM, 2015). Par exemple, pour l'exécution du budget de 2014, le MSANP (et tous les ministères sous la tutelle du MFB) pouvait dépenser seulement 4,3% des crédits annuels pour le fonctionnement (hors solde) et d'investissement le premier trimestre, et 42,2% au total le deuxième trimestre (MFB, 2014). Le

taux d'exécution du budget du MSANP en 2014 était de 79%. Le MSANP est donc limité par le montant des dépenses autorisées chaque trimestre, et ne parvient pas à dépenser l'ensemble de son allocation budgétaire.

### Points clés

- Le faible niveau des recettes fiscales constitue un défi majeur limitant les investissements du gouvernement nécessaire au développement des services publics.
- Malgré une stabilité macroéconomique préservée, le gouvernement n'a pas augmenté significativement ses dépenses pour les services sociaux et l'investissement. Ceci peut s'expliquer notamment par la diminution de la capacité financière de l'État pendant la période de crise à travers la baisse des recettes fiscales et un retrait partiel de l'aide extérieure.
- La non-exhaustivité des informations sur le financement extérieur est un facteur négatif dans le contrôle et la gestion des investissements par l'État. Par exemple, les ressources externes non incluses dans les prévisions initiales entraînent des écarts entre les recettes et les dépenses d'investissement. Il est donc difficile pour le gouvernement de planifier l'année et celles à venir car les recettes sont imprévisibles.
- La composition des revenus fiscaux suggère que le pays dépend fortement des impôts indirects, ce qui tend à indiquer une économie essentiellement informelle. A cela s'ajoute un problème de conformité fiscale des entreprises, dont seulement une partie déclare des revenus imposables, ce qui affecte négativement les dépenses publiques.
- La part des ressources intérieures du budget du MSANP dans le BGE est bien en-dessous de 10% et est en baisse depuis les dix dernières années. La santé dépend donc fortement du financement extérieur. De plus, le budget du secteur santé finance en grande partie les opérations courantes de fonctionnement et de personnel au détriment des opérations d'investissement soutenues par les fonds extérieurs.
- Le MSANP fait face à un manque à gagner considérable pour le secteur de la santé dû à un niveau d'exécution budgétaire inadéquat des ressources intérieures et extérieures mises à sa disposition.
- La performance globale du secteur de la santé, définie à travers les indicateurs de performance de ses six programmes principaux, diminue chaque année tandis que son financement effectivement exécuté augmente.
- Le financement public des investissements en santé est fortement centralisé, au détriment des régions. De plus, il existe une grande différence entre le budget alloué et celui dépensé entre les régions.
- L'exécution des décaissements liés à l'utilisation des crédits financiers est sous le contrôle du MFB, et il impose des restrictions trimestrielles sur les dépenses. Cette pratique limite la capacité du MSANP à dépenser les fonds alloués.

# 5. Le financement extérieur

**Madagascar dépend du financement externe pour financer le secteur de la santé.** Une fois reçus, les fonds ne sont pas toujours bien dépensés en fonction des priorités. Par ailleurs, ce niveau de dépendance est trop élevé et ne représente pas une alternative durable. Compte tenu du manque de données sur les dépenses totales de santé (DTS), en raison de l'absence de comptes nationaux de la santé récents, le suivi du processus devient chaque année plus ardue.

## 5.1 Contribution des partenaires techniques et financiers en dehors du budget de l'État

**Il y avait à peu près 205 projets de développement dans le secteur de la santé entre 2009 et 2016, financés au total à hauteur d'1,11 milliard de dollars américains.** L'USAID était le plus grand bailleur de fonds du secteur de la santé entre 2009 et 2016. Son financement représentait 35,69% du décaissement effectif total (tous bailleurs confondus) pour cette période, principalement à travers des programmes verticaux.

Le financement de ces six bailleurs de fonds représente 81,68% des décaissements externes effectifs du secteur de la santé pour la période 2009-2016. Ces subventions constituent le mécanisme de financement le plus utilisé (88,92% des décaissements effectifs sur la période 2009-2016), suivies des emprunts (8,16% sur la même période).

**Si l'on compare les fonds exécutés par le MSANP et les financements externes documentés dans la base de données de la Plateforme de Gestion de l'Aide (PGA), en 2015, 72% des fonds pour le secteur santé provenaient de bailleurs de fonds externes.** Comme indiqué précédemment, les ressources externes du budget représentent une moyenne de 16% du budget par an depuis 2006. Si l'on ajoute la contribution en dehors du budget, la dépendance de Madagascar vis-à-vis des ressources externes est clairement visible.

**Les 6 bailleurs de fonds principaux du secteur de la santé sont :**

- L'USAID (35,69% du décaissement effectif total)
- Le Fonds mondial (17,10%)
- GAVI (10,93%)
- La Banque mondiale (7,45%)
- L'UNICEF (6,33%)
- L'Union européenne (4,18%)

*Ce niveau de dépendance sur le financement externe suggère un besoin urgent d'investissement en santé à long terme par le gouvernement.*

Figure 31. Répartition du financement pour la santé à Madagascar par bailleur de fonds (PGA)

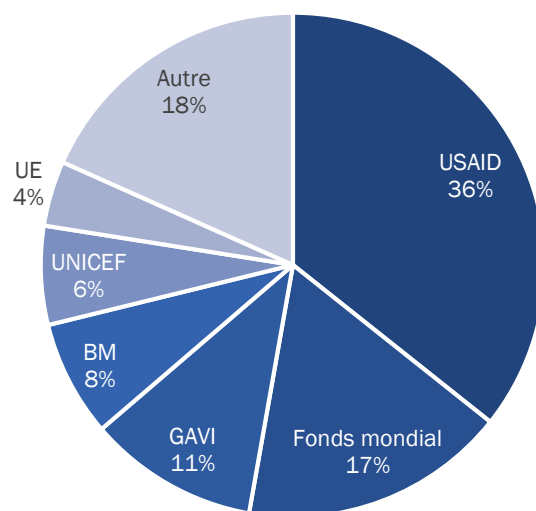
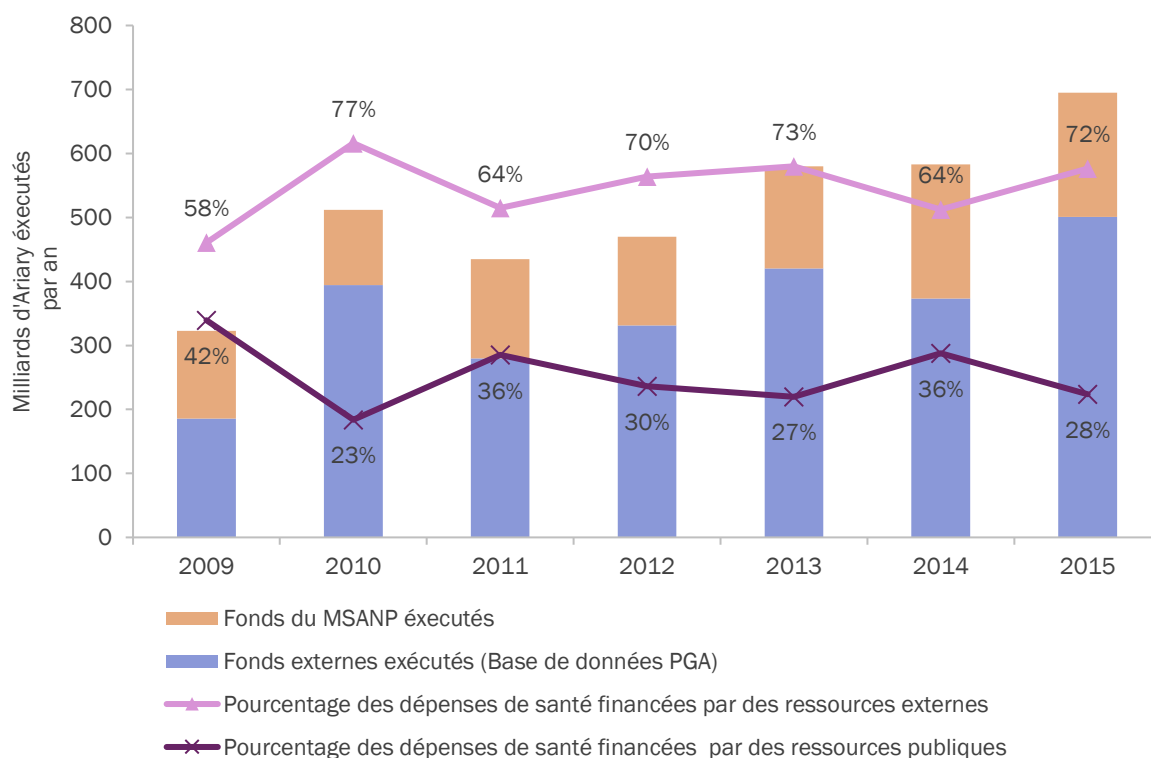


Figure 32. Dépenses de la santé à Madagascar



**Pour résumer, Madagascar est très dépendant des ressources externes, qui ont financé en moyenne 70% des dépenses de santé entre 2010 et 2015.** En raison de l'absence de comptes nationaux de la santé récents, il n'est pas possible d'estimer les dépenses totales de la santé comprenant le secteur privé. Dans la mesure où Madagascar envisage la création d'un dispositif d'assurance de la santé, il est important pour le gouvernement de tenir compte de la mobilisation et pérennisation du Dispositif d'assurance santé (DAS), au vu du financement important des PTF.

**Bien que Madagascar dépende du financement extérieur, il bénéficie d'un soutien faible comparé aux autres pays africains.** En 2015, l'USAID a versé 149 millions de dollars à

Madagascar, dont 41 millions pour la santé et la population (USAID 2017). Cela comprend 25 millions pour les soins de santé essentiels (24 millions pour la lutte contre le paludisme, 400 000 pour le développement du personnel de santé, 200 000 pour le contrôle des maladies transmissibles et 200 000 pour la nutrition), et 17 millions pour les politiques de population et la santé de la reproduction (500 000 pour les politiques, 9,4 millions pour la planification familiale et 7 millions pour la santé reproductive). En Afrique, Madagascar est le 16<sup>ème</sup> pays sur 48 bénéficiant du plus grand niveau d'aide de l'USAID.

Tableau 7. Déboursements de l'USAID pour la santé par pays en 2015

Pays	Déboursements en santé (millions USD)	Déboursements par habitant (USD)
Mozambique	164	5,85
Malawi	69	3,93
Tanzanie	203	3,77
Madagascar	41	1,69
RDC	121	1,59
Mali	23	1,32
Côte d'Ivoire	9,8	0,42
Burkina Faso	6,9	0,38
Cameroun	7,3	0,32

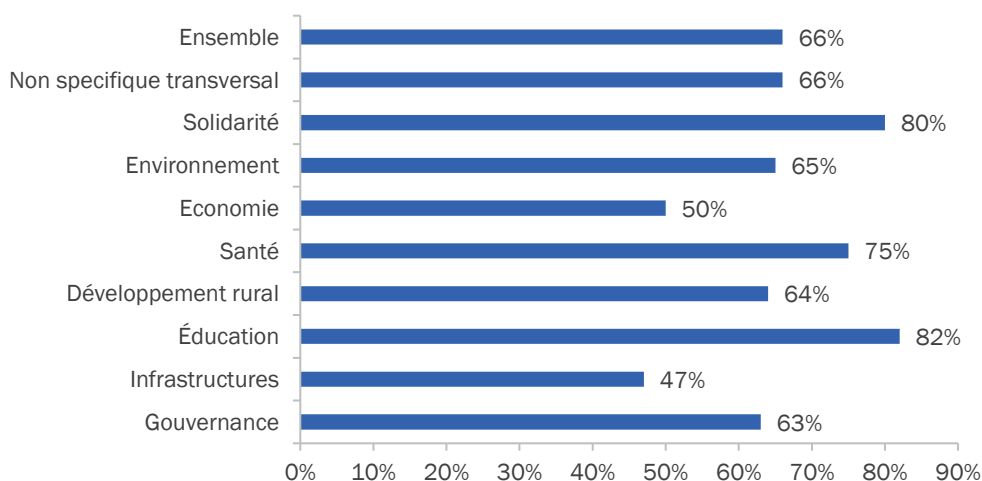
L'USAID a fourni 69 millions de dollars au Malawi, 164 millions au Mozambique et 203 millions à la Tanzanie pour la santé. **Cependant, si l'on compare ces sommes à celles reçues par les autres pays francophones, Madagascar reçoit plus de financement pour la santé par habitant que la RDC, le Mali, le Cameroun, la Côte d'Ivoire et le Burkina Faso.** S'agissant du Fonds mondial, en 2014-2016, 112 millions de dollars ont été alloués à Madagascar, dont 17,2 millions pour la lutte contre le VIH, 10,5 millions pour la lutte contre la tuberculose et 84,6 millions pour la lutte contre le paludisme. Pour le cycle budgétaire de 2017-2019, le Fonds mondial a alloué au pays 76,7 millions de dollars américains, dont 15,5 millions pour le VIH, 9,3 millions pour la tuberculose et 52 millions pour le paludisme (Le Fonds mondial 2017). Ce financement a diminué et Madagascar se classe désormais au 21<sup>ème</sup> rang sur 46 pays en termes de niveau de financement reçu. D'autres pays africains, dont le Burkina Faso, le Cameroun, la Côte d'Ivoire, le Ghana, le Rwanda, la Zambie, l'Afrique du Sud, le Kenya, l'Éthiopie, le Malawi, l'Ouganda, le Zimbabwe, le Mozambique, la RDC, la Tanzanie et le Nigeria reçoivent plus du double du montant obtenu par Madagascar. Néanmoins, certains pays font face à une épidémie de VIH beaucoup plus importante. Madagascar reçoit plus de financement pour le paludisme que pour d'autres types de maladies, tandis que 76% de la population souffrent d'une carence alimentaire et 47,4% des enfants de moins de 5 ans pâtissent d'une malnutrition chronique. La diarrhée, l'IRA et la fièvre sont les trois maladies les plus fréquentes chez les enfants de moins de 5 ans. Au vu de la jeunesse de la population et du taux élevé de fécondité des adolescentes et des femmes adultes, la santé de la reproduction et la planification familiale constituent deux domaines d'intervention cruciaux.

**Madagascar ne parvient pas à dépenser les fonds obtenus.** Le MSANP est confronté à un problème d'exécution des dépenses du financement externe. Le rapport Ménard indique, après analyse des crédits engagés et mandatés sur les 3 dernières années, un taux de mandatement faible des investissements en général estimé à 50%, et en particulier des investissements tirés du financement extérieur qui ne dépassent pas 30% des crédits ouverts sur la Loi de finances rectificative (Ménard, 2016). Cependant, les statistiques produites à partir du SIGFP en matière

d'absorption de crédits apportés par le financement externe fournissent une interprétation faussée de la réalité, exposant une situation beaucoup plus alarmiste.

Selon le graphique d'absorption de l'aide à Madagascar par secteur présenté dans le rapport de mai 2016 du Secrétariat Technique Permanent pour la Coordination de l'Aide (STPCA), le MSANP aurait utilisé 75% de l'aide financière qui lui a été allouée par les partenaires.

Figure 33. Absorption de l'aide à Madagascar, par secteur\*



\* Taux de dépenses par rapport aux fonds alloués par les PTF.

Source : AMP-Madagascar

**Les différentes sources d'informations provenant du STPCA et du SIGFP sont contradictoires en ce qui concerne la capacité d'absorption de l'aide par le MSANP.** Les cadres de la DAAF et d'autres partenaires interviewés, notamment le FED, ont cité comme causes principales de cette disparité :

1. La difficulté à régulariser les dépenses effectives des partenaires à partir du financement extérieur pour les projets inscrits sur le PIP dans le SIGFP
2. Tous les financements des PTF ne sont pas forcément inscrits au Programme d'investissements publics du budget de l'État. Ils le sont lorsqu'une contrepartie est demandée à l'État.

D'autres déterminants importants affectent le taux d'exécution, et donc la capacité d'absorption financière du MSANP, selon le rapport du Fonds européen pour le développement (FED) dirigé par Ménard. Ils ont été cités par les cadres de la DAAF et du MFB. Notamment, la mise en place de taux de régulation<sup>11</sup> particulièrement sévères, associés à des Lois de finances rectificatives diminuant l'enveloppe des crédits ouverts, la complexité et lourdeur des procédures et les longs délais des achats effectués sur les marchés publics, la lenteur du processus de nomination des gestionnaires d'activités (plus de 500), pouvant aller de deux jours à plusieurs mois, retardant significativement les délais d'engagement des crédits alloués par l'État.

<sup>11</sup> Le taux de régulation fixé dans la circulaire d'exécution budgétaire détermine un rythme à ne pas dépasser pour l'engagement des dépenses de l'État afin de limiter les problèmes de trésorerie associés à l'exécution de son budget.



## 5.2 Les programmes des partenaires techniques et financiers

**Le financement externe a soutenu des mécanismes de financement pilotes en santé dans plusieurs régions à Madagascar.** Les mécanismes comprennent le financement basé sur la performance, le financement basé sur les résultats, les vouchers/bons et les transferts conditionnels. Les exemples ci-dessous constituent une liste non-exhaustive des types de mécanismes existants.

