



# Mission d'appui technique sur les modalités de mise en œuvre du dispositif d'assurance santé à Madagascar

## **Rapport de fin de mission** **Etape 1: Collecte d'informations**

Mission du 26/4 au 6/05 2016

Evariste Lodi, Expert santé publique  
Justin Sossou, Expert économiste et analyste financier  
Virgile Pace, Expert juridique  
François Boillot, Expert en financement de la santé

La mission a été accompagnée de MM. Martina Pellny, GIZ, et Claude Meyer, OMS  
Tous deux représentant le réseau P4H

## Sommaire

Sommaire .....	2
1. Introduction .....	3
2. Eléments clé du contexte .....	5
3. Mise en place de la CSU – observations à l’issue de l’étape 1 .....	8
Considérations générales .....	8
Définition des services à couvrir par le DAS .....	9
Montage institutionnel de mise en œuvre du DAS .....	13
Le Fonds dédié .....	13
Le Conseil d’administration du Fonds .....	16
La Caisse nationale de solidarité en santé .....	17
Financement du DAS .....	19
Aspects juridiques .....	20
4. Conclusion (provisoire).....	25
Annexe : Personnes rencontrées lors de la mission .....	27
Annexe - Présentation de fin de première étape .....	31

## 1. Introduction

Madagascar occupe en 2015, le 5<sup>ème</sup> rang du classement des pays qui produisent le moins de richesse par habitant avec un PIB par tête de 393 USD. Le Produit Intérieur Brut (PIB) du pays est de 9,5 milliards USD pour une population de 24,2 millions d'habitant. L'économie affiche une croissance lente, estimée à 1% par an au cours des cinq dernières années, inférieure à la croissance démographique, et bien en dessous de la moyenne de la région subsaharienne. Le revenu par habitant en 2014 a chuté aux environs de 400 USD (constants de 2005), ce qui représente une baisse d'environ 20% par rapport à 1970, année où le revenu par habitant a atteint son plus haut niveau depuis l'indépendance. Le pays sort lentement d'une crise politico-économique qui a duré de 2009 à 2014 et dont l'impact institutionnel a par ailleurs été considérable.

Le Gouvernement malagasy s'est engagé dans l'élaboration d'une Stratégie nationale de Couverture Santé Universelle (SN-CSU) et a sollicité en 2015 l'appui du réseau P4H. Suite à une série de consultations de différents partenaires du gouvernement et de la société civile, la SN-CSU a été lancée en décembre 2015. Elle repose sur les six orientations stratégiques suivantes :

1. Protéger les individus et leur famille contre les risques financiers liés à leur accès aux services de santé
2. Améliorer la disponibilité effective en services de santé de qualité
3. Diminuer l'exposition de la population aux risques ayant une incidence sur la santé
4. Mobiliser les ressources financières pour la mise en œuvre de la Couverture santé universelle
5. Prendre davantage en considération les souhaits de la population
6. Faire accéder la population en extrême pauvreté à un socle de protection sociale et de santé

Dans le cadre de l'appui du réseau P4H et conformément à ses procédures de fonctionnement, la GIZ (Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit) fournit en synergie avec l'Agence française de développement une partie de l'appui technique destiné à mettre en place le dispositif d'assurance santé (DAS) amené à couvrir progressivement l'ensemble de la population malgache, selon la SN- CSU. Les objectifs fixés pour l'étude sont centrés sur les axes 1 et 4 de la SN-CSU :

1. Analyser les ressources financières existantes (publiques, PTF, mutuelles, OSIE, ménages, Fond d'équité) et potentielles (financements innovants) ;
2. Etudier les conditions d'opérationnalisation institutionnelle du DAS
3. Identifier les différentes options possibles de mise en place d'une structure institutionnelle, administrative et juridique du DAS
4. Définir des mécanismes de couverture en termes de panier de soins, en termes de mécanismes de paiement et en termes de Population à prendre en charge.

L'étude est suivie par le Comité de Pilotage de la SN CSU et la cellule de mise en œuvre de la CSU basés au MSANP et sous la direction du Secrétaire Général du ministère.

La mission en objet de cette note a pour but de permettre aux experts recueillir l'ensemble des informations nécessaires et d'engager le dialogue technique avec les acteurs nationaux. Elle a débuté le 27 mai 2016 après que les consultants venant de différents horizons se soient retrouvés à Antananarivo.

La présente note expose de façon succincte les premiers constats de la mission après la première étape de collecte d'informations qui s'est déroulée selon les termes de la proposition des consultants. Une première partie détaille les éléments du contexte identifié à ce stade pertinent par les consultants en vue de la mise en place des éléments prévus par la stratégie nationale de couverture santé universelle. Une deuxième partie fait le point des questions que soulèvent l'approche proposée par la stratégie et les termes de référence formulés par P4H pour en appuyer la mise en œuvre. Une troisième partie identifie les étapes suivantes sur base des constats. En annexe, une présentation faite aux différentes parties prenantes à l'issue de la mission fournit des illustrations aux propos énoncés dans le texte. Il y est fait référence dans le texte par le numéro de la diapositive.

La crise qui a affecté le pays entre 2009 et 2013 a laissé à sa suite un paysage politique en reconstitution. Entre la promulgation de la SN-CSU et la mission, un important remaniement ministériel a eu lieu, incluant un changement de Premier ministre. Si le Ministre de la santé est resté en poste, le secrétaire général du ministère, à la tête de la cellule de mise en œuvre de la CSU, a été remplacé.

## 2. Éléments clé du contexte

**Le contexte malgache est dominé par l'extrême pauvreté de la population.** Une analyse des indicateurs sociaux montre que la pauvreté extrême (consommation par habitant inférieure à 1,25 USD PPA de 2005 par jour) est passée d'un taux estimé à 77% en 2001 à 78% en 2012. Sur la même période, la pauvreté absolue (2 USD PPA par habitant par jour) est passée d'un taux estimé à 89% de la population en 2001 à 91 % en 2012.

**Madagascar a débuté sa transition épidémiologique mais non sa transition démographique. Le pays subit le double fardeau des maladies infectieuses et des maladies non transmissibles de longue durée dans un contexte de pauvreté extrême** (entre deux et trois Malgaches sur quatre selon les modes de calcul appliqués) **et de croissance démographique.** Ainsi, parmi les principales causes de mortalité, les accidents vasculaires cérébraux, les infections respiratoires basses, la tuberculose et les diarrhées constituent à elles seules le bras séculier de la maladie pour un tiers des causes de mortalité. La grossesse apparaît aux causes importantes de mortalité parmi les complications avant terme pour la mère, et obstétricales pour l'enfant. La malnutrition figure également parmi les 10 principales causes de mortalité (dia 3) .

**L'accès, en particulier financier, aux soins de santé reste un des grands défis du système de santé malgache.** Les enquêtes en population révèlent qu'en termes de disponibilité de l'offre de soins, la distance constitue un obstacle pour 13 % de la population. L'obstacle majeur est clairement d'ordre économique dans la mesure où un quart de la population annonce ouvertement ne pas utiliser de soins de santé pour des raisons financières. Ce quart de la population privée de soins est certainement sous-estimé dans la mesure où seulement 1 % de la dépense des ménages est alloué aux soins de santé. On peut ainsi se demander dans quelle mesure la moitié de la population qui estime que son problème n'est pas grave, compte tenu de la pression morbide décrite plus haut, ne cache pas la pudeur d'un nombre important de personnes n'osant pas avouer se priver de soins pour raisons économiques (dia 4). Ces privations de soins surviennent malgré des mesures de gratuité sur certaines composantes du panier de soins (vaccination, tuberculose, lèpre, grossesse, etc. – certaines mesures encadrées par la loi<sup>1</sup>) ou au bénéfice de certains publics (Fonds d'équité dans le cadre du Fonds d'achat non stop des médicaments essentiels – FANOME, en lien avec la Politique nationale de santé communautaire <sup>2</sup> ). Pour atténuer l'obstacle économique, les soins sont subventionnés de manière transversale en secteur public par le fait que les salaires des soignants sont exclus de l'assiette du recouvrement des coûts. Malgré la politique nationale de contractualisation, l'ensemble des coûts des soins – personnel et médicaments, sont par contre recouverts en secteur privé, y compris dans les formations confessionnelles (25% de l'offre) qui dans un but social offrent les programmes gratuits, accentuant ainsi la pression financière sur les non-bénéficiaires desdits programmes.

Une confirmation de l'obstacle économique et de son amplitude est fournie par les données empiriques du système national d'information sanitaire qui illustre le quasi-doublement de la consultation primaire curative lors de l'épisode de gratuité promulgué

---

<sup>1</sup> Certaines de ces mesures sont encadrées par la loi 2011-002 portant code de la santé

<sup>2</sup> Ainsi, la Politique de santé communautaire prévoit-elle l'implication des agents communautaires pour l'identification des indigents éligibles au Fonds d'équité.

pendant un an après la crise de 2002. Lues en taux rapporté à la population, ces données révèlent également qu'aucune autre stratégie, dont la plupart ont été centrées sur l'offre de soins, n'a été en mesure jusqu'ici d'obtenir un tel effet sur l'utilisation des soins de santé. (dia 5).

**Dans le contexte malgache, la vulnérabilité sanitaire est intimement liée aux autres causes de vulnérabilité ; elle justifie une réponse multisectorielle.** La question de la vulnérabilité, au centre des préoccupations en termes de protection sociale, ne fait que depuis peu (Politique nationale de protection sociale, septembre 2015) l'objet d'un consensus avec d'une part l'état de la réflexion au niveau international tel que porté par le Rapport mondial sur le développement humain (2014), et d'autre part la mesure de cette vulnérabilité faite au niveau national par les services de l'institut national de la statistique (INSTAT). La lecture de ces dernières révèle que la nature de la vulnérabilité en santé, contrairement aux autres dimensions de la vulnérabilité, est très peu connue faute jusqu'ici de demande de ce type d'informations par les secteurs techniques. Elle suggère également que dans le contexte national, se met en place une spirale délétère de vulnérabilité, dans laquelle un choc économique va nécessairement entraîner une baisse de la consommation de soins de santé qui va résulter en une perte de santé, mais que par ailleurs, un choc sanitaire va entraîner une perte de productivité, elle-même à l'origine d'une baisse de la consommation de soins, etc. (dia 6).

Les statistiques nationales révèlent que la santé constitue la troisième cause de vulnérabilité, loin derrière les causes liées au climat ou à l'environnement. L'articulation entre les deux est illustrée par l'évolution annuelle de la consommation de soins de base telle que reflétée par les recettes du fonds d'achat non-stop des médicaments essentiels (FANOME) au niveau des soins de santé de base. Les années de bonnes récoltes, on observe un pic de consommation après chacune des deux récoltes annuelles (exemple 2011) mais une baisse importante de consommation lors des périodes de soudure, qui illustre l'inaccessibilité aux soins à ces moments-là. Les années de mauvaises récoltes (exemple 2010) le niveau des périodes de soudure est constant tout au long de l'année. Ces observations amènent logiquement à s'interroger sur le rôle qu'a pu jouer cette absence de filets sociaux dans le déclenchement ou l'entretien de crises comme celle de 2009. La question mérite probablement d'être approfondie avec les services de l'INSTAT pour renforcer le plaidoyer politique en faveur de la protection sociale santé (dia 7).

**La fragmentation de l'offre de soins, des mécanismes de financement et des niveaux de couverture souligne la complexité du système ; elle appelle ainsi des approches adéquates qui ne sauraient se mettre en œuvre rapidement.** L'analyse succincte et certainement incomplète réalisée par la mission des flux de financement et de prestations de services entre les différents acteurs du système de santé révèle a) un nombre important d'acteurs et de transactions entre ceux-ci, et b) d'importantes variations de couverture entre les différents groupes de bénéficiaires, fonction des niveaux d'organisation sociale de ces dernières leur permettant de faire valoir leurs droits, et de leur niveau économique global. Ces observations qualifient le système de santé de système complexe selon les termes aujourd'hui acceptés par l'OMS<sup>3</sup> (dia 7).

