



REPOBLIKAN'I MADAGASIKARA  
Fitiavana • Tanindrazana • Fandrosoana

-----  
**MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE**

**Les Comptes de la Santé de Madagascar  
2019-2020-2021**

**RAPPORT FINAL**



Septembre 2023

## TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES .....	i
LISTE DES ABRÉVIATIONS .....	iii
LISTE DES TABLEAUX .....	v
LISTE DES GRAPHIQUES .....	vi
LISTE DES FIGURES.....	vi
RESUME EXECUTIF .....	1
INTRODUCTION .....	3
I. CONTEXTE NATIONAL (2019-2020-2021).....	4
I.1. SITUATION GEOGRAPHIQUE .....	4
I.2. SITUATION GEOGRAPHIQUE .....	4
I.3. SITUATION SOCIO-ECONOMIQUE .....	6
I.4. ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTE.....	7
I.4.1. Performance par pilier du système de santé .....	8
I.4.2. Principales pathologies entraînant un recours aux soins .....	15
I.4.3. Financement de la santé .....	15
II. MÉTHODES ET SOURCES DE DONNÉES .....	19
II.1. DEFINITION ET UTILITE DES COMPTES DE LA SANTE .....	19
II.2. CADRE DU SYSTÈME DES COMPTES DE LA SANTE (SCS) .....	19
II.3. DEFINITION OPERATIONNELLE DES CONCEPTS.....	21
II.4. PROCESSUS D'ELABORATION DES COMPTES DE LA SANTE .....	21
II.4.1. Phase préparatoire.....	22
II.4.2. Phase de collecte et d'organisation des données .....	23
II.4.3. Phase d'analyse des résultats et de rédaction du document de rapport .....	25
II.5. DIFFICULTES ET LIMITES DE L'ETUDE.....	25
III. RÉSULTATS DES COMPTES DE LA SANTÉ.....	27
III.1 VOLUME DU FINANCEMENT DE LA SANTE .....	27
III.2. DIMENSION FINANCEMENT DE LA SANTE.....	27
III.2.1. Dépenses courantes de santé par sources de financement .....	27
III.2.2. Agent de financement, régime et recette de régime.....	2
III.2.3. Prestataire de soins de santé et facteurs de prestation.....	4
III.2.4. Fonctions de soins de santé.....	10
III.2.5 Maladies et affections .....	13
III.2.6. Dépense de santé par région et selon les caractéristiques démographiques .....	16
III.3. DEPENSES D'INVESTISSEMENT EN SANTE .....	17
IV. PRINCIPAUX INDICATEURS EN SANTÉ.....	19
IV.1 EVOLUTION DES INDICATEURS DU PAYS .....	19
IV. 2. COMPARAISON DES INDICATEURS NATIONAUX AVEC QUELQUES PAYS .....	20
V. DEPENSES DE SANTE SPECIFIQUES .....	21
V.1. SANTE DE LA MERE ET DE L'ENFANT .....	21
V.1.1 Aperçus sur la situation.....	21
V.1.2. Régime de financement, Prestataires de soins de santé et Fonctions des soins de santé.....	23
V.2. MALADIES TRANSMISSIBLES .....	26

V.2.1. Aperçu sur la situation .....	26
V.2.2. Agent de financement, Régime de financement, Prestataires de soins de santé et Fonctions des soins de santé .....	27
V.3. Maladie non transmissible .....	30
V.3.1. Aperçu sur la situation .....	30
V.3.2. Agent de financement, Régime de financement, Prestataires de soins de santé et Fonctions des soins de santé .....	30
V.4. COVID-19 (2020-2021) .....	33
V.4.1. Aperçu sur la situation .....	33
V.4.2. Agent de financement, Régime de financement, Prestataires de soins de santé et Fonctions des soins de santé .....	34
RECOMMANDATIONS ET CONCLUSION .....	33
BIBLIOGRAPHIE .....	37
ANNEXES .....	37

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

---

ACD	Atteindre Chaque District
ACE	Atteindre Chaque Enfant
CHRD	Centre Hospitalier de Référence de District
CHRR	Centre Hospitalier de Référence Régionale
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNS	Comptes Nationaux de Santé
CP	Consultations Périnatales
CRENAS	Centres de Récupération et d'Éducation Nutritionnelle Ambulatoire de la malnutrition aiguë sévère Sans complication
CS	Comptes de la Santé
CSB	Centres de Santé de Base
CSU	Couverture Santé Universelle
DCS	Dépense Courante de Santé
DEPSI	Direction des Études de Planification et du Système d'Informations
DGMP	Direction Générale de la Médecine Préventive
DGR	Direction Générale des Ressources
DHIS2	District Health Information Software
DPE	Développement de la Petite Enfance
DRSP	Direction Régionale de la Santé Publique
DTS	Dépense Totale en Santé
DVSSER	Veille Sanitaire et de la Surveillance Épidémiologique et Riposte
EDS	Enquête Démographique et de Santé
ENSOMD	Enquête Nationale sur le Suivi des Objectifs de Millénaire pour le Développement à Madagascar
FANOME	Fandraisan' Anjara NO Mba Entiko
FKT	Fokontany
HMP	Hopitaly Manara-Penitra
IDH	Indice du Développement Humain
INSTAT	Institut National de la Statistique
IRA	Infections Respiratoires Aigües
ISBLSM	Institutions Sans But Lucratif aux Services des Ménages
ISF	Indice Synthétique de Fécondité
MEAH	Ministère de l'Eau, de l'Assainissement et de l'Hygiène
MICS	Madagascar Multiple Indicator Cluster Survey
MINSAP	Ministère de la Santé Publique
MNT	Maladies Non Transmissibles
MST	Maladies Sexuellement Transmissibles
MTN	Maladies Tropicales Négligées
NV	Naissance Vivante
OCDE	Organisation pour la Coopération et le Développement Économique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PDSS	Plan du Développement du Secteur Santé
PF	Planification Familiale
PFU	Participation Financière des Usagers
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNS	Politique Nationale de Santé

PNSC	Politique Nationale de la Santé Communautaire
PSRSIS	Plan Stratégique de Renforcement du Système d'Information Sanitaire
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PTME	Prévention de la Transmission Mère Enfant
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RMA	Rapport Mensuel d'Activités
SDMPR	Surveillance des Décès Maternels, Périnataux et la Riposte
SDSP	Service du District de Santé Publique
SEIE	Surveillance Épidémiologique Intégrée à base Électronique
SHA	System of Health Account
SIG	Système d'Information pour la Gestion
SIMR	Surveillance Intégrée des Maladies et Ripostes
SIS	Système d'Information Sanitaire
SLPMERMETN	Service de Lutte contre la Peste, Maladie Émergente Ré émergente, Maladie Épidémique et Tropicale Négligée
SONE	Soins Obstétrique et Néonatales Essentiels
SSSD	Service de Statistique Sanitaire et Démographique
SYGMA	Système de Gestion des Matériels et Équipements
TBM	Taux Brut de Mortalité
TBN	Taux Brut de Natalité
TBR	Taux Brut de Reproduction
TIC	Technique de l'Information et de la Communication

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau 1: Principaux indicateurs démographiques .....	5
Tableau 2: Effectif des structures sanitaires en 2019, 2020 et 2021 .....	8
Tableau 3: Répartition par région des personnels de santé (à compléter par DRH) .....	9
Tableau 4: Répartition des personnels de santé selon les niveaux de la pyramide sanitaire (à compléter par DRH).....	10
Tableau 5: Répartition annuelle des nouvelles constructions .....	10
Tableau 6: Tendances des indicateurs essentiels en santé au niveau des CSB à Madagascar par programme .....	15
Tableau 7: source de la base de sondage .....	23
Tableau 8: Évolution des dépenses courantes et des investissements dans le secteur de la santé de 2019 à 2021 (en milliards d'Ariary).....	27
Tableau 9: Dépenses courantes de santé par source de financement avec un focus sur le RDM (En millions de d'Ariary).....	28
Tableau 10: Dépense courante de santé par recettes, par régimes de financement et par agents de financement (en milliards d'Ariary).....	3
Tableau 11: Répartition des dépenses courantes de santé par prestataire de soins (en milliards d'Ariary) .....	4
Tableau 12: Distribution des dépenses par facteur de prestation (en milliards d'Ariary) .....	5
Tableau 13: Dépenses courantes de santé par prestataire et par facteurs de prestations (en milliards d'Ariary) .....	6
Tableau 14: Dépenses courantes de santé par source et par facteurs de prestations (en milliards d'Ariary) .....	8
Tableau 15: Dépenses de santé par fonctions de soins de santé (en milliard d'Ariary) .....	10
Tableau 16: Répartition des dépenses de soins de santé primaire (SSP) (en milliards d'Ariary) .....	13
Tableau 17: Dépenses courantes de santé par agent de financement et par maladie et affection (en milliards d'Ariary).....	15
Tableau 18 : Distribution des dépenses selon région (en milliards d'Ariary).....	16
Tableau 19: Distribution des dépenses selon l'âge et le sexe (en milliards d'Ariary) .....	17
Tableau 20: Investissement en santé par poste de dépense (en milliards d'Ariary).....	18
Tableau 21: Principaux indicateurs en santé.....	19
Tableau 22: Comparaison internationale des DCS en % du PIB et par habitant en 2020 .....	20
Tableau 23: Situation des dépenses de la santé maternelle et enfant par agent, régime et source de financement en 2019, en 2020 et 2021 (en milliards d'Ariary).....	24
Tableau 24: Situation des dépenses de la santé maternelle et enfant par prestataires de soins de santé en 2019, en 2020 et 2021 (en milliards d'Ariary).....	25
Tableau 25: Situation des dépenses de la santé maternelle et enfant par fonction de soins de santé en 2019, en 2020 et 2021 (en milliards d'Ariary).....	26
Tableau 26 : Situation des dépenses des maladies transmissibles, par agent, régime et source de financement en 2019, en 2020 et 2021 (en milliards d'Ariary).....	28
Tableau 27: Situation des dépenses des maladies transmissibles par prestataires de soins de santé en 2019, en 2020 et 2021 (en milliards d'Ariary).....	29
Tableau 28: Situation des dépenses des maladies transmissibles par fonction de soins de santé en 2019, en 2020 et 2021 (en milliards d'Ariary).....	29
Tableau 29: Répartition des dépenses de maladies non transmissibles par agent, par régime et par source de financement en 2019 en 2020 et en 2021 (en milliards d'Ariary).....	31
Tableau 30: Répartition des dépenses des maladies non transmissibles par prestataires de soins de santé en 2019, en 2020 et 2021 (en milliards d'Ariary).....	32
Tableau 31: dépenses des maladies non transmissibles par Fonctions des soins de santé de 2019, 2020 et 2021 (en milliards d'Ariary).....	32
Tableau 32: dépenses de la COVID-19 par agent de financement de santé de 2020 et 2021 (en milliards d'Ariary) .....	34
Tableau 33: dépenses de la COVID-19 par Prestataires des soins de santé de 2020 et 2021 (en milliards d'Ariary).....	34
Tableau 34: dépenses de la COVID-19 par Fonctions des soins de santé de 2020 et 2021 (en milliards d'Ariary) .....	35

## **LISTE DES GRAPHIQUES**

---

Graphique 1: Répartition des personnels de santé par catégorie de fonction.....	9
Graphique 2: Principales pathologies entraînant un recours aux soins en 2021 .....	15
Graphique 3 : Intervention des partenaires par région.....	16
Graphique 4 : Proportion des partenaires intervenant dans chaque pilier du système .....	16
Graphique 5 : Proportion de financement des partenaires selon leur origine.....	17
Graphique 6: Évolution des dépenses courantes et des investissements dans le secteur de la santé de 2019 à 2021 (en milliards d'Ariary).....	27
Graphique 7: Dépenses courantes de santé par source de financement en 2021.....	28
Graphique 8: Distribution des dépenses courantes de santé par source de financement.....	28
Graphique 9: Répartition des dépenses par prestataire de soins en 2021 .....	4
Graphique 10: Distribution des dépenses par facteur de prestation en 2021 .....	5
Graphique 11: Dépenses de santé par fonctions de soins de santé en 2020 (COVID-19).....	11
Graphique 12: Dépenses courantes de santé par maladie et affection (En %) en 2021.....	14

## **LISTE DES FIGURES**

---

Figure 1: Pyramide Sanitaire à Madagascar .....	7
Figure 2: Circuit d'approvisionnement en médicaments et intrant de santé durant la période 2019-2020-2021 .....	11
Figure 3: Les coûts moyens de la chaîne d'approvisionnements en intrants et médicaments du pays.....	12
Figure 4: Historique de DHIS2.....	14
Figure 5: Trois dimensions à considérer lorsque l'on progresse vers la couverture universelle .....	18
Figure 6: Liens entre les cadres des systèmes de la santé et les comptes de la santé.....	20
Figure 7: Dimensions des Comptes de la Santé (SHA 2011) .....	20

## **RESUME EXECUTIF**

---

L'élaboration des comptes de la santé est un exercice conduit par le Ministère de la Santé avec l'appui technique et financier de l'OMS. Il a été appliqué la méthodologie standard internationale du système des comptes (SHA) 2011, rendant comparable les données collectées des pays qui ont le même niveau de développement. Le rapport des Comptes de la Santé 2019-2020-2021 a été élaboré dans le cadre d'un processus participatif dont la dernière étape est l'atelier de validation. L'analyse des résultats a permis de dégager les principaux indicateurs qui permettent d'apprécier le financement de la santé de Madagascar :

- La Dépense totale de santé (DTS) est estimée 1 673,7 milliards d'Ariary en 2019. Elle était de 2194,7 milliards d'Ariary en 2020 et 2190,60 milliards d'Ariary en 2021 soit un taux d'accroissement de 30,8% entre 2019 à 2021. La très forte hausse de la DTS est tirée à la fois par la Dépense courante de santé (DCS) et les dépenses d'investissement en santé.

- La Dépense courante de santé (DCS) est évaluée 1582,8 milliards d'Ariary en 2019 et 1840,6 milliards d'Ariary en 2020 contre 1953,6 milliards d'Ariary en 2021, soit une hausse de 23,42%. Cette hausse de la DCS est majoritairement imputable aux financements du reste du monde (850,1 milliards d'Ariary en 2021), aux ménages (641,1 milliards d'Ariary en 2021) et aux partenaires multilatéraux (577 milliards d'Ariary en 2021). Les financements issus de l'administration publique (348,4 milliards d'Ariary en 2021) et des partenaires bilatéraux (267,8 milliards d'Ariary en 2021) ont également contribué à la hausse du taux d'accroissement.

- Les dépenses en investissement sont évaluées à 79,6 milliards d'Ariary en 2019 avant de connaître une augmentation significative en 2020 à 340,8 milliards d'Ariary et à 224,3 milliards d'Ariary en 2021 avec un taux d'accroissement entre 2019 à 2021 de 181,78%. Les dépenses d'investissement en santé les plus importantes sont celles allouées en 2019 à l'acquisition des machines d'équipements (27%), à la formation brute du capital (26%) puis aux infrastructures (19%). En 2020 et 2021, les dépenses en investissement ont été plus orientées aux infrastructures (85% en 2020 et 10% en 2021) et à l'acquisition des machines et équipements (7% en 2020 et 45% en 2021).

- Les contributions des différents régimes dans les dépenses courantes de santé sont réparties en 2021 comme suit : (i)Le régime de l'administration publique reste le principal dispositif de financement du système de santé du Madagascar. Il contribue à 53,5% des dépenses courantes de santé en raison d'une dépense évaluée à 928,4 milliards d'Ariary. (ii)Le paiement direct des ménages avec de 639 milliards d'Ariary soit 31,2%. (iii)Les régimes volontaires de paiement privé des soins de santé estimé à 196,6 milliards d'Ariary avec un taux de 9,6%. Notons que le régime de l'administration publique est alimenté par les ressources de l'état à hauteur de 35% et les transferts des bailleurs extérieurs passant par l'administration publique à hauteur de 65%.

- L'analyse des dépenses par prestataires de soins de santé présente un système d'offre caractérisé en 2019 par les prestataires des soins préventifs, les prestataires des biens médicaux et les hôpitaux avec respectivement 34,4%, 24,3% et 17,2% des dépenses courantes de santé. Ces caractéristiques restent les mêmes en 2021 avec respectivement 37,5%,24,6% et 15,8. Les dépenses allouées aux soins de santé, sont de 28,93% en 2021 orientées pour les soins curatifs, 28,72% pour les soins et en fin 24,59% aux biens médicaux.

- Les dépenses des SSP sont estimées à 1242, milliards d'Ariary, soit 78,5 % des dépenses courantes de santé en 2019, 1432 milliards d'Ariary, soit 77,8% des dépenses courantes de santé en 2020 et enfin de 1528,2 milliards d'Ariary des dépenses courantes de santé, soit 78,2 % en 2021.

- La DTS par habitant a connu une forte hausse entre 2019 à 2021. En effet, elle est passée de 57 485 milliards d'Ariary (2019) soit 15,9 USD à 65 210 milliards d'Ariary soit 17,2 USD puis à 67 561 milliards d'Ariary soit 17,6 USD. Toutefois, cet indicateur reste en deçà des 112 USD par habitant recommandé par les financements innovants des systèmes de Santé pour assurer une prestation de service de santé de base. La participation du Gouvernement par le biais du budget alloué à la santé en pourcentage du budget total a connu une faible augmentation ces dernières années passant de 4,4% en 2019 à 4,67% en 2020 pour se situer à 5,39% en 2021. Cet indicateur reste toujours en deçà des 15% établis comme objectif dans la déclaration d'Abuja malgré son niveau satisfaisant.

Le paludisme (26,33%) et les Infections des voies respiratoires (22,83%), la maladie à corona virus (10,78%) sont les maladies pour lesquelles les plus gros montants ont été dépensés en 2020 et 2021, tandis que les maladies tropicales négligées, la tuberculose, les traumatismes et reçoivent très peu de financement. Aussi, le plaidoyer permanent pour la mobilisation supplémentaire des ressources auprès de l'Etat, permet de garantir la pérennité du financement de la santé pour une vision en moyenne terme vers l'assurance maladie universelle.

Les dépenses de santé allouées à la santé de la reproduction s'élèvent à 96,8 milliards d'Ariary des dépenses courantes de santé en 2019, 200,26 milliards d'Ariary en 2020 et 127,89 milliards d'Ariary en 2021. Ces dépenses sont en grande partie financées par l'administration publique et le reste du monde. Des efforts supplémentaires de mobilisation des ressources domestiques devraient être consentis surtout en explorant d'autres sources de financement innovants.

## INTRODUCTION

---

Suivant la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les Comptes de la Santé (CS) constituent un outil de suivi systématique, cohérent et exhaustif du flux des ressources du système de santé d'un pays. Ils fournissent des indicateurs fiables sur le financement du système de santé. Ils regroupent un ensemble d'informations économiques et financières sur le système de santé et peuvent être utilisés comme un instrument de diagnostic afin d'identifier des problèmes d'allocation des ressources, de proposer des pistes de solution et d'évaluer le degré de progression vers un objectif déterminé.

Sur le plan international, l'adoption de la nouvelle nomenclature des comptes nationaux de la santé (System of Health Account: SHA 2011) a apporté des améliorations aussi bien sur le plan de la mesure des dépenses de santé que sur le plan de l'analyse des flux. En Afrique, moins de 10 pays ont pu institutionnaliser les comptes nationaux de santé comme le recommande l'OMS.

Pour Madagascar, la dernière production de comptes de santé était en 2010. Actuellement, la disposition annuelle des Comptes Nationaux de Santé (CNS) et son institutionnalisation s'avèrent nécessaires. Vu les priorités définies au niveau du secteur santé, la mise à jour de la situation de Madagascar en matière de dépenses de santé est indispensable pour constituer une base de prise de décision. Madagascar dispose d'un plan cadre d'orientation politique "Initiative pour l'Émergence de Madagascar". Ce plan met en exergue l'importance de la disponibilité des comptes nationaux de santé. Dans ce document, il est stipulé dans l'objectif stratégique 2, axe 3 et action 23.

Par ailleurs, le Plan de Développement du Secteur Santé (2020-2024) considère également les Comptes nationaux de Santé comme outil important dans la programmation budgétaire et de plaider pour le financement de la santé.

Vu le contexte de la pandémie de COVID-19, des initiatives ont été prises par l'Etat Malagasy avec ses partenaires techniques et financiers, afin d'augmenter les investissements en matériels, intrants et équipements. Dans ces situations spécifiques, l'effort de disposer d'une situation des dépenses de santé est primordial et permettra de mieux s'orienter pendant la période post COVID.

Dans le cadre du processus d'élaboration du présent compte, les partenaires techniques et financiers ont apporté leur appui. Le pays a trouvé nécessaire de disposer situation tendancielle des dépenses de santé avant, pendant, et après la crise de pandémie de COVID-19 s'avère intéressante. Ainsi, afin de couvrir les 3 périodes suscitées, l'étude a concerné les années d'exercice budgétaire 2019, 2020 et 2021. La première année constitue la période avant COVID-19 où les activités économiques étaient dans la situation normale. L'année 2020 est la période pendant COVID-19 où l'économie était en phase de déclin aussi bien au niveau national que mondial car impactée par la pandémie. La troisième année, étant la phase après COVID-19, constituant la période de la reprise économique.

Ce document est le fruit d'un travail rigoureux d'un comité technique constitué d'experts et a suivi toutes les étapes de validation au sein du Ministère de la Santé Publique. Le pays envisage désormais de mener régulièrement cet exercice afin de pouvoir suivre les tendances et prendre les mesures nécessaires dans la politique sanitaire. Le Ministère de la Santé et ses partenaires mettront en place des mécanismes pour la routinisation de la demande, de l'utilisation, de la production et de la diffusion des données des CNS. Cette initiative requiert une appropriation de l'exercice par toutes les parties prenantes comprenant les autres secteurs contribuant dans les principaux déterminants de la santé.

## **I. CONTEXTE NATIONAL (2019-2020-2021)**

---

### **I.1. SITUATION GEOGRAPHIQUE**

Madagascar est une île, située dans l'Océan Indien, à 400 km à l'Est du Mozambique. Sa superficie est estimée à 587 047 km<sup>2</sup> et s'étend sur une longueur de 1 500 km du nord au sud. C'est la quatrième plus grande île du monde par sa superficie. Madagascar a été subdivisé en 22 régions jusqu'en 2021, 119 districts administratifs, 1 597 Communes et 17 222 Fokontany.

Les contraintes liées à l'enclavement sont particulièrement pénalisantes dans un contexte d'augmentation des échanges. Madagascar, de par l'étendue de son territoire, ainsi que par ses caractéristiques géographiques et climatiques, se trouve face à des défis complexes et coûteux en termes d'aménagement du territoire, notamment en ce qui concerne le réseau routier, d'accès à l'information et aux services sociaux de base dont la santé, l'éducation et l'Eau, Assainissement et Hygiène (EAH). L'enclavement contribue à creuser les inégalités d'opportunités entre zones de résidence d'une part, 78% en milieu rural et 22% en milieu urbain, et au sein des régions rurales d'autre part. L'accès aux services de santé et d'éducation est aussi fortement pénalisé par les difficultés d'accès : soit ce service est éloigné, soit la qualité du service est altérée par le manque de moyens et de personnel motivé pour aller travailler dans des zones très isolées.

En dehors de l'enclavement, Madagascar est aussi soumis aux aléas climatiques. En effet, 8 régions sont particulièrement vulnérables et sont confrontées principalement à la famine et à la malnutrition. L'activité agricole, est étroitement liée au climat et est soumise aux aléas qui l'accompagnent, quelle que soit la latitude. Les systèmes ruraux peuvent gérer des fluctuations à moyenne échelle. Cependant, certaines régions sont plus vulnérables que d'autres aux chocs importants, tels que les fortes perturbations météorologiques et les sécheresses prolongées. Cette hétérogénéité observée à Madagascar, où les tempêtes tropicales et les cyclones affectent souvent la partie orientale du pays, dans une moindre mesure, la côte du canal de Mozambique. Les cyclones, selon leur force, peuvent non seulement détruire les cultures établies, mais aussi les biens des ménages et des communautés (centres de santé, écoles, routes, etc.). De même, les famines, appelées "*kere*", sont fréquentes dans le Grand Sud, particulièrement dans l'Androy.

On observe actuellement que le rythme et l'ampleur des impacts climatiques s'accroissent, avec des conséquences dévastatrices bien au-delà des efforts de préparation et de relèvement. Madagascar fait partie des pays victimes de « l'injustice climatique ». En fait, la Grande Île est l'une des régions les plus pauvres du monde et est considérée comme l'une des plus vulnérables au changement climatique. La preuve en est que le nombre de décès dus aux inondations, aux sécheresses et aux tempêtes est 15 fois plus élevé que dans les pays développés. Les effets du changement climatique s'observent surtout au niveau de l'intensification des cyclones. A cette crise cyclonique actuelle s'ajoutent les déficits pluviométriques depuis plusieurs années et la hausse considérable des températures.

### **I.2. SITUATION GEOGRAPHIQUE**

Madagascar fait face à des enjeux importants concernant sa population en croissance, sa fécondité élevée et ses taux de mortalité infantile et maternelle. Selon le troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH3) effectué par l'INSTAT en 2018, la population totale de Madagascar atteignait environ 25,7 millions, avec une légère majorité de femmes représentant 50,7% de la population et 49,3% d'hommes. Elle est majoritairement rurale (80,70 %) et caractérisée par une population jeune, 56,6% ont moins de 20 ans. Cette population est

estimée à plus de 27,538 millions d'individus en 2019, près de 28,223 millions en 2020<sup>1</sup> et de 28,91 millions en 2021<sup>2</sup>. La répartition par âge révèle que 14,4% de la population est constituée d'enfants âgés de 0 à 4 ans, tandis que les femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) représentent 25,3%, dont 78,0% vivent en milieu rural et un âge moyen de procréation de 25,4 ans. Cette population est inégalement répartie sur une superficie totale de 587 000 km<sup>2</sup>. En termes de superficie, la population urbaine occupe 3,3 % du territoire. Ce qui donne une densité de 255,9 habitants/km<sup>2</sup> pour la population urbaine contre 36,2 habitants/km<sup>2</sup> pour la population rurale. La densité moyenne du pays est de 43,4 habitants/km<sup>2</sup>.

Les zones densément peuplées telles que les Hautes Terres centrales (Antananarivo et Fianarantsoa) contrastent avec les zones peu peuplées de l'Ouest et du Sud-Ouest, tandis que le Nord et l'extrême Sud ont des densités moyennes. Antananarivo, la capitale de Madagascar concentre 30% de la population du pays. Ensuite, Toamasina est la deuxième plus grande ville suivie d'Antsirabe, Fianarantsoa, Mahajanga, Toliara, Antsiranana, Taolagnaro et Morondava.

