



REPUBLIKAN'I MADAGASIKARA
Fitiavana - Tanindrazana - Fandrosoana

GOUVERNEMENT

**STRATEGIE NATIONALE
SUR LA COUVERTURE SANTE UNIVERSELLE
MADAGASCAR**

***Ensemble, main dans la main, pour la
Couverture Santé Universelle***

Décembre 2015

Ce document a été élaboré par un Comité Technique, établi par l'Arrêté ministériel N°13525/2015-MSANP du 07 avril 2015 et placé sous le leadership du Ministère de la Santé Publique.

Ce Comité technique a reçu l'appui du Réseau Providing for Health (P4H)



dont les membres à Madagascar sont :





REPUBLIKAN'I MADAGASIKARA
Fitiavana - Tanindrazana - Fandrosoana

GOUVERNEMENT

STRATEGIE NATIONALE
SUR LA COUVERTURE SANTE UNIVERSELLE
MADAGASCAR

***Ensemble, main dans la main, pour la
Couverture Santé Universelle***

Décembre 2015

PREFACE

« Madagascar, une Nation moderne et prospère », cette vision partagée des Malagasy constitue un repère dans la définition de la Politique Générale de l'Etat (PGE) et le Plan National de Développement (PND). La lutte contre la pauvreté, la vulnérabilité, et la précarité ainsi que l'élargissement de l'accès aux services sociaux de base de qualité figurent parmi les priorités de ces documents desquels découlent la Politique Nationale de la Protection Sociale (PNPS) et le Plan de Développement du Secteur Santé (PDSS).

Dans cette même optique, l'accessibilité à des soins de santé disponibles et de qualité, financièrement abordables pour toutes les couches de la société constitue à Madagascar un enjeu de développement et donc une priorité nationale. Aussi, le pays s'est-il engagé dans le processus d'implémentation à terme de la Couverture Santé Universelle (CSU). La CSU constitue la jonction qui lie la PNPS et le PDSS.

La vocation du présent document stratégique est de fournir les orientations stratégiques pour tendre vers la CSU. Six orientations stratégiques sont ainsi définies. Il s'agit de: (i) protéger les individus et leur famille contre les risques financiers liés à leur accès aux services de santé ; (ii) améliorer la disponibilité effective en services de santé de qualité ; (iii) diminuer l'exposition de la population aux risques ayant une incidence sur la santé ; (iv) mobiliser les ressources financières pour la mise en œuvre de la couverture santé universelle ; (v) prendre davantage en considération les souhaits de la population en matière de santé et/ou en matière d'organisation du système de santé ; (vi) faire accéder la population en extrême pauvreté à un socle de protection sociale et de santé .

Ce document renferme également le dispositif institutionnel pour la mise en œuvre de la CSU. Il met en évidence la nécessité d'une collaboration intersectorielle dont les départements ministériels, les partenaires techniques et financiers, les collectivités territoriales décentralisées et les organisations de la société civile œuvrant dans le domaine de la protection sociale et santé.

Madagascar a adopté tout récemment sa « Politique Nationale de Protection Sociale » ; avec la présente « Stratégie Nationale sur la Couverture Santé Universelle », le pays dispose maintenant de deux documents qui permettront d'améliorer sensiblement la protection de la population et d'assurer une vie meilleure à tous.

Je tiens à remercier et féliciter tous ceux qui se sont investis dans l'élaboration de cette stratégie, et notamment les membres du Comité technique chargé de l'élaboration de ce document. Enfin, j'exhorte les citoyens, tous les acteurs communautaires, nationaux et internationaux, à s'impliquer activement dans la mise en œuvre de cette stratégie nationale de la Couverture Santé Universelle.

Le Premier Ministre, Chef du Gouvernement



Jean RAVELONARIVO

RESUME

Des efforts ont été réalisés par les différents acteurs en santé afin d'améliorer l'accessibilité et la disponibilité des soins. Cependant, la population malagasy est encore insuffisamment protégée face à des problèmes de santé :

- L'offre de services de santé ne lui donne pas pleine satisfaction : les structures de santé ne sont pas toujours fonctionnelles, la qualité des services laisse à désirer, les médicaments sont chers et parfois non disponibles, entraînant un recours aux pharmacies ambulantes dont la qualité des médicaments met souvent la population en danger, les personnels de santé ne sont pas suffisamment formés et motivés, notamment pour mieux accueillir les patients. Par ailleurs, ils sont fréquemment insécurisés dû aux mauvaises habitudes de rétribution. Ces différents facteurs insécurisent le patient ;
- la population vit dans un environnement qui induit souvent des risques pour sa santé : la pollution dans les villes est de plus en plus importante, l'hygiène pose de nombreux problèmes (eaux polluées, ordures ménagères, matières fécales humaines et animales, etc.), l'alimentation en dehors du domicile est souvent risquée ;
- suite à l'initiative de Bamako, lorsqu'il veut accéder à une formation sanitaire, l'individu doit payer les médicaments au niveau CSB et les frais de soins et d'hébergement au niveau hospitalier. Ce paiement direct est un frein très important à l'accès. Soit l'individu renonce à se soigner soit il est entraîné dans des *dépenses catastrophiques* avec des conséquences pour lui et toute sa famille.

Par ailleurs, plus de la moitié de la population vit actuellement dans l'extrême pauvreté. Cette frange de la population **est exclue de tout** : des services de santé, de la protection contre les risques financiers, de tout réseau social et familial. Les mécanismes de gratuité pourtant conçus pour elles, mais aussi les mécanismes de solidarité de la société civile (ONG, églises), ne les atteignent pas.

Malgré l'insuffisance des moyens financiers dont il dispose, l'Etat malagasy tente d'apporter des réponses à tous ces problèmes. Les mécanismes de gratuité, progressivement mis en place, ont des résultats modestes. L'offre en formation sanitaire s'améliore mais la qualité demeure problématique. La mise en place de la centrale d'achat SALAMA a permis un meilleur approvisionnement en médicaments ; mais ceux-ci restent chers pour le pouvoir d'achat de nombreux malgaches. Ainsi, les réponses apportées sont jusqu'ici insuffisantes et pas assez coordonnées.

Pour pallier cette situation, l'Etat malagasy a donc pris la décision de mettre en chantier une Stratégie Nationale sur la Couverture Santé Universelle. Pour ce faire, il a reçu l'appui du Réseau Providing for Health (P4H). Cette Stratégie vise à apporter une réponse holistique aux problèmes de protection en matière de santé pour toute la population. L'accent est mis sur l'équité et la solidarité : il est jugé intolérable que des pans entiers de la société n'aient pas accès à un socle de services de santé de base.

La vision globale de cette Stratégie est la suivante :

- Que la population ait accès à des services de santé de qualité
- En évitant de placer l'individu et sa famille dans une situation financièrement difficile
- Mais aussi de protéger la population contre les risques ayant une incidence sur sa santé

- Avec une attention toute particulière pour la population la plus défavorisée dans un esprit **d'équité et de solidarité**.

La SN-CSU a retenu six (6) orientations stratégiques dont les principales actions peuvent être résumées ainsi :

- La plus importante et la plus significative de ces actions sera la mise en place **progressive** d'un organisme d'assurance santé – **la Caisse Nationale de Solidarité pour la Santé**. Cet organisme, à gestion autonome, prendra en charge trois groupes d'adhérents : i) les adhérents de la fonction publique et du secteur formel pour lesquels l'adhésion est (ou sera) obligatoire ; ii) les adhérents, sur base volontaire, jusqu'ici gérés par les mutuelles de santé, et, iii) les adhérents par l'affiliation, ce qui signifie que l'adhésion de la population démunie sera payée par des financements spécifiques. Le panier de services couverts intégrera, autant que faire se peut, le niveau hospitalier qui reste aujourd'hui la préoccupation majeure de tout malade ;
- Afin d'assurer cette **affiliation**, des financements spécifiques seront mis en place : il s'agit d'une part des financements jusqu'ici utilisés pour financer les différents mécanismes de gratuité et d'autre part de *financements innovants*, c'est-à-dire des taxes dédiées à l'affiliation : taxes sur la téléphonie mobile, taxes sur les transferts monétaires, taxes sur certains biens nocifs pour la santé (alcool, tabac, sucres), taxes sur la pollution. Il conviendra de trouver la juste balance entre le fait que ces financements innovants rapportent des moyens financiers suffisants sans pénaliser les ressources des ménages ni le développement économique du pays. On pensera également à mettre en place un mécanisme de Parrainage : un individu ou une institution ou une association de la diaspora, implanté dans un pays du nord, prend en charge les cotisations d'assurance santé de malgaches vivant à Madagascar. Tous ces financements seront gérés par un Fonds dédié ;
- Ainsi, les formations sanitaires continueront à appliquer les tarifs en vigueur, mais au lieu que les patients supportent *in fine* ce tarif, celui-ci sera pris en charge par l'assurance santé ; soit le patient se faisant rembourser par l'assurance soit par la mise en place d'un mécanisme tiers payant. Il sera étudié avec le MinSanP l'opportunité d'un ticket modérateur, tant au niveau des CSB que des hôpitaux, c'est-à-dire d'un montant restant à la charge de l'utilisateur après prise en charge de l'assurance santé ;
- Le MinSanP poursuivra ses efforts pour apporter à la population une **offre de services de santé de qualité**. Un accent particulier sera mis sur la motivation des personnels. Pour amener ces personnels à être les plus performants possibles, il faut être en mesure de leur apporter des primes incitatives (par exemple : le Financement Basé sur la Performance) ;
- Un accent particulier sera mis sur le respect du patient en tant que personne humaine. Ainsi, l'amélioration de la performance technique doit aller de pair avec la **prise en compte des besoins des patients** : meilleur accueil et écoute des patients par les personnels de santé, absence de toutes formes de corruption toujours insécurisante pour les patients ;
- Dans sa vie de tous les jours, le citoyen est confronté à de nombreux risques qui peuvent avoir une incidence sur sa santé (pollution, hygiène, environnement, alimentation, etc.). Ces déterminants de la santé sont nombreux et il ne sera pas possible de faire face à tous à court terme. Il faudra faire des choix, mais il est important de mener des **actions aux résultats visibles** immédiatement, avec une coordination renforcée avec les associations-ONG et les collectivités territoriales décentralisées ;

- Enfin, des actions spécifiques seront menées en direction des **populations en extrême pauvreté**. Les approches ci-dessus n'étant pas adaptées à ces populations, il s'agira de mettre en place des actions spécifiques où les acteurs de la santé, en concertation avec les autres acteurs sociaux, vont au-devant de ces populations afin de leur apporter, sur leurs lieux de vie, des éléments de santé de base : vaccination, dépistages, planning familial, soins élémentaires, etc.

Cette Stratégie affiche résolument l'inter-sectorialité comme moyen d'obtenir des résultats. Aussi, le dispositif institutionnel qui sera mis en place pour assurer la mise en œuvre de cette Stratégie devra-t-il en tenir compte. La mise en œuvre de cette Stratégie est l'affaire de tous les acteurs concernés : ministères, collectivités territoriales décentralisées, associations professionnelles et syndicales, ONG, employeurs, églises, mécanismes d'assurance, avec l'appui des partenaires techniques et financiers. Toutefois, deux instances d'**accompagnement** seront mises en place :

- Un **Comité de Pilotage**, rassemblant tous les décideurs concernés, aura pour mission de s'assurer que la stratégie nationale pour la Couverture santé universelle se met en place conformément aux orientations stratégiques adoptées ;
- Une **Cellule d'Appui** à la mise en œuvre de la SN-CSU. Cette unité intersectorielle, mais placée sous la responsabilité du MinSanP, devra faciliter et coordonner les actions des différents acteurs impliqués dans chacune des orientations stratégiques de la SN-CSU, mais aussi préparer chaque année le « budget-CSU » mesurant l'effort de la nation pour la CSU, élaborer les indicateurs de suivi de la CSU ; elle devra aussi se charger de la communication sur la SN-CSU. Cette Cellule sera la condition *sine qua non* du succès de la CSU.

Enfin, on notera que Madagascar dispose, à ce jour, de deux documents - la **Politique Nationale de Protection Sociale** et la **Stratégie Nationale sur la Couverture Santé Universelle** – qui abordent, sous différentes facettes, la question de la protection des individus. Ces deux documents sont complémentaires. Chacun apporte sa contribution à la protection de tous les citoyens malagasy, avec un accent mis sur les populations les plus démunies. Mais ils doivent aussi conjuguer les efforts afin qu'il n'y ait pas de déperdition des moyens par ailleurs limités.

LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES

AC	Agents Communautaires
BM	Banque Mondiale
CDMT	Cadre de Dépense à Moyen Terme
CHRD	Centres Hospitaliers de Référence de District
CHRR	Centre Hospitalier de Référence Régionale
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNaPS	Caisse Nationale de Prévoyance Sociale
CoSan	Comité de Santé
CSB	Centre de Santé de Base
CSU	Couverture Santé Universelle
DDS	Direction des Districts Sanitaires
DRSP	Direction Régionale de la Santé Publique
FANOME	Financement pour l'Approvisionnement On-stop en Médicaments
FAO	Food Agriculture Organisation
GIP-SPSI	Groupement d'Intérêt Public –Santé Protection Sociale International
MEP	Ministère de l'Economie et de la Planification
MFB	Ministère des Finances et du Budget
MFPTLS	Ministère des Fonctions Publiques, du Travail et des Lois Sociales
MID	Ministère de l'Intérieur et de la Décentralisation
MPPSPF	Ministère de la Population, de la Protection Sociale et de la Promotion de la Femme
MSANP	Ministère de la Santé Publique
ODD	Objectifs de Développement Durable
OIT	Organisation Internationale du Travail
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PDSS	Plan de Développement du Secteur Santé
PhaGDIS	Pharmacie en Gros de District
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PND	Plan National de Développement
PNPS	Politique Nationale de Protection Sociale
PN2D	Programme National de Décentralisation et de Déconcentration
PNS	Politique Nationale de Santé
PNSC	Politique Nationale en Santé Communautaire
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
TMC	Transferts Monétaires Conditionnels
SDSP	Services de District de la Santé Publique
UE	Union Européenne
UNFPA	Fonds de Nations Unies pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	United States Aid for International Development
VIH	Virus de l'Immuno déficience Humaine

TABLE DES MATIERES

RESUME	vii
LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES.....	xi
ENCADRE METHODOLOGIQUE	2
INTRODUCTION	4
CONTEXTE.....	5
ÉTAT DE LA SITUATION	7
LA RAISON D’ÊTRE DE LA SN-CSU	17
LES PRINCIPES FONDAMENTAUX DE LA STRATÉGIE.....	19
LES ORIENTATIONS DE LA STRATEGIE	22
ORIENTATION STRATEGIQUE 1	22
PROTÉGER LES INDIVIDUS ET LEUR FAMILLE CONTRE LES RISQUES FINANCIERS LIÉS À LEUR ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ	22
ORIENTATION STRATEGIQUE 2	27
AMELIORER LA DISPONIBILITE EFFECTIVE EN SERVICES DE SANTE DE QUALITE.	27
ORIENTATION STRATEGIQUE 3	31
DIMINUER L’EXPOSITION DE LA POPULATION AUX RISQUES AYANT UNE INCIDENCE SUR LA SANTÉ	31
ORIENTATION STRATEGIQUE 4	33
MOBILISER LES RESSOURCES FINANCIÈRES POUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA COUVERTURE SANTÉ UNIVERSELLE.....	33
ORIENTATION STRATEGIQUE 5	35
PRENDRE DAVANTAGE EN CONSIDÉRATION LES SOUHAITS DE LA POPULATION	35
ORIENTATION STRATEGIQUE 6	37
FAIRE ACCÉDER LA POPULATION EN EXTRÊME PAUVRETÉ À UN SOCLE DE PROTECTION SOCIALE ET DE SANTÉ.....	37
LE DISPOSITIF INSTITUTIONNEL DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA SN-CSU	42
CONCLUSION	44
ANNEXES.....	48

ENCADRE METHODOLOGIQUE

Processus d'élaboration de la stratégie nationale sur la Couverture Santé Universelle - 2015

En septembre 2014, une mission du réseau P4H¹¹ sur la protection santé à Madagascar a reconnu la pertinence de l'engagement de Madagascar dans le processus vers une couverture santé universelle(CSU).

Conformément à l'Axe 4 « **Capital humain adéquat au processus de développement** » du Plan National de Développement, la Couverture Santé Universelle est la traduction de la volonté politique du Gouvernement malagasy en matière de santé pour tous. Ce cheminement vers la CSU est une démarche multisectorielle, progressive et de long terme dont la première étape est l'élaboration d'une stratégie nationale de Couverture Santé Universelle (SN-CSU) qui servira de document cadre du pays.

Au début de mars 2015, sous le leadership du MinSanP, des séances d'informations ont été organisées en vue d'une implication des acteurs nationaux et internationaux clés. Il s'agit des Ministères concernés, des représentants des Partenaires Techniques et Financiers, de la Société Civile, du secteur privé et de la mutualité.

Avec l'appui du réseau P4H, un expert international a été recruté pour accompagner le processus d'élaboration de la SN-CSU. De même, un Comité Technique- CSU a été créé par l'Arrêté ministériel N°13525/2015- MSANP, portant création, composition, attributions et organisation du CT-CSU², en date du 07 avril 2015. Le 25 mars 2015, une rencontre nationale, présidée par Monsieur le Premier Ministre, a marqué le lancement officiel de ce processus.

Afin d'avoir une compréhension commune de la CSU, une formation des membres de ce Comité technique a été organisée. Par la suite, une feuille de route a été établie et a fixé la finalisation du document de SN-CSU d'ici le 12 décembre 2015 (Journée Internationale de la Couverture Santé Universelle).

Dans la phase de rédaction, le Comité technique a défini la vision globale et les orientations stratégiques en s'adossant sur l'état de la situation. Ces orientations stratégiques ont été validées par les Ministres concernés et ensuite présentées pendant la revue conjointe des partenaires techniques et financiers du secteur santé. Une analyse de la situation en matière de mécanismes de subvention et exemption du paiement à l'acte des soins à Madagascar a été réalisée par un consultant national en vue d'enrichir le document SN-CSU.

Un atelier de finalisation de la rédaction du document SN-CSU s'est tenu à Antsirabe les 22, 23 et 24 septembre 2015. Ce document a été présenté à une réunion de validation technique qui s'est tenue à Antananarivo le 27 novembre 2015 et enfin le document final a été présenté et rendu officiel le 7 décembre 2015 lors d'une rencontre de consensus national placée sous le Haut Patronage de Son Excellence Monsieur le Président de la République de Madagascar.

Pour soutenir et assurer sa mise en œuvre, un Comité de Pilotage-CSU est mis en place sous l'égide de la Primature.

¹ OMS, OIT, BM, GIP-SPSI France, GIZ sous la direction du Coordonnateur P4H

² Composition du Comité Technique-CSU Annexe 1

INTRODUCTION

Depuis 2000, on assiste à un élan mondial en faveur de la réduction de la pauvreté à travers les Objectifs du Millénaire pour le Développement, lequel est réaffirmé dans les Objectifs de Développement Durable pour la période post 2015 jusqu'en 2030. En Afrique, des initiatives ont été lancées pour accélérer l'atteinte des OMD, démontrant le fort engagement des dirigeants africains : notamment la Déclaration de Tunis en Juillet 2012, signées par les Ministres des Finances et de la Santé, laquelle traduit la collaboration étroite des deux secteurs en vue d'une optimisation des ressources et le développement durable.