**Le Programme d'appui aux secteurs sociaux de base (PASSOBA-Santé), avec le soutien financier de l'Union européenne et mis en œuvre par l'UNICEF<sup>12</sup>, a établi un système pilote de financement basé sur la performance.** L'objectif principal est de contribuer à réduire la vulnérabilité des populations les plus démunies et les plus affectées par la crise de 2009 par le biais d'un renforcement des capacités opérationnelles des structures publiques décentralisées et déconcentrées opérant dans le secteur de la santé. Le projet offre un appui technique à Salama et FANOME sur le renforcement du système et des capacités, et mène une expérience pilote de prime basée sur la performance dans une région. Le manque de personnel de santé dans les zones enclavées oblige les CSB du MSANP à fermer. PASSOBA a mis en place des kits d'installation et de fidélisation couplés à l'instauration de la prime à la performance comme une solution potentielle pour accélérer la réouverture de certains CSB non-fonctionnels en raison du manque de personnel. L'idée était que la prime de performance motiverait les médecins et les agents paramédicaux recrutés par le projet à aller travailler dans les zones difficiles d'accès. La mise en œuvre du projet pilote de financement basé sur la performance a commencé en février 2015 dans cinq districts de la région d'Atsimo Andrefana (Tulear II, Morombe, Sakaraha, Betioky Sud et Ampanihy). L'intervention couvre une population de 1 142 876 habitants, soit 76% de la population de la région. Dans ces cinq districts, 133 CSB fonctionnels ont été couverts par l'initiative. Les résultats de cette initiative ne sont pas disponibles. De plus, la pérennisation de l'activité manque de clarté dans la mesure où tout est financé à travers le programme. Cette approche doit assurer l'accès équitable aux soins de santé, mais peut faire face à des difficultés si le financement n'est pas durable.

Dans le secteur privé, Santé Sud propose une initiative similaire permettant d'assurer l'accès à des soins de qualité, en particulier en milieu rural, à travers un programme de 56 médecins généralistes communautaires (MGC) offrant le Paquet minimum d'activités (PMA) dans les régions, avec le soutien de neuf référents-maîtres de stage (RMS)<sup>13</sup>. Le MSANP, le Conseil national de l'Ordre des médecins de Madagascar, et l'Association des médecins communautaires de Madagascar (AMC-MAD) œuvrent en tant que partenaires opérationnels du programme, qui est financé par l'Agence française de développement (AFD).

**Avec l'appui de la Banque mondiale, le Ministère de la Santé publique pilote<sup>14</sup> les approches de financement basé sur les résultats (FBR) avec l'objectif principal de renforcer les capacités des ressources humaines et des établissements sanitaires.** Le mécanisme de FBR se focalise sur les soins de santé primaires offerts dans les districts pilotes. Les bénéficiaires sont les structures de santé publiques et les CSB avec les agents communautaires (AC). En fonction du montant disponible, une extension pourrait avoir lieu au niveau des CHRR. Les services choisis à travers la liste de vérification des indicateurs de qualité FBR, avec leur poids relatif au niveau des CSB, sont au nombre de onze. Par ailleurs, il existe cinq indicateurs de performance pour les AC. En

---

<sup>12</sup> Zones d'opération : Cinq régions d'intervention (Sava, Analanjirifo, Menabe, Atsimo-Andrefana et Anosy), ensuite dans les quatre nouvelles régions d'extension (Boeny, Betsiboka, Vakinankaratra et Atsinanana)

<sup>13</sup> Zones d'opération : Analamanga, Atsimo Andrefana, Itasy, Vakinankaratra, Bongolava, Boeny et Sofia.

<sup>14</sup> Zones d'opération : Bongolava, Vakinankaratra

plus des indicateurs de performance des CSB et des AC, des indicateurs ont aussi été développés pour évaluer le SDSP et la DRSP. Pour le SDSP, il s'agit des indicateurs relatifs à sa mission de régulation. Dans ce contexte, le FBR a pour objectif de fournir les motivations pour les fonctions de supervision et d'encadrement/appui des SDSP aux CSB, tandis que les indicateurs de la DRSP sont en rapport avec sa mission d'évaluation de la qualité dans le cadre de la mise en œuvre du FBR (MSANP, Financement à Base de Résultats, 2014).

**Marie Stopes Madagascar a mis en place un E-voucher et un programme de téléphonie mobile pour la santé (mHealth).** L'objectif est d'améliorer l'équité et l'accès aux méthodes de planification familiale réversibles et à longue durée d'action (LARC) pour les jeunes afin de contribuer à la réduction des grossesses précoces. Avec le code e-voucher envoyé aux jeunes par SMS, le bénéficiaire se rend au centre de santé pour recevoir gratuitement le service/traitement de son choix : PF dans le centre franchisé MSM (Blue Star) ou au centre de santé SISAL pour les IST/VIH.

**L'Unité de Gestion de Programmes (UGP) a mis en place un voucher pour les médicaments qui rembourse le coût des consommables et des médicaments destinés aux enfants de moins de 5 ans et aux femmes enceintes, afin de réduire la mortalité maternelle et infantile.** Les bénéficiaires sont les femmes enceintes, les femmes ayant accouché et les femmes en post-partum (jusqu'à six semaines après l'accouchement), ainsi que tous les enfants de moins de 5 ans qui se présentent aux CSB accrédités par le projet PAUSENS de la Banque mondiale. Afin de couvrir les plus vulnérables, la définition de la zone d'intervention a été établie en fonction de critères sociaux et des niveaux de pauvreté de la Poverty Map de 2011. Les cinq régions<sup>15</sup> sélectionnées bénéficient d'un très grand nombre de CSB pour réduire le risque d'iniquité au sein des régions. Les services sont délivrés selon ce système dans 347 CSB2 publics ciblés dans 18 districts (Thinkwell, 2015). Selon l'étude de Garchitorena et al., dans le district d'Ilfanadiana, dans la région de Vatovavy-Fitovinany, bien que l'utilisation des services de santé reste faible (23% des enfants de moins de 5 ans qui étaient malades ont cherché un traitement auprès d'une formation sanitaire), le programme a été associé à une augmentation de l'utilisation des services de santé de 29% chez les enfants de moins de 5 ans, et 14% chez les femmes enceintes.

**La Banque mondiale a également facilité un transfert monétaire pour le développement humain (TMDH), pour fournir un supplément de revenus aux ménages bénéficiaires et appuyer la scolarisation des enfants de 6 à 12 ans. Le but était également de promouvoir l'amélioration de l'état nutritionnel des enfants de 0 à 5 ans.** Le programme du gouvernement malgache est mis en œuvre par le Fonds d'intervention pour le développement, et a débuté en 2014 dans le District de Betafo. Le TMDH est un programme de transfert monétaire conditionnel destiné aux 40 000 ménages les plus vulnérables ayant des enfants de 0 à 12 ans. Les conditions obligatoires du transfert comprennent la coresponsabilité ou l'assiduité scolaire à au moins 80% des cours, soit 4/5 jours par semaine. Des suivis des coresponsabilités scolaires seront effectués tous les deux mois. Les conditions souples comprennent la consultation des centres de santé pour le suivi sanitaire des enfants, la consultation des centres de nutrition pour les ménages ayant des enfants de 0 à 5 ans, l'assistance aux espaces de bien-être sur les thèmes d'accompagnement (citoyenneté, pratiques familiales essentielles, petite enfance, planification familiale).

**Concernant les différentes composantes du marché de la santé, à savoir l'offre et la demande, différentes approches sont employées dans les mêmes régions. Il demeure des préoccupations**

---

<sup>15</sup> Amoron'i Mania, Haute Matsiatra, Vatovavy Fitovinany, Atsimo Atsinanana, Androy

**concernant la pérennisation et la capacité de mise à échelle.** D'autre part, ces composantes visent à diminuer les inégalités en matière de santé et peu d'informations sont disponibles sur l'évaluation de ces programmes. Il est cependant à noter que ces systèmes n'existent pas en vase clos. Ils peuvent coexister dans une même région et donc une même structure de santé, en particulier dans le cadre de programmes nationaux tels que les FANOME, les Fonds d'équité hospitaliers ou la gratuité des programmes verticaux du MSANP. Néanmoins, cette analyse nous permet déjà d'anticiper le fait que la plupart de ces programmes rencontreront des difficultés en termes de pérennisation, en raison notamment de l'inexistence d'alternative mises en place par rapport à l'exonération des paiements concernant les usagers. Même s'il y existe des approches comme le PAUSENS, selon laquelle le coût direct par personne est bas (\$0,60) et peut être abordable, les projets sont financés par les fonds extérieur et le gouvernement aurait besoin de soutien pour mettre en œuvre une stratégie similaire (Garchitorena et al., 2017). De nombreuses ressources sont actuellement dépensées pour différentes approches sans tenir compte d'une vision ou stratégie de pérennisation. Pour développer la CSU, le gouvernement devrait réfléchir aux stratégies pouvant générer des impacts prouvés, aux ressources disponibles et à la manière de les utiliser pour atteindre des objectifs communs. Concernant le comportement humain, il sera difficile de créer une culture de cotisation si la gratuité persiste.

### 5.3 Les accords de prêts concessionnels pour la santé avec les banques internationales de développement et/ou autres institutions financières

Selon les données de la Banque mondiale, le remboursement du capital sur la dette extérieure publique et garantie par l'État malgache a augmenté selon un taux moyen annuel croissant d'environ 20% entre 2005 et 2014, ceci malgré une baisse de 32% entre 2010 et 2011 due aux crises politiques. Ces estimations s'accordent avec l'opinion du FMI, qui estime que la capacité de la République de Madagascar à rembourser sa dette est satisfaisante (FMI, 2016). Le maintien d'un ratio dette publique/PIB relativement faible et stable est confirmé par le FMI, ce qui démontre la capacité du gouvernement à contrôler les risques de surendettement (FMI, 2016). Cela doit être considéré comme une option sérieuse pour financer le DAS.

**En 2012, un accord de prêt concessionnel sous l'Association Internationale de Développement (IDA) a été signé entre la République de Madagascar et la Banque mondiale.**

Cela a permis à l'État de mobiliser les ressources nécessaires pour le financement du projet PAUSENS (Projet d'appui d'urgence aux services essentiels de l'éducation, de la santé et de la nutrition), qui utilise une approche multisectorielle pour aborder les besoins d'urgence en matière de sécurité alimentaire et de nutrition à travers les secteurs de l'agriculture, la santé, la protection sociale et l'environnement. Il s'agit d'un projet de 65 millions de dollars, auxquels 10 millions ont été récemment ajoutés. Au 31 mars 2016, 1 567 024 femmes et enfants sur cinq régions ont eu accès à travers ce projet à un paquet de services de base en santé maternelle et infantile, nutrition et santé de la reproduction (BM, 2017). Le

*Les prêts concessionnels à travers les banques internationales de développement ou d'autres institutions financières devraient être considérés par le gouvernement de Madagascar comme une option sérieuse de mobilisation de ressources dans le cadre de la mise en place du DAS, car l'État malgache jouit d'une certaine crédibilité en termes de remboursement de ses dettes publiques, définie par la capacité d'un gouvernement à honorer ses remboursements de dettes publiques.*

gouvernement malgache utilise des ressources de l'IDA à travers des prêts concessionnels pour piloter et évaluer des mécanismes permettant de relever des défis socioéconomiques majeurs. En développant la CSU, le gouvernement malgache devrait réfléchir à l'utilisation efficace des prêts concessionnels pour réaliser des progrès dans le cadre de la CSU.

**Cependant, la conversion de la dette en investissements sociaux permet au pays créancier de réduire la dette du pays débiteur et de procéder à l'allocation d'au moins une partie de cette réduction à la santé.** L'historique de Madagascar en matière de conversion de dette a débuté en 1989 avec des échanges de créances à la fois commerciales et bilatérales contre des programmes environnementaux. À cette période, Madagascar est devenu le premier pays d'Afrique à négocier un échange dette-nature pour protéger l'environnement. Les échanges de créances contre mise en œuvre de programmes de développement ont été introduits par l'UNICEF en 1993 et 1994 à travers des échanges dettes-développement de l'enfant dans les secteurs de l'aide humanitaire, de l'eau et de l'assainissement, de la santé et de l'éducation (Moye, 2001). En termes de résultats, une réduction de la dette externe de 2 684 000 dollars sur un montant initial de 5 200 000 dollars a permis de générer 4 940 000 dollars en fonds locaux de développement, ce qui constitue un retour de 84% sur chaque dollar de dette annulée (chaque dollar de dette annulée a généré un équivalent de 1,84 dollar en fond locaux de développement). Bien que remontant à deux décennies, cette expérience de la Direction générale du Trésor et de la Banque centrale de Madagascar dans la négociation, l'exécution et le suivi de mécanismes de conversion de la dette, représente un atout majeur. Il sera important de capitaliser sur cette expérience en explorant des pistes similaires qui permettraient d'identifier les opportunités actuelles de remise partielle ou totale de dettes contre programmes de développement dans le contexte du financement de la CSU à Madagascar.

## Points clés

- Madagascar dépend du financement externe pour financer le secteur de la santé, et particulièrement 6 bailleurs de fonds principaux. Cette situation souligne le besoin important d'investissement de la part du gouvernement pour inverser cette tendance.
- Bien que Madagascar dépende du financement extérieur, il bénéficie d'un soutien faible comparé aux autres pays africains. Cependant, si l'on compare ces sommes à celles reçues par les autres pays francophones, Madagascar reçoit plus de financement sur la santé par habitant que la RDC, le Mali, le Cameroun, la Côte d'Ivoire et le Burkina Faso.
- Madagascar est confronté à un problème d'exécution des dépenses sur financement externe et ne parvient pas à dépenser les fonds obtenus. Les causes principales de cette disparité : la difficulté à régulariser les dépenses effectives des partenaires à partir du financement extérieur pour les projets inscrits sur le PIP dans le SIGFP, et le fait que tous les financements des PTF ne soient pas forcément inscrits au Programme d'investissements publics du budget de l'État. Ils le sont lorsqu'une contrepartie est demandée à l'État.
- Le financement externe a soutenu des mécanismes de financement pilotes de la santé dans plusieurs régions de Madagascar, tel que le financement basé sur la performance ou les résultats. Néanmoins, dans la mesure où ces projets pilotes sont en cours, le recul nécessaire pour observer des résultats n'est pas suffisant et le gouvernement devrait réfléchir à des stratégies de pérennisation des impacts.
- En 2012, un accord de prêt concessionnel sous l'Association Internationale de Développement (IDA) a été signé entre la République de Madagascar et la Banque mondiale, qui a permis la réalisation du projet PAUSENS. A travers ce projet, plus de 1,5 millions de femmes ont eu accès un paquet de services de base en santé maternelle et infantile. Le gouvernement malgache devrait réfléchir à l'utilisation efficace des prêts concessionnels pour réaliser des progrès dans le cadre de la CSU.
- L'expérience du gouvernement de Madagascar dans la négociation, l'exécution et le suivi de mécanismes de conversion de la dette en investissements sociaux représente un atout majeur sur lequel il faudra capitaliser en explorant des pistes similaires qui permettront d'identifier les opportunités actuelles de remise partielle ou totale de dettes contre programmes de développement dans le contexte du financement de la CSU.

# 6. Les mécanismes de protection financière en matière de santé

**Le système de financement de la santé à Madagascar est composé de divers régimes ou dispositifs de financement administrés par différents opérateurs.** Dans le contexte de la CSU, ces régimes sont associés à divers dispositifs répertoriés en 6 catégories : le financement public de la santé, la sécurité sociale, l'assurance-maladie privée financée par l'employeur, l'assurance-maladie communautaire (mutuelles), les services de santé financés par l'employeur, et le financement à but non lucratif des services de santé.

## 6.1 Les mécanismes publics

### Les employeurs publics

**Les directions financières de certaines structures gèrent directement, à partir de leur budget de fonctionnement, la prise en charge des frais de soins des fonctionnaires et de leur famille.** Cela inclut le conjoint, les enfants légitimes de moins de 20 ans, et également les agents retraités. Ces derniers peuvent se rendre dans des centres publics (CHU, CSRR, CSD, CSB) ou centres privés agréés<sup>16</sup>. L'évacuation sanitaire à l'intérieur ou à l'extérieur du territoire national est aussi prise en charge par le gouvernement (Présidence de la République, 2003). Le personnel du corps de l'administration pénitentiaire a également droit à ce bénéfice. Ce financement, ciblant les fonctionnaires publics, ne couvraient qu'environ 5% de la population malgache et représentaient moins de 2% des dépenses totales en santé en 2013 (Rafiringason, 2015) (BM, 2013). La Caisse de sécurité sanitaire des fonctionnaires et agents non encadrés de l'État (CSSFANE) effectue le règlement et/ou le remboursement des frais d'hospitalisation, de traitement et de soins médicaux dans une formation sanitaire publique ou privée agréée à recevoir des agents de l'État en activité et admis à la retraite, titulaire d'une pension versée par la Caisse de retraite civile et militaire, la Caisse de prévoyance et de retraite (CPR), ou la Caisse nationale de prévoyance sociale (CNPS), ainsi que de leurs conjoints et enfants à charge.

Le décret n° 94/077 du 25 janvier 1994 fixe le régime des soins médicaux, d'hospitalisation et d'évacuation sanitaire des fonctionnaires et des agents non encadrés de l'État. Le droit à ce bénéfice est aussi décrit dans la Loi n° 2003-011 du 3 septembre 2003 portant Statut général des fonctionnaires. L'article 36 stipule que « l'Administration prend en charge et en totalité les frais médicaux, ainsi que les frais d'hospitalisation des fonctionnaires traités dans les centres médico-sociaux et dans les formations sanitaires publiques. Des dispositions particulières sont prises à l'égard des formations sanitaires privées agréées par l'État ».