---

<sup>3</sup> De Savigny D, Adam T. 2009. Systems Thinking for Health Systems Strengthening. Geneva: Alliance for Health Policy and Systems Research, World Health Organization

**Les moyens du secteur sont faibles, laissant en l'état peu de marge pour l'extension de la couverture, et exposant la pérennité de domaines critiques comme le médicament à caractère social.** L'analyse du contexte macro-économique du secteur s'appuie sur la Revue des dépenses publiques dans les secteurs sociaux réalisée en 2014. Elle illustre de façon criante la faiblesse des moyens mobilisés dans la réponse aux problèmes sanitaires. La dépense totale de santé ne représente que 4 % du produit intérieur brut, et un tiers de celle-ci échappe à l'action publique puisque reposant sur les usagers. Si la santé représente près de 10 % des dépenses totales du gouvernement, 80 % en sont aujourd'hui portés par des financements extérieurs, illustrant la dominance des préoccupations internationales dans la politique de santé du pays. Par ailleurs, 85 % de la dépense publique de santé étant affectés à la solde des agents de la fonction publique, un maigre 15 % reste à partager entre 23 millions d'usagers des services de santé. L'analyse du Tableau des Opérations Financières de l'Etat (TOFE) montre que 40% du budget général de l'Etat est financé par l'aide internationale. La faiblesse du ratio dette publique/PIB (37,3% en 2014) et des recettes fiscales (9,7% du PIB en 2014) a contribué à limiter les investissements publics nécessaires au développement et à la bonne prestation des services publics. La capacité financière de l'Etat a chuté à travers la baisse des recettes fiscales et un retrait partiel de l'aide. Si les régies fiscales (Directions générales des impôts et des douanes - DGI et DGD) ont amélioré leurs performances en 2009 et 2010, notamment le recouvrement de la TVA, celle-ci reste en-deçà de celle observée dans la majorité des pays africains, y compris pauvres et à économie à prédominance agricole, comme le Mozambique et la Tanzanie. Il est aussi important de souligner que l'effort fiscal est sous-estimé. En effet, des revenus non fiscaux importants sont collectés par les entreprises ou agences publiques, sans remonter dans le budget. Bien que ces montants soient difficiles à cerner car éparpillés dans de multiples agences et établissements publics, un ordre de grandeur de 200 milliards d'Ariary (soit plus de 1% du PIB) n'est pas irréaliste.

L'analyse de la distribution des profits qui en sont tirés par la population souligne l'importante iniquité dans la distribution de ces derniers : le bénéfice tiré par le quintile le plus aisé de la population est plus du double de chacun des autres quintile, et plus de trois fois celui des deux quintiles les plus pauvres. De fait, l'indice de Gini qui illustre l'inégalité<sup>4</sup> est passé de 0,39 en 2001 à 0,47 en 2012. Une conséquence critique de ce faible niveau de dépenses de santé et de son inégale distribution se trouve au niveau du marché du médicament à caractère social, particulièrement faible à Madagascar. En comparaison avec un pays comme le Burkina Faso par exemple dans la richesse nationale est une fois initiale de Madagascar pour une population d'environ la moitié, la consommation par habitant de médicaments à Madagascar est le quart de celle du Burkina (dia 9).

**La politique de santé de Madagascar, actuellement en révision, a jusqu'ici été dominée par une logique de besoins, sans considération particulière des moyens nécessaires pour les satisfaire.** Un tel profil se traduit un déséquilibre dans son élaboration entre les plaidoyers et la fonction régulatrice qui normalement incombe à l'État. Ainsi, la politique ne définit aucun arbitrage entre la dimension de disponibilité des soins à la population et la complexité du panier de services qui lui est livré, deux dimensions plus spécifiques du rôle de l'État dans la santé. Elle ne fait aucune mention de la couverture des coûts supportés par l'utilisateur, qui manifeste l'intersection entre

---

<sup>4</sup> Il varie de 0 à 1, 0 correspondant à l'égalité la plus grande, et 1 l'inégalité la plus grande

l'action sanitaire et l'action sociale de l'État. La formulation de directives claires dans les trois dimensions constitue un enjeu essentiel de l'expression de la volonté politique, et donc de la formulation de la nouvelle politique de santé. Par ailleurs, Madagascar ne dispose aujourd'hui d'aucune stratégie de financement de la santé qui en particulier arbitre les dimensions de développement pour davantage de couverture, et de réforme pour davantage d'efficacité du secteur. Le secteur ne dispose également d'aucune orientation permettant d'arbitrer la location des financements publics entre les investissements et les dotations au fonctionnement du secteur qui permettent en particulier la continuité des soins. Enfin, aucune orientation n'est fournie aux planificateurs permettant d'intégrer les plans nationaux dans le cadre de la loi organique des lois de finances, et ainsi améliorer l'efficacité et l'efficacité de la dépense publique en santé. La formulation d'une stratégie de financement de la santé, qui articule les orientations de la politique de santé et les dispositions du plan sectoriel apparaît ainsi une priorité. Cette stratégie permettra de cadrer les volumes de financements qui seront alloués aux dispositifs à venir de protection sociale en santé (dia 10).

**Le plan de développement du secteur santé reflète encore mal les orientations de la SN-CSU promulguée après l'adoption de celui-ci.** En termes stratégiques, le PDSS (selon les priorités énoncées) se limite à a prioriser la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile tout en recherchant la mise en œuvre de la couverture santé universelle. **Le plan sectoriel ne prend pas acte de l'ampleur des financements externes dans la dépense publique de santé, et n'exprime pas l'ambition de réduire cette part par un accroissement de la dépense publique et/ou des gains d'efficacité dans le secteur.** Dans le contexte défini par la loi organique sur les lois de finances, **la structure du plan sectoriel risque également de constituer un obstacle à des gains d'efficacité au niveau du secteur permettant de dégager des financements nécessaires.** Les objectifs de ressources sont en effet élevés au même niveau que les grands domaines de l'action sanitaire. En élevant l'objectif de moyens au même niveau que l'objectif de résultat, le risque est ainsi grand de perdre de vue que les moyens sont au service du résultat, et ainsi consolider le développement et le coût d'une offre de soins qui laisse reposer sur les usagers la responsabilité de financer son fonctionnement. Cette lecture, à l'opposé de la logique couverture universelle dont pourtant le plan se revendique, souligne l'urgence de disposer d'une stratégie de financement de la santé qui permette l'arbitrage, l'intégration et le gain d'efficacité (dia 11). En termes d'horizon, la priorité donnée à la mise en œuvre de la couverture santé universelle sur la période du plan donne cependant suffisamment de marge de manœuvre pour développer les mécanismes de mise en œuvre de la stratégie consolider et leur passage à l'échelle nationale dans le cadre du plan suivant.

### 3. Mise en place de la CSU – observations à l'issue de l'étape 1

#### Considérations générales

Suite à la publication de la SN-CSU mi décembre 2015, le MSANP s'est au début 2016 engagé dans le développement du DAS et a mis en place un Comité ad hoc constitué de membres de la Cellule CSU élargie à des Partenaires techniques et financiers (PTF). A ce comité a été assignée la mission d'assurer le démarrage de la CSU et d'appuyer la cellule dans l'élaboration du plan de mise en œuvre des six orientations stratégiques de la



stratégie. Pour assurer cette mission, le comité ad hoc s'est subdivisé en 4 sous-comités : Prestations, Financement, Mécanisme et Communication, qui ont partagé l'avancement de leurs travaux avec la mission. Les différents experts de la mission ont pu rencontrer les interlocuteurs clés du périmètre de leur spécialité, commencé à étudier les différents documents clé et statistiques du secteur, et engagé la réflexion sur la mise en place du DAS.

La mission a ainsi fait le constat d'un engagement avancé de la partie nationale dans le processus, et des réflexions élaborées selon les axes de ses propres termes de référence lui ont été présentées. Cette observation soulève la **question de la pertinence à maintenir une approche de type consultance**, basée sur la livraison d'un produit. Le risque de maintenir l'approche actuelle pour la mission réside dans la baisse de l'énergie engagée par la partie nationale dans le processus, et une perte de la dynamique actuelle. Un ajustement des termes de référence des consultants vers une approche plus participative (assistance technique) serait nécessaire.

La mission note une **absence de vision technique globale du secteur commune aux différents acteurs**, soulevant un enjeu de compréhension de la situation pour guider l'action, et dans ce contexte, la présence de diverses appréciations et visions de la situation et des priorités sanitaires, thématiques et politiques, fonction elles-mêmes d'une perception, d'un plaidoyer ou d'un agenda. Cette observation est importante dans la mesure où le succès dépendra de la capacité des différentes parties prenantes à s'aligner autour d'une vision commune, qui prenne en compte de manière équilibrée la réponse aux problèmes sanitaires proportionnellement au poids qu'ils représentent et à la faisabilité technique de dérouler une réponse structurante. Cette absence de vision partagée sur le secteur, combinée aux faiblesses décrites plus haut, transparaît dans les travaux de la Cellule CSU présentés à la mission.

La collecte des informations devant faire l'objet de l'analyse pour la détermination du panier de soins a été faite lors des rencontres, divers entretiens et quelques visites de terrain. La mission n'a cependant pu obtenir l'ensemble des informations recherchées malgré l'aide de la Cellule CSU. Cela à cause notamment de l'inexistence ou l'obsolescence de certains textes importants au sein du MSANP (liée entre autres à la crise traversée par le pays), à des problèmes organisationnels ayant contraint l'accès à certains acteurs clés, aux promesses non tenues d'envoi des documents par certaines parties prenantes, mais également à la durée de cette étape de la mission qui n'a pu permettre d'accéder à tous les services requis. Nous détaillons ci-dessous l'état de la collecte d'information dans les trois domaines de l'étude.

### Définition des services à couvrir par le DAS

Pour l'essentiel, les informations recherchées portaient sur l'offre (dans toutes ses dimensions) au niveau des structures de base et de référence, l'utilisation de cette offre et les soins aujourd'hui couverts par les régimes d'assurance et d'assistance en place. En termes de structuration de l'offre de services, la mission fait le constat d'une normalisation limitée à ce jour de plusieurs soins faisant l'objet de mesures de gratuité ou de subventionnement, qui inclue des coûts paramétriques de toutes les ressources mobilisées<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> Consommables médicaux, équivalent plein temps de ressources humaines, quota de coûts fixes (amortissement des infrastructures et maintenance des bâtiments et équipements).

Parmi les informations importantes qui n'ont pu être recueillies figurent :

- la tarification des prestations au niveau des structures de référence. En l'absence/inexistence d'un document normatif / texte réglementaire édicté par le MSANP et fixant les tarifs ou définissant la fourchette tarifaire des prestations, chaque structure applique ses propres tarifs, observation qui n'est pas de nature à faciliter le calcul des coûts variables. Par ailleurs, peu de travaux d'analyse des coûts de prestation aux différents niveaux ont pu être retrouvés au niveau du MSANP, qui intègre consommables, équivalent plein temps de ressources humaines, et provision pour la maintenance et l'amortissement des infrastructures.
- l'état des lieux en termes d'organisation, de fonctionnement et des soins actuellement couverts par les régimes d'assurance (CNAPS, OSIE, fonction publique<sup>6</sup>) et d'assistance en place (gratuités, Bons / chèques santé, Transferts conditionnels) ;
- des précisions sur les programmes PBF/FBR actuellement en place dans le cadre des projets PAUSSENS/BM, PASSOBA/UNICEF (périmètre, coûts couverts, coûts de transaction, résultats, etc.) ;
- les informations sur la qualité des prestations dans toutes ses dimensions ;
- la carte sanitaire. La compréhension par les acteurs nationaux du concept de carte sanitaire est apparu flou ; les données présentées comme « carte sanitaire » se limitent aux chiffres de population couverte par les formations sanitaires publiques de base<sup>7</sup>, sans considération ni d'une part des formations sanitaires privées / confessionnelles et des établissements de référence jouant largement un rôle primaire au moins pour leur voisinage, ni d'autre part du niveau d'opérationnalité de celles-ci (capacité à fournir les programmes prévus par les plans sanitaires). Nous notons également que le PDSS ne prévoit ni le développement d'une carte sanitaire comme instrument de planification, ni la réalisation d'enquêtes type SARA pour au moins avoir une base d'informations sur la capacité des établissements à fournir les services essentiels ou la disponibilité opérationnelle de ceux-ci au niveau des territoires.
- les rapports périodiques / annuels de performance du secteur (revues annuelles conjointes de performance, etc.) ;
- les documents utiles sur le suivi évaluation, l'analyse des tendances par les partenaires

Des promesses de transmission ont été faites pour certains de ces documents. Pour d'autres, nous maintenons contact avec l'une ou l'autre catégorie d'acteurs pour pouvoir en disposer.