C'est dans ce cadre qu'est apparue la nécessité d'élaborer des stratégies sur la couverture santé universelle. Un temps fort a été le rapport sur la santé dans le monde 2010 de l'OMS, intitulé « *Le financement de la santé – le chemin vers une couverture universelle* ». La prise de conscience et l'engagement en faveur de la CSU furent renforcés par les Déclarations de Bangkok en Janvier 2012 et de Mexico en Avril de la même année. La résolution de l'ONU le 12 Décembre 2012 renforce encore cet élan mondial pour la CSU afin d'assurer l'accès aux services essentiels et de réduire la pauvreté et les inégalités. Madagascar a pris l'engagement de s'inscrire dans ce mouvement mondial.

La couverture santé universelle est définie comme la situation dans laquelle toutes les populations peuvent obtenir les services de santé de qualité dont elles ont besoin sans que le coût de ces services n'entraîne des difficultés financières pour les usagers.

Madagascar est particulièrement concernée par cette approche. L'offre de services de santé ne donne pas toujours satisfaction aux populations, notamment les plus défavorisées, le paiement direct constitue souvent un frein à l'accès aux soins et, enfin, la population est exposée à des risques ayant une incidence forte sur sa santé (pollution, hygiène, eaux polluées, etc.). Les réponses jusqu'ici apportées sont insuffisantes et les moyens mis en œuvre, pourtant limités, ne sont pas réellement efficaces. Par exemple, les mécanismes de gratuité qui ont été progressivement développés n'atteignent pas les populations pauvres qui sont pourtant leurs principales cibles.

Avec l'appui du Réseau Providing for Health (P4H), Madagascar a donc pris la décision en 2014 d'élaborer une Stratégie Nationale sur la Couverture Santé Universelle (SN-CSU) visant à donner au pays une vision et une approche globale, pour les années futures, de la protection des populations concernant leurs accès à une santé de qualité et financièrement accessible.

L'approche qui est développée ici se veut résolument multisectorielle : même si le Ministère de la Santé Publique (MinSanP) en constitue la cheville ouvrière, d'autres Ministères sont aussi concernés. Plus largement, cette SN-CSU demande l'implication du secteur privé, du monde de l'assurance santé, de la société civile et du monde associatif ainsi que l'appui des Partenaires techniques et financiers. Ce n'est qu'en conjuguant les efforts de tous, d'une manière coordonnée et avec un objectif clair à atteindre sur le long terme, que le pays pourra atteindre des résultats significatifs et ainsi améliorer le sort de ses populations.

Enfin, la Stratégie qui est développée ci-après s'inscrit dans la durée. En effet, la CSU est un voyage mais pas une destination. Le chemin sera long, il faudra progresser avec méthode et les résultats ne seront pas immédiats. C'est la raison pour laquelle il convient de se lancer dès à présent et avec détermination sur ce chemin.

CONTEXTE

Présentation générale de Madagascar

Situé à 400km de la côte Est du continent Africain, Madagascar est une île de 587 047 km², avec 5000Km de côte. Sur le plan administratif, le pays est subdivisé en 6 provinces autonomes, 22 régions, 119 districts, 1500 communes et 17.500 Fokontany (FKT). Les régions et les communes sont des collectivités territoriales décentralisées organisées au sein des provinces autonomes.

Selon les résultats de l'Enquête Périodique auprès des Ménages (EPM) de 2010, sa population est estimée à plus de vingt millions d'habitants avec une croissance annuelle moyenne pour la période de 2010 à 2015 de 2,5%. La population malagasy se caractérise par sa très grande jeunesse puisque près des deux tiers ont moins de 25 ans (64 %) et près de la moitié ont moins de 15 ans (47 %). Elle est majoritairement rurale (20%). Un ménage compte en moyenne 4,8 individus.

Sur le plan économique, en 2013, Madagascar se place au 151ème rang sur 187 pays pour l'Indice de Développement Humain³, au 118ème selon Transparency International et au 142ème selon Doing Business. Le PIB a reculé de 3,7% en 2009, une stagnation en 2010, une très légère reprise en 2011 (1,9 %) et une reprise en 2012 et 2013 autour de 3 % par an. En effet, Madagascar enregistre une proportion des ménages pauvres très élevée. En 2013, en se référant au seuil national, 71,5% de la population malgache sont pauvres. Et en prenant le seuil de 2\$ par jour, 91% de la population malgache sont classées pauvres.

Le système de santé est organisé en quatre niveaux :

- le niveau central en charge de la coordination générale du secteur santé, des orientations politiques et stratégiques, de la définition des normes et standards ;
- le niveau intermédiaire ou régional, représentant du ministère au niveau régional et sous le rattachement direct du Secrétariat Général, la Direction Régionale de Santé Publique (DRSP) a pour mission de « planifier, conduire, suivre et évaluer » la mise en œuvre des Programmes d'intérêt national au niveau des Districts sanitaires de la Région sanitaire ;
- le niveau périphérique ou district, représenté par les Services de District de la Santé Publique (SDSP) dont la mission consiste à coordonner et à appuyer les formations sanitaires de base et de première référence. Ce niveau constitue la pierre angulaire du système de santé et doit disposer d'une autonomie de décision et financière ;
- le niveau communautaire participant dans la promotion de la santé et dans le fonctionnement et la gestion des structures sanitaires de base.

Les soins sont ainsi organisés sur trois niveaux : le niveau communautaire, le niveau 1, première porte d'entrée offrant le Paquet Minimum d'activité ; le 1er niveau de référence hospitalière, offrant le Paquet Complémentaire d'Activité et le 2ème niveau de référence, les Centres Hospitaliers Universitaires.

Des mécanismes de subvention et d'exemption du paiement à l'acte ont été mis en place à différents niveaux par l'initiative de différents acteurs publics et privés, mais ne couvrent qu'une partie de la population et des soins.

³ PNUD, Rapport sur le Développement Humain, 2014.

Le contexte international

La mobilisation internationale en faveur de la couverture santé universelle s'est beaucoup développée au cours des dernières années. En 2005 puis en 2011, les Etats membres de l'OMS ont adopté une Résolution encourageant les pays à mettre en place et/ou maintenir une couverture universelle de services de santé. Le Rapport sur la santé dans le monde 2010 de l'OMS, intitulé « Le financement des systèmes de santé – le chemin vers une couverture universelle » a marqué une étape importante dans cette prise de conscience d'aller vers la couverture santé universelle. Par la suite, les Déclarations de Bangkok (Janvier 2012) puis de Mexico (Avril 2012) ont renforcé la dynamique mondiale en faveur de la CSU. De même, la Déclaration de Tunis (Juillet 2012) va dans le même sens en mettant en exergue la nécessité d'une collaboration étroite entre les ministères des finances et de la santé pour une optimisation des ressources. Enfin, la résolution de l'ONU (12 Décembre 2012) vient encore renforcer l'élan mondial en direction de la couverture universelle dans le but d'assurer l'accès aux services essentiels et de réduire la pauvreté induite par les dépenses catastrophiques de santé.

Par ailleurs, en 2009 a été adopté par le Secrétaire Général des Nations Unies, le Socle de Protection Sociale, suivi en octobre 2010, de la Déclaration de Yaoundé sur l'implémentation du Socle de Protection Sociale par les 47 états africains membres de l'Organisation Internationale du Travail (OIT). Le Socle de Protection Sociale vise à garantir (i) la disponibilité et la continuité des services essentiels (santé et éducation, eau et assainissement, nutrition, logement et services d'information), ainsi que leurs accès géographiques et financiers; et (ii) l'accès à ces services à travers un paquet minimal de transferts sociaux, en espèces et en nature, pour assurer un revenu minimal et des moyens de vie sécurisés aux populations pauvres et vulnérables. La Recommandation 202 (en 2012) de l'OIT encourage les Gouvernements à mettre en œuvre les socles de protection sociale dans le cadre de stratégies d'extension de la sécurité sociale.

Cet élan en faveur de la couverture santé universelle a été renforcé en 2007 par la création du Réseau Providing for Health (P4H) dont le but est d'améliorer le cheminement des pays en développement vers la couverture sanitaire universelle. Ce réseau est actuellement constitué de : l'OMS, le BIT, la Banque Mondiale, la Banque Africaine de Développement, l'Allemagne, la France, la Suisse, l'Espagne, ainsi que l'USAID. Ce réseau a été initié pour répondre à un défi mondial : plus d'un milliard de personnes n'ont pas accès aux soins de base nécessaires et plus de cent millions de personnes tombent sous le seuil de pauvreté chaque année en raison des dépenses directes de santé effectuées par les ménages aux points de service. Les objectifs de P4H sont par conséquent d'appuyer les pays à élaborer leurs stratégies multisectorielles de couverture sanitaire universelle et à les accompagner dans la mise en œuvre.

Madagascar s'inscrit entièrement dans cette dynamique mondiale. Ainsi, Madagascar s'engage, avec une forte volonté politique déclarée au plus haut niveau, vers la Couverture Santé Universelle. La Présidence de la République et la Primature ont, à plusieurs reprises, apporté leur soutien à l'élaboration de la Stratégie Nationale sur la Couverture Santé Universelle.

ÉTAT DE LA SITUATION

Evolution du système de santé

Bon nombre d'informations sont contenues dans le tout récent « *Plan de Développement du Secteur Santé – 2015-2019* ». Ainsi :

En 2014, **l'offre de soins en structures publiques** se répartit sur : les CSB publics qui sont au nombre de 2.563 dont 956 CSB1 et 1.632 CSB2, les Hôpitaux de première référence qui sont au nombre de 87 dont 56 CHR1 et 31 CHR2, et les hôpitaux de 2^{ème} référence qui sont au nombre de 18 CHRR et de 22 Centres Hospitaliers Universitaires (CHU).

Une grande partie de ces formations sanitaires publiques est en mauvais état : seulement 30% des CSB, récemment construits, répondent aux normes; par ailleurs 11% des CSB sont encore en matériaux locaux. Nombre de formations sanitaires doivent encore être construites et équipées selon les normes et les standards relatifs aux plateaux techniques ainsi que les normes anticycloniques.

L'enquête sur l'offre de services au niveau de 15 régions, réalisée en 2014⁴, montre qu'aucun CHRR/CHD et seulement 25% des CSB et 33% des CHU ont tous les éléments essentiels (couvrant infrastructure, commodités et confort). Néanmoins, des réalisations ont été effectuées au cours des dernières années : 81 hôpitaux de référence réhabilités, 374 CSB réhabilités ; 6 Hôpitaux Haut de Gamme construits et équipés.

Les formations sanitaires privées (lucratives et à but non lucratif) sont au nombre de 680 centres de santé et 95 cliniques, polycliniques et hôpitaux privés. Elles se chargent elles-mêmes de l'acquisition en équipements et matériels médicaux nécessaires. Les moyens financiers déterminent leurs plateaux techniques.

La faiblesse en ressources humaines est un handicap pour la fonctionnalité des formations sanitaires tant publiques que privées. Il existe aujourd'hui un réel déséquilibre de répartition en ressources humaines entre les structures privées et publiques et entre les structures situées en zone rurale par rapport à celles des zones urbaines. Plusieurs CSB ne sont pas aux normes d'usage à Madagascar en termes de ressources humaines: 46,6% des CSB2 censés être tenus par un médecin n'en disposent pas, et 51,9 % des CSB1 sont gérés par un seul agent, dont 150 par un Aide Sanitaire proche de la retraite. L'absence au poste pour des raisons soit administrative (formation, revue) ou individuelle (congé, perception du salaire...) entraîne une fermeture assez longue des centres de santé et empêchent la disponibilité en prestations de soins.

En matière de gouvernance, le MinSanP a subi les conséquences de la crise socio-politique (2009-2013) qui a eu des effets négatifs sur l'autorité de ce Ministère, sur ses capacités à assurer le bon fonctionnement du secteur et le contrôle de l'administration. Les acquis en matière de bonne gouvernance avant cette crise tels que le début de la décentralisation du système de santé, la réforme des finances publiques basée sur le budget de programmes et le mécanisme de Planification Budgétisation Suivi Évaluation, l'effectivité des organes de lutte contre la corruption tant au niveau national qu'au niveau du secteur de la santé, n'ont pas été préservés, même si l'on observe une amélioration au cours des dernières années.

⁴ Etat des offres de service en santé maternelle, néonatale et en planification familiale des formations sanitaires de 15 régions, USAID/MCSP, 2014.

Le secteur de la santé s'est engagé dans la **déconcentration de ses services** avec la mise en place des directions régionales et des districts sanitaires. En outre, la décentralisation n'est pas nouvelle à Madagascar, notamment à partir de 2006 avec le Programme National sur la Déconcentration et la Décentralisation (PN2D). Toutefois, elle a connu des aléas divers. Cette décentralisation confie aux communes et aux régions une responsabilité dans les domaines de la santé, de l'hygiène et de l'assainissement. Toutefois, les textes demeurent encore très imprécis, peu appliqués et communiqués. Il ressort que Madagascar demeure un pays fortement centralisé.

Le MinSanP dispose d'une **Politique Nationale Pharmaceutique** (2005-2010), dont l'objectif général (non encore validé) est d'assurer la disponibilité des médicaments essentiels dont la population a besoin, de bonne qualité, en bonne quantité, à prix abordable, au bon moment, et au bon endroit de la chaîne de distribution logistique. La sélection des produits repose sur la Liste Nationale des Médicaments Essentiels et Intrants de Santé, qui est régulièrement mise à jour. Au niveau du secteur public, la centrale d'achat SALAMA, qui possède un statut autonome d'Association à but non lucratif, est chargée de l'acquisition, du stockage, du contrôle de qualité et de la distribution des médicaments essentiels génériques et des consommables entrant dans le système FANOME jusqu'au niveau des hôpitaux et des districts sanitaires (Pharmacie de Gros de DISTRICT - PhaGDis).

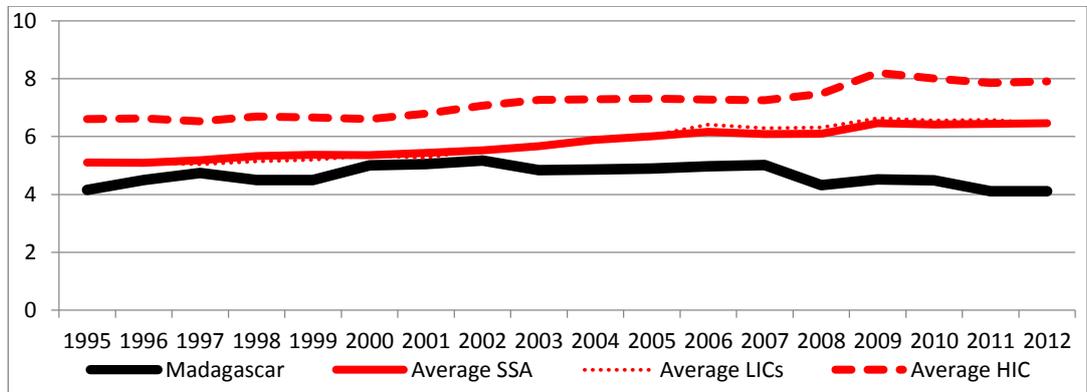
Le système d'approvisionnement reste encore fragile. Le budget affecté par le MinSanP pour l'achat des médicaments a diminué des deux tiers de 2008 à 2014. Les difficultés de gestion d'approvisionnement en médicaments, à la fois au niveau central, régional et périphérique, entraînent de fréquentes ruptures de stocks. De plus, l'approvisionnement en médicaments à travers les programmes verticaux (gestion directe sans passer par la SALAMA ou le secteur privé), très fortement subventionné, pose la question de la viabilité financière de l'approvisionnement en médicaments concernant le VIH/Sida, la tuberculose, le paludisme, et les maladies tropicales négligées. La forte dépendance extérieure fragilise davantage l'approvisionnement de ces médicaments, ce qui occasionne des ruptures de stocks, surtout quand les négociations budgétaires d'allocation de fonds prennent plus de temps que prévu (*i.e.* fond mondial).

Pour le secteur privé, le réseau de distribution du secteur privé commercial comprend les grossistes importateurs répartiteurs, les pharmacies d'officine (gérées par un pharmacien) et les dépôts de médicaments. Le secteur privé à but non lucratif (confessionnel, interentreprises, ONG) s'approvisionne soit auprès de SALAMA, soit auprès du secteur privé commercial, soit auprès de donateurs étrangers, pour la fourniture des intrants de santé.

L'insuffisance de régulation du sous-secteur pharmaceutique et la faiblesse de l'inspection pharmaceutique se traduisent par la prolifération d'un marché parallèle avec la vente de médicaments non enregistrés, de qualité non standard. Ce marché illicite, de qualité douteuse, présente un danger potentiel grave pour la population, d'autant plus que son réseau de distribution parallèle lui permet d'être présent au niveau périphérique.

Concernant les **dépenses en santé**, Madagascar débourse sensiblement moins que la moyenne des pays de l'Afrique Subsaharienne. Depuis 1995, le pourcentage des dépenses totales de santé par rapport au PIB a stagné autour de 4 à 5%, avec une tendance à la baisse depuis ces dernières années (figure 1). En termes réels, les dépenses totales par tête en santé n'ont pas évolué depuis 1995. En effet, les dépenses totales de santé par tête ont été de 21\$ entre 1995 et 1999 et ont diminué à 20\$ entre 2010 et 2014.

Figure 1: Tendances des dépenses totales de santé dans le PIB 1995-2012, comparaisons internationales

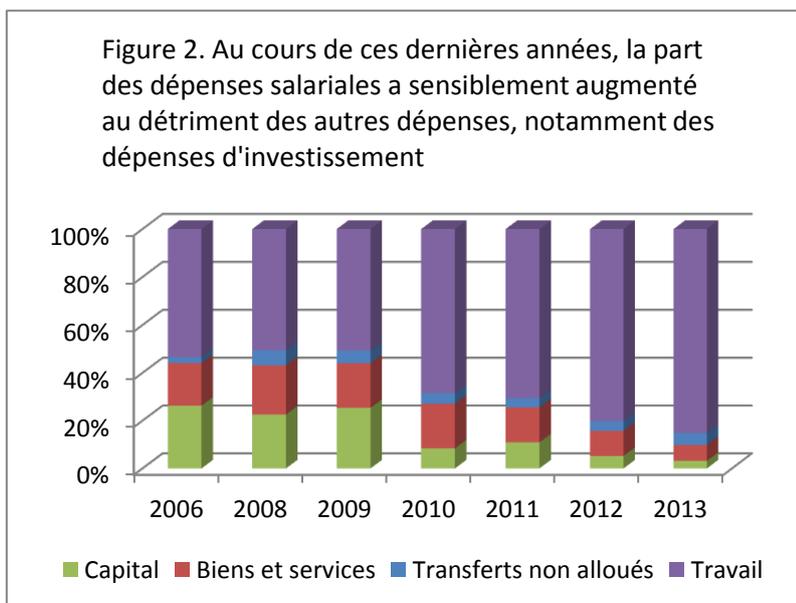


Source: Data from WHO/GHED

Le financement du secteur santé est dans sa plus grande part assuré par les ressources extérieures, constituant plus de 42% du financement.

La part du budget de l'Etat consacré à la santé stagne autour de 6 à 8% depuis 2006, loin de l'engagement des Chefs d'Etat pris à Abuja de consacrer 15% des ressources budgétaires nationales au secteur de la santé.

Suite à la crise de 2009, les dépenses salariales ont pris de plus en plus d'importance dans le budget du secteur au détriment des autres catégories de dépenses, notamment les dépenses d'investissement. En effet, en 2008, 26% du budget a été alloué aux dépenses d'investissement contre 8% en 2010 et 3% en 2013 (Figure 2).



Source : Madagascar 2014 Public Expenditure Review Education and Health ; Government of Madagascar, World Bank and UNICEF.