<sup>16</sup> La liste comprend (sous certaines conditions) les établissements suivants : Centre hospitalier de Soavinandriana (CENHOSOA), Clinique des Sœurs Ankadifotsy, Centre de crénothérapie et thermo-climatisme d'Antsirabe, Institut Pasteur de Madagascar à Avaradoha, Clinique Mpitsabo Mikambana à Tsiadana, Polyclinique et Maternité d'Ilfy, Pavillon Sainte Fleur dans l'enceinte de l'HJRA, Institut médical de Madagascar (IMM) à Ampefiloha, Centre de diagnostic et d'urgences (CDU) Antananarivo, Clinique ORL-Rabenantoandro Antsahavola (MFB)

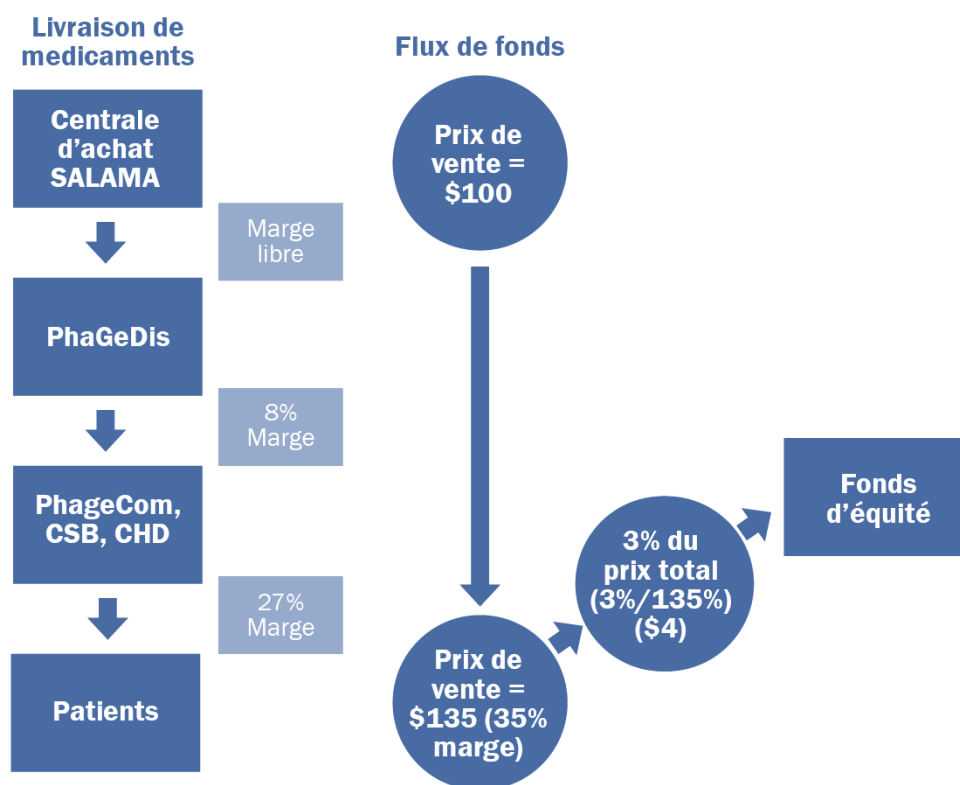
**Selon le Ministère des Finances et du Budget (MFB), les fonctionnaires peuvent consulter un médecin dans le réseau agréé, et ensuite présenter le reçu ou la facture au MFB pour remboursement.** Autrement, les fonctionnaires peuvent remplir un bulletin de consultation signé par le responsable du département employeur et se présenter à la formation sanitaire sans déboursier d'argent. Certains cadres supérieurs de la fonction publique ont mentionné lors des entretiens pour cette étude qu'avant la crise politique de 2009, le principe du tiers-payant existait. Désormais, les fonctionnaires procèdent au paiement direct des frais, à l'exception des interventions chirurgicales lourdes, qui sont par la suite remboursées par l'État. Cependant, ces cadres affirment qu'il est difficile d'être remboursé pour les frais directs, particulièrement si une personne ne travaille pas dans une grande ville, et doivent alors payer de leur poche. Ces cadres ont aussi souligné le problème d'équité autour de l'administration des bénéfices, mentionnant que le remboursement des frais médicaux est sujet à beaucoup de favoritisme et n'est donc pas administré de façon équitable ou systématique, conditionné en grande partie par les « relations personnelles » du bénéficiaire. Ce qui remet en question le niveau d'efficacité du système de prélèvement, de répartition et de redistribution de ces cotisations à travers les bénéfices de santé dédiés aux bénéficiaires.

Le Service de l'Exécution Budgétaire des secteurs administratif et social (SEBAS), sous la Direction de l'exécution budgétaire du MFB, administre le financement des bénéfices liés aux interventions chirurgicales lourdes et les soins à l'étranger pour les fonctionnaires publiques. La prise en compte par ce service des éléments suivants n'a pas été identifiée dans la littérature, ni confirmée lors des entretiens : les caractéristiques du financement telles que sa composition et la proportion de ses sources, les critères de gestion financière, l'utilisation de normes/critères d'achat de services/négociation de marchés et mécanismes de paiement des prestataires. Il est aussi important de noter que ce régime ne couvre pas les fonctionnaires publics contre les risques d'accidents du travail, l'invalidité, les maladies professionnelles et le chômage. La Caisse de prévoyance et de retraite (CPR) et la Caisse de retraite civile et militaire (CRCM) fournissent une assurance vieillesse et de secours en cas de décès pour les agents non-encadrés de l'État, ainsi que les fonctionnaires et militaires. Pour plus d'informations, consultez l'Annexe 6.

### Le Fonds d'équité généré par le FANOME

**Le recouvrement des coûts en santé, dénommé « FANOME » assure la disponibilité permanente des médicaments dans les formations sanitaires publiques, et facilite l'accessibilité aux soins même pour les plus démunis à l'endroit desquels une caisse de solidarité dénommée « Fonds d'équité » a été créée.** Celle-ci a pour but de financer leur accessibilité aux soins. Le « FANOME » ou Fandraisana Anjara no Mba Entiko, soit le Financement pour l'approvisionnement non-stop en médicaments, est un dispositif de financement communautaire pour la santé adopté à Madagascar par le décret N° 2003/1040 portant institution de la mise à contribution des utilisateurs dans toutes les formations sanitaires publiques (Rafiringason, 2015). À travers le Fonds d'équité, les plus démunis reçoivent leurs médicaments gratuitement grâce au système de tiers-payant. Le Fonds d'équité est principalement financé par l'affectation d'une part des recettes provenant de la marge bénéficiaire de la vente des médicaments. Selon le FANOME, les médicaments dans les formations sanitaires sont vendus avec une marge bénéficiaire de 35% sur les prix SALAMA. Sur cette marge, 8% sont dirigés au PhagDis et 27% au fonctionnement du CSB. La contribution du Fonds d'équité est de 3/135% (3% du prix total avec le marge).

Figure 34. Flux des fonds de FANOME



**Cependant, le suivi budgétaire du FANOME et le Fonds d'équité demeurent faibles, et la valeur de stock physique s'aligne rarement sur la valeur de stock attendu.** Par exemple, le Fonds d'équité comptait 2,5 milliards d'ariary (1 million de dollars) à la fin de 2013. À la fin de l'année 2014, le Fonds comptait 2,7 milliards d'ariary (1,1 million de dollars), soit une augmentation de 244 millions d'ariary (97 millions de dollars). Cependant, sur la base des revenus et des dépenses en 2014, le montant théorique du Fonds aurait dû être de 2,8 milliards d'ariary, au lieu d'afficher un écart négatif de 41,7 millions d'ariary (16 millions de dollars). À la fin de l'année 2015, le Fonds possédait 2,5 milliards d'ariary alors que, sur la base de calculs, il aurait dû en compter 1,8 milliard, laissant un écart positif de 721 millions d'ariary (240 millions de dollars). Cela signifie que les sommes du Fonds d'équité ne sont pas administrées adéquatement par les formations sanitaires au niveau des régions.

**Par ailleurs, la définition des personnes démunies n'est pas claire.** Les personnes démunies sont les individus identifiés par la société comme étant incapables de subvenir à leurs besoins essentiels. Les caractéristiques sur lesquelles se basent ce choix ne sont pas claires, et les critères guidant l'établissement par les communautés en concertation avec le secteur santé de la liste des « personnes démunies » ne sont pas explicitement documentées. Selon l'UNICEF, dans un grand nombre de régions, il n'existe pas de liste des démunis au niveau communautaire, et la principale cause de cette sous-utilisation vient de la rupture de stocks et du manque d'outils de gestion (UNICEF, 2014). Notre entretien avec les cadres de la DEP nous a permis de prendre connaissance du fait que le Fonds d'équité ne couvre aujourd'hui que 1% de la population selon les estimations. Son utilisation n'est pas règlementée, ce qui rend le solde et les obligations réelles de cette caisse difficile à connaître (Rafiringason, 2015) (MSANP Rapport annuel, 2014).



## Les services de santé financés par l'armée

Un réseau d'hôpitaux militaires et d'infirmiers de garnison offre des services aux militaires et à leurs familles, soit à environ 150 000 personnes (fonctionnaires militaires cotisant et ayant-droits) représentant de 0,5 à 0,7% de la population (Okitombahe et al., 2016). Selon la loi N° 96-029 du 6 décembre 1996 portant statut général des militaires, le gouvernement prend en charge la totalité des frais d'hospitalisation et d'évacuation sanitaire des militaires, de leurs épouses et de leurs enfants à charge recevant un traitement dans les formations sanitaires militaires, publiques ou agréées par l'État, quelle que soit sa position statutaire. Le niveau de couverture et d'utilisation des services, ainsi que le modèle d'offre de soins utilisé, est à investiguer.

## 6.2 Les mécanismes du secteur privé

### La CNaPS : Caisse nationale de prévoyance sociale

La Caisse nationale de prévoyance sociale (CNaPS) est l'opérateur technique essentiel de protection sociale pour le secteur formel privé à Madagascar, tant par son niveau de couverture par rapport aux autres régimes (7% de la population) que par la variété des services offerts contre les principaux risques sociaux. La CNaPS est un établissement public à caractère industriel et commercial placé sous la tutelle conjointe du Ministère de la Fonction publique, de la Réforme de l'Administration, du Travail et des Lois Sociales, et du Ministère des Finances et du Budget. Sa mission est de contribuer à la réalisation de la politique de protection sociale de l'État en faveur des travailleurs du secteur privé. La Caisse cible les travailleurs régis par le Code du travail ainsi que leurs familles. En 2016, la CNaPS a couvert 594 385 travailleurs (68% entre 25 ans et 50 ans), dont 62% hommes et 38% femmes. En 2016, on comptait 258 704 enfants bénéficiaires d'allocations familiales. Des contrats ont été passés avec 39 498 employeurs, soit 25,8% dans le secteur du commerce (transport et autres activités connexes), 18,18% dans le secteur de l'enseignement et 17,66% pour le personnel de maison (CNaPS, 2016).

La cotisation annuelle varie de 1% à 13% du salaire payé par les employeurs et 1% du salaire par les employés. Par exemple, dans le régime général, la cotisation est de 13% pour l'employeur et de 1% du salaire du travailleur. Néanmoins, dans les secteurs de l'agriculture et de l'enseignement, l'employeur paie 8%, tandis que pour les employés de maisons, les employeurs paient 800 Ar par mois contre 80 Ar par mois payé par le travailleur. Les 13% de l'employeur comprennent 9,5% pour l'invalidité, la vieillesse et le décès, 1,25% pour les accidents du travail et les maladies professionnelles et 2,25% pour les prestations familiales. Les 1% de la part salariale constitue seulement une contribution à la branche d'invalidité, de vieillesse et de décès. Il est important de noter que la couverture maladie, prise en charge par

#### La CNaPS offre les services suivants :

- Santé/accidents de travail et risques professionnels : allocations salariales (2/3 du salaire), frais médicaux, indemnités de handicap pour tout accident du travail des bénéficiaires.
- Familles (enfants et maternité) : aide familiale pour la grossesse et les femmes allaitantes, allocations familiales pour les enfants, remboursement de frais d'hospitalisation durant l'accouchement, indemnités couvrant la moitié du salaire pour les femmes en congé de maternité.
- Vieillesse et décès : pensions pour les retraités et indemnités en cas de décès pour tout accident du travail des bénéficiaires.

d'autres régimes qui seront abordés plus loin, est offerte uniquement pour les salariés de la CNaPS. Il faut ainsi contribuer à deux organismes : la CNaPS et une organisation d'assurance maladie.

### Les Services médicaux du travail (SMT) : Les services médicaux interentreprises (SMIE) et les services médicaux autonomes d'entreprises (SMAE)

Les SMIE/SMAE sont régis par le décret sur la médecine d'entreprise, qui contraint les entreprises de fournir à leurs employés et à leurs familles les soins médicaux fixés par le Code de protection sociale, le Code d'hygiène, de sécurité et d'environnement de travail et le décret N° 2003-1162 régissant la médecine d'entreprise. Ce décret confère à ce régime un statut d'association d'entreprise (associatif privé) avec le droit de créer son propre établissement de soins ou de négocier des marchés avec des prestataires publics ou privés sous forme de conventions de soins. Les opérateurs offrent une gamme de soins relativement variée et adaptée aux besoins des membres cotisants et de leurs familles, notamment des services médicaux préventifs et curatifs de base. Cependant, le Code d'hygiène, de sécurité et de l'environnement de travail stipule que leur rôle est prioritairement préventif. Le tableau ci-dessous présente un résumé des différences entre les SMIE (services à Madagascar, OSTIE, ESIA, AMIT). Le taux maximum de cotisations est de 5% pour les employeurs et de 1% pour les travailleurs selon le décret. Madagascar compte 8 SMIE et 34 SMAE. Selon le rapport de P4H, la couverture des SMIE/SMAE est estimée de 3 à 5% de la population.

Tableau 8. Comparaison de 3 SMIE

	OSTIE	ESIA	AMIT
Nombre de dispensaires	8, >31 antennes	3	3
<i>Services offerts gratuitement</i>			
Médecine généraliste	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultation chez un généraliste</li> <li>• Prise en charge médicale des urgences</li> <li>• Stomatologie</li> <li>• Pharmacie</li> <li>• Soins primaires</li> <li>• Laboratoire de base</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultation chez un généraliste</li> <li>• Dentisterie</li> <li>• Pharmacie</li> <li>• Soins primaires</li> <li>• Analyses biologiques sur ordonnance du médecin</li> <li>• Vaccination</li> <li>• Planification familiale</li> <li>• Dépistage VIH</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultation et soins appropriés</li> <li>• Petites chirurgies, cas de traumatologie, rééducation fonctionnelle</li> <li>• Délivrance des médicaments convenant à chaque cas</li> <li>• Vaccination des enfants contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite, l'hépatite B et la méningite</li> <li>• Vaccination des femmes enceintes : antitétanique</li> <li>• Consultation prénatale</li> <li>• Consultation post-natale</li> <li>• Planification familiale</li> <li>• Dépistage des IST</li> <li>• Prise en charge des IST</li> <li>• Dépistage du VIH</li> </ul>
Médecine spécialisée	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cardiologie</li> <li>• Neurologie</li> <li>• Ophtalmologie</li> <li>• Oto-rhino-laryngologie (ORL)</li> <li>• Gynécologie</li> <li>• Pédiatrie</li> <li>• Dermatologie</li> <li>• Échographie</li> <li>• Radiologie Conventionnelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cardiologie</li> <li>• Ophtalmologie</li> <li>• Oto-rhino-laryngologie (ORL)</li> <li>• Gynécologie</li> <li>• Pédiatrie</li> <li>• Dermatologie</li> <li>• Échographie</li> <li>• Laboratoire</li> <li>• Radiologie conventionnelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cardiologie</li> <li>• Ophtalmologie</li> <li>• Autres spécialités</li> <li>• Dentisterie préventive et curative</li> </ul>

	OSTIE	ESIA	AMIT
Médecine du travail	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visite d'embauche Obligatoire durant le premier mois</li> <li>• Visite systématique annuelle</li> <li>• Visite médicale renforcée spécifique</li> <li>• Visite de reprise du travail</li> <li>• Visite des lieux de travail</li> <li>• Activité de sensibilisation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visite d'embauche Obligatoire durant le premier mois</li> <li>• Visite systématique annuelle</li> <li>• Visite médicale renforcée spécifique</li> <li>• Visite de reprise du travail</li> <li>• Visite des lieux de travail</li> <li>• Activité de sensibilisation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visite d'embauche obligatoire durant le premier mois</li> <li>• Visite systématique annuelle</li> <li>• Visite médicale renforcée spécifique</li> <li>• Visite de reprise du travail</li> <li>• Visite des lieux de travail</li> <li>• Activité de sensibilisation</li> </ul>
Autres		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tarif préférentiel de 25% pour service à domicile (assistance médicale, ambulance), hospitalisation (chirurgies, réanimation, maternité)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prévention (Activités de sensibilisation par les pairs éducateurs sur les IST/VIH/SIDA)</li> </ul>

OSTIE ou Organisation sanitaire tananarivienne interentreprises

ESIA ou Espace sanitaire interentreprises

AMIT ou Association médicale interentreprises

**La couverture apportée par la CNaPS et les SMIE/SMAE n'est pas optimale. On observe un écart important de couverture en matière de protection sociale dans le secteur privé formel : sur 65 6657 entreprises enregistrées, 32,67% sont affiliées à la CNaPS, et 16,81% à un service médical du travail de type SMIE/SMAE (Compte rendu, 2014).** Une analyse de données plus récentes provenant du rapport de P4H (P4H 2016) indique que dans le secteur formel, la proportion moyenne de travailleurs affiliés à un SMIE était de 64% entre 2011 et 2015, avec une tendance à la baisse (taux moyen annuel décroissant de 4,33%). En ce qui concerne les employeurs, les constats sont les mêmes. En moyenne, 53% des employeurs entre 2011 et 2015 cotisaient à un régime de protection sociale, avec une tendance à la baisse de cette proportion chaque année (taux moyen annuel décroissant de 2,42% entre 2011 et 2015). Dans le cadre de la CSU, il est primordial que le Ministère de la Fonction publique, de la Réforme de l'Administration, du Travail et des Lois sociales renforce la mise en application du Code du travail qui indique l'obligation des travailleurs de s'affilier à la CNaPS, ainsi qu'à un SMIE.