---

<sup>6</sup> assimilée en l'occurrence à une couverture assurantielle selon la logique où 'l'état est son propre assureur'

<sup>7</sup> Comme par exemple celles utilisées pour les campagnes de vaccination, éléments d'une carte sanitaire mais qui ne sauraient s'y réduire

Par ailleurs, les enquêtes de l'INSTAT qui mesurent la vulnérabilité de la population, si elles sont riches sur les causes de la vulnérabilité d'origine environnementale ou climatique, ne contiennent aucune information sur les causes de la vulnérabilité sanitaire, en particulier si celle-ci est liée à la mort et aux éventuelles cérémonies qui y sont rattachées, à la maladie et à l'accès aux soins. Cette lacune constitue un obstacle clair à des propositions de solutions d'appui à la résilience dans le domaine de la santé qui soient fondées sur l'expérience empirique plutôt que sur des analyses génériques.

Du point de vue de l'expert santé publique, un effort remarquable a été fait par les acteurs nationaux pour avancer dans l'opérationnalisation de la stratégie. Ce qui change en partie le contenu des termes de référence de sa mission qui se situe, comme cela a déjà été évoqué plus haut, autant dans une logique d'accompagnement qualitatif du travail accompli que dans celle de proposition des produits à valider. Dans cette perspective, les principaux commentaires en termes de contributions apportées au sous-groupe « Prestations de services » lors de la rencontre de partage de ses productions qu'au cours de deux séances de travail qui ont suivi peuvent, pour l'essentiel, être résumées comme suit :

- la démarche largement participative utilisée pour l'identification/priorisation des affections à prendre en charge par l'assurance sur la base des critères du poids de morbidité et de la gravité est globalement bonne mais elle aurait gagné à être élargie à d'autres critères tels l'impact socio-économique, la perception sociale, l'évolution dans le temps, ou le fait que les services retenus soient déjà proposés comme traceurs pour la CSU ;
- pour des raisons de facilité opérationnelles, il est plus judicieux de définir le panier de biens et services de santé ou panier de soins de base à garantir aux assurés au niveau des CSB et des structures de référence plutôt que des paquets de pathologies tel que fait par le sous-comité ;
- les réflexions sur le choix des sites de démarrage de la CSU gagneraient à aller au-delà de l'offre publique en prenant en compte le secteur privé non lucratif, particulièrement l'offre des formations sanitaires confessionnelles qui représenteraient 20 à 25% de l'offre globale de soins à Madagascar ;
- les coûts des paquets proposés, visiblement très élevés (à la limite irréalistes) mériteraient d'être reconsidérés tant en termes de complétude (coûts variables et fixes) qu'en termes de sources de financement (en ce compris les coûts dont les financements sont garantis actuellement) ;
- même si l'inclusion des démunis fait l'objet de la composante 6 de la SN-CSU hors du champ des termes de référence de la mission, la dimension « équité » en termes d'accès physique, financier et socioculturel des plus démunis à l'offre de soins de qualité, ainsi que les pathologies affectant possiblement davantage les plus pauvres, ne devrait pas être laissées pour compte dans les réflexions sur les stratégies visant à assurer la disponibilité effective du panier, au risque de renforcer l'iniquité de l'offre de soins décrite précédemment.

La mission a également fait le constat de positions diverses sur le périmètre du panier de services à couvrir, en particulier entre les services du MSANP et ceux de la Primature. Dans ce contexte les acteurs locaux expriment cependant un désir d'avancer rapidement

vers des premières mesures visibles. Cette situation contrastée entre bases fragiles et désir de résultats rapides crée une situation de risque maximum sur les plans stratégique (risque de ne pas atteindre les objectifs), financier (risque de gaspiller des ressources limitées), et réputationnel (risque de saper durablement la confiance des bénéficiaires utilisateurs des services et des partenaires financiers). **La réception de la mission par le Président de la république a permis de cadrer la volonté politique et de prendre note de la détermination du Président sur le dossier de la CSU. Le Président a clairement énoncé sa volonté de mise en place d'un système qui soit pérenne et dont les approches permettent de structurer durablement le secteur. Il a ainsi invité les différents acteurs à avancer prudemment mais sûrement.** Dans le contexte, la précision de la volonté présidentielle par un document écrit constituerait un atout certain.

La suite de l'intervention du consultant pourrait s'envisager de la manière suivante :

- finalisation de l'inventaire des options et priorités pour le paquet, qui incluent sans nécessairement s'y limiter :
  - Financer selon l'approche DAS la promesse existante mal tenue de gratuité (en particulier les obligations créées par les lois actuelles) : enjeu de confiance des usagers dans le dispositif à venir, garante de son succès et de sa pérennité. Cette notion est importante, car la mission a pu recueillir des indications sur la faible résilience des usagers du système aux dégradations temporaires de celui-ci : la fréquentation diminue brutalement et met plusieurs mois à revenir au niveau précédent.
  - Réponse à des enjeux de santé (mortalité / poids de la maladie) : enjeu de pertinence sanitaire
  - Contrôle des externalités identifiées : enjeu de maîtrise du risque sanitaire et des coûts y afférents,
  - Privilégier les interventions éligibles à l'approche DAS et intégrer les financements existants qui utiliseraient déjà une approche voisine : enjeu opérationnel,
  - Répondre au désir politique : enjeu de portage politique du DAS,
  - Redevabilité vis à vis des mécanismes internationaux de suivi (ex. indicateurs OMS-BM de suivi de la mise en place de la CSU) : enjeu de visibilité et peut-être d'attractivité du DAS
- synthèse des informations recueillies (et à recueillir) ;
- analyse SWOT de l'offre dans toutes ses dimensions et de son utilisation face aux priorités de santé ;
- analyse également des soins actuellement couverts par les mécanismes d'assurance/assistance en place et de ceux dont le financement est déjà garanti par certaines coopérations (TBC) ;
- proposition des hypothèses de panier de soins de base au niveau CSB et de référence (en ce compris les coûts variables)
- échanges/validation au fur et mesure des produits intermédiaires avec l'équipe de mission (complémentaire avec l'expert analyste financier) mais également avec le sous-comité « Prestations de services »

- proposition du panier optimal (qui tiendrait compte tant des enjeux décrits plus haut)
- rédaction du rapport de la prestation

### Montage institutionnel de mise en œuvre du DAS

Ce paragraphe se concentre sur les fonctions de pooling des financements et d'achat de soins ; les aspects de mobilisation des financements sont examinés au paragraphe suivant. Les institutions concernées sont le fonds dédié et la caisse nationale de solidarité en santé prévus par la stratégie nationale. Le dispositif proposé par la SN-CSU soulève un certain nombre de questions qu'il est nécessaire de clarifier pour progresser. Certaines de ces questions se sont concrétisées dans les travaux du comité ad hoc de la Cellule CSU, qui avait par exemple fusionné des composantes dont l'indépendance demeure clé du succès (ex. le Fonds dédié et la Caisse nationale de solidarité pour la santé - CNSS). La discussion avec le Président de la République a permis de recadrer ce point et de confirmer le principe de séparation au plus haut niveau.

Le paragraphe de ce document sur le financement du dispositif détaille plus bas le contexte de tension qui préside à sa mise en place. Les entretiens réalisés de la mission suggèrent une tension similaire au niveau des ressources humaines d'encadrement. Ce contexte justifie pour le développement du montage institutionnel un principe d'efficience des moyens qui sera appliqué au long du processus de réflexion. Ce principe amènera par exemple, sauf impérieuses raisons contraires, à privilégier l'examen et l'adaptation de solutions existantes à la création de nouvelles solutions.

#### Le Fonds dédié

La stratégie nationale prévoit la mise en place d'un Fonds dédié à l'assemblage des différents flux de financement qui sont, pour mémoire, les mécanismes actuels de subvention et de gratuité des soins, qui seront donc à réorienter, et des « financements innovants » (charges affectées d'avance au budget de l'État), des parrainages internationaux, et un mécanisme de réception de dons et legs au niveau national qui seront à créer. **La SN-CSU ne précise cependant pas si ce fonds est envisagé comme une institution indépendante, ou comme un instrument particulier hébergé par une institution à vocation plus large. L'analyse ultérieure devra étudier ces aspects.**

La SN-CSU envisage au moins deux types de missions pour le Fonds : le financement de la CNSS, et la passation de contrats visant la réalisation d'actions de prévention et d'interventions d'inclusion des démunis dans le DAS. Ces deux activités sont de nature sensiblement différente. Le financement de la CNSS vise, par le biais d'un achat de soins de santé, à financer des coûts récurrents du système et la continuité des soins, en complément au financement des usagers. Il s'agit essentiellement d'un abondement adéquat de la caisse d'une agence d'achats en fonction de flux d'opérations. Le second mécanisme est un dispositif de passation et de suivi de contrats de service avec des opérateurs publics ou privés. **L'impératif de continuité des soins donne à l'alimentation du premier canal 'achat de soins par la CNSS' une priorité logique sur le canal 'Passation de contrats'.** Cela sera cependant à confirmer. Par ailleurs, le mécanisme d'intervention au bénéfice des démunis (volet d'interventions contractuelles du Fonds et axe 6 de la Stratégie) implique un changement d'approche par rapport à la

stratégie actuelle<sup>8</sup>. Un état des lieux précis de la stratégie actuelle n'est pas disponible au moment de l'étude ; il sera à réaliser ultérieurement. Il sera également nécessaire de négocier collectivement avec les Comités de santé la destination des sommes, parfois substantielles, capitalisées par les Fonds d'équité, qui n'auront plus lieu d'être.

La SN-CSU envisage que le Fonds canalise les mécanismes actuels de gratuité et subventions des soins hors contexte d'assurance. Ces derniers mobilisent aujourd'hui le budget de l'État à travers le ministère de la santé publique, et des bailleurs de fonds bilatéraux (?), multilatéraux (Unicef, UNFPA, BM) et globaux (Fonds mondial, Gavi). Le caractère « dédié » du Fonds dédié est lié à cette vocation d'assemblage de ces flux de financement issus de sources nationales et internationales. **Une implication des partenaires techniques et financiers de l'Etat dans un tel mécanisme a clairement un aspect innovant pour lequel il sera nécessaire de clarifier et de confirmer à court terme la capacité procédurale et la volonté des partenaires à utiliser ce canal**, et cela confirmé, de définir la façon dont le Conseil d'administration du fonds, que la SN-CSU souhaite « multipartite » sera composé et fonctionnera (voir aussi le paragraphe suivant).