Les barrières financières des populations à l'accès aux soins restent importantes

Les ménages participent, dans le secteur public, au financement direct de leur santé à travers le mécanisme de Fonds d'Approvisionnement Non-stop en Médicaments Essentiels (FANOME), instauré par l'Etat en 2003 à tous les niveaux de structures de soins. Ce système de recouvrement des coûts permet essentiellement d'assurer le réapprovisionnement des médicaments et consommables médicaux dans les formations sanitaires et d'utiliser une part égale à 2,3% de la valeur de vente des médicaments pour la constitution de Fonds d'Équité pour la prise en charge gratuite des démunis. Le recouvrement des coûts du FANOME par rapport au budget du MinSanP est cependant faible. En 2012, la contribution du FANOME représente 1,4 M USD contre 75 M USD du budget du MinSanP.

Les ménages contribuent massivement au financement de leurs dépenses de santé. En 2010, sur 419 M USD de dépenses en soins de santé (soit 20,78 USD per capita), 40% ont été dépensés par les ménages. Malgré l'effort pour réduire les tarifs et compte-tenu de la pauvreté de la population, ce paiement direct constitue un frein à l'accès aux soins.

Pour atténuer ces effets négatifs du paiement direct sur l'accès aux soins des populations, divers mécanismes ont été mis en place :

Les mutuelles de santé

Celles-ci se répartissent en mutuelles volontaires (communautaires, villageoises, proposées par une école etc..) et en mutuelles adossées à un service où la cotisation est obligatoire (école, micro-crédit etc.).

Les mutuelles contribuent au financement de la santé, notamment aux dépenses hospitalières et parfois de soins primaires, au niveau du secteur informel. Par exemple, il existe des mutuelles d'association de paysans ou de la population d'une commune, comme le cas des communes mendrika de la région de Haute Matsiatra, ou bien les associations d'emprunteurs de micro-crédits. Le but de ces mutuelles est d'augmenter l'accès et l'utilisation des services des soins de santé par la population, surtout les populations défavorisées ou vulnérables. Les mutuelles présentent une fragilité relative à cause de leur dépendance à l'appui des bailleurs lors de leur mise en place. En outre, le taux d'adhésion aux mutuelles de la population cible est généralement faible. Elles ne représentent aujourd'hui que 0,4% cumulés de la population malagasy (70 000 sur 22 millions). Par ailleurs, on estime que les mutuelles spécialisées de santé dans les secteurs structurés, financées par les cotisations des employeurs et des employés, contribuent à environ 1% des dépenses nationales de santé. Les mutuelles de santé n'arrivent pas à prendre en charge les populations les plus démunies, qui n'ont pas les moyens de payer une cotisation ou d'accéder au prêt. Enfin, le régime volontaire de cotisations ne permet pas à présent d'avoir un nombre d'adhérents et des fonds suffisants pour assurer une mise en commun des risques de santé appropriée, ce qui met en cause sa viabilité.

Les Organisations Sanitaires Inter-Entreprises (AMIT, OSTIE, etc)

Toute entreprise soumise au Code du Travail malgache doit affilier ses salariés et ayant droit à l'une de ces Organisations. Ainsi, ces affiliés peuvent bénéficier dans leurs établissements de santé, de soins et médicaments gratuits, ne couvrant toutefois pas l'hospitalisation. En outre, bien que cette adhésion soit obligatoire, seulement 16% des salariés sont affiliés par leurs

employeurs. Les cotisations sont payées par l'employeur et l'employé.

Les mécanismes de gratuité

Ils se sont beaucoup développés au cours des dernières années. Ainsi, l'Etat –ou un Partenaire Technique et Financier- se substitue à l'individu pour payer son accès aux soins :

- *Gratuité des consultations :*

La consultation au niveau des CSB publics est gratuite pour l'ensemble de la population, mais pas les médicaments.

Au niveau de l'hôpital, seul le triage est gratuit ainsi que l'hébergement en salle commune. Par la suite, les actes sont payants (montant différant selon la salle d'hébergement) tout comme les médicaments.

- *Gratuité de soins basée sur certaines activités préventives et curatives au niveau des Centres de santé.* Elle a été instaurée pour réduire les inégalités et faciliter l'accès à des problèmes de santé spécifiques. Elle comprend entre autres :

- . La vaccination pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes (5 antigènes)
- . La prévention, dépistage et prise en charge de la tuberculose, le VIH/Sida, le paludisme, les maladies tropicales négligées (MTN) et les IST, comme la syphilis

- *Gratuité des soins pour les personnes démunies :* dans le cadre du FANOME, les Fonds d'équité tant au niveau des Centres de santé que des Hôpitaux permet de faciliter l'accès à une population défavorisée. Les fonds d'équité sont approvisionnés par un prélèvement d'une partie du bénéfice de la pharmacie. La proportion des populations qui jusqu'ici bénéficie du Fonds d'équité reste toutefois très faible (mauvaise gestion des fonds, non-établissement des listes des plus démunis) : l'objectif de 1% de la population n'est pas atteint.

Les transferts monétaires conditionnels

Le transfert monétaire conditionnel est octroyé au bénéfice des familles ou des familles monoparentales très pauvres ayant des enfants en bas-âge ou en âge scolaire. L'objectif est d'améliorer l'accès des membres des familles, en particulier les enfants, aux services sociaux de base comme la nutrition, l'éducation et la santé. Ces programmes exigent des conditions de la part des ménages telles que le suivi de la croissance des enfants, les vaccinations pour les enfants de moins de 5 ans, leur assiduité (à 80% des jours d'école). Par exemple, la composante Santé du PAUSENS (Banque mondiale) vise à préserver les services essentiels de la santé des 347 Centres de santé de base (CSB) dans les régions Amoron'i Mania, Haute-Matsiatra, Vatovavy-Fitovinany, Atsimo-Atsinanana et Androy. Ainsi, 177 189 femmes enceintes et plus de 729 830 enfants âgés de moins de 5ans (juin 2015) ont bénéficié du remboursement des prix des médicaments. La distribution de kits d'accouchement dans ces régions a aussi encouragé les plus vulnérables à rejoindre les CSB. Cette stratégie a fait ainsi augmenter de 47% le nombre de consultations externes pour les enfants de moins de 5 ans, de 15% l'utilisation du service d'accouchement dans les CSB et de 12% le nombre de consultations prénatales. Des approches similaires, telles que celle mise en œuvre avec l'appui de l'ONG Pivot dans le district d'Ifanadiana, sont aussi développées.

Le mécanisme de bons (Voucher en anglais)

Un financeur accorde à une population ciblée des bons qui donnent accès à leur détenteur à un panier de services de santé définis préalablement. Par exemple : bons de réductions auprès des structures Top-réseau distribués par des éducateurs pairs (initiative PSI), le Programme d'Appui à la santé maternelle et infantile financé par l'AFD, Marie Stopes Madagascar.

Evolution du système de protection sociale

Le Ministère de la Population, de la Protection Sociale et de la Promotion de la Femme (MPPSPF) a élaboré tout récemment la « Politique Nationale de Protection Sociale ». Si ce document développe de nombreux points qui n'ont pas de liens directs avec la Couverture Santé Universelle, il présente aussi des éléments qui sont communs avec la présente Stratégie Nationale sur la Couverture Santé Universelle. Ainsi, sa vision globale établit que « *La moitié de la couche de la population vulnérable bénéficie d'une couverture de protection sociale efficace d'ici 2030* » et s'inscrit dans la même logique que celle de la SN-CSU.

Les synergies entre ces deux documents sont nombreuses et il convient d'insister sur leur complémentarité. Leur mise en œuvre nécessitera une forte coordination afin d'éviter des chevauchements, duplications, contradictions voire conflits.

L'offre de services de santé et de services sociaux ne donne pas toute satisfaction (accessibilité, qualité) aux populations

Une bonne utilisation des ressources et organisation du système de santé est nécessaire pour que les populations trouvent en face d'elles des services de santé accessibles, efficaces et de qualité. Lorsqu'il est confronté à un problème de santé, l'individu doit pouvoir compter sur ces services de santé ; ce n'est que dans ces conditions qu'il se sentira protégé. Or, le système de santé malagasy souffre encore de nombreuses insuffisances qui font que la population ne se sent pas adéquatement protégée.

La carte sanitaire montre une couverture encore incomplète. De nombreuses zones de santé, notamment dans les zones éloignées et à faible densité de population, ne disposent pas de Centres de santé fonctionnels. Même lorsque cette offre existe, elle ne dispose pas toujours des intrants nécessaires pour offrir un PMA complet et de qualité ; il en est de même pour les Hôpitaux. Il convient ici de particulièrement souligner le problème de la maintenance des équipements. Le Gouvernement a fait des efforts importants pour doter les formations sanitaires en équipements, souvent avec l'appui de ses Partenaires Techniques et Financiers. Mais il est fréquent de constater que ces équipements, faute de maintenance, sont laissés à l'abandon et à la vue de tout patient se rendant dans la formation sanitaire.

Par ailleurs, il faut noter que le secteur privé est insuffisamment pris en compte dans la carte sanitaire.

Les services et les soins, y compris les plus essentiels d'entre eux, ne correspondent pas suffisamment aux attentes. Certes, des progrès ont été réalisés, comme, par exemple, dans le domaine de la vaccination grâce aux campagnes qui sont régulièrement effectuées. Mais dans bon nombre de domaines, les insuffisances sont importantes : les consultations prénatales, le dépistage et la prise en charge de la tuberculose, le VIH/SIDA et les accouchements par un personnel de santé qualifié, etc. Lorsque ces soins et services sont prodigués, ils le sont avec un professionnalisme

insuffisant : protocoles de traitement et ordinogrammes absents ou insuffisamment maîtrisés par le personnel de santé par exemple. Si l'on considère le domaine de la malnutrition, il y a encore beaucoup à faire malgré l'appui notamment de certains Partenaires Techniques et Financiers. Enfin, l'accent est encore trop mis sur le soin et les formations sanitaires ne prennent pas suffisamment en compte l'ensemble des facteurs ayant un impact sur la santé ; les formations sanitaires ne sont pas suffisamment impliquées dans l'information et la prévention autre que directement sanitaire : environnement, sécurité, etc. Ce type de prévention des risques pourrait éviter bon nombre de problèmes de santé auxquels les populations peuvent être amenées à faire face.

La question des personnels de santé est, depuis longtemps, cruciale. Même si le nombre des personnels de santé a augmenté, il y a encore de nombreux problèmes : notamment la répartition géographique et l'inadéquation de la formation aux besoins du terrain. Les ressources humaines ont tendance à se concentrer au niveau central et dans la région d'Analamanga, au détriment des autres régions et du milieu rural.

Le secteur du médicament demeure encore un problème. Certes, des progrès très importants ont été réalisés. La mise en place de la SALAMA a contribué fortement à la disponibilité des médicaments génériques dans les formations sanitaires ; toutefois, les ruptures de stocks sont encore présentes. Le développement des pharmacies privées, notamment dans les grandes villes, a amélioré l'accès des populations aux médicaments. Néanmoins, du fait de la pauvreté de la majorité de la population, le médicament, quand il est disponible, reste cher. Il n'est pas rare de constater que les malades n'achètent pas l'ensemble des médicaments qui leur ont été prescrits. La population malagasy est souvent encore attachée à la pharmacopée et la médecine traditionnelle : or celles-ci sont très mal régulées, contrôlées et encadrées.

La population est encore assez fréquemment victime de différentes formes de corruption. Il est malheureusement trop souvent rapporté que les professionnels de santé demandent des dessous de table au moment de leurs prestations de service plaçant ainsi les individus en position d'insécurité.

Les populations ont le sentiment d'être négligées par les personnels des formations sanitaires. Si, déontologiquement, le patient est libre d'accepter ou de refuser le soin proposé comme il est libre aussi de choisir le médecin ou le centre de santé qu'il désire, généralement en pratique, les professionnels de santé décident et réalisent ce qu'ils jugent bénéfique pour le malade, sans informer correctement le patient ni l'impliquer. Un des blocages parfois observés est l'attitude négative du professionnel de santé lors de la consultation ou des soins du patient : le mauvais accueil des malades constitue un frein à l'accès aux soins.

L'existence de la « boîte bleue » est obligatoire dans les formations sanitaires publiques. Elle est destinée à recevoir les feed-back des usagers : félicitations, doléances, requêtes, souhaits... On constate que l'accès à ces boîtes n'est pas évident : illettrisme, manque de traitement de l'information, méconnaissance du système, peur et réticence à émettre des doléances.

Les populations sont insuffisamment impliquées dans le fonctionnement et le développement des formations sanitaires. L'élaboration et la mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé Communautaire (PNSC) traduit la volonté du MinSanP d'amener la Communauté à mieux s'impliquer, à travers l'institutionnalisation des

CoSan, COGE, CCDS. L'orientation stratégique principale de la PNSC est focalisée sur la Responsabilisation de la communauté dans toutes les actions socio-sanitaires de développement (arrêté interministériel n°8014/2009 du 02 septembre 2009). Cependant, beaucoup de Responsables communautaires ne maîtrisent pas encore les techniques de communication. Leurs activités étant basées sur le volontariat, leur enthousiasme se relâche souvent devant l'insuffisance de soutien de la part des responsables et partenaires.

La population n'est pas suffisamment protégée contre les risques ayant une incidence sur la santé

A Madagascar, 66 000 décès évitables ont été causés par des problèmes relatifs à l'environnement⁵. Les maladies liées à l'environnement sont multiples et variées. Elles peuvent être directement et indirectement causées par la variation des différentes composantes de l'environnement ou par la perturbation de l'interaction entre ces différents éléments.

Forte exposition de la population à des risques environnementaux liés à l'hygiène et à l'assainissement, et aux modes de vie et comportements

Les risques ayant une incidence sur la santé sont entre autre liés :

i) à l'environnement, l'hygiène et l'assainissement et aux modes de vie : pollution industrielle, pollution des voitures, insalubrité des eaux, non utilisation de latrines aux normes, non maîtrise des circuits des eaux usées, mauvaise gestion des ordures ménagères, changement brusque du climat (réchauffement planétaire...). En 2012, le taux d'utilisation des latrines par la population atteint seulement 46,1%. En matière d'accès à des sources d'eau potable améliorée, le taux est de 27,7% en 2012 alors que selon l'OMD ce taux devrait atteindre 68% en 2015.

En outre, l'île de Madagascar est exposée à de nombreuses catastrophes naturelles telles que les cyclones, les inondations, la sécheresse, les épidémies/pandémies et auxquelles s'ajoutent les incendies et les invasions acridiennes. La dernière saison cyclonique la plus intense remonte à 2007-2008, avec le passage d'un cyclone tropical de catégorie 4, ayant affecté directement environ 525.000 personnes et dont les dommages et pertes ont été estimés à 333 millions de \$US. Plus généralement, le pays a enregistré 46 désastres naturels affectant au total plus de 11 millions de personnes au cours des 35 dernières années, causant des dommages estimés à 1 milliard \$US. Le changement climatique apparaît comme un facteur aggravant des risques sanitaires concernant les maladies vectorielles.

Les changements environnementaux augmentent le risque de certaines maladies : le paludisme, les diarrhées, les dermatoses, la peste, l'IRA et la malnutrition. La résilience à ces maladies dépend des capacités des régions ou des zones touchées à intervenir en amont et pendant les épisodes épidémiques, notamment, en termes de secours aux victimes et de remise en état des réseaux d'évacuation d'eau (pour éviter le risque de stagnation des eaux et de prolifération des microbes, mais aussi le risque de pollution des ressources en eau, qui créent

⁵ OMS, site : www.unep.org/roa/hesa/portels/66/hesa/.../sana-Madagascar, 2007.

toutes les conditions favorables à la survenue des maladies vectorielles). Cette situation est aggravée d'une part par un faible niveau de sensibilisation, surtout au niveau des populations rurales, et d'autre part par une faible couverture en infrastructures sanitaires.

Les habitudes alimentaires, le tabagisme ont également des conséquences sur la santé. Il en est de même pour les rapports sexuels précoces, non protégés et imposés. L'insuffisance de couverture de la planification familiale est un facteur aggravant.

ii) à l'insuffisance de contrôle de l'alimentation : on assiste à une prolifération de la vente des produits alimentaires périmés, contrefaits, et contaminés par des bactéries parfois résistantes aux antibiotiques (cas de la viande de porc contaminée, due à des pratiques d'élevage sans hygiène, légumes pollués et insuffisamment désinfectés). Un autre problème est l'utilisation illégale mais généralisée d'hormones de synthèse et d'antibiotiques dans de nombreux élevages.

iii) aux maladies professionnelles et les accidents liés au travail : les travailleurs sont souvent exposés aux produits chimiques nocifs pour la santé, aux traumatismes, aux bruits, aux stress et aux chocs (travail dans les mines et dans le bâtiment). Une bonne partie de ces travailleurs sont souvent sans protection, notamment ceux qui ne sont pas déclarés.

Absence de coordination des interventions en matière de prévention et réponses aux risques ayant une incidence sur la santé

Madagascar a ratifié la déclaration de Libreville sur la santé et l'environnement, qui est une déclaration politique fournissant un cadre concerté et intégré pour s'attaquer de façon cohérente aux interfaces santé et environnement. Pourtant, les réalisations dans ce cadre sont encore limitées, la coordination entre les différents acteurs n'est pas suffisante et les actions en matière de prévention et les réponses aux risques manquent souvent de synergie. En outre, la sensibilisation des populations est insuffisante et les associations et la société civile ne sont pas assez impliquées.

Par rapport aux risques sanitaires liés au travail, Madagascar n'a pas encore ratifié la convention C.187 de l'OIT sur le cadre promotionnel pour la santé et la sécurité au travail.

L'extrême pauvreté

Depuis des décennies, Madagascar traverse périodiquement des crises politiques, laissant la majeure partie de la population dans un état de pauvreté extrême. Cette situation de pauvreté a été aggravée par une longue période de transition de 2009 à 2013. Quelques chiffres :

- environ 52%⁶ de la population vit sous le seuil de pauvreté extrême, c'est-à-dire avec un revenu inférieur au coût de la consommation de 2 100 calories par jour ;
- la pauvreté touche davantage les personnes qui vivent en milieu rural. Les petits et les moyens paysans en sont les plus touchés ;
- la pauvreté est inégalement répartie selon les régions. On compte plus de personnes pauvres dans les régions du sud que dans celles du nord.

⁶ Proportion de la population vivant suivant le seuil national de 374 941 Ar par personne par an.- INSTAT/ENSOMD 2012-2013

Multidimensionnelle, cette pauvreté génère de nombreuses situations sociales néfastes telles la précarité, les pertes de repères socio-familiaux ou la marginalisation engendrant des conditions de vie défavorables aux personnes et aux ménages.

Cette population en extrême pauvreté trouve difficilement des solutions à ses problèmes de santé à partir des mécanismes existants. Elle est quotidiennement exposée à différents risques socio-médicaux tels la malnutrition, problèmes d'hygiène ou l'absence de soins, qui font de cette population un groupe à risque vis-à-vis de la plupart des maladies infectieuses (tuberculose, peste, ...).

Elle est exclue de tout : des services de santé, de la protection contre les risques financiers, de tout réseau social et familial. Les mécanismes de solidarité existants (même les systèmes de gratuité conçue pourtant pour elles) ne les atteignent pas. Il en est de même pour la solidarité de la société civile (ONG, églises).