**La protection sociale est la responsabilité de tous et de personne à la fois.** Répartie entre quatre ministères (Santé, Fonction publique, Population et Finances et Budget), le socle de protection sociale est marqué d'un manque d'articulation entre les ministères susmentionnés, particulièrement exacerbé par un cadre légal et réglementaire fragmenté et limité.

### L'Assurance maladie additionnelle financée par l'employeur

**Les opérateurs d'assurance maladie privée à but lucratif sont régis par le Code des assurances.** Les types de fonds utilisés dans leurs opérations proviennent exclusivement des cotisations. Il existe différents niveaux de cotisation donnant accès à différents paniers de prestation (à la discrétion de l'employeur qui négocie au nom de ses employés le type de plan d'assurance donnant accès à un certain panier de prestations). Les adhésions volontaires individuelles ne sont pas acceptées, quelles que soient les caractéristiques ou profils de l'individu. En général, les employeurs ont recours à ce type d'assurance maladies privées pour compléter la couverture de leurs employés (ex : hospitalisation non couverte par les SMIE/SMAE). Les données permettant d'estimer le niveau de couverture de ce dispositif, son accessibilité et son taux

d'utilisation au niveau national n'étaient pas accessibles au moment de cette mission d'évaluation.

### 6.3 Les mutuelles de santé

**Madagascar dispose depuis plus de 40 ans des mutuelles de santé, dont le fondement s'appuie sur les principes de solidarité, de participation démocratique et de responsabilité des membres.** Il s'agit d'organisations à but non-lucratif dont le statut est non commercial (associatif ou autre). L'adhésion se fait sur une base volontaire ou automatique. Ces mutuelles offrent des services d'assurance santé couvrant des prestations financées par une contribution, au moins partielle, des adhérents ou subventionnées par des particuliers ou entreprises privées. La collecte d'informations à travers l'étude documentaire de Rafiringason et les entretiens avec les responsables de l'ONG Positive Planet ont permis d'établir des chiffres estimatifs et de relever les constats et contraintes suivants :

**Les mutuelles de santé ne couvrent qu'une faible proportion de la population.** Selon les données collectées par l'ONG Positive Planet auprès des organisations appuyant les différentes mutuelles de santé, ces dernières cumulaient en 2015 un total de 45 500 adhérents et plus de 169 000 bénéficiaires actifs, représentant 0,78% de la population totale malgache. Elles couvrent 33 districts dans 13 régions<sup>17</sup>.

**Il existe plusieurs modèles de mutuelles de santé actifs à Madagascar.** Le tableau ci-dessous présente quatre mutuelles : AFAFI (soutenu par Actions de Terrain, Intégration, Autonomie (ATIA), groupe Inter Aide), Tsiharofy, Mahavelona et Harena (soutenu par Positive Planet) et Mahefa (soutenu par l'USAID). La plupart des mutuelles couvrent des soins généralistes et préventifs, ainsi que des médicaments et les hospitalisations. La majorité ne couvre pas le transport d'urgence, les maladies (cancer, diabète, lèpre, tuberculose, VIH/SIDA, et les maladies d'ordre psychiatrique), la planification familiale, ni les examens comme la tomodensitométrie.

Tableau 9. Différents mécanismes de mutuelles de la santé\*

	AFAFI	Tsiharôfy	Mahavelona	Harena	Mahefa
<b>Population cible</b>	Emprunteurs d'institutions de microcrédit (FMI) Bénéficiaires d'associations, d'ONG, d'entreprises sociales Associations villageoises Habitants des fokontany Employés de petites et moyennes entreprises, salariés de certains partenaires Bénéficiaires sortant des groupes partenaires (volontaires)	Producteurs de vanille, personnel hôtelier, micro-entrepreneurs informels, population générale des districts concernés	Producteurs de vanille, population fragile	Tout public	Population rurale, surtout des enfants de moins de 5 ans et des mères (mutuelles à base communautaire)

<sup>17</sup> Alaotra Mangoro, Analamanga, Atsinanana, Boeny, Diana, Haute Matsiatra, Menabe, Sava, Sofia, Vakinankaratra et Amoroni Mania

	AFAFI	Tsihârôfy	Mahavelona	Harena	Mahefa
<b>Cotisation</b>	17 600 MGA en moyenne par famille et par an, 500 à 3 400 MGA / famille / mois (1 400 Ar en moyenne)	45 000 MGA par famille et par an (jusqu'à 7 personnes)	80 000 MGA par famille et par an (jusqu'à 7 personnes)	25 000 Ar. à 30 000 par famille et par an (jusqu'à 5 personnes)	Maximum 12 000 Ar, par an Entre 200 et 1000 MGA par mois
<b>Mécanisme</b>	Adhérents volontaires et adhérents subventionnés	Adhérents volontaires et adhérents subventionnés	Adhérents 100% subventionnés	Adhésion automatique et volontaire	Adhérents volontaires
<b>Services couverts</b>	Hospitalisation (100% dans la limite du plafond), Soins primaires (100% CSB public tiers payant 90% CSB public remboursement 50% structure privée dans la limite du plafond), Réductions en pharmacies (5% à 10%), vente de produits sanitaires à prix coûtant et subventionné, accompagnement, suivi hospitalier et post-hospitalier, référencement	Médicaments (60%), consultations généralistes et spécialisées, soins obstétriques, soins dentaires, radiologie, échographie, laboratoire, accouchement simple (70%), hospitalisation, chirurgie, accouchement par césarienne (85%) pas de plafonnement.	Médicaments (70%) Consultation généralistes et spécialisées, soins dentaires, laboratoire, échographie, radiologie, petits soins (80%) Hospitalisation, chirurgie, accouchement simple, accouchement par césarienne (100%) Transport d'urgence (forfaitaire)	Consultations généralistes chez le médecin libéral, centres de santé et cliniques privés (70%) Médicaments à la pharmacie et dépôts de médicaments (70%) Hospitalisations et chirurgie dans les structures publiques et privées (80%)	Consultations générales, hospitalisations

\* Ces chiffres sont des estimations. Source : Actions de Terrain, Intégration, Autonomie et Positive Planet

**Bien que ces mutuelles couvrent des milliers de bénéficiaires, il ne s'agit que d'un faible pourcentage de la population et le financement n'est pas pérennisé. Toutefois, rapporté au niveau territorial, le taux de couverture des mutuelles est performant.** À titre de comparaison, AFAFi est ouverte aux bénéficiaires d'autres organisations et crée un réseau d'individus, tandis que Harena est ouverte à tous. Harena et AFAFi sont actives dans quatre régions communes : Analamanga, Itasy, Vakinankaratra et Amoron'i Mania. Harena est plus active en milieu rural (63%) qu'AFAFi (49%). En 2017, Harena comptait 2638 adhérents et 6299 bénéficiaires, et AFAFi 8911 adhérents et 31 272 bénéficiaires. Les deux mécanismes ont signé des conventions avec 180 formations sanitaires des secteurs publics et privé, des hôpitaux, médecins généralistes, des spécialistes, des CSB privés et publics, et des pharmacies. Cependant, ils couvrent un petit pourcentage de la population. Au total, 24% et 64% des membres renouvellent leur adhésion chaque année, respectivement. De plus, le financement n'est pas pérennisé. Harena est autofinancée à 40% par les cotisations. AFAFi est n'est autofinancée qu'à hauteur de 10% environ. C'est parce qu'elles sont subventionnées par les bailleurs de fonds que les mutuelles peuvent fournir ces services. Aussi, la contribution volontaire au mécanisme d'assurance maladie n'est pas une solution de long terme. Selon des évaluations récentes, les mécanismes d'adhésion volontaire n'arrivent pas à mettre à l'échelle leur couverture, ni assurer l'égalité de l'accès, et peut impliquer des coûts d'administratifs élevés (Nicholson et al., 2015).

**Peu de mutuelles créées avant 2007 sont encore en cours d'activité et les modèles qui perdurent aujourd'hui se reposent sur d'autres organisations pour mettre en œuvre leurs services.** Les modèles de mutuelles ont évolué avec le temps, passant de mutuelles traditionnelles de santé communautaire, communale ou de district à des mutuelles de

développement, soit articulées avec une institution de microfinance ou créées en partenariat avec une entreprise ou une association.

**Les mutuelles mises en place à Madagascar se heurtent à de nombreuses difficultés liées à la capacité de mise en œuvre opérationnelle et de péréquation des risques, notamment :**

l'absence de subvention et d'appui technique, la faible capacité contributive des ménages cibles, le nombre insuffisant d'adhérents, le taux élevé de refus d'adhérer et la faible capacité de gestion locale.

**Il est difficile de promouvoir l'assurance maladie et les bénéficiaires y afférents au sein des communautés qui ne sont pas au fait des concepts de prépaiement et de partage des risques.**

Dans le cadre de conventions gérées par certaines mutuelles offrant des produits à travers un mécanisme alliant micro-crédit et micro-assurance, le caractère obligatoire de l'adhésion aux mutuelles n'est pas toujours accepté en dehors de la durée du crédit. Dans la mentalité malgache, surtout en milieu rural, on admet difficilement de payer des cotisations pour la santé lorsque l'on se trouve en bonne santé.

**La grande majorité des mutuelles existantes sont encore subventionnées d'une manière ou d'une autre à travers une subvention extérieure,** soit un amortissement des coûts par un partenaire opérationnel, et la mise en place de systèmes de péréquation à effet de redistribution où les adhérents les plus riches payant plus subventionnent les cotisations plus faibles des plus pauvres.

*La santé ne peut être entièrement à la charge des ménages, et l'État a manifesté sa volonté de subventionner l'initiative nationale de CNSS, mais pas les mutuelles individuelles.*

## 6.4 Considérations générales sur le niveau de couverture du système de prépaiement

**La couverture du système de prépaiement est faible, allant de 7% à 12% selon les données de référence utilisées, et demeure fragmentée en une multitude d'opérateurs sans cohérence d'ensemble.** Trois catégories de professionnels sur quatre ne sont couvertes par aucune forme d'assurance à Madagascar. Le Code de protection sociale distingue trois catégories de travailleurs : les travailleurs salariés du secteur public, parapublic ou privé, les travailleurs indépendants du secteur informel et les travailleurs libéraux. Ces deux dernières catégories ne sont pas encore couvertes. Une partie de la population ayant la capacité à payer est exclue du système car l'assurance santé privée volontaire n'est pas encore offerte à grande échelle, créant ainsi un besoin réel et une opportunité pour le secteur privé avec un fort potentiel de rentabilité. Le secteur formel a accès à la médecine généraliste et certains services curatifs s'il fait partie de la CNaPS et d'un SMIE, cependant on observe un manque de couverture pour les hospitalisations et la chirurgie. Le secteur informel a accès aux rares mécanismes de prépaiement. Tandis que l'État offre des services, dont certains gratuitement, à travers le secteur public, les statistiques révèlent un manque de qualité de soins, de disponibilité du personnel qualifié et des médicaments. Sans assurance sur la qualité des soins et sans paquet de soins garantis à tous, le secteur informel demeurera vulnérable face aux dépenses catastrophiques de santé, si aucun mécanisme de solidarité et de mutualisation des fonds pour protéger les individus ne pouvant assumer des coûts de santé élevés. Le gouvernement devrait réfléchir à la meilleure manière de prendre en charge les plus démunis. Cela exigerait la création de

*Il existe plusieurs façons de répartir les risques et d'avancer progressivement vers la CSU.*

mécanismes standard de ciblage, de sélection et d'éligibilité permettant de regrouper les segments démunis de la population.

**Madagascar a l'opportunité de tirer des enseignements de l'expérience d'autres pays et de l'adapter à son propre contexte.** Ces exemples montrent qu'il est possible d'avoir plus d'un mécanisme en même temps à condition d'en assurer la coordination (par exemple un mécanisme pour le secteur formel et informel). Une option consiste à s'appuyer dans un premier temps sur un paquet de soins de base et de le consolider avec le temps et/ou de commencer par une population cible (par ex. les plus pauvres) avant d'élargir la couverture.

### Cambodge: Cibler les populations les plus pauvres

Contexte :

- Les fonds d'équité et de santé (HEF) : permettent d'éliminer les barrières financières et d'augmenter l'utilisation des services pour les plus démunis
- Les HEF fonctionnent au sein du système de santé, sont administrés par les ONG ou les districts, et financés par le gouvernement et les bailleurs de fonds. C'est un système décentralisé et chaque HEF fonctionne indépendamment.

Résultats :

- Moins de barrières à la santé pour les pauvres, plus l'utilisation des services de santé publics et meilleures statistiques sanitaires

Défis :

- Financé partiellement par des ressources externes

Sources : Annear, Bigdeli et al. 2008 et Bigdeli et Annear 2009

## Pérou: Deux systèmes - un pour le secteur formel et l'autre pour les plus démunis

### Contexte :

- El Seguro Social de Salude (EsSalud) : une assurance maladie nationale
  - fournit des services de santé aux travailleurs dans le secteur formel, les personnes à la retraite et leurs familles.
  - Les soins sont payés par une cotisation des employeurs.
- Seguro Integral de Salud (SIS) : établi en 2002 pour le secteur informel
  - Se focalise sur les populations pauvres avec des soins de santé gratuits ou à moindre coût.
  - Le coût est presque intégralement pris en charge par l'État.

### Résultats :

- La couverture s'est étendue et la demande de services de santé a augmenté
- Le SIS a contribué aux réductions importantes des taux de mortalité maternelle et infantile

### Défis :

- Des inégalités entre les zones urbaines et les zones rurales plus pauvres
- Des barrières d'approvisionnement dans les zones rurales

Sources : Class, Cavagnero et al. 2014 et Francke 2013

## Rwanda: Assurance maladie communautaire et dispositifs du secteur formel

### Contexte :

- En 1999, les mutuelles ont été établies pour éliminer les barrières financières et donner aux populations en situation de pauvreté accès à la santé, particulièrement dans les zones rurales et le secteur informel
- Depuis 2011, le système propose trois tiers des cotisations selon le statut socioéconomique.
  - Les plus pauvres sont exemptés des cotisations (celles-ci sont subventionnées par le gouvernement et les partenaires).
  - Les deux tiers des plus riches paient les cotisations et les tickets modérateurs

### Résultats :

- Les dépenses de santé catastrophiques par les bénéficiaires des mutuelles et les frais d'utilisateurs ont diminué, en terme de pourcentage des dépenses totales de santé
- Les mutuelles de santé couvrent trois quarts de la population éligible

### Défis :

- Financées partiellement par des ressources externes

Sources: Sekabaraga, Soucat et al. 2011, MSH 2016, Farmer, Nutt et al. 2013, African Strategies for Health 2016



## Points clés

- Le système de financement de la santé à Madagascar est composé de divers régimes ou dispositifs de financement gérés par plusieurs opérateurs.
  - Les mécanismes publics :
    - Employeurs publics : Les directions financières des formations sanitaires gèrent directement à partir de leur budget de fonctionnement la prise en charge des frais liés aux soins pour les fonctionnaires et de leur famille. Les frais sont remboursés en aval ou en amont des soins. Ce système ne couvre qu'environ 5% de la population malgache et représente moins de 2% des dépenses totales en santé de 2013.
    - Fonds d'équité généré par le FANOME : il assure la disponibilité permanente des médicaments dans les formations sanitaires publiques et facilite l'accessibilité aux soins même pour les plus démunis, à l'endroit desquels cette caisse de solidarité dénommée « Fonds d'équité » a été créée.
    - Services de santé financés par l'armée : un réseau d'hôpitaux militaires et d'infirmières de garnison offrent des services aux militaires et à leurs familles, soit moins de 1% de la population.
    - Les mécanismes privés :
      - La CNaPS (Caisse nationale de prévoyance sociale) : principal opérateur de protection sociale pour le secteur formel privé, avec 7% de la population couverte. La cotisation annuelle varie de 1% à 13% du salaire pour les employeurs, et de 1% du salaire pour les employés.
      - Services médicaux du travail (SMT) : Les services médicaux interentreprises (SMIE) et les services médicaux autonomes d'entreprises (SMAE) : obligation pour les entreprises de fournir à leurs employés et à leurs familles des soins médicaux. Ces mécanismes offrent une gamme de soins relativement variée et adaptée aux besoins des membres cotisants et de leurs familles. Les 3 mécanismes couvrent ensemble 3% à 5% de la population.
      - Assurances maladie additionnelles financées par l'employeur : Elles sont uniquement financées par les cotisations des employeurs.
    - Les mutuelles de santé :
      - Elles offrent des services d'assurance santé couvrant des prestations financées par une cotisation, au moins partielle, des adhérents ou subventionnées par des particuliers ou des entreprises privées. Elles couvrent moins de 1% de la population.
  - Néanmoins, tous ces mécanismes ont leurs limites. Les systèmes de tiers payants qui avaient été mis en place ont dû être suspendus en raison de problèmes de remboursement. La pérennisation des financements n'est pas assurée. Les définitions des caractéristiques des populations bénéficiaires ne sont pas claires (ex. populations les plus démunies). Les soins couverts se limitent à la médecine généraliste et certains services curatifs. On observe un manque de couverture pour les hospitalisations et la chirurgie. De plus, les couvertures en soins ne sont pas optimales, chaque mécanisme ne couvrant qu'une très faible proportion de la population.
  - Madagascar a l'opportunité de tirer des enseignements de l'expérience d'autres pays et de l'adapter à son propre contexte, et de mettre en œuvre une stratégie multi-facettes.