La SN-CSU prévoit que les cotisations d'assurance maladie-maternité des entreprises soient versées directement à la CNSS. Une telle dérogation au principe de pooling défini ci-dessus constitue un risque d'affaiblissement du dispositif en créant deux étages pour l'assemblage des flux de financement. **Il serait plus logique que le Fonds dédié assemble l'ensemble des flux de financements, assurantiel et assistanciel, et donc intègre à terme les cotisations d'assurance versées par les entreprises.**

Un tel développement implique une réforme du système actuel des organismes de santé inter-entreprises (OSIE) car celles-ci fonctionnent sur le modèle des Health Maintenance Organizations- HMO<sup>9</sup> Etatsuniennes, et un changement de mode de gestion devra, pour être efficace, retenir l'adhésion des entreprises. Ce développement constitue à lui seul un chantier considérable, qu'il faudra pouvoir envisager comme tel (c'est à dire dans le cadre d'un plan précis de mise en œuvre, et en l'accompagnant sans doute d'un dispositif fiscal incitatif, qui dépasse le champ de la présente étude et qu'il faudra étudier avec soin). **Dans la mesure où il existe un écart important de niveau entre les soins dans les OSIE et les soins en secteur public, l'intégration complète ne sera sans doute possible que si / quand le secteur public ou au moins un réseau d'établissements conventionnés « CSU » offrira un niveau similaire pour servir dans un premier temps le paquet de base.** Ce délai permettra la préparation adéquate de l'opération le moment venu. Le corollaire de cette observation est que **le Fonds dédié ne pourra pas compter sur les ressources de l'assurance dès la mise en place du DAS.**

Par ailleurs, s'il n'est en principe pas envisageable que l'État verse pour ses fonctionnaires des cotisations d'assurance maladie à un dispositif tel que le Fonds dédié (l'état-employeur étant son propre assureur pour les risques de ses salariés, il n'est pas assujéti à les affilier aux organismes d'assurance maladie, mais il a en principe l'obligation de garantir des "droits" équivalents par les moyens qu'il choisit), **la mise en place d'un système de prestations impliquant les secteurs public et privé et**

---

<sup>8</sup> Identification des démunis par les agents de santé communautaire dans le cadre de la Politique de santé communautaire, et service à leur intention de prestations financées par les Fonds d'équité générés sur le Fanome

<sup>9</sup> Les HMO perçoivent les cotisations et gèrent leurs propres centres de santé.

**financé en tiers-payant implique que l'État doit pouvoir s'acquitter des prestations servies à ses fonctionnaires par ce mécanisme**, en particulier lorsque ces fonctionnaires ont recours à des prestataires du secteur privé/confessionnel. Les modalités de ces flux de financement vers le Fonds dédié seront à définir.

En tout état de cause, les mécanismes de gratuité existants apparaissent comme un puissant mécanisme d'intégration. Le caractère obligatoire de certaines interventions gratuites (ex. vaccination, prise en charge de la lèpre, de la TB...) implique que l'Etat qui a rendu obligatoire le service en assume la conséquence en finançant son intégralité. Si l'Etat reconnaît son obligation, le mécanisme de financement de la gratuité doit donc être nécessairement de nature assistanciel. **Le financement adéquat de cette gratuité pourrait donc devenir le principe directeur pour définir le panier de soins socle du DAS. Cela implique que l'Etat évalue clairement sa capacité à financer les obligations qu'il s'est reconnues et sans doute définisse la priorité entre des obligations dans le domaine de la sécurité sanitaire et dans le domaine de la santé familiale.** La notion d'externalité devrait logiquement entrer en jeu à ce niveau de la réflexion. A titre d'exemple, la prise en charge des tuberculeux définie comme gratuite est aujourd'hui réalisée à Madagascar par des établissements publics, des établissements privés confessionnels, et des établissements relevant des OSIE. Le PSN-TB 2015-19 reconnaît que le défaut du MSANP de tenir l'engagement pris dans le cadre de la Politique nationale de contractualisation résulte dans le fait qu'environ 1% du montant total du plan hors dotation aux amortissements reste à la charge des patients. Ce pourcentage représente la part de la promesse de gratuité du service antituberculeux que tient le secteur privé aux tuberculeux au nom de l'Etat, mais qu'en l'absence de paiement des coûts de prestation par l'Etat, les établissements privés recouvrent sur les autres patients. Le PSN-TB est le seul document trouvé qui exprime l'enjeu en pourcentage de sa programmation.

Enfin, le montage décrit ci-dessus prend en compte l'achat de services – et donc de manière schématique les coûts récurrents des services de santé, mais il ne tient pas compte des coûts d'investissement ni du lien entre les deux (en particulier à travers les amortissements et la maintenance). Le lien étroit entre investissement et fonctionnement n'est pas nouveau<sup>10</sup>. D'autres axes de la SN-CSU sont liés à l'investissement (tant tangible qu'intangible<sup>11</sup>) mais le montage proposé pour le DAS ne fait pas mention du lien entre coûts d'investissement et coûts de fonctionnement, ainsi qu'aux porteurs identifiés de ces coûts (en particulier les patients et leurs familles, ultimes payeurs), qui s'avère être au cœur d'une stratégie de financement de la santé. **Les entretiens lors de cette première mission révèlent qu'une telle stratégie de financement de la santé n'est pas encore définie à Madagascar, et l'étude du PDSS ne fournit pas d'indication qu'elle soit à l'ordre du jour.** La définition d'une telle stratégie devrait être un préalable à la mise en place du Fonds. Corollaire à cette réflexion, si le Fonds dédié est porteur d'une mission de pooling et sera amené à recevoir les financements des partenaires externes, recevra-t'il indifféremment les aides à l'investissement et au fonctionnement ? Une réponse affirmative serait logique si la

---

<sup>10</sup> On peut se référer par exemple à Segall M (1991) Health sector planning led by management of recurrent expenditure: An agenda for action-research. International Journal Of Health Planning And Management, Vol. 6, 37-75

<sup>11</sup> Les termes sont ceux de la classification de la LOLF; ils se réfèrent aux investissements en infrastructures et équipements (tangibles) et en études et développements (intangibles)

priorité doit être donnée au financement des coûts récurrents, et qu'une réelle appropriation nationale de la politique de financement de la santé est à l'ordre du jour. **Dans ce dernier cas, le Fonds dédié aurait vocation à porter l'ensemble du financement du secteur, instrument d'une politique nationale de santé dont la CSU serait la vision. Un tel développement n'est pas envisagé par la SN-CSU. Une discussion entre les parties prenantes s'impose à court terme pour valider ou non une telle vision dans le moyen-long terme.**

Il ressort de ce qui précède que le Fonds dédié constitue une innovation par sa vocation à assembler financements publics, privés et d'aide au développement. Des expériences d'autres pays peuvent fournir des leçons partielles car les fonds de pooling n'ont en général concerné que l'aide externe dans le cadre de SWAPs. L'expérience la plus proche a été celle des Fonds de développement du système de santé (FDSS) de RD Congo, pour lesquels la Commission européenne a récemment commandité une évaluation dont il serait utile de bénéficier.

De manière plus technique au niveau du fonctionnement du Fonds dédié, les points importants à documenter seront :

- les variations des flux d'abondement afin de **caractériser l'étiage et de définir des mécanismes d'amortissement des variations** ; ce point ne pourra être précisé qu'une fois les capacités d'abondement des contributeurs clarifiées.
- le **risque d'érosion monétaire** lié à la dépréciation de l'Ariary ; l'expérience d'organismes tels que la CNAPS sera précieuse à ce niveau.
- la **sécurité des capitaux du Fonds** contre des ponctions indues par les autorités et des défauts des mécanismes de surveillance ; l'expérience d'autres organismes comme la CNAPS ou la centrale Salama a pu être recueillie et sera à ce niveau précieuse.
- La **redevabilité du Fonds sur l'accomplissement de ses missions et sur la gestion des capitaux** à lui confiés sera la clé de la confiance des parties prenantes « actionnaires » ; ce point sera également développé au paragraphe traitant du Conseil d'administration du Fonds.

Un certain nombre de points ci-dessus sera précisé dans le Règlement financier du Fonds dédié. L'étude du règlement financier d'autres institutions nationales (ex la CNAPS) sera utile à cet égard.<sup>12</sup>

### **Le Conseil d'administration du Fonds**

La SN-CSU définit le conseil d'administration (CA) du Fonds comme 'multipartite'. Les éléments qui précèdent impliquent que devront y siéger des représentants des différents intérêts financiers et moraux en présence. Le Fonds étant un instrument financier, il est logique que sa tutelle incombe au Ministère des finances et du budget, ce qui lui vaut une participation de droit au CA. La logique de la LOLF veut que les ministères techniques soient ordonnateurs primaires de leurs budgets. Le MSANP qui est porteur du financement de la gratuité des interventions de santé publique (ex. lutte

---

<sup>12</sup> Demandé à la CNAPS avec les autres éléments juridiques qui la régissent, ces documents sont en attente de transmission quand cette note est écrite.



contre la lèpre, la tuberculose, le sida...) ou de prévention (consultation prénatale, planning familial...) est ainsi membre de droit. Les autres ministères ne pourraient logiquement prétendre être membres qu'à partir du moment où ils versent au Fonds une contribution financière destinée à couvrir un risque donné.

**Le rôle du CA sera évidemment foncièrement différent selon le périmètre qui sera retenu pour le Fonds** (cf. paragraphe sur le Fonds dédié). Si ce dernier est amené à intégrer les subventions du Fonds mondial, les rapports du CA avec l'instance nationale de coordination des subventions du Fonds mondial (CCM) seront alors à préciser, dans la mesure où la multiplication des instances de coordination des mécanismes de financement irait contre la volonté de simplification portée par la création d'un tel Fonds. Il serait alors logique que le CA devienne le CCM. Cette question devra être clarifiée entre le gouvernement et les partenaires techniques et financiers. Une consultation du Secrétariat du Fonds mondial, par ailleurs membre de P4H, en préparation à un tel développement serait certainement utile. Si effectivement le Fonds dédié assemble les différentes contributions à la santé, son champ d'action va rapidement dépasser le simple champ de financement des coûts récurrents pour s'étendre à l'ensemble des financements du secteur. Le CA du Fonds dédié aurait dans ces conditions vocation à devenir l'espace de négociation de la stratégie de financement de la santé, et le CA du Fonds dédié pourrait devenir un « Conseil national de la santé ».

#### **La Caisse nationale de solidarité en santé**

Les premières observations et discussions ont, on l'a vu, révélé la confusion entre la Caisse nationale de solidarité en santé (CNSS) prévue par la SN-CSU et le Fonds dédié, confusion que le Président de la République a clarifié : **Fonds et CNSS sont des entités séparées, la seconde étant opérateur du premier et n'ayant pas vocation à réaliser des encaissements autres que du Fonds dédié.** De ce fait, la caisse devient davantage une agence d'achat de soins ; son appellation devra ainsi probablement être modifiée. La SN-CSU ne tranche par ailleurs pas sur les modalités d'achat des soins – tiers payant ou remboursement du patient. Les niveaux de pauvreté décrits plus haut, la faiblesse des transactions financières et l'obstacle aux soins que celles-ci constituent ne laissent pas d'alternatives à l'approche tiers-payant. **La CNSS doit donc être considérée comme une agence d'achat en tiers-payant d'un panier de soins.** Compte tenu de l'inconnue qui pèse sur la réalité de la carte sanitaire, le mécanisme de contractualisation devrait permettre de la dessiner, en impliquant en particulier de la façon la plus efficiente les formations publiques et privées. Pour ces dernières, au moins confessionnelles, il sera nécessaire de créer une organisation ombrelle qui puisse porter leurs intérêts communs dans les négociations. On doit garder à l'esprit que la mise en place du DAS selon une approche tiers-payant qui va devoir établir un lien contractuel entre CNSS et formations sanitaires risque de modifier les rôles dans l'organisation du secteur. Ainsi, quels seront les rôles respectifs de la CNSS et du MSANP à travers respectivement les agences régionales de la première et les directions régionales de la seconde dans l'accréditation des établissements de santé ? Par ailleurs, si la CNSS à travers le mécanisme d'achat de soins va vérifier la quantité et la qualité des prestations servies, quel seront les rôles respectifs de ses agences régionales et des districts de santé ?