L'espérance de vie à la naissance en 2020 était d'environ 65 ans, mettant en évidence la nécessité d'améliorer les conditions de santé et de vie dans le pays. L'Indice de Développement Humain (IDH), qui mesure le niveau global de développement humain, était de 0,519 en 2018 (PNUD, 2018), soulignant les défis persistants en matière d'éducation, de revenus et d'accès aux services sociaux.

La fécondité demeure élevée avec un Taux Brut de Reproduction (TBR) de 2,1 filles par femme et un Taux Brut de Natalité (TBN) de 38 naissances vivantes pour 1000 habitants au niveau national (INSTAT, 2018). L'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) est de 4,3 enfants par femme (INSTAT, 2018), ce qui révèle la nécessité d'orienter les politiques en matière de santé maternelle et de planification familiale.

La mortalité infantile demeure préoccupante avec un taux de 59‰ en 2016 et 75 ‰ en 2021, tandis que le taux de mortalité maternelle est estimé à 408 décès pour 100 000 naissances vivantes (INSTAT, 2018), soulignant l'urgence d'améliorer les soins de santé maternelle et infantile dans le pays.

Tableau 1: Principaux indicateurs démographiques

<b>Indicateurs Valeurs</b>	<b>Valeur (Détails)</b>
Population totale en 2018	25 674 196 (Hommes 12 658 945 ; Femmes 13 015 251)
Proportion des Hommes	49,30%
Proportion des femmes	50,7%,
Proportion des enfants âgées de 0-4 ans révolus (<5 ans)	14,40%
Proportion des femmes en âge de procréer (15 à 49 ans)	25,3 % (dont 78,0 % se trouvent dans le milieu rurales)
Age moyen à la procréation (15-49 ans)	29,4 ans

<sup>1</sup> <http://datatopics.worldbank.org/world-development-indicators>

<sup>2</sup> <http://datatopics.worldbank.org/world-development-indicators>

Indicateurs Valeurs	Valeur (Détails)
Proportion de la population vivant en milieu rural	80,70%
Espérance de vie à la naissance	65 ans en 2020
Indicateur de Développement Humain (IDH)	0,519
Taux Brut de Reproduction (TBR)	2,1 (filles par femme)
Taux Brut de Natalité (TBN)	38 ‰, 38 naissances vivantes pour 1000 habitants au niveau national, (naissances vivantes issues de toutes les femmes de 12 ans et plus)
Taux Global de Fécondité générale	135 naissances vivantes pour 1000 femmes en âge de procréer (15 à 49 ans)
Indice Synthétique de Fécondité (ISF)	4,3 enfants par femme
Taux Brut de Mortalité (TBM)	5,6 ‰ en 2018
Taux de mortalité des enfants de moins d'un cinq ans	75 ‰ en 2021
Ratio de mortalité maternelle	4,08‰ (408 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2018 imputables à des causes maternelles)

Source : EDS V, INSTAT (2018)/WDI Banque Mondiale/PNUD (2018)

### I.3. SITUATION SOCIO-ECONOMIQUE

Madagascar continue de faire face à des défis économiques majeurs. Du fait de la pandémie de COVID-19 et des multiples chocs climatiques qui ont exacerbés la vulnérabilité, le pays a enregistré un taux de croissance de -7,1% en 2020, en contraste avec la croissance de 4,4% en 2019 et 5,7% en 2021.

Le secteur secondaire s'est révélé être le principal moteur de la croissance économique pour l'année 2019 et 2021, enregistrant des taux de croissance respectifs de 6,77 % et 19,72 %. En 2020, toutes les activités économiques ont connu un ralentissement significatif, entraînant une diminution des taux de croissance dans tous les secteurs. Le secteur primaire a été le moins touché par la pandémie avec un taux de -1.37%. En 2021, la croissance a été principalement stimulée par une reprise dans les secteurs de l'industrie extractive, qui a enregistré un taux de croissance de 69,1%, et de la branche textile, avec un taux de croissance de 30,2%.

Pendant les trois années d'étude à Madagascar, les taux d'inflation<sup>3</sup> ont été respectivement de 5,6%, 4,2% et 5,8%. Une hausse dans la rubrique santé a été particulièrement observée, avec des taux de 4,9% avant la pandémie COVID-19, 7,9% pendant celle-ci et 8,5% après la période COVID-19. En ce qui concerne le taux de pauvreté, il est estimé à 71,5%<sup>4</sup> de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté fixé à 535 603 Ar par personne et par an, en tenant compte des prix pratiqués au niveau national.

<sup>3</sup>Le taux d'inflation est le pourcentage de hausse/baisse des prix des biens et services sur une période donnée

<sup>4</sup> Selon les résultats de l'Enquête Nationale sur le Suivi des Objectifs de Millénaire pour le Développement à Madagascar (ENSOMD 2012),

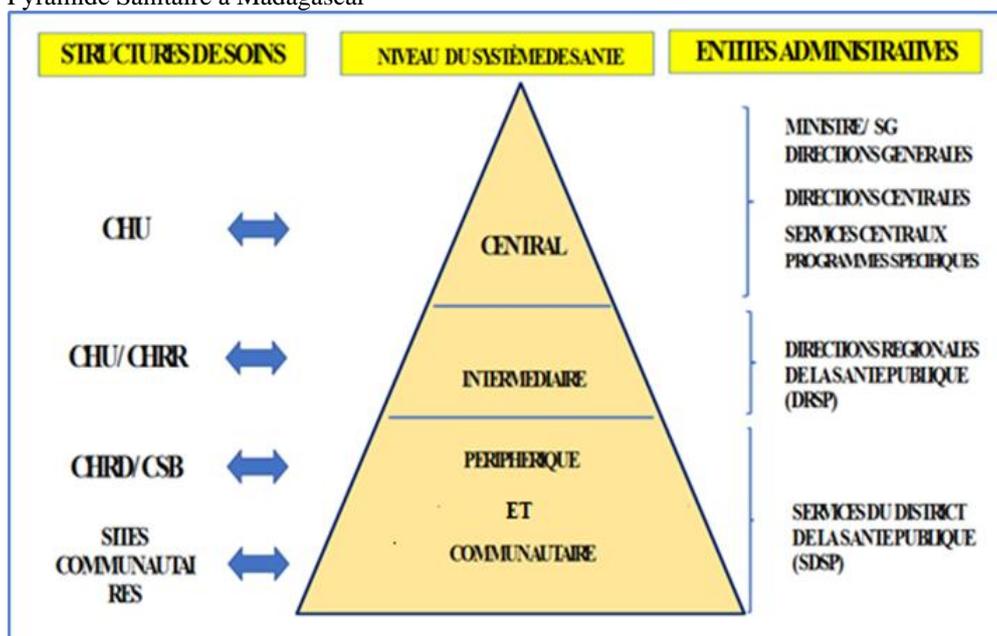
Le taux de pression fiscale pour les années 2019, 2020 et 2021, se situe aux autour de 11%<sup>5</sup>, significativement inférieur à la moyenne africaine qui est de 20 %. En termes de réalisation, les recettes de l'Etat de 2020 ont diminué de 13,2% par rapport à l'année 2019. Le déficit budgétaire a été estimé à 4,5%, 9,7% et 8,7% du Produit Intérieur Brut (PIB) pour les trois années couvertes par l'étude traduisant une hausse de l'intervention de l'Etat dans l'économie suite à l'apparition de la pandémie. Il a été financé essentiellement par l'extérieur par le biais des prêts aux investissements.

#### I.4. ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTE

L'organisation du système de santé se fait sur trois niveaux :

- ✓ Le niveau central, chargé de la coordination générale du secteur santé, des orientations politiques et stratégiques, de la définition des normes et standards.
- ✓ Le niveau régional, sous tutelle direct du Secrétariat Général, représenté par la Direction Régionale de la Santé Publique (DRSP) a pour mission de planifier, conduire, suivre et évaluer la mise en œuvre des programmes d'intérêt national au niveau des districts sanitaires de la région sanitaire.
- ✓ Le niveau périphérique ou district, représenté par le Service du District de Santé Publique (SDSP), a pour mission de coordonner et appuyer les Centres Hospitaliers de Référence de District (CHRD) et les Centres de Santé de Base (CSB) dans la fourniture des soins de santé primaires. Le niveau communautaire participe à la promotion de la santé et aux interventions communautaires intégrées et fait partie des prestataires des soins de base.

Figure 1: Pyramide Sanitaire à Madagascar



Source : PDSS 2020-2024

Le Ministère de la Santé Publique à travers la DEPSI en collaboration avec les DRSP et SDSP élabore et actualise chaque année le document relatif à la sectorisation du secteur santé.

<sup>5</sup> OGT

Tableau 2: Effectif des structures sanitaires en 2019, 2020 et 2021

<b>Structures sanitaires</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>
CHU	22	23	22
CHRR	16	16	16
CHRD	99	101	101
CSB	2 710	2 729	2 733
Formations sanitaires privées de base	824	870	883
Sites communautaires	20 029	20 311	20 365

Source : sectorisation, SSSD/DEPSI

Selon le décret N° 2019 - 064 du 1er Février 2019 fixant les attributions du Ministre de la Santé Publique ainsi que l'organisation générale de son Ministère, il est créé au niveau du Ministère de la Santé Publique ; trois (3) Directions Générales pour une meilleure synergie, coordination et efficience des interventions :

- ✓ La Direction Générale de la Médecine Préventive, chargée de coordonner les interventions liées aux préventions dans le cadre des soins de santé primaire.
- ✓ La Direction Générale de la Fourniture des Soins en charge de la coordination des activités d'appui à la fourniture des soins depuis le niveau communautaire jusqu'au niveau des centres hospitaliers universitaires.
- ✓ La Direction Générale des Ressources en charge de la coordination de la gestion des ressources du Ministère de la Santé Publique pour une meilleure efficience des actions de santé.

Chaque direction générale est représentée sous forme de division aux niveaux intermédiaires et périphériques.

La collaboration avec les PTF est effective à tous les niveaux et pour tous les programmes prioritaires de santé : renforcement du système de santé ; lutte contre les maladies ; santé de la reproduction, maternelle, néonatale, infantile, adolescent et nutritionnelle ; gestion des épidémies et urgences sanitaires. Il y a une dépendance du système aux financements externes. En termes d'appui aux interventions prioritaires, certaines zones et programmes demeurent insuffisamment soutenus.

#### **I.4.1. Performance par pilier du système de santé**

##### *I.4.1.1. Ressources humaines*

A l'instar des autres pays, les ressources humaines constituent l'un des piliers du système de santé de Madagascar. Le nombre total de personnel de santé est de 16 446 en 2019, et de 16 753 en 2020. Grâce aux efforts fournis par l'Etat, ce nombre a connu une nette augmentation en 2021 et s'élève à 17 592. ANALAMANGA est la région regorgeant le plus de personnel de santé avec 33,81% en 2019, 32,97% en 2020 et 32,29% en 2021 (Tableau 3).

Tableau 3: Répartition par région des personnels de santé (à compléter par DRH)

Région	2019	2020	2021
ALAO TRA MANGORO	3,79%	3,87%	4,58%
AMORON'I MANIA	2,55%	2,53%	2,39%
ANALAMANGA	33,81%	32,97%	32,29%
ANALANJIROFO	2,91%	3,05%	2,93%
ANDROY	1,48%	1,60%	2,17%
ANOSY	2,16%	2,26%	2,48%
ATSIMO ANDREFANA	6,40%	6,32%	6,76%
ATSIMO ATSIANANA	1,70%	2,00%	1,99%
ATSIANANA	6,74%	6,82%	6,47%
BETSIBOKA	1,33%	1,36%	1,30%
BOENY	5,69%	5,39%	5,51%
BONGOLAVA	1,03%	1,31%	1,06%
DIANA	3,90%	4,25%	4,18%
HAUTE MATSIATRA	5,27%	5,33%	5,11%
IHOROMBE	1,33%	1,46%	1,32%
ITASY	1,89%	1,86%	1,88%
MELAKY	1,13%	1,02%	1,14%
MENABE	2,13%	2,28%	2,17%
SAVA	2,81%	2,56%	2,51%
SOFIA	3,22%	3,12%	3,22%
VAKINANKARATRA	4,83%	4,81%	4,67%
VATOVAVY FITOVINANY	3,91%	3,84%	3,88%
	100,00%	100,00%	100,00%

Source : DRH

Le personnel de santé est dominé dans la période d'étude (2019 à 2021) par le personnel paramédical avec une proportion constante d'environ 44 %. Il est suivi du personnel de l'administration avec une répartition similaire de 34% pour les 3 années d'étude. Le personnel médical reste la part inférieure avec environ 21% (graphique 1). On note une faible disparité en termes de répartition entre les catégories de personnel au Madagascar.

Graphique 1: Répartition des personnels de santé par catégorie de fonction

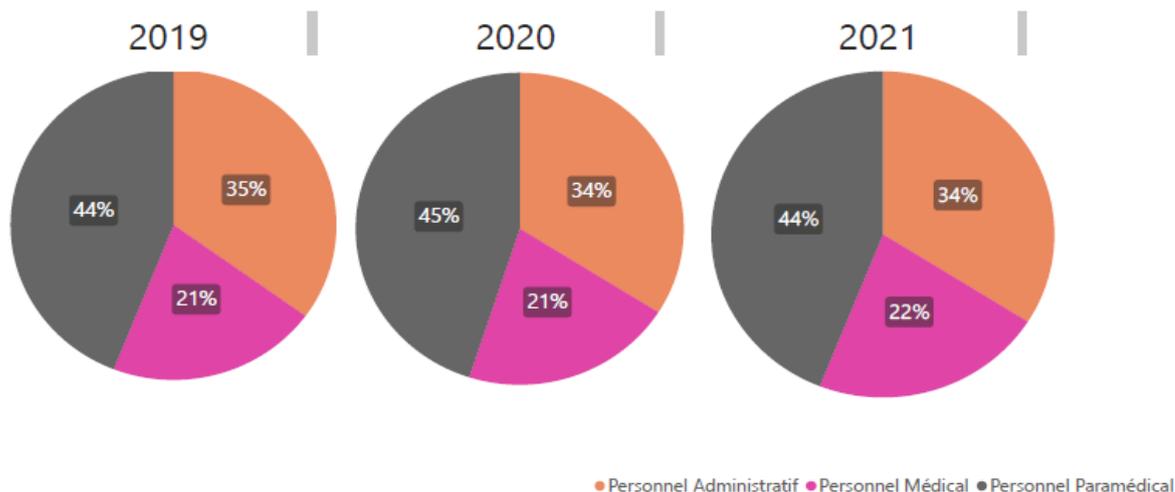


Figure 6 : Répartition du personnel de santé par catégorie

Le personnel de santé réparti selon les niveaux de la pyramide indique une part importante des agents de santé dans les CSB (31,82% en 2019, 32,11% en 2020 et 34,13% en 2021). Les CHU occupent la deuxième place en termes de personnel avec une moyenne d'environ 24% entre 2019 et 2021. La Plus faible part de personnel est observée au sein des établissements spécialisés avec une moyenne de 0,65%.

Tableau 4: Répartition des personnels de santé selon les niveaux de la pyramide sanitaire (à compléter par DRH)

	2019	2020	2021
<b>CSB</b>	31,82%	32,11%	34,13%
<b>CHRD</b>	9,88%	9,91%	10,20%
<b>CHRR</b>	6,09%	6,27%	6,04%
<b>CHU</b>	24,67%	24,90%	23,94%
<b>Etablissements spécialisés</b>	0,66%	0,63%	0,65%
<b>SDSP</b>	9,68%	9,24%	9,02%
<b>DRSP</b>	5,99%	6,00%	5,88%
<b>CENTRAL</b>	11,20%	10,95%	10,15%
	100,00%	100,00%	100,00%

Source : DRH

#### 1.4.1.2. Infrastructures

Les investissements du ministère de la santé en constructions en 2019 étaient orientés uniquement sur les Centres de Santé de Base (18). Ces constructions sont ensuite dirigées en majorité l'année suivante à la construction d'hôpitaux Manarapenitra (13) et de logements HMP (8) avant d'être maximisées en 2021 de nouveau sur la construction des CSB (104). Ce qui indique que la politique de développement d'infrastructures sanitaires du Madagascar est beaucoup plus orientée sur les CSB d'où le fait que ce sont ces structures sanitaires qui regorgent beaucoup plus de personnel.

Tableau 5: Répartition annuelle des nouvelles constructions

Libellé	2019	2020	2021
Hôpital Manarapenitra (HMP)	0	13	0
Centre de transplantation rénale	0	1	0
Hôpital avec bloc opératoire (CHRD avec chirurgie)	0	1	0
Centre de Santé de Base (CSB)	18	0	104
Logement HMP	0	8	1
Logement CSB*	0	17	0

\*CSB: construction commencée en 2020 mais travaux achevés en 2021

#### 1.4.1.3. Intrants

Madagascar dispose d'une liste de médicaments essentiels sur la base de celle de l'OMS. Par ailleurs, le pays dispose d'une liste spécifique de médicaments traceurs pour l'appréciation de la performance du système d'approvisionnement. Les médicaments traceurs sont des médicaments qui satisfont aux besoins prioritaires de la population en matière de soins de santé selon les pathologies dominantes à Madagascar et qui doivent être disponibles de façon permanente auprès des formations sanitaires. De 2014 à 2022, les intrants de santé et les médicaments ont été gérés par un logiciel dénommé CHANNEL. En attendant la mise en place d'une nouvelle plateforme de gestion des intrants de santé, le ministère utilise actuellement l'application e-SIGL Excel base web.

Au niveau du système de santé, la population peut avoir accès aux intrants par trois systèmes :

- ✓ un système payant sur la base de la participation financière des usagers (PFU);
- ✓ un système de tiers payant avec le système VOUCHER;
- ✓ un système gratuit pour certains produits dotés par les programmes verticaux.

Le système payant est assuré par les recouvrements des coûts des intrants et médicaments. Pour répondre aux problèmes d'accessibilité financière de la population et pour éviter la rupture des produits gratuits dotés par les programmes, il a été créé, en 2003, par le décret 2003-1040 du 14 octobre 2003, le système "FANOME: *Fandraisan' Anjara NO Mba Entiko*" ou

Financement pour l'Approvisionnement Non-stop en Médicaments Essentiels. C'est un système de revolving par la PFU avec des prix abordables au niveau des formations sanitaires.

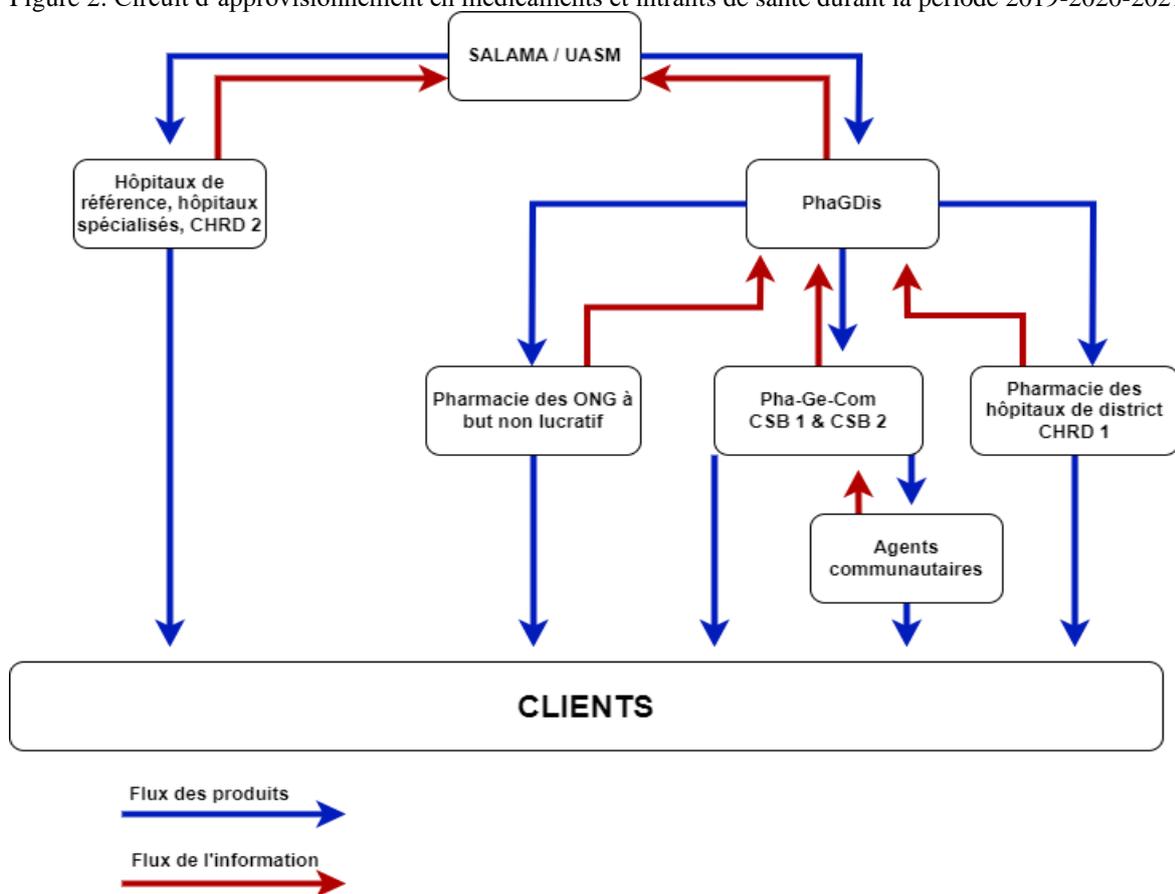
Le système VOUCHER est appliqué dans certains programmes de santé tels que la planification familiale et de la santé mère-enfant.

Le système gratuit concerne deux catégories de prise en charge :

- ✓ prise en charge curative: pour les programmes de lutte contre la tuberculose, le paludisme, les IST/VIH, et de certaines maladies tropicales négligées (MTN) telles que la lèpre, la peste, bilharziose, rage, géohelminthiases, filariose lymphatique, tungose, cysticercose, arbovirose, etc...;
- ✓ prise en charge préventive: pour les programmes de la vaccination, de la planification familiale, de la lutte contre le paludisme, des MTN, de la nutrition, etc...

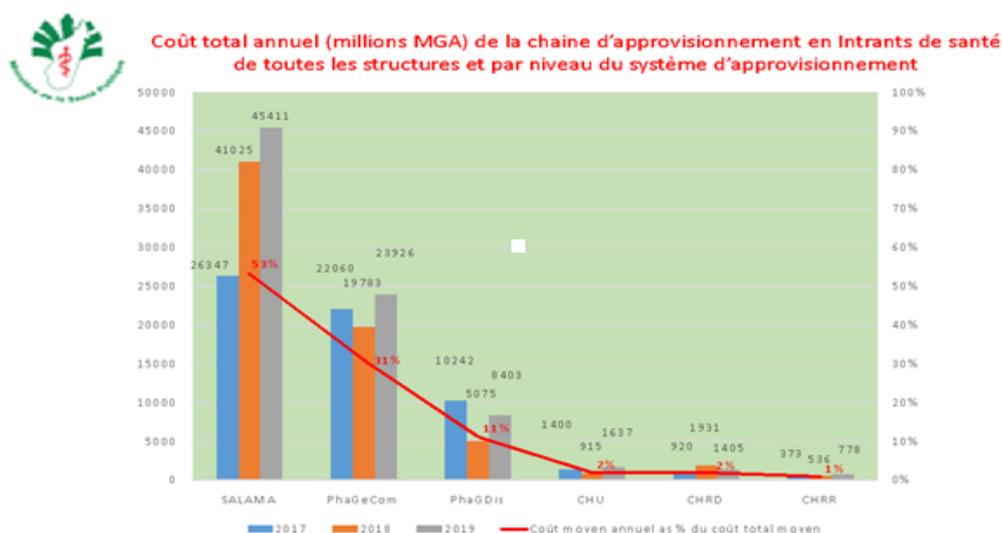
Par contre, le plus grand défi pour le pays actuellement concerne l'acheminement de ces produits jusqu'au dernier kilomètre, compte tenu des problèmes d'enclavement et l'insuffisance des moyens disponibles (moyens de transport, moyens financiers, carburants...). Ce problème d'acheminement entraîne souvent une rupture de stock au niveau des structures de santé.

Figure 2: Circuit d'approvisionnement en médicaments et intrants de santé durant la période 2019-2020-2021



Source : Rapport d'analyse du coût total de la chaîne d'approvisionnement du secteur public, Madagascar 2021

Figure 3: Les coûts moyens de la chaîne d’approvisionnements en intrants et médicaments du pays



Source : Rapport d’analyse du coût total de la chaîne d’approvisionnement du secteur public, Madagascar 2021

La chaîne d’approvisionnement coûte en moyenne 71 milliards MGA en 2019 dont 53% est attribuable à la Centrale d’achat SALAMA (y compris les acquisitions qui s’élèvent à 60%).

Le personnel représente en moyenne 61% des coûts annuels associées aux ressources utilisées par la chaîne d’approvisionnement en intrant de santé Malagasy durant la même année. Le transport et l’entreposage représentent respectivement 35% et 25% du montant total des coûts d’opérations de la chaîne d’approvisionnement

#### 1.4.1.4. Gouvernance et Leadership

Le secteur santé est légiféré par la loi 2011-002 du 15 juillet 2011 portant code de la santé. Sur le plan stratégique, le Ministère de la Santé Publique dispose d’un document de Politique Nationale de Santé (PNS), qui définit les orientations politiques des interventions du secteur santé à Madagascar. Le document a été mis à jour en 2016, suivi de la mise à jour en 2019 du Plan de Développement du Secteur Santé (PDSS) pour la période 2020-2024. . Il constitue la référence de toutes les planifications stratégiques de chaque programme de santé et des plans opérationnels de chaque structure sanitaire.

Pendant la période de la pandémie à COVID-19, des réunions régulières coordonnées par le Ministère de la Santé Publique, en collaboration avec les partenaires, se sont tenues, afin d’apprécier la performance du secteur et répondre à la situation d’urgence sanitaire. En outre, la réponse multisectorielle à la COVID-19 a été coordonnée par le Comité de Coordination des Opérations, sous le leadership de la Primature.

#### 1.4.1.5. Système d’information

Le Système d’Information Sanitaire (SIS) constitue un des six piliers sur lesquels s’appuie le système de santé. Il constitue un élément fondamental dans la mise à disposition des informations de qualité auprès des décideurs et responsables sanitaires à tous les niveaux afin qu’ils puissent utiliser les données à des fins programmatiques et orienter les interventions clés.