En résumé de l'état de la situation, quelques indicateurs traduisent l'insuffisance de la protection de la population malagasy face aux problèmes de santé auxquels elle est confrontée :

1. Etat de santé

- L'espérance de vie à la naissance demeure faible : 64,2 ans en 2012
- La mortalité maternelle est de 478 décès pour 100.000 naissances vivantes en 2012
- Le taux mortalité infantile est établi à 42 ‰ en 2012

2. Maladies

- En 2010, la prévalence de la Tuberculose est de 489 pour 100 000
- Le taux d'incidence du Paludisme est passé de 9,28% à 1,54% de 2000 à 2009
- Le taux de malnutrition aiguë s'élève à 8,1% en 2012 chez les enfants de moins de 5 ans
- 28% des enfants de moins de 5 ans présentent une insuffisance pondérale en 2010

3. Couverture des services de santé

- Le pourcentage de femmes ayant reçu des soins prénataux (quatre fois et plus pendant leur grossesse) : 81,9% en 1997 mais 51 % en 2012
- Pourcentage de femmes accouchant avec un personnel de santé qualifié : 44 % en 2012
- Seules 53,5% des formations sanitaires publiques sont accessibles toute l'année en partant du chef-lieu de district
- Le taux de couverture en DTC Hep BHib3 est de 89% en 2011
- La couverture en vaccin contre la rougeole est de 86% en 2013
- 79,76% des EPP ne disposent pas de point d'eau dans leur enceinte et 41,69 % n'ont pas de latrines en 2010

C'est d'une part parce qu'il est mal protégé contre les risques financiers liés à sa demande de santé et d'autre part parce qu'il est face à des services de santé insuffisamment performants que l'individu rencontre autant de problèmes de santé dans sa vie.

Il est donc temps d'envisager la protection en santé dans sa globalité et de mettre en œuvre des actions cohérentes et concertées qui permettront progressivement de se rapprocher de la couverture santé universelle.

LA RAISON D'ÊTRE DE LA SN-CSU

Comme l'a montré l'analyse de la situation ci-dessus, lorsqu'elle est confrontée à des problèmes de santé, la population malagasy reste encore largement démunie : les barrières financières des populations à l'accès aux soins demeurent importantes, l'offre de services de santé ne donne pas toute satisfaction aux populations et, enfin, les populations sont encore très fortement confrontées à divers risques qui ont un impact important sur leur santé.

Certes, des actions ont été menées au cours des dernières années : on rappellera ainsi, la mise en place de mécanismes de gratuité et d'exemption, une meilleure disponibilité en médicaments, diverses actions en faveur des populations les plus pauvres. Mais ces actions demeurent isolées et ne sont que peu coordonnées et harmonisées. Il est donc important d'élaborer une approche holistique, qui tente d'avoir une approche aussi large que possible de la couverture santé universelle.

La Couverture Santé Universelle (CSU) doit être saisie dans sa globalité qui est multidimensionnelle, complexe et de longue haleine. La CSU est un but à atteindre, et, en même temps, il s'agit d'un processus qui se situe dans le temps avec une perspective de développement à long terme.

En ce sens, la Couverture Santé Universelle ne peut être comprise que si l'on considère ses trois domaines ou piliers, lesquels doivent être pris en compte simultanément, à savoir, faire en sorte que :

- les aspects financiers ne soient pas une barrière pour l'accès des individus aux services de santé ;
- les services de santé soient effectivement disponibles et qu'ils fournissent des prestations de qualité,
- les risques particuliers qui impactent la santé des individus du fait de l'environnement, des habitudes de consommation, ou autre, et plus généralement des conditions de vie en société, soient diminués voire même maîtrisés.

Ainsi comprise, la Couverture Santé Universelle concerne plusieurs acteurs :

- au niveau de l'Etat, sous la coordination du Gouvernement, le Ministère en charge de la Santé (Ministère de la Santé Publique), le Ministère en charge de la Population (Ministère de la Population, de la Protection Sociale et de la Promotion de la Femme), le Ministère en charge du Travail (Ministère de la Fonction Publique, du Travail et des Lois Sociales), le Ministère en charge des Finances (Ministère des Finances et du Budget), Ministère en charge de la Planification (Ministère de l'Economie et de la Planification), mais aussi le Ministère de l'Intérieur et de la Décentralisation ;
- les mairies et les régions ;
- le secteur privé des prestataires de services de santé
- les employeurs
- les associations professionnelles et syndicales, et les ONG
- les mécanismes d'assurances santé
- les Partenaires Techniques et Financiers (PTF)

La SN-CSU permettra de coordonner, d'aligner toutes les parties prenantes concernées afin qu'elles puissent harmoniser leurs appuis pour contribuer à l'atteinte des objectifs de la CSU.

On l'aura compris, le cheminement vers la Couverture Santé Universelle demande du temps, mais il est important de s'engager dès à présent sur ce chemin. Par ailleurs, ce cheminement demandera à tout moment un engagement et une détermination sans faille des autorités politiques. A tout moment, il faudra faire des choix ; aussi, la présente stratégie, devra à différents moments du temps, être ajustée et révisée.

Si cette Stratégie Nationale sur la Couverture Santé Universelle est entièrement nouvelle à Madagascar, elle s'appuie néanmoins sur d'autres documents :

- **Objectifs de Développement Durable 2015-2030 et la CSU comme moyen d'y contribuer** : l'enjeu est concentré sur l'engagement de tous « à œuvrer en faveur d'un monde juste et équitable et à travailler ensemble en faveur d'une croissance économique durable qui profite à tous, du développement social et de la protection de l'environnement dans l'intérêt de tous, et en particulier des enfants de par le monde, des jeunes et des générations futures, sans distinction d'âge, de sexe, de handicap, de culture, de race, d'appartenance ethnique, d'origine, de statut migratoire, de religion et de statut économique ou autre »⁷. Plus spécifiquement, la SN-CSU sera un outil important qui contribuera à atteindre les ODD suivants : (i) l'éradication de la pauvreté sous toutes ses formes ; (ii) l'atteinte d'une vie pleine de santé à tous les âges ; et (iii) l'égalité du genre partout dans le monde ;
- **La Politique Générale de l'Etat et la CSU comme contributeur : la PGE tient compte des OMD et de l'agenda de développement post-2015** dont la vision est : « Madagascar : une nation moderne et prospère ». La SN-CSU va contribuer à relever le défi 5 (Protection Sociale, orientation stratégique : Restructurer la politique de couverture sociale, la prévoyance et la retraite) et le défi 21 (Santé pour tous, orientations stratégiques : Priorité à la santé maternelle et infantile ; intensifier le programme élargi de vaccinations ; Fournir les prestations de services intégrées et de qualité à la population et notamment des zones enclavées ; Mettre à disposition permanente des intrants de santé de qualité par niveau).
- **Le Plan National de Développement et la CSU comme levier** : la SN-CSU sera cohérente avec l'Axe 4 « Capital humain adéquat au processus de développement », dont les actions prioritaires sont: Améliorer l'accès de la population aux soins de santé de qualité; Lutter contre les épidémies et les maladies émergentes ; Lutter contre la malnutrition ; Renforcer la protection sociale en accordant une attention particulière aux groupes vulnérables.
- **La Politique Nationale de Protection Sociale et la CSU : une nécessaire complémentarité** : la SN-CSU articulera ses actions avec l'Orientation stratégique 2 de la PNPS (« Amélioration de l'accès aux services sociaux de base ») et l'Orientation stratégique 4 (« Consolidation progressive du régime contributif »).
- **Le Plan de Développement du Secteur Santé/Politique Nationale de Santé (PNS) et la CSU comme dessein** : Si la PNS et le PDSS déterminent l'existence/la disponibilité des services de santé essentiels (combinaison de promotion, prévention, traitement, et rééducation), la SN-CSU détermine si la population peut se permettre d'utiliser ces

⁷ Rapport du Groupe de travail ouvert de l'Assemblée générale sur les ODD, août 2014, ONU.

services de santé lorsqu'elle en aura besoin. Ainsi, le PDSS sera un socle important du SN-CSU.

Enfin, au-delà de l'objectif premier et essentiel qui est d'assurer une meilleure protection de la population face à ses problèmes de santé, la SN-CSU doit aussi être comprise comme un outil qui aura une incidence sur la croissance socio-économique⁸. Cette aspiration sera concrétisée à travers la disponibilité d'un capital humain adéquat au processus de développement et en bonne santé.

LES PRINCIPES FONDAMENTAUX DE LA STRATÉGIE

La Stratégie Nationale de Madagascar pour aller vers la CSU se fonde sur les principes suivants:

L'inter-sectorialité de la CSU

Il s'agit d'un principe de base de la CSU, étant donné que les parties prenantes de ce processus sont nombreuses et que la CSU doit répondre à des préoccupations multiples et transversales. Outre les cinq ministères impliqués, à savoir le MinSanP, le Ministère de la Population, de la Protection Sociale et de la Promotion de la Femme (MPPSPF), le Ministère de la Fonction Publique, du Travail et des Lois Sociales (MFPTLS), le Ministère des Finances et du Budget (MFB) et le Ministère de l'Economie et de la Planification (MEP), auquel il convient d'ajouter le Ministère de l'Intérieur et de la Décentralisation (MID), la CSU relève de la responsabilité du gouvernement dans sa totalité. La CSU concerne également la représentation nationale, les collectivités territoriales décentralisées, les membres de la société civile, les ordres professionnels de santé, etc. Cependant, bien que n'en ayant pas le monopole, le MinSanP assure le rôle de chef de file et la coordination dans ce dossier.

Accessibilité et équité des prestations sociales et sanitaires pour l'ensemble de la population y compris les plus pauvres et les plus vulnérables.

Il est reconnu que la notion de pauvreté n'est pas seulement financière mais comporte plusieurs dimensions. L'une des plus importantes est la difficulté d'accès aux services sociaux comme la santé et l'éducation, liée au poids, de la culture, de l'isolement par rapport aux réseaux d'information, voire même d'entraide, qu'aux revenus.

Les formations sanitaires doivent être accessibles à tous. Or, paradoxalement, ce sont dans les zones rurales là où il y a le plus grand nombre de pauvres et où la pauvreté est la plus profonde que la couverture sanitaire est la plus faible. En effet, dans ces zones, les formations sanitaires, particulièrement de deuxième et de troisième niveau, sont très dispersées et éloignées de la population. En outre, quand elles existent, faute de personnels, de moyens, et d'organisation, les prestations sont loin d'être suffisantes. Bien que des progrès aient été réalisés pour remédier à cette situation, les disparités sont encore fortes. Cette situation explique la sous-utilisation des services de santé, particulièrement de deuxième et troisième niveau, par les plus pauvres et le recours accru **à toutes les formes de médecine traditionnelle, dont certaines peuvent être dangereuses**. Dans ce contexte, pour que la couverture en santé soit réellement universelle, et ne laisse pas sur le chemin les plus démunis, il faut arriver à trouver les voies et moyens pour que l'accès à une santé de qualité pour toute la population, y compris les plus pauvres soit effectif. Compte tenu des conséquences de la pauvreté sur la

⁸ Madagascar; Ministère de l'Economie et de la Planification; PND 2015-2019 ; 02 avril 2015.

santé et le développement des capacités humaines, il s'agit là d'une nécessité pour l'avenir même du pays, comme cela a été déjà priorisé dans le Plan National de Développement PND 2015- 2019.

L'engagement en faveur de l'équité est le fondement même de la CSU. Elle ne doit pas laisser à la traîne les catégories les plus défavorisées de la population définies selon de multiples facteurs socio-économiques. La couverture santé universelle doit être comprise comme un véritable pacte social plaçant l'individu au centre du processus. Elle est basée sur la conviction qu'une situation où les plus démunis sont exclus d'un accès aux services de santé, et sont exposés à des risques vitaux, est intolérable. La solidarité est donc une valeur de base de la couverture santé universelle. En ce sens, la CSU s'inscrit directement dans le cadre de la Déclaration universelle des droits de l'homme qui stipule « que toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être, et ceux de sa famille ».

Au-delà de ces considérations éthiques, il s'agit également en protégeant la partie la plus démunie de la population de protéger l'ensemble de la société, en luttant contre l'émergence et la diffusion de la maladie et de la pauvreté et en augmentant le niveau global de développement humain. En ce sens ce pacte prend tout son sens, car il est de la responsabilité de tous et bénéficie à tous.

Protection contre les risques financiers : « exemption du paiement direct et entier pour l'individu »

La pratique du paiement direct par l'individu au moment où il reçoit le soin dissuade les personnes à recourir aux structures de santé. Dans le rapport de l'OMS 2010 sur la santé dans le monde, il a été estimé qu'une majorité des 1,3 milliards de pauvres dans le monde, faute de pouvoir payer au moment de l'acte de soins, n'a aucun accès aux services de santé.

Les paiements directs peuvent générer des dépenses catastrophiques⁹, ou entraîner les ménages dans la pauvreté, parfois pour plusieurs générations. Dans le monde, environ 150 millions de personnes par an font face à ces coûts de soins de santé catastrophiques à cause des paiements directs, et 100 millions de personnes passent sous le seuil de pauvreté à cause de ces coûts.

Pour autant, Madagascar ne fait pas le choix d'un système de type béveridgien¹⁰, basé sur une gratuité des soins financée à partir des recettes fiscales. Le système de Madagascar s'appuie sur les principes d'un système de type bismarckien¹¹ basé sur des mécanismes de prépaiement. *In fine*, l'individu ne paiera rien ou qu'une infime partie du coût exigé par la formation sanitaire, parce que ce coût sera couvert par un mécanisme d'assurance. Toutefois, le Gouvernement malagasy a bien conscience que, au moins à court terme, ces mécanismes de prépaiement ne pourront pas être principalement abondés par les populations (sauf pour la population la plus favorisée, peu nombreuse). Ces mécanismes de prépaiement devront, pendant longtemps encore, être subventionnés par le recours à des financements innovants notamment.

Mettre l'accent sur la qualité des soins

⁹ Définies comme le fait de devoir payer directement plus de 40% du revenu du ménage pour des soins médicaux une fois les premières dépenses de nécessité satisfaites

¹⁰ Béveridgien : Système de santé entièrement nationalisé et financé par l'impôt

¹¹ Bismarckien : Système basé sur l'assurance santé

Dans le cadre du développement de la CSU, mécaniquement, la demande de services va s'amplifier. Le risque est grand, si l'on ne prend pas à temps les mesures nécessaires, que les personnels insuffisamment préparés ne puissent y faire face, comme cela a pu être constaté avec la mise en place de la gratuité des soins d'urgence. Le risque est grand également, que ni les équipements ni les médicaments, ni le nombre et la qualification des personnels n'arrive à suivre. En conséquence, il est à craindre que la qualité des soins tant préventifs que curatifs s'en ressente lourdement. Dans cette hypothèse, un des effets pervers de la CSU serait la dégradation de la qualité avec pour doubles conséquences, l'émergence d'une médecine ou santé à deux vitesses dont les pauvres seraient les perdants et au-delà la perte de confiance dans les possibilités de changement du système.

En effet, il ne suffit pas que les services soient disponibles, encore faut-il qu'ils produisent des prestations de qualité (diagnostics, traitements, activités de promotion de la santé, etc.), ce qui signifie qu'il faut avoir non seulement des équipements d'explorations fonctionnelles et des personnels bien formés à leur utilisation et à leur maintenance, mais aussi des médicaments de qualité qui soient disponibles en quantité. Il faut également que les protocoles soient effectivement élaborés, suivis et supportés par des supervisions appropriées et que les systèmes de référence et contre référence puissent être opérationnels. Ce renforcement de la qualité du système de santé est un des piliers fondamentaux de la mise en place de la CSU

La CSU n'est pas seulement une question de financement

Si certaines actions à mettre en place pour atteindre la CSU demandent des moyens financiers, certaines autres actions ne demandent que peu, voire aucun moyen financier, car leur mise en œuvre repose sur d'autres facteurs. On peut citer notamment, la réalisation d'un code de la mutualité qui protège les individus contre les abus possibles, le développement de la conscience professionnelle et de la valeur travail. La motivation des personnels de santé pour réaliser convenablement leurs activités ne passe pas nécessairement par une motivation externe de type FBR, mais également par la motivation interne, par le respect de leurs droits et la valorisation de leurs compétences et initiatives. De même, ce n'est pas nécessairement une augmentation des moyens financiers qui améliorera l'efficacité des services mais la mise en place d'instances de concertation et de coordination pour en optimiser l'organisation.

Dans un autre registre, certaines mesures politiques visant à impliquer les populations dans la gouvernance peuvent favoriser le développement de la CSU. Bon nombre de réformes s'appuient sur des réglementations nouvelles qui sont, établies après différentes formes de concertation avec les populations, afin d'en favoriser l'acceptabilité. De même, le rapprochement des décideurs au plus près des populations, si souvent mis en avant dans les politiques publiques, entraîne une meilleure implication de la société civile mais aussi un renforcement des pouvoirs décentralisés, notamment au niveau des communes.

La CSU implique la transparence

Les populations sont très sensibles à la notion de transparence dans les actions et finances publiques même si elles ne l'expriment pas toujours ouvertement. Par exemple, les mauvaises rétributions auxquelles elles sont souvent confrontées lorsqu'elles se rendent dans une formation sanitaire les indisposent fortement, non pas tant pour des considérations morales, mais plutôt parce que, ne sachant pas ce que seront ces mauvaises rétributions, elles préfèrent renoncer à s'adresser à une formation sanitaire et trouver d'autres recours aux soins. Les réflexions autour de la transparence amènent plus loin encore. L'offre de services de santé est encore très opaque. Le patient, c'est-à-dire celui qui est la raison d'être de la formation

sanitaire et qui *in fine* la fait vivre, est insuffisamment informé de son fonctionnement. Considéré comme un objet et non véritablement comme un être humain, il ne peut dans ce contexte être un acteur à part entière du système de santé.

LES ORIENTATIONS DE LA STRATEGIE

A travers cette Stratégie Nationale, Madagascar affirme sa vision de la Couverture Santé Universelle. Celle-ci vise les objectifs suivants :

- Que la population ait accès à des services de santé de qualité
- En évitant de placer l'individu et sa famille dans une situation financière et humaine difficile
- Mais aussi de protéger la population contre les risques ayant une incidence sur sa santé
- Avec une attention toute particulière pour la population la plus défavorisée (équité, solidarité)

Progresser sur ce chemin de la Couverture Santé Universelle demandera du temps et beaucoup d'efforts. Cette Stratégie Nationale pose les premiers jalons permettant de progresser vers la Couverture Santé Universelle. Ils s'organisent autour de 6 orientations stratégiques, lesquelles marquent les priorités pour les prochaines années :

OS1 : Protéger les individus et leur famille contre les risques financiers liés à leur accès aux services de santé

OS2 : Améliorer la disponibilité effective en services de santé de qualité

OS3 : Diminuer l'exposition de la population aux risques ayant une incidence sur la santé de la population

OS4 : Mobiliser les ressources financières pour la mise en œuvre de la Couverture Santé Universelle

OS5 : Prendre davantage en compte les souhaits de la population

OS6 : Faire accéder la population en extrême pauvreté à un socle minimum de prestations sociales et de santé

Afin d'être opérationnalisées, ces orientations stratégiques seront ensuite et très prochainement traduites dans un plan d'action. De même, au fur et à mesure de la mise en œuvre de cette stratégie nationale, ces orientations stratégiques devront être révisées.

ORIENTATION STRATEGIQUE 1

PROTÉGER LES INDIVIDUS ET LEUR FAMILLE CONTRE LES RISQUES FINANCIERS LIÉS À LEUR ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ

Malgré les efforts faits tant par l'Etat que par les acteurs privés, avec l'appui des Partenaires Techniques et Financiers, l'accès de la population aux soins de santé demeure encore insuffisant avec, comme conséquences, des indicateurs de santé très bas. En outre, cet accès est très inéquitable : seules les populations favorisées, qui sont très largement minoritaires, peuvent accéder à ces services, notamment au travers du secteur privé. Les populations pauvres n'y ont que très peu accès et les populations en extrême pauvreté s'en excluent d'elle-même. Certes, les déterminants de la santé sont nombreux ; toutefois, les raisons financières y sont pour beaucoup.