Bien que la SN-CSU n'y ait fait aucune mention, la question de créer la CNSS ou d'utiliser une structure existante se pose de manière aiguë dans un contexte de faiblesse institutionnelle où une économie d'institutions est un enjeu. La mission a permis de

repérer deux institutions nationales dotées de la personnalité morale et achetant des services de santé à des formations sanitaires en secteur public et privé :

- La Caisse nationale de prévoyance sociale (CNAPS) achète à différents établissements des soins. Elle dispose d'agences dans les régions. Des précisions ont été demandées faute d'avoir pu être obtenues pendant la mission (cf supra)
- L'Office National de Nutrition (ONN), organisme doté de la personnalité morale de type « Fonds » selon ses statuts et rattachée à la Primature, met en œuvre en tant que Principal bénéficiaire de subventions du Fonds mondial des composantes prioritaires du PDSS / Plan stratégique national Tuberculose. Celui-ci envisage l'achat de soins tiers payant des infections respiratoires aiguës pour prévenir le risque de tuberculose ultrarésistante<sup>13</sup>. Il s'y ajoute un achat d'examens radiographiques chez les enfants et sidéens et le paiement du transport vers l'appareil le plus proche. Ces services sont financés par une subvention acquise sous le Nouveau modèle de financement du Fonds mondial, dont les modalités sont en négociation au moment de la mission<sup>14</sup>.

Une analyse de l'opportunité d'utiliser des structures existantes identifiées ou de créer une nouvelle structure sera réalisée lors des étapes suivantes de la mission. Si l'option d'utiliser une structure existante est retenue, il sera nécessaire d'en réaliser un audit institutionnel pour la mise en place du dispositif. Un tel audit devra être envisagé en aval de la mission. Par ailleurs, les statuts de ces organismes, en particulier l'ONN<sup>15</sup>, son fonctionnement<sup>16</sup>, et leur rapport avec le Conseil national de nutrition<sup>17</sup>, devront être analysés comme porteurs d'utiles leçons institutionnelles pour la mise en œuvre du DAS.

Le niveau économique et l'importance de l'obstacle économique aux soins décrit plus haut questionne la pertinence d'une option de paiement par l'utilisateur et remboursement des soins par la CNSS. Ce mécanisme celui offert aujourd'hui aux fonctionnaires, une étude de sa couverture effective pourrait informer sur sa pertinence. **Le simple écart entre le revenu offert par un salaire, même de la fonction publique, et celui de l'activité agricole (en particulier les fluctuations saisonnières de ce dernier) suffit à se convaincre du superflu d'une telle étude d'un point de vue pratique, et à**

---

<sup>13</sup> Selon le Plan TB, cette approche se justifie par l'obstacle économique que le coût de prise en charge des IRA crée pour le diagnostic de TB lorsque l'algorithme national utilisant l'antibiotique amoxicilline, et par le risque de tuberculose ultrarésistante que crée l'utilisation d'antibiotiques de la famille des quinolones, sensiblement moins chères mais clé pour le traitement de la TB multirésistante.

<sup>14</sup> Cette négociation a modifié la position de l'ONN car, alors que dans la proposition au Fonds mondial l'achat des services en tiers-payant incombait à ses agences régionales, elle en a transféré la responsabilité aux Sous-bénéficiaires de la subvention. Ces derniers se trouvent être eux-mêmes des opérateurs professionnels de services de santé (Salfa, Ekar, etc.) à même d'être les fournisseurs desdits services. Cette situation introduit un conflit d'intérêts dans l'approche qui sera à même de créer si elle s'institutionnalise une distorsion dans la mise en place du DAS.

<sup>15</sup> Décret 2004-1072

<sup>16</sup> Décret 2007-394

<sup>17</sup> Décret 2004-1071

**préférer pour la caisse une approche tiers-payant.**<sup>18</sup> Le tiers-payant est cependant une expérience nouvelle à Madagascar. La mission n'a pu obtenir d'éléments probants sur les expériences de financement basé sur les résultats ou assimilés, conduits dans le cadre des projets PASSOBA et PAUSSENS, et des précisions ont été demandées. Faute de les obtenir, une analyse détaillée de ces expériences sera à conduire. Cette analyse devrait permettre le cas échéant de les poursuivre dans le cadre d'une expérience test qui préfigurerait le montage de la CNSS pour l'achat tiers-payant. Des obstacles risquent toutefois de se présenter dans la dispersion géographique de ces expériences et l'éventuelle la volonté d'opérateurs, probablement peu enclins à transférer leur projet à un système national sans contrepartie (le transfert vers une structure nationale n'étant probablement pas dans les objectifs de ces projets).

## Financement du DAS

Les premiers constats

- Un cadre macro-économique peu favorable à des investissements substantiels dans le DAS à court terme sans un arbitrage gouvernemental sur l'augmentation du budget de l'État alloué à la santé
- Une création de charges affectées au niveau du budget de l'État (financements innovants) disposant de peu de marge de manœuvre, celles-ci étant déjà largement exploitées,
- Une contribution des partenaires techniques et financiers au financement du secteur proche de sa limite supérieure
- Une capacité et une volonté de ces derniers encore incertaine à contribuer au Fonds dédié
- Pas de réflexion engagée sur les Flux de financements existants à rediriger / Flux de financement à créer

Les chiffrages de panier de soins proposés envisagent un financement national de l'ordre de 25%, 75% restants étant à fournir par les partenaires externes. Au vu des paramètres macro-économiques du secteur exposés plus haut, une telle approche doit être radicalement révisée. **Il apparaît en effet critique pour le processus de mise en place de la CSU que le gouvernement puisse donner des signes clairs de son engagement en augmentant sa part proportionnelle par rapport à celle de ses partenaires financiers.** Des engagements fermes dans ce sens apparaissent indispensables à la création des partenariats de financements requis par la CSU. La SN-CSU envisage une recherche de financements additionnels (parrainages, dons et legs, affectation de charges / « financements innovants ») en sus de la récupération des mécanismes de subvention et gratuité existants. La mission note que les travaux de la Cellule CSU n'ont pas complètement retenu cette dernière dimension pourtant inhérente à la stratégie<sup>19</sup>, alors que des élargissements de panier couvert étaient proposés. **Une couverture adéquate des gratuités et subventions déjà promises apparaît également indispensable à la création de la confiance de la part des usagers du système, nécessaire à la mise en place de la CSU.**

---

<sup>18</sup> On ne considèrera pas la contrainte pour l'utilisateur d'avoir à récupérer ses coûts de soins auprès d'une succursale de la CNSS même si celle-ci était au niveau district, le déplacement de plusieurs dizaines de km étant au moins aussi coûteux que le montant des soins à récupérer...

<sup>19</sup> Par exemple, la prise en charge des tuberculeux, des lépreux et des pestiférés n'est pas reprise dans le panier de soins alors qu'ils bénéficient actuellement de mesures de gratuité.

Les prochaines étapes rendent indispensable une analyse en profondeur du financement de la santé à Madagascar, en préalable au développement des orientations des mécanismes de la SN-CSU. Cela devrait inclure :

- Une identification des coûts fixes et des coûts variables du système, et du lien (ou de l'absence de lien !) entre les deux, sur base de données empiriques dont la mission n'a pu constater la disponibilité immédiate (étape d'analyse des coûts) ;
- Une identification des « porteurs de coûts » du système et du risque de transfert sur l'utilisateur des coûts fixes issus des investissements ;
- Une identification des gisements de gains d'efficacité du système (analyse de la carte sanitaire et analyse institutionnelle)
- Une identification des sources existantes et potentielles de financement de la santé, basées sur des observations empiriques plutôt que des considérations théoriques, avec établissement d'un récapitulatif des flux financiers drainés par le secteur de la santé sur au moins cinq ans (2010 à 2015), afin d'en analyser la stabilité (analyse des marges de manœuvre financières / 'fiscal space') ;
- La réalisation d'une analyse SWOT du financement de la santé à Madagascar impliquant l'ensemble des parties prenantes au financement de la santé

Ces bases doivent permettre de proposer les options de financement de la santé sur les 10 prochaines années et le développement d'un modèle financier de la progression de la CSU à Madagascar.

En tout état de cause, les bases financières du développement de la CSU sont encore très fragiles et requièrent un certain nombre d'analyses techniques qui dépassent largement le cadre de la présente mission. L'appui de l'USAID apparaît selon nos premiers constats à même de répondre à une partie des questions ci-dessus. Ses capacités et délai de réponse seront à confirmer d'ici début juillet.

### Aspects juridiques

Trois risques majeurs d'ordre juridique relatifs à la mise en place de la CSU et du DAS ont été identifiés par la mission. Le présent document, qui pourra être utilisé comme programme de travail prévisionnel, a vocation à les mettre en exergue, ainsi qu'à souligner les principales mesures d'atténuation qui pourraient être prises, afin de réduire leur impact sur les hommes, sur les territoires, et sur les institutions.

#### **Trois risques majeurs ont été identifiés :**

##### **A. Un risque constitutionnel**

Le premier risque est d'ordre constitutionnel. En effet, un examen attentif de la Constitution révèle que la santé, qu'elle soit publique ou privée, ne relève pas du domaine de la loi. De ce point de vue, l'article 95 est très clair. Ni dans son paragraphe premier «La loi fixe les règles concernant...», ni dans son paragraphe second «La loi détermine les principes généraux...», il ne mentionne la santé.

Par ailleurs, l'article 19, qui dispose «L'État reconnaît et organise pour tout individu le droit à la protection de la santé dès sa conception par l'organisation des soins publics gratuits, dont la gratuité résulte de la capacité de la solidarité nationale», ne mentionne ni la loi, ni ne renvoie à l'article 95. L'article 19 ne peut donc être «couvert» par la phrase préliminaire de l'article 95, qui dispose «Outre les questions qui lui sont renvoyées par d'autres articles de la Constitution, la loi...».

Toute loi relative à la santé, *a fortiori* donc une loi portant institution d'un Dispositif d'Assurance Santé (DAS), serait donc entachée d'inconstitutionnalité. Ceci est problématique, au moins à trois égards.

Premièrement, du point de vue de la saisine obligatoire: la Haute Cour Constitutionnelle est saisie obligatoirement par le Président de la République pour se prononcer sur la conformité à la Constitution des lois adoptées mais non encore promulguées (article 117).

Deuxièmement, du point de vue du contrôle de constitutionnalité: la saisine de la Haute Cour Constitutionnelle, après promulgation de la loi, est assez large (en particulier, une minorité politique pourrait y recourir facilement à des fins politiciennes): «Un chef d'institution, ou le quart des membres composant l'une des Assemblées parlementaires, ou les organes des Collectivités territoriales décentralisées ou le Haut Conseil pour la Défense de la Démocratie et de l'État de droit» peuvent exercer un contrôle de constitutionnalité (article 118, paragraphe premier).

Troisièmement, du point de vue de l'exception d'inconstitutionnalité: cette dernière permet à une partie, devant n'importe quelle juridiction (ordre administratif ou judiciaire) de saisir la Haute Cour Constitutionnelle pour faire déclarer une disposition contraire à la Constitution (article 118, paragraphe deuxième). Le risque plus élevé se trouve ici. La loi ayant vocation à jeter les bases d'une gouvernance renforcée, et donc à prévoir des mécanismes de contrôle renforcés et des sanctions administratives et pénales plus lourdes, on peut imaginer qu'une personne condamnée par exemple pour comportement frauduleux pourrait trouver dans l'exception d'inconstitutionnalité un recours précieux contre la loi.

## **B. Un risque législatif**

L'avant-projet de loi portant institution d'un DAS doit éviter quatre écueils majeurs.

Premier écueil: un cadre juridique et institutionnel insatisfaisant, qui omettrait les principes et les mécanismes fondamentaux de la couverture santé universelle (CSU) tels que définis par l'OMS. L'avant-projet de loi doit avoir un objet suffisamment large pour couvrir les questions liées à la nature et à l'étendue de la protection offerte, aux mécanismes fondamentaux de la CSU, à l'organisation administrative et financière de la protection, à la gouvernance et à la pérennité des institutions mises en place pour l'offrir au public.

Deuxième écueil : des formulations ambiguës ou imprécises. Le législateur a l'obligation de respecter les objectifs d'intelligibilité et d'accessibilité de la loi, seuls à même d'assurer l'égalité des citoyens devant la loi.

Troisième écueil : multiplier les déclarations d'intention ou les proclamations de principe, qui n'ont aucune portée juridique. La loi a pour vocation, en effet, d'énoncer des règles. Elle doit dire le droit. En conséquence, elle doit être revêtue d'une portée normative. Elle ne peut être une «coquille vide».

