



MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

COMPTES DE LA SANTÉ DE MADAGASCAR ANNEES 2019-2020-2021

RAPPORT FINAL



Septembre 2023

TABLES DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS.....	iii
LISTE DES TABLEAUX.....	v
LISTES DES GRAPHIQUES.....	vii
LISTE DES FIGURES.....	viii
RESUME EXECUTIF	ix
INTRODUCTION	1
I. CONTEXTE NATIONAL (2019-2020-2021)	3
I.1. SITUATION GÉOGRAPHIQUE.....	3
I.2. SITUATION DÉMOGRAPHIQUE	3
I.3. SITUATION SOCIO-ÉCONOMIQUE.....	4
I.4. ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ.....	4
I.4.1. Performance par pilier du système de santé	6
I.4.2. Principales pathologies entraînant un recours aux soins	12
I.4.3. Financement de la santé.....	12
II. MÉTHODES ET SOURCES DE DONNÉES	16
II.1. DEFINITION ET UTILITE DES COMPTES DE LA SANTE.....	16
II.2. CADRE DU SYSTÈME DES COMPTES DE LA SANTE (SCS)	16
II.3. DEFINITION OPERATIONNELLE DES CONCEPTS	18
II.4. PROCESSUS D'ELABORATION DES COMPTES DE LA SANTE	19
II.4.1. Phase préparatoire	19
II.4.2. Phase de collecte et d'organisation des données	20
II.4.3. Résultats de collecte des données.....	23
II.4.4. Phase d'analyse des résultats et de rédaction du document de rapport.....	24
II.5. CONTRAINTES ET LIMITES DE L'ETUDE	24
II.5.1. Contraintes techniques et opérationnelles	25
II.5.2. Contraintes humaines, matérielles et financières	25
II.5.3. Limites de l'étude	25
II.5.4. Recommandations techniques et opérationnelles.....	26
III. RÉSULTATS DES COMPTES DE LA SANTÉ	27
III.1 VOLUME DU FINANCEMENT DE LA SANTE.....	27
III.2. DIMENSIONS DE FINANCEMENT DE LA SANTE	28
III.2.1. Dépenses courantes de santé par source de financement	28
III.2.2. Agents, régimes et recette de régime de financement.....	30
III.2.3. Prestataires de soins de santé et facteurs de prestation	33
III.2.4. Fonctions de soins de santé.....	43

III.2.5 Maladies et affections	48
III.2.6. Dépense de santé par région et selon les caractéristiques démographiques	51
III.3. DEPENSES D'INVESTISSEMENT EN SANTE.....	54
III.3.1. Dépenses par poste.....	54
III.3.2. Dépenses par région et per capita	55
IV. PRINCIPAUX INDICATEURS EN SANTÉ.....	57
IV.1 EVOLUTION DES INDICATEURS DU PAYS	57
IV. 2. COMPARAISON DES INDICATEURS NATIONAUX AVEC QUELQUES PAYS	58
V. DEPENSES DE SANTE SPECIFIQUES	60
V.1 SANTÉ DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT	60
V.1.1 Aperçus sur la situation.....	60
V.1.2. FINANCEMENT, PRESTATAIRES DE SOINS DE SANTÉ ET FONCTIONS DES SOINS DE SANTÉ	62
V.1.2.1. Agents, régimes et sources de financement des dépenses de la Santé de reproduction (SR) et carences nutritionnelles.....	62
V.1.2.2. Prestataires de service de la santé de reproduction et carences nutritionnelles	67
V.1.2.3. Fonctions de soins de la Santé de reproduction (SR) et carences nutritionnelles	68
V.2. MALADIES TRANSMISSIBLES.....	70
V.2.1. Aperçu sur la situation	70
V.2.2. Agents de financement, Régimes de financement, Prestataires de soins de santé et Fonctions des soins de santé	70
V.3. Maladies non transmissibles	75
V.3.1. Aperçu sur la situation	75
V.3.2. Agents de financement, Régime de financement, Prestataires de soins de santé et Fonctions des soins de santé	76
V.4. COVID-19 (2020-2021).....	80
V.4.1. Aperçu sur la situation	80
V.4.2. Agents de financement, Régime des financements, Prestataires de soins de santé et Fonctions des soins de santé	82
VI. RECOMMANDATIONS	85
VI.1. RECOMMADATIONS STRATEGIQUES	85
VI.1.1. Mobilisation des ressources	85
VI.1.2. Mise en commun des ressources.....	85
VI.1.3. Achat stratégique et efficience dans la gestion des ressources.....	85
VI.1.4. Institutionnalisation du CNS.....	86

LISTE DES ABREVIATIONS

ACD	Atteindre Chaque District
ACE	Atteindre Chaque Enfant
CHRD	Centres Hospitaliers de Référence de District
CHRR	Centre Hospitalier de Référence Régionale
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNaPS	Caisse Nationale de Prévoyance Sociale
CNS	Comptes Nationaux de Santé
CSB	Centres de Santé de Base
CSB	Comptes de la Santé
CSU	Couverture Santé Universelle
DCS	Dépense Courante de Santé
DEPSI	Direction des Etudes de la Planification et du Système d'Information
DGFS	Direction Générale de la Fourniture des Soins
DGMP	Direction Générale de la Médecine Préventive
DGR	Direction Générale des Ressources
DHIS2	District Health Information Software 2
DHRD	Direction des Hôpitaux des Régions et des Districts
DPLMT	Direction de la Pharmacie, des Laboratoires et de la Médecine Traditionnelle
DRSP	Direction Régionale de la Santé Publique
DSSB	Direction des Soins de Santé de Base
DTS	Dépense Totale de Santé
DVSSER	Direction de la Veille Sanitaire et de la Surveillance Epidémiologique et Riposte
FANOME	Fonds d'Approvisionnement NON stop en Médicaments Essentiels
FBP	Financement Basé sur les Performances
HAAT	Health Account Analysis Tool
HAPT	Health Account Production Tool
HMP	Hôpitaux Manara-Penitra
IDH	Indice de Développement Humain
INSTAT	Institut National de la Statistique
IRA	Infections Respiratoires Aiguës
ISBLM	Instituts à But non Lucratif au Service des Ménages
IST/VIH	Infections Sexuellement Transmissibles/Virus d'Immunodéficience Humain
MEAH	Ministère de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène
MEF	Ministère de l'Économie et des Finances

MEV	Maladies Evitables par la Vaccination
MID	Ministère de l'Intérieur et de la Décentralisation
MSANP	Ministère de la Santé Publique
OCDE	Organisation pour la Coopération et le Développement Économique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisations Non Gouvernementales
OSIE	Organisation Sanitaire Inter Entreprise
PCIMEC	Prise en charge Intégrée des Maladies de l'Enfant au niveau Communautaire
PCIMEC	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PDSS	Plan de Développement du Secteur Santé
PFA	Paralysie Flasque Aiguë
PFU	Participation Financière des Usagers
PIP	Projet d'Investissement Public
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNSC	Politique Nationale de la Santé Communautaire
PNSC	Politique Nationale de Santé
PSRSIS	Plan Stratégique de Renforcement du Système d'Information Sanitaire
PTA	Plans de Travail Annuel
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RMA	Rapport Mensuel d'Activités
RTA	Remèdes Traditionnelles Améliorées
SDSP	Service de District de Santé Publique
SHA	System of Health Account
SIMR	Surveillance Intégrée des Maladies et Ripostes
SLPMERMETN	Service de Lutte contre la Peste, les Maladies Emergente Réémergente, les Maladie Endémiques Epidémique et Tropicale Négligée
SN-CSU	Stratégie Nationale de la Couverture Santé Universelle
SNFS	Stratégie Nationale de Financement de la Santé
SONU	Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence
SR	Santé de Reproduction
SSP	Soins de Santé Primaires
SYGMA	Système de Gestion des Matériels et Equipements