# 7. Discussion et recommandations

**Madagascar souffre de nombreux défis en termes d'accès, de qualité et d'offre de services.** La moitié de la population malgache vit en situation de pauvreté extrême, la majorité souffre de malnutrition, et moins de 30% a accès à l'eau potable. Le taux de mortalité maternelle est élevé, à 478 décès pour 100 000 naissances, et stagne depuis plusieurs années. L'accès aux soins est inadéquat, particulièrement pour le secteur informel qui représente plus de 70% de la population. La disponibilité des médicaments selon les formations sanitaires. Il existe, en outre, une pénurie de personnel qualifié, et le taux d'utilisation des services de santé demeure faible. Ces défis, entre autres déjà mentionnés, soulignent la nécessité de réformer le secteur de la santé et explique la volonté du MSANP d'agir dans ce domaine.

**En 2015, le gouvernement a élaboré le plan stratégique de la CSU, détaillant sa vision d'un Dispositif d'assurance de santé (DAS).** La décision de mettre en place un dispositif national sous l'appellation Caisse nationale de solidarité pour la santé (CNSS), qui a un statut d'établissement public à caractère administratif (EPA), a été prise au plus haut niveau du gouvernement et est devenue un impératif auquel répondre dans les meilleurs délais pour les différents acteurs de la santé à Madagascar. La CNSS reçoit des subventionnes de l'État aux fins de prise en charge des démunis et, d'autre part une contribution payé par la population souhaitant y adhérer dont le mécanisme est toujours en développement. Cette caisse s'appuiera sur un dispositif de tiers-payant dont bénéficieront les individus démunis identifiés et les adhérents. Ces personnes devront avoir versé leur contribution pour pouvoir utiliser un ou plusieurs services de santé couverts par le panier de soins. En parallèle, le gouvernement envisage la mise en place d'un Fonds dédié à la santé qui ne sera pas alimenté par les contributions des utilisateurs, mais qui s'appuiera sur des dons divers, et donc sur les apports financiers des partenaires. Il existe une véritable volonté politique en faveur de cette réforme parmi les plus hautes instances du gouvernement. Le MSANP a déjà une vision claire pour la mise en place d'une caisse dans trois districts et pour avancer progressivement vers la couverture santé universelle. La stratégie de la CSU comprend non seulement le développement d'un mécanisme d'assurance maladie publique, le DAS, mais aussi des reformes qui incluent celles des mécanismes publics, privés et du secteur civil existants.

**Le but de cette évaluation était de fournir une analyse du système de financement de la santé pour guider la prise de décision sur la route vers la CSU.** Les statistiques sanitaires, les budgets du gouvernement, les ressources extérieures et les mécanismes de protection financière pour la santé ont été évalués sur la base des ressources disponibles. Il s'agissait d'une évaluation descriptive globale. Les options et priorités de réformes envisagées nécessiteraient davantage de consultation et d'examen des meilleures pratiques pour être adaptées au contexte actuel de Madagascar. Cependant, certaines conclusions et recommandations fournies ici devraient être interprétées comme des options possibles à l'échelle nationale.

## 7.1 Les dispositions sanitaires financées par le gouvernement et l'amélioration de l'efficacité et de la mobilisation des ressources

**La capacité fiscale de Madagascar est l'une des plus faibles d'Afrique et du monde.** De plus, le financement pour la santé est limité et dépend des fonds extérieurs. Ce contexte exige une réforme et une mobilisation des ressources intérieures. Le taux de croissance des différentes recettes fiscales a peu évolué, stagnant autour de 1% entre 2001 et 2012, et l'écart annuel moyen par rapport au potentiel fiscal du pays est estimé à plus de 30% entre 2006 et 2015 (le taux moyen de croissance annuelle de cet écart est estimé à plus de 4% entre 2010 et 2015). Ces deux éléments constituent des paramètres macro-économiques indiquant la limitation des manœuvres budgétaires possibles par l'État pour le financement de ce modèle de couverture à travers le Dispositif d'assurance santé (DAS).

**Les ressources disponibles pour la santé dépendent des investissements.** La majorité des dépenses du gouvernement en matière de santé sont utilisées pour le solde, et des dépenses budgétisées, le gouvernement finance environ 40% des dépenses sur l'investissement. Comparant les contributions à la santé en 2015 du gouvernement et des bailleurs de fonds (hors les contributions du secteur privé et des ménages), le gouvernement malgache a contribué à hauteur de 28% et les bailleurs de fonds ont contribué à hauteur de 72% des dépenses de santé.

**Étant donné la limite des fonds disponibles, il conviendra de se focaliser sur les priorités.** Le gouvernement devrait réfléchir aux priorités réelles du MSANP. L'exercice du cadre d'investissement pour la santé de la reproduction, maternelle, néonatale, infantile et des adolescents est un exemple des discussions qui devraient avoir lieu pour identifier les priorités d'investissement. Étant donné la situation fiscale de Madagascar, le pays devrait se concentrer sur l'utilisation des fonds gouvernementaux et externes pour la mise à échelle des pratiques prometteuses, plutôt que de se disperser dans diverses initiatives qui ne s'alignent pas avec la vision commune de la CSU.

**La recherche de gains d'efficience éventuels dans le système de financement de la santé actuel devient une priorité pour le MSANP.** Les perspectives de gains d'efficience peuvent être identifiées à travers l'exécution budgétaire et l'absorption des fonds intérieurs et extérieurs. Elle devrait répondre aux restrictions de dépenses émises par le MFB, qui limitent constamment la capacité du MSANP à dépenser les fonds de manière opportune. Le MSANP devrait analyser les flux financiers pour explorer en profondeur les causes de la baisse du taux d'exécution et des goulots d'étranglement inhérents au système, particulièrement au niveau des régions, limitant un accès opportun aux fonds budgétaires alloués. Reformuler et améliorer ce processus serait d'utilité pour le gouvernement dans son ensemble.

**Au vu de la dépendance de Madagascar vis-à-vis des ressources externes pour financer la santé, de la volatilité et de l'incertitude de ce flux financier, et de l'instabilité des revenus intérieurs, il est nécessaire de trouver une solution pour la planification et l'utilisation de ces fonds.** Cette imprévisibilité, en particulier à court terme, se caractérise par des changements de priorités des bailleurs de fonds, des retards administratifs affectant les décaissements, des décisions annulées, etc. Par conséquent, la gestion budgétaire dans toutes ses dimensions (préparation, programmation, exécution) en est grandement affectée, et le gouvernement ne parvient pas à gérer le budget de manière à minimiser les conséquences négatives dues aux variations importantes des fonds extérieurs d'une année sur l'autre. Le MSANP devrait renforcer

les mécanismes de coordination formalisant la redevabilité des PTF quant à leurs promesses/engagements de financement, et s'assurer de leur alignement sur les priorités du MSANP. Comme mentionné ci-dessus, il est possible d'améliorer les procédures de gestion financière de façon à non seulement faciliter l'exécution des décaissements des fonds des PTF, mais aussi leur régularisation subséquente par le MFB de façon à être intégrés dans le système d'information du gouvernement pour la gestion des finances publiques.

**Cette situation de dépendance sur les ressources externes, et la vision d'atteindre la CSU à travers des réformes, nécessite de mobiliser les ressources appropriées du gouvernement. Ce dispositif peut prendre la forme d'allocations annuelles ou d'impôts réservés à la santé.** Le MSANP devrait plaider auprès du MFB pour obtenir les ressources nécessaires. Une efficacité accrue permettra également de débloquer ces fonds. Au fur et à mesure que le DAS se développe et a besoin de financement, le gouvernement devra se montrer suffisamment souple sur le plan fiscal. Par exemple, si les personnes ou les services couverts augmentent, il conviendra au gouvernement de répondre à cette situation par le biais du financement.

**En mobilisant des ressources, le gouvernement devra continuer à répartir les coûts en assurant la participation des concitoyens, mais aussi de façon plus équitable afin d'éviter de faire basculer certaines populations dans la pauvreté.** Les frais d'utilisation font peser un fardeau financier sur les plus pauvres car les obligent à payer leurs soins de leur poche. Dès lors, avec un financement additionnel, le MSANP pourrait non seulement réduire les frais d'utilisation, mais aussi les utiliser pour promouvoir les mécanismes de prépaiement. Le MSANP a récemment discuté des soins hospitaliers et de la tarification par service selon la situation de chaque personne. Les tarifs sont organisés selon les taux pour les indigents, le public, les personnes de confiance en entreprise (PEC) et les étrangers. Il faudra tenir compte de la protection financière avant de mettre en place ces tarifications pour encourager le comportement de recherche de soins et déterminer si ces tarifs sont suffisants pour couvrir les coûts d'opération des établissements publics.

## 7.2 Les régimes de prépaiement actuels et leurs implications pour la réforme du secteur de la santé

**Etant donné que les mécanismes de prépaiement ou d'assurance maladie actuels à Madagascar sont fragmentés en raison des régimes de prestations incohérents, d'une mutualisation des risques limitée et d'une faible demande, il conviendra de clarifier leurs rôles et de standardiser les paniers de soins.** Les mécanismes existants devraient être consolidés et harmonisés suivant une feuille de route pour augmenter la couverture d'assurance maladie. Cette feuille de route harmonisée incitera le volonté politique de tous les acteurs, aidera la coordination et la mobilisation des ressources pour la mise en œuvre. Dans le secteur formel et privé, les aspects de l'assurance maladie, couvrant les travailleurs de l'État et les travailleurs salariés (le CNaPS et les SMIE), devraient être renforcés, mis à l'échelle et dotés d'un panier de soins standard et clairement défini. Dans la mesure où certaines entreprises négligent leur responsabilité d'affiliation, le contrôle de celles-ci par le gouvernement est impératif pour faire respecter l'application des lois de protection sociale. Une régulation du panier de soins s'impose quant à son contenu, sa disponibilité et la qualité des services offerts. Dans le secteur public, il faudra que les fonctionnaires puissent accéder aux soins de santé et que l'État définisse clairement les prestations offertes dans le panier de soins, lesquelles devront être alignées avec celles du secteur privé.

**Le renforcement des mutuelles de santé, impliquant un engagement financier concret de l'État pour inclure les segments vulnérables et informels de la population malgache au système**

**formel de protection sociale en santé, demeure une option à envisager.** Les succès de certains pays dans le développement et la mise à échelle de schémas d'assurance maladie à base communautaire reposent, entre autres, sur la participation technique et financière active du gouvernement, œuvrant en complément des opérateurs de mutuelles et de protection sociale existants pour susciter l'adhésion volontaire du secteur informel. Cependant, il est nécessaire de couvrir une part significative des besoins de santé pour réduire le fardeau de dépenses de santé directes pour les individus.

**Dans l'ensemble, il faudra tenir compte de la structure de la Caisse nationale de solidarité pour la santé pendant sa mise en place, pour pérenniser le système de collecte de fonds visant une contribution volontaire de la population.** Le panier de soins devrait inclure les services qui répondent aux besoins de la population cible. Il devra intégrer la subvention ou la contribution du gouvernement et offrir des choix en termes d'établissements où obtenir des soins. Il conviendra aussi de décider d'une méthodologie pour l'identification des personnes qui seront prise en charge par l'État. Le gouvernement devra prendre des décisions fermes sur ce qui pourra être payé et ce que le système a la capacité d'offrir, tout en tenant compte des interventions de haut impact et des besoins de la population. Le gouvernement devrait mener le développement des dispositions légales et réglementaires adéquates qui permettront le fonctionnement optimal de la CNSS, et définir les rôles des acteurs impliqués clairement. En tant que leader de ce projet, il devra faire preuve de transparence et soutenir les processus de redevabilité.

**Enfin, l'intégration progressive des formes stratégiques d'achat augmentera l'efficacité du système et améliorera les performances du système de santé national.** Le système est actuellement organisé selon un modèle d'achat passif, à l'exception du programme de financement basé sur les résultats qui est encore en phase pilote. L'efficacité de l'allocation, la maîtrise et la limitation des coûts, la transparence, l'usage rationnel des médicaments et la séparation des fonctions de financement et de prestation de services constituent des objectifs clés en termes de performance qui peuvent être atteints à travers des initiatives d'achat stratégique. Il est ainsi nécessaire d'effectuer des études de modélisation du coût des services en fonction de différents scénarios pour adopter le mécanisme de détermination du paiement.

### 7.3 L'environnement favorable à une meilleure répartition des risques et les points forts du secteur

**À court terme, le gouvernement de Madagascar devrait adopter des dispositions réglementaires clés pour permettre le développement du secteur de l'assurance et veiller à la qualité de l'offre dans le secteur privé.** Le système est fragmenté et il n'existe aucune disposition légale, réglementaire ou normative régissant le mécanisme de mutualisation ou de péréquation des risques. Les paramètres d'ajustement de risques, qui ne sont pas toujours pris en compte, sont définis à la discrétion des opérateurs d'assurance. Il n'y a pas de ministère de tutelle formellement désigné pour la gouvernance et la supervision des organisations d'assurance maladie ou des mutuelles. Cela entraîne une perte d'informations, ralentit et disperse les efforts de plaidoyer pour un soutien plus concret, lesquels pourraient être menés avec une instance formelle de tutelle. Les mutuelles individuelles ou fédérées doivent, dans le cadre de leurs opérations, entrer en relation avec plusieurs organes gouvernementaux, notamment le Ministère de la Santé Publique, le Ministère de la Population et le Ministère des Finances et du Budget, concernant leurs activités financières en référence à la loi portant codes des assurances. Il est primordial de mettre en place un cadre qui prendra en compte le développement et positionnement légal, fiscal et juridique des dispositifs d'assurance santé par rapport à leurs opérations. Pour le DAS, il faudra aussi définir les rôles des différentes parties

prenantes (gouvernement, CNSS, prestataires, adhérents, etc.) et clarifier les droits et les obligations légales de la population, et accroître les efforts de sensibilisation au fur et à mesure que le dispositif devient opérationnel.

**Les rôles et les responsabilités des gouvernements infranationaux (régions et districts) doivent être renforcés dans la gestion des finances publiques pour la santé.** La déconcentration fiscale n'est pas une option à cette étape et n'est pas préconisée avant d'avoir entrepris des études adaptées. Les directions régionales et de districts sanitaires devraient être informées sur la CSU, son rôle et ce qu'elle implique pour le développement de la CNSS.

**Le secteur privé représente 25% du secteur de la santé, et le secteur privé informel et confessionnel 10%.** L'apport des partenaires est essentiel pour atteindre la CSU. Un atout du secteur privé est le niveau de concurrence entre acteurs privés dans divers sous-ensembles permettant la segmentation du marché et le ciblage de populations spécifiques. Du fait de cette concurrence, ces structures doivent fournir des services d'une qualité acceptable et s'efforcer d'offrir plus que le minimum dans la mesure du possible pour assurer un accès suffisant aux services de santé.

**Le MSANP devrait considérer les acteurs du secteur privé comme des partenaires et des contributeurs en même temps, devant être guidés par les actions du ministère.** Les prestataires confessionnels et à but non lucratif qui ont un objectif social pourraient être engagés par le ministère de façon beaucoup plus substantielle. Cette démarche pourrait inclure spécifiquement l'implication des représentants de ces prestataires dans la planification stratégique et opérationnelle à l'échelle régionale et nationale, pour la passation de contrats en vue de la prestation de services spécifiques (par ex., pour la gestion d'installations ou la prestation de services qui ne sont pas disponibles dans les installations du ministère) ou encore pour servir des populations spécifiques qui ne sont pas desservies par le ministère. Dans le même temps, il faudra considérer la manière d'entretenir des rapports avec le secteur privé à but lucratif en tirant parti du fait que le gouvernement a déjà des contrats pour la prise en charge des fonctionnaires, afin de discuter de l'intégration de nouveaux secteurs.

**On observe un manque de données sanitaires et économiques actuelles et de qualité.** Il faudra aussi réfléchir à l'amélioration du système de suivi et évaluation dans le secteur public, mais aussi en intégrant le secteur privé. Il est nécessaire de réaliser des enquêtes statistiques sanitaires et des comptes nationaux de la santé dans la mesure où le MSANP continue d'utiliser des données de l'ENSOMD datant de 2012. Les derniers comptes nationaux de la santé (CNS), quant à eux, datent de 2010. Le MSANP est en train de travailler sur la base des CNS de 2012, 2013 et 2014, et devrait envisager l'institutionnalisation des CNS.

## 7.4 Conclusion et perspectives d'avenir

**Le chemin vers la CSU sera long.** Cette couverture universelle ne peut être atteinte que grâce à des choix adéquats et une sélection de modèles appropriés. Ce processus est progressif : il est soit « descendant », c'est-à-dire qu'il passe par l'expansion des pratiques ou programmes prometteurs, y compris l'assurance maladie et la sécurité sociale, soit « ascendant », en réduisant les frais d'utilisation pour les pauvres avec le temps, soit les deux. Il est nécessaire de considérer l'amélioration de l'efficacité du système. Le MSANP devrait aussi prendre en compte les populations cibles et les types de services qui seraient bénéfiques pour augmenter l'utilisation des formations sanitaires et éviter les dépenses catastrophiques en santé. Il convient aussi d'envisager la manière dont le gouvernement peut étendre le panier de soins au fil du temps.