La gestion du SIS est attribuée à deux directions du Ministère de la Santé Publique (MSANP) dont la Direction des Etudes de la Planification et du Système d’Information (DEPSI) pour les données de routine et la Direction de la Veille Sanitaire et de la Surveillance Épidémiologique et Riposte (DVSSER) pour les données de surveillance. Selon l’organigramme, la DEPSI est

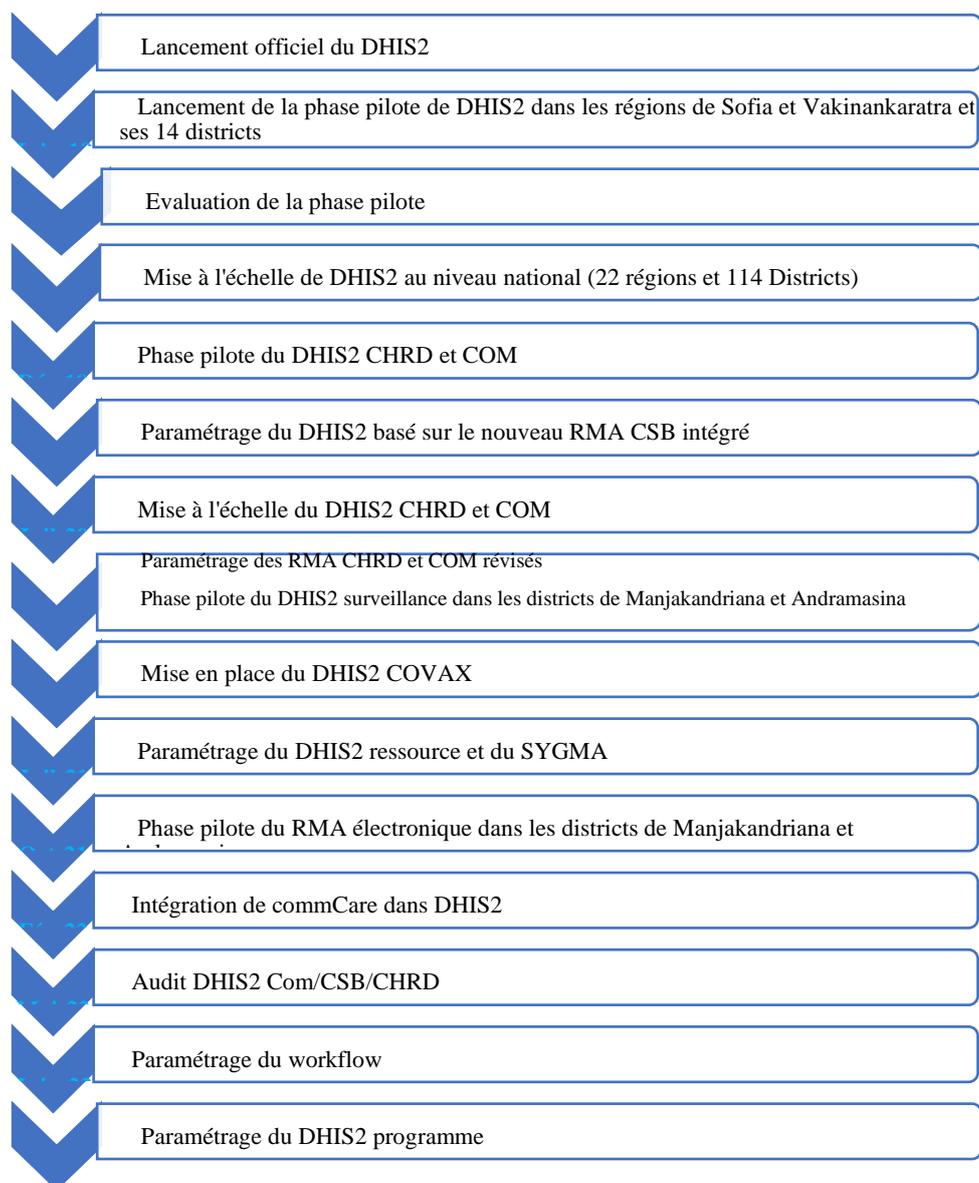
sous la hiérarchie directe de la Direction Générale des Ressources (DGR) et la DVSSER, à la Direction Générale de la Médecine Préventive (DGMP) dont les deux directions générales sont rattachées au Secrétariat Général.

Au niveau périphérique, les responsables du Système d'Information pour la Gestion (SIG), Surveillance Intégrée des Maladies et Ripostes (SIMR) et les responsables des programmes régionaux et des districts assurent la transmission des données, selon leur niveau respectif, vers le niveau central. Par ailleurs, les responsables TIC des régions constituent des ressources humaines complémentaires dans le suivi de la fonctionnalité des matériels informatiques et des applications du Ministère de la Santé.

Vu le développement technologique et de la digitalisation, le ministère a commencé à développer le volet cybersanté à travers un plan stratégique 2016-2019. En 2017, le MSANP a élaboré le Plan Stratégique de Renforcement du Système d'Information Sanitaire (PSRSIS) 2018-2022 et à travers celui-ci, il a été adopté que le DHIS2 constitue un entrepôt de données pour assurer le stockage de toutes les données de santé pour remplacer le logiciel monoposte dénommé GESIS. Récemment, le Ministère de la Santé Publique a mis à jour le document stratégique correspondant aux deux domaines (SIS et digitalisation) pour la période 2023-2027. Il s'agit du Plan Stratégique de Renforcement du SIS et la Stratégie Nationale de la Santé Digitale.

Des changements notables ont été opérés depuis l'adoption du DHIS2 lors de cette réforme du SIS, avec l'intégration des rapports mensuels dans le DHIS2. Après la mise en œuvre et l'évaluation de la phase pilote, l'utilisation du DHIS2 pour le Rapport Mensuel d'Activités (RMA) des CSB a été mise à l'échelle nationale de façon progressive. L'utilisation d'un RMA électronique directement saisi au niveau des formations sanitaires a également été pilotée sur quelques districts depuis le mois de janvier 2021 et sa mise à l'échelle est en cours de planification, y compris pour les structures de santé privées.

Figure 4: Historique de DHIS2



Source : Direction des Etudes, de la Planification, et du Système d'Information

Une extension de l'utilisation du DHIS2 dans la gestion des données des programmes, des ressources a été opérée depuis l'année 2021, particulièrement dans la surveillance de l'épidémie de COVID19. Le Ministère a mis en place progressivement l'approche innovante de Surveillance Épidémiologique Intégrée à base Électronique (SEIE) depuis juin 2016. En complément de cette approche, le Système de Gestion des Matériels et Équipements (SYGMA) a été mis en place pour la gestion des matériels informatiques et électroniques.

#### 1.4.1.6. Prestations de soins de santé

Au niveau des formations sanitaires de base, les prestations de services offertes concernent les services promotionnels, les soins préventifs et curatifs. Dans les formations sanitaires privées, les activités ne sont pas identiques mais variables selon les structures.

Tableau 6: Tendances des indicateurs essentiels en santé au niveau des CSB à Madagascar par programme

Indicateurs	2019	2020	2021
Taux de complétude des Rapports RMA CSB	90	95,8	95,9
Taux de couverture en consultation externe	41,5	51	46
Taux de Couverture Vaccinale en DTC HepB3	90	91,9	83
Taux d'accouchement au centre de santé	31	33,9	33
Pourcentage de femmes enceintes qui ont bénéficié d'au moins 4 CPN pendant leur grossesse	29,4	35,25	36,3
Taux de Malnutrition Aiguë	1,4	1,9	4,7
Taux de disponibilité en Médicaments traceurs	91,8	97,6	97,6
Taux de Couverture Contraceptive	30,3	33,7	34,4

Source : Annuaire statistiques/SSSD/DEPSI

En milieu hospitalier, il s'agit généralement de soins curatifs et de réhabilitation.

Durant la pandémie de COVID 19, le Gouvernement a multiplié les structures de prise en charge des patients suite à la saturation des capacités des hôpitaux (hôtel-hôpital, Centre de Traitement COVID 19, etc...). Cette action a permis de garder voire améliorer les indicateurs essentiels de santé au niveau des CSB en 2020

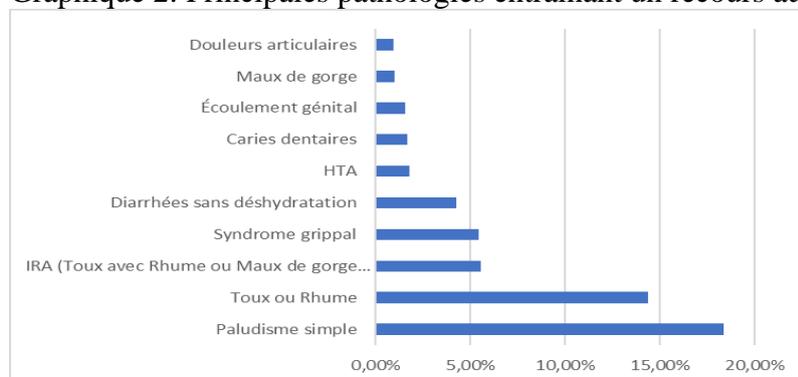
#### I.4.1.7. Santé communautaire

La Politique Nationale de la Santé Communautaire (PNSC), réactualisée et vulgarisée en 2017 est un des documents de référence. Le Plan Stratégique National en Santé Communautaire a été mis à jour en 2019. Les partenaires ont augmenté progressivement l'étendue de leurs interventions en matière de santé communautaire.

#### I.4.2. Principales pathologies entraînant un recours aux soins

La troisième édition du Guide pour la Surveillance Intégrée des Maladies et Ripostes à Madagascar décrit la définition des cas, afin de détecter et de confirmer les maladies. Selon les données administratives, les principales pathologies, motifs de recours aux soins dans les formations sanitaires demeurent le paludisme simple (18,38%), toux ou Rhume (14,39%), IRA (Toux avec Rhume ou Maux de gorge ou Otite et Fièvre apparue depuis moins de 15 jours) (5,52%), syndrome grippal (5,43%), diarrhées sans déshydratation (4,27%), HTA (1,77%), caries dentaires (1,69%), écoulement génital (1,53%), maux de gorge (0,98%) et les douleurs articulaires (0,95%).

Graphique 2: Principales pathologies entraînant un recours aux soins en 2021



Source : DHIS2

#### I.4.3. Financement de la santé

Le système de santé à Madagascar dépend essentiellement du financement domestique (État 12,96%), des ménages (40,81%), du financement extérieur (42,08%). Selon le rapport des

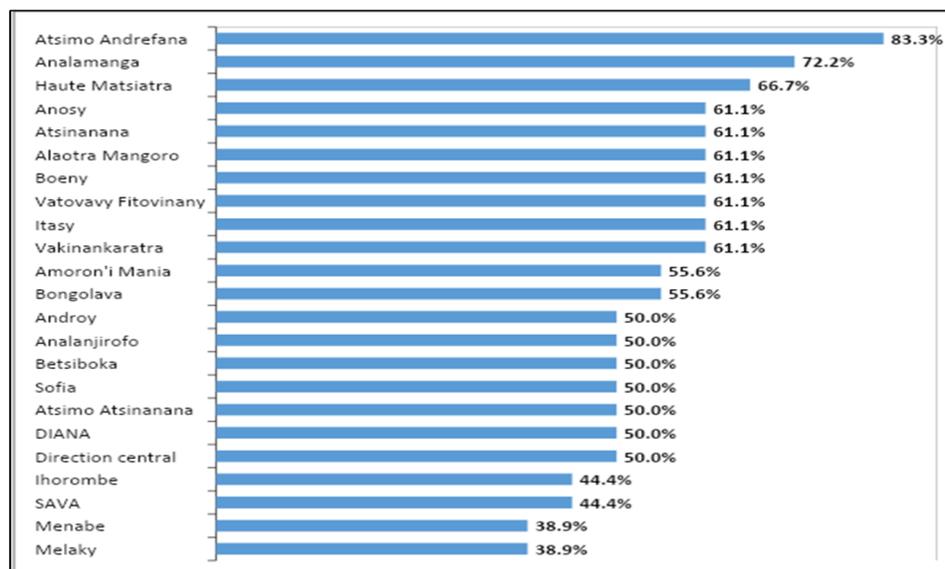
Comptes Nationaux de la Santé en 2010<sup>6</sup>. Le taux de couverture en mécanisme de protection financière en santé ne couvre que 8 à 10%<sup>7</sup> de la population. Le système assurantiel dans le secteur santé reste dans la phase de promotion et de développement. Le partage de risque pour supporter les charges financières en santé est faible. Les analyses antérieures du financement de la santé montrent que le secteur santé est sous financé.

Face à cette situation, le Ministère a développé la Stratégie Nationale pour la Couverture Santé Universelle (SNCSU) en 2015. Cette stratégie a été concrétisée par la mise en place d'un nouveau mécanisme qui vise à offrir un panier de services essentiels aux populations du secteur informel et aux pauvres. Le mécanisme a visé la solidarité sociale à travers une culture de prépaiement des services de santé. Dans ce système, les tranches de population les plus riches contribuent pour leur santé mais aussi pour celle des plus pauvres. Cette initiative a été pilotée dans un district. Sa mise à l'échelle a été ralentie par des difficultés administratives et légales. En même temps, le Fonds d'équité qui a été introduit au sein des formations sanitaires publiques comme système de protection sociale pour les plus pauvres continuait d'être fonctionnel.

Actuellement, les mutuelles de santé couvrent moins de 1% de la population. Le Gouvernement travaillera sur le passage à l'échelle nationale en choisissant le modèle le plus approprié pour le pays. De 2019 à 2022, Madagascar a piloté un projet de Financement Basé sur les Performances (FBP) dans six districts sanitaires. Les résultats ont permis de constater une augmentation des principaux indicateurs au niveau des formations sanitaires de base.

Les résultats de mapping des interventions des partenaires techniques et financiers en 2019 se présentent comme suit :

*Graphique 3 : Interventions des partenaires par région*

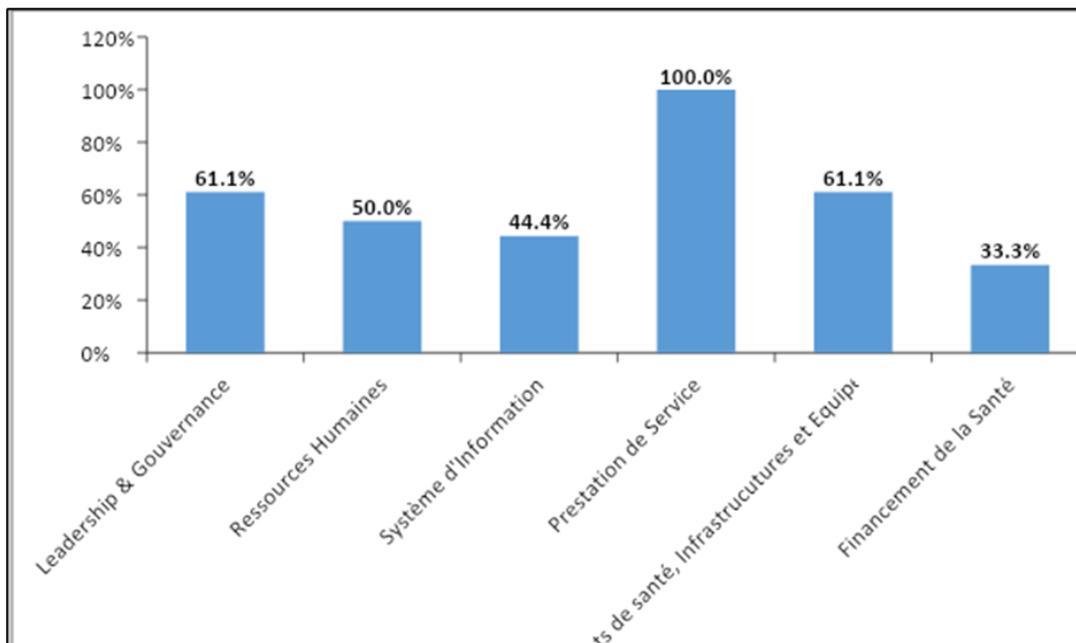


En 2019, la majorité des partenaires sont intervenus dans les régions d'Atsimo Andrefana et d'Analamanga respectivement 83,3% et 72,2%. Cependant, la couverture de leur intervention au niveau des districts et communes de rattachement n'est pas totale. Les régions de Menabe et Melaky sont les régions les plus défavorisées en termes d'interventions des partenaires avec chacune un taux de 38,9%.

Graphique 4 : Proportion des partenaires intervenant dans chaque pilier du système en 2019

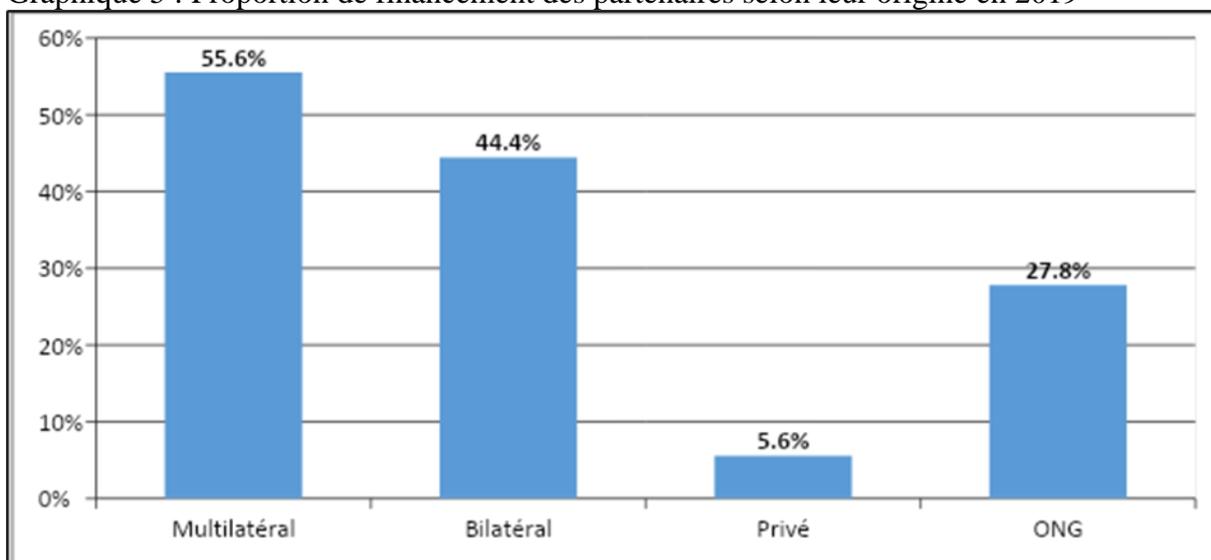
<sup>6</sup> CNS 2010

<sup>7</sup> SNFS



En 2019, tous les partenaires techniques et financiers intervenant dans le système de santé ont appuyé le secteur santé sur le pilier « prestation de service », suivis des piliers « leadership et gouvernance » et « produits de santé, infrastructures et équipements » avec un taux de 61,1%. Seuls 33,3% des partenaires sont intervenus dans le pilier « financement de la santé ».

Graphique 5 : Proportion de financement des partenaires selon leur origine en 2019



En 2019, la majorité des appuis des partenaires techniques et financiers proviennent des partenaires multilatéraux (55,6%) et bilatéraux (44,4%). La participation du secteur privé reste faible dans le financement de la santé avec 5,6% seulement.

#### *1.4.3.1. La Couverture Sanitaire Universelle (CSU)*

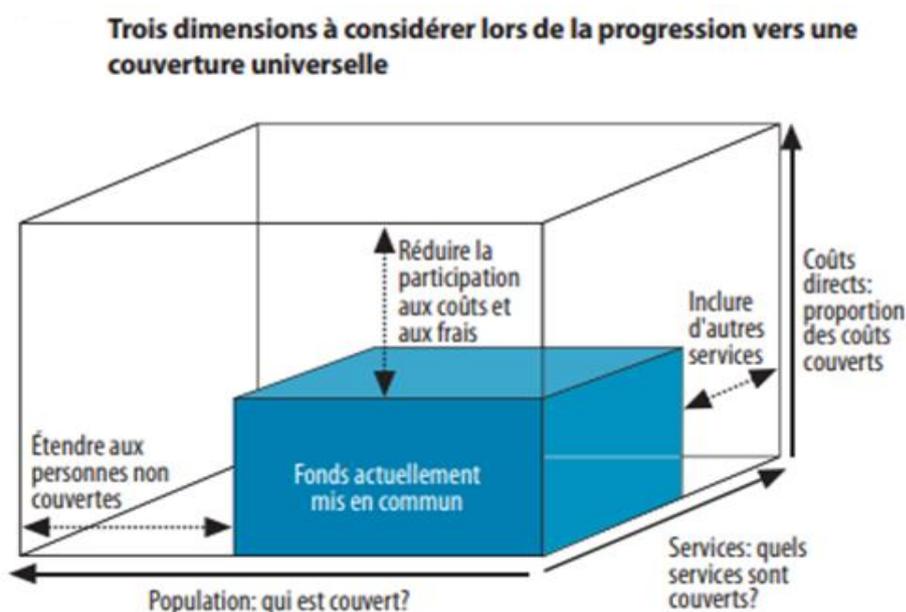
La CSU se définit comme un ensemble de dispositifs permettant à tous les individus de pouvoir accéder à des services de santé préventifs, curatifs, de réhabilitation et à des soins palliatifs correspondant à leurs besoins. Ces soins doivent être d'une qualité suffisante, avec un accès sans de fortes contraintes financières.

Trois dimensions essentielles de la CSU sont à considérer pour opérationnaliser la couverture universelle à savoir la couverture de la population (qui reçoit les services, liée à l'équité), la

couverture des services (quels services de santé sont disponibles) et la protection financière (garantir que les services de santé n'entraînent pas de difficultés financières) (Figure 5).

On pourra dire que la couverture universelle en santé sera pleinement effective lorsque 100 % de la population bénéficiera de la totalité des services de santé dont elle a besoin, que ces services seront de qualité, et que 100 % des coûts directs seront couverts par des mécanismes de prépaiement, ce qui ne signifie pas nécessairement une gratuité.

Figure 5: Trois dimensions à considérer lorsque l'on progresse vers la couverture universelle



Source : OMS (2010) – Rapport sur la santé mondiale 2010, Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle

#### *1.4.3.2. L'assurance maladie*

L'assurance maladie évite d'avoir des paiements directs de la part des patients, tous les coûts d'une prestation de services. Elle se caractérise aussi par des processus d'inscription établis qui dictent où, quand et comment une personne peut adhérer au régime d'assurance maladie et un panier de soins qui sont à la disposition des assurés par le biais de prestataires accrédités qui sont payés à l'avance ou remboursés par l'assureur.

## **II. MÉTHODES ET SOURCES DE DONNÉES**

---

### **II.1. DEFINITION ET UTILITE DES COMPTES DE LA SANTE**

Les Comptes de la Santé constituent un outil de suivi systématique, cohérent et exhaustif des flux des ressources du système de santé d'un pays. Ils fournissent des indicateurs fiables sur le financement du système de santé. Ils regroupent un ensemble d'informations économiques et financières sur le système de santé et peuvent être utilisés comme un instrument de diagnostic afin d'identifier des problèmes d'allocation des ressources, de proposer des pistes de solution et d'évaluer le degré de progression vers un objectif déterminé.

Les Comptes Nationaux de Santé sont utilisés :

- ✓ pour prendre des décisions politiques fondées sur des données scientifiques, comme instrument afin d'aider les décideurs dans leurs efforts de maîtriser et d'améliorer la performance du système de santé, de suivre et évaluer les actions dans le domaine des soins de santé ;
- ✓ pour fournir des informations sur l'utilisation des ressources financières ;
- ✓ comme outils de suivi des tendances en matière des dépenses de santé et des indicateurs de performance de santé ;
- ✓ comme outils de projections financières sur les besoins du système de santé ;
- ✓ comme outils de traitement des questions spécifiques: les déséquilibres sur le plan de l'équité dans la distribution des dépenses de santé, la couverture santé universelle.

### **II.2. CADRE DU SYSTÈME DES COMPTES DE LA SANTE (SCS)**

Le cadre du Système des comptes de santé (SCS) décrit les liens existants entre toutes les organisations, institutions, ressources et personnes dont le but primaire est d'améliorer la santé<sup>8</sup>. Quatre composantes ou *fonctions* dans ce cadre sont indispensables pour atteindre les objectifs ultimes, qui constituent également les normes par lesquelles l'on mesure sa performance. Il s'agit de :

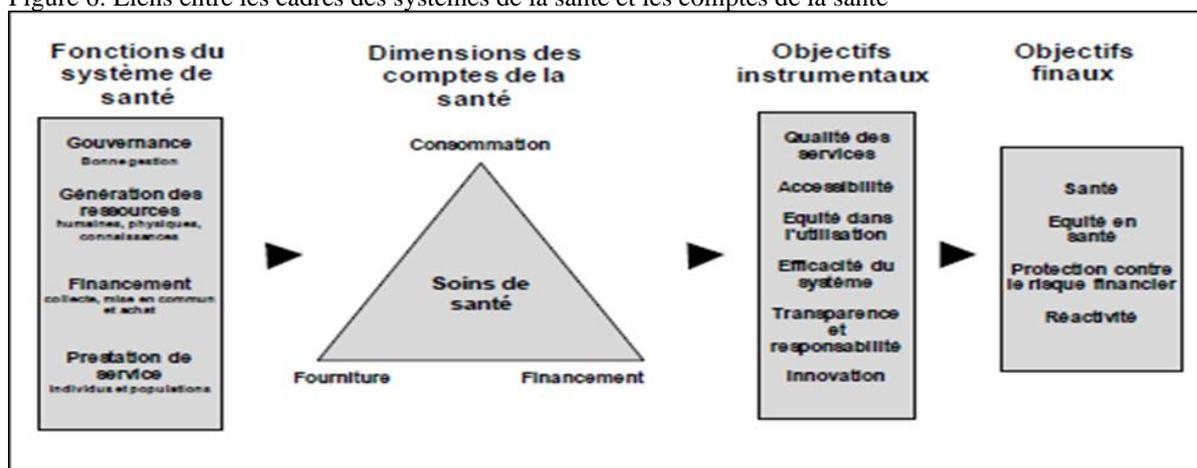
- ✓ *La gouvernance* : cette composante englobe la supervision du système, formulation de politique, réglementation appropriée et suivi ;
- ✓ *La création de ressources* : investissements dans les ressources humaines, infrastructures, produits de santé et technologies essentielles (intrants, technologies médicales et équipements) ;
- ✓ *Le financement* : cette fonction concerne la mobilisation des ressources pour la santé, mise en commun des ressources et achat de services,
- ✓ *La prestation de services* : combinaison d'apports entrant dans le processus de production de services qui résultent en interventions de santé au profit d'individus ou de la communauté.