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Effectif des structures sanitaires en 2019, 2020 et 2021.....	5
Tableau 2: Répartition par région de personnel de santé.....	6
Tableau 3: Répartition annuelle des nouvelles constructions.....	8
Tableau 4: Tendance des indicateurs essentiels en santé au niveau des CSB à Madagascar par programme.....	11
Tableau 5: Source de la base de sondage.....	21
Tableau 6: Taux de réponse par type de structure.....	24
Tableau 7: Evolution des dépenses courantes et des investissements dans le secteur de la santé de 2019 à 2021 (en milliards d'Ariary).....	27
Tableau 8: Dépenses courantes de santé par source de financement avec un focus sur le RDM (En millions de d'Ariary).....	29
Tableau 9: Dépense courante de santé par recettes, par régimes de financement et par agents de financement (en milliards d'Ariary).....	31
Tableau 10: Répartition des dépenses courantes de santé par prestataire de soins (en milliards d'Ariary).....	33
Tableau 11: Distribution des dépenses par facteur de prestation (en milliards d'Ariary).....	34
Tableau 12: Dépenses courantes de santé par prestataire et par facteurs de prestations (en milliards d'Ariary).....	36
Tableau 13: Dépenses courantes de santé par source et par facteurs de prestations (en milliards d'Ariary).....	40
Tableau 14: Dépenses de santé par fonctions de soins de santé (en milliard d'Ariary).....	44
Tableau 15: Répartition des dépenses de soins de santé primaire (SSP) (en milliards d'Ariary).....	48
Tableau 16: Dépenses courantes de santé par agent de financement et par maladie et affection (en milliards d'Ariary).....	50
Tableau 17: Distribution des dépenses selon région (en milliards d'Ariary).....	51
Tableau 18: Distribution des dépenses selon l'âge et le sexe (en milliards d'Ariary).....	53
Tableau 19: Investissement en santé par poste de dépense (en milliards d'Ariary).....	55
Tableau 20: Répartition de dépenses d'investissement en santé par région et per capita (Ariary).....	55
Tableau 21: Principaux indicateurs en santé.....	57
Tableau 22: Comparaison internationale des DCS en % du PIB et par habitant en 2020.....	58
Tableau 23: 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).....	67
Tableau 24: 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).....	69
Tableau 25: Situation des dépenses des maladies transmissibles, par agent, régime et source de financement en 2019, en 2020 et 2021 (en milliards d'Ariary).....	72
Tableau 26: Situation des dépenses des maladies transmissibles par prestataires de soins de santé en 2019, en 2020 et 2021 (en milliards d'Ariary).....	74

Tableau 27: Situation des dépenses des maladies transmissibles par fonction de soins de santé en 2019, en 2020 et 2021 (en milliards d’Ariary).....	75
Tableau 28: Répartition des dépenses des maladies non transmissibles par prestataires de soins de santé en 2019, en 2020 et 2021 (en milliards d’Ariary).....	79
Tableau 29: Dépenses des maladies non transmissibles par Fonctions des soins de santé de 2019, 2020 et 2021 (en milliards d’Ariary)	80
Tableau 30: Dépenses de la COVID-19 par agent de financement de santé de 2020 et 2021 (en milliards d’Ariary).....	82
Tableau 31: Dépenses de la COVID-19 par Prestataires des soins de santé de 2020 et 2021 (en milliards d’Ariary).....	83
Tableau 32: Dépenses de la COVID-19 par Fonctions des soins de santé de 2020 et 2021 (en milliards d’Ariary).....	83

LISTES DES GRAPHIQUES

Graphique 1: Principales pathologies entraînant un recours aux soins en 2021	12
Graphique 2: Interventions des partenaires par région.....	13
Graphique 3: Proportion des partenaires intervenant dans chaque pilier du système en 2019	13
Graphique 4: Proportion de financement des partenaires selon leur origine en 2019.....	14
Graphique 5: Evolution des dépenses courantes et des investissements dans le secteur de la santé de 2019 à 2021 (en milliards d'Ariary)	27
Graphique 6: Dépenses courantes de santé par source de financement en 2021	28
Graphique 7: Distribution des dépenses courantes de santé par source de financement de 2019 à 2021. 28	
Graphique 8: Répartition des dépenses par prestataire de soins en 2021.....	34
Graphique 9: Distribution des dépenses par facteur de prestation en 2021	35
Graphique 10: Dépenses de santé par fonctions de soins de santé en 2020 (COVID-19)	46
Graphique 11: Dépenses courantes de santé par maladie et affection (En %) en 2021	49

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Circuit d’approvisionnement en médicaments et intrants de santé durant la période 2019-2020-2021.....	9
Figure 2: Trois dimensions à considérer lorsque l’on progresse vers la couverture santé universelle	14
Figure 3: Liens entre les cadres des systèmes de la santé et les comptes de la santé	17
Figure 4: Dimensions des Comptes de la Santé (SHA 2011)	18
Figure 5: Résumé de l’évolution des stratégies de réponse du pays.....	81

RESUME EXECUTIF

L'élaboration des comptes de la santé est un exercice conduit par le Ministère en charge de la Santé avec l'appui technique et financier de l'Organisation Mondiale de la Santé en collaboration avec l'*United States Agency for International Development* et le Fonds des Nations unies pour l'Enfance. Il a été appliqué la méthodologie standard internationale du système des comptes (*System of Health Account* 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 restitution des résultats aux parties prenantes. 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 est estimée, respectivement, à 1 673,7 milliards d'Ariary en 2019, 2 194,7 milliards d'Ariary en 2020 et 2 190,60 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 et les dépenses d'investissement en santé.

La dépense courante de santé est évaluée à 1 582,8 milliards d'Ariary en 2019, 1 840,6 milliards d'Ariary en 2020 et 1 953,6 milliards d'Ariary en 2021, soit une hausse de 23,42% de 2019 à 2021. Cette hausse de la Dépense Courante de Santé 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 dans cet 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 de 181,78% entre 2019 et 2021. Les dépenses d'investissement en santé les plus importantes sont celles allouées en 2019 par l'acquisition des machines d'équipements (27%), la formation brute du capital (26%) puis les 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 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'Etat 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 stationnaires 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%) et aux biens médicaux (24,59%).

Les dépenses des soins de santé primaire sont estimées à 1 242, milliards d'Ariary, soit 78,5% des dépenses courants de santé en 2019, 1 432 milliards d'Ariary, soit 77,8% des dépenses courants de santé en 2020 et enfin de 1 528,2 milliards d'Ariary des dépenses courants de santé, soit 78,2 % en 2021.

La dépense totale de santé 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\$ US à 65 210 milliards d'Ariary soit 17,2\$ US puis à 67 561 milliards d'Ariary soit 17,6\$ US. Toutefois, cet indicateur reste en deçà de 112 dollars US 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 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 innovant.

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 (PDSS) considère également les CNS comme outil important dans la programmation budgétaire et de plaidoyer 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-19.

Dans le cadre du processus d'élaboration du présent compte, les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) 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 (MSANP). 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 MSANP 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 GÉOGRAPHIQUE

Madagascar, la quatrième plus grande île du monde, est située dans l'Océan Indien, à environ 400 km à l'Est du Mozambique, et couvre une superficie estimée à 587 047 km², s'étendant sur 1 500 km du nord au sud. L'île est divisée en 22 régions jusqu'en 2021, avec 119 districts administratifs, 1 597 communes et 17 222 fokontany.

Cependant, Madagascar doit relever deux défis majeurs. Tout d'abord, en raison de sa vaste étendue géographique, de nombreuses régions de l'île sont isolées, limitant l'accès aux services essentiels, surtout dans les zones rurales où vit 78 % de la population. De plus, l'île est exposée à des événements climatiques extrêmes tels que les cyclones et les sécheresses, qui ont des conséquences dévastatrices sur les moyens de subsistance des communautés, entraînant la destruction des cultures, des infrastructures et des biens, ce qui provoque souvent des crises alimentaires, notamment dans le sud du pays.