- Lorsqu'elle s'adresse aux prestataires de services de santé, publics comme privés, la population fait face à une dépense qui peut s'avérer catastrophique. Il existe certes quelques mécanismes d'assurance, mais ils sont encore très rares et ne couvrent qu'une partie des risques. Par ailleurs, les mécanismes de gratuité, comme l'a montré l'analyse de la situation, sont assez inefficaces et inéquitables ;
- Face à de telles dépenses, la population renonce souvent à se soigner ou ne recourt aux services de santé que lorsque la situation devient grave, et dans ce cas, seul le recours à la solidarité familiale ou l'appauvrissement de la famille permet de faire face.

Afin de protéger les individus et leur famille contre les risques financiers liés à leur accès aux services de santé, il convient de limiter, autant que faire se peut, la dépense qui reste finalement à leur charge. Il est donc urgent de développer des mécanismes de protection des individus contre les risques financiers. Mais il est également urgent de le faire dans un cadre cohérent évitant les fragmentations, les juxtapositions de mécanismes divers, et les chevauchements. Il faut enfin être conscient que l'achèvement de la mise en place d'un tel cadre ne peut que se construire progressivement par la recherche des synergies entre les mécanismes existants et les mécanismes qui se développeront progressivement.

Afin d'atteindre cet objectif, deux stratégies complémentaires seront mises en œuvre :

- Diminution des dépenses de fonctionnement des formations sanitaires restant à la charge de l'utilisateur ;
- Mise en place de mécanismes de prépaiement couvrant une large partie de la population.

Diminution des dépenses de fonctionnement des formations sanitaires publiques restant à la charge de l'utilisateur tout en améliorant la qualité des services

Une formation sanitaire dispose de deux sources de financement : la dotation du budget de l'Etat et les recettes de la tarification payées par l'utilisateur (directement par le recouvrement des coûts ou indirectement par un mécanisme d'assurance). Afin d'être en mesure de limiter les recettes de la tarification, il faut que la dotation pour le fonctionnement des formations sanitaires, en provenance du budget de l'Etat ou des partenaires techniques et financiers, soit suffisante et utilisée d'une manière efficace et optimale. Pour ce faire, plusieurs actions seront menées :

- Faire en sorte que le budget du secteur santé en provenance de l'Etat soit rendu disponible en début d'année budgétaire ;
- Améliorer les mécanismes d'incitation à la performance, afin qu'il soit fait le meilleur usage des ressources budgétaires : ainsi les mécanismes de FBR seront développés. L'accent sera mis sur les actions visant à améliorer la qualité de la prestation ;
- L'augmentation progressive du budget de l'Etat en faveur de la santé devra être prioritairement consacrée au budget des prestataires de services de santé ;
- L'appui des PTF aux formations sanitaires sera poursuivi et mieux coordonné afin d'améliorer la qualité des services rendus.

L'action est par conséquent double. Il faut tout d'abord s'assurer que les formations sanitaires soient dotées de budgets publics suffisants et utilisés efficacement. Il faut, dans le même temps, s'assurer que la part restant à la charge de l'utilisateur soit la plus faible possible.

Mise en place de mécanismes de prépaiement couvrant une large partie de la population

Même s'ils s'améliorent dans l'avenir, les moyens de l'Etat demeureront limités et il n'est pas envisageable de rendre gratuits l'ensemble des services de santé ; une part restera donc à la charge des usagers. Cependant, il est important que cette part ne soit pas récoltée au travers du paiement direct, mais au travers de mécanismes de prépaiement¹². Il sera donc mis en place progressivement un Dispositif d'Assurance Santé (DAS) organisé comme suit :

- **Création d'un organisme d'assurance santé**

Il sera créé un nouveau organisme d'assurance santé qui, à terme, sera l'unique mécanisme d'assurance santé couvrant l'ensemble du pays. Il sera important que cet organisme soit autonome : sa tutelle devra être clairement définie ; le principe de la co-gestion sera retenu. Toutes ces dispositions feront l'objet d'une loi et de ses textes d'application.

Cet organisme –la Caisse Nationale de Solidarité pour la Santé (CNSS)- gèrera trois types d'assurés :

- Les **assurés obligatoires** : cela concerne tout d'abord la fonction publique et le secteur formel. A ce jour, le mécanisme des Organisations Sanitaires Interentreprises (OSIE) est très particulier : il joue à la fois les deux fonctions, d'assurance d'une part et de prestation de services de santé d'autre part ; il est obligatoire pour les entreprises du secteur formel. Il conviendra à ce que ces mécanismes soient rapidement intégrés dans cet organisme d'assurances. Il conviendra en outre d'adopter des mesures afin de s'assurer que des pans de la société de plus en plus larges relèvent de l'assurance santé obligatoire ;
- Les **assurés volontaires** (ou affiliés par des tiers parfois) : même s'ils se sont développés ces dernières années, les mécanismes de type « mutuelles de santé » (systèmes de mutuelle accolés à des écoles, des associations, des IMF et systèmes communautaires et volontaires) demeurent modestes. Par ailleurs, compte tenu de la pauvreté de la population, ces mécanismes ne pourront pas couvrir une part importante de la population. Toutefois, il ne faut pas empêcher le développement de ces mécanismes. Les mutuelles de santé seront donc amenées à rejoindre **progressivement** l'organisme d'assurance santé. Cette évolution de ces mécanismes doit être envisagée dans le cadre de l'organisme d'assurance santé. Il faut ainsi réfléchir à la place du mouvement mutualiste dans le DAS : ainsi, comme cela est observé ailleurs dans le monde, les mutuelles de santé dites « au premier franc » peuvent par exemple se transformer en mutuelles « complémentaires ». On peut alors penser que les mutuelles de santé se spécialisent dans cette fonction. Par ailleurs, la plus-value des mutuelles de santé est plutôt du côté de la collecte des fonds et de la mobilisation des populations. Les mutuelles peuvent aussi devenir des organismes de gestion déléguée pour d'autres organismes d'assurance telle que la caisse nationale d'assurance santé ;
- Les **assurés par affiliation** : il sera mis en place un mécanisme de prise en charge de l'affiliation des personnes plus vulnérables.

La prise en charge de l'affiliation

Ce mécanisme signifie que l'Etat ou un Partenaire Technique et Financier décide de prendre en charge les cotisations d'assurance santé de certaines catégories de la population : les personnes démunies ou d'autres catégories.

¹² Madagascar ne souhaite pas mettre en place un financement de la santé de type béveridgien mais plutôt de type Bismarkien.

Ainsi, ces personnes affiliées selon cette procédure deviennent des membres à part entière d'un organisme d'assurance santé et bénéficient des mêmes droits que les personnes ayant payé leurs cotisations.

La prise en charge de l'affiliation de personnes vulnérables sera permise par le recours à deux sources de financement : la transformation des mécanismes de gratuité et l'utilisation des recettes des financements innovants :

- Ainsi, l'argent utilisé pour financer les mécanismes de gratuité, y compris les mécanismes de Transfert monétaire conditionnel et de Bons (voucher), sera progressivement dirigé vers l'affiliation des personnes vulnérables auprès de l'organisme d'assurance santé. En préalable, cela suppose une connaissance exacte des montants financiers mobilisés par chacun des mécanismes de gratuité ;
- L'autre partie sera apportée par les financements innovants (cf. OS4 ci- après).

Par ailleurs, le système des Fonds d'équité doit évoluer. En ce qui concerne les centres de santé, au fur et à mesure que l'affiliation se mettra en place, le Fonds d'Equité perdra de son utilité et, à terme, devra disparaître. Au niveau hospitalier, le Fonds d'équité Hospitalier, là encore au fur et à mesure de la mise en place de l'assurance santé et de l'affiliation, devra être mobilisé uniquement pour le financement des cas d'urgence absolue pour les populations extrêmement pauvres qui ne relèvent d'aucun mécanisme de protection contre les risques financiers.

Enfin, il s'agira d'assurer l'harmonisation de tous les mécanismes ci-dessus. Cette harmonisation concerne les points suivants : définition des paquets de soins pris en charge, et ce, à chaque niveau du système de santé, modalités de paiement des prestataires, négociation des tarifs avec les formations sanitaires, contractualisation avec les formations sanitaires : tous ces éléments renvoient généralement à la notion d' « Achat stratégique »

- **Un Fonds dédié à la CSU**

Les fonds recueillis pour l'affiliation ne seront toutefois pas directement versés à l'organisme d'assurance santé. Il sera créé un **Fonds dédié** à la gestion de ces fonds. Ce Fonds, piloté par un Conseil d'administration multipartites, aura pour mission :

- De recueillir les financements utilisés jusqu'ici pour les mécanismes de gratuité et les financements innovants ;
- De négocier l'affiliation des personnes démunies qu'il aura identifiées auprès de l'organisme d'assurance santé. Cette fonction d'achat stratégique est ainsi essentielle : le Fonds dédié disposera d'un levier pour contraindre l'organisme d'assurance santé à exercer au mieux son rôle.

Il faut maintenant souligner trois points :

- Malgré la mise en place de cet organisme d'assurance santé, et notamment des mécanismes d'affiliation, il faut être conscient qu'à court terme, cette assurance santé n'arrivera pas à couvrir toute la population. La population en extrême pauvreté échappera, au moins un temps, à cette assurance santé. En effet, l'affiliation de cette population s'avère extrêmement difficile : comment affilier une population fortement marginalisée, qui n'a pas de domicile fixe, largement illettrée, etc. Ce ne sont pas les raisons financières qui empêchent cette affiliation mais des raisons techniques. Ce n'est qu'au fur et à mesure que cette population sortira de l'extrême pauvreté qu'elle pourra rejoindre le mécanisme d'assurance

santé. Ce sont donc d'autres actions qu'il faut mettre en place pour cette population (cf.OS6) ;

- La totalité des financements recueillis ne sera pas utilisée uniquement pour l'affiliation : une partie sera réservée aux financements d'actions visant à diminuer l'exposition aux risques ayant une incidence sur la santé (cf. OS3 ci-après) et aux financements d'activités directement tournées vers les populations en extrême pauvreté (cf. OS6 ci-après) ;
- L'assurance volontaire cible la population qui n'appartient pas au secteur formel (couverte par l'assurance obligatoire) et qui ne sera pas couverte par l'affiliation. Il y a encore un risque que cette population renonce à s'assurer. Afin de rendre l'adhésion attractive pour cette population, il conviendra de mettre en place des mécanismes de subventionnement afin de réduire le montant de la cotisation, voire d'obligation à travers d'autres services (IMF, etc..). Là encore, ce subventionnement sera financé à partir du Fonds dédié.
- **Modalités de mise en œuvre**

Cet organisme d'assurance santé aura donc pour tâches :

- De définir le panier de soins et de services couverts, tant au niveau des soins primaires que de l'hospitalisation : cette harmonisation avec les mécanismes existants sera là encore progressive ;
- De négocier les tarifs avec l'offre de soins ;
- De négocier les modalités d'accueil avec l'offre de soins ;
- De lutter contre le paiement de dessous de table qui, outre les considérations financières, fragilisent et insécurisent les populations;
- De définir les modalités de paiement aux prestataires : remboursement aux assurés des factures émises par les prestataires ou tiers-payant¹³ ;
- D'arrêter avec le MinSanP le niveau d'un éventuel ticket modérateur, tant au niveau des CSB que des hôpitaux, c'est-à-dire d'un montant restant à la charge de l'usager après prise en charge de l'assurance santé ;
- D'assurer la gestion du risque et la validation des sinistres

Cette orientation stratégique 1 détermine les grandes lignes de la politique à venir. Toutefois, la faisabilité et la traduction opérationnelle de cette orientation stratégique demandera une étude approfondie. Une telle étude de faisabilité sera donc mise en chantier le plus rapidement possible afin que les choix opérationnels puissent être arrêtés à brève échéance.

En conclusion, il convient de rappeler que la part restant à la charge de l'assurance santé sera d'autant plus faible que l'on aura diminué la tarification. Plus cette part sera faible, moins les cotisations de l'assurance seront élevées et, par conséquent, plus les populations seront à même de payer ces cotisations et plus l'assurance santé pourra mieux couvrir un panier de soins attractif, notamment au niveau du risque hospitalier. Au moins à court terme, une large part du financement du budget de fonctionnement des formations sanitaires restera à la charge du budget de l'Etat. A plus long terme, et si le pouvoir d'achat des populations s'améliore, on peut penser que la part en provenance des mécanismes de prépaiements augmentera.

¹³ Le tiers-payant est un mécanisme par lequel le patient n'avance pas l'argent de ses soins. Le remboursement de la facture est opéré directement par l'assurance auprès du prestataire.

ORIENTATION STRATEGIQUE 2

AMELIORER LA DISPONIBILITE EFFECTIVE EN SERVICES DE SANTE DE QUALITE

L'analyse de la situation met en évidence, l'insatisfaction des populations face à la prestation des services de santé: les individus se sentent mal protégés par les services de santé. C'est le cas, lorsque par exemple, en période de fortes pluies, ils sont coupés des formations sanitaires, ou bien sont victimes des ruptures de stocks de médicaments. Mais aussi lorsqu'ils doivent subir de longues files d'attente au centre de Santé ou à l'hôpital ; lorsqu'ils sont mal accueillis alors même qu'ils sont fragilisés par leur état de santé. De plus le manque de fidélisation du personnel dans les structures sanitaires ne permet pas d'établir une relation de confiance avec la population.

Le Plan de Développement du Secteur Santé -2015-2019- (PDSS) apporte déjà plusieurs réponses à ces situations. En complément à celui-ci, cette orientation stratégique 2 mettra spécialement l'accent sur certaines actions auxquelles les individus sont particulièrement sensibles et qui contribuent à améliorer le ressenti de leur protection en matière de santé.

L'amélioration de la couverture en formations sanitaires de proximité

Les populations souhaitent disposer de formations sanitaires, de la meilleure qualité possible, au plus proche de leur lieu de vie, y compris dans les endroits les plus reculés et les plus enclavés. Ceci constitue une des priorités du MinSanP: des centres de santé ont été implantés dans les régions reculées et enclavées, et les centres fermés ont été rouverts. Le PDSS prévoit de poursuivre cet effort, notamment l'Objectif global 3.3.3.4. « *Améliorer la disponibilité et l'accessibilité des infrastructures sanitaires, des équipements et intrants de santé* ».

Toutefois, tout ne sera pas possible immédiatement. Dans le cadre de la SN-CSU, les actions suivantes seront mises en exergues :

- **La recherche et la mise en œuvre de stratégies mobiles, intégrée, efficace et pérenne dans toutes les localités d'accès difficiles** faciliteront la tendance vers la couverture santé universelle. Une des options est le renforcement de la Service Mobile d'Intervention (SMI) des régions en les dotant de moyens plus appropriés : en matériels roulant adéquat, intrants de santé, médicaments, équipement et moyens financiers afin d'assurer une couverture en santé continue et rapprochée dans les zones enclavées ;
- **La réactualisation périodique de la carte sanitaire** avec une meilleure implication des populations et des autorités locales décentralisées s'avère nécessaire afin d'améliorer la répartition des infrastructures et ressources ;
- **L'établissement d'un plan de maintenance régulière des infrastructures et équipements.** En effet, la disponibilité d'équipement de bonne qualité et fonctionnel renforcera la confiance de la population dans les formations sanitaires auxquelles elle s'adresse ;
- **Une meilleure prise en compte de la santé militaire dans le système général de santé.**

Le Partenariat Public-Privé

L'offre de services doit être la meilleure possible et satisfaire les besoins de la population. C'est ainsi qu'elle se sentira mieux protégée, mieux couverte. Une des voies pour atteindre cet

objectif consiste à ce que tous les acteurs de la santé, publics comme privés, y contribuent au mieux.

- **La diversification des prestataires de services de santé**

En facilitant, au côté du secteur public, le développement de différentes catégories de prestataires privés permet d'offrir la liberté de choix aux populations. Pour des raisons qui leur appartiennent, certaines personnes préfèrent s'adresser à un centre de santé tenu par une congrégation religieuse, d'autres à un médecin en pratique libérale, d'autres encore à un prestataire du secteur public. Il convient ainsi de faciliter le développement de ces acteurs privés –ou - voire d'encourager ce développement par des stratégies appropriées (renforcer les mesures de compensation pour les acteurs privés offrant de services publics gratuits : facilitation à l'installation, exonérations diverses, détachement de personnels du secteur public, certificats de reconnaissance, etc.). Avoir un choix et un libre choix donne à la population le sentiment que le système de santé répond mieux à ses besoins. Cette diversification des prestataires de services de santé aura par ailleurs l'intérêt d'introduire entre eux une certaine stimulation ou compétition qui sera bénéfique aux populations. La compétition peut s'avérer un excellent outil d'incitation à la performance des prestataires de services de santé.

Toutefois, ce développement doit être encadré. Un développement anarchique de ces acteurs aurait l'effet exactement contraire de ceux qui sont présentés ci-dessus. Pour cela :

- La Politique Nationale de Santé, mais aussi les autres documents de politique élaborés par les autres ministères impliqués dans la CSU, contribuent grandement à ce cadrage, car ils amènent tous les acteurs à agir dans la même direction ;
- Mais il faut aussi renforcer le contrôle des prestataires de services de santé ainsi que les mécanismes de protection contre les risques financiers, afin qu'ils ne mettent pas en place des pratiques qui soient nuisibles à l'intérêt des populations et qu'ils soient en conformité avec les orientations stratégiques et politiques nationales. Les Ministères impliqués dans la CSU doivent assurer cette fonction : inspection, contrôle, respect des normes, d'une certaine tarification. Une bonne mise en place de cette fonction protège la population contre les abus possibles.

- **La collaboration entre les acteurs de la santé**

Il apparaît utile de renforcer les synergies et les complémentarités entre tous ces acteurs. Il est important qu'une dynamique de compétition ne débouche pas sur des situations d'affrontement entre ces prestataires, situations qui ne peuvent que nuire aux intérêts des populations. La collaboration entre les prestataires de services de santé rencontre l'intérêt des populations. Donnons ici deux exemples afin de montrer comment cette collaboration sert l'intérêt des populations :

- Collaboration entre les prestataires de services de santé et les mécanismes de protection contre les risques financiers. L'entente entre ces deux acteurs intéresse les adhérents de ces mécanismes d'assurances. Par exemple, l'entente d'une formation sanitaire avec un mécanisme d'assurance sur la mise en place d'un système de tiers-payant intéresse les adhérents de l'assurance. En effet, cette entente facilite la relation des adhérents avec la formation sanitaire, lesquels n'ont plus à faire l'avance de la dépense exigée par la formation sanitaire;
- Collaboration avec les ONG et associations : il est généralement admis que les ONG et associations locales sont en contact étroit avec les populations : elles sont implantées

dans les communautés, elles connaissent leurs besoins. Il est alors important que les prestataires de services de santé entretiennent des liens étroits avec ces ONG et Associations locales et mettent en place des activités communes répondant aux attentes des populations ;

- Renforcement de la collaboration avec les prestataires en Médecine traditionnelle et amélioration de la qualité de prestations de services des tradipraticiens » surtout pour les zones enclavées.

D'une manière générale, la contractualisation est un instrument qui permet cette collaboration entre les prestataires de services de santé, mais aussi avec les mécanismes de protection contre les risques financiers. La Politique nationale de contractualisation, récemment réactualisée, offre un cadre à cette collaboration entre les prestataires.

La mise en place de cette diversification et de cette collaboration des acteurs demande du temps et des efforts. La placer dans le cadre général de la dynamique CSU peut s'avérer une stratégie efficace parce qu'elle place la population au centre de cette préoccupation.