**Élargir l'accès et améliorer la qualité des soins de santé primaires constitue une priorité.** Le gouvernement doit gagner la confiance des citoyens en veillant à ce que les formations sanitaires soient adéquatement approvisionnées en médicaments et pourvues en personnel qualifié, et à ce que les services soient disponibles lorsque la population cherche à y avoir accès.

# Bibliographie

African Strategies for Health. 2016. *Health Insurance Profile: Rwanda*. Arlington, VA, United States Agency for International Development.

Aid Management Platform. 2017. Secrétariat Technique Permanent pour la Coordination de l'Aide. République de Madagascar. Disponible sur : [www.amp-madagascar.gov.mg](http://www.amp-madagascar.gov.mg).

Annear, P.L., M. Bigdeli, R.C. Eang, and B. Jacobs. 2008. "Providing Access to Health Services for the Poor: Health Equity in Cambodia." In *Health and Social Protection: Experiences from Cambodia, China and Lao PDR*, edited by Meessen, B, P. Xiaomei, B. Criel, and G. Bloom. Antwerp: ITGPress.

Association médicale Inter-entreprises. 2017. Disponible sur : <http://www.amit.mg/siege/>.

Banque mondiale (BM). 2016. "Health Systems: Financing". Disponible à : <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTHEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/EXTHSD/0,,contentMDK:22523961~menuPK:6485082~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:376793,00.html>.

Banque mondiale (BM). 2016. "World Bank Open Data: Madagascar". Disponible sur : <http://data.worldbank.org/country/madagascar?view=chart>.

Banque mondiale. 2015. *Diagnostic Systématique Pays: Madagascar*. Washington, D.C. Août 2015. Disponible sur : <http://documents.banquemondiale.org/curated/fr/130511468185962850/pdf/99197-REVISED-FRENCH-Box394822B-PUBLIC-SCD-Madagascar-final-definitif.pdf>.

Banque mondiale. 2014. "IDA Project Paper on a Proposed Additional credit to The Republic of Madagascar For An Emergency Support To Critical Education, Health And Nutrition Services Project". Disponible sur : <http://documents.worldbank.org/curated/en/669771468271496759/pdf/PAD8980PJPROP1010Box382145B000U0090.pdf>.

Banque mondiale. 2017. "Global Findex (Global Financial Inclusion Database)". Disponible sur : <http://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=1228>.

Banque mondiale. 2017. "World Bank Implementation Status & Results Report: Madagascar Emergency Support to Critical Education, Health and Nutrition Services Project.". Banque mondiale. Disponible sur : <http://documents.worldbank.org/curated/en/770241490889550106/pdf/ISR-Disclosable-P131945-03-30-2017-1490889537412.pdf>.

Banque mondiale. Décembre 2014. *Visage de la pauvreté à Madagascar*. Banque mondiale.

Bigdeli, M. and P. L. Annear. 2009. "Barriers to Access and the Purchasing Function of Health Equity Funds: Lessons from Cambodia." *Bulletin of the World Health Organization* 87(7): 560-564.

Caisse Nationale de Prévoyance Sociale MADAGASCAR. 2016. « Statistiques de la Caisse ». Disponible sur : <http://www.cnaps.mg/FR/statistique.php>

Central Intelligence Agency (CIA). 2016. "The World Factbook: Madagascar". Disponible sur : <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/ma.html>.

Class, D., E. Cavagnero, A.S. Rajkumar, and K. Ferl. 2014. "Peru- Health Financing Profile". Washington, DC, The World Bank Group.

« Compte rendu de la mission exploratoire conjointe à Tananarive sur le financement de la protection sociale en santé à Madagascar ». 2014.

Convention de Contribution Union européenne-UNICEF. 2014. « Rapport sur l'état d'avancement du programme d'Appui aux secteurs sociaux de base dans le secteur santé PASSOBA- Santé ».

CSB, Direction de districts sanitaires. 2004. « Guide Fanome ».



- Desplats, Dominique et Clément Razakarison. « Le Guide du médecin généraliste communautaire en Afrique et à Madagascar ». Santé Sud. Disponible sur : [www.santesud.org](http://www.santesud.org).
- Direction Générale de la Gestion Financière du personnel de l'Etat. 2016. « La Caisse de retraite civil et militaire (CRCM) ». MFB. Disponible sur : <http://www.dggfpe.mg/index.php/2016/07/14/caisse-de-retr/>.
- Direction Générale de la Gestion Financière du personnel de l'État. 2016. « Protection sociale gratuite des frais médicaux pour les agents de l'état ». Disponible sur : <http://www.dggfpe.mg/index.php/2016/06/23/protection-sociale-gratuite-frais-medicaux-agent-de-letat/>.
- Direction générale du budget, Ministère des finances et du budget. 2016. *Compte Rendu de la revue de l'exécution budgétaire, 4<sup>e</sup> trimestre 2016*.
- Espace Sanitaire Interentreprises. 2017. Disponible sur : <http://www.espacemedical.mg/esia/>.
- Fahranarison. 2016. « Santé : l'automédication se banalise ». Madagascar Actualités. Disponible sur : <http://madagascar-actualites.com/sante-lautomedication-se-banalise/>.
- Farmer, P.E., C.T. Nutt, C.M. Wagner, C. Sekabaraga, T. Nuthulaganti, et al. 2013. "Reduced Premature Mortality in Rwanda: Lessons from Success." *British Medical Journal* 346.
- Fonds d'Intervention pour le Développement. 2016. « Transfert Monétaire pour le Développement Humain ». Présenté à la conférence nationale de la planification familiale, Antananarivo, Madagascar.
- Francke, P. 2013. "Peru's Comprehensive Health Insurance and New Challenges for Universal Coverage." *Universal Health Coverage Studies Series (UNICO)*. Washington, DC: The World Bank.
- Garchitorea, A., A.C. Miller, L.F. Cordier, R. Ramananjato, V.R. Rabeza, et al. 2017. "In Madagascar, Use Of Health Care Services Increased When Fees Were Removed: Lessons For Universal Health Coverage." *Health Affairs* 36(8): 1443-1451
- Government of Madagascar, World Bank, and UNICEF. 2015. *Madagascar 2014 Public Expenditure Review: Education and Health*. Washington, DC: World Bank.
- INSTAT. 2011. *Enquête périodique auprès des ménages (EPM) 2010*. Ministère d'État chargé de l'économie et de l'industrie.
- Inter aide et Positive Planet. 2016. « CSU et Mutuelles de la Santé : Présentation des Mutuelles - Madagascar ».
- International Monetary Fund. 2015. "Republic of Madagascar: selected Issues." IMF Country Report No. 15/25.
- International Monetary Fund. 2016. *Republic of Madagascar. Financial System Stability Assessment*. Washington, DC: IMF.
- International Monetary Fund. 2017. "World Economic Outlook: Gaining Momentum?" Disponible sur : <http://www.imf.org/en/Publications/WEO/Issues/2017/04/04/world-economic-outlook-april-2017>.
- Kutzin, J. 2013. "Health Financing for Universal Coverage and Health System Performance: Concepts and Implications for Policy." *Bulletin of the World Health Organization* 91: 602-611.
- L'Enquête Nationale sur le Suivi des indicateurs des Objectifs du Millénaire pour le Développement (ENSOMD) 2012-2013*. 2013. INSTAT
- Le Point Archives. 2009. *Madagascar : retour au calme après une manifestation meurtrière*. Disponible sur : <http://www.lepoint.fr/actualites-monde/2009-02-08/madagascar-retour-au-calme-apres-une-manifestation-meurtriere/924/0/314989>.
- Madagascar services. 2017. « Comparatif des organismes de services médicaux interentreprises à Madagascar ». Disponible sur : <http://www.madagascar-services.com/blog/post/2017/04/04/comparatif-smie-madagascar>.
- Management Sciences for Health (MSH). 2016. *The Development of Community-Based Health Insurance in Rwanda: Experiences and Lessons*. Arlington, VA : MSH.

Marie Stopes International. 2016. Présentation « E-voucher, un outil pour améliorer l'équité et l'accès aux méthodes de planification familiale, réversibles de longue durée pour les jeunes: étude de cas Madagascar (Tuléar- Atsimo Andrefana) ».

Marie Stopes International. 2016. Présentation « augmenter accès et efficacité du PF ».

Ma-tv. 2017. « Caisse de retraite : Situation inquiétante ». Disponible sur : <http://matv.mg/caisse-de-retraite-situation-inquietante/>.

Ménard, Sylviane. 2016. *Évaluation de la capacité d'absorption organisationnelle et financière de l'administration de la santé concernant les investissements des partenaires techniques et financiers au cours des cinq dernières années*. Fonds européen de développement.

Midi Madagasikara. 2017. « Recul de l'âge à la retraite : Le SG du MFB s'explique ». MFB. Disponible sur : <http://www.midi-madagasikara.mg/societe/2017/01/14/recul-de-lage-a-la-retraite-le-sg-du-mfb-sexplique/>.

Ministère de la Santé publique de Madagascar (MSANP). 2009. *Politique Nationale de Santé Communautaire*. Madagascar : MSANP.

Ministère de la Santé publique de Madagascar (MSANP). 2015. *Plan de Développement du Secteur Santé 2015-2019*. Madagascar : MSANP.

Ministère de la Santé Publique. 2007. « Guide Fanome : version d'hôpital ».

Ministère de la Santé Publique. 2012. *Document de suivi de l'exécution budgétaire, quatrième trimestre 2011*.

Ministère de la santé publique. 2013. « Les Comptes Nationaux de la Santé 2010 ».

Ministère de la Santé Publique. 2013. *Document de suivi de l'exécution budgétaire, quatrième trimestre 2012*.

Ministère de la Santé Publique. 2014. *Document de suivi de l'exécution budgétaire, quatrième trimestre 2013*.

Ministère de la Santé Publique. 2015. *Document de suivi de l'exécution budgétaire, quatrième trimestre 2014*.

Ministère de la Santé Publique. 2016. *Document de suivi de l'exécution budgétaire, quatrième trimestre 2015*.

Ministère des Finances et du Budget. 2008. « DECRET N° 2008-882 Portant création de la Caisse de Sécurité Sanitaire des Fonctionnaires et des Agents non encadrés de l'État ». Disponible sur : <http://www.dggfpe.mg/wp-content/uploads/2016/02/textes/statutsgeneraux/SGANE/DECRETS/DECRET%20N%C2%B0%202008-882%20du%2016%20septembre%202008.pdf>.

Ministère des Finances et du Budget. 2010. « Remboursement des frais médicaux ». Disponible sur : [http://www.mfb.gov.mg/index.php?option=com\\_content&view=article&id=160](http://www.mfb.gov.mg/index.php?option=com_content&view=article&id=160).

Moye, Melissa. 2001. *Overview of Debt Conversion*. London, United Kingdom: Debt Relief International Ltd.

MSANP. 2014. *Financement à base de résultats : Guide pour la conduite du FBR des structures de soins au sein du district dans le cadre de pilote*. MSANP.

Nicholson, D., R. Yates, W. Warburton and G. Fontana. 2015. *Delivering Universal Health Coverage: A Guide for Policymakers*. Report of the WISH Universal Health Coverage Forum 2015.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2004-2014, 2014. « Global Health Observatory data repository: Health expenditure ratios, by country, 1995-2014, Madagascar ». Disponible sur : <http://apps.who.int/gho/data/view.main.HEALTHEXPRATIOMDG?lang=en>.

Organisation mondiale de la santé (OMS). « The WHO Health Systems Framework ». Disponible sur : [http://www.wpro.who.int/health\\_services/health\\_systems\\_framework/en/](http://www.wpro.who.int/health_services/health_systems_framework/en/).

Organisation mondiale de la santé. 2011. « MNT, Profil de Pays ». Disponible sur <http://www.who.int/fr/>.

Organisation Sanitaire Tananarivienne Interentreprises. 2017. Disponible sur : <http://ostie.mg/index.php/lostie>.

P4H. 2016. « Mission d'appui technique sur les modalités de mise en œuvre du dispositif d'assurance santé à Madagascar, P4H/GIZ/AFD ».

Population Services International (PSI). 2014. *Améliorer l'accès aux soins de santé auprès du secteur privé pour les populations vulnérables à travers un système de subvention de bons de réduction*.

Praz, V., A. Morton, and I. Matondo. 2013. *Rapport d'évaluation: évaluation finale du projet PSI de marketing social à Madagascar*. International Business & Technical Consultants, Inc. USAID.

Présidence de la République. 2003. « LOI n° 2003-011 : Portant Statut Général des Fonctionnaires ». Disponible sur : [http://www.mfb.gov.mg/textes\\_lois/solde\\_pensions/LOI\\_2003-011\\_fonct.pdf](http://www.mfb.gov.mg/textes_lois/solde_pensions/LOI_2003-011_fonct.pdf).

Programme des Nations Unies pour Développement (PNUD). 2016. *Human Development Reports: Madagascar*. Disponible sur : <http://hdr.undp.org/en/countries/profiles/MDG>.

Rafiringason, R.. 2015. *Analyse de la Situation en Matière de Mécanismes de Subvention et Exemption du paiement à l'Acte des Soins à Madagascar*.

Ranjalahy-Rasolofomanana, J., S. Gottot, A. Randrianarivo-Solofoniaina, N. Rakotoarison, et J. Andrianirinarison. 2008. *Évaluation à mi-parcours du projet Santé Sud Madagascar*. Institut national de santé publique et communautaire.

Razafinirinasoa, L. Presentation: "Marie Stopes Madagascar: Increasing Access to High Quality Family Planning Services for the Underserved through SIFPO\_MSI."

République de Madagascar. 1994. « Loi n 94-026 portant Code de protection sociale ». Disponible sur : [http://www.assemblee-nationale.mg/wp-content/uploads/2014/07/Loi-n%C2%B094-026\\_fr.pdf](http://www.assemblee-nationale.mg/wp-content/uploads/2014/07/Loi-n%C2%B094-026_fr.pdf).

République de Madagascar. 2003. « Décret N 2003-1162 : Organisant la Médecine d'Entreprise ». Disponible sur : <http://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/72837/105784/F-2107365791/MDG-72837.pdf>.

République de Madagascar. 2008. *Cours des comptes, Rapport sur le projet de la loi de règlement pour 2006*.

République de Madagascar. 2009. *Project de loi portant loi de règlement 2008*.

République de Madagascar. 2013. *Cours des comptes, Rapport sur le projet de la loi de règlement pour 2007*.

République de Madagascar. 2013. *Project de loi portant loi de règlement 2012*.

République de Madagascar. 2014. *Project de loi portant loi de règlement 2013*.

République de Madagascar. 2015. *Cours des comptes, Rapport publique 2014*.

République de Madagascar. 2015. *Cours des comptes, Rapport sur le projet de la loi de règlement pour 2009*.

République de Madagascar. 2015. *Cours des comptes, Rapport sur le projet de la loi de règlement pour 2010*.

République de Madagascar. 2015. *Cours des comptes, Rapport sur le projet de la loi de règlement pour 2011*.

République de Madagascar. 2015. *Élaboration du Plan National de Développement des Ressources Humaines en Santé (PNDRHS)*.

République de Madagascar. 2015. *Project de loi portant loi de règlement 2014*.

République de Madagascar. 2015. *Stratégie Nationale sur la Couverture Santé Universelle Madagascar*.

République de Madagascar. 2016. *Cours des comptes, Rapport sur le projet de la loi de règlement pour 2012.*

République de Madagascar. 2016. *Cours des comptes, Rapport sur le projet de la loi de règlement pour 2013.*

République de Madagascar. 2016. *Project de loi portant loi de règlement 2015.*

République de Madagascar. 2016. *Rapport National de Revue du Processus de l'Agenda 2030 pour le Développement Durable.*

République de Madagascar. 2017. *Cours des comptes, Rapport sur le projet de la loi de règlement pour 2016.*

Schwab, K. 2015. *Global Competitiveness Report 2015-2016.* Geneva: World Economic Forum.

Sekabaraga, C., A. Soucat, F. Diop and G. Martin. 2011. "Innovative Financing for Health in Rwanda: A Report of Successful Reforms." In *Yes Africa Can: Success Stories From a Dynamic Continent*, edited by P. Chuhan-Pole and M. Angwafo. Washington, DC: World Bank.

Service de suivi de l'exécution du plan de développement du secteur santé, MSANP. 2012. *Rapport Annuel d'activités du Ministère de la Santé Publique.*

Service de suivi de l'exécution du plan de développement du secteur santé, MSANP. 2013. *Rapport Annuel d'activités du Ministère de la Santé Publique.*

Service de suivi de l'exécution du plan de développement du secteur santé, MSANP. 2014. *Rapport Annuel d'activités du Ministère de la Santé Publique.*

Service de suivi de l'exécution du plan de développement du secteur santé, MSANP. 2015. *Rapport Annuel d'activités du Ministère de la Santé Publique.*

Service des Statistiques sanitaires et Démographiques, MSANP. 2012. *Annuaire des statistiques du secteur santé.*

Service des Statistiques sanitaires et Démographiques, MSANP. 2013. *Annuaire des statistiques du secteur santé.*

Service des Statistiques sanitaires et Démographiques, MSANP. 2014. *Annuaire des statistiques du secteur santé.*

Service des Statistiques sanitaires et Démographiques, MSANP. 2015. *Annuaire des statistiques du secteur santé.*

The Global Fund. 2017. "Funding Model and Allocations." Disponible sur : <https://www.theglobalfund.org/en/archive/funding-model-allocations/>.

ThinkWell. 2014. « Étude sur le système Voucher de la composante sante ».

Union européenne. 2015. « Bulletin d'information trimestriel publié par l'UNICEF ». Le programme PASSOBA – SANTÉ. L'Union européenne pour Madagascar.