Madagascar, en tant que l'un des pays les moins développés du monde, est particulièrement vulnérable aux effets du changement climatique. Il fait face à une "injustice climatique" avec un taux de mortalité élevé et des dégâts importants chaque année. Cela se manifeste notamment par des cyclones de plus en plus dévastateurs, une insuffisance de précipitations persistante, et une augmentation des températures qui entraîne des périodes de canicule et des sécheresses récurrentes.

I.2. SITUATION DÉMOGRAPHIQUE

Madagascar est confrontée à d'importants défis liés à sa croissance démographique. En 2021, sa population atteint environ 28,91 millions de personnes, avec 80,7% vivant en milieu rural. Les jeunes de moins de 20 ans représentent 56,6% de la population, tandis que les femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) comptent pour 25,3%, avec un âge moyen de procréation de 25,4 ans. Selon les données du troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH-3) réalisé par l'Institut National de la Statistique (INSTAT) en 2018, la population totale était d'environ 25,7 millions, avec une légère majorité de femmes (50,7%) par rapport aux hommes (49,3%).

La population a augmenté progressivement, estimée à plus de 27,538 millions d'individus en 2019, près de 28,223 millions en 2020, et 28,91 millions en 2021. La densité de la population varie considérablement, avec 255,9 habitants/km² en milieu urbain et 36,2 habitants/km² en milieu rural. La capitale, Antananarivo, abrite environ 30% de la population du pays.

Néanmoins, Madagascar est confrontée à des défis en matière de santé et de développement humain. L'espérance de vie à la naissance atteint environ 65 ans en 2020, tandis que l'Indice de Développement Humain (IDH) était de 0,519 en 2018, ce qui reflète des besoins persistants en éducation, en revenus et en accès aux services sociaux. La fécondité reste 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 1 000 habitants au niveau national en 2018. De plus, la mortalité infantile est préoccupante, avec un taux de 75 ‰ en 2021, et la mortalité maternelle est estimée à 408 décès pour 100 000 naissances vivantes, mettant en évidence la nécessité d'améliorer les soins de santé maternelle et infantile dans le pays (voir Tableau A en annexe).

I.3. SITUATION SOCIO-ÉCONOMIQUE

A l'instar des autres pays, Madagascar connaît des défis économiques majeurs. En 2020, la pandémie de COVID-19 et les chocs climatiques ont entraîné une contraction économique de -7,1%, en contraste avec la croissance de 4,4% en 2019 et 5,7% en 2021. Le secteur secondaire a été le moteur de la croissance en 2019 et 2021, avec des taux de croissance de 6,77% et 19,72%. En 2020, tous les secteurs ont connu un ralentissement significatif, avec le secteur primaire enregistrant la moins forte baisse à -1,37%. En 2021, la croissance a été stimulée par l'industrie extractive (69,1%) et la branche textile (30,2%).

Le taux d'inflation³ a varié au cours de ces trois années, passant de 5,6% à 4,2% puis à 5,8%. La hausse des prix dans le domaine de la santé a été notable, atteignant 4,9% avant la pandémie, 7,9% pendant, et 8,5% après. Le taux de pauvreté est estimé à 71,5%⁴ de la population, vivant en dessous du seuil de pauvreté de 535 603 Ariary par personne et par an. Le taux de pression fiscale pour les années 2019, 2020 et 2021 était d'environ 11%⁵, bien en deçà de la moyenne africaine de 20%. Les recettes de l'État ont diminué de 13,2% en 2020 par rapport à 2019, entraînant un déficit budgétaire estimé à 4,5%, 9,7% et 8,7% du Produit Intérieur Brut (PIB) pour les trois années, financé principalement par des prêts aux investissements de l'extérieur.

I.4. ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

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. (voir Figure A en annexe)

Le MSANP à travers la Direction des Etudes de la Planification et du Système d'Information (DEPSI) en collaboration avec les DRSP et SDSP élabore et actualise chaque année le document relatif à la sectorisation du secteur santé.

Tableau 1: Effectif des structures sanitaires en 2019, 2020 et 2021

Structures sanitaires	2019	2020	2021
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 : sectorisations, Service des Statistiques Sanitaires et Démographiques/DEPSI

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CHRR : Centre Hospitalier de Référence Régionale

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 (DGMP), chargée de coordonner les interventions liées aux préventions dans le cadre des soins de santé primaire.
- La Direction Générale de la Fourniture des Soins (DGFS) chargée 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 (DGR) 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 existe mais souvent insuffisante 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. On les appelle les zones orphelines.

I.4.1. Performance par pilier du système de santé

a) 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'État, 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 2: Répartition par région de personnel de santé

Région	2019	2020	2021
Alaotra Mangoro	3,79%	3,87%	4,58%
Amoron'i Mania	2,55%	2,53%	2,39%
Analamanga	33,81%	32,97%	32,29%
Analanjirorofo	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 Atsinanana	1,70%	2,00%	1,99%
Atsinanana	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%

Région	2019	2020	2021
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%
Total	100,00%	100,00%	100,00%

Source : DRH/MSANP

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 A en annexe). On note une faible disparité en termes de répartition entre les catégories de personnel au Madagascar.

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% (voir Tableau C en annexe).

b) Infrastructures

En 2019, le MSANP a investi dans la construction de 18 CSB. L'année suivante, la majorité des investissements (13) étaient dirigés vers la construction d'Hôpitaux Manara-Penitra (HMP), ainsi que vers la construction de 8 logements HMP. En 2021, les investissements ont été augmentés à nouveau pour la construction de 104 CSB. Cette politique de développement des infrastructures sanitaires indique une forte orientation vers les CSB, ce qui explique pourquoi ces structures sanitaires ont un personnel plus nombreux (voir Tableau D en annexe).

Tableau 3: 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	
Centre de Santé de Base (CSB)	18	0	104
Logement HMP	0	8	1
Logement CSB*	0	17	0

Source : DEPSI/MSANP

c) Intrants

Madagascar a une liste de médicaments essentiels basée sur celle de l'OMS, ainsi qu'une liste spécifique de médicaments traceurs pour évaluer le système d'approvisionnement en médicaments essentiels. De 2014 à 2022, un logiciel appelé CHANNEL a été utilisé pour gérer les intrants de santé et les médicaments. Actuellement, en attendant la mise en place d'une nouvelle plate-forme de gestion des intrants de santé, le ministère de la santé utilise l'application e-SIGL Excel base web.

La population peut avoir accès aux intrants par trois systèmes :