Quatrième écueil : le report sur les autorités administratives ou juridictionnelles du soin de fixer des règles dont la détermination a pourtant été confiée par la Constitution à la loi. Les renvois excessifs au pouvoir réglementaire, en particulier, peuvent rendre la loi inconstitutionnelle (risque de l'«incompétence négative», c'est-à-dire violation du principe constitutionnel de plein exercice de sa compétence par le législateur). C'est la

loi qui protège, pas le pouvoir réglementaire (étroitement lié à la vie politique et aux aléas qui la caractérisent).

### **C. Un risque politique**

La pression du pouvoir politique sur les personnels techniques et administratifs représente un risque majeur. L'obligation de résultat inhérente à la vie politique peut parfois conduire à précipiter les processus de réflexion et de conception des textes normatifs. Temps politique et temps technique ne coïncident pas toujours. Ceci est porteur de dangerosité. Protéger le pouvoir politique, réduire les risques et les incertitudes pouvant l'affaiblir durablement, exige au contraire de ne pas sacrifier la qualité des textes et de leurs travaux préparatoires. Une loi mal faite peut très vite se retourner contre ses auteurs, ainsi que contre le ministère porteur et contre les responsables politiques qui l'ont défendue. Ralentir peut être salutaire. Ce qui ne veut pas dire rester inactif.

### **Trois principales mesures d'atténuation pourraient être prises :**

#### **A. Réviser la Constitution**

La Constitution devrait être révisée afin de faire rentrer «la santé publique et la couverture santé universelle» dans le domaine de la loi, tel que défini à l'article 95, et éviter ainsi que la loi soit entachée d'inconstitutionnalité (méconnaissance par le législateur de son domaine de compétence).

Il est recommandé, de ce point de vue, d'insérer à l'article 95 «la santé publique et la couverture santé universelle» sous le premier paragraphe - «La loi fixe les règles...» - et non sous le second paragraphe - «La loi détermine les principes généraux...». D'une part, cela évitera de vider la loi de toute substance (normativité de la loi). D'autre part, cela empêchera de multiplier les renvois au pouvoir réglementaire (incompétence négative).

Réviser la Constitution n'est pas chose aisée. En général, c'est une opération compliquée, techniquement et politiquement. Techniquement, car les articles 161 et 162 de la Constitution encadrent et réglementent très strictement cette procédure. Ainsi, la révision ne peut être initiée qu'en cas de nécessité «jugée impérieuse». L'initiative appartient soit au Président de la République, soit aux Assemblées parlementaires statuant par un vote séparé à la majorité des deux tiers des membres. Politiquement, car le projet de révision doit être «approuvé par les trois quarts des membres de l'Assemblée Nationale et du Sénat», puis soumis à référendum.

Dans le cas présent, pourtant, la situation paraît plus simple. D'une part, en effet, le Gouvernement aurait prévu d'ouvrir le grand chantier de révision de la Constitution (tout un ensemble d'articles devrait être modifié) d'ici six à neuf mois. Une «fenêtre de tir» devrait donc s'ouvrir à moyen terme. D'autre part, l'attention du Ministre de la Santé doit être attirée sur le caractère purement technique de la révision constitutionnelle proposée.

Cette dernière paraît donc dépourvue de tout «risque» politique. Pour au moins deux raisons. D'abord, parce que l'article 19 de la Constitution reconnaît déjà le droit à la santé et la gratuité comme des valeurs et libertés fondamentales de tout citoyen. Il s'agit donc simplement de «donner effet» à cette déclaration de principe dans la loi fondamentale. En somme, traduire l'article 19 dans l'article 95. Ensuite, parce qu'inclure

la santé publique et la couverture santé universelle dans le domaine de la loi pour protéger le plus grand nombre, est un geste fort, populaire. C'est un moyen pour l'État de réaffirmer à la fois son autorité, ses pouvoirs régaliens et donc son indépendance et sa souveraineté.

Afin de réduire les délais et dans un souci d'efficacité maximale, il est recommandé de travailler d'ores et déjà sur l'avant-projet de loi portant instauration d'un DAS. La révision de la Constitution interviendra ultérieurement, venant ratifier *a posteriori* un processus initié *ex ante*.

## **B. Mettre en place un cadre juridiquement plus cohérent et rigoureux pour encadrer le processus de «fabrication» de la loi visant à instaurer un DAS**

Le processus de «fabrication» de la loi visant à instaurer un DAS doit être quelque peu modifié, afin d'assurer son caractère «structurant» et sa «pérennité», selon les vœux mêmes du Président de la République. De ce point de vue, six grandes phases, pas forcément successives dans le temps, ont été distinguées: conception de la loi, élaboration, rédaction, discussion parlementaire et vote, application, évaluation et contrôle.

La phase 1 (conception de la loi) vise à renforcer les travaux préparatoires, permettant de produire un droit de plus grande qualité. Cette phase d'évaluation préalable doit inciter les auteurs des futurs projets de loi à s'interroger sur l'utilité et l'efficacité des textes envisagés. Ceci implique de conduire une étude d'impact. L'étude d'impact s'efforce généralement: (i) de décrire la situation existante en fait et en droit et les problèmes auxquels le projet de loi entend remédier; (ii) de formuler un ou plusieurs objectifs pour la loi; (iii) d'analyser les options envisageables; (iv) d'apprécier les effets positifs et négatifs en termes juridiques et administratifs, sociaux et économiques, de développement durable, de cohésion sociale ou d'équilibre des territoires; (v) d'évaluer les incidences pour les finances publiques.

La phase 2 (élaboration de la loi) couvre la période allant de l'inscription du projet de loi au programme de travail du Gouvernement à son dépôt au Parlement. Elle est consacrée à la programmation de l'activité normative et aux procédures de préparation des normes<sup>20</sup>. Fondamentalement, cette phase vise à améliorer la gouvernance réglementaire et à garantir la plus grande transparence. Cette dernière est essentielle dans la mesure où elle est seule à même de préserver la confiance dans l'environnement juridique et à rendre la réglementation plus sûre et accessible.

La phase 3 (rédaction de la loi) met l'accent sur le respect de tout un ensemble de conditions de forme et de fond. Conditions de forme : leur respect a vocation à renforcer la qualité juridique du projet de loi, ce qui est de plus en plus considéré comme un objectif de pertinence des politiques publiques<sup>21</sup>. Conditions de fond : leur respect a

---

20 Chaque service producteur de normes doit en effet avoir une connaissance suffisante des diverses contraintes qui jalonnent le parcours d'un projet de loi : le respect des échéances (priorités politiques définies par le Gouvernement, respect du délai raisonnable pour l'application des lois etc.), la nécessité de procéder à des consultations préalables obligatoires (institution chargée de conseiller le Gouvernement pour la préparation des projets de loi par exemple), la réalisation d'une étude d'impact (idéalement) etc. La définition d'outils susceptibles d'améliorer la gouvernance réglementaire constitue donc un enjeu clé lié à cette phase, comme par exemple la constitution de réseaux de correspondants dans les ministères (principalement les directeurs des affaires juridiques) chargés de la qualité de la réglementation.

21 Parce que les formulations ambiguës ou imprécises nourrissent l'incertitude juridique, tout un ensemble de règles ou bonnes pratiques de rédaction doit être respecté afin de garantir l'accessibilité et

pour objectif fondamental de s'assurer que les piliers fondamentaux de la CSU, telle que définie par l'OMS, soient bien présents dans la loi, cette dernière devant par ailleurs revêtir une réelle portée normative.

La phase 4 (discussion parlementaire et adoption) reste étroitement liée au droit constitutionnel de Madagascar et à l'ensemble des techniques juridiques qui en découlent. Mettant en jeu les prérogatives régaliennes de l'État, cette phase semble par nature exclure tout appui technique extérieur. Les marges de manœuvre sont extrêmement réduites. Pour autant, des interventions limitées peuvent être envisagées au cas par cas (rédaction de lettres rectificatives et d'amendements notamment).

La phase 5 (application de la loi) doit débiter et se dérouler en même temps que la phase de conception de la loi. Le plein effet des réformes législatives est tributaire de la publication rapide des mesures réglementaires d'application nécessaires. Il importe donc que celles-ci soient prêtes au moment où la loi est promulguée, de manière à être publiées dans les plus brefs délais. Les retards de parution des décrets d'application ont pu rendre des lois totalement ou partiellement inapplicables. Les textes d'application des lois doivent donc être pris dans un délai raisonnable (généralement un délai maximal de six mois). Parfois, la responsabilité de l'État peut être engagée du fait de la non-intervention des décrets d'application dans un délai raisonnable.

La phase 6 (évaluation et contrôle de la loi) vise à s'assurer que la loi réponde bien aux objectifs qu'elle a définis. L'évaluation *ex post* des lois, qui participe de la bonne gouvernance réglementaire, est fondamentale dans la mesure où les autorités publiques doivent rendre des comptes sur les ressources utilisées. De fait, il devient de plus en plus important de mesurer les performances de la gestion des lois et réglementations, afin d'apprécier leur efficacité réelle.

Dans les prochaines semaines, un calendrier prévisionnel de travail s'appuyant sur ce processus sera proposé à tous les acteurs concernés par le projet de loi.

### **C. Rédiger le projet de loi visant à instituer un fonds dédié au DAS**

Parallèlement au travail sur le projet de loi instituant un DAS, un projet de loi portant création d'un fonds dédié sera préparé (ainsi que ses textes d'application). Il devrait être disponible, au maximum d'ici trois mois.

La loi est nécessaire quand l'établissement public ne peut être rattaché à aucune catégorie existante. Tel est le cas d'un fond dédié. La loi a alors pour objet de créer l'établissement et d'en définir les règles constitutives. Relèvent des dispositions constitutives d'un établissement public, celles qui sont relatives: (i) au cadre général des missions confiées à cet établissement; (ii) à la détermination des organes dirigeants, leur

---

l'intelligibilité de la loi, seules à même de préserver l'impératif de sécurité juridique. La loi ne doit pas présenter une complexité inutile. Le cas échéant, des principes fondamentaux comme celui de l'égalité devant la loi et celui de la garantie des droits ne seraient pas effectifs, les citoyens ne disposant pas d'une connaissance suffisante des règles qui leur sont applicables. De même, l'exposé des motifs doit être particulièrement soigné. L'exposé des motifs comporte en général deux parties: une partie générale présentant le contexte dans lequel s'insère le projet de loi ainsi que les principaux objectifs qu'il poursuit; une partie exposant, article par article, les dispositions proposées; pour les textes longs, une explication par division (titre, chapitre) peut suffire. L'exposé des motifs n'est pas soumis à la discussion des assemblées et n'est pas publié au *Journal officiel*. Il constitue l'un des éléments des travaux préparatoires d'une loi, auquel le juge peut se référer en cas de doute sur les intentions du législateur.



rôle, les conditions de leur désignation et les catégories de personnes représentées en leur sein; (iii) aux catégories de ressources dont peut bénéficier l'établissement.

Si des arbitrages de fond doivent encore être effectués, sa structure générale peut donc déjà être esquissée. Elle devrait s'articuler autour de cinq grands titres:

Titre Premier: Dispositions générales (nature de l'établissement, Ministre de tutelle, siège, rattachement, activité principale, missions)

Titre Deuxième: Organisation et Fonctionnement (organes dirigeants: conseil d'administration et direction, conseil de surveillance, structures - organisation interne et personnel)

Titre Troisième: Régime financier et comptable

Titre Quatrième: Gouvernance et modalités de contrôle

Titre Cinquième: Dispositions diverses et dissolution

Les suites de l'intervention du consultant pourraient dans le cadre des délais impartis à cette consultance détailler les trois risques juridiques identifiés et les manières de les atténuer. Ce travail devrait être complété par une analyse des textes existants pour repérer les synergies ou menaces à la mise en place du DAS: code de la santé, loi hospitalière, loi Sida etc. (repérage des gratuités légales, etc.). L'accompagnement de la Cellule CSU dans le développement des aspects légaux du dispositif (constitution, loi, décrets), mais aussi dans le développement du cadre juridique qui régira le Fonds dédié, son Conseil d'administration, la CNSS, etc. s'inscrit dans un horizon un peu plus lointain qui pourrait être envisagé comme exposé précédemment dans le cadre d'une assistance technique perlée en appui à la Cellule au long du processus d'implantation du DAS.