Le renforcement des structures de soins (CS et Hôpitaux) en personnels qualifiés, compétents et motivés

Les personnels soignants sont au cœur de la relation avec le patient. La confiance que celui-ci aura vis-à-vis de la formation sanitaire à laquelle il s'adresse dépendra en grande partie de la confiance qu'il place dans les personnels soignants. Cette confiance s'apprécie selon les dimensions suivantes :

- La compétence des personnels de santé. La formation de base doit être de qualité ; mais il convient aussi que ces personnels soient régulièrement formés aux nouvelles techniques, aux nouveaux médicaments, aux nouveaux protocoles de soins, etc. ;
- Le respect des normes opérationnelles en ressources humaines définies dans le plan stratégique de développement des ressources humaines pour la santé ;
- La présence effective et la ponctualité des personnels de santé afin d'assurer l'ouverture continue des formations sanitaires, permettant ainsi à la population de disposer des soins dont elle a besoin au moment opportun ;
- L'Humanisation des soins : dans les formations sanitaires, les soins ne consistent plus à considérer et traiter seulement la maladie mais s'adressent surtout à la dimension humaine. Depuis l'accueil du patient/client jusqu'à sa sortie de la formation sanitaire, il doit se sentir écouté, conseillé, respecté, orienté dans ses choix/décisions;
- La mise en place dans les hôpitaux et les centres de santé de mécanismes d'incitation à la performance, à travers l'extension du Financement Basé sur les Résultats (FBR), en privilégiant les éléments de qualité des soins et d'accueil du patient, répondra mieux aux attentes des patients ;
- La fidélisation des personnels soignants, notamment dans les zones enclavées, est importante. Il convient ainsi d'éviter le turn over qui ne permet pas aux populations de tisser des relations de confiance avec les personnels soignants. De même, il est important que les personnels soignants soient attentifs d'une part à la spécificité de certains problèmes de santé de chaque région et d'autre part à la spécificité des populations dans chaque région ;
- Le renforcement des capacités des agents communautaires de santé est importante afin de tisser des liens entre le personnel soignant et la population;
- Enfin, l'application des mesures disciplinaires, prévues par les textes, doivent être effectives afin d'éviter, autant que possible, l'insouciance des personnels soignants

et de rassurer la population que tout manquement à leur égard sera passible de sanction.

La mise en place de concours qualité au niveau des formations sanitaires, prenant en compte ces diverses dimensions, devrait contribuer à l'instauration de la culture de la valorisation de la qualité.

La disponibilité permanente des médicaments de qualité dans toutes les structures

L'accès aux médicaments est un domaine sensible pour les populations et elles jugeront bien souvent la qualité d'une formation sanitaire à cet accès aux médicaments.

Ainsi, il est essentiel pour les populations que les médicaments soient non seulement disponibles, à tout moment, dans toutes les formations sanitaires, à prix abordable et soient de qualité. Il convient alors de renforcer le système national d'approvisionnement en médicaments, ce qui est prévu dans la stratégie nationale relative aux intrants de Santé ayant comme objectif la disponibilité des médicaments de qualité à moindre prix dans les formations sanitaires. Des programmes verticaux proposent en général des médicaments gratuits. L'articulation de ce point avec le dispositif de protection contre les risques financiers (OS1 ci-dessus) qui sera mis en place est essentielle.

Avec le respect de ces différents éléments, le recours à l'automédication devrait être réduit. Toutefois, il est important de renforcer les dispositifs et mécanismes de contrôle des ventes illicites des médicaments afin de protéger les populations contre les abus et contre les risques en tout genre.

Développer les réseaux de soins

La création des réseaux de soins permettra d'assurer la continuité des soins. La *continuité* des soins est l'un des éléments clés de la qualité des services. Elle désigne la façon selon laquelle un patient perçoit la série de services qu'il reçoit, comme une succession d'événements connexes, cohérents et compatibles avec ses besoins et sa situation personnelle. La *fragmentation* des services de santé ainsi que le manque de *coordination* entre professionnels entraînent une rupture de ce continuum des soins.

La continuité des soins traduit la prise en charge des malades depuis le premier recours jusqu'aux soins spécialisés dont ils ont besoin. Une organisation et coordination de ce système de continuum est nécessaire au sein du système de santé pour réduire les temps perdus de recherche de soins les plus adaptés à chaque cas de maladie et aussi accélérer la prise en charge par des personnels soignants qui sont bien informés sur chaque cas.

L'efficacité de cette continuité des soins, qui rejoint la notion de référence /contre-référence, est importante pour la satisfaction du patient. Par exemple, un patient qui s'est adressé à un centre de santé pour un problème donné sera content de savoir qu'il n'a pas à se soucier de son transport s'il y a nécessité d'être référé à l'hôpital. Il sera aussi satisfait de savoir que son dossier médical l'accompagne et qu'il ne sera pas obligé de répéter certains examens.

Par ailleurs, la continuité des soins demeure encore l'apanage du corps médical et paramédical. Aussi s'oriente-t-on de plus en plus vers une prise en charge globale du patient : l'objectif consiste à mieux coordonner la chaîne des intervenants autour du patient. La réponse opérationnelle à cette logique prend de plus en plus la forme d'un « réseau de soins » qui peut être défini ainsi : « *le réseau de soins est une forme d'organisation au sein de laquelle*

des professionnels, issus de disciplines et de structures différentes, après avoir défini en commun un certain nombre d'objectifs, mettent en place, chacun à leur niveau, des réponses spécifiques aux problèmes du patient ». Cette approche, ailleurs dans le monde, s'est développée autour de certaines pathologies (malades du SIDA, du diabète, soins palliatifs, toxicomanie, etc.). Madagascar, afin d'apporter une meilleure prise en charge globale du patient devra progressivement mettre en place des réseaux de soins. Le développement de la Cyber-santé, récemment engagé, devrait être un élément facilitateur.

ORIENTATION STRATEGIQUE 3

DIMINUER L'EXPOSITION DE LA POPULATION AUX RISQUES AYANT UNE INCIDENCE SUR LA SANTÉ

La population est exposée à certains risques dont plusieurs ont un lien avec la santé. Ces risques se caractérisent par des interactions complexes entre plusieurs facteurs d'ordre socio-économique, en interdépendance avec l'environnement physique et le comportement individuel. Ces facteurs sont désignés comme les déterminants socio-économiques de la santé, entre autres, le mode de vie (habitude alimentaire, tabagisme, alcoolisme, sédentarité, ...), le revenu et le statut social (ex : la pauvreté est source de problème psycho-sanitaire); les facteurs environnementaux (qualité de l'air et de l'eau, changement climatique, gestion des produits chimiques et radioactifs,...); l'accès à l'eau; l'assainissement et hygiènes (latrines, gestion des déchets, qualité des aliments, ...) et l'urbanisation (sécurité de l'habitat, de la circulation, promiscuité...), les risques liés au travail : accidents, bruits, exposition aux écrans d'ordinateur, etc..

Face à ces risques, l'individu n'est que très mal protégé. Parfois, les individus ont conscience de ces risques et vont chercher à se protéger par eux-mêmes : ainsi, il est possible de traiter contre les moustiques les points d'eau sur sa concession. Dans d'autres cas, c'est plus difficile : comment éviter le tabagisme d'une salle de restaurant, sinon en s'interdisant de fréquenter de tels lieux ? Par ailleurs, l'individu n'a pas toujours une perception claire et explicite de la nécessité de cette couverture. Ainsi, il souhaite ne pas être victime des mauvais comportements sur les routes, mais il ne se comportera pas toujours lui-même comme il serait souhaitable. Aussi l'État, dans certains cas, devra-t-il agir contre le souhait de certains citoyens mais dans l'intérêt (général) de la population.

Pour agir, l'Etat dispose de plusieurs moyens : il peut recourir à la contrainte (interdiction de fumer dans les lieux publics), il peut utiliser des incitatifs financiers (augmentation des taxes sur le tabac ou sur les boissons sucrées), il peut faire appel à l'éducation de la population (programme d'information sur les risques liés à la consommation de tabac, utilisation de latrines, etc.).

Des actions menées en faveur de la promotion de la santé sont actuellement réalisées par le MinSanP et d'autres Ministères et Institutions et ont abouti à des mesures législatives. Par exemple, la loi sur le contrôle des gargotes et de la petite restauration qui met l'accent sur le respect de stockage des aliments, la température optimale de conservation des nourritures et l'hygiène des lieux de restauration. Cependant, ces actions ont le plus souvent été utilisées de façon isolée, sans véritable concertation. De ce fait, les effets sur la santé de la population sont difficiles à mesurer.

Afin de diminuer l'exposition aux risques ayant une incidence sur la santé des individus, les actions suivantes ont été priorisées.

La planification des activités à fort impact immédiat dans tous les ministères et institutions

Tous les acteurs concernés par la CSU devront s'impliquer dans la mise en œuvre d'actions spécifiques visant à diminuer l'exposition de la population aux risques ayant une incidence sur la santé. De telles actions sont potentiellement très nombreuses et toutes ne peuvent pas être menées à court terme. Il s'agira, au niveau des plans d'actions annuels qui seront établis dans le cadre de la mise en œuvre de la Couverture Santé Universelle, de choisir certaines actions qui sont les plus facilement réalisables et qui ont un fort impact à court terme. Ces actions pourront recourir à des moyens divers : campagne d'information et de sensibilisation (par exemple, dans le domaine de la sécurité routière), élaboration de normes et réglementation (par exemple, dans le domaine de l'alimentation, date limite de vente, interdiction de fumer dans certains lieux publics), mise en place d'une taxation spécifique sur certains biens dont on connaît les effets néfastes sur la santé des populations, etc.

Ces plans d'action impliquant tous les acteurs devront être coordonnés par une instance spécifique : l'Unité opérationnelle d'appui à la mise en œuvre de la CSU (cf. ci-après) jouera ce rôle. Les acteurs que sont les différents Ministères directement impliqués dans la CSU, mais aussi les collectivités territoriales, y prendront bien évidemment toute leur place.

Le renforcement des capacités de la société civile

La société civile occupe une place importante à Madagascar et ce, sur l'ensemble du territoire. Sa mission de sensibilisation sur des différentes préventions aux risques ayant des incidences sur la santé est capitale pour la CSU. Actuellement, certaines des organisations de la société civile (organismes confessionnels, associations, ONG, groupements, projets...) s'engagent dans des activités de promotion de la santé et se manifestent le plus souvent dans la participation à la lutte contre les grandes endémies et les cataclysmes naturels, mais elles s'impliquent encore trop rarement dans le soutien au développement individuel et social. Il convient d'aider la société civile à mieux s'impliquer dans ces actions, notamment :

- former et renforcer périodiquement la société civile sur la prévention en matière santé ;
- intensifier la communication sur les messages sanitaires et le changement de comportement. Issues elles-mêmes des populations, elles en sont proches et leurs messages sont bien reçus par ces populations ;
- impliquer impérativement les Fokontany dans la prévention en santé ;
- coordonner la synergie des actions des réseaux de soutien social ;

Le renforcement des capacités des communes dans le cadre de la décentralisation

Dans le cadre de la Lettre de Politique de Décentralisation et de Déconcentration (LP2D) et du Programme National de Décentralisation et de Déconcentration (PN2D), les différentes collectivités décentralisées, et notamment les communes et le Fokontany, se voient confiées des missions en matière de santé d'une part mais aussi en matière d'hygiène, d'assainissement et d'enlèvement des ordures ménagères d'autre part. L'implication des collectivités locales décentralisées dans ces domaines demeure relativement faible. La mise en œuvre de la CSU sera pour elles l'occasion de mieux s'impliquer dans ces domaines ; elles en ont le mandat, mais, seules, elles ne peuvent pas progresser.

Les actions à prendre à court terme seront les suivantes :

- Mieux articuler les actions des communes au niveau des déterminants de la santé (assainissement, hygiène, enlèvement des ordures ménagères) avec le secteur de la santé. Ceci sous-entend de revoir l'organigramme des communes afin de regrouper ces aspects, mais aussi de renforcer les capacités des équipes municipales dans ces domaines (tant au niveau des élus que des employés municipaux) ;
- Mieux articuler les actions des communes avec celles des Régions et du niveau central de l'Etat et de ses Ministères. Ainsi sera-t-il important que les actions des communes soient répertoriées dans les plans d'action qui seront mis en place ;
- Insérer dans leurs activités des mesures préventives face au cataclysme naturel (avec le BNGRC, croix rouge, etc.).

ORIENTATION STRATEGIQUE 4

MOBILISER LES RESSOURCES FINANCIÈRES POUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA COUVERTURE SANTÉ UNIVERSELLE

La mise en œuvre de la CSU mobilisera des moyens d'ordre politiques, règlementaires et surtout financiers. En effet, les dépenses CSU englobent les dépenses relatives à la mise en œuvre des différents axes stratégiques de la CSU. Elles regroupent ainsi, (i) les dépenses du MinSanP et des autres Ministères en matière de CSU, (ii) les dépenses de santé des ménages, (iii) les dépenses du secteur privé et de la société civile (associations et ONG), et enfin; (iv) les apports financiers des PTFs.

Le premier challenge consistera à s'entendre sur ce qu'est une dépense en direction de la CSU et à définir un « Budget CSU » à la fois distinct des budgets classiques des différents Ministères mais qui en reprend des éléments. Ce budget CSU est analytiquement semblable aux comptes nationaux de la santé mais appliqué à la CSU.

Ce budget CSU devra être intégré à la Loi de finances. Par conséquent, il devra être examiné en Conseil des Ministres puis présenté et adopté par le Parlement. Il servira également de suivi de la mise en œuvre de la SN-CSU. Ainsi établi, ce Budget CSU permettra de répondre à deux questions : ii) combien coûte la CSU ?, et, ii) quel est l'effort de la nation fait en matière de CSU ?

Au fur et à mesure des activités à mettre en place dans le cadre de la CSU, il faudra donc mobiliser les ressources nécessaires. Cette mobilisation prendra les formes suivantes :

Le Gouvernement s'engage à prioriser la CSU dans sa politique budgétaire

Il s'agit tout d'abord pour l'Etat de poursuivre ses efforts pour la santé, et notamment de se rapprocher de l'objectif d'Abuja. Le budget pour la santé doit être consolidé avec les dépenses liées à la santé des Ministères, autres que le Ministère de la Santé.

Une attention toute particulière sera donnée à l'exécution de ce budget - CSU au niveau des différentes Institutions et Ministères après l'identification des causes de la faiblesse du taux d'exécution budgétaire et la mise en application des mesures correctrices y afférentes.

Le Gouvernement s'engagera résolument sur le chemin des financements innovants

Le Gouvernement dans son ensemble, mais plus particulièrement le Ministère des Finances et du Budget, chercheront à mettre sur pied ce qu'il est maintenant convenu d'appeler des « financements innovants » à dédier au financement des actions CSU.

L'identification de ces financements a déjà été entreprise. Toutefois, à ce stade, il ne s'agit encore que de pistes. Il conviendra ainsi de poursuivre l'identification de ces financements innovants potentiels et d'en étudier leur faisabilité.

- Les **taxes** suivantes sont envisagées :
 - Taxe sur la téléphonie mobile : à l'instar d'autres pays à travers le monde, il s'agit d'instituer une taxe spécifique sur les conversations téléphoniques et la messagerie à partir des téléphones portables. Une telle taxe, infime sur chaque conversation, est relativement indolore. Mais le nombre élevé de ces conversations aboutit à des sommes conséquentes. Cette collecte est effectuée par les opérateurs téléphoniques qui reversent ensuite l'argent ;
 - Taxes sur les produits nocifs à la santé des populations : tabac, alcool, boissons sucrées. Outre le fait de récolter de l'argent qui peut être mobilisé pour financer des actions en direction de la CSU, ces taxes ont aussi un effet direct sur la santé en faisant baisser la consommation et donc les risques de santé liés à cette consommation ;
 - Taxes sur la pollution atmosphérique, notamment celle produite les gaz d'échappement des voitures. Là encore, outre le fait de récolter de l'argent qui peut être mobilisé pour financer des actions en direction de la CSU, ces taxes ont aussi un effet direct sur la santé les risques de santé liés à cette pollution ;
 - Taxe sur les transferts d'argent, de Madagascar vers l'étranger et vice-versa ;
 - Les grandes entreprises mettent en place des financements sociaux. Dans la logique de la Responsabilité sociétale des entreprises (RSE), où une entreprise est jugée responsable de l'impact de ces décisions et de ses activités sur la société et sur l'environnement, ces financements actuels pourraient être mieux coordonnés avec les activités CSU. Il ne s'agit donc pas d'une taxe nouvelle mais d'une réorientation de financements existants.

D'autres pistes pourront être étudiées, comme par exemple, une taxe sur certains produits de luxe. Mais il faudra garder à l'esprit qu'il ne faut pas trop alourdir la taxation au détriment du développement économique.

- **Parrainage** : on songera aussi à développer des mécanismes de « parrainage ». Par là, il faut entendre la possibilité pour un individu ou une institution (mécanisme d'assurances par exemple) ou une association de la diaspora implanté dans un pays du nord de prendre en charge la cotisation d'assurance santé de malgaches vivant à Madagascar. De tels mécanismes qui existent déjà dans le domaine de l'éducation peuvent être transposés dans le domaine de la couverture santé universelle. Pour qu'un tel mécanisme voie le jour, il convient d'en étudier la faisabilité : notamment l'implication d'une ONG à Madagascar pour la promotion et la collecte des fonds et la gestion par le fonds dédié.
- Avec la **décentralisation** qui est en marche à Madagascar, les collectivités territoriales décentralisées devront avoir la possibilité de lever des impôts locaux qui

pourront être affectés aux activités CSU, notamment pour la prise en charge de la population indigente, mais aussi pour mener des actions de protection contre les risques ayant une incidence sur la santé (hygiène, ordures ménagères, etc.).

Engagement des partenaires techniques et financiers

Actuellement, les Partenaires techniques et financiers se situent dans une approche classique : ils appuient l'offre de services de santé en apportant des moyens financiers aux différents ministères impliqués dans la santé. Ils appuient par ailleurs la demande de santé au travers de l'appui à différents mécanismes de prise en charge financière des individus : soutien aux mécanismes d'assurance, financement de la gratuité de certains problèmes de santé, subventionnement du médicament, programmes de Transferts conditionnels.

La Stratégie Nationale sur la Couverture Santé Universelle devrait conduire à un repositionnement des Partenaires Techniques et Financiers. Dans le respect de la Déclaration de Paris et dans le cadre du réseau P4H, Madagascar incitera ses Partenaires Techniques et Financiers à développer des programmes et projets explicitement en direction de la CSU. De même, les fonds d'initiative internationale, qu'ils soient multilatéraux (Fonds Mondial, GAVI) ou privés (Fondation Bill et Melinda Gates), devront être réorientés afin de mieux prendre en considération cette dimension.

Afin d'éviter la dispersion des efforts, ces interventions devront s'articuler autour des Plans d'action successifs qui seront mis en place pour la mise en œuvre de la Couverture Santé Universelle. Ces plans d'action indiqueront les actions à mener par l'ensemble des ministères impliqués par la Couverture Santé Universelle.

Dans un premier temps, il s'agira de sensibiliser les Partenaires Techniques et Financiers à cette nouvelle approche. Pour cela, l'engagement des plus hautes autorités de l'Etat constitue un élément extrêmement important. Cette mobilisation pourra se faire à travers l'organisation de tables rondes et de forums. L'expérience des pays voisins sera rappelée afin de montrer que Madagascar s'inscrit dans un mouvement mondial.

La mise en place du Fonds dédié constituera un levier puissant pour rassembler et coordonner les apports de tous les acteurs et partenaires.

ORIENTATION STRATEGIQUE 5

PRENDRE DAVANTAGE EN CONSIDÉRATION LES SOUHAITS DE LA POPULATION

Le malade est avant tout une personne. Certes, le personnel de santé doit être en mesure, compte-tenu du diagnostic qu'il a posé, de proposer la solution la meilleure possible au problème de santé de chaque personne, mais le malade a aussi des attentes. Ainsi, lorsqu'il est mal orienté, qu'il ne sait où aller, qu'il est mal accueilli dans une formation sanitaire, lorsqu'il n'a pas trouvé les médicaments nécessaires, lorsqu'il a dû payer des dessous de table, lorsqu'il a dû subir un parcours anormalement long pour accéder à la structure de santé de référence, lorsqu'il a dû attendre longuement avant de voir un personnel de santé ou que celui-ci était absent, lorsque les locaux ou les équipements sont mal entretenus voir inaccessibles... ce malade ne peut se sentir satisfait ; ces situations ne répondent ni à ses besoins, ni à ses attentes.