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

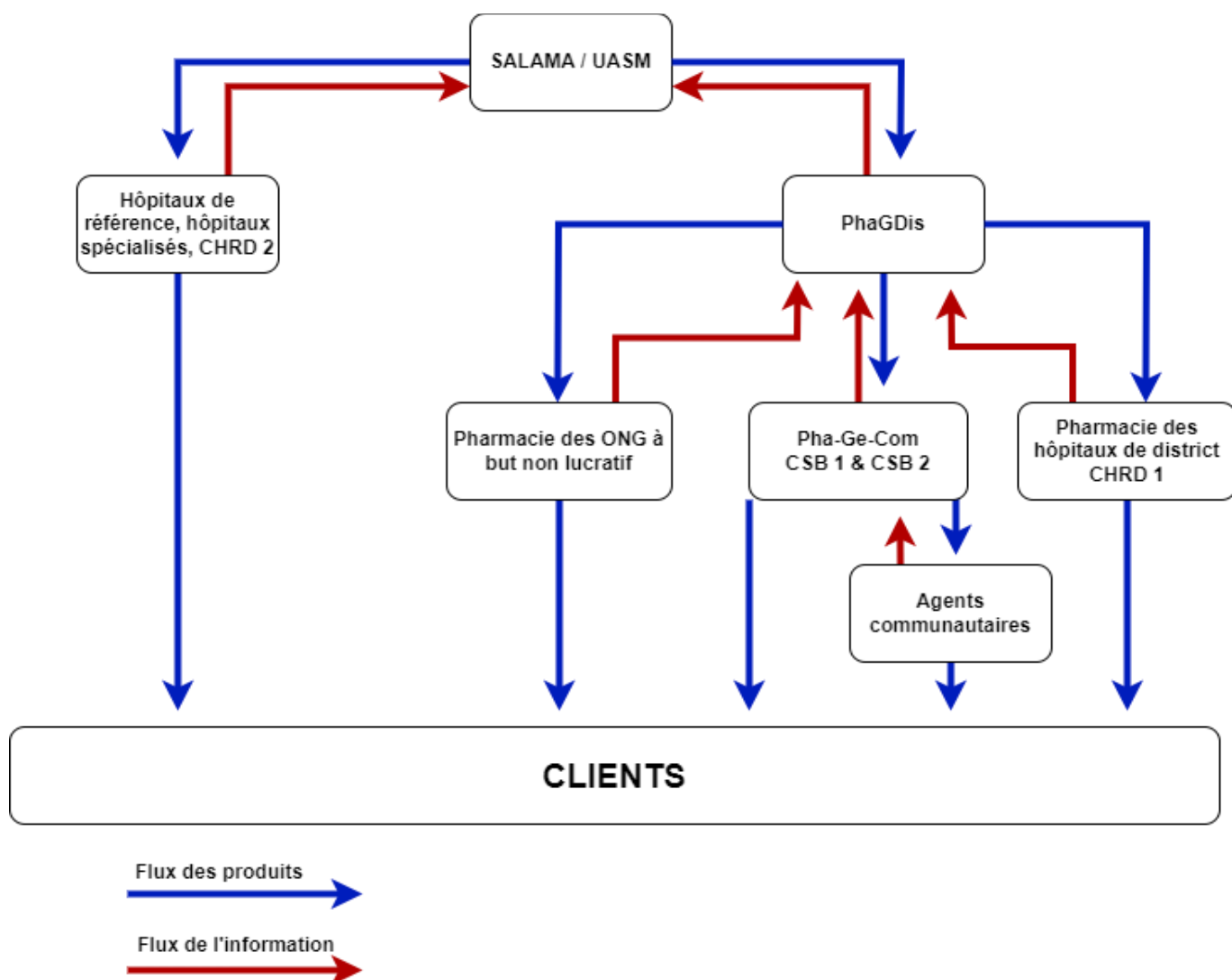
Pour le système payant, afin d'assurer le financement du système de santé, les coûts des intrants et des médicaments sont couverts par les recouvrements. En 2003, le système Fonds d'Approvisionnement Non stop en Médicaments Essentiels (FANOME) a été créé pour résoudre les problèmes d'accessibilité financière de la population et éviter les ruptures de produits gratuits fournis par les programmes de santé. Ce système de revolving, mis en place par la Participation Financière des Usagers (PFU), offre des prix abordables au niveau des formations sanitaires.

Quant au système de tiers payant qui est utilisé par certains programmes de santé, notamment, la planification familiale et la santé mère-enfant. Ce système consiste en un remboursement et de contrôle. Les prestataires délivrent gratuitement les services aux patients qui se présentent avec un bon de « VOUCHER », puis envoient une facture à l'agence de gestion « VOUCHER ». La facture est préparée sur la base d'une tarification négociée et décrite dans le contrat entre l'agence et le prestataire. L'agence de gestion procède à une vérification de la facture (montant, bénéficiaires, etc.) pour éviter les fraudes et procéder au remboursement.

Le système gratuit couvre deux types de services de santé : la prise en charge curative, incluant des programmes contre la tuberculose, le paludisme, les Infections Sexuellement Transmissibles/Virus de l'Immunodéficience Humaine (IST/VIH), ainsi que certaines maladies tropicales négligées, et la prise en charge préventive, impliquant la vaccination, la planification familiale, la lutte contre le paludisme, les maladies tropicales négligées, la nutrition, etc....

Cependant, le principal défi actuel pour le pays réside dans la distribution de ces produits jusqu'aux zones les plus reculées, en raison des problèmes d'enclavement et du manque de ressources disponibles, notamment, en termes de moyens de transport, de financement et de carburant. Ce problème de distribution entraîne souvent des ruptures de stock au niveau des établissements de santé.

Figure 1: 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

En 2019, la chaîne d'approvisionnement a engendré en moyenne des coûts de 71 milliards d'Ariary, dont 53% sont attribuables à la Centrale d'achat SALAMA, incluant les acquisitions représentant 60%. Le personnel constitue en moyenne 61% des coûts annuels liés aux ressources utilisées par la chaîne d'approvisionnement en intrants de santé à Madagascar au cours de la même année. Le transport et l'entreposage représentent respectivement 35% et 25% du montant total des coûts opérationnels de la chaîne d'approvisionnement (voir Figure C en annexe).

d) Gouvernance et Leadership

Le secteur santé est régi par la loi 2011-002 du 15 juillet 2011, le code de la santé. Le MSANP dispose d'une Politique Nationale de Santé (PNS), qui guide les interventions du secteur santé à Madagascar. Ce document a été mis à jour en 2016, suivi de la mise à jour en 2019 du PDSS pour la période 2020-2024, servant de référence pour la planification stratégique des programmes de santé et des structures sanitaires.

Pendant la pandémie de COVID-19, le MSANP a organisé des réunions régulières avec des partenaires pour évaluer la performance du secteur et répondre à l'urgence sanitaire. La réponse à la COVID-19 a été coordonnée par le Comité de Coordination des Opérations, sous la direction de la Primature.

e) Système d'information

Le Système d'Information Sanitaire (SIS) est l'un des piliers essentiels du système de santé fournissant des données de qualité pour orienter les interventions. La gestion du SIS est partagée entre la DEPSI et la Direction de la Veille Sanitaire et de la Surveillance Epidémiologique et Riposte (DVSSER) au sein du MSANP. Au niveau périphérique, le Système d'Information pour la Gestion (SIG) et la Surveillance Intégrée des Maladies et Ripostes (SIMR) sont responsables de la transmission des données vers le niveau central. Le District Health Information Software 2 (DHIS2) est utilisé comme entrepôt de données pour stocker toutes les données de santé, conformément au Plan Stratégique de Renforcement du Système d'Information Sanitaire (PSRSIS) 2018-2022.

Une mise à jour récente du PSRSIS et de la Stratégie Nationale de la Santé Digitale couvre la période 2023-2027. L'intégration des rapports mensuels dans le DHIS2 a été mise en place, y compris un Rapport Mensuel d'Activités (RMA) électronique saisi directement au niveau des formations sanitaires, en cours d'expansion (voir Figure D en annexe).

Depuis 2021, le DHIS2 est utilisé pour gérer les données des programmes et des ressources, y compris la surveillance de la COVID-19. L'approche de la Surveillance Epidémiologique Intégrée à base Electronique (SEIE) a été adoptée progressivement depuis juin 2016. Le Système de Gestion des Matériels et Equipements (SYGMA) a été mis en place pour gérer les matériels informatiques et électroniques.

f) 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 4: Tendance des indicateurs essentiels en santé au niveau des CSB à Madagascar par programme

Indicateurs	2019 (%)	2020 (%)	2021 (%)
Taux de complétude des Rapports RMA CSB	90,00	95,80	95,90
Taux de couverture en consultation externe	41,50	51,00	46,00
Taux de Couverture Vaccinale en DTC HepB3	90,00	91,90	83,00
Taux d'accouchement au centre de santé	31,00	33,90	33,00
Pourcentage de femmes enceintes qui ont bénéficié d'au moins 4 CPN pendant leur grossesse	29,40	35,25	36,30
Taux de Malnutrition Aiguë	1,40	1,90	4,70
Taux de disponibilité en Médicaments traceurs	91,80	97,60	97,60
Taux de Couverture Contraceptive	30,30	33,70	34,40

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.