#### **4. Conclusion (provisoire)**

Au terme de cette brève analyse, nous retenons d'une part la faiblesse de la documentation de base sur le contexte, en particulier sur le financement de la santé à Madagascar. Cette documentation constitue le socle du développement de la CSU et doit être constituée et appropriée par les parties prenantes à son développement, en particulier pour répondre à l'injonction présidentielle. Le dialogue à ce sujet doit rapidement être engagé avec l'USAID, dont le projet qui démarre ouvre une fenêtre d'opportunité. C'est ce travail qui va en particulier permettre de définir les projections nécessaires à la définition d'un panier de soins réaliste. Les analyses du cadre juridique qui précèdent permettent d'engager dès à présent la réflexion pour préparer le terrain à ce niveau. Elles seront à compléter d'une part par un travail technique d'accompagnement du développement des textes, assistance technique qui pourrait s'engager parallèlement à cette mission et se poursuivre au delà, et d'autre part par un travail d'analyse plus technique, dans le cadre de cette mission, des autres textes de lois actuels afin de repérer les synergies avec la SN-CSU, et des aspects institutionnels relatifs au Fonds dédié et à la CNSS, sur base de l'analyse des éléments juridiques et de gouvernance de modèles existants – CNAPS, ONN et Fonds routier. Cette analyse et la poursuite de la réflexion sur l'intégration progressive des pièces du DAS doit permettre de proposer à la Cellule CSU des recommandations de montage institutionnel et de feuille de route d'ici la réunion de début juillet, où les propositions seront partagées avec

un auditoire élargi de parties prenantes. Le montage lui-même doit être envisagé comme la métaphore d'un train en marche, dont la locomotive doit à court terme pouvoir être mise sur les rails, les wagons progressivement identifiés et accrochés dans des gares qui seront à définir, et les passagers progressivement invités à monter dans ceux-ci lorsque le système aura fourni les garanties que le train arrivera à bon port et que la compagnie de chemin de fer est fiable.

\*

\*

\*

## Annexe : Personnes rencontrées lors de la mission

Date	Nature de l'activité / thème de discussion	Personnes rencontrées	Contact (email / tel)
27.04	Présentation de l'équipe d'experts et échanges sur la mission	Pr Mamy Lalatiana ANDRIAMANARIVO, Ministre de la Santé	andrialalat@yahoo.fr +261 34 202 24
27.04	Présentation de l'équipe d'experts et échanges sur la mission	Harilalaina Willy Franck RANDRIAMAROTIA, Directeur de cabinet	rfwilly@yahoo.fr +261 34 05 517 40
27.04	Organisation de la Direction des Districts sanitaires	Aro Tafohasina Herinalinjaka RAJOELINA, Directeur Dsitricts Sanitaires (DDS)	Tafohasina.dds@gmail.com Tafohasina.dds@sante.gov.mg
27.04	Facilitation contacts avec le Directeur Général de la Santé, le Directeur des districts sanitaires et le Directeur le des Hôpitaux de Référence Régionale et de District	Dr Adrien ANDRIAMBOAVONJY, Coordinateur BCC	Docteur.adrien@yahoo.fr +261 34 05 800 01
28.04	Organisation des rencontres (prise des RDV) avec différents services à visiter	Dr Sylvie RAJAORISOA ANDRIAMIHAJA, Directeur, Cellule d'Appui à la mise en œuvre de la Couverture Santé Universelle	sphaja@yahoo.fr +261 34 48 872 88
28.04	Partage des productions du Comité ad hoc chargé d'appuyer la mise en œuvre de CSU	Tous les membres du comité présents à la réunion	
28.04.16	Budget de la santé	M. Alexandre RANDRIANASOLO, Secrétaire Général, Ministère des finances et du budget	almatahina@yahoo.fr
28.04.16	Projet de loi portant instauration d'un DAS	Mme Hasina Randriamampandra Juriste au service de la législation, de la réglementation et du contentieux du Ministère de la santé publique	+261 34 61 793 07 rhasina55@gmail.com

29.04	Organisation et fonctionnement des mutuelles AFIFI, MAMPITA et VEHATRA	Véro Olivia RANDRIAMALALA	034 19 93662 Mutuelle.part.interaide@gmail.com
29.04.16	Budget de la santé et de l'état	Mme RAKOTONDRABE N. Zoliarinoro, Directrice de l'Exécution du Budget, Ministère des finances et du budget	
29.04.16	Budget de la santé et financements innovants	M. Joélisoa Livaniaina RAKOTONANDRASANA, Inspecteur du Trésor, Directeur des Etudes, Ministère des finances et du budget	
29.04.16	Projet de loi portant instauration d'un DAS	Mme Andry Rakotomanana Administrateur civil, en charge du suivi et de l'évaluation de la CSU au Ministère de la santé publique	+261 33 12 12303 +26134 85 411 38
29.04.16	Contexte macroéconomique	Mme Keiko KUBOTA, Economiste Principal à la Banque Mondiale Madagascar	kkubota@worldbank.org
29.04	Organisation et fonctionnement de la DDS (suite)	Vallyne RAMBELOSON, Herly Daniel RAMIANDRISOA, Josette RAKOTONIRINA, Hery Suzanette GNETSA	Cf DDS
30.04	Organisation et fonctionnement d'une clinique privé	Adrien ANDRIAMBOAVONJY, Président du Conseil d'Administration de la Clinique d'Anosibe	Docteur.adrien@yahoo.fr +261 34 05 800 01
02.05	Visite des formations sanitaires sur Antananarivo	Andrimbazotiana RAKOTOMANANA, Chef de Service Suivi évaluation CA-CSU-MinSanP	+261 33 12 123 drandry@gmail.com
02.05	Organisation et fonctionnement d'un CSB (visite du CSB ISOTRY)	Mr Robel, Adjoint administratif, Service de District de Santé Publique Antananarivo Ville	+261 34 17 064 30
02.05	Organisation et fonctionnement d'un CSB (visite du CSB ISOTRY)	Hamintsoa RAKOTO, Médecin chef CSB ISOTRY	
02.05	Organisation et fonctionnement d'un CSB (visite du CSB ISOTRY) et d'un CHRDR (visite CHRDR ITASY)	Renaud RASOLOFONIRINA, Responsable Lutte contre les Maladies Non Transmissibles à la DRSP Analamanga	analamanga@sante.gov.mg
02.05	Organisation et fonctionnement d'un CSB (visite du CSB ISOTRY) et d'un CHRDR (visite CHRDR ITASY)	Manitra RAKOTOARIVONY, Directeur DRSP Analamanga	+261 32 04 304 52 dadamanitra@yahoo.fr analamanga@sante.gov.mg
02.05	Organisation et fonctionnement d'un CHRDR (visite CHRDR ITAOSY)	RAKOTOARISOA Holihanitra, Médecin - Chef CHRDR Itaosy	chdiiitaosy@yahoo.fr +261 16 710 32

02.05	Organisation et fonctionnement d'un CHRD (visite CHRD ITAOSY)	Iharisoa RAVAONANDRASANA, Adjoint technique CHRD ITAOSY Dieudonné RAJAONARIVÉLO, Adjoint administratif /Gestionnaire	chdiitaosy@yahoo.fr
02.05	Séance de travail avec le sous-groupe « Prestations de services »	Vololoniaina RAKOTOMALALA, Sœur Anne Claire ESQUILLAN Denise, Paul Richard RALAINIRINA,	+261 34 14 203 18 vololarazafi@yahoo.fr aclaire@moov.mg prralainirina@unicef.org
02.05.16	Projet de loi portant instauration d'un DAS	Mme Fy Rasoamananjara Conseillère technique au Ministère de la santé publique	+261 34 06 97 937
02.05.16	Projet de loi portant instauration d'un DAS	M. Santa Rakotondravelo	Conseiller technique au Ministère de la santé publique +261 34 026 60 31
02.05.16	Budget de la santé	M. RAOELIJOANA Adrien, Chef Service Social et Administratif, Ministère des finances et du Budget	
02.05.16	Tiers payant et PSN-TB	Dr Lovasoa Andrianaivo Hajamalala, Principal récipiendaire subventions Fonds mondial, ONN	drlova@onn.mg
03.05	Présentation des objectifs de la mission d'appui à l'opérationnalisation de la SN CSU	Rabenja RALAIMIADANA Andriamihamintsoa Rabenja, Directeur Directeur DRSP ITASY Miarinarivo	+261 32 02 009 88 drsitasy@yahoo.fr
03.05	Organisation et fonctionnement d'un CSB rural (visite du CSB Itasy)	Jean Evariste RAKOTOBÉ, Médecin Inspecteur SDSP Miarinarivo	+261 33 14 007 26 rakotobeje@gmail.com
03.05	Organisation et fonctionnement d'un CHRR (visite du CHRR Itasy)	Jacques RANDRIAMIFIDY, Directeur CHRR Itasy	+261 34 18 084 97 chrritasy@yahoo.fr
03.05	Fonctionnement des 1100 CSB appuyés par l'UNICEF à MG	JEAN Claude MUBALAMA, Coordonnateur PASSOBA/UNICEF	+261 32 23 450 07 jcmubalama@unicef.org
03.05.16	Révision constitutionnelle	M. RANDRIANJAFIZANAKA Mananjaoasy Fanohiza, Juge administratif Directeur des Etudes auprès de la Primature	rfanohiza@gmail.com
03.05.16	Révision constitutionnelle	M.RAZAFINDRAKOTO Misa	Tel:+261 34 05 402 11

		Juge administratif Directeur de la Législation et du Contentieux auprès de la Primature	
03.05.16	Engagement politique	S. E. M. Hery RAJAONARIMAMPINANINA, Président de la République	
03.05.16	Financement existant et innovant	M. Pierre Jean FENO, Directeur Général, Ministère des Finances et du Budget	
03.05.16	Financement existant et innovant	M. Eric Narivony RABENJA, Directeur Général des Douanes	
03.05.16	Position actuelle et à venir de la CNAPS	M. Raoul Arizaka Rabekoto, Directeur général de la CNAPS	032 11 77125 rarizaka@gmail.com
03.05.16	Organisation et fonctionnement de l'ONN	Mme Holy Malala Raobelina, Coordinatrice nationale, ONN	holy@onn.mg 032 11 15843
04.05	Point des TdR de la mission	Jean-David NAUDET, Directeur AFD Danielle RABENIRINA, AFD	rabenirina@afd.fr
04.05	Point de la mission à la réunion des PTF	Tous les PTF présents à la réunion (UNICEF, USAID, OMS, UNFPA, CF, Institut Pasteur, UE, etc.)	Cf. Fiche de présence
04 05 16	Briefing	Dr Josea Ratsirarson, SG MSANP	034 02 157 15 jratsirarson@moov.mg
04 05 16	Réunion de partage	Représentants des PTF santé	
04 05 16	Réunion de briefing	Dr Sylvie, Cellule CSU, MSANP	
06. 05	2 <sup>ème</sup> séance de travail avec le sous-comité « Prestations de services »	Membres du sous-comité	Cf. Fiche de présence
06.05	Documents sur les paquets des structures de référence et les constructions de formations sanitaires	Davida Rosivel RAVOHIARISON de la DHRD	rosiveldav@yahoo.com

## **Annexe - Présentation de fin de première étape**

## Appui technique sur les modalités de mise en œuvre du dispositif d'assurance santé a Madagascar

Evariste Lodi, Justin Sossou,  
Virgile Pace, François Boillot  
**Etape 1: Collecte d'informations**  
26/4 au 6/05 2016