USAID. 2017. "Foreign Aid Explorer." Disponible sur : [https://explorer.usaid.gov/cd/MDG?fiscal\\_year=2015&measure=Disbursements](https://explorer.usaid.gov/cd/MDG?fiscal_year=2015&measure=Disbursements).

World Bank. 2016. "Restructuring Paper On a Proposed Project Restructuring Of Madagascar Emergency Support To Critical Education, Health And Nutrition Services Project Emergency Recovery Loan". Disponible sur : <http://documents.worldbank.org/curated/en/323131467995904343/pdf/RES23476-PJPR-1131945-PUBLIC-Box396268B-Restructuring-Paper.pdf>.

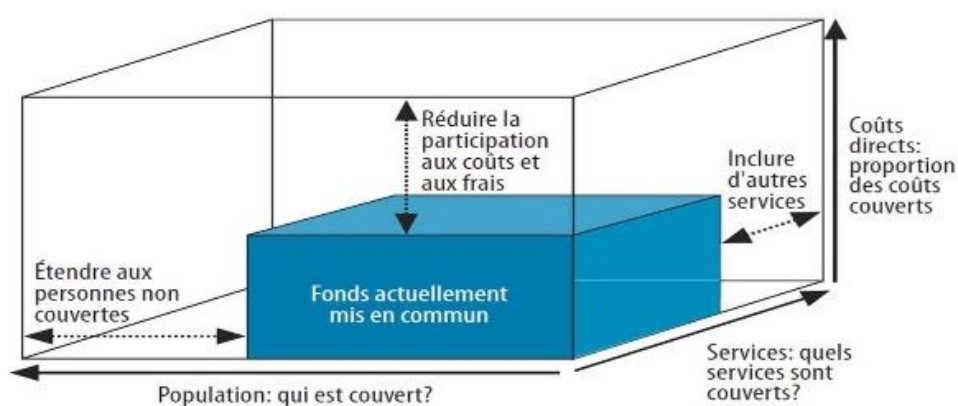
# Annexe 1. La couverture santé universelle (CSU)

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la CSU peut être représentée sous la forme d'un cube avec trois dimensions clés : la population couverte, les services couverts et la proportion des coûts des services pris en compte. Ces trois dimensions sont intrinsèquement liées aux politiques de financement de la santé sur la CSU et la surveillance de la CSU (Figure A).

De manière générale, ce cube représente le nombre de personnes recevant différents soins de santé nécessaires et la somme dépensée pour ces services, en tant que pourcentage des fonds mis en commun. Néanmoins, le progrès vers la CSU ne consiste pas seulement à élargir ce cube ou, en d'autres termes, à accroître la part des fonds mis en commun (Kutzin, J. 2013). Le financement de la santé a aussi un impact sur les objectifs intermédiaires de la CSU. L'initiative du gouvernement visant à créer des réformes politiques qui amélioreront l'équité dans la distribution des ressources, l'efficacité, la transparence et la redevabilité, exercera un impact sur les trois objectifs de la CSU, à savoir son degré d'utilisation par rapport aux besoins, la qualité et la protection financière universelle (Figure B) (Kutzin, J. 2013).

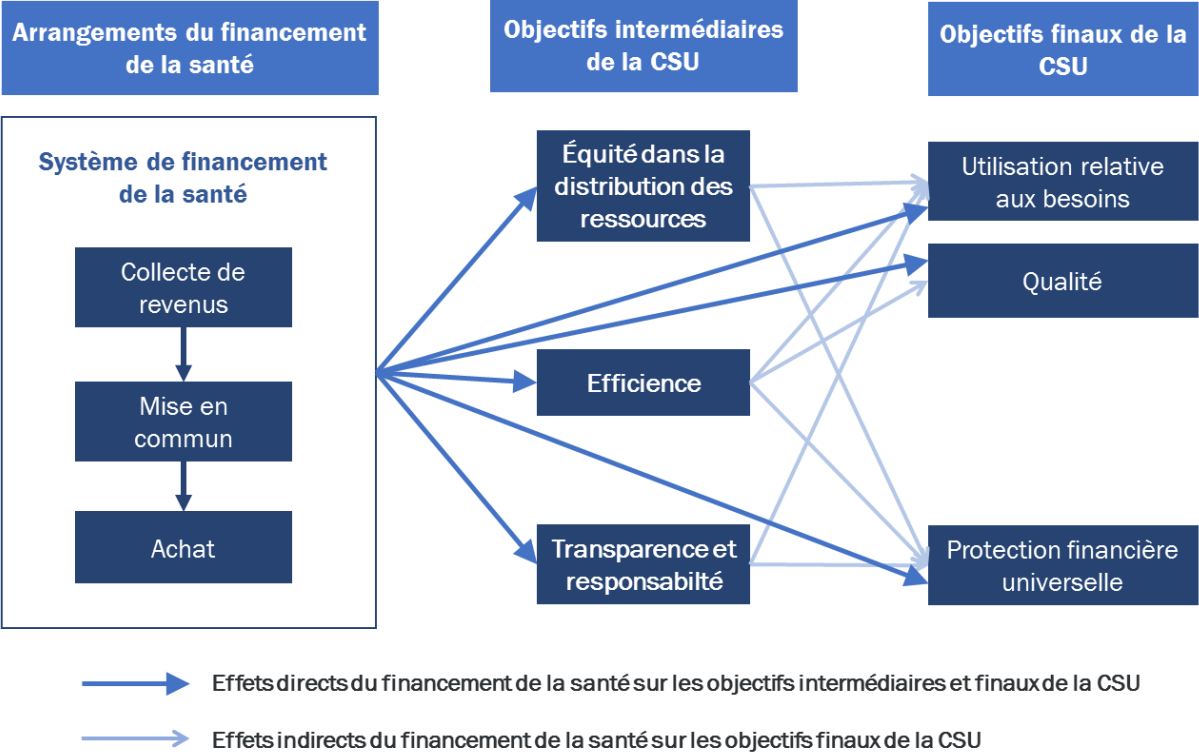
C'est dans ce but que toute réforme du système de santé à Madagascar doit se faire en respectant les trois principes de la finance publique : (1) mobiliser suffisamment de fonds pour garantir aux individus le paquet de soins prévu, qui assure une protection contre les dépenses médicales catastrophiques causées par la maladie, de manière efficace et financièrement durable ; (2) gérer ces revenus pour une répartition efficace et équitable des risques ; (3) s'assurer que le paiement et l'achat des services de santé soient effectués de manière techniquement efficace pour l'allocation des fonds (BM, 2016).

Figure A. Les trois dimensions de la CSU



Source : OMS, 2013

Figure B. Les effets directs et indirects du financement de la santé sur les objectifs intermédiaires et finaux de la CSU



Source : Adopté de Kutzin, 2013

## Annexe 2. Modules de l'étude

Modules	Thèmes clés	Exemples d'indicateurs	Nombre d'indicateurs
1. Contexte du pays	1.1. Démographie et pauvreté 1.2. Macroéconomie 1.3. Politiques fiscales et taxes 1.4. Budget du gouvernement	<ul style="list-style-type: none"> <li>Taux d'emploi : secteur formel, informel</li> <li>Pauvreté : différents indicateurs</li> <li>Impôts : capacité contributive</li> <li>Dettes publiques, exécution du budget</li> </ul>	30
2. Résultats de santé actuels	2.1. Tendances de la population clé 2.2. Taux de mortalité 2.3. Indicateurs de la santé de la reproduction, maternelle et infantile, VIH, paludisme et tuberculose	<ul style="list-style-type: none"> <li>Taux de mortalité infantile, taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans, taux de mortalité maternelle</li> <li>Taux de couverture des soins prénatals, personnel qualifié pour les accouchements</li> </ul>	25
3. Contexte du système de santé	3.1. Politiques de santé 3.2. Infrastructures de santé 3.3. Personnel de santé 3.4. Chaîne d'approvisionnement et logistique 3.5. Décentralisation fiscale (santé) 3.6. Dimensions des dépenses totales en santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>Statut des politiques et stratégies de santé</li> <li>Statut du processus d'approvisionnement</li> <li>Nombre total d'employés du personnel de santé et ratio par secteur</li> <li>Structures de santé par type et par secteur</li> <li>Indicateurs d'hôpitaux</li> <li>Diverses désagréments du total des dépenses en santé</li> </ul>	25
4. Institutions et fonctions du financement de la santé	4.1. Budget et dépenses du MSANP 4.2. Fonds externes pour la santé 4.3. Assureurs santé (mutuelles) 4.4. Mécanismes d'achat utilisés 4.5. Paniers de soins de santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>Désagrégation du budget du MSANP</li> <li>Ressources des bailleurs de fonds par source et par utilisation</li> <li>Nombre de membres, bénéficiaires des assureurs,</li> <li>Estimation de la couverture de l'assurance</li> <li>Exclusions du panier des bénéficiaires</li> </ul>	35
5. Comportement des ménages et résultats de financement	5.1. Où les soins sont-ils demandés ? 5.2. Sources pour l'achat des commodités 5.3. Frais d'utilisateurs et protection financière 5.4. Propriété des actifs, activité bancaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>Part du secteur privé dans les accouchements</li> <li>Part de la PF fournie par des points de vente privés</li> <li>Dépenses catastrophiques de santé (ex. incidence)</li> <li>Taux d'utilisation des téléphones, % gagné</li> </ul>	20
6. Interventions clés du financement de la santé	6.1. Financement basé sur les résultats 6.2. Vouchers (bons) 6.3. Autres interventions	<ul style="list-style-type: none"> <li>Structures couvertes par des interventions de financement basé sur les résultats</li> <li>Indicateurs couverts dans le financement basé sur les résultats</li> </ul>	10
7. Le marché de la santé	7.1. Acteurs privés de la prestation de services 7.2. Secteur pharmaceutique 7.3. Assureurs de santé privés 7.4. Franchises et marketing social 7.5. Régulation et intendance	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre et part de marché des prestataires de services</li> <li>Taille du secteur pharmaceutique et rentabilité</li> <li>Part des commodités issues du marketing social</li> <li>Statut et pouvoirs de régulation du gouvernement</li> </ul>	15

## Annexe 3. Liste des personnes rencontrées

Nom et Prénoms	Fonction/institution
Sylvie Rajaoarisoa	Directrice CA-CSU
Santa Rakotondravelo	CA-CSU
Vallyne RAMBELOSON	Chef SSSB/DDS
Hery Harimanitra Andriamanjato	Directeur du Partenariat
Isaora Zefania Romalahy	Statisticien-Economiste, Directeur/Secrétariat technique permanent pour la coordination de l'aide, Bureau de la Primature
Marie Georgette Ravoniarisoa	Directeur de la santé de l'enfant, de la mère et de la reproduction
Haingo Ramananjahary	Chef de service de la planification familiale
Aro Rajoelina Tafohasina	Directeur des districts sanitaires
Nicole Mahavany	DPLMT
Viviane Marie Razaimanana	Directeur de la DAAF (Direction des Affaires Administratives et Financières)
Tsiory Raharison	Assistant technique DAAF
Tiana Lalaoarijaona Vololontsoa	Directeur des Études et de la Planification
Harisoa Julie Norovoahangy	Chef de service des statistiques sanitaires et démographiques (SSC)/DEP
Dina Rakotoarisoa	Assistant technique/DEP
Dr Voninavoko Razanamasy	Chef de Service de la Programmation, DEP
Dr Rija Rabemananjara	Chef de Service d'Appui à la Recherche et à la Gestion des Connaissances/DEP
Aristide William Ramahatanaharisoa	Directeur Système d'information
Lalaina Razafinirinasoa	Directeur pays/MSI
Voahirana Hanitriniala Rajoela	Spécialiste en santé/Banque mondiale
Felana Rajomarison	Coordinatrice projet Zina – Mutuelles de Santé - Positive Planet
Rohintsoa Randriamahefa	Coordinatrice, Mutuelle de santé Harena – Positive Planète
Florence Duvauchelle	Coordinatrice Madagascar, Positive Planet
Agathe Simonin	Responsable Mutuelles de santé/Inter Aide
Enrique Paz Argandona	Chef de la section santé/UNICEF
Paul Richard Ralainirina	Spécialiste en santé/UNICEF
Rindra Rabarijaona	Chef de service Centre de documentation/INSTAT
Martina Pellny	Point focal P4H/GIZ
Rakotondrabe N. Zoliarinoro	Directeur, Direction de la Programmation et du cadrage Budgétaire-DPCB/MFB
Noronandrasana Voahirana	Direction des secteurs sociaux et administratifs/DGB/MFB
Hanitriniaina Bodo Razanadray	Chef de Service de l'Exécution Budgétaire des Secteurs Administratif et Social/MFB
Ms. Raoilisoa harilala Onintsoa	Directeur, Direction de la Programmation et du cadrage Budgétaire-DPCB/MFB
Bakoly Noëlle Randrianarivelo	Chef de Service des Relations avec l'Extérieur Direction de la Programmation et du Cadrage Budgétaire/MFB
Jacky Razanakolona	Responsable suivi et évaluation/UGP Santé
Rakotondravelo Holinarisanta	Chef de service CA-CSUA
Lalao Patricia	Coordinateur national des franchises sociales/PSI Madagascar
Mahenina Ranaivo	Directeur du département Vie à ARO MADAGASCAR - Assurances Réassurances Omnibranches (ARO)
Dr Emile Christian Ramisaely	Directeur technique de l'Organisation Sanitaire Tananarivienne Inter-Entreprises (OSTIE)
Sylvianne Ménard	Economiste, Union Européenne
Dr Josiane Ravino	Chef du personnel, Service d'Evacuation des Urgences Sanitaires (SEUS)/MSANP
Dr Gilberte Randrianahavorisoa	Directeur, Direction des Hôpitaux de référence régionaux et des districts/MSANP
Roger Mahazoasy	Directeur de l'appui aux collectivités territoriales décentralisées et au développement local/MID



# Annexe 4. La chaîne d'approvisionnement des médicaments

Le secteur de la santé est organisé par établissements et prestataires de soins, mais aussi par structures de distribution et d'approvisionnement en médicaments, dont les caractéristiques seront étudiées dans le paragraphe qui suit.

À Madagascar, les médicaments sont distribués via trois circuits : public, privé et informel.

## **Organisation**

**Les médicaments pharmaceutiques distribués à Madagascar sont exclusivement importés de l'étranger.** La dernière firme pharmaceutique malgache, FARMAD, a fermé ses portes sous la pression de la concurrence des entreprises étrangères.

Les médicaments à destination des formations sanitaires publiques sont commandés par la Centrale d'achat de médicaments essentiels et de consommables médicaux (SALAMA).

Le secteur privé comprend les grossistes en produits pharmaceutiques, les officines privées et les dépôts de médicaments.

Les médicaments commandés par les grossistes sont répartis dans les officines privées. Il existe de nombreux grossistes pharmaceutiques offrant un large éventail de choix aux pharmacies de détail et aux prestataires, satisfaisant ainsi aux conditions requises pour l'achat et la revente (les médecins libéraux n'étant pas inclus dans cette catégorie).

En premier lieu, nous allons explorer le circuit public pour mieux le distinguer du privé.

## **Achats, vente et circuits de distribution des médicaments à Madagascar**

### Le circuit public

Les médicaments à destination des formations sanitaires publiques sont commandés par la Centrale d'achat de médicaments essentiels et de consommables médicaux (SALAMA).

SALAMA a été créée en 1996 par le gouvernement malgache avec l'appui des partenaires techniques et financiers œuvrant dans le domaine de la santé (Banque mondiale, Union européenne, Coopération française) pour assurer l'approvisionnement en médicaments essentiels génériques et en matériels médicaux de toutes les formations sanitaires publiques et des organismes privés à but non lucratif à Madagascar. La SALAMA s'approvisionne en médicaments sous dénomination commune internationale (DCI) par appels d'offres. Ces produits sont par la suite acheminés par des transporteurs vers les pharmacies de gros de district (PhaGeDis).

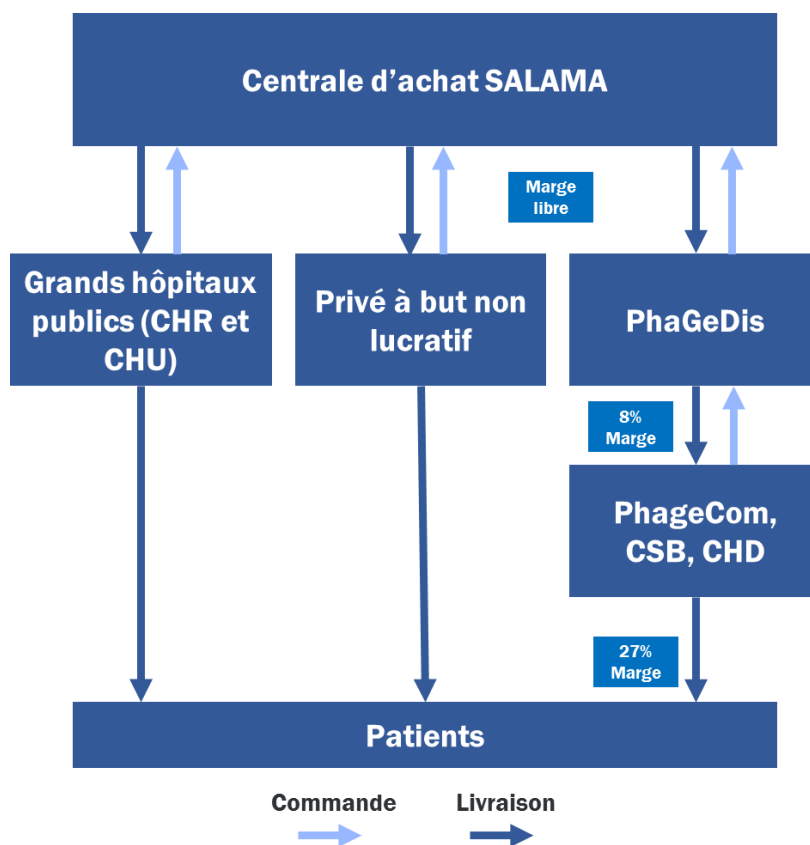
En plus de l'achat de médicaments essentiels, la SALAMA a la charge du stockage, de la distribution, et de l'approvisionnement des intrants gratuits financés par les programmes verticaux (Fonds mondial, Nations Unies, etc.), pour lesquels il n'est pas évident que les coûts soient systématiquement pris en charge.