La figure ci-dessous présente les différentes dimensions du Système de compte de santé SCS et les liens entre les différentes fonctions du système de santé ainsi que les objectifs du cadre de ce système de santé.

---

<sup>8</sup> SCS 2011, OMS

Figure 6: Liens entre les cadres des systèmes de la santé et les comptes de la santé



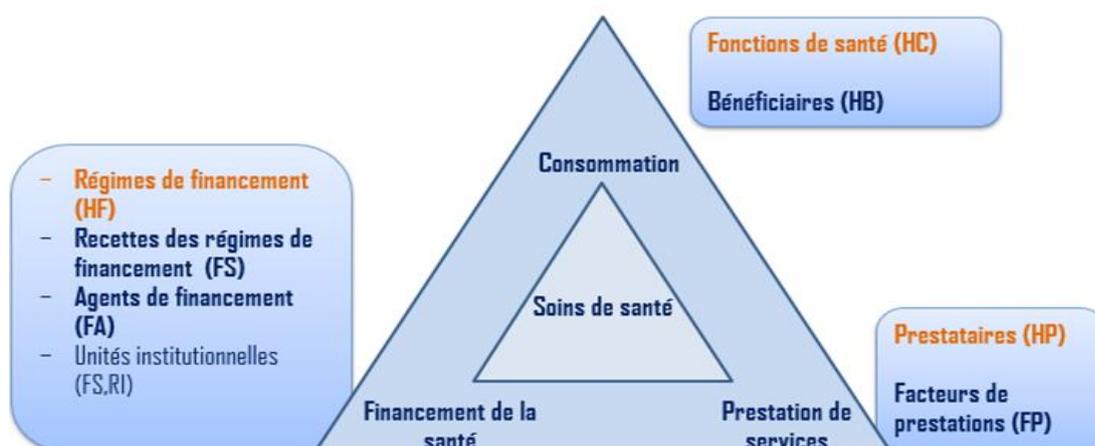
Source : Manuel du SHA 2011

Le cœur du Système de santé (SCS 2011) repose sur un cadre de comptabilité triaxiale (ou dimensions des comptes de la santé), spécialement conçu pour enregistrer les dépenses de santé. Ce cadre comprend trois classifications fondamentales : les régimes de financement de la santé (HF), les prestataires de soins de santé (HP), et les fonctions de soins de santé (HC), présentés dans la Figure ci-dessous. Ces trois classifications principales répondent à des questions clés :

- ✓ Quels types de biens et services de santé sont consommés (Classifications des fonctions de soins de santé – HC) ? Qui sont les bénéficiaires ?
- ✓ Quels prestataires de soins de santé fournissent ces biens et services (Classifications des prestataires de soins de santé - HP) ? Quels sont les facteurs de prestations qui ont été utilisés pour pouvoir fournir ces biens et services ?
- ✓ Quel régime de financement prend en charge ces biens et services (Classifications des régimes de financement de la santé - HF) ? Quelles sont les recettes de financement et quel est l'agent qui gère ce financement ?

Autour de ce cadre central de comptabilité du SCS, il est également possible d'inclure plusieurs classifications complémentaires étroitement liées à l'un des trois axes énoncés précédemment.

Figure 7: Dimensions des Comptes de la Santé (SHA 2011)



Source : SCS 2011

## II.3. DEFINITION OPERATIONNELLE DES CONCEPTS

### ✓ **Recettes des régimes de financement**

Les organisations ou les entités fournissent les fonds utilisés par les agents de financement dans le système de santé. Il s'agit des de fonds d'un régime de financement de soins par des mécanismes de contribution spécifiques.

### ✓ **Les régimes de financement de la santé**

Les services sont payés à travers des mécanismes de financement. Les régimes de financement de la santé sont des composantes du système permettant de mobiliser et allouer les ressources financières au sein du système de santé pour couvrir les besoins courants en santé des populations (individuellement et collectivement), en tenant compte également des besoins futurs attendus.

### ✓ **Les agents de financement**

Ce sont les unités institutionnelles gèrent un ou plusieurs régimes de financement ou pourvoyeurs de fonds.

### ✓ **Les prestataires de soins**

Ce sont des entités qui reçoivent de l'argent en contrepartie d'une prestation de service de santé dans une formation sanitaire ou non. Ils réalisent un ensemble d'activités comprises dans le champ délimité des comptes de la santé.

### ✓ **Les fonctions**

Ce sont les types de biens et services fournis ainsi que les activités réalisées dans le champ délimité des comptes de la santé.

### ✓ **Les facteurs de prestation**

Ils représentent la valeur totale des ressources, en espèces ou en nature, utilisées dans la fourniture des biens et services de santé, la valeur du montant payé au prestataire des services et soins de santé à travers les régimes de financement.

### ✓ **Paiements directs des ménages**

Il s'agit de paiements directs pour des services prélevés sur la principale source de revenus ou sur l'épargne du ménage. Les paiements sont faits par le ménage au moment de l'utilisation des services. Ils correspondent aux paiements effectués de la poche par l'individu quand il/elle accède aux services chez un prestataire.

## II.4. PROCESSUS D'ELABORATION DES COMPTES DE LA SANTE

La réalisation des comptes de la santé 2019-2020-2021 s'est faite en différentes phases :

**La phase préparatoire** : séances de plaidoyers auprès des décideurs et des partenaires techniques et financiers, mise en place et formation de comité technique, recrutement des consultants internationaux et nationaux, élaboration des outils de collecte des données ;

**La phase de collecte et d'organisation de données** : recrutement et formation des agents de collecte, sensibilisation des entités à enquêter, collecte des formulaires remplis, saisie, traitement et codage des données sur Health Account Production Tool (HAPT) ;

**La phase d'analyse des résultats et de rédaction du document de rapport** : production des tableaux croisés, des indicateurs par l'outil d'analyse dénommé Health Account Analysis Tool (HAAT) et rédaction du document de rapport CNS.

#### **II.4.1. Phase préparatoire**

##### *II.4.1.1 Formation sur la nouvelle méthodologie et outils de production des CNS*

L'exercice actuel a été caractérisé par l'adoption de la nouvelle approche développée conjointement par l'OMS, l'Eurostat et l'Organisation pour la Coopération et le Développement Économique (OCDE) en 2011 (SCS - 2011).

Des réunions de plaidoyers ont été réalisées auprès des décideurs au sein du Ministère de la Santé Publique et des partenaires techniques et financiers. Elles ont permis d'identifier les besoins et définir les années d'études et le processus à suivre.

Afin de permettre aux membres de l'équipe technique de se familiariser avec cette nouvelle approche, une formation de dix (10) jours sur le SCS- 2011 ainsi que sur les outils informatiques de compilation et d'analyse des CNS (HAPT/HAAT) a été organisée par l'OMS. Cette formation a été dispensée par un consultant international mandaté par l'OMS avec la participation des représentants d'autres institutions tels que la Banque Mondiale, l'Institut National de la statistique (INSTAT), le Ministère de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène (MEAH), l'UNICEF en plus des membres de l'équipe technique.

Après la formation sur le SHA 2011 et l'outil HAPT/HAAT, le protocole de collecte de données sur l'élaboration des comptes nationaux de santé 2019-2020-2021 a été élaboré.

Pour le secteur privé, la couverture de l'enquête s'est concentrée à Antananarivo, tandis que pour le secteur public elle s'est focalisée au niveau national, régional et district.

Par rapport à la conception de l'outil, les questionnaires de l'enquête nationale pour la production des comptes de la santé du Tchad en 2019 est remis par le consultant international mandaté par l'OMS. Ces questionnaires ont ensuite fait l'objet d'une adaptation à la réalité malgache et d'une adaptation suivant les exigences des termes de références.

Les questionnaires révisés ont fait l'objet d'une validation par les membres de l'équipe technique à l'issu d'un atelier. Il existe plusieurs types de questionnaires pour chaque type d'unité :

- ✓ Questionnaires pour les bailleurs de fonds ;
- ✓ Questionnaires pour les Organisations Non Gouvernementales oeuvrant dans la santé et associations ;
- ✓ Questionnaires pour les programmes/projets ;
- ✓ Questionnaires pour les employeurs privés ;
- ✓ Questionnaires pour les assurances privées et les mutuelles ;
- ✓ Questionnaire pour la CNaPS ;
- ✓ Organisation Sanitaire Inter Entreprise (OSIE) ;
- ✓ Questionnaires pour les pharmacies et les dépôts de médicaments ;
- ✓ Questionnaire pour les laboratoires, imageries médicales ;
- ✓ Questionnaire pour les hôpitaux privés ;
- ✓ Questionnaire pour les formations sanitaires de base ;

- ✓ Questionnaires sur les tradipraticiens et centres des Remèdes Traditionnelles Améliorées (RTA) ;
- ✓ Questionnaire pour l'établissement spécialisé ;

Des enquêteurs indépendants, au nombre de onze (11), ont été recrutés et formés concernant le secteur privé sur les différents questionnaires privés pour la bonne marche de la collecte. L'élaboration du manuel des agents de collecte a servi de support de formation, de guide et d'aide-mémoire aux agents de collecte sur terrain.

#### II.4.2. Phase de collecte et d'organisation des données

La collecte des données a inclut à la fois les données de sources primaires et secondaires. Ces données sont ensuite transcrites dans un masque de saisie pour faciliter leur nettoyage et leur traitement à l'aide d'un logiciel statistique tel que STATA 17. Une fois traitées, les données sont organisées dans un fichier Excel prêt à être importé dans HAPT pour la codification.

##### II.4.2.1. Données primaires

Les données primaires sont issues de l'enquête auprès des structures privées telles que les bailleurs de fonds, les ONGs œuvrant dans le domaine de la santé, les employeurs, les compagnies d'assurance et les prestataires de soins de santé. Les Directions Régionales de la Santé (DRS) et les Directions et services centraux ont également été sollicités pour remplir les questionnaires, notamment ceux liés aux programmes/projets et aux Plans de Travail Annuel (PTA).

Les bases de sondages utilisées émanent de sources différentes. Elles sont consignées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 7: source de la base de sondage

Structures	Sources
Bailleurs	MSANP
ONGs et Associations locales	MSANP/MID
Programmes/Projets	MSANP
Assurances et mutuelles de santé	Groupeement des assurances
Employeurs	ENMICN-INSTAT
Organisme Sanitaire Interentreprise	MSANP
Hôpitaux privés	Direction des Hôpitaux de Reference Régionale et de District (DHRD) – MSANP
Laboratoires	Direction de la Pharmacie, des Laboratoires et de la Médecine Traditionnelle (DPLMT)-MSANP
Imagerie médicales	Direction de la Pharmacie, des Laboratoires et de la Médecine Traditionnelle (DPLMT)-MSANP
Dispensaires privés et les cabinets médicaux	Direction des Soins de Santé de Base (DSSB)-MSANP
Pharmacies	Direction de la Pharmacie, des Laboratoires et de la Médecine Traditionnelle (DPLMT)-MSANP
Dépôts de médicaments	Direction de la Pharmacie, des Laboratoires et de la Médecine Traditionnelle (DPLMT)-MSANP
Remèdes traditionnelles améliorés (RTA)	Service de la Pharmacie et de la Médecine Traditionnelle (SPMT) –MSANP
Centres d'évacuations sanitaires	MEF

Source : CNS 2019-2020 et 2021

#### *II.4.2.2. Données secondaires*

Les données secondaires ont été utilisées pour fournir des informations essentielles sur le financement des structures relevant du ministère de la santé ainsi que sur les dépenses de santé des ménages. Ces données ont été obtenues à partir de divers rapports d'activités et de bases de données provenant de différentes entités gouvernementales, notamment :

- ✓ Les évacuations sanitaires (EVASAN), dont les données ont été fournies par le Ministère de l'Économie et des Finances (MEF) ;
- ✓ Le Système Informatisé Intégré de la Gestion des Finances Publiques (SIIGFP) du Ministère de la Santé Publique (MSANP) et d'autres ministères, dont les données ont été collectées auprès du MSANP, du Ministère de l'Intérieur et de la Décentralisation (MID) et du Ministère de l'Économie et des Finances (MEF) ;
- ✓ Les données du système d'information sanitaire DHIS2 ;
- ✓ Les données spécifiques au secteur de la santé issues du Projet d'Investissement Public (PIP), également fournies par le MEF ;
- ✓ Les informations relatives à la Covid-19 provenant de rapports des comptes du MEF ;

Les données sur la part des dépenses de santé des ménages dans leur budget et sur leurs dépenses de consommation finale pour les années d'étude ont été obtenues auprès de l'Institut National de la Statistique de Madagascar (INSTAT).

Des agents ont été recrutés pour assurer la collecte de données en collaboration avec les membres du comité technique. Ils étaient formés sur l'administration des questionnaires d'enquête et la modalité de collecte. Au cours de la collecte de données, des séances de sensibilisation ont été menées à travers différentes stratégies comme la participation à des réunions des entités concernées et la visite auprès d'elles.

#### *II.4.2.3. Saisie et traitement des données*

Cette activité a commencé à partir de la validation des questionnaires reçus par les superviseurs. Les tâches à exécuter sont subdivisées en 2 grandes phases : l'opération de saisie et l'apurement des données.

- ✓ L'opération de saisie

La saisie des données a été réalisée avec le masque de saisie créé via CSPro et a été effectuée en fonction des questionnaires reçus par les responsables de saisie. Il y a deux types de contrôles qui ont intervenus lors de cette phase, le contrôle avant et le contrôle durant la saisie.

- ✓ Contrôle avant la saisie

Pour cette phase, les responsables qui contrôlaient la saisie vérifiaient si le questionnaire était bien rempli et vérifiaient également si le nombre de questionnaires remis correspond au nombre de questionnaires retournés dans les fiches de suivi.

- ✓ Contrôle durant la saisie

Le contrôle durant la saisie concernait la gestion de l'opération de saisie, chaque opérateur a été identifié par un code afin de faciliter les éventuelles corrections à effectuer. Et il ne devrait être libéré qu'après avoir reçu un quitus du responsable. Dans cette phase, il s'agissait de contrôler que le nombre d'enregistrement dans le fichier remis par l'opérateur correspond bien au nombre de questionnaire qui lui ont été transmis, donner des instructions aux opérateurs pour des difficultés éventuelles concernant les codifications, vérifier si tous les questionnaires ont été saisis et qu'il n'y a pas de doublons, récupérer les fichiers auprès des opérateurs, retourner éventuellement les fichiers aux opérateurs en cas de corrections à faire. Les fichiers ont été ensuite rassemblés et exportés sous format STATA pour être apurés et traités.

#### *II.4.2.4. Apurement et traitement des données*

L'objectif de l'apurement est de rendre « propres » les données, c'est-à-dire détecter et corriger tous types d'erreurs qui ont échappés aux vigilances des superviseurs sur le terrain et aux contrôles logiques du masque de saisie. Les erreurs rencontrées fréquemment sont les non-réponses partielles ou totales (ou données manquantes) et l'incohérence des données.

Les principales opérations de traitement ont inclus la correction des incohérences, la conversion des montants de devises étrangères en monnaie locale (Ariary) ainsi que l'utilisation de différentes triangulations de données pour éliminer les doublons et compléter les informations manquantes.

#### *II.4.2.5. Organisation et codification*

Les données préalablement traitées ont été organisées dans un fichier prêt à être importé dans l'outil de production des comptes de santé Health Account Production Tool (HAPT).

Le processus de codification a consisté à associer des codes spécifiques à chaque ligne de dépense, en fonction des trois dimensions du SCS 2011 (telles que les fonctions de la santé, les sous-fonctions, les catégories de revenus, etc.). Des clés de répartition ont été également créées. Ces clés sont calculées à partir des rapports financiers des partenaires, des annuaires statistiques, des plans d'action de certaines structures, des données du système d'information sanitaire DHIS 2, ainsi que les dépenses de facteurs de prestation des prestataires de soins privés.

### **II.4.3. Phase d'analyse des résultats et de rédaction du document de rapport**

L'analyse des données a été effectuée à l'aide de l'outil HAAT. C'est un outil qui permet de produire un ensemble de matrices (tableaux croisés) qui décrivent les liens entre les différentes dimensions du financement de la santé, des indicateurs standards et des indicateurs spécifiques selon les besoins du pays.

## **II.5. DIFFICULTES ET LIMITES DE L'ETUDE**

Les difficultés techniques rencontrées sont liées à la collecte, la codification et l'analyse des données. En effet, les bases de sondages n'étaient pas parfaites, les agents enquêteurs ont eu du mal à trouver les structures concernées notamment les employeurs, les associations locales et les prestataires de soins privés. En plus, l'absence de lancement officiel de l'étude et le manque de sensibilisation ont contribué à la réticence de certaines entreprises à fournir les données malgré les notes officielles. La coïncidence de la période l'étude avec la période de recouvrement fiscal n'a pas facilité la collecte des informations.

En outre, la durée de collecte des données a été limitée, ce qui a entraîné un retour limité des questionnaires des grands bailleurs, des ONG et des employeurs. En conséquence, certains grands Partenaires Techniques et Financiers (PTF) n'ont pas pu transmettre en temps opportun les données financières relatives à leurs interventions dans le secteur de la santé. Cela a entraîné une insuffisance dans la complétude des données fournies par ces partenaires.

Il est important de noter que l'élaboration des comptes nationaux de la santé a nécessité l'utilisation de plusieurs clés de répartition pour répartir les dépenses de santé exécutées par les prestataires, les fonctions de soins et les facteurs de prestation. Cette complexité est due au manque d'informations voire à l'absence de certaines données, ce qui a rendu difficile une répartition précise des dépenses.

La codification et l'analyse ont été rendues plus difficiles en raison de contraintes matérielles importantes. La compilation des données dans les outils HAPT et HAAT nécessite généralement un temps d'exécution considérable, en raison à la fois du volume important de

données à traiter et des spécifications techniques limitées des machines utilisées pour ce processus. Ces contraintes matérielles ont représenté un défi supplémentaire lors de l'élaboration des comptes nationaux de la santé, et ont impacté la rapidité et l'efficacité du travail d'analyse.

### III. RÉSULTATS DES COMPTES DE LA SANTÉ

#### III.1 VOLUME DU FINANCEMENT DE LA SANTE

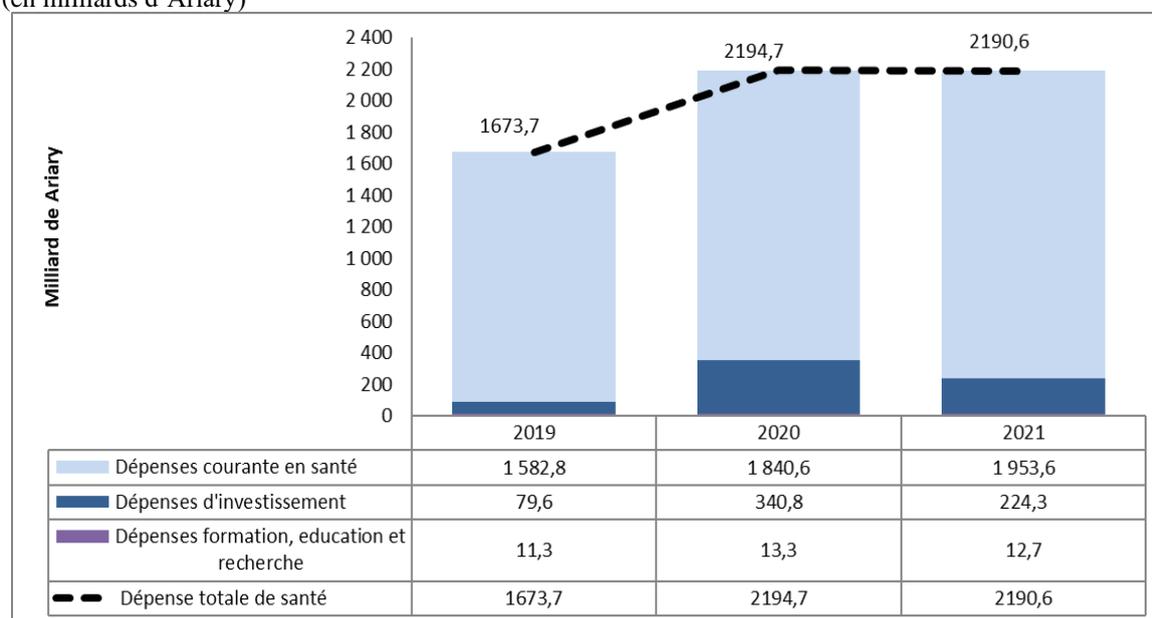
En 2019, les dépenses totales dans le domaine de la santé atteignent 1 673,7 milliards d'Ariary. Cette somme a connu une hausse significative pour atteindre 2 194,7 milliards d'Ariary en 2020, avant de connaître ensuite une légère baisse pour se situer à 2 190,6 milliards d'Ariary en 2021. Les dépenses courantes dominent largement les autres dépenses de santé, représentant 94,6 %, 83,9 % et 89,2 % des dépenses totales en santé respectivement pour les années 2019, 2020 et 2021. En ce qui concerne les investissements dans le secteur de la santé, ils varient en conséquence, représentant 5,4 %, 16,1 % et 14,2 % de ces dépenses totales pour les années correspondantes (2019, 2020 et 2021). Les dépenses liées à la formation, l'éducation et la recherche se situent à un niveau minimal, représentant en moyenne 0,7 % des dépenses totales de santé au cours des trois années couvertes par l'étude.

Tableau 8: Évolution des dépenses courantes et des investissements dans le secteur de la santé de 2019 à 2021 (en milliards d'Ariary)

	2019	2020	2021
Dépenses courantes en santé	1 582,80	1 840,60	1 953,60
Dépenses d'investissement	79,6	340,8	224,3
Dépenses formation, éducation et recherche	11,3	13,3	12,7
Dépenses totales de santé	1 673,70	2 194,70	2 190,60

Source : Comptes de la santé de Madagascar, 2019 – 2020 - 2021

Graphique 6: Évolution des dépenses courantes et des investissements dans le secteur de la santé de 2019 à 2021 (en milliards d'Ariary)



Source : Comptes de la santé de Madagascar, 2019 – 2020 – 2021

#### III.2. DIMENSIONS DE FINANCEMENT DE LA SANTE

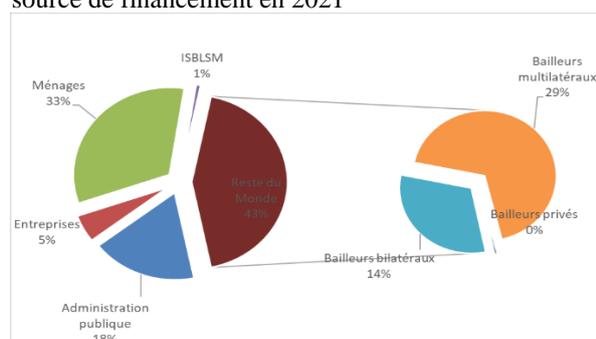
##### III.2.1. Dépenses courantes de santé par source de financement

En 2019, les ménages assurent une contribution de 34,3 %, laquelle diminue ensuite à 31,0 % en 2020, avant de repartir à la hausse pour atteindre 32,8 % en 2021. En revanche, l'administration publique observe une diminution de ses contributions, passant de 21,9 % en 2019 à 18,4 % en 2020, puis à 17,8 % en 2021. Les bailleurs de fonds, en tant que principaux contributeurs au financement de la santé à Madagascar et représentant le reste du monde, présentent des contributions de 38,2 % en 2019, lesquelles augmentent de manière significative

à 45,6 % en 2020, peut-être en réponse à la situation mondiale engendrée par la pandémie de COVID-19, avant de retomber à 43,5 % en 2021. Pendant les trois années considérées, les bailleurs multilatéraux représentent en moyenne une contribution de 27 % au financement de la santé à Madagascar.

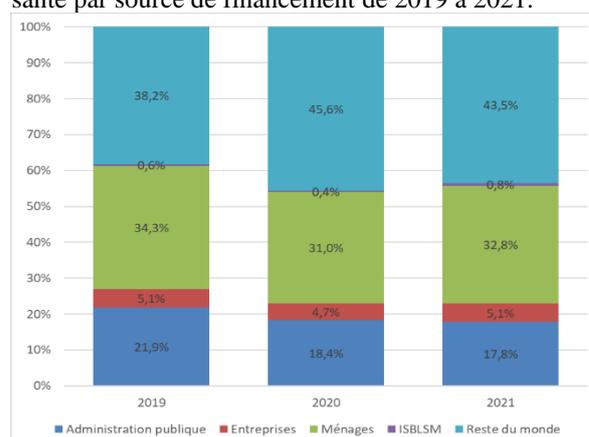
La participation du secteur privé demeure limitée, ce qui reflète la prédominance du secteur informel au sein du pays. Les dépenses de santé engagées par les entreprises présentent une trajectoire évolutive, passant de 5,1 % en 2019 à 4,7 % en 2020, avant de remonter à 5,1 % en 2021. En ce qui concerne les Instituts à but non lucratif au service des ménages (ISBLSM) ou Organisations non gouvernementales (ONGs), leur contribution reste constante sur cette période, débutant à 0,6 % en 2019, enregistrant une légère diminution à 0,4 % en 2020, puis connaissant une légère augmentation pour atteindre 0,8 % en 2021.

Graphique 7: Dépenses courantes de santé par source de financement en 2021



Source : Comptes de la santé de Madagascar, 2019 – 2020 - 2021

Graphique 8: Distribution des dépenses courantes de santé par source de financement de 2019 à 2021.