Trop souvent les institutions pensent pour les individus : elles ont le savoir technique et médical et prennent ces seuls éléments en compte dans le traitement de la maladie. Entre autres, on a longtemps pensé que les soins étaient ce qui était primordial et prioritaire face à la souffrance du patient. Pourtant, si on le lui demande, il y a fort à parier que le patient indiquera que la souffrance compte beaucoup dans son bien-être.

Le principe de base est de revenir sur ces postulats afin d'impliquer la population à toutes les étapes du processus de la Couverture Santé Universelle. Cela en lui fournissant les informations requises et en lui offrant les moyens de faire connaître ses besoins.

Renforcer la participation active des bénéficiaires dans la prestation des soins à tous les niveaux du système de santé.

L'état de la situation a souligné le manque de sollicitation de la communauté et des bénéficiaires quant à leur compréhension et satisfaction par rapport aux prestataires de soins et à leurs priorités (accueil, qualité des soins, dessous de table, lutte contre les pharmacies par terre, etc.). De leurs côtés, certains prestataires ne sont pas à l'écoute de leurs clients et bénéficiaires.

Il conviendra donc de sensibiliser les communautés sur leurs droits et leurs devoirs en tant qu'usagers afin qu'ils puissent rapporter leurs appréciations sur les services disponibles, exprimer leurs besoins et priorités.

Certes, la participation des populations existe déjà : actuellement, elles participent au comité de gestion de la pharmacie des formations sanitaires dénommé COGE et sont impliquées dans la planification ascendante et participative. Dans le cadre de la CSU, il conviendra cependant de renforcer cette participation active des usagers.

Travailler à la transparence et à la redevabilité sociale

Il convient d'améliorer la transparence et la redevabilité sociale. Pour ce faire, il sera essentiel de:

- Intégrer des modules de formation aux formations existantes des prestataires sur : l'écoute active des bénéficiaires et la prise en compte de leurs avis, et le devoir de redevabilité ;
- Renforcer les mécanismes de collecte et de traitement des besoins et plaintes des bénéficiaires par des enquêtes ou des sondages auprès des ménages ;
- Sur les systèmes d'évaluation des structures sanitaires existants, il faut assurer l'effectivité de ces normes et standards de service anti-corruption. Ainsi, le système des boîtes bleues devra être évalué : ce système doit être actualisé afin d'être efficace en termes de visibilité, et d'accessibilité et de feedback. Il faut également développer des règles de traitement des données pour qu'il soit systématique, périodique avec un retour à la population. Les règles doivent être intégrées dans les standards ;
- De plus, il s'agit d'actualiser, de standardiser et de mettre à l'échelle les systèmes d'évaluation au sein des formations sanitaires (expérience pilote en Community Score Card (CSC)), pour la prise en compte de cet axe de redevabilité sociale non seulement sur les prestations de services, mais également sur l'évolution de la démarche CSU ;

A l'instar du FBR, il faut intégrer à tous les niveaux de suivi des formations sanitaires, des indicateurs qualitatifs tels que la satisfaction des usagers, l'accueil, la prise en

compte des souhaits des bénéficiaires, la consultation des bénéficiaires, le suivi-évaluation participatif.

Là encore, la Cyber-santé devrait contribuer à rendre l'information sanitaire et médicale à la portée de tous.

Créer des espaces et des organes de consultations

Au niveau communautaire, la Politique Nationale de Santé Communautaire détermine la création des structures de pilotage, opérationnelle et de suivi pour la participation communautaire. Il convient de :

- Actualiser, renforcer et formaliser les rôles des différents acteurs et structures existants dans leur rôle d'interface entre la population et les formations de santé pour améliorer les services et leur utilisation par les usagers ;
- Renforcer la capacité des responsables des différents niveaux en leadership, maîtrise de la communication.... ;
- Promouvoir des espaces de concertation où les participants puissent s'exprimer librement dans le but d'améliorer la qualité des soins et de la prise en charge. Ces espaces devront être mis en place avec des travailleurs sociaux (et non des médicaux) au niveau de la commune ou à travers les associations.

Améliorer l'approche de la population par les professionnels et acteurs de santé

Il est généralement montré que les patients subissent passivement l'acte médical ; les prestataires se focalisent surtout sur la prise en charge des usagers/malades avant de se préoccuper des besoins des patients. Il faudra donc renforcer la capacité des prestataires et les professionnels de santé en matière de communication, éthique et déontologie.

Mettre en place un système institutionnel en soutien

Il s'agira de suivre et d'assurer la participation citoyenne dans la gestion des formations sanitaires et surtout de clarifier le rôle de la commune quant à son devoir d'appel et de relais de la population à s'exprimer. Ce suivi devra être intégré dans les missions de l'organe de suivi mis en place pour l'application et l'évaluation de la politique CSU.

ORIENTATION STRATEGIQUE 6

FAIRE ACCÉDER LA POPULATION EN EXTRÊME PAUVRETÉ À UN SOCLE DE PROTECTION SOCIALE ET DE SANTÉ

L'analyse de la situation a montré d'une part l'importance de l'extrême pauvreté actuelle et, d'autre part son caractère spécifique qui conduit à proposer des solutions adaptées. Les mécanismes habituels de protection contre les risques financiers au travers du prépaiement et de l'amélioration de l'offre de services classiques de santé ne sont absolument pas adaptés. Il faut alors chercher des solutions spécifiques pour lesquelles les Ministères ne sont pas toujours préparés.

Afin d'atteindre ces objectifs, cinq stratégies complémentaires, sous la coordination des ministères impliqués, seront mises en place :

Réalisation d'une étude socio-anthropologique et contextuelle de la situation d'extrême pauvreté

Il est nécessaire, au-delà des définitions habituelles de la pauvreté et de l'extrême pauvreté, d'identifier d'autres critères permettant d'approcher la réalité des situations ; mode de vie urbain ou rural, existence d'un domicile fixe, persistance de liens familiaux, et sociaux, scolarisation des enfants... Une enquête anthropologique pourra mettre en évidence à la fois la situation au moment de l'enquête et en explorer l'historique (perte de travail, rupture familiale, maladie, décès, naissances multiples, addictions etc). Elle pourra également nous renseigner sur l'état sanitaire de ces populations (vaccinations, consultations prénatales, type de recours aux soins...).

Il sera important de mesurer le degré de marginalisation des familles et des personnes vis-à-vis de tout recours social et sanitaire. Ces données permettront de mieux appréhender les populations en extrême pauvreté, en développant une approche pertinente et adaptée à chaque situation pour rendre progressivement acceptable un minimum de prise en charge. Cette enquête permettra également de comprendre, outre les difficultés de ces populations, quelles sont leurs propres priorités et solutions qui peuvent être très différentes de celles que présupposent les services.

Elle devrait également faciliter l'identification des groupes encore plus fragiles et isolés au sein de ces populations vulnérables.

A partir de ces résultats, il sera possible de développer des actions plus adaptées aux besoins et désirs de ces exclus, susceptibles de les sortir d'une marginalisation aux conséquences redoutables en termes sanitaires, aussi bien pour eux-mêmes que pour l'ensemble de la population.

Identification et ciblage

Si les études (socio-anthropologique et collecte des données sur les activités et les acteurs existants) renseignent sur les groupes existants (entre autres : personnes en situation de forte précarité, enfants des rues de moins de cinq ans, les adolescentes de moins de 15 ans enceintes vivant dans la rue, personnes sans domicile, les détenus, les personnes vivant avec le VIH, ...), il sera également indispensable de mettre en évidence les principaux facteurs ayant conduit ces populations dans une situation d'extrême pauvreté afin de développer des mécanismes de prévention et des réponses.

Une première étape consistera donc à la mise en place des critères de mesure de l'extrême pauvreté et précarité tels que l'âge, le statut familial, le statut médical, le statut psycho-social, la situation administrative, le lieu de vie, les moyens de subsistance, etc. Une terminologie homogène pourra ainsi être proposée.

Ces critères devront pouvoir être appréhendés afin de permettre de mesurer la situation d'un groupe et/ou d'un individu selon une échelle de valeurs objective. Un outil de mesure simple et homogène sera mis en place et distribué aux différents acteurs institutionnels (Fokontany, communes, centres de santé de base,...), caritatifs (organismes religieux,...) et associatifs. Néanmoins, **cet outil de mesure nécessaire doit toujours être associé à un entretien avec les personnes connaissant des difficultés importantes pour approcher la réalité et la singularité de chaque situation.** Ce travail d'identification complétera les données de l'étude socio-anthropologique et pourra être réalisé essentiellement par les acteurs sociaux.

La pertinence de la création d'un registre centralisé des personnes en situation d'extrême pauvreté et d'un système de cartes spécifiques pour leur accès aux prestations sociales et sanitaires sera étudiée. Si un tel registre peut permettre un suivi et une prise en charge plus efficace, il faut se souvenir de l'aspect stigmatisant des cartes d'indigence et du refus actuel des populations marginalisées et précarisées d'être ainsi désignées et répertoriées. Dans ce cadre, si l'on peut conserver l'idée d'un registre, il sera certainement beaucoup plus efficace de dispenser à chaque personne la même carte d'affiliation obligatoire, qu'elle soit financée directement par un prélèvement sur salaire, une cotisation volontaire (secteur informel) ou une affiliation.

L'identification des individus et des situations grâce à un outil objectif permettra d'orienter les approches qui doivent être priorisées et adaptées à chaque sous-groupe en situation d'« extrême pauvreté ».

Une prise en charge sociale et médicale indispensable

Les obstacles à l'accès aux soins des populations en situation d'extrême pauvreté sont complexes. Il ne s'agit pas juste d'offrir des solutions médicales mais un accompagnement plus global. En effet, l'extrême pauvreté (et la précarité d'une manière générale) doit être entendue comme un état qui doit être passager : le secteur de la santé doit accompagner ou être accompagné d'actions sociales qui visent à réintégrer, au moins partiellement, cette population dans la société : accès à un logement et à un travail, l'accès à l'éducation, même précaires....

Utilisés comme une réponse de première ligne à des difficultés importantes, les mécanismes spécifiques mis en place pour que ces populations aient accès aux prestations socio-sanitaires doivent être considérés comme une passerelle vers une insertion dans le système de santé général. Cela signifie que toutes les actions (services de maraudes, d'urgences, centre médico-social spécifiques) doivent comporter un fort volet social. Les services offerts doivent intégrer des travailleurs sociaux et des éducateurs accompagnant le personnel de santé qui doit être formé et sensibilisé au travail avec ces populations bien spécifiques. Il est important d'assurer un accueil non-exclusif pour les soins et les aides sociales directes, avant de pouvoir les orienter vers des services de référencement et d'accompagnement ou d'autres prestataires sociaux.

Prestations nécessaires pour cette prise en charge

- Définition du panier minimum de service et soins : consultation et prise en charge dans les centres de santé pour faire le point sur l'état sanitaire, nutritionnel et vaccinal des populations, pour dépister et traiter des principales maladies infectieuses (tuberculose, VIH, ...) et chroniques (diabète et hypertension).
- Optimisation de la collaboration entre les centres médicaux existants et les travailleurs sociaux répartis sur un même territoire (territorialisation indispensable des travailleurs sociaux).
- Création de centres médico-sociaux, dans un premier temps au niveau des zones de forte densité de population en situation d'extrême pauvreté (les grandes villes, les zones minières...) et ensuite sur l'ensemble des territoires. A terme, ces centres devraient pouvoir accueillir l'ensemble de la population pour des consultations médicales et sociales. Ce dispositif permettrait des échanges continus entre les deux secteurs pour une prise charge coordonnée des familles. Dans un premier temps, il faudra coordonner ces nouveaux centres médico-sociaux avec les CSB existants.

- Aller au-devant des populations pour apporter des services de base par la création d'antennes médico-sociales mobiles. Il est important d'approcher les populations refusant les recours sanitaires et sociaux classiques, en leur dispensant des soins et des aides sociales sur leur lieu de vie. Le secours immédiat à travers ces « maraudes » doit être un moyen de reconstruire un lien entre ces populations et les services classiques, vers lesquels elles peuvent ensuite être accompagnées.
- Assurer la prise en charge des urgences vitales : au-delà du panier de soin minimum à offrir, il est important de répondre aux urgences vitales auxquelles les populations peuvent être confrontées (problèmes cardiaques, AVC, urgence chirurgicale, épisode infectieux aigu, accident de la circulation...). Outre les évidentes considérations éthiques, il s'agit également de gagner la confiance des populations marginalisées, condition indispensable pour qu'elles acceptent de fréquenter les lieux de soins et soient plus sensibles aux messages sanitaires dispensés.

Des financements spécifiques à partir du Fonds dédié et l'engagement d'associations et de médecins motivés (type Médecin Sans Frontières, Médecins Du Monde) seront certainement nécessaires pour mettre en place ce dispositif.

Pistes pour la mise en œuvre et coordination des actions

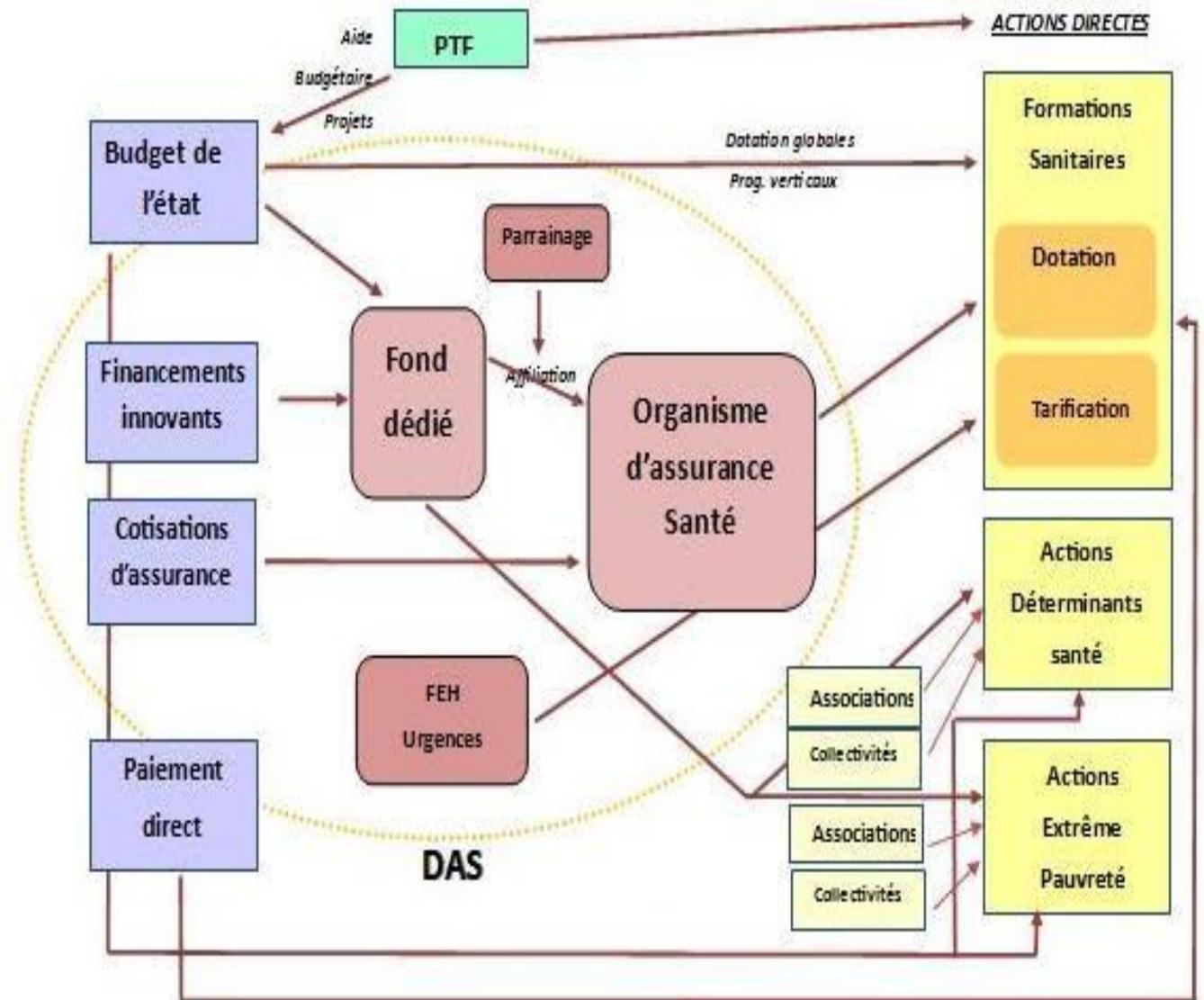
Assurer la mise en œuvre de toutes les interventions en matière de prestations socio-médicales de la population vivant dans des situations de pauvreté requiert une volonté politique et un engagement au niveau institutionnel et associatif. Il est essentiel de renforcer la coordination et l'harmonisation entre tous les acteurs concernés durant toutes les interventions (à court et à moyen terme) pour un meilleur accès des populations à des services socio-médicaux de qualité. Cela nécessitera un travail de collaboration étroite entre tous les ministères (central et déconcentré/national et régional), les ONG, la société civile et les partenaires internationaux. Compte tenu de la multiplicité des acteurs, les mandats et les champs d'intervention devront être soigneusement définis.

Dans la mise en œuvre de cette stratégie, le MinSanP avec l'appui des partenaires du secteur de la santé, sera amené à mettre en place des mécanismes de suivi qui permettront d'évaluer les progrès réalisés et les principaux facteurs déterminants des résultats en termes de santé et d'intégration sociale.

Au sein du fonds dédié (cf. OS1), des financements seront explicitement réservés à l'ensemble de ces actions à l'endroit des populations en extrême pauvreté.

SCHEMA FINANCIER

Du point de vue financier uniquement, l'analyse développée dans chacune des Orientations Stratégiques peut être résumée à partir du schéma ci-dessous.



- Sur la partie droite du schéma figure les actions à mener : assurer un bon fonctionnement des formations sanitaires, mener des actions sur les déterminants de la santé, réaliser des actions de santé en direction des populations extrêmement pauvres
- Sur la partie gauche, figure les sources de financement : budget de l'Etat, financements innovants, cotisations d'assurances santé, paiement direct
- En intermédiaire, figurent les divers mécanismes d'assurances santé : caisse nationale, mutuelles de santé, OSIE
- Le Fonds dédié est un organisme abondé d'une part par les financements innovants et d'autre part par une réaffectation des fonds de gratuité des services, les transferts monétaires conditionnels et les mécanismes de Bons ;

- Le FEH est les Fonds d'Équité Hospitalier
- Le mécanisme de « parrainage » est présenté au niveau de l'OS1 et 4
- Les PTF peuvent apporter leurs financements au niveau du budget de l'État (Projets et programmes, aide budgétaire) ou par le financement d'actions directes
- Le paiement direct ici, après mise en place des mécanismes de prépaiement, ne concerne que l'éventuel ticket modérateur.

Ce schéma rappelle la cohérence des mécanismes de prépaiement et de leurs financements : en ce sens, on peut réellement parler d'un véritable Dispositif d'Assurance Santé (DAS) apportant une couverture à l'ensemble de la population et, partant d'un accès amélioré aux soins de santé.