Les districts sont responsables de la répartition des médicaments au sein des pharmacies à gestion communautaire (PhaGeCom) des CSB. Enfin, les chefs des CSB profitent des réunions

formelles (comme les revues mensuelles au niveau des districts) pour s'approvisionner auprès des PhaGeDis.

La cession des médicaments aux patients au niveau des CSB est confiée à des comités de gestion par le biais d'un dispensateur. Les membres de ce comité de gestion sont élus par la communauté.

Figure C. Circuit des produits pharmaceutiques dans le secteur public



\* Dont 8% est constitué par la marge entre PHAGEDIS et PHaGeCom et 27% est constitué par la marge entre PhageCom/CSB/CHD et la patiente. Les 35% représentent les marges sur la tarification des produits vendus aux patients à partir du prix SALAMA.

Les sommes recouvrées sur la vente des médicaments sont utilisées pour le fonctionnement des formations sanitaires et en priorité pour la reconstitution des stocks de médicaments.

Le ratio de 3/135 est utilisé par chaque CSB pour calculer la somme à verser sur le compte du « Fonds d'équité » destiné à la prise en charge des démunis, dont l'identification aura été menée de façon active par la commune.

Les CHR et CHU, quant à eux, s'approvisionnent directement auprès de SALAMA sans passer par la PhaGeDis.

#### Le circuit privé

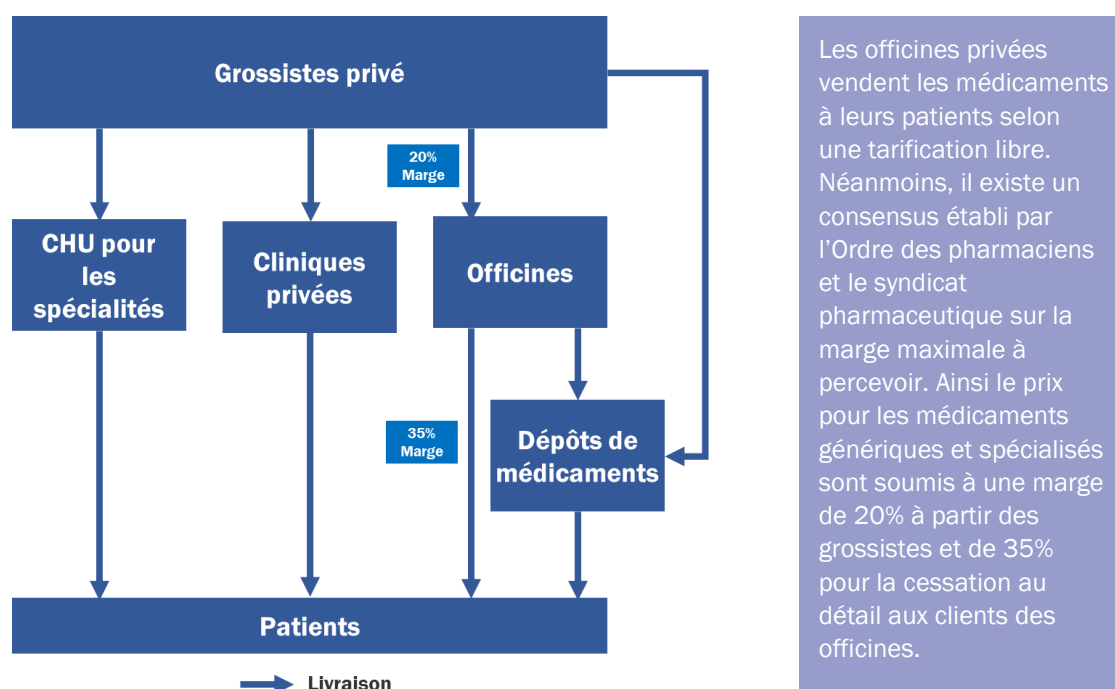
Il comprend les grossistes en produits pharmaceutiques, les officines privées et les dépôts de médicaments.

Les médicaments commandés par les grossistes sont répartis auprès des officines privées. L'installation des pharmacies privées est extrêmement réglementée. Elles doivent employer un

pharmacien agréé, et être situées à une distance spécifique d'autres pharmacies. Elles doivent aussi assurer une permanence permettant l'accès aux médicaments 24 heures sur 24 grâce à des employés travaillant à tour de rôle.

	Laboratoires	Pharmacies et dépôts de médicaments	Pharmacies grossistes
Segment du marché	Comblent les lacunes des laboratoires publics non ou peu fonctionnels	Assurent la disponibilité de médicaments	Assurent l'approvisionnement des pharmacies et des prestataires privés
Catégories sociales cibles et concernées	Classes moyenne mais surtout aisée et urbaines	Classes moyennes et aisées, urbaines Les dépôts de médicaments existent surtout en milieu rural	Pharmacies, prestataires privés
Tarification	En fonction des coûts estimés plus marge bénéficiaire	Marge fixe de 35% sur le prix d'achat auprès des grossistes	En fonction des coûts et de la concurrence
Régulation et environnement institutionnel	Installation très réglementée Taxes lourdes sur l'importation des équipements et du matériel	Installation très réglementée Produits pharmaceutiques sujets à TVA Prix de vente : marge fixée par arrêté interministériel	Réglementation stricte Accès aux marchés internationaux

Figure D. Circuit des produits pharmaceutiques dans le secteur privé



Au terme du processus, le patient subit de lourdes charges par rapport aux prix déjà élevés des produits pharmaceutiques. D'autant plus que la substitution de la spécialité par un générique existe mais n'est pas réglementée. Par ailleurs, il n'existe pas de mesures incitatives pour amener le secteur privé à vendre des médicaments à bas prix. Il n'existe pas non plus de système formel de surveillance des prix des médicaments.

Les dépôts de médicaments sont sensés s'approvisionner légalement au niveau des officines privées mais, dans les faits, il existe un nombre non négligeable de dépôts qui s'approvisionnent chez les grossistes.

Les dépôts de médicaments ont été instaurés par le Code de la santé pour pallier le manque de pharmaciens dans le pays, leur gestion est confiée à des individus formés pendant trois mois au sein d'une officine pharmaceutique et autorisés à dispenser des médicaments référencés. Au moment de leur mise en place, la formation de pharmacien se faisait exclusivement à l'étranger, et cette profession n'était donc que faiblement représentée à Madagascar. Aujourd'hui il existe déjà une école de pharmacie à Madagascar, mais les pharmaciens nouvellement formés choisissent pour la plupart d'exercer en ville ou travaillent dans des sociétés pharmaceutiques ou des hôpitaux, à défaut de disposer d'un capital financier pour l'ouverture d'une officine à propre gérance. Les dépôts de médicaments ont donc leur place dans l'approvisionnement en médicament au niveau des zones rurales. Leur emplacement est régi par une distance à respecter et défini par le Code de la santé.

### Le circuit informel

En marge de ces deux circuits s'inscrit le marché informel du médicament, que Madagascar a vu émerger dans les années 1980. Il semblerait que la source de ce circuit informel soit les deux circuits suscités, sans que le circuit exact d'approvisionnement puisse être développé en détail.

Il est difficile de déterminer le nombre exact de revendeurs. Les répressions policières et les perquisitions dans les points de vente, semblent rares mais elles constituent tout de même une source de stress pour les revendeurs et les intermédiaires. Les dépêches dans les journaux nationaux font de temps à autre état d'une volonté étatique de lutter contre ce marché « illicite » selon les termes utilisés. Mais le fait est que ce circuit informel existe et se développe toujours aujourd'hui.

Tableau A. Données sur le secteur pharmaceutique en 2015 (Bulletin de l'Ordre National des pharmaciens)

Indicateur	Nombre
<b>Nombre total de pharmaciens</b>	275
dont nombre de pharmaciens d'officines	226
dont nombre de pharmaciens hospitaliers	12
Pharmaciens/millions d'habitants	13.95
<b>Nombre d'officines</b>	219
<b>Nombre de dépôts pharmaceutiques (structures de dispensation sous la responsabilité d'une officine mais sans la présence effective et constante d'un pharmacien)</b>	1633
dont nombre de laboratoires d'analyses biologiques et médicales	103 (dont 41 du secteur privé)
<b>Nombre de laboratoires d'analyses biologiques et médicales sous la responsabilité d'un pharmacien</b>	2

L'arrêté interministériel N° 17851 portant ouverture d'un département d'enseignement de la pharmacie au sein de la Faculté de médecine d'Antananarivo, à Madagascar, a été signé par le Ministre de l'Éducation nationale et de la recherche scientifique en date du 17 novembre 2005. L'inauguration de cette formation s'est tenue le 13 février 2006. L'élaboration de ce cursus s'est déroulée de 2006 à 2012, celle-ci étant accompagnée d'un partenariat franco-malgache associant à l'Université d'Antananarivo la Coopération française (SCAC/MAEE), la Fondation Pierre Fabre, la Fondation Mérieux et l'Université Joseph Fourier de Grenoble.

L'objectif du Département de formation, devant devenir à terme une Faculté de Pharmacie, est double : i) répondre aux besoins exprimés par le Ministère de la Santé Publique de positionner des pharmaciens dans les formations sanitaires pour améliorer l'accessibilité de la population aux médicaments essentiels, ii) faire face aux nécessités de renouvellement démographique de

la pharmacie malgache. En effet, à la date d'ouverture du Département de pharmacie, à Madagascar, le nombre de pharmaciens recensés était très en-deçà de la moyenne de la région Afrique de l'OMS (<1/75 000 habitants contre 1/20 000 selon les recommandations de l'OMS), avec comme caractéristique une présence faible dans le secteur public et en constante diminution (20 en 1997, 5 en 2003).

# Annexe 5. Processus du budget de l'État malgache

## Loi organique portant sur la loi de finance (LOLF)

Le budget national suit le modèle d'allocation budgétaire défini par la Loi Organique portant sur la loi de finance (LOLF) de 2004, dont les principes régissent la formulation des lois de finance de chaque année fiscale. En vue d'améliorer l'efficacité des dépenses publiques, le gouvernement malgache a pris des dispositions réglementaires et légales lui permettant d'opérer une transition d'un budget de moyens à un budget de programmes. La loi de finance annuelle autorise la mobilisation et l'utilisation de ressources financières par le gouvernement pour couvrir ses dépenses à travers la dotation/appropriation de crédits budgétaires dits globaux, qui se fait d'abord à un niveau multisectoriel/interministériel par mission. Ces missions, liées directement au Plan national de développement du gouvernement, sont composées d'un ensemble de programmes.

## Composition et répartition des grandes catégories de dépenses de l'État

À l'intérieur de chaque mission, le Ministère des Finances et du Budget (MFB) fixe la répartition des crédits globaux aux programmes ministériels qui les concernent pour financer des actions clairement déterminées dans le temps et l'espace relevant d'un même ministère.

Au niveau sectoriel/ministériel, les crédits alloués à chaque programme couvrent cinq grandes catégories de dépenses :

1. Soldes
2. Indemnités
3. Biens et services
4. Transferts et subventions
5. Investissement

Ces dépenses sont soutenues à travers trois grands types de recettes :

**1. Les recettes fiscales** qui sont constituées principalement des:

- Impôts sur les revenus, bénéfiques et gains
- Impôts sur le patrimoine
- Impôts sur les biens et services
- Impôts sur le commerce extérieur
- Autres recettes fiscales

**2. Les recettes non fiscales** qui sont constituées principalement de :

- Contributions reçues des tiers
- Produits financiers
- Encaissement de redevance sur autorisation administrative
- Produits des prises de participation

- Revenus générés par prestation de services
- Marchandises
- Autres recettes et transferts de charges

### **3. Les recettes d'investissement**

- Extérieures composées de :
  - Subventions perçues des organismes nationaux ou internationaux
  - Aides bilatérales
  - Aides multilatérales
  - Aides directes
  - Emprunts
- Intérieures composées de:
  - Ressource Propre Interne (RPI)
  - Prélèvements sur les droits de taxe à l'importation (DTI) et la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) affectés aux investissements.

#### Le processus de préparation et de formulation du budget

Le processus commence lorsque le MFB envoie le questionnaire PIP aux institutions et ministères qui doivent collecter les informations concernant les besoins et les projets pour leur secteur respectif, y compris tous les sites/structures décentralisés. Le cycle de programmation des activités se déroule de manière ascendante. Chaque structure prépare un Plan de travail annuel (PTA) soutenu par un budget identifiant toutes les sources de financement qui seront consolidées à trois niveaux : district, régional, national. Ces informations accompagnées du questionnaire PIP, les éléments du PTA consolidé assortis d'autres documents stratégiques et budgétaires (Stratégies nationales, politiques sectorielles, CDMT sectoriel) sont compilés et retranscrits dans le Document d'orientation pour l'élaboration du budget (DOEB), qui sera présenté en conférence pré-budgétaire.

Les informations fournies en conférence pré-budgétaire vont appuyer le montage et, par la suite, l'établissement du cadrage macro-économique et macro-budgétaire aboutissant successivement sur la fixation des enveloppes budgétaires, l'élaboration de la lettre de cadrage du projet de loi de finance (PLF), et l'élaboration et l'envoi de la circulaire de préparation du budget avec indication des enveloppes.

La notification des enveloppes à chaque institution et ministère déclenche le processus de conférences budgétaires, à savoir des réunions d'échange et d'arbitrage sur les perspectives budgétaires réunissant le MFB, les ministères techniques et les régions. Au cours de ce processus, les différents projets de budgets sectoriels proposés et d'autres documents annexes (DOEB, CDMT) doivent être ajustés en fonction des directives de la circulaire de préparation du budget pour être transmis au MFB. Cet arbitrage est basé sur l'historique budgétaire du ministère, ainsi que sur sa capacité d'absorption, c'est-à-dire sa capacité à dépenser les montants alloués, le niveau d'exécution à date des différents projets, mais surtout sur la lettre de cadrage budgétaire qui définit les priorités de l'État pour déterminer les financements futurs. Une fois l'arbitrage terminé, le pouvoir exécutif envoie au Parlement le projet du budget avec notification aux ministères.

# Annexe 6. La protection sociale

## La Caisse de prévoyance et de retraite (CPR) et la Caisse de retraite civile et militaire (CRCM)

**La CPR et la CRCM fournissent une assurance vieillesse et secours au décès pour les agents non-encadrés de l'État, et les fonctionnaires et militaires.** Elles fournissent des allocations de pensions de retraite, de veuvage, d'orphelins, des rentes d'invalidité, et des rentes d'accident du travail, entre autres. Elles ont été créées par le décret n° 61-642 datant du 29 novembre 1961, portant création et règlement de la Caisse de prévoyance et de retraites des agents non fonctionnaires de la République malgache, et le décret N° 62-144 datant du 21 mars 1962, portant organisation et règlement de la Caisse de retraite civile et militaire de la République de Madagascar. Ces deux opérateurs, supervisés par la Direction générale de la gestion financière du personnel de l'État (DGGFPE) du Ministère des Finances et du Budget, couvrent respectivement les fonctionnaires non-encadrés (contractuels) et encadrés contre les risques sociaux liés à la vieillesse et au décès. Le paiement de la rente d'accident du travail est effectué sur titre de paiement mécanographique.

- Rente : payable en une seule fois si l'incapacité permanente est inférieure ou égale à 10%
- Rente trimestrielle : incapacité supérieure à 10% et inférieure à 75%
- Rente mensuelle : taux de l'incapacité de 75% ou plus.

Les frais médicaux sont pris en charge par l'État, même s'ils sont en retrait à travers le CSSFANE. Actuellement, 107 532 pensionnés bénéficient de ces services et 129 238 agents versent leurs cotisations à la Caisse. En 2017, le MFB a annoncé que les cotisations étaient passées à 5% (au lieu de 4%) des salaires pour les charges individuelles et à 19 % (au lieu de 16%) pour les charges patronales (DGGF, 2016 et Midi, 2017). Cependant, la Caisse de retraite civile et militaire est depuis quelques années en difficulté. L'État se voit ainsi dans l'obligation d'injecter chaque année une subvention pour renflouer les caisses. Pour les deux caisses, la CRCM et la CPR, le montant injecté est passé de 97 milliards d'ariary en 2013 à 250 milliards d'ariary en 2015, atteignant 290 milliards d'ariary en 2016. Pour éviter cette subvention de l'État, les taux de cotisations augmenteront et l'âge de la retraite sera repoussé à 65 ans. Toutes ces mesures réduiront de 50 milliards d'ariary par an les transferts de l'État au Fonds de pension, pour arriver à 150 milliards d'ariary d'ici 2019 (Matv, 2017).



For more information, contact:

**Health Policy Plus**

Palladium

1331 Pennsylvania Ave NW, Suite 600

Washington, DC 20004

Tel: (202) 775-9680

Fax: (202) 775-9694

Email: [policyinfo@thepalladiumgroup.com](mailto:policyinfo@thepalladiumgroup.com)

**[www.healthpolicyplus.com](http://www.healthpolicyplus.com)**