Source : Comptes de la santé de Madagascar, 2019 – 2020 - 2021

Tableau 9: Dépenses courantes de santé par source de financement avec un focus sur le RDM (En millions de d'Ariary)

Unités institutionnelles	2019	2020	2021
Administration publique	345,9	338	348,4
Entreprises	80,5	85,6	99,2
Ménages	542,6	570,8	641,1
ISBLSM	9,3	6,8	14,8
Reste du monde	604,5	839,3	850,1
Bailleurs bilatéraux	266,2	259,9	267,8
Australie	0,1	0,2	0,2
France	0,9	1,4	1,5
Allemagne	0,2	0,2	0,5
Etats-Unis (USAID)	261,9	249,9	262,3
Autres bailleurs bilatéraux et Bailleurs bilatéraux non spécifiés (n.c.a.)	3	8,2	3,3
Bailleurs multilatéraux	335,4	578,4	577,1
FMI	-	141,7	36,6
Institutions de l'UE	0,6	0,7	1,5
GAVI	21,7	19,4	35,8
Fonds mondial	86,4	21,2	164,1
Banque Mondiale (IDA + BIRD)	29	103	115,9
ONUSIDA	0,3	0,1	0,3
FNUAP	56,9	54,5	76
UNICEF	37,3	58,2	42,5
OMS	53,4	45,6	37,3
Autres bailleurs multilatéraux et Bailleurs multilatéraux non spécifiés (n.c.a.)	49,8	133,9	67,2

<b>Unités institutionnelles</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>
Bailleurs privés	3	1,1	5,2
Fondation Mérieux	2,4	0,9	4,4
Autres bailleurs privés et Bailleurs privés non spécifiés (n.c.a.)	0,6	0,2	0,8
<b>Total</b>	<b>1 582,80</b>	<b>1 840,60</b>	<b>1 953,60</b>

Source : Comptes de la santé de Madagascar, 2019 – 2020 – 2021

### **III.2.2. Agents, régimes et recette de régime de financement**

En prenant en compte la moyenne sur les trois années de l'étude, le financement des dépenses courantes de santé se répartissait de la manière suivante : 31,9 % provenaient des ménages, alors que 21,2 % découlaient des transferts liés aux revenus nationaux de l'administration publique spécifiquement destinés à la santé. Les transferts en provenance de l'étranger et gérés par l'administration publique contribuaient à hauteur de 23,4 %, Les transferts directs étrangers se chiffraient à 17,4 %. Les cotisations d'assurance et le prépaiement volontaire représentaient une part relativement modeste (respectivement 0,2% et 0,9%).

En 2019, les paiements directs effectués par les ménages représentaient 34,7 %, enregistrant ensuite une baisse à 29,7 % en 2020, avant de remonter à 31,2 % en 2021. Pendant ces années, le régime géré par l'administration publique est resté le principal mécanisme de financement du système de santé. Les régimes de financement de la santé, tant gérés par l'administration publique que les régimes contributifs obligatoires, représentaient 36,0 % en 2019, augmentant ensuite à 45,0 % en 2020, et atteignant 53,5 % en 2021. En contraste, les régimes volontaires de paiement privé des soins de santé ne constituaient que 23,3 % en 2019, connaissant une légère diminution à 20,2 % en 2020, puis à 10,4 % en 2021.

Malgré les mesures prises en faveur de la population, telles que la gratuité de certains traitements curatifs, palliatifs et préventifs, une part significative des dépenses de santé continue d'être supportée par les ménages. En effet, le système de prévoyance sociale du pays ne couvre qu'une fraction limitée de la population et ne prend pas en compte les risques liés à la santé. De plus, le régime d'assurance maladie est très faible avoisinant en moyenne 1% pour les trois années de l'étude, ce qui se traduit par un faible du taux de couverture du risque maladie. Par conséquent, les ménages se trouvent contraints de payer directement leurs frais médicaux.

La poursuite des mécanismes de subvention et de gratuité comme le système FANOME, la mise en place d'un mécanisme de protection financière des usagers à travers l'assurance maladie universelle, le développement des mutuelles de santé et les systèmes de partages de coûts contribuent à réduire le poids des dépenses faites par les ménages aux dépenses de santé.

Tableau 10: Dépense courante de santé par recettes, par régimes de financement et par agents de financement (en milliards d'Ariary)

			2019		2020		2021	
Agent de financement	Régime de financement	Recettes du régime de financement	MT <sup>9</sup>	%	MT	%	MT	%
Administrations publiques	Régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé	Transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique (alloués à la santé)	345,9	22,60%	338	20,50%	407,1	20,50%
		Transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique	206,3	13,20%	352,2	24,30%	517,5	32,80%
		Cotisations d'assurance sociale	2,5	0,20%	3,1	0,20%	3,8	0,20%
Sociétés d'assurance	Régimes d'assurance maladie facultative	Prépaiement volontaire	10	0,60%	16,8	0,90%	25	1,20%
Sociétés (hors sociétés d'assurances)	Régimes de financement des entreprises	Autres revenus venant des entreprises n.c.a.	68,9	4,40%	67,1	3,50%	72,4	3,50%
Institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM)	Régimes volontaires de paiement privé des soins de santé	Autres revenus venant des ISBLSM n.c.a.	9,3	0,60%	6,8	0,40%	15,9	0,80%
		Transferts directs étrangers	353,9	22,70%	381,1	19,80%	196,6	9,60%
Ménages	Païement direct des ménages	Autres revenus venant des ménages n.c.a.	541,7	34,70%	569,4	29,70%	639	31,20%
Reste du monde	Régimes de financement du reste du monde (non-résidents)	Transferts directs étrangers	44,2	0,90%	106,1	0,70%	76,2	0,20%
		Total	1 582,80	100,00 %	1 840,60	100,00 %	1 953,60	100,00%

Source : Comptes de la santé de Madagascar, 2019 – 2020 - 2021

<sup>9</sup> Montant

### III.2.3. Prestataires de soins de santé et facteurs de prestation

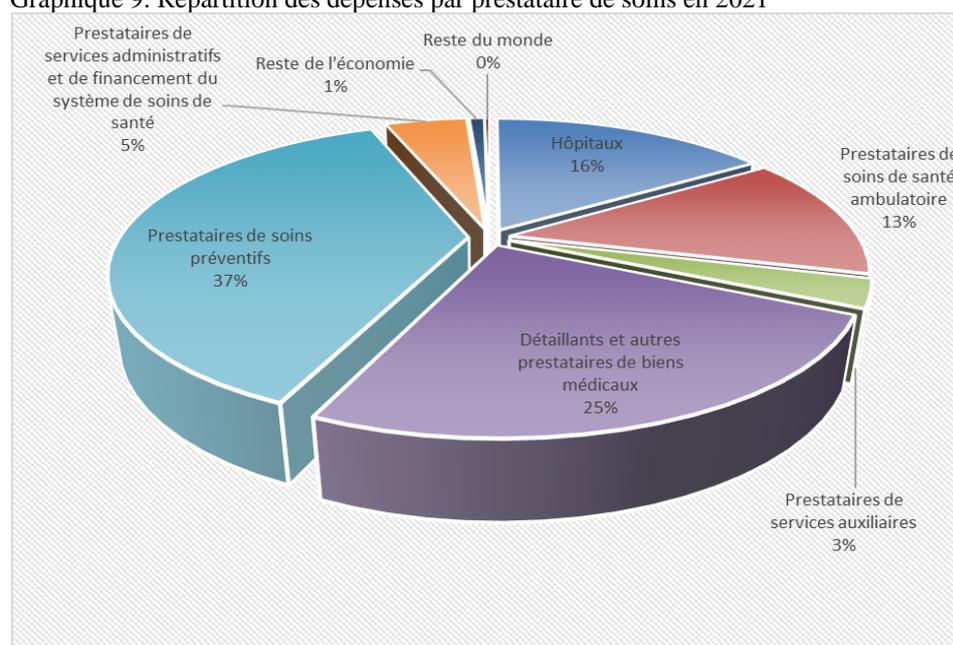
L'observation de la distribution des dépenses courantes de santé en fonction des prestataires de soins révèle une nette prédominance des prestataires de soins préventifs au cours des années 2019, 2020 et 2021, avec des pourcentages respectifs de 34,4 %, 45,0 % et 37,5 %. Cette tendance est suivie par les détaillants et autres fournisseurs de produits médicaux (représentant 24,3 % en 2019, 23,8 % en 2020 et 24,6 % en 2021), tandis que les hôpitaux se positionnent en troisième place avec des proportions de 17,2 % en 2019, 17,5 % en 2020 et 15,8 % en 2021. Les prestataires de soins de santé ambulatoire conservent une position similaire, contribuant respectivement à 14,8 % en 2019, 17,3 % en 2020 et 13,3 % en 2021.

Tableau 11: Répartition des dépenses courantes de santé par prestataire de soins (en milliards d'Ariary)

Prestataires de soins	2019		2020		2021	
	Montant	%	Montant	%	Montant	%
Hôpitaux	272,9	17,20%	277,4	17,50%	308	15,80%
Prestataires de soins de santé ambulatoire	235	14,80%	274,1	17,30%	259,8	13,30%
Prestataires de services auxiliaires	53,7	3,40%	58	3,70%	58,8	3,00%
Détaillants et autres prestataires de biens médicaux	385	24,30%	376,2	23,80%	480,3	24,60%
Prestataires de soins préventifs	544,2	34,40%	711,7	45,00%	733,6	37,50%
Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé	86,5	5,50%	137,4	8,70%	91,3	4,70%
Reste de l'économie	2,5	0,20%	4,3	0,30%	16,7	0,90%
Reste du monde	2,8	0,20%	1,5	0,10%	5,1	0,30%
Total	1582,8	100%	1840,6	100%	1953,6	100%

Source : Comptes de la santé de Madagascar, 2019 – 2020 - 2021

Graphique 9: Répartition des dépenses par prestataire de soins en 2021



Source : Comptes de la santé de Madagascar, 2019 – 2020 - 2021

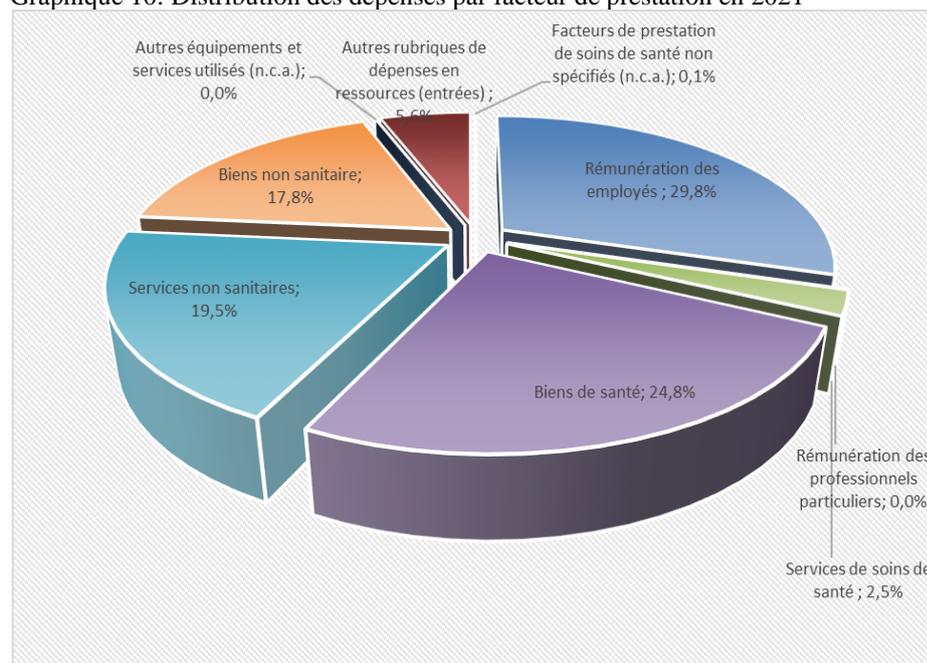
Au cours de la période triennale étudiée, les ressources financières consacrées aux facteurs de prestations des soins de santé ont principalement convergé vers les équipements médicaux et les services de santé utilisés<sup>10</sup>, représentant respectivement 58,9%, 66,4% et 64,5% en 2019, 2020 et 2021. Au sein de cette catégorie d'équipements et de services, ce sont surtout les biens de santé qui ont absorbé la part prédominante des ressources, constituant 28,6%, 30,3% et 24,8% en 2019, 2020 et 2021 respectivement. Subséquemment, la rémunération des employés se positionne comme le facteur de prestation suivant, totalisant 32,0%, 28,4% et 29,8% en 2019, 2020 et 2021.

Tableau 12: Distribution des dépenses par facteur de prestation (en milliards d'Ariary)

Facteurs de prestation	2019		2020		2021	
	Montant	%	Montant	%	Montant	%
Rémunération des employés	507,2	32,00%	522,4	28,40%	582	29,80%
Rémunération des professionnels particuliers	44,5	2,80%	0,3	0,00%	0	0,00%
Services de soins de santé	7,1	0,50%	5,5	0,30%	47,9	2,50%
Biens de santé	452,9	28,60%	558,4	30,30%	484,5	24,80%
Services non sanitaires	249,3	15,80%	345,7	18,80%	380,3	19,50%
Biens non sanitaire	223,4	14,10%	212,6	11,60%	347,4	17,80%
Autres équipements et services utilisés (n.c.a.)	0	0,00%	100,4	5,50%	0,8	0,00%
Autres rubriques de dépenses en ressources (entrées)	98,1	6,20%	95,2	5,20%	108,8	5,60%
Facteurs de prestation de soins de santé non spécifiés (n.c.a.)	0,1	0,00%	0	0,00%	1,9	0,10%
Total	1582,8	100,00%	1840,6	100,00%	1953,6	100,00%

Source : Comptes de la santé de Madagascar, 2019 – 2020 - 2021

Graphique 10: Distribution des dépenses par facteur de prestation en 2021



Source : Comptes de la santé de Madagascar, 2019 – 2020 - 2021

<sup>10</sup> Les dépenses concernant les équipements médicaux et les services de santé utilisés englobent une variété de catégories, notamment les services de soins de santé, les produits de santé, les services non liés à la santé, les biens non liés à la santé et d'autres équipements et services utilisés (non classés ailleurs).

Tableau 13: Dépenses courantes de santé par prestataire et par facteurs de prestations (en milliards d'Ariary)

Prestataires de soin	Facteurs de prestation	2019		2020		2021	
		Montant	%	Montant	%	Montant	%
<b>Hôpitaux</b>	Rémunération des employés	149,9	54,90%	157,2	56,70%	150,1	48,70%
	Rémunération des professionnels particuliers	0,2	0,10%	0,3	0,10%	0	0,00%
	Equipements et services utilisés	122,8	45,00%	119,9	43,20%	149,2	48,40%
	Autres rubriques de dépenses en ressources (entrées)	0	0,00%	0	0,00%	8	2,60%
	Facteurs de prestation de soins de santé non spécifiés (n.c.a.)	0	0,00%	0	0,00%	0,6	0,20%
	<b>Sous-total</b>	<b>272,9</b>	<b>100,00%</b>	<b>277,4</b>	<b>100,00%</b>	<b>308</b>	<b>100,00%</b>
<b>Prestataires de soins de santé ambulatoire</b>	Rémunération des employés	136,3	58,00%	151	55,10%	148,3	57,10%
	Rémunération des professionnels particuliers	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
	Equipements et services utilisés	43,8	18,60%	55,1	20,10%	54	20,80%
	Autres rubriques de dépenses en ressources (entrées)	54,8	23,30%	68	24,80%	57,5	22,10%
	Facteurs de prestation de soins de santé non spécifiés (n.c.a.)	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
	<b>Sous-total</b>	<b>235</b>	<b>100,00%</b>	<b>274,1</b>	<b>100,00%</b>	<b>259,8</b>	<b>100,00%</b>
<b>Prestataires de services auxiliaires</b>	Rémunération des employés	32,2	60,00%	34,5	59,50%	36,7	62,50%
	Equipements et services utilisés	20,8	38,70%	22,7	39,20%	21,2	36,10%
	Autres rubriques de dépenses en ressources (entrées)	0,7	1,30%	0,8	1,30%	0,8	1,40%
	<b>Sous-total</b>	<b>53,7</b>	<b>100,00%</b>	<b>58</b>	<b>100,00%</b>	<b>58,8</b>	<b>100,00%</b>
<b>Détaillants et autres prestataires de biens médicaux</b>	Rémunération des employés	54,8	14,20%	56,6	15,00%	66,3	13,80%
	Equipements et services utilisés	315,7	82,00%	304,6	81,00%	396,5	82,50%
	Autres rubriques de dépenses en ressources (entrées)	14,5	3,80%	15	4,00%	17,6	3,70%
	<b>Sous-total</b>	<b>385</b>	<b>100,00%</b>	<b>376,2</b>	<b>100,00%</b>	<b>480,3</b>	<b>100,00%</b>
<b>Prestataires de soins préventifs</b>	Rémunération des employés	87,9	16,20%	73	10,30%	131,6	17,90%
	Rémunération des professionnels particuliers	44,2	8,10%	0	0,00%	0	0,00%
	Equipements et services utilisés	385	70,70%	630,3	88,60%	575,8	78,50%
	Autres rubriques de dépenses en ressources (entrées)	27,1	5,00%	8,4	1,20%	24,9	3,40%

	Facteurs de prestation de soins de santé non spécifiés (n.c.a.)	0	0,00%	0	0,00%	1,2	0,20%
	<b>Sous-total</b>	<b>544,2</b>	<b>100,00%</b>	<b>711,7</b>	<b>100,00%</b>	<b>733,6</b>	<b>100,00%</b>
<b>Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé</b>	Rémunération des employés	44	50,90%	48,2	35,10%	46,7	51,20%
	Rémunération des professionnels particuliers	0,1	0,10%	0,1	0,00%	0	0,00%
	Equipements et services utilisés	42,3	48,90%	88	64,00%	44,6	48,80%
	Autres rubriques de dépenses en ressources (entrées)	0	0,00%	1,1	0,80%	0	0,00%
	Facteurs de prestation de soins de santé non spécifiés (n.c.a.)	0,1	0,10%	0	0,00%	0	0,00%
	<b>Sous-total</b>	<b>86,5</b>	<b>100,00%</b>	<b>137,4</b>	<b>100,00%</b>	<b>91,3</b>	<b>100,00%</b>
<b>Reste de l'économie</b>	Rémunération des employés	0,8	32,20%	1,1	26,10%	0	0,00%
	Equipements et services utilisés	0,7	29,20%	1,3	31,00%	16,7	100,00%
	Autres rubriques de dépenses en ressources (entrées)	1	38,60%	1,8	42,90%	0	0,00%
	<b>Sous-total</b>	<b>2,5</b>	<b>100,00%</b>	<b>4,3</b>	<b>100,00%</b>	<b>16,7</b>	<b>100,00%</b>
<b>Reste du monde</b>	Rémunération des employés	1,1	40,60%	0,7	44,80%	2,2	44,00%
	Equipements et services utilisés	1,7	59,40%	0,9	55,20%	2,8	56,00%
	<b>Sous-total</b>	<b>2,8</b>	<b>100,00%</b>	<b>1,5</b>	<b>100,00%</b>	<b>5,1</b>	<b>100,00%</b>
	<b>Total</b>	<b>1 582,75</b>		<b>1 840,57</b>		<b>1 953,57</b>	

Source : Comptes de la santé de Madagascar, 2019 – 2020 - 2021

Une diversité marquée caractérise la distribution des dépenses liées aux facteurs de prestation parmi les différents fournisseurs de soins de santé. Un nombre conséquent de ces prestataires allouent une part significative de leurs ressources à la rémunération de leur personnel : les hôpitaux (54,9% en 2019, 56,7% en 2020 et 48,7% en 2021). Pour les prestataires de soins ambulatoires cette part représente 58,0% en 2019, 55,1% en 2020 et 57,1% en 2021. Quant aux prestataires de services auxiliaires, la part de la rémunération du personnel était de 60,0% en 2019, 59,5% en 2020 et de 62,5% en 2021. Les autres catégories de dépenses liées aux rémunérations des professionnels particuliers démontrent généralement la part la plus modeste des dépenses liées aux facteurs de prestation (moins de 1,0% au cours des trois années) notamment pour les hôpitaux, les prestataires de soins de santé ambulatoire, les prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé.

Tableau 14: Dépenses courantes de santé par source et par facteurs de prestations (en milliards d'Ariary)

Recettes de régime de financement	Facteurs de prestation	2019		2020		2021	
		Montant	%	Montant	%	Montant	%
Transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique (alloués à la santé)	Rémunération des employés	240,1	69,40%	246,9	73,10%	242,6	59,60%
	Rémunération des professionnels particuliers	0,3	0,10%	0,3	0,10%	0	0,00%
	Services de soins de santé	0,4	0,10%	0,3	0,10%	0,3	0,10%
	Biens de santé	47,4	13,70%	33	9,80%	63,9	15,70%
	Services non sanitaires	17,5	5,10%	26,4	7,80%	73,2	18,00%
	Biens non sanitaire	32,7	9,50%	25,7	7,60%	22,7	5,60%
	Autres équipements et services utilisés (n.c.a.)	0	0,00%	0,9	0,30%	0,8	0,20%
	Autres rubriques de dépenses en ressources (entrées)	7,4	2,20%	4,4	1,30%	3,4	0,80%
	Facteurs de prestation de soins de santé non spécifiés (n.c.a.)	0,1	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
	<b>Sous-total</b>	<b>345,9</b>	<b>100,00%</b>	<b>338</b>	<b>100,00%</b>	<b>407,1</b>	<b>100,00%</b>
Transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique	Rémunération des employés	16,1	7,80%	45,3	12,90%	95,5	18,50%
	Rémunération des professionnels particuliers	43,4	21,00%	0	0,00%	0	0,00%
	Services de soins de santé	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
	Biens de santé	89,1	43,20%	40,2	11,40%	52,9	10,20%
	Services non sanitaires	36,4	17,60%	77	21,90%	138,8	26,80%
	Biens non sanitaire	20,9	10,10%	84,6	24,00%	207,2	40,00%
	Autres équipements et services utilisés (n.c.a.)	0	0,00%	99,5	28,30%	0	0,00%
	Autres rubriques de dépenses en ressources (entrées)	0,5	0,20%	5,6	1,60%	23,2	4,50%
	<b>Sous-total</b>	<b>206,3</b>	<b>100,00%</b>	<b>352,2</b>	<b>100,00%</b>	<b>517,5</b>	<b>100,00%</b>
Cotisations d'assurance sociale	Rémunération des employés	0,6	25%	0,7	24%	0,6	15%
	Biens de santé	1	41%	1,2	38%	2,5	64%
	Services non sanitaires	0,3	11%	0,3	9%	0,6	16%
	Biens non sanitaire	0,1	3%	0,1	3%	0	1%
	Autres rubriques de dépenses en ressources (entrées)	0,5	20%	0,8	26%	0,2	4%
	<b>Sous-total</b>	<b>2,5</b>	<b>100,00%</b>	<b>3,1</b>	<b>100,00%</b>	<b>3,8</b>	<b>100,00%</b>
Prépaiement volontaire	Rémunération des employés	1,1	10,90%	1,1	6,30%	2,4	9,50%

	Services de soins de santé	4	39,50%	5,3	31,20%	10	39,90%
	Biens de santé	3,8	37,90%	9,4	55,60%	9,4	37,70%
	Services non sanitaires	0,3	2,60%	0,3	1,50%	2,4	9,40%
	Biens non sanitaire	0,2	2,30%	0,2	1,30%	0,1	0,40%
	Autres équipements et services utilisés (n.c.a.)	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
	Autres rubriques de dépenses en ressources (entrées)	0,7	6,90%	0,7	4,00%	0,8	3,10%
	<b>Sous-total</b>	<b>10</b>	<b>100,00%</b>	<b>16,8</b>	<b>100,00%</b>	<b>25</b>	<b>100,00%</b>
<b>Autres revenus nationaux n.c.a.</b>	Rémunération des employés	171,1	27,60%	179,7	27,90%	196,7	27,00%
	Services de soins de santé	2,8	0,40%	0	0,00%	12,2	1,70%
	Biens de santé	270,9	43,70%	282	43,80%	314,7	43,30%
	Services non sanitaires	89,3	14,40%	93,3	14,50%	102,8	14,10%
	Biens non sanitaire	19,3	3,10%	19,8	3,10%	21,9	3,00%
	Autres rubriques de dépenses en ressources (entrées)	66,5	10,70%	68,6	10,70%	78,6	10,80%
	Facteurs de prestation de soins de santé non spécifiés (n.c.a.)	0	0,00%	0	0,00%	0,5	0,10%
	<b>Sous-total</b>	<b>619,9</b>	<b>100,00%</b>	<b>643,3</b>	<b>100,00%</b>	<b>727,4</b>	<b>100,00%</b>
<b>Transferts directs étrangers</b>	Rémunération des employés	78,2	19,60%	48,6	10,00%	44,3	16,20%
	Rémunération des professionnels particuliers	0,8	0,20%	0	0,00%	0	0,00%
	Services de soins de santé	0	0,00%	0	0,00%	25,4	9,30%
	Biens de santé	40,8	10,30%	192,7	39,60%	41,1	15,10%
	Services non sanitaires	105,6	26,50%	148,5	30,50%	62,6	22,90%
	Biens non sanitaire	150,2	37,70%	82,2	16,90%	95,5	35,00%
	Autres rubriques de dépenses en ressources (entrées)	22,5	5,70%	15,1	3,10%	2,6	1,00%
	Facteurs de prestation de soins de santé non spécifiés (n.c.a.)	0	0,00%	0	0,00%	1,4	0,50%
	<b>Sous-total</b>	<b>398,1</b>	<b>100,00%</b>	<b>487,2</b>	<b>100,00%</b>	<b>272,8</b>	<b>100,00%</b>
	<b>TOTAL</b>	<b>1582,8</b>		<b>1840,6</b>		<b>1953,6</b>	

Source : Comptes de la santé de Madagascar, 2019 – 2020 – 2021

En examinant la distribution des dépenses liées aux facteurs de prestations en fonction des revenus des différents régimes de financement, il est remarquable que la majorité des revenus ont principalement contribué à l'acquisition d'équipements et de services utilisés. Cette catégorie englobe les dépenses engagées pour les biens de santé (comme les vaccins, les contraceptifs, les compléments nutritionnels pour les enfants, etc., dans le cadre de divers programmes de santé), les services de soins de santé (consultations médicales, soins d'urgence, réadaptation, etc.), ainsi que les biens et services non liés à la santé. En moyenne, sur la période

triennale étudiée, 77,8% des transferts provenant de sources étrangères et distribués par l'administration publique ont été consacrés à l'achat d'équipements et de services utilisés, tandis que ce chiffre s'élève à 61,7% pour les cotisations d'assurances sociales et les autres revenus nationaux (non classés ailleurs), 86,4% pour les prépaiements volontaires et 81,2% pour les transferts directs étrangers.

En ce qui concerne les transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique affectés à la santé, la majeure partie est principalement destinée à la rémunération des employés, représentant en moyenne 67,4% de la période allant de 2019 à 2021. En revanche, pour la plupart des types de transferts, une part relativement modeste a été allouée à la rémunération des professionnels particuliers pendant la période triennale.