LE DISPOSITIF INSTITUTIONNEL DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA SN-CSU

Il convient tout d'abord de rappeler que ceux qui mettront en œuvre les activités concourant à la CSU sont les différents acteurs suivant : directions centrales et régionales des Ministères concernés, ONG et associations, prestataires services de santé et sociaux, acteurs privés à but lucratif... avec l'appui, dans un certain nombre de cas, des partenaires techniques et financiers (PTF) selon les rôles qui leur sont dévolus et qui verront parfois leur rôle redéfini ou renforcé dans le cadre de la SN-CSU.

La Cellule d'Appui à la mise en œuvre de la CSU (CA-CSU)

Afin d'éviter la dispersion des activités et s'assurer que toutes ces activités contribuent efficacement à la mise en œuvre de la CSU, et compte tenu de son caractère intersectoriel, il y a un besoin de coordination et d'innovations. Ces fonctions seront assurées par une unité opérationnelle d'appui à la mise en œuvre de la CSU. Cette Cellule devra assurer les missions suivantes :

- Contribuer à la mise en œuvre des axes stratégiques de la SN-CSU, ce qui signifie notamment :
 - S'assurer de la cohérence des activités menées en amenant les différents acteurs à se concerter. Cette mission de coordination dans un dispositif intersectoriel est essentielle ;
 - Impulser la faisabilité d'actions nouvelles et innovantes ;
 - Veiller à l'implication de tous les acteurs concernés, y compris les populations ;
- Contribuer à la recherche d'une aide extérieure pérenne pour la CSU ;
- Soutenir l'action des acteurs responsables des activités CSU.

Cette Cellule est au service des acteurs responsables des activités CSU, afin que ceux-ci soient à même de mieux remplir les fonctions :

- Coordonner les formations concernant la CSU, notamment aux niveaux périphériques ;
- Assurer l'information auprès des différents acteurs et personnels responsables des activités CSU, notamment au niveau périphérique (diffusion de la SN-CSU, information sur les expériences des autres pays, etc.) ;
- Réaliser des tâches spécifiques : cette unité sera en charge des tâches suivantes :
 - Elaborer le budget annuel consacré à la CSU en rassemblant l'ensemble des dépenses consacrées à la CSU tant au niveau du budget de l'État que des dépenses

- réalisées par d'autres acteurs (organismes d'assurances, collectivités territoriales), de sorte à faciliter sa présentation à l'Assemblée Nationale ;
- Elaborer et alimenter en information les indicateurs de suivi de la mise en œuvre de la CSU. Cette unité, en concertation avec toutes les parties prenantes, devra élaborer puis mesurer des indicateurs de résultats concernant la CSU. Une attention toute particulière sera accordée à la prise en compte de l'équité. Les indicateurs retenus seront spécifiques à Madagascar. Toutefois, afin d'assurer les comparaisons internationales, seront aussi pris en compte les indicateurs retenus au plan mondial tels que ceux qui figurent dans le document intitulé « *La couverture universelle en santé : suivi des progrès à l'échelon national et mondial : cadre, mesures et objectifs* » (OMS/Banque mondiale, mai 2014) ;
 - Contribuer à l'évaluation des activités menées dans le cadre de la CSU

Pour assurer ces tâches, cette Cellule d'appui sera dotée de plusieurs cadres techniques de haut niveau venant des différents ministères impliqués (au moins 6 cadres). Il s'agit de cadres nationaux ayant le statut de fonctionnaires. Cette structure permanente devra disposer des moyens lui permettant de remplir ses missions. Elle élaborera chaque année son plan d'action et son budget en collaboration avec les Ministères concernés. Elle pourra être appuyée par un Partenaire Technique et Financier.

Par ailleurs, cette Cellule d'Appui servira de secrétariat au Comité de Pilotage (cf. ci-dessous). Elle préparera, avec le Président de Comité de Pilotage, l'ordre du jour des réunions du Comité de Pilotage où elle assure le secrétariat.

En termes d'organigramme, cette Cellule d'Appui est rattachée au MinSanP, directement au niveau du Secrétaire général de ce Ministère. La tutelle sera assurée entièrement par cette hiérarchie qui rendra compte au Comité de Pilotage.

Le Comité de pilotage de la SN-CSU

La mise en œuvre effective de la SN-CSU nécessite un engagement fort de la part du Gouvernement en premier mais également de l'ensemble des forces vives du pays. Étant donné le caractère transversal de cette stratégie, un grand nombre des acteurs sont concernés et impliqués. Leurs efforts doivent être coordonnés afin que tous les moyens mobilisés soient les plus efficaces possibles.

Un Comité de pilotage sera créé. Il aura pour mission de s'assurer que la stratégie nationale pour la Couverture santé universelle se met en place conformément aux orientations stratégiques adoptées. Ce Comité sera composé des 5 Ministres des ministères concernées par la CSU (MinSanP, MFB, MEP, MPPSPF, MFPTLS), mais aussi du Ministre de l'Intérieur et de la Décentralisation, de représentants des collectivités territoriales décentralisées, de Représentants de la société civile et du secteur privé, des employeurs, Représentants de l'assurance santé, Représentants des PTF. Il est présidé par le Premier Ministre du Gouvernement (ou le Président de la République).

Ce Comité de pilotage se réunira au moins deux fois par an. Il examinera le rapport d'état d'avancement de la mise en œuvre qui lui aura été remis par l'unité opérationnelle d'appui à la mise en œuvre de la CSU. Il examinera les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre et les points sur lesquels des efforts doivent être faits. Il produira des recommandations qui seront autant de directives pour les acteurs concernés.

Ce Comité de Pilotage veillera à coordonner ses actions avec les mécanismes de suivi mis en place dans le cadre de la Politique Nationale de Protection Sociale.

CONCLUSION

A l'instar de plusieurs pays, Madagascar dispose ainsi d'« **une Stratégie Nationale sur la Couverture Santé Universelle** » (SN-CSU) qui détermine les grandes orientations pour les prochaines années. Cette Stratégie Nationale est articulée avec tous les autres documents envisagent d'une part le secteur de la santé et d'autre part la protection sociale dans son ensemble. Madagascar a conscience que le chemin sera long mais il entend s'engager résolument sur ce chemin, sous les instances des plus hautes autorités du pays.

Cette Stratégie Nationale devra être adaptée au fur et à mesure de sa mise en œuvre afin de tenir compte des différentes évolutions. Ces révisions périodiques doivent être considérées comme un signe de vitalité. Elles témoigneront des actions qui auront été menées.

Afin de ne pas perdre de temps pour la mise en œuvre effective de cette Stratégie Nationale, le gouvernement s'engage à :

- Diffuser la SN-CSU auprès de tous les acteurs concernés, notamment les personnels impliqués, les collectivités territoriales et les populations : un Plan de communication sera établi tout prochainement ;
- Mettre en place le plus rapidement possible les instances prévues du dispositif institutionnel et rendre disponibles, avec l'appui de ses Partenaires Techniques et Financiers, les moyens nécessaires ;
- Elaborer dans les meilleurs délais le premier Plan d'action consolidé ;
- Elaborer et mettre en place les indicateurs de suivi de la mise en œuvre de la CSU qui permettront également de mesurer périodiquement l'évolution de la CSU.

REFERENCES

- « Le financement de la santé – le chemin vers une couverture universelle », OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2010
- « Santé mondiale et politique étrangère », Résolution A/RES/67/81, ONU, 12 Décembre 2012
- « Bangkok Statement on Universal Health Coverage », Déclarations de Bangkok, 28 Janvier 2012
- « Mexico City Political Declaration on Universal Health Coverage: Sustaining universal health coverage: sharing experiences and promoting progress », Mexico, 2 avril 2012
- « Obtention de résultats et optimisation des ressources dans le secteur de la santé Un cadre-pays pour renforcer la collaboration et les synergies entre les ministères des Finances et de la Santé et leurs partenaires », Conférence ministérielle conjointe, Tunis, 4-5 juillet 2012
- Déclaration tripartite de Yaoundé sur la mise en œuvre du Socle de Protection Sociale, 8 octobre 2010
- Déclaration tripartite de Yaoundé sur la mise en œuvre du Socle de Protection Sociale, 8 octobre 2010
- OMS: www.unep.org/roa/hesa/portels/66/hesa/.../sana-Madagascar, 2007
- Objectifs de Développement Durable 2015-2030
- WHO – Global Health Expenditure Database (GHED)
« Structures durables de financement de la santé et couverture universelle », OMS, Résolution WHA 64.9, 24 mai 2011

- « Plan National de Développement 2015 – 2019 », Madagascar, Ministère de l’Economie et de la Planification, 2 avril 2015
- « Plan de Développement du Secteur Santé 2015-2019 », Madagascar, Ministère de la Santé Publique, février 2015
- « Politique Nationale de Santé – 2005 », actuellement en cours de révision
- Madagascar : Comptes Nationaux de Santé 2010
- Madagascar : Enquête Périodique auprès des Ménages 2010, Institut National de la Statistique de Madagascar
- Madagascar : INSTAT/ENSOMD 2012-2013
- « Politique Nationale de Protection Sociale », Madagascar, Ministère de la Population, de la Protection sociale et de la Promotion de la Femme, septembre 2015
- « Politique Nationale de Santé Communautaire à Madagascar », Ministère de la Santé et du Planning Familial, janvier 2009
- « Politique Pharmaceutique Nationale 2005 -2010 », Madagascar
- Madagascar 2014 Public Expenditure Review Education and Health ; Government of Madagascar, World Bank and UNICEF
- Etat des offres de service en santé maternelle, néonatale et en planification familiale des formations sanitaires de 15 régions, Madagascar, USAID/MCSP, 2014
- « Programme Général de l’Etat », Madagascar, Primature, mai 2014
- « Rapport de mise en œuvre des programmes », Rapport annuel 2013, Madagascar, Ministère de l’Economie et de la Planification
- « Lettre de Politique de Décentralisation et de Déconcentration – LP2D », Madagascar, décembre 2005

ANNEXES

ANNEXE 1



MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE

ARRETE N° 13525 /2015 -MSANP
fixant la création, la composition, les attributions et l'organisation du Comité Technique
« Couverture Sanitaire Universelle » en abrégé CT-CSU

LE MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE,

Vu la Constitution,
Vu la Loi n°2011-002 du 15 Juillet 2011 portant Code de la Santé ;
Vu la Loi n°2011-003 du 1^{er} Aout 2011 portant Réforme Hospitalière ;
Vu le décret n° 2015-021 du 14 janvier 2015 portant nomination du Premier Ministre, Chef du Gouvernement ;
Vu le décret n° 2015-030 du 25 janvier 2015 portant nomination des Membres du Gouvernement ;
Vu le décret n° 2015-088 du 10 février 2015 fixant les attributions du Ministre de la Santé Publique ainsi que l'organisation générale de son Ministère ;

ARRETE :

CHAPITRE PREMIER DISPOSITIONS GENERALES

Article premier.- Il est institué auprès du Ministère de la Santé Publique un Comité Technique « Couverture Sanitaire Universelle », en abrégé CT-CSU.

CHAPITRE II DE LA COMPOSITION

Article 2.- Le Comité Technique « Couverture Sanitaire Universelle » est composé de 16 membres, à savoir :

Au titre du Ministère de la Santé Publique :

- Le Secrétaire Général du Ministère de la Santé Publique représenté par le Point Focal CSU ;
- Le Directeur des Etudes et de la Planification ;
- Deux Assistants Techniques du Secrétariat Général en charge du dossier CSU ;
- Un Directeur Régional de la Santé Publique.

Au titre des autres Ministères :

- Un représentant de la Direction Générale de la Planification au Ministère en charge de l'Economie et de la Planification ;
- Un représentant de la Direction Générale du Budget au Ministère des Finances et du Budget ;
- Un représentant du Ministère de la Fonction Publique, du Travail et des Lois Sociales ;
- Un représentant de la Direction de la Protection Sociale au Ministère de la Population, de la Protection Sociale et de la Promotion de la Femme.

Au titre du secteur privé, des OSC, de la Mutualité :

- Un représentant de l'Ordre National des Médecins ;
- Un représentant d'Inter Aide ;
- Un représentant de la Plateforme des Organisations de la Société Civile de Madagascar ;
- Un représentant de « SALFA ».

Au titre des Partenaires Techniques et Financiers :

- Un représentant de l'Organisation Mondiale de la Santé ;
- Un représentant de la Banque Mondiale ;
- Un représentant de la Coopération Française (/AFD) ;
- Un représentant de l'USAID.

Article 3.- La présidence du Comité Technique CSU est assurée par le Secrétaire Général du Ministère de la Santé Publique représenté par le Point Focal CSU et sa Vice-présidence par le représentant du Ministère en charge de l'Economie et de la Planification.

Article 4.- Les membres du Comité Technique « Couverture Sanitaire Universelle » sont désignés en leur sein par leurs administrations et organisations respectives. Leur renouvellement intervient dans les mêmes modalités que ci-dessus.

Article 5.- Une décision du Ministre de la Santé Publique fixe la composition nominative du Comité Technique « Couverture Sanitaire Universelle » sur la base des informations communiquées par les Ministères et organisations qui y sont représentées. Une ampliation de cette décision est adressée à chaque entité membre et ce, à chaque changement intervenant dans la représentation d'une ou plusieurs administrations et/ou organisations.

Article 6.- Les fonctions de membre du Comité Technique « Couverture Sanitaire Universelle » sont gratuites.

CHAPITRE III DES MISSIONS & DES ATTRIBUTIONS

Article 7.- Le Comité Technique « Couverture Sanitaire Universelle » a pour mission, sous l'autorité du Ministre de la Santé Publique, d'élaborer la stratégie « Couverture Sanitaire Universelle » (CSU).

A ce titre il lui adresse des propositions portant notamment sur :

- L'élaboration et le suivi de la mise en œuvre de la feuille de route du Comité Technique CSU ;
- La conduite de l'analyse de situation en se calant sur les études disponibles et/ou à réaliser ;
- L'exploitation des résultats des études portant sur la conception de la CSU ;
- Les choix/options à faire/retenir sur les aspects institutionnels, organisationnels, techniques ; juridiques, financiers de la stratégie CSU ;
- Les dispositions institutionnelles à adopter en vue d'assurer la mise en place de la CSU.

CHAPITRE IV DE L'ORGANISATION & DU FONCTIONNEMENT

Article 8.- Le Comité Technique « Couverture Sanitaire Universelle » établit, sur la base des instructions et indications données par le Ministre de la Santé Publique, son plan de travail en conformité avec la Feuille de Route CSU validée par les pouvoirs publics.

Article 9.- Dans le cadre fixé à l'article 7, le Comité Technique « Couverture Sanitaire Universelle » organise librement son travail. Il peut notamment prendre l'initiative de mettre en place des groupes de travail dont il fixe la composition, organise et supervise les activités. Il peut bénéficier d'une assistance technique extérieure mise en place avec le concours des partenaires techniques et financiers.

Article 10.- Le Comité Technique « Couverture Sanitaire Universelle » se réunit sur convocation de son Président. Le nombre de réunions ne peut être inférieur à une par mois. Il est interdit de se faire représenter aux réunions du Comité Technique « Couverture Sanitaire Universelle. »

Article 11.- L'ordre du jour des réunions du Comité Technique « Couverture Sanitaire Universelle » est fixé par le Président.

Article 12.- La convocation transmise par tout moyen à convenance fixe la date, le lieu et l'ordre du jour de la réunion.

Article 13.- Les réunions du Comité Technique « Couverture Sanitaire Universelle » ne sont pas publiques. Toutefois le Président peut, en fonction de l'ordre du jour, inviter des personnes ressources à y participer à titre consultatif.

Article 14.- Si le Comité Technique est appelé à donner des avis, ceux-ci sont pris à la majorité des voix des membres présents. En cas d'égalité la voix du Président est prépondérante.

Article 15.- Le Ministère de la Santé Publique est chargé de mettre en place un secrétariat du Comité Technique « Couverture Sanitaire Universelle ».

Article 16.- Chaque réunion du Comité Technique « Couverture Sanitaire Universelle » donne lieu à un procès-verbal qui est adressé à tous les membres du Comité qu'ils aient ou non pris part à la réunion au titre de laquelle a été établi ledit procès-verbal. Le procès-verbal, une fois approuvé et signé par le Président, est transmis à chacun des membres du Comité ainsi qu'au Ministre de la Santé Publique.

Article 17.- Le Comité Technique « Couverture Sanitaire Universelle » établit tous les trois mois un rapport qui dresse le bilan de son activité et fait le point sur l'état d'avancement de la démarche d'élaboration de la stratégie CSU.

Article 18.- Le Comité Technique « Couverture Sanitaire Universelle » établit son règlement intérieur.

Article 19.- Les frais de fonctionnement du Comité Technique « Couverture Sanitaire Universelle » sont supportés par le budget du Ministère de la Santé Publique nonobstant les appuis éventuels venant, en particulier, des partenaires techniques et financiers.

CHAPITRE V DISPOSITIONS DIVERSES & FINALES

Article 20.- Toutes dispositions antérieures contraires à celles du présent arrêté sont et demeurent abrogées.

Article 21.- Le présent arrêté sera enregistré, publié au Journal Officiel de la République et communiqué partout où besoin sera./-.

Antananarivo, le 07 APR 2015



Pr. ANDRIAMANARIVO Mamy Lalatiana

ANNEXE 2

MEMBRES COMITE TECHNIQUE chargé de l'élaboration de la Stratégie Nationale sur la Couverture Santé Universelle (SN-CSU)

Président : RANDRIANTSIMANIRY Damoela, Secrétaire Général du Ministère de la Santé Publique

Point Focal CSU Ministère de la Santé Publique : ANDRIAMBOAVONJY Adrien, représentant le président

Vice présidente : HAJARIZAFY Nirina représentant le représentant du Ministère de l'Economie et de la Planification

Membres :

- ANDRIANTSARA Guy, représentant l'OMS
- BELLAS CABANE Christine, représentant la France
- MAMISOA Herizo Lala, Secrétaire Général de l'Ordre National des Médecins
- NDRIANDAHY Mahamoudou, de la Plateforme Nationale de l'Organisation de la Société Civile de Madagascar
- RAHAJARISON Andry, représentant l'USAID
- RAJAOARISOA Sylvie, représentant le Ministère de la Santé Publique
- RAJOELA Voahirana, représentant la Banque Mondiale
- RAKOTOMALALA Mirana, représentant le Ministère de la Population, de la Protection Sociale et de la Promotion de la Femme
- RAKOTONDRABE Nivoarisoa Zoliarinoro, représentant le Ministère des Finances et du Budget
- RAKOTONDRAVELO Holinarisanta, représentant le Ministère de la Santé Publique
- RANDRIAMIARAMANANA Hajaniaina, représentant le Ministère de la Fonction Publique, du Travail et des Lois Sociales
- RASAMOELY Victorien, représentant la Direction Régionale de la Santé Analamanga
- RASOARIMANANA Sahondra, représentant la SALFA
- RAZAFIMAHANDRY Jean Claude, Point focal CSU au niveau de la Primature
- RAZAFINISOA Nombana, représentant l'OIT
- SIMONIN Agathe, représentant ONG Interaide
- VOLOLONTSOA Tiana Lalaoarijaona, représentant le Ministère de la Santé Publique

Consultants en appui au comité :

- Jean PERROT, consultant réseau P4H
- Hamadou NOUHOU, consultant OMS

Personnes ressources :

- Docteur RALAINIRINA Paul Richard, représentant l'UNICEF
 - Docteur RAZAFIMAHEFA Mbolatiana, représentant PSI
 - Docteur Djorge Gikic de l'ONG Pivot
 - GARCHITORENA Andréas, de l'ONG Pivot
- Docteur RALALAH, représentant la DRSP Vakinankaratra

Que soit également remercié Monsieur Christian Abonnel, expert technique international en appui au Secrétaire Général du MinSanP, pour son implication lors du démarrage du processus d'élaboration de la SN-CSU