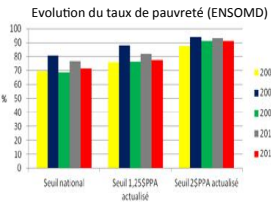



Éléments clé du contexte  
Mise en place de la CSU  
Étapes suivantes

## ELEMENTS CLÉ DU CONTEXTE

## Grande pauvreté et transition épidémiologique

Evolution du taux de pauvreté (ENSOMD)

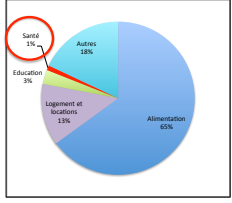


Top 10 des causes de mortalité (OMS)

Maladie (IS)	Meu of diseases (2012)	Crude death rate (2012)	Change in death rate (2012)
Stroke (IS.2)	19.2	10.1	▲
Lower respiratory infections (IS.4)	16.6	10.1	▼
Tuberculosis (IS.5)	16.1	10.1	▼
Cardiovascular diseases (IS.2*)	16.1	10.1	▼
Ischaemic heart disease (IS.2)	6.3	10.1	▼
Intestinal (IS.8)	6.4	10.1	▲
Malaria (IS.4*)	6.9	10.1	▲
Birth asphyxia and birth trauma (IS.8*)	2.3	10.1	▼
Ischaemic heart complications (IS.4*)	6.4	10.1	▼
Production energy transformation (IS.7)	4.5	10.1	▼

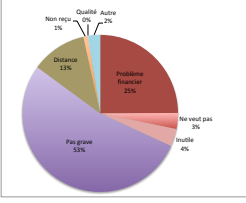
## Inaccessibilité financière majeure d'origine économique

Part de la santé dans la consommation



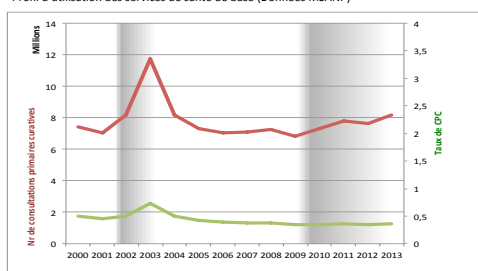
EPM 2010 et ENSOMD13

Raisons de ne pas consulter



## Pauvreté et utilisation des soins

Profil d'utilisation des services de santé de base (Données MSANP)



La gratuité temporaire de 2003 donne la mesure de l'obstacle économique

## Vulnérabilité et santé

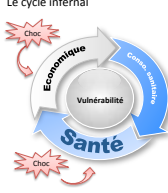
*La vulnérabilité, ce n'est pas la même chose que la pauvreté. Ce n'est pas le fait d'être dans le manque ou dans le besoin, mais d'être sans défense, de vivre dans l'insécurité et d'être exposé aux risques, aux chocs et au stress.*

Robert Chambers

Qui est vulnérable, à quoi et pourquoi ?

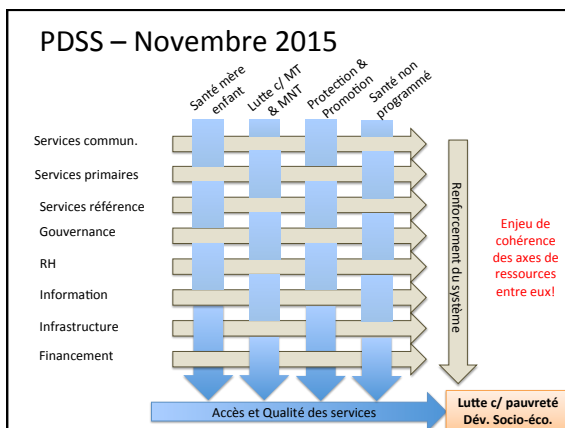
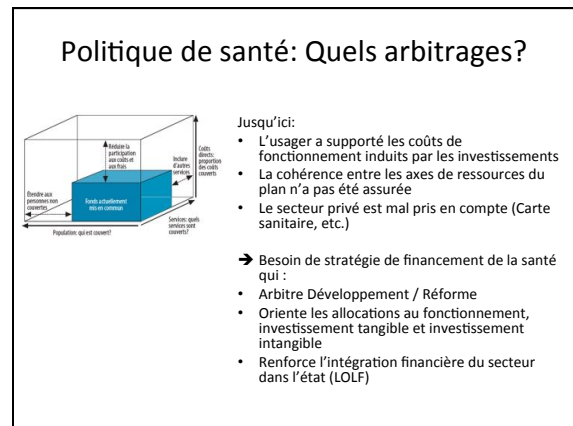
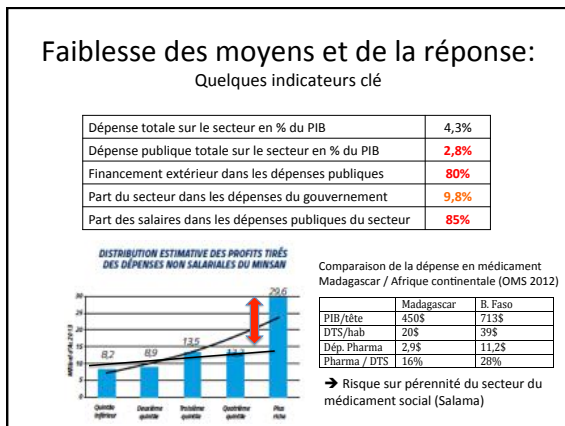
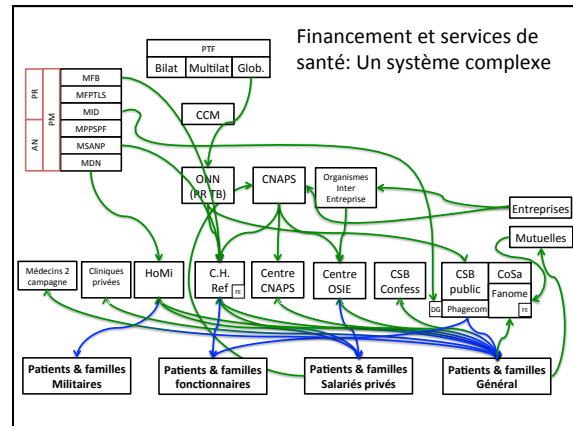
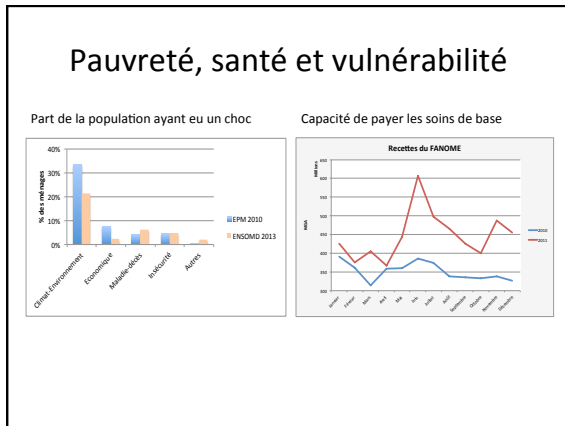
Qui?	À quoi?	Pourquoi?
Les pauvres, les travailleurs clandestins socialement exclus	Chocs économiques, chocs sanitaires	Capacités limitées
Les femmes, les handicapés, les migrants, les personnes âgées, les jeunes	Catastrophes naturelles, changement climatique, risques industriels	Emploi précaire, position au sein de la société, périodes sensibles du cycle de vie
Communautés, régions isolées	Conflits, troubles civils	Cohésion sociale faible, institutions non efficaces, gouvernance faible

Chocs économiques et sanitaires: Le cycle infernal



Source: Banque de l'économie sur le développement humain.





Éléments clé du contexte  
Mise en place de la CSU  
Étapes suivantes

## MISE EN PLACE DE LA CSU



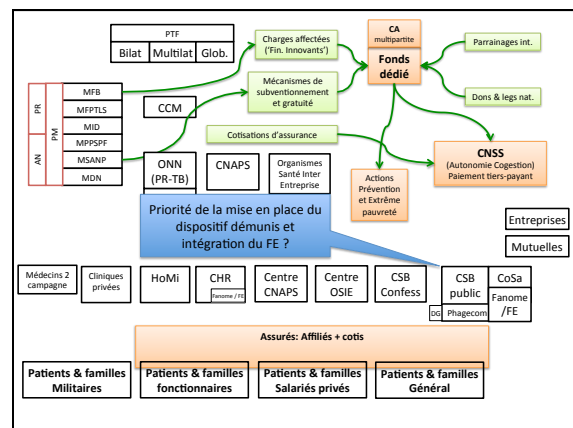
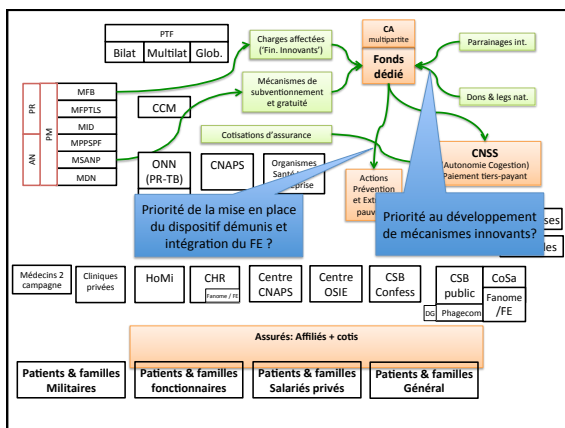
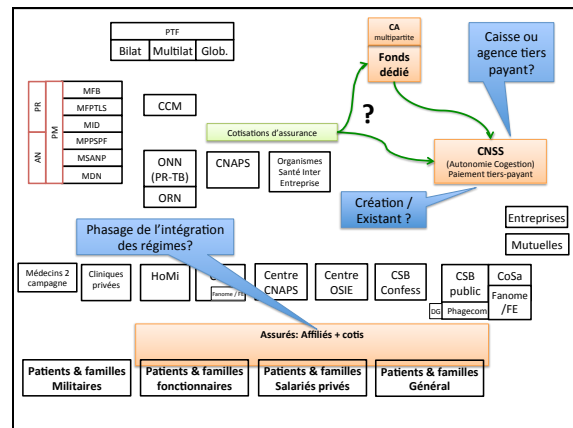
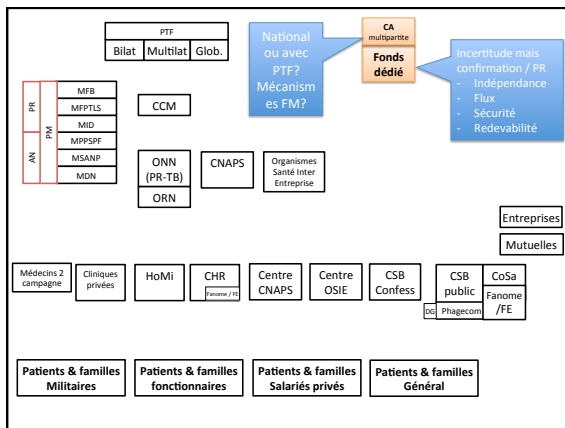
### Cadrage politique



1. Pérennité
2. Structuration
3. Prudence: « Avancer lentement mais sûrement »

### Observations

- Le dispositif actuel soulève un nombre de questions qu'il faut clarifier pour avancer
- Difficulté d'obtenir des rendez-vous avec les parties prenantes clé (Trésor, Fonction publique...)
- DAS = "Coûts de fonctionnement" des services – Lien avec volet investissement (Axe 2 SN-CSU) : Élément de stratégie de financement à préciser
- Enjeu de validation du dispositif: Articulation avec le développement du cadre juridique



Éléments clé du contexte  
Mise en place de la CSU  
Étapes suivantes

### Étapes suivantes

- Consultance / Assistance technique → Proposition de révision des TDR
- Accompagnement de la réflexion sur paquet, financement et mise en place d'ici S1-16
- Démarrage du processus par cadre juridique et élaboration du pilote.



Crédit photo: Pierrrot Men

*A toujours sacrifier l'essentiel à l'urgent, on finit par oublier l'urgence de l'essentiel*

E. Morin