### III.2.4. Fonctions de soins de santé

Entre 2019 et 2021, les soins préventifs et les activités promotionnelles ont absorbé la plus grande partie des dépenses courantes de santé avec une moyenne de 30,34%. La prépondérance des dépenses consacrées aux soins préventifs trouve sa justification dans le contexte de la pandémie de COVID-19 qui a frappé la grande Île en 2020, nécessitant le renforcement de mesures préventives substantielles, tant sur le plan financier que matériel. (Voir Tableau 15).

Ensuite, les soins curatifs viennent en deuxième position avec une contribution moyenne de 29,8% pour les mêmes périodes. En ce qui concerne les secteurs de la gouvernance, de l'administration du système de santé et des financements, une proportion moyenne de 5,6% des dépenses courantes de santé a été allouée à ces domaines au cours de cette période. En ce qui concerne les dépenses relatives aux services auxiliaires, elles se situent autour de 3,2%. (Voir Tableau 15).

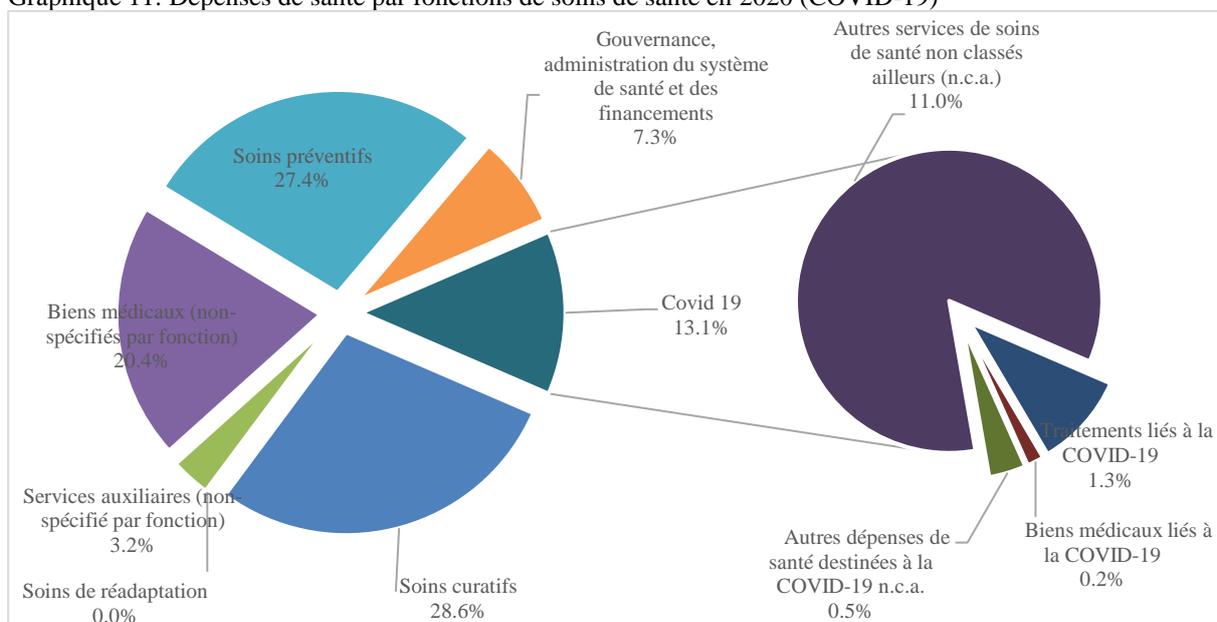
Tableau 15: Dépenses de santé par fonctions de soins de santé (en milliard d'Ariary)

Fonctions de soins	2019		2020		2021	
	Montant	%	Montant	%	Montant	%
<b>Soins curatifs</b>	<b>505,3</b>	<b>31,90%</b>	<b>526,4</b>	<b>28,60%</b>	<b>565,2</b>	<b>28,93%</b>
Soins curatifs hospitaliers	191,9	12,10%	181,4	9,86%	212,5	10,88%
Soins curatifs en hospitalisation de jour	0	0,00%	0,2	0,01%	0	0,00%
Soins curatifs ambulatoires	313,4	19,80%	344,8	18,73%	352,7	18,05%
<b>Soins de réadaptation</b>	<b>0,3</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,3</b>	<b>0,02%</b>	<b>0</b>	<b>0,00%</b>
<b>Services auxiliaires (non-spécifié par fonction)</b>	<b>53,7</b>	<b>3,40%</b>	<b>58</b>	<b>3,15%</b>	<b>58,8</b>	<b>3,01%</b>
<b>Biens médicaux (non-spécifiés par fonction)</b>	<b>385</b>	<b>24,30%</b>	<b>376,2</b>	<b>20,44%</b>	<b>480,3</b>	<b>24,59%</b>
<b>Soins préventifs</b>	<b>551,9</b>	<b>34,90%</b>	<b>504,7</b>	<b>27,42%</b>	<b>561,0</b>	<b>28,72%</b>
Programmes d'information, d'éducation et de conseil (IEC)	373,4	23,60%	61,2	3,33%	374,6	19,17%
Programmes de vaccination	27,5	1,70%	1,1	0,06%	27,2	1,39%
Programmes de détection précoce de maladie	1	0,10%	0	0,00%	0,0	0,00%
Programme de suivi de l'état de santé	30,5	1,90%	6,1	0,33%	60,8	3,11%
Surveillance épidémiologique et programmes de lutte contre le risque et la maladie	90	5,70%	436,2	23,70%	98,1	5,02%
Programmes de préparation contre les catastrophes et réponse d'urgence	29,5	1,90%	0	0,00%	0,0	0,00%
Soins préventifs non spécifiés (n.c.a.)	0	0,00%	0	0,00%	0,3	0,02%

<b>Gouvernance, administration du système de santé et des financements</b>	<b>86,5</b>	<b>5,50%</b>	<b>134,8</b>	<b>7,32%</b>	<b>77,6</b>	<b>3,97%</b>
<b>Postes comptables supplémentaires de suivi des dépenses courantes de santé destinées à la COVID-19</b>	<b>0</b>	<b>0,00%</b>	<b>240,3</b>	<b>13,06%</b>	<b>210,6</b>	<b>10,78%</b>
Traitements liés à la COVID-19	0	0,00%	24,1	1,31%	16,1	0,82%
Vaccination contre le SARS-CoV-2 / COVID-19	0	0,00%	0,0	0,00%	0,0	0,00%
Biens médicaux liés à la COVID-19	0	0,00%	4,3	0,23%	62,6	3,20%
Autres dépenses de santé destinées à la COVID-19 n.c.a.	0	0,00%	9,4	0,51%	5,1	0,26%
<b>Autres services de soins de santé non classés ailleurs (n.c.a.)</b>	<b>0</b>	<b>0,00%</b>	<b>202,5</b>	<b>11,00%</b>	<b>126,8</b>	<b>6,49%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>1582,8</b>	<b>100,00%</b>	<b>1840,6</b>	<b>100,00%</b>	<b>1953,6</b>	<b>100,00%</b>

Source : Comptes de la santé de Madagascar, 2019 – 2020 - 2021

Graphique 11: Dépenses de santé par fonctions de soins de santé en 2020 (COVID-19)



Source : Comptes de la santé de Madagascar, 2019 – 2020 -2021

Pour l'année 2020, les soins préventifs ont occupé 27,4% des dépenses courantes en santé tandis que les soins curatifs représentent 28,6%. Les autres dépenses de santé destinées à la COVID-19 se répartissent de 13,1% de la DCS, dont 11% pour les autres services de soins non classés, 1,3% pour le traitement du COVID-19, et seulement 0,2% pour les biens médicaux.

#### III.2.4.1. Dépenses selon les soins de santé primaires

La méthodologie de collecte et d'analyse des dépenses en soins de santé primaire (SSP) dans ce document a suivi la note de l'OMS qui présentait et expliquait la mesure globale des dépenses de soins de santé primaire (SSP) à un public d'initiés. Les composantes des dépenses de SSP peuvent être identifiées dans le cadre de la SHA 2011, en tenant compte des limites des activités de santé prises en compte dans les dépenses courantes de santé.

Les SSP comportent six composantes que sont l'éducation pour la santé, la promotion pour de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles, l'approvisionnement en eau potable, saine, et accompagner par des mesures d'assainissement de base, la santé maternelle et infantile, y compris la planification familiale, la vaccination contre les maladies infectieuses et évitables

par la vaccination, la lutte contre les grandes endémies locales, le traitement des lésions courantes et l'approvisionnement en médicaments essentiels génériques, y compris la pharmacopée traditionnelle.

La classification fonctionnelle est utilisée pour regrouper les biens et services de santé par objectif, croiser ces groupes avec d'autres classifications pertinentes des comptes de la santé et générer des indicateurs pertinents sur la structure fonctionnelle du système de santé. Le Système des comptes de la santé 2011 n'inclut pas de classification prête à l'emploi pour la cartographie des soins de santé primaires (SSP).

Cependant, les composantes des dépenses de SSP peuvent être identifiées dans le cadre de la SHA 2011, en tenant compte des limites des activités de santé prises en compte dans les dépenses courantes de santé. Sur la base du concept de premier contact, les dépenses des SSP pourraient être estimées à l'aide du SHA 2011.

La définition vise à inclure les services suivants :

- Soins curatifs ambulatoires généraux (HC.1.3.1)
- Soins curatifs dentaires ambulatoires (HC.1.3.2)
- Soins ambulatoires curatifs, n.c.a. (HC.1.3.nec)
- Soins curatifs à domicile (HC.1.4)
- Soins de santé de longue durée en ambulatoire (HC.3.3) et à domicile (HC.3.4)
- Soins préventifs (HC.6)
- Une partie des biens médicaux fournis en dehors des services de soins de santé (80% des HC.5)
- Partie de l'administration et de la gouvernance du système de santé (80% de HC.7)

Les dépenses des soins de santé primaires occupent en moyenne environ les 78,0% des dépenses courantes de santé de 2019 à 2021.

L'objectif visé par les Soins de santé primaires (SSP) est l'accessibilité financière et géographique pour tous (socialement, culturellement et économiquement) et la rationalisation des activités de base pour les soins et prescription (guide thérapeutique, technique préventive peu coûteuse avec l'usage des médicaments essentielle générique).

Les SSP comporte 3 composantes dont :

- ✓ des services de santé intégrés et complets, qui accordent une place centrale aux soins primaires ainsi qu'aux biens et fonctions de santé publique tels que le traitement des lésions courantes et l'approvisionnement en médicaments essentiels génériques y compris les médicaments traceurs;
- ✓ des politiques et des actions multisectorielles pour agir sur les déterminants de la santé au sens large, qui se situent en amont, l'éducation pour la santé, la promotion pour de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles, l'approvisionnement en eau potable, saine, et accompagner par des mesures d'assainissement de base; et
- ✓ la mobilisation des individus, des familles et des communautés pour leur donner les moyens de participer davantage à la vie sociale, de prendre davantage soin d'eux et d'être plus autonomes en matière de santé.

En 2019, les dépenses des Services de Soins de Santé Primaires (SSP) se chiffraient à 1242,2 milliards d'Ariary, équivalant à 78,5% des dépenses courantes de santé. En 2020, elles ont progressé pour atteindre 1432 milliards d'Ariary, représentant ainsi 77,8% des DCS. En 2021, ces dépenses s'établissent à 1528,2 milliards d'Ariary, correspondant à 78,2% (Tableau 16). La part des ressources allouées aux SSP demeure significative tout au long de la période d'analyse.

Ces données suggèrent que le système de santé de Madagascar conserve une orientation marquée vers les soins de santé primaires.

Tableau 16: Répartition des dépenses de soins de santé primaire (SSP) (en milliards d'Ariary)

	2019	2020	2021
<b>Dépenses courantes de santé</b>	1582,8	1840,6	1953,6
<b>Dépenses SSP</b>	1242,5	1432,0	1528,2
<b>Part des SSP</b>	78,5%	77,8%	78,2%

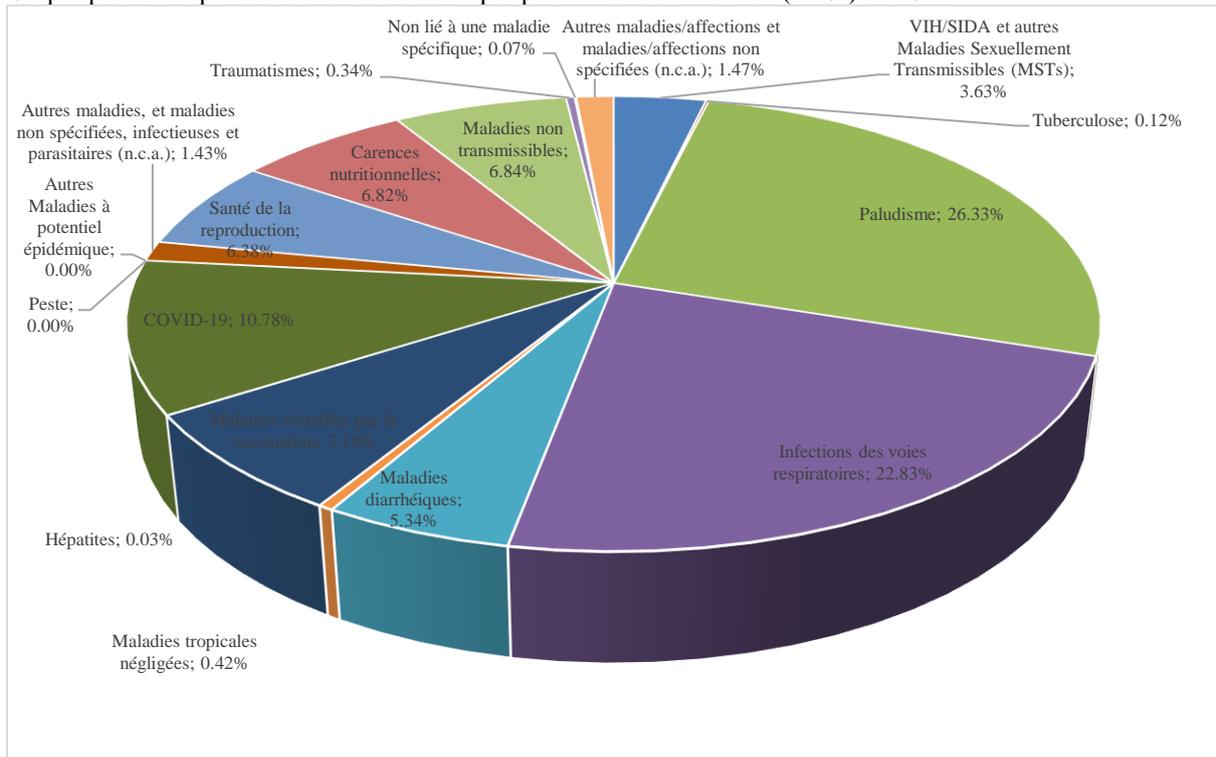
Source : Comptes de la santé de Madagascar, 2019 – 2020 - 2021

### III.2.5 Maladies et affections

Entre 2019 et 2021, une part prédominante des ressources de santé est engloutie par les frais associés au traitement des affections infectieuses et parasitaires. Au cours de ces trois années consécutives, les dépenses engagées pour contrer ces maux oscillent entre 71,9% et 77,9% de l'enveloppe globale allouée à la santé. Une proportion considérable de ces ressources cible spécifiquement la prise en charge du paludisme, absorbant ainsi 24,5% des dépenses en 2019, 23,8% en 2020 et 26,3% en 2021. Les infections des voies respiratoires font également partie de ces affections infectieuses et parasitaires qui engloutissent une part significative des ressources, représentant 26,4% en 2019, 23,4% en 2020 et 22,8% en 2021. La COVID-19 se classe en troisième position, représentant respectivement 13,1% en 2020 et 10,78% en 2021. Cette allocation financière à l'égard de ces trois affections trouve en partie son origine dans les mesures préventives instaurées par les partenaires et les intervenants concernés, tandis que ces affections restent parmi les principales raisons de consultation au sein des établissements de santé nationaux.

Parallèlement, les dépenses allouées aux maladies non transmissibles ainsi qu'aux services liés à la santé reproductive occupent également une part substantielle des coûts de santé actuels. En effet, les investissements consacrés aux maladies non transmissibles varient de 6,6% en 2019 à 6,8% en 2021. Quant aux dépenses liées à la santé reproductive, elles se chiffrent à 96,7 milliards d'Ariary en 2019, 200,3 milliards d'Ariary en 2020 et 127,9 milliards d'Ariary en 2021, représentant respectivement 6,1%, 10,8% et 6,4% du total pour la période triennale.

Graphique 12: Dépenses courantes de santé par maladie et affection (En %) en 2021



Source : Comptes de la santé de Madagascar, 2019 – 2020 - 2021

Tableau 17: Dépenses courantes de santé par agent de financement et par maladie et affection (en milliards d'Ariary)

Maladies	2019		2020		2021	
	Montant	%	Montant	%	Montant	%
VIH/SIDA et autres Maladies Sexuellement Transmissibles (MSTs)	35,7	2,26%	50,6	2,75%	71,0	3,63%
Tuberculose	3,2	0,20%	2,7	0,15%	2,3	0,12%
Paludisme	388,0	24,52%	433,0	23,53%	514,5	26,33%
Infections des voies respiratoires	418,4	26,43%	430,1	23,37%	445,9	22,83%
Maladies diarrhéiques	97,4	6,15%	100,2	5,44%	104,4	5,34%
Maladies tropicales négligées	13,0	0,82%	7,9	0,43%	8,3	0,42%
Maladies évitables par la vaccination	127,5	8,05%	125,1	6,80%	140,3	7,18%
Hépatites	0,4	0,03%	0,5	0,03%	0,5	0,03%
COVID-19	0,0	0,00%	240,3	13,06%	210,6	10,78%
Peste	0,0	0,00%	0,0	0,00%	0,0	0,00%
Autres Maladies à potentiel épidémique	30,0	1,89%	0,0	0,00%	0,0	0,00%
Autres maladies, et maladies non spécifiées, infectieuses et parasitaires (n.c.a.)	24,6	1,56%	26,5	1,44%	27,9	1,43%
Santé de la reproduction	96,7	6,11%	199,2	10,82%	124,6	6,38%
Carences nutritionnelles	105,4	6,66%	78,4	4,26%	133,2	6,82%
Maladies non transmissibles	104,0	6,57%	112,3	6,10%	133,6	6,84%
Traumatismes	5,8	0,37%	6,3	0,34%	6,6	0,34%
Non lié à une maladie spécifique	107,2	6,77%	0,0	0,00%	1,3	0,07%
Autres maladies/affections et maladies/affections non spécifiées (n.c.a.)	25,3	1,60%	27,4	1,49%	28,7	1,47%
<b>Total</b>	<b>1582,8</b>	<b>100,00%</b>	<b>1840,6</b>	<b>100,00%</b>	<b>1953,6</b>	<b>100,00%</b>

Source : Comptes de la santé de Madagascar, 2019 – 2020 - 2021

### III.2.6. Dépense de santé par région et selon les caractéristiques démographiques

#### III.2. 6.1. Dépense de santé par région

Tableau 18 : Distribution des dépenses selon région (en milliards d'Ariary)

REGIONS	2019		2020		2021	
	Montant	%	Montant	%	Montant	%
ANALAMANGA	275,4	17,50%	349,4	23,60%	323,5	16,30%
ATSINANANA	98,4	6,20%	112,4	6,40%	118,7	6,10%
ANALANJIROFO	134,5	8,60%	141,8	7,00%	150,4	7,50%
ALAO TRA MANGORO	56,9	3,60%	66,3	3,20%	71,1	3,70%
BOENY	45,4	2,90%	54,6	3,00%	60,1	3,10%
SOFIA	84,2	5,30%	97	4,90%	104,2	5,30%
BETSIBOKA	23,8	1,50%	30,3	1,40%	36,6	1,90%
MELAKY	18,3	1,10%	24,9	1,10%	30,5	1,60%
ATSIMO ANDREFANA	108,1	6,90%	118,4	6,50%	127,8	6,50%
ANDROY	27,9	1,80%	33,3	1,50%	44,5	2,30%
ANOSY	41	2,50%	52,5	2,60%	62,5	3,50%
VAKINANKARATRA	89,6	5,60%	90,3	4,40%	95,6	4,90%
MENABE	40,6	2,50%	50,1	2,50%	56	2,90%
DIANA	86,5	5,50%	97,8	5,20%	105,9	5,30%
SAVA	61,9	3,90%	69,7	3,30%	77,9	3,90%
ITASY	27,3	1,70%	28,5	1,20%	33,3	1,70%
BONGOLAVA	23,8	1,50%	28,6	1,30%	35,3	1,80%
HAUTE MATSIATRA	92,5	5,90%	100,2	5,90%	102	5,30%
AMORON I MANIA	34,9	2,20%	38,4	1,80%	43,2	2,20%
VATOVAVY FITOVINANY	82,3	5,20%	93,3	4,70%	99,5	5,10%
IHOROMBE	31,2	1,90%	43,2	2,20%	47,7	2,50%
ATSIMO ATSINANANA	98	6,10%	119,8	6,30%	127,5	6,60%
TOTAL	1582,8	100,00%	1840,6	100,00%	1953,6	100,00%

Source : Comptes de la santé de Madagascar, 2019 – 2020 – 2021

La distribution des dépenses de santé par région à Madagascar révèle des disparités significatives sur la période d'étude. La Région d'Analamanga se démarque en bénéficiant de la part la plus importante des fonds, avec une moyenne annuelle de près de 18,7%. Cette région, qui englobe la capitale du pays et abrite une densité de population élevée ainsi que les sièges de l'administration gouvernementale, reçoit un soutien substantiel en matière de dépenses de santé. À l'opposé, la région du Melaky affiche la part la plus modeste des dépenses de santé, avec une moyenne annuelle d'environ 1,9%. Cette région, caractérisée par son enclavement et une faible densité de population, reçoit des ressources limitées pour les dépenses de santé. Les autres régions présentent également des écarts significatifs. Par exemple, les régions d'Analankirofo et d'Atsinanana enregistrent une moyenne annuelle d'environ 7,7%, tandis que celles d'Alaotra Mangoro et de Boeny affichent une moyenne d'environ 5,7%. Les régions de Sofia, Betsiboka, Melaky, Atsimo Andrefana et Androy ont une moyenne d'environ 5,3%, tandis qu'Anosy et Vakinankaratra ont une moyenne d'environ 4,3%. Les régions de Menabe, Diana, Sava et Itasy présentent une moyenne d'environ 3,3%. Enfin, les régions de Bongolava, Haute Matsiatra, Amoron'i Mania, Vatovavy Fitovinany, Ihorombe et Atsimo Atsinanana occupent la dernière place avec une moyenne d'environ 2,3%.

Ces données mettent en évidence des disparités significatives dans la répartition des dépenses de santé à travers les régions de Madagascar. Elles reflètent les différences démographiques, géographiques et économiques entre les régions, influençant ainsi les niveaux d'allocation budgétaire pour les services de santé.

### III.2.6.2. Dépense de santé par âge et par sexe

Tableau 19: Distribution des dépenses selon l'âge et le sexe (en milliards d'Ariary)

Âge	2019		2020		2021	
	Montant	%	Montant	%	Montant	%
< 5 ans	535,5	33,80%	551,2	29,90%	621,3	31,80%
≥ 5 ans	1047,3	66,20%	1289,4	70,10%	1332,3	68,20%
<b>TOTAL</b>	<b>1582,8</b>	<b>100,00%</b>	<b>1840,6</b>	<b>100,00%</b>	<b>1953,6</b>	<b>100,00%</b>
Genre	Montant	%	Montant	%	Montant	%
Femme	887,8	56,10%	1083	58,80%	1114	57,00%
Homme	695	43,90%	757,6	41,20%	839,6	43,00%
<b>TOTAL</b>	<b>1582,8</b>	<b>100,00%</b>	<b>1840,6</b>	<b>100,00%</b>	<b>1953,6</b>	<b>100,00%</b>

Source : Comptes de la santé de Madagascar, 2019 – 2020 – 2021

La distribution des dépenses courantes en matière de santé varie en fonction de l'âge des individus. En effet, les personnes âgées de plus de cinq ans occupent une part plus importante, atteignant en moyenne 68,1% sur la période de 2019 à 2021, tandis que les enfants de moins de cinq ans contribuent en moyenne seulement à hauteur de 31,9% sur cette même période par rapport aux dépenses totales. Cette disparité découle du fait que les individus plus âgés peuvent être confrontés à des problèmes de santé plus complexes, chroniques et multiples, nécessitant ainsi des soins médicaux spécialisés. Par ailleurs, la faible proportion des dépenses allouées aux enfants de moins de cinq ans s'explique principalement par la quasi-gratuité de leurs prises en charge au niveau des centres de santé de base (grâce au Projet SONU) et des sites communautaires (via le Projet PCIMEC), à l'exception des cas de complications nécessitant une référence vers des établissements de soins spécialisés.

En termes de dépenses courantes de santé selon le genre, les femmes représentent 57,3% du total, tandis que celles des hommes constituent 42,7%. Cette disparité trouve principalement son explication dans les dépenses spécifiques de santé liées aux besoins propres aux femmes, résultant de leur anatomie et de leur physiologie (par exemple : grossesse, accouchement, planification familiale...). Ces nécessités englobent des éléments tels que les consultations gynécologiques, les dépistages du cancer du sein et du col de l'utérus, la contraception, les soins liés à la grossesse et à la maternité. Ces facteurs contribuent à un niveau de dépenses de santé plus élevé chez les femmes comparativement aux hommes.

### III.3. DEPENSES D'INVESTISSEMENT EN SANTE

Concernant les dépenses d'investissement, la dépense pour l'infrastructure a connu une hausse de 19% en 2019 à 85% en 2020 à cause des nouvelles constructions d'hôpitaux, de centres de santé de base et des bâtiments pour le personnel. En 2021, les dépenses étaient plus orientées sur les machines et équipements, équipements médicaux afin d'assurer les plateaux techniques pour ces nouveaux hôpitaux et bâtiments nouvellement construits.

En 2019, les investissements en santé alloués à la formation brute de capital constituaient 26% des dépenses d'investissement correspondant à un montant de 28,8 Milliards MGA.

Aucune somme conséquente n'a été affectée aux produits de la propriété intellectuelle à Madagascar durant les trois années de l'étude.