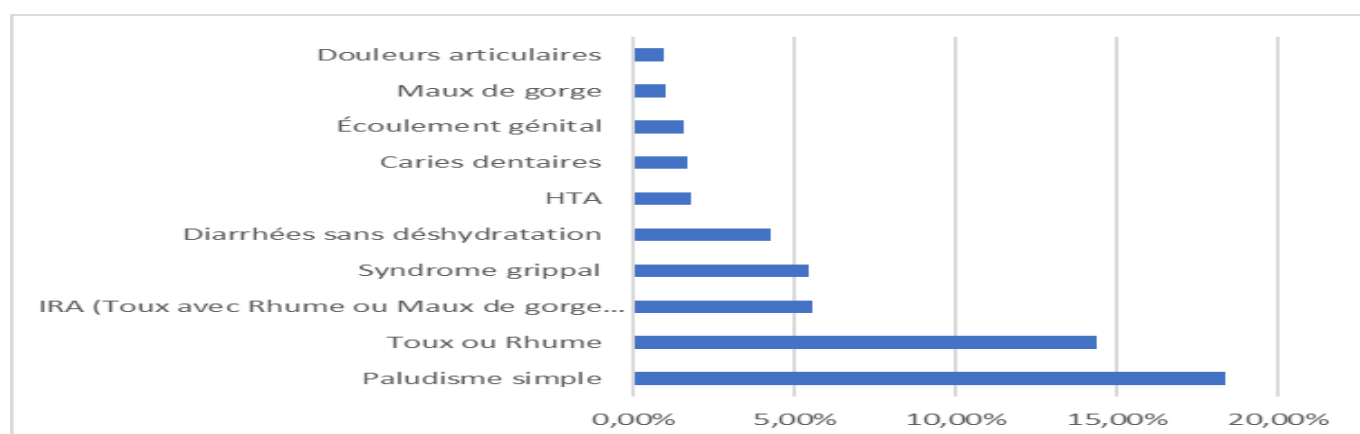
g) Santé communautaire

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

Le Guide pour la Surveillance Intégrée des Maladies et Ripostes à Madagascar définit les cas pour détecter et confirmer les maladies. Les principales pathologies rapportées dans les formations sanitaires sont le paludisme simple (18,38%), la toux ou le rhume (14,39%), les infections respiratoires aiguës (5,52%), le syndrome grippal (5,43%), les diarrhées sans déshydratation (4,27%), l'hypertension artérielle (1,77%), les caries dentaires (1,69%), les écoulements génitaux (1,53%), les maux de gorge (0,98%), et les douleurs articulaires (0,95%).

Graphique 1: Principales pathologies entraînant un recours aux soins en 2021



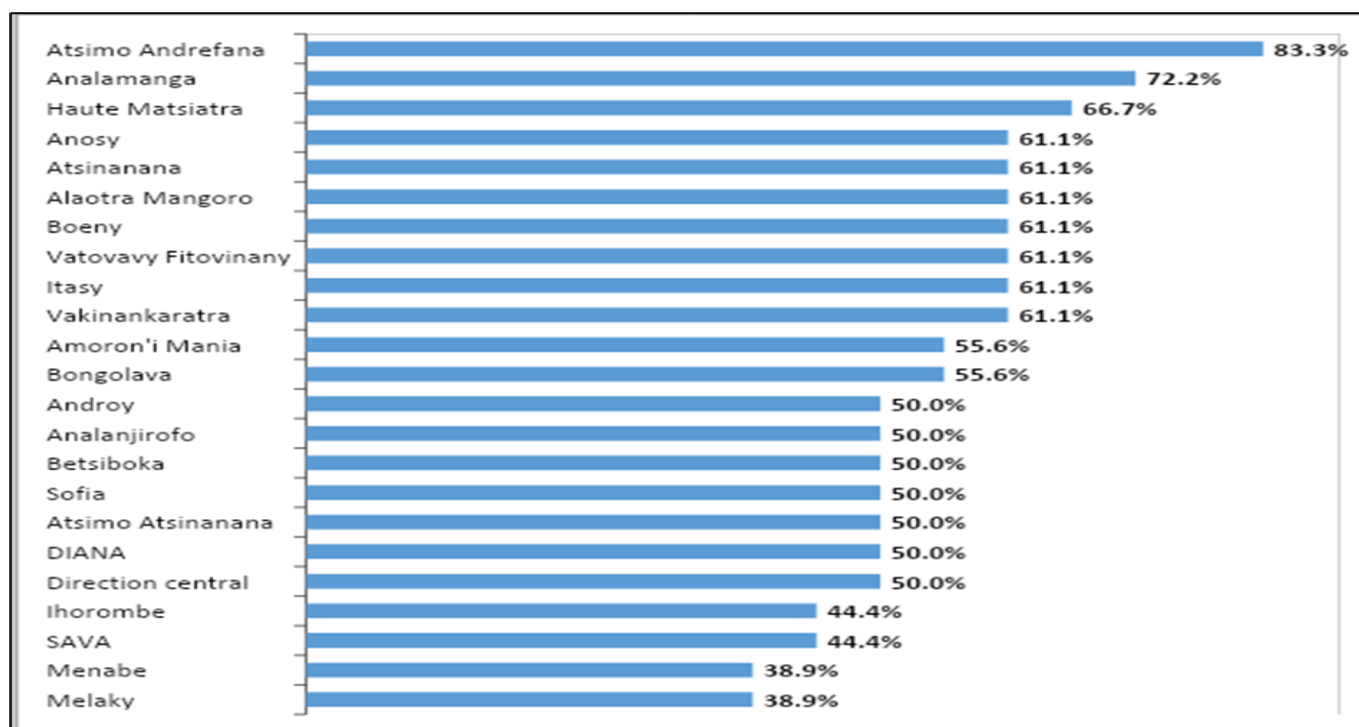
Source : DHIS2

I.4.3. Financement de la santé

Le financement du système de santé à Madagascar provient principalement de sources domestiques (12,96% de l'État), des ménages (40,81%), et de financement extérieur (42,08%). Seulement 8 à 10% de la population bénéficie d'une protection financière en santé, indiquant un partage de risque insuffisant pour couvrir les coûts de la santé. Les mutuelles de santé actuelles couvrent moins de 1% de la population, mais le gouvernement envisage de les étendre à l'échelle nationale. Le projet de Financement Basé sur les Performances (FBP) de 2019 à 2022 dans six districts a amélioré les indicateurs des formations sanitaires de base

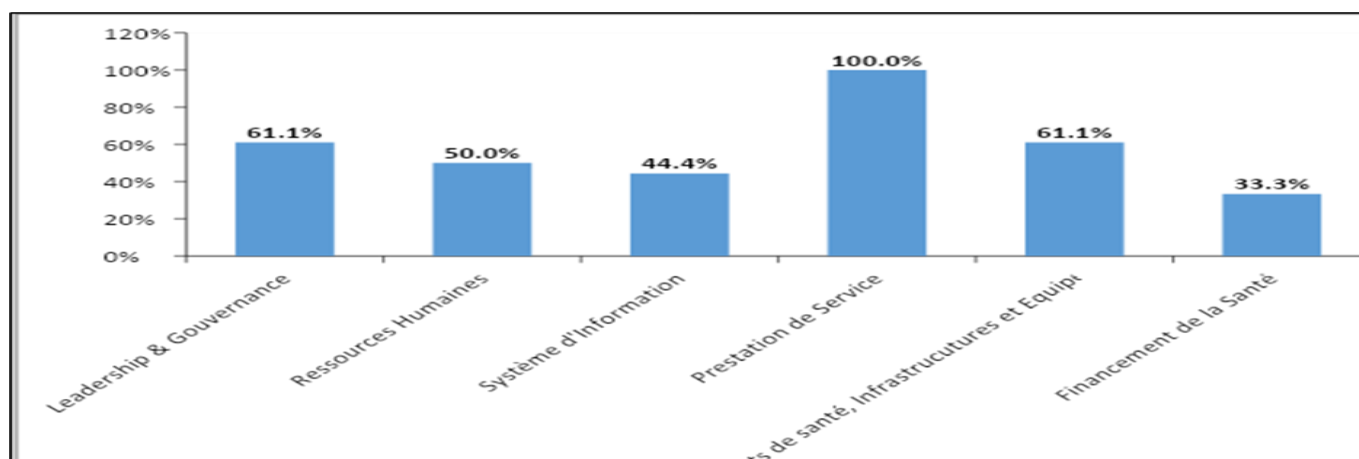
Les résultats de mapping des interventions des partenaires techniques et financiers en 2019 se présentent comme suit:

Graphique 2: Interventions des partenaires par région



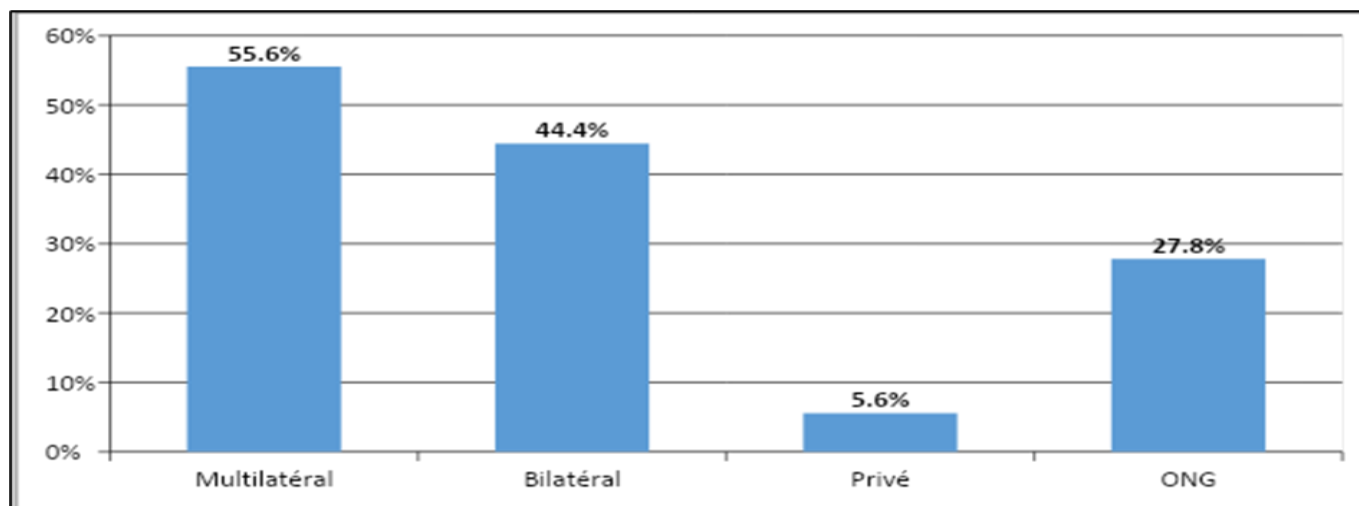
En 2019, la majorité des partenaires sont intervenus dans les régions d'Atsimo Andrefana et d'Analamanga respectivement 83,3% et 72,2%. Cependant, la couverture de leur intervention au niveau des districts et communes de rattachement n'est pas totale. Les régions de Menabe et Melaky sont les régions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

Graphique 3: Proportion des partenaires intervenant dans chaque pilier du système en 2019



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 4: Proportion de financement des partenaires selon leur origine en 2019

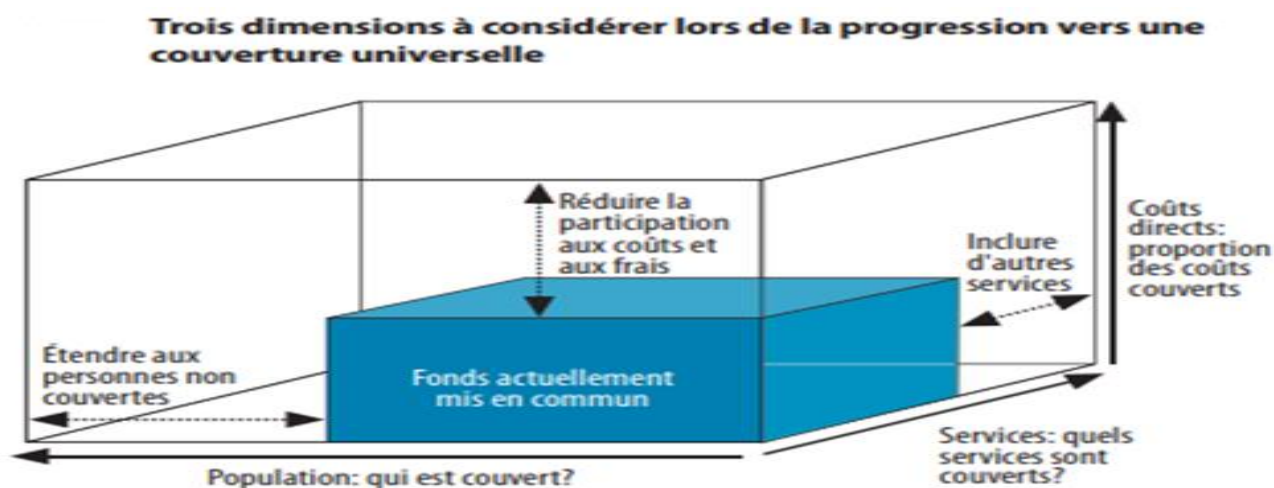


En 2019, la majorité des appuis des partenaires techniques et financiers proviennent des partenaires multilatéraux (55,6%) et bilatéraux (44,4%). La participation du secteur privé reste faible dans le financement de la santé avec 5,6% seulement.

a) La Couverture Sanitaire Universelle

La Couverture Santé Universelle (CSU) garantit l'accès à des services de santé de qualité, sans contraintes financières. Elle repose sur trois dimensions : la couverture de la population, la couverture des services, et la protection financière. La pleine réalisation de la CSU signifie que 100% de la population bénéficie de tous les services de santé nécessaires, avec une couverture à 100% des coûts directs par des mécanismes de pré-paiement, sans nécessairement signifier la gratuité.

Figure 2: Trois dimensions à considérer lorsque l'on progresse vers la couverture santé universelle



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

b) 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 CS 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 CNS 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)

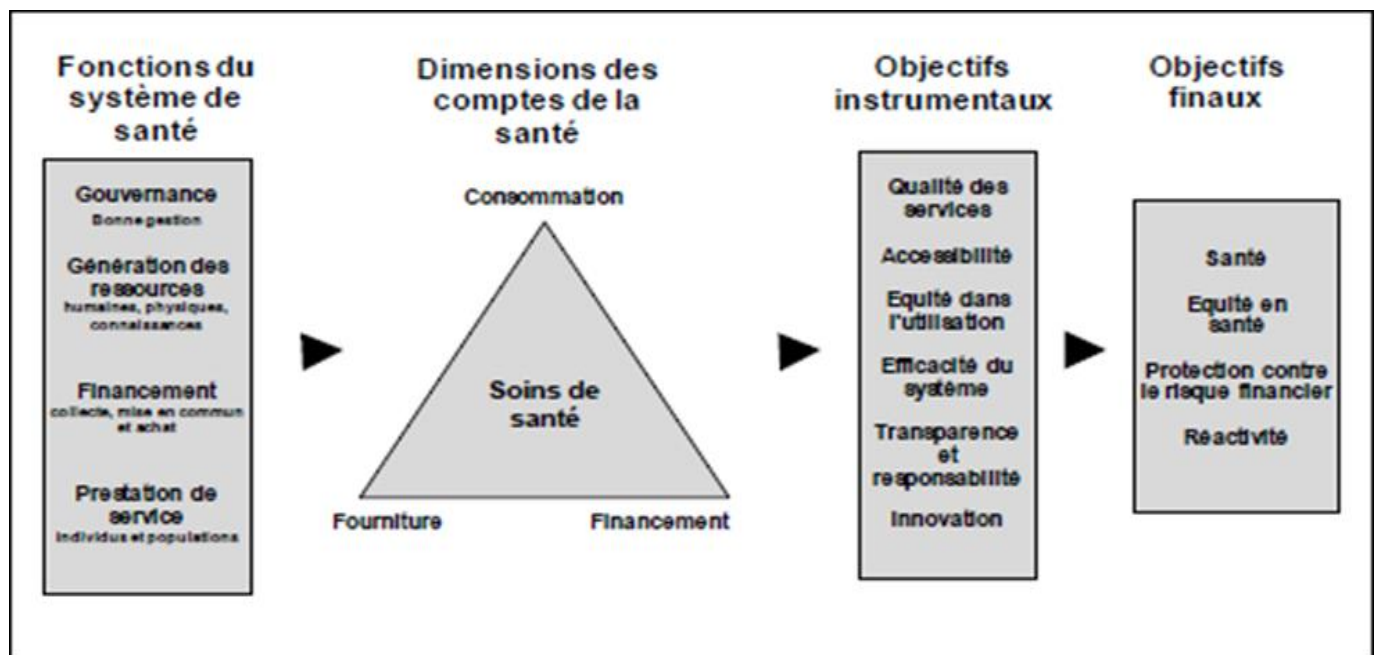
Le cadre du Système des Comptes de Santé (SCS) décrit les liens existants entre toutes les organisations, institutions, ressources et personnes dont le but primaire est d'améliorer la santé¹. Quatre composantes ou *fonctions* dans ce cadre sont indispensables pour atteindre les objectifs ultimes, qui 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.

¹ SCS 2011, OMS

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

Figure 3: Liens entre les cadres des systèmes de la santé et les comptes de la santé



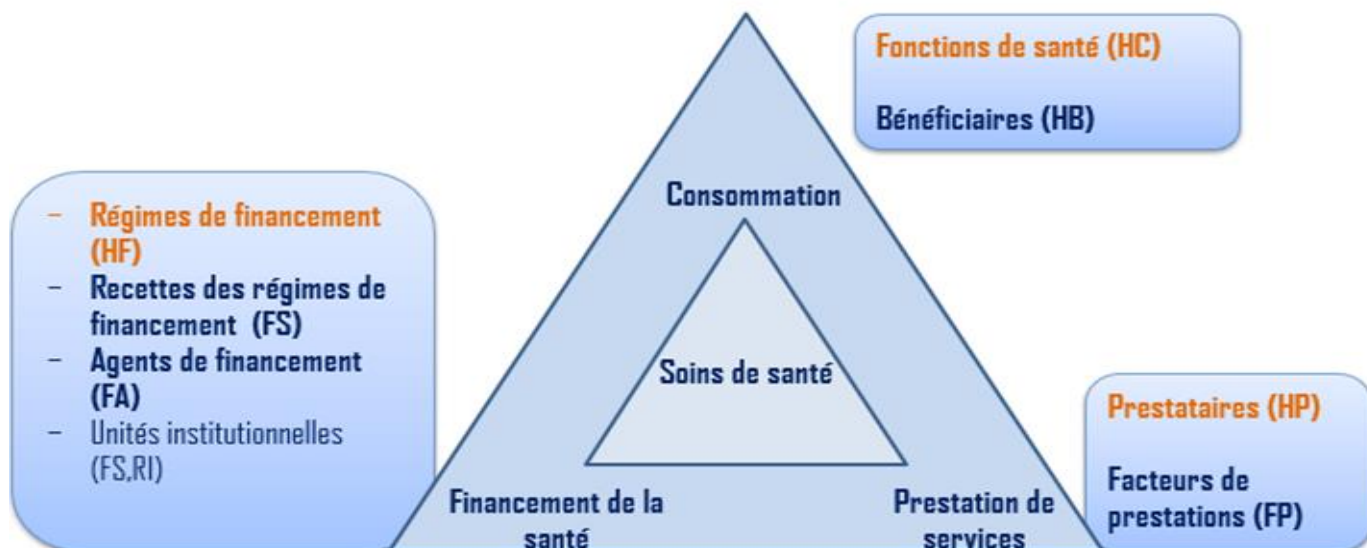
Source : Manuel du System Health Account (SHA) 2011

Le cœur du 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 4: 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

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'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 (ONG) œuvrant 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 Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (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 inclus 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.

a) 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 et centrales et les 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 5: Source de la base de sondage

Structures	Sources
Bailleurs	MSANP
ONGs et Associations locales	MSANP/MID
Programmes/Projets	MSANP
Assurances et mutuelles de santé	Groupement des assurances
Employeurs	Fichier des établissements/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	DPLMT-MSANP
Dispensaires privés et les cabinets médicaux	DSSB-MSANP
Pharmacies	DPLMT-MSANP
Dépôts de médicaments	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

b) 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 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 informations relatives à la proportion des dépenses² de santé dans le budget des ménages, ainsi que leurs dépenses de consommation finale pour les années d'étude, ont été acquises auprès de l'Institut National de la Statistique de Madagascar (INSTAT).

c) Saisie 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

² Les dépenses en santé représentent moins de 2% de la dépense totale des ménages selon l'ENSOMD 2012.

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.

d) 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.

e) 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 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. Résultats de collecte des données

La période de collecte s'est déroulée du 3 avril au 27 mai 2023, couvrant une période d'environ deux mois. En ce qui concerne le taux de réponse global de l'enquête dans le secteur privé, il s'élève à 45,2%. Plus précisément, les taux de réponse pour chaque catégorie de structures enquêtées sont : 57,1% pour les Assurances/Mutuelles de santé, 27,5% pour les Employeurs, 63,6% pour les Formations sanitaires de base, 45,2% pour les hôpitaux privés, 30,4% pour les Laboratoires/Imageries, 100% pour les Organisations sanitaires interentreprises, 56,5% pour les Pharmacies/Dépôts de médicaments, 45,8% pour les Bailleurs de fonds, 100% pour la CNaPS, 49,4% pour les ONGs/Associations locales, et enfin, 68,4% pour les Tradipraticiens/RTA.

Le tableau ci-dessous ne résume que les taux de réponse correspondants :

Tableau 6: Taux de réponse par type de structure

Type de structure	Questionnaires non retournés (%)	Questionnaires retournés (%)
Assurances/Mutuelle de santé	42,90	57,10
Employeurs	72,50	27,50
Formations sanitaires de base	36,40	63,60
Hôpitaux privés	54,80	45,20
Laboratoires/Imageries	69,60	30,40
Organisation sanitaire interentreprises	0,00	100,00
Pharmacies/Dépôts de médicaments	43,50	56,50
Bailleurs de fonds	54,20	45,80
CNaPS	0	100,00
ONGs/Associations locales	50,60	49,40
Tradipraticiens/RTA	31,60	68,40
Ensemble	54,80	45,20

Source : CNS 2019-2020-2021

II.4.4. 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. CONTRAINTES ET LIMITES DE L'ETUDE

Le processus d'élaboration des comptes a été confronté à plusieurs contraintes et limitations. Voici un résumé de ces défis, des limites de l'étude, ainsi que des recommandations appropriées pour faciliter l'institutionnalisation des comptes à Madagascar.

II.5.1. Contraintes techniques et opérationnelles

Les bases de sondage étaient imparfaites, ce qui a compliqué la localisation des structures visées. De plus, les agents enquêteurs ont fait face à des difficultés pour identifier certaines structures, notamment les employeurs, les associations locales et les prestataires de soins privés. L'absence d'une annonce officielle de l'étude et de sensibilisation a entraîné la réticence de certaines entreprises à fournir des données, malgré les lettres officielles émises par le Ministère. De manière significative, la simultanéité de la période d'étude avec la période de recouvrement fiscal a rendu la collecte d'informations particulièrement ardue, en particulier auprès des entreprises.

II.5.2. Contraintes humaines, matérielles et financières

La période de collecte était très courte, ce qui a exercé une pression significative sur le personnel en raison du grand nombre de structures privées à enquêter. De plus, le suivi régulier des agents sur le terrain a été entravé en raison de contraintes financières, et les ressources logistiques, notamment les crédits de communication pour le personnel opérationnel tel que les agents enquêteurs et les consultants nationaux, n'ont été disponibles qu'un mois après le début des travaux sur le terrain. Par conséquent, le suivi des questionnaires déposés n'a pas pu être effectué en temps opportun.

De plus, les outils de compilation des données ont été confrontés à d'importantes contraintes matérielles, ce qui a considérablement ralenti le processus d'analyse. En effet, la compilation des données dans les outils de production des comptes HAPT et d'analyse HAAT a nécessité un temps d'exécution considérable.

II.5.3. Limites de l'étude

L'étude s'est focalisée exclusivement sur les données financières des structures privées localisées dans la capitale, ce qui ne représentait pas fidèlement la situation à l'échelle nationale. Toutefois, il convient de noter que l'accent a été mis sur les principales entités, à savoir les PTF, les ONGs, et les Assurances, qui contribuent de manière significative aux dépenses de santé, et dont la plupart ont leur siège social dans la capitale.

De plus, les dépenses de santé des ménages liées à la COVID-19 n'ont pas été prises en compte en raison de l'absence de données nationales disponibles, et aucune enquête nationale spécifique n'a été menée pour recueillir ces informations lors de l'élaboration de ces comptes.

La complexité de la répartition des dépenses de santé entre prestataires, fonctions de soins, facteurs de prestation, et maladies a conduit à l'estimation de plusieurs clés de répartition en raison du manque de données précises. En outre, l'analyse des dépenses de santé a été réalisée en supposant une année fiscale standard, sans tenir compte des différentes périodes fiscales propres à chaque entité.

II.5.4. Recommandations techniques et opérationnelles

Madagascar peut renforcer l'institutionnalisation des comptes nationaux de la santé en tirant les enseignements des contraintes rencontrées et en mettant en place des recommandations techniques et opérationnelles suivantes :

- Il est impératif de procéder au lancement officiel de l'initiative d'élaboration des comptes nationaux de la santé tout en sensibilisant les autorités et les acteurs du secteur privé quant à l'importance des comptes, leurs objectifs et le processus associé.
- Une enquête exhaustive des structures opérant dans le secteur de la santé, englobant les bailleurs de fonds, les ONG/associations locales, les assureurs et les mutuelles de santé, ainsi que les entités hors assurances, doit être entreprise en amont de la collecte des données auprès du secteur privé pour actualiser les bases de données du Ministère.
- La collecte de données auprès du secteur privé doit être planifiée sur une période plus longue, d'au moins trois mois, tout en allouant des ressources adéquates en termes de personnel, de matériel et de financement.
- L'acquisition d'un matériel informatique plus performant, notamment un ordinateur, pour la compilation des comptes permettra de réduire les délais et d'augmenter l'efficacité de l'analyse des données.
- Pour la prochaine édition des comptes, il est essentiel de garantir une représentativité nationale des informations financières provenant du secteur privé en allouant les ressources nécessaires à cette fin.
- Intégration des dépenses de fonctionnement par projet/programme des PTF et des ONGs, ainsi que par activité des assureurs, des employeurs et des organisations inter-entreprises dans le questionnaire, afin d'obtenir une répartition plus précise des dépenses.

III. RÉSULTATS DES COMPTES DE LA SANTÉ

III.1 VOLUME DU FINANCEMENT DE LA SANTE

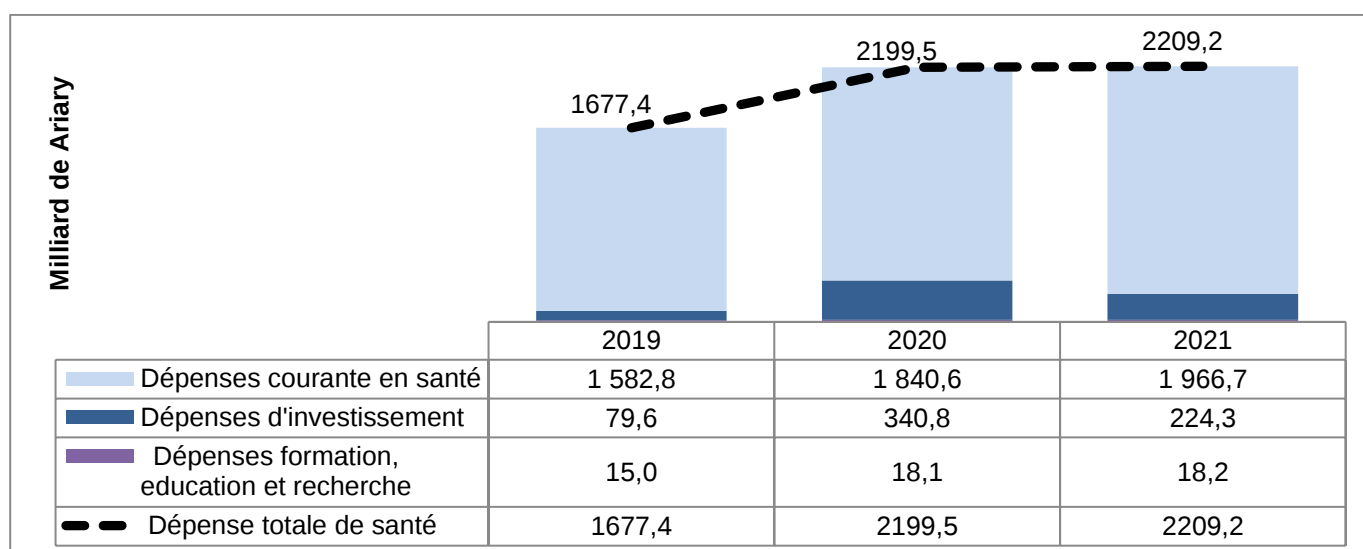
En 2019, les dépenses totales dans le domaine de la santé atteignent 1 677,4 milliards d'Ariary. Cette somme a connu une hausse significative pour atteindre 2 199,5 milliards d'Ariary en 2020, avant de connaître ensuite une légère hausse pour se situer à 2 209,2 milliards d'Ariary en 2021. Les dépenses courantes dominent largement les autres dépenses de santé, représentant 94,3%, 83,6% et 89,02% 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 4,74%, 15,49% et 10,15% 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 0,84% des dépenses totales de santé au cours des trois années couvertes par l'étude.

Tableau 7: Evolution des dépenses courantes et des investissements dans le secteur de la santé de 2019 à 2021 (en milliards d'Ariary)

Type de dépenses	2019	2020	2021
Dépenses courantes en santé	1 582,80	1 840,60	1 966,70
Dépenses d'investissement	79,60	340,80	224,30
Dépenses formation, éducation et recherche	15,00	18,10	18,20
Dépenses totales de santé	1 677,40	2 199,50	2 209,20

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

Graphique 5: Evolution 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