Tableau 20: Investissement en santé par poste de dépense (en milliards d'Ariary)

Description	2019		2020		2021	
	Montant	%	Montant	%	Montant	%
Infrastructure	20,6	19%	313,9	85%	40,4	10%
Machines et équipements	30	27%	26,9	7%	182,9	45%
Equipements médicaux	19,8	18%	19,1	5%	170	42%
Matériel de transport	0,4	0%	1,8	0%	1,6	0%
Equipements TIC	5,5	5%	2,2	1%	4	1%
Machines et équipements nca	4,4	4%	3,8	1%	7,3	2%
Produits de la propriété intellectuelle	0	0%	0	0%	0	0%
Acquisitions moins cessions de biens	0	0%	0	0%	0,6	0%
Formation brute de capital non spécifiée (n.c.a.)	28,8	26%	0	0%	0,4	0%
Actifs non financiers non produits	0,2	0%	0	0%	0,1	0%

Source : Comptes de la santé de Madagascar, 2019 – 2020 – 2021

## IV. PRINCIPAUX INDICATEURS EN SANTÉ

### IV.1 EVOLUTION DES INDICATEURS DU PAYS

L'analyse des dépenses courante en santé (DCS) par habitant en termes nominal montre une hausse de l'indicateur passant de 15,9 USD en 2019 puis une hausse en 2020 (17,2USD) et 17,6 USD en 2021. Tenant compte de la croissance de la population, du taux d'inflation, et de l'avènement de la maladie a corona virus à partir de 2020, l'on peut aisément justifier le niveau élevé de l'indicateur, Aussi, la hausse absolue des dépenses courantes de santé en 2020, a fortement impacté la DCS par habitants avec une valeur de 17,2 USD soit une croissance 8,17% par rapport 2019.

En 2019 et 2021, la dépense par habitant est restée en deçà des 112 USD de DCS par habitant par an et par habitant recommandé par les financements innovants des Systèmes de Santé pour assurer une prestation de service de santé de base.

La participation du Gouvernement par le biais du budget alloué à la santé en pourcentage du budget total a augmenté de 2019 (4,4%) à 2020 (4,67%). Cet indicateur a connu une légère hausse en 2021 et se situe à 5,39%. L'information qui se dégage est que cet indicateur reste toujours en deçà des 15% établi comme objectif dans la déclaration d'Abuja. Le niveau de l'indicateur en 2020 (4,67%) s'explique par la mobilisation des ressources supplémentaires de l'Etat pour faire face à la Covid- 19.

L'évolution de la DCS en pourcentage du PIB laisse entrevoir une baisse de l'indicateur passant de 3,10% en 2019 à 3,72% en 2020 (voir tableau ci-dessous) suivi d'une hausse en en 2021 (3,5%).

Tableau 21: Principaux indicateurs en santé

INDICATEURS	2019	2020	2021
Dépenses courantes en Santé (Milliards d'Ariary)	1 582,80	1 840,60	1 953,60
Dépenses d'investissement (Milliards d'Ariary)	79,6	340,8	224,3
Dépenses totales en Santé (DTS, ((Milliards Ariary courant)	1 673,70	2 194,70	2 190,60
Population[1]	27 533 134	28 225 177	28 915 653
DCS par habitant (Ariary courant)	57 485	65 210	67 561
DCS par habitant (USD)	15,9	17,2	17,6
DCS comme % du PIB	3,10%	3,72%	3,50%
% du budget de l'Etat exécuté à la santé	4,40%	4,67%	5,39%
Dépenses de santé des ménages en % des dépenses courantes de santé	34,30%	29,50%	27,80%
Dépenses de soins préventifs en % des dépenses courantes de santé	<b>34,90%</b>	<b>27,42%</b>	<b>28,72%</b>
Dépenses de soins curatifs en % des dépenses courantes de santé	<b>31,90%</b>	<b>28,60%</b>	<b>28,93%</b>
Dépenses de médicaments en % des dépenses courantes de santé	<b>24,30%</b>	<b>20,44%</b>	<b>24,59%</b>
Dépenses de santé du reste du monde en % des dépenses courantes de santé	38,20%	45,60%	43,50%
Dépense des salaires payés par l'Etat en % les dépenses de santé de l'Etat	70,00%	62,70%	58,70%
Dépenses assurance maladie en % dépense totale de santé	0,04%	0,03%	0,03%
Soins de santé primaire en % des dépenses courantes de santé	78,5%	77,8%	78,2%

## IV. 2. COMPARAISON DES INDICATEURS NATIONAUX AVEC QUELQUES PAYS

En comparaison avec d'autres nations africaines, Madagascar se classe parmi les pays présentant une performance faible en ce qui concerne les investissements dans le domaine de la santé. Les dépenses courantes par habitant, évaluées à 17,2 USD, sont considérablement en deçà des directives de l'OMS qui préconisent 112 USD pour parvenir à la réalisation de l'objectif de Couverture en Santé Universelle. De même, Madagascar (3,7%) se classe parmi les plus faibles en matière de dépenses courantes de santé en pourcentage de PIB comparativement au Libéria (9,50%) et la République centrale d'Afrique (9,40%).

Tableau 22: Comparaison internationale des DCS en % du PIB et par habitant en 2020

Pays	dépenses courantes de santé (DCS) en % (PIB)	dépenses courantes de santé (DCS) par tête en usd	Part des dépenses du reste du monde
<b>Burundi</b>	6,50%	16,4	31,00%
<b>Central African Republic</b>	9,40%	42	34,30%
<b>Democratic Republic of the Congo</b>	4,10%	21,3	37,50%
<b>Eritrea</b>	4,10%	24	34,10%
<b>Gambia</b>	2,60%	18,6	10,80%
<b>Guinea-Bissau</b>	8,40%	61,4	24,00%
<b>Liberia</b>	9,50%	56,7	32,00%
<b>Madagascar</b>	3,70%	17,2	45,60%
<b>Mali</b>	4,30%	35,5	35,60%
<b>Mozambique</b>	7,60%	34,3	52,10%
<b>Niger</b>	6,20%	35	15,70%
<b>Rwanda</b>	7,30%	57,5	36,00%
<b>Sierra Leone</b>	8,80%	43,2	27,90%
<b>Togo</b>	6,00%	53,5	10,10%

Source : GHED

## **V. DEPENSES DE SANTE SPECIFIQUES**

---

Le profil épidémiologique de Madagascar reste comparable à celui de nombreux pays à faible revenu avec un fardeau de maladie transmissible élevé. Près de 30% de tous les décès à Madagascar sont encore imputables à des maladies évitables, infectieuses et parasitaires, et le fardeau de la maladie retombe de manière disproportionnée sur les pauvres. Au cours de la dernière décennie, les maladies non transmissibles ont été en augmentation au sein de la population, résultant en un double fardeau de la maladie qui taxe un système de santé déjà fragile. Dans l'ensemble, le recours aux services est inégalement réparti entre les milieux géographiques et est marqué par une inégalité substantielle en termes de revenu/richeesse. La couverture des services de santé essentiels est faible et la couverture vaccinale a également diminué au cours des dernières années. Le pays connaît également une hausse des maladies non transmissibles (MNT) au cours des dernières années, ce qui mettra une pression supplémentaire sur le système de santé. Pour la vaccination, la couverture vaccinale de base était à 49 % en 2021 (EDSMD V) contre 41% chez les enfants de 12-23 mois (MICS 6 2018).

### **V.1. SANTE DE LA MERE ET DE L'ENFANT**

#### **V.1.1 Aperçus sur la situation**

La Santé de la Mère et de l'Enfant et la Planification Familiale reste une des priorités de Madagascar par ses différents engagements au niveau global et régional et aussi en tenant compte de la situation sur la mortalité maternelle, néonatale et infanto juvénile.

##### *V.1.1.1. Santé Reproductive, Maternelle et Néonatale*

L'élimination des décès maternels et néonataux reste un défi majeur pour le système de santé. En effet, le taux de mortalité maternelle et le taux de mortalité néonatale restent à un niveau élevé, respectivement de 408 sur 100 000 naissances vivantes (RGPH3) et 21 pour 1000 Naissances vivantes (MICS) en 2019 et de 26 pour 1000 Naissances vivantes lors de l'EDS V 2021. Un tiers des décès maternels surviennent chez les adolescentes âgées de 10 à 24 ans. Le taux de fécondité chez les filles âgées de 15 à 19 ans est de 143 pour 1000 (EDS V 2021) contre 151 pour 1000 en 2019 (MICS).

Ces situations sont en rapport à l'utilisation des services et la couverture effective des interventions à haut impact :

- ✓ Le pourcentage des femmes enceintes bénéficiant d'au moins quatre consultations prénatales (CPN) dans les formations sanitaires est de 60% en 2021 s'il était de 51% en 2019.
- ✓ Les taux d'accouchement assisté par personnel qualifié et le taux d'accouchement au niveau des Formations sanitaires ont été respectivement de 46% et de 39% en 2019 et 2021. L'accessibilité aux soins prénatals et pour l'accouchement par personnel qualifié est limitée notamment en milieu rural, du fait de l'éloignement de certaines formations sanitaires et la concentration du personnel qualifié dans les villes.
- ✓ Les Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence font partie des principales stratégies de réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Les résultats trimestriels des monitoring SONU ont révélé une faible fonctionnalité des centres SONU : 29/178 en T3 2019 contre 32/169 en T3 2021.
- ✓ La surveillance des décès maternels, périnataux et la riposte (SDMPR) consiste à mener une revue de chaque cas de décès maternel évitable. Le taux de revue des décès maternels connaît une augmentation constante, passant de 10% en 2018 à 25% en 2019, puis à 27,22% en 2020, et enfin atteignant 43% en 2021.

- ✓ En ce qui concerne la Santé des Adolescents et des Jeunes, seulement 34% des femmes de 15 à 49 ans utilisent une méthode contraceptive moderne. Des Centres de Santé Amis des Jeunes ont été mis en place avec la fourniture d'équipements et le renforcement des compétences des agents de santé en matière d'approche et prise en charge de la Santé des Adolescents et des Jeunes.
- ✓ Entre 2019 et 2021, la planification familiale a connu des améliorations avec une prévalence contraceptive passant de 41% à 43% et une diminution des besoins non satisfaits en PF de 18,4% à 15%. Pour étendre la couverture en PF, diverses interventions ont été mises en place : disponibilité des services de PF dans la majorité des formations sanitaires publiques et privées (99%) avec un accent sur les méthodes de longue durée, mise en place des services PF au niveau communautaire, en particulier dans les zones enclavées, introduction de nouveaux produits comme l'auto-injection, le renforcement de la sensibilisation à la loi sur la planification familiale et implication des hommes dans la promotion de la PF.
- ✓ En matière de lutte contre les fistules obstétricales, l'objectif du Ministère de la Santé Publique d'ici 2025 est de guérir 25% de cas et de réduire de 50 % la prévalence de cette maladie. De 2019 à 2021, la prise en charge des cas de Fistules obstétricales était de 3839 femmes réparées sur 3300 prévues grâce à la collaboration étroite de la société civile et d'autres partenaires sous financement de l'UNFPA.

#### *V.1.1.2. Santé de l'Enfant*

Le taux de mortalité infanto-juvénile a connu une régression allant de 62 à 59 pour 1000 NV de 2012 à 2018 mais une augmentation a été notée en 2021 (75 pour 1000 NV). Les principales causes de mortalité infanto-juvénile sont les Infections Respiratoires Aiguës dont la pneumonie, la diarrhée et le paludisme sans écarter la rougeole. Toutefois, la mortalité néonatale est responsable de 34% de la mortalité infanto juvénile.

Les trois principales causes de morbidité des enfants de moins de 5 ans sont les Infections Respiratoires Aiguës (IRA), la diarrhée et le paludisme. La proportion des nouveaux cas des 03 maladies diarrhéiques, pneumonie et paludisme sont de 24,5 % en 2020 et 37,3% en 2021.

La malnutrition est un problème sous-jacent aux maladies infantiles. Près de la moitié des enfants de moins de 5 ans souffrent de malnutrition chronique 42% (MICS 2018) et de 40% lors de l'EDS V 2021, dépassant les seuils "très élevés" fixés par l'OMS. Lors de l'EDS V, 23,4% des enfants de moins de 5 ans souffraient d'insuffisance pondérale, 8% présentaient une malnutrition aiguë dont 2% sous forme sévère. La malnutrition aiguë touche toutes les régions du pays, mais elle est plus visible dans les régions du sud en raison du risque élevé de sécheresses récurrentes. En 2021, la prévalence de l'anémie était de 46% chez les enfants de moins de 6 à 59 mois et de 26% chez les femmes (EDS V).

En matière de vaccination, la couverture vaccinale pour DTC-HepB-Hib3 est de 59%, mais il existe un taux d'abandon élevé entre les doses DTC1 et DTC3 (21%) ainsi qu'entre DTC1 et VAR (23%). Pour améliorer la couverture vaccinale, une approche appelée "Atteindre Chaque Enfant" (ACE) / "Atteindre Chaque District" (ACD) est mise en œuvre en collaboration avec les agents communautaires pour rattraper les enfants non vaccinés ou incomplètement vaccinés.

En matière de Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME), les objectifs de mise en place de sites communautaires ont été atteints à 100%. Cependant, seulement 60% de ces sites étaient fonctionnels en 2021, et ce chiffre était de 49% en 2020. Concernant la PCIME clinique, seuls 17% des agents de santé ont pu bénéficier d'une remise à niveau en raison d'un manque de financement. La mise en œuvre de la PCIME est entravée par plusieurs facteurs, notamment la non-disponibilité des ressources matérielles et la multiplication des outils de travail et de gestion, tant au niveau des Centres de Santé de Base (CSB) qu'au niveau des sites

communautaires. De plus, les mouvements des agents de santé formés (affectations ou départs à la retraite) ont eu un impact sur la qualité des services offerts.

Dans le domaine de Nutrition, le Ministère de la Santé publique et l'Office Nationale de Nutrition a mis en place un Projet d'Amélioration des Résultats Nutritionnels (Projet PARN/FAFY) par une Approche Programmatique à Phases Multiples (APPM) pour lutter contre le retard de croissance afin d'améliorer la nutrition de la mère et de l'enfant et de réduire les incidences de maladies. Les stratégies de lutte contre malnutrition sont la promotion de l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant et la Nutrition de la Femme et Développement de la Petite Enfance (ANJE/NdF/DPE), la supplémentation en micronutriments, le suivi et promotion de la croissance et la prise en charge de la malnutrition.

## **V.1.2. Financement, Prestataires de soins de santé et Fonctions des soins de santé**

### *V.1.2.1. Agents, régimes et sources de financement des dépenses de la Santé de reproduction (SR) et carences nutritionnelles*

Les régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires constituent le principal régime de financement de la Santé de reproduction (SR) en 2019 et 2021. Leurs poids n'ont pas connu une variation significative entre les 2 années (70,5% en 2019 et 68,4% en 2021). Cependant, en 2020, ce sont les Régimes volontaires de paiement privé des soins de santé (59,4%) qui constituent le principal régime de financement de la SR suivis après par les paiements les régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires (24,4%).

S'agissant des dépenses de carences nutritionnelles des enfants, les régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires constituent et restent une fois de plus le principal régime de financement. Leurs poids ne cessent d'augmenter pendant les trois années : 44,7% en 2019, 67,3% en 2020 et 71,8% en 2021. Ils sont suivis par les Régimes volontaires de paiement privé des soins de santé avec un poids respectif de 40,2% en 2019, 11,5% en 2020 et 20,4% en 2021 (Tableau 23).

Les fonds alloués aux dépenses de la santé de la reproduction sont principalement gérés par les administrations publiques en 2019 (70,5%) et en 2021 (68,4%). Le Reste du monde, quant à lui, a connu une baisse drastique, de 12,38 points, passant de 12,6% en 2019 à de 0,22% en 2021, dans la gestion des fonds alloués aux dépenses de la SR. Cependant, celles gérées par les ONGs ont connu une hausse de 15,5 points (8% en 2019 contre 23,5% en 2021). Pendant l'année 2020, ces fonds étaient gérés principalement par les ONGs (59,4%), suivis des Administrations publiques (24,4%), le Reste du monde (15,4%), puis les ménages (3,7%). Les sociétés (assurance et hors assurances) géraient les dépenses marginales de la SR durant les trois années d'exercice.

Les ressources pour assurer la prise en charge des enfants en situation de malnutrition sont gérées principalement par les Administrations publiques suivis par des ONGs pendant ces années. De plus, la part des dépenses gérées par les Administrations publiques ont connu une hausse passant de 44,7% en 2019, de 67,2% en 2020 à 71,8% en 2021.

Tableau 23: Situation des dépenses de la santé maternelle et enfant par agent, régime et source de financement en 2019, en 2020 et 2021 (en milliards d'Ariary)

				2019		2020		2021	
				M	%	M	%	M	%
	Agents	Régimes	Recettes						
Santé de la reproduction	Administrations publiques	Régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé	Transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique (alloués à la santé)	7,6	7,80%	6,2	3,10%	5,1	4,10%
			Transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique	60,7	62,70%	42,5	21,30%	80,2	64,30%
			Cotisations d'assurance sociale	0	0,00%	0	0,00%	0,1	0,00%
	Sociétés d'assurance	Régime volontaire de paiement privé des soins de santé	Prépaiement volontaire	0,4	0,40%	0,5	0,20%	0,2	0,20%
	Sociétés (hors sociétés d'assurances)	Régime volontaire de paiement privé des soins de santé	Autres revenus venant des entreprises n.c.a.	1,1	1,10%	1,1	0,50%	1,2	0,90%
	Institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM)	Régime volontaire de paiement privé des soins de santé	Autres revenus venant des ISBLSM n.c.a.	0,6	0,60%	0	0,00%	0	0,00%
			Transferts directs étrangers	7,1	7,40%	118,2	59,40%	29,2	23,50%
	Ménages	Paiement direct des ménages	Autres revenus venant des ménages n.c.a.	7	7,30%	7,4	3,70%	8,3	6,60%
	Reste du monde	Régimes de financement du reste du monde (non résidents)	Transferts directs étrangers	12,2	12,60%	23,2	11,70%	0,3	0,20%
Total				96,7	100,00%	199,2	100,00%	124,6	100,00%
Carences nutritionnelles	Administrations publiques	Régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé	Transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique (alloués à la santé)	25,8	24,50%	11,8	15,00%	59,2	44,50%
			Transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique	21,3	20,20%	40,9	52,20%	36,3	27,30%
			Cotisations d'assurance sociale	0	0,00%	0,1	0,10%	0,1	0,00%
	Sociétés d'assurance	Régime volontaire de paiement privé des soins de santé	Prépaiement volontaire	0,1	0,10%	0,2	0,30%	0,3	0,20%
	Sociétés (hors sociétés d'assurances)	Régime volontaire de paiement privé des soins de santé	Autres revenus venant des entreprises n.c.a.	1,2	1,10%	1,1	1,50%	1,2	0,90%
	Institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM)	Régime volontaire de paiement privé des soins de santé	Autres revenus venant des ISBLSM n.c.a.	3,5	3,40%	0,1	0,10%	0,1	0,10%
			Transferts directs étrangers	38,8	36,80%	9	11,40%	27	20,30%
	Ménages	Paiement direct des ménages	Autres revenus venant des ménages n.c.a.	7,4	7,00%	7,8	10,00%	8,8	6,60%
	Reste du monde	Régimes de financement du reste du monde (non résidents)	FS.7 Transferts directs étrangers	7,3	6,90%	7,5	9,50%	0,3	0,20%
Total				105,4	100,00%	78,4	100,00%	133,2	100,00%

Source : CNS 2019-2020-2021

### V.1.2.2. Prestataires de service de la Santé de reproduction (SR) et carences nutritionnelles

Les prestataires de soins préventifs sont les principaux prestataires de services de santé de la SR de 2019 à 2021. Le poids de leurs dépenses a évolué progressivement soit 71,8% en 2019, 74,11% en 2020 et 82,6% en 2021. Les dépenses réalisées par le Reste du monde (évacuation sanitaire) ont été insignifiantes durant la période d'étude ; et ce sont les hôpitaux qui occupaient le second rang en termes de dépenses en 2019 (8,5%) avant de connaître une baisse drastique en 2021 (3,7%).

Les prestataires de soins préventifs restent les principaux prestataires de services dans le cadre de la prise en charge des enfants en cas de sévérité de leur situation de malnutrition. Les dépenses réalisées par ces prestataires restent plus de 50% pendant les trois années d'exercice (58,6% en 2019, 80,3% en 2020 et 52% en 2021). Les détaillants et autres prestataires médicaux prestataires de soins de santé ambulatoire ont réalisé également une part importante des dépenses de santé pour supprimer les carences nutritionnelles durant ces trois années avec un poids respectif de 29,4%, de 8,1% et 40,3%.

Tableau 24: Situation des dépenses de la santé maternelle et enfant par prestataires de soins de santé en 2019, en 2020 et 2021 (en milliards d'Ariary)

Prestataires	2019		2020		2021	
	M	%	M	%	M	%
<b>Santé de la reproduction</b>						
Hôpitaux	8,2	8,5%	8,5	4,2%	4,6	3,7%
Prestataires de soins de santé ambulatoire	5,4	5,6%	30,4	15,3%	2,5	2,0%
Prestataires de services auxiliaires	0,9	0,9%	0,9	0,5%	0,9	0,8%
Détaillants et autres prestataires de biens médicaux	6,7	7,0%	6,0	3,0%	7,0	5,6%
Prestataires de soins préventifs	69,4	71,8%	147,6	74,1%	102,9	82,6%
Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé	5,9	6,1%	5,8	2,9%	6,6	5,3%
Reste de l'économie	0,1	0,1%	0,0	0,0%	0,0	0,0%
Reste du monde	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%
<b>Total</b>	<b>96,7</b>	<b>100,0%</b>	<b>199,2</b>	<b>100,0%</b>	<b>124,6</b>	<b>100,0%</b>
<b>Carences nutritionnelles</b>						
Hôpitaux	6,5	6,2%	4,0	5,1%	4,4	3,3%
Prestataires de soins de santé ambulatoire	3,9	3,7%	2,5	3,1%	2,5	1,9%
Prestataires de services auxiliaires	0,9	0,9%	1,0	1,2%	1,0	0,7%
Détaillants et autres prestataires de biens médicaux	30,9	29,4%	6,4	8,1%	53,7	40,3%
Prestataires de soins préventifs	61,8	58,6%	62,9	80,3%	69,3	52,0%
Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé	1,3	1,2%	1,7	2,2%	2,4	1,8%
Reste de l'économie	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%
Reste du monde	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%
<b>Total</b>	<b>105,4</b>	<b>100,0%</b>	<b>78,4</b>	<b>100,0%</b>	<b>133,2</b>	<b>100,0%</b>

Source : CNS 2019-2020-2021

### V.1.2.3. Fonctions de soins de la Santé de reproduction (SR) et carences nutritionnelles

Pendant les trois années d'exercice, les dépenses des soins préventifs sont plutôt importantes que celles des soins curatifs en matière de SR, avec un poids respectif de 75,3% contre 10,7% en 2019, 74,2% contre 19,4% en 2020 et 82,6% contre 5,4% en 2021. Aussi, pour ce qui est des

dépenses liées aux carences nutritionnelles, les dépenses en soins préventifs dominent une fois de plus celles des soins curatifs entre 2019 à 2020. Elles sont d'ordre de 58,6% contre 9,9 % en 2019, de 80,3% contre 8,2% en 2020. En 2021, les dépenses en soins préventifs (52%) sont secondées par celles en bien médicaux (40,3%).

Tableau 25: Situation des dépenses de la santé maternelle et enfant par fonction de soins de santé en 2019, en 2020 et 2021 (en milliards d'Ariary)

Agent de financement	2019		2020		2021	
	M	%	M	%	M	%
<b>Santé de la reproduction</b>						
Soins curatifs	10,4	10,7%	38,6	19,4%	7,1	5,7%
Services auxiliaires (non-spécifié par fonction)	0,9	0,9%	0,9	0,5%	0,9	0,8%
Biens médicaux (non-spécifiés par fonction)	6,7	7,0%	6,0	3,0%	7,0	5,6%
Soins préventifs	72,8	75,3%	147,9	74,2%	102,9	82,6%
Gouvernance, administration du système de santé et des financements	5,9	6,1%	5,8	2,9%	6,6	5,3%
Autres services de soins de santé non classés ailleurs (n.c.a.)	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%
<b>Total</b>	<b>96,7</b>	<b>100,0%</b>	<b>199,2</b>	<b>100,0%</b>	<b>124,6</b>	<b>100,0%</b>
<b>Carences nutritionnelles</b>						
Soins curatifs	10,4	9,9%	6,4	8,2%	6,9	5,2%
Services auxiliaires (non-spécifié par fonction)	0,9	0,9%	1,0	1,2%	1,0	0,7%
Biens médicaux (non-spécifiés par fonction)	30,9	29,4%	6,4	8,1%	53,7	40,3%
Soins préventifs	61,8	58,6%	62,9	80,3%	69,3	52,0%
HC.7 Gouvernance, administration du système de santé et des financements	1,3	1,2%	1,7	2,2%	2,4	1,8%
HC.9 Autres services de soins de santé non classés ailleurs (n.c.a.)	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%
<b>Total</b>	<b>105,4</b>	<b>100,0%</b>	<b>78,4</b>	<b>100,0%</b>	<b>133,2</b>	<b>100,0%</b>

Source : CNS 2019-2020-2021

## V.2. MALADIES TRANSMISSIBLES

### V.2.1. Aperçu sur la situation

La Direction de Lutte contre les Maladies Transmissibles constitue le Programme National de Lutte contre la Tuberculose, le Programme National de Lutte contre les Infections Sexuellement Transmissibles et le SIDA, le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP), Service de Lutte contre la Peste, Maladie émergente ré émergente, Maladie épidémique et tropicale négligée (SLPMERMETN).

Selon les données disponibles dans le bulletin SIMR N°1 de la DVSSER 2020, 1 445 026 cas de paludisme ont été rapportés. Ce nombre est deux fois plus élevé que celui rapporté au cours de l'année précédente avec 680 167 cas répertoriés. L'incidence annuelle de la toux chronique est de 1,3 pour 100 000 habitants. Cette incidence est similaire à celle de 2019 (1,4 pour 100 000 habitants). Concernant le cas de peste, 63 formes bubonique (PB) et deux formes pulmonaires (PP) ont été détectées dont 18 cas de décès de peste bubonique et un cas de décès de peste pulmonaire. Pour la Paralyse Flasque Aiguë (PFA), 623 cas ont été notifiés. L'incidence annuelle de la diarrhée est de 21,5 pour 100 000 habitants. Elle a légèrement diminué par rapport à celle de 2019 (23,0 pour 100 000 habitants). Pour la rougeole, 558 cas suspects sont attendus dans les 22 régions alors que le système de surveillance MEV a détecté 779 cas suspects. Parmi les cas suspects, 563 cas sont prélevés, quarante-trois cas sont IgM+ notifiés par 28 districts. Quatre cents quarante-sept cas de PFA étaient attendus dans tout Madagascar. Six cent vingt-trois cas ont été détectés au niveau national. En S52, un cas de PFA

confirmé VDPV1 (Virus Dérivé de Poliovirus de type 1, post vaccinal) a été notifié par le district de Farafangana. Concernant la Tétanos néonatal (TNN), 40 cas ont été notifiés, répartis dans 14 régions. L'incidence moyenne des Infections Sexuellement Transmissibles est de 7,4 pour 100 000 habitants.

### **V.2.2. Agents de financement, Régimes de financement, Prestataires de soins de santé et Fonctions des soins de santé**

Les dépenses courantes de santé liées aux maladies transmissibles sont évaluées à 1138,3 milliards d'ariary en 2019, 1416,9 milliards d'ariary en 2020, et 1525,5 milliards d'ariary en 2021, soit respectivement 27,89%, 34,72% et 37,38% de l'ensemble.

#### *V.2.2.1. Agents, régimes et sources de financement*

Pendant les années 2020 et 2021, le régime de l'administration publique reste le principal dispositif de financement. Il contribue respectivement de 38,3% et de 35,8% dépenses courantes de santé en raison d'une dépense respective évaluée à 542,1 milliards d'ariary, 699,2 milliards d'ariary. Le financement de la santé provenant de régimes de paiement direct des ménages sans partage de coûts est estimé à 453,2 milliards d'ariary en 2019 (soit 39,8% des dépenses de courantes de santé), 476,4 milliards d'ariary en 2020 (soit 33,6% des dépenses de courantes de santé), et 534,6 milliards d'ariary en 2021, (soit 35% des dépenses de courantes de santé). La proportion des régimes volontaires de paiement privé des soins de santé constitués par les régimes des assurances maladies, des ONG/Association nationales et des entreprises est de 202,7 milliards d'ariary soit 17,8% en 2019, de 254,4 milliards d'ariary soit 18,0% en 2020, et de 140,2 milliards d'ariary soit 9,2% en 2021.

Tableau 26 : Situation des dépenses des maladies transmissibles, par agent, régime et source de financement en 2019, en 2020 et 2021 (en milliards d'Ariary)

				2019		2020		2021	
				M	%	M	%	M	%
	Agents	Régimes	Recettes						
Maladies infectieuses et parasitaires	Administrations publiques	Régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé	Transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique (alloués à la santé)	269,8	23,7%	277,1	19,6%	298,2	19,5%
			Transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique	121,8	10,7%	265,0	18,7%	401,0	26,3%
			Cotisations d'assurance sociale	2,1	0,2%	2,6	0,2%	3,2	0,2%
	Sociétés d'assurance	Régime volontaire de paiement privé des soins de santé	Prépaiement volontaire	5,9	0,5%	10,8	0,8%	12,7	0,8%
	Sociétés (hors sociétés d'assurances)	Régime volontaire de paiement privé des soins de santé	Autres revenus venant des entreprises n.c.a.	58,1	5,1%	56,6	4,0%	61,1	4,0%
	Institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM)	Régime volontaire de paiement privé des soins de santé	Autres revenus venant des ISBLSM n.c.a.	2,6	0,2%	1,2	0,1%	2,1	0,1%
			Transferts directs étrangers	200,1	17,6%	253,2	17,9%	1 38,1	9,1%
	Ménages	Paiement direct des ménages	Autres revenus venant des ménages n.c.a.	453,2	39,8%	476,4	33,6%	534,6	35,0%
	Reste du monde	Régimes de financement du reste du monde (non résidents)	Transferts directs étrangers	24,7	2,2%	74,0	5,2%	74,6	4,9%
	Total				1138,3	100,0%	1416,9	100,0%	1525,5

### V.2.2.2. Prestataires de soins de santé

L'analyse des dépenses par prestataires de soins de santé des maladies infectieuses et parasitaires présente un système d'offre caractérisé par les prestataires des soins préventifs, les détaillants et autres prestataires de biens médicaux, les hôpitaux, prestataires de soins de santé ambulatoire avec respectivement 26,6%, 26,5%, 19,7% et 16,6% des dépenses courantes de santé en 2019 contre 35,4%, 22,3%, 16,1% et 14,3% des dépenses courantes de santé en 2020 puis de 38,0%, 24 %, 15,6% et 14% des dépenses courantes de santé en 2021.

Tableau 27: Situation des dépenses des maladies transmissibles par prestataires de soins de santé en 2019, en 2020 et 2021 (en milliards d'Ariary)

Prestataires de soins	2019		2020		2021	
	M	%	M	%	M	%
Hôpitaux	224,7	19,7%	228,2	16,1%	238,0	15,6%
Prestataires de soins de santé ambulatoire	189,5	16,6%	202,8	14,3%	213,8	14,0%
Prestataires de services auxiliaires	44,9	3,9%	48,0	3,4%	49,6	3,3%
Détaillants et autres prestataires de biens médicaux	301,3	26,5%	315,5	22,3%	366,1	24,0%
Prestataires de soins préventifs	302,6	26,6%	502,0	35,4%	579,2	38,0%
Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé	72,7	6,4%	116,1	8,2%	62,0	4,1%
Reste de l'économie	2,3	0,2%	4,3	0,3%	16,7	1,1%
Reste du monde	0,2	0,0%	0,0	0,0%	0,1	0,0%
DCS	1138,3	100,0%	1416,9	100,0%	1525,5	100,0%

Source : CNS 2019-2020-2021

### V.2.2.3. Fonctions des soins de santé

La distribution des dépenses courantes selon les fonctions de soins de santé montre une prédominance des soins curatifs pour les années 2019 et 2020, soit respectivement 36,4 % et 28,7%. Les soins préventifs et biens médicaux expliquent également une part importante des dépenses courantes de santé. Ils sont respectivement évalués à 305,2 milliards d'ariary, soit 26,8% et 290,2 milliards d'ariary, soit 20,5% des dépenses courantes de santé. En 2021, les soins curatifs et les soins de prévention et les activités promotionnelles prédominent, soient 29,6%, 25,2% et suivis par les biens médicaux (24 %) pour la même année. En effet, la Covid-19 a entraîné une réorientation des activités de plusieurs prestataires vers la prévention et la promotion des mesures anti Covid-19, les soins curatifs et l'achat des biens médicaux.

Tableau 28: Situation des dépenses des maladies transmissibles par fonction de soins de santé en 2019, en 2020 et 2021 (en milliards d'Ariary)

Fonction de soins	2019		2020		2021	
	Montant	Pourcentage	Montant	Pourcentage	Montant	Pourcentage
Soins curatifs	414,1	36,4%	406,7	28,7%	452,2	29,6%
Services auxiliaires (non-spécifié par fonction)	44,9	3,9%	48,0	3,4%	49,6	3,3%
Biens médicaux (non-spécifiés par fonction)	301,3	26,5%	315,5	22,3%	366,1	24,0%
Soins préventifs	305,2	26,8%	290,2	20,5%	385,0	25,2%
Gouvernance, administration du système de santé et des financements	72,7	6,4%	116,1	8,2%	62,0	4,1%
Postes comptables supplémentaires de suivi des dépenses courantes de santé destinées à la COVID-19	0,0	0,0%	240,3	17,0%	210,6	13,8%
Autres services de soins de santé non classés ailleurs (n.c.a.)	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%
DCS	1138,3	100,0%	1416,9	100,0%	1525,5	100,0%

Source : CNS 2019-2020-2021

### **V.3. Maladies non transmissibles**

#### **V.3.1. Aperçu sur la situation**

A Madagascar, les maladies non transmissibles (MNT) posent un véritable problème de santé publique en raison de leur forte prévalence et/ou incidence et de leurs impacts socio-économiques très sévères.

Elles incluent les maladies avec des facteurs de risque communs : les cancers, y compris les maladies cérébrovasculaires (prévalence de l'hypertension 35,8 %), les accidents vasculaires cérébraux (première cause de décès à l'hôpital), le diabète (prévalence 4 %), les maladies respiratoires chroniques et les cancers gynécologiques, y compris le cancer du col de l'utérus (50 % des cancers nosocomiaux) ainsi que le cancer de sein.

Dans certains districts sanitaires, le taux de mortalité par accident vasculaire cérébral à l'hôpital atteint 13,8 %. L'accès aux soins dentaires est également faible (0,20%) dans les districts d'Arivonimamo, Soavinandriana et Miaryarivo. Viennent ensuite les autres maladies non transmissibles prioritaires, à savoir les maladies neurologiques et psychiatriques (un quart de la population de Madagascar souffre de problèmes de santé mentale, OMS, 2008), les maladies bucco-dentaires et la drépanocytose (9% de prévalence globale, dont 18,5% en zone endémique). Enfin, il y a la violence et les traumatismes, tels que les accidents de la circulation et du travail, les déficiences physiques et motrices, les déficiences visuelles et auditives.

#### **V.3.2. Agents de financement, Régime de financement, Prestataires de soins de santé et Fonctions des soins de santé**

##### **V.3.2.1. Agents, régimes et sources de financement de soins de santé**

Les principaux agents de financement des maladies non transmissibles sont constitués de ménages et l'administration publique avec respectivement de 52,9%, 32,7% en 2019 contre 51,5 %, 32,1% en 2020 et 48,6%, 26,5% en 2021. Les fonds gérés par l'administration ont connu une hausse de 5,7 points entre 2019 à 2020, mais ont connu une baisse de l'ordre de 8,4 points en 2021 par rapport en 2020. Pour ceux des ménages, ils étaient stables autour de 29%.

Les paiements directs des ménages et les régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires constituent les principaux régimes de financement des maladies non transmissibles. 55 milliards d'ariary contre 33,8 milliards d'ariary des dépenses courantes de santé en 2019, 57,9 milliards d'ariary contre 36,2 milliards d'ariary des dépenses courantes de santé pour l'année 2020. Ce financement a connu une légère baisse en 2021 pour les deux régimes susmentionnés (64,9 milliards d'ariary contre 35 milliards d'ariary de dépenses courantes de santé. Ils sont suivis par le régime volontaire de paiement privé des soins de santé pour les années d'études. Les poids de régimes de financement du reste du monde restent marginaux (environ 1%).

Tableau 29: Répartition des dépenses de maladies non transmissibles par agent, par régime et par source de financement en 2019 en 2020 et en 2021 (en milliards d'Ariary)

				2019		2020		2021	
				M	%	M	%	M	%
	Agents	Régimes	Recettes						
Maladies infectieuses et parasitaires	Administrations publiques	Régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé	Transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique (alloués à la santé)	32,8	31,5%	33,0	29,4%	35,0	26,2%
			Transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique	1,0	1,0%	2,9	2,5%	0,0	0,0%
			Cotisations d'assurance sociale	0,2	0,2%	0,3	0,3%	0,4	0,3%
	Sociétés d'assurance	Régime volontaire de paiement privé des soins de santé	Prépaiement volontaire	3,4	3,2%	4,9	4,3%	11,4	8,5%
	Sociétés (hors sociétés d'assurances)	Régime volontaire de paiement privé des soins de santé	Autres revenus venant des entreprises n.c.a.	6,5	6,2%	6,3	5,6%	6,8	5,1%
	Institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM)	Régime volontaire de paiement privé des soins de santé	Autres revenus venant des ISBLSM n.c.a.	2,4	2,3%	5,5	4,9%	12,5	9,4%
			Transferts directs étrangers	2,7	2,6%	0,7	0,6%	1,7	1,3%
	Ménages	Paiement direct des ménages	Autres revenus venant des ménages n.c.a.	55,0	52,9%	57,9	51,5%	64,9	48,6%
	Reste du monde	Régimes de financement du reste du monde (non résidents)	Transferts directs étrangers	0,0	0,0%	1,0	0,9%	0,8	0,6%
	Total			104,0	100,0%	112,3	100,0%	133,6	100,0%

Source : CNS 2019-2020 et 2021

### V.3.2.2. Prestataires de soins de santé

Les Détaillants et autres prestataires de biens médicaux ont été les principaux utilisateurs des fonds dépensés dans la mise en œuvre des interventions des maladies non transmissibles avec respectivement 34,1% en 2019 et 33% en 2020. Ils sont suivis par les hôpitaux (25,1% contre 26,2% en 2020) et les Prestataires de soins de santé ambulatoire (25% en 2019 contre 24,8% en 2020) pour les mêmes années. En 2021, les hôpitaux (35,4%), les Détaillants et autres prestataires de biens médicaux (30,5%) et les Prestataires de soins de santé ambulatoire (21,6%) étaient respectivement les principaux prestataires de soins à avoir utilisé les fonds dépensés à ces maladies.

Tableau 30: Répartition des dépenses des maladies non transmissibles par prestataires de soins de santé en 2019, en 2020 et 2021 (en milliards d'Ariary)

Prestataires de soins	2019		2020		2021	
	Montant	Pourcentage	Montant	Pourcentage	Montant	Pourcentage
Hôpitaux	26,2	25,1%	29,4	26,2%	47,3	35,4%
Prestataires de soins de santé ambulatoire	26,0	25,0%	27,8	24,8%	28,8	21,6%
Prestataires de services auxiliaires	5,1	4,9%	6,4	5,7%	5,5	4,1%
Détaillants et autres prestataires de biens médicaux	35,5	34,1%	37,1	33,0%	40,7	30,5%
Prestataires de soins préventifs	3,7	3,6%	1,5	1,3%	1,3	1,0%
Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé	5,0	4,8%	8,6	7,6%	5,0	3,7%
Reste de l'économie	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%
Reste du monde	2,6	2,5%	1,5	1,4%	4,9	3,7%
	104,0	100,0%	112,3	100,0%	133,6	100,0%

Source : CNS 2019, 2020 et 2021

### V.1.2.3. Fonctions des soins de santé

La part des dépenses des soins curatifs des maladies non transmissibles était quasi-stable entre 2019 et 2020 (52%), mais a connu une hausse de 8,4 points passant de 52,3% en 2020 à 60,7% en 2021. L'achat des biens médicaux vient après les soins curatifs dans les dépenses de santé représentant en moyenne autour de 32,5% des dépenses des soins. Cependant, les dépenses en soins préventifs et promotionnels restent faibles : 3,6% en 2019, 1,3% en 2020 et de 1% en 2021.

Tableau 31: dépenses des maladies non transmissibles par Fonctions des soins de santé de 2019, 2020 et 2021 (en milliards d'Ariary)

Fonctions de soins	2019		2020		2021	
	Montant	Pourcentage	Montant	Pourcentage	Montant	Pourcentage
Soins curatifs	54,8	52,6%	58,8	52,3%	81,1	60,7%
Soins (de santé) de longue durée	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%
Services auxiliaires (non-spécifié par fonction)	5,1	4,9%	6,4	5,7%	5,5	4,1%
Biens médicaux (non-spécifiés par fonction)	35,5	34,1%	37,1	33,0%	40,7	30,5%
Soins préventifs	3,7	3,6%	1,5	1,3%	1,3	1,0%
Gouvernance, administration du système de santé et des financements	5,0	4,8%	8,6	7,6%	5,0	3,7%
Autres services de soins de santé non classés ailleurs (n.c.a.)	0,0		0,0		0,0	
Total	104,0	100,0%	112,3	100,0%	133,6	100,0%

## V.4. COVID-19 (2020-2021)

### V.4.1. Aperçu sur la situation

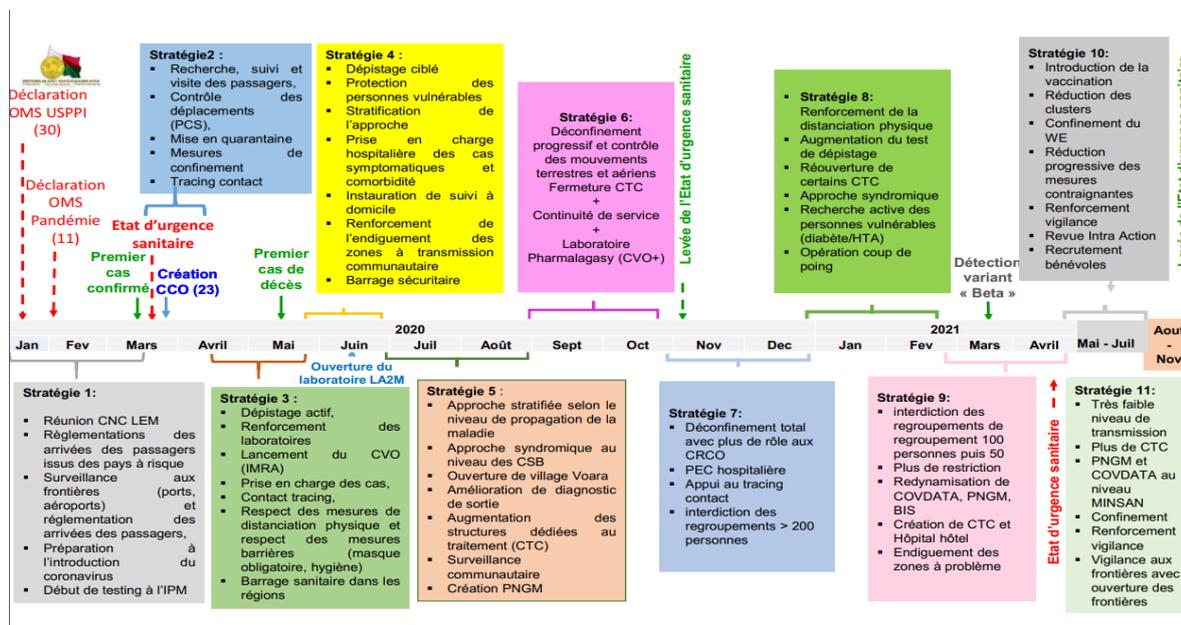
A la date du 20 mars 2020, les 3 premiers cas officiels étaient enregistrés à Madagascar. Madagascar a été déclaré sous l'état d'urgence nationale et l'Etat a imposé des restrictions de mouvement à Antananarivo et Toamasina. Pour coordonner la réponse globale, le gouvernement a mis en place un centre de commandement national sous la direction du ministre de l'intérieur, en collaboration avec le ministère de la Santé et l'OMS. Le manque d'infrastructures et d'équipements, des ressources humaines constituent des défis majeurs.

La stratégie nationale de lutte contre la COVID-19 s'articule autour de 3 principaux éléments :

- ✓ Prévenir la propagation du virus ;
- ✓ Optimiser la prise en charge des personnes atteintes ;
- ✓ Assurer la continuité des affaires publiques et privées et intégrer la lutte contre le COVID-19 dans l'administration des affaires publiques et privées.

Madagascar a connu deux vagues de juillet à septembre 2020 puis de février à mai 2021. Le nombre de cas cumulés et testés jusqu'en décembre 2021 était autour de 50 000 cas<sup>11</sup>. Il est à noter que le pays a adopté, en décembre 2020, une approche syndromique. Le nombre de cas traités enregistrés s'élève à XXXX. Malgré les défis auxquels le système de santé a fait face, le taux de mortalité restait moindre par rapport aux autres pays. Au mois d'août 2021, le taux de mortalité à Madagascar partie des plus faibles dans le monde (149/181)<sup>12</sup>.

L'évolution des stratégies de réponse du pays est résumée dans la figure ci-dessous.



<sup>11</sup> COVID-19 dashboard, WHO

<sup>12</sup> <https://public.tableau.com/app/profile/dca.domie/viz/COVID-19MONDETauxdedcsparpays/TauxDcs>

## V.4.2. Agents de financement, Régime des financement, Prestataires de soins de santé et Fonctions des soins de santé

Les unités qui sont les acteurs potentiels en dépenses aux soins de santé liées à la Covid-19 sont les administrations publiques, les partenaires financiers, les ONGs, les sociétés d'assurances et hors assurances, ainsi que les ménages. Cependant, Il faut noter qu'une des limites à cette étude se trouve du fait que les informations des dépenses de santé liées à la Covid-19 des sociétés (assurances et hors assurances) et ménages notamment les informations sur la source et agents de financement, ainsi que les fonctions de soins ne sont pas captées. Il faudrait une enquête spécifique pour capitaliser les informations sur les dépenses en achat de médicaments, des consommables et autres, effectuées par les ménages.

### V.4.2.1. Agents de financement de soins de santé

Les principaux agents de financement des dépenses de la Covid-19 sont les administrations publiques à hauteur de 80% des fonds dépensés à la Covid-19 en 2020 contre 66,2% en 2021. Ces dépenses sont évaluées à 191,1 milliards d'Ariary et 139,4 milliards d'Ariary respectivement en 2020 et en 2021. Le Reste du monde est le deuxième agent de financement, sa gestion des fonds passent de 14,4% en 2020 à 30,5% en 2021 des fonds dépensés à la Covid-19. Les ONGs sont l'agent de financement ayant une faible part de dépense en dans le cadre de la gestion de la pandémie avec environ 6% en 2020 et 3% en 2021, des fonds dépensés à la Covid-19.

Tableau 32: dépenses de la COVID-19 par agent de financement de santé de 2020 et 2021 (en milliards d'Ariary)

		2020		2021	
		M	%	M	%
Administrations publiques	Transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique	191,5	79,7%	139,4	66,2%
Institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM)	Autres revenus venant des ISBLSM n.c.a.	0,2	0,1%	0,1	0,0%
	Transferts directs étrangers	14,0	5,8%	6,8	3,2%
Reste du monde	Transferts directs étrangers	34,6	14,4%	64,2	30,5%
Total		240,3		210,6	

Source : CNS 2019-2020 et 2021

### V.4.2.2. Prestataires de soins de santé

Les Prestataires de soins préventifs étaient les principaux utilisateurs des fonds dépensés aux soins de la Covid-19 pendant et après la pandémie (respectivement de 90% en 2020 et 92% en 2021). Quant, aux hôpitaux, ils utilisaient environ 10% en 2020 et 7,66% en 2021 des fonds dépensés aux soins de la Covid-19. Les autres prestataires à l'instar des Détaillants et autres prestataires de biens médicaux, Prestataires de services auxiliaires, utilisaient des dépenses marginales aux soins de la Covid-19.

Tableau 33: dépenses de la COVID-19 par Prestataires des soins de santé de 2020 et 2021 (en milliards d'Ariary)

Prestataires de soins	2020		2021	
	Montant	Pourcentage	Montant	Pourcentage
Hôpitaux	24,12	10,04%	16,14	7,66%
Prestataires de services auxiliaires	216,23	89,96%	194,44	92,34%
Total	240,35		210,58	

Source : CNS 2019-2020 et 2021

### V.4.2.3. Fonctions des soins de santé

Les Postes comptables supplémentaires de suivi des dépenses courantes de santé destinées à la COVID-19 occupent la part importante des dépenses, plus de 60% des dépenses (84,3% en

2020 contre 60,2% en 2021). Pour les dépenses des soins préventifs (vaccination), elles ont connu une hausse de 28 points passant de 1,8% en 2020 à 29,7% en 2021, ce qui témoigne les efforts et les mesures mis en place par le ministère en charge de la santé pour contenir la pandémie à Covid-19.

Tableau 34: dépenses de la COVID-19 par Fonctions des soins de santé de 2020 et 2021 (en milliards d'Ariary)

Fonctions	2020		2021	
	M	%	M	%
Traitements liés à la COVID-19	24,12	10,0%	16,14	7,7%
Dépistage de la COVID-19 et recherche des cas contacts	0,00	0,0%	0,00	0,0%
Vaccination contre le SARS-CoV-2 / COVID-19	4,30	1,8%	62,56	29,7%
Biens médicaux liés à la COVID-19	9,41	3,9%	5,07	2,4%
Autres dépenses de santé destinées à la COVID-19 n.c.a.	202,51	84,3%	126,82	60,2%
Total	240,35		210,58	

Source : CNS 2019-2020 et 2021

## RECOMMANDATIONS ET CONCLUSION

Il convient de se rappeler que le budget de l'État alloué à la santé est aux alentours de 5 %, soit nettement inférieur à la norme de la déclaration d'Abuja qui prévoit un minimum de 15 %. Cette faible allocation des ressources peut avoir des conséquences importantes sur le secteur de la santé et sur la qualité des services médicaux disponibles pour la population.

A noter également qu'un autre indicateur inquiétant est la dépense par habitant en santé, qui se situe autour de 70 758 Ar équivaut à 21 USD, soit bien en dessous de la norme de 112 USD (selon l'OMS). Cette différence considérable montre que les investissements dans le domaine de la santé doivent être renforcés pour répondre aux besoins de la population et aux standards internationaux.

Par ailleurs, il est préoccupant de constater que 70 % des fonds alloués à la santé sont utilisés pour les salaires du personnel médical et administratif. Bien que le personnel de santé joue un rôle crucial, un tel pourcentage peut limiter les investissements dans les infrastructures, les équipements médicaux et les programmes de prévention, ce qui compromet la qualité globale des soins de santé disponibles.

Pour remédier à cette situation, il est essentiel de mettre en place des mécanismes visant à augmenter les ressources domestiques consacrées à la santé. Cela peut inclure des réformes fiscales, la lutte contre la corruption et l'amélioration de la gestion des fonds alloués à ce secteur vital. En mobilisant davantage de ressources, le gouvernement pourra mieux répondre aux besoins de la population en matière de santé.

Un autre défi majeur est la part des dépenses de santé supportées par les ménages eux-mêmes. En 2019, cette part a été estimée à plus de 35 % des dépenses courantes, ce qui signifie que de nombreux foyers consacrent une part importante de leur budget à des soins médicaux essentiels. Cette situation peut créer des difficultés financières pour de nombreuses familles, surtout celles à faible revenu, et risque de limiter leur accès aux soins.

En outre, la contribution de l'assurance maladie à ces dépenses reste extrêmement faible, représentant moins de 0,05 %. L'assurance maladie joue un rôle primordial dans la réduction des charges financières pour les individus et les familles en cas de maladie ou d'accident. Une augmentation de la couverture d'assurance maladie pourrait donc aider à soulager la pression financière sur les ménages et à améliorer l'accès aux soins.

En conclusion, la situation du budget de l'État alloué à la santé est préoccupante, avec une faible allocation des ressources et des dépenses par habitant bien en deçà des normes internationales. La majeure partie des fonds est consacrée aux salaires, ce qui peut limiter les investissements dans d'autres aspects du secteur de la santé. Des mécanismes doivent être mis en place pour augmenter les ressources domestiques dédiées à la santé, et il est essentiel de renforcer l'assurance maladie pour réduire la part des dépenses supportées par les ménages. En investissant davantage dans la santé, le gouvernement peut améliorer l'accès aux soins et la qualité des services médicaux pour l'ensemble de la population.

## **BIBLIOGRAPHIE**

---

## **ANNEXES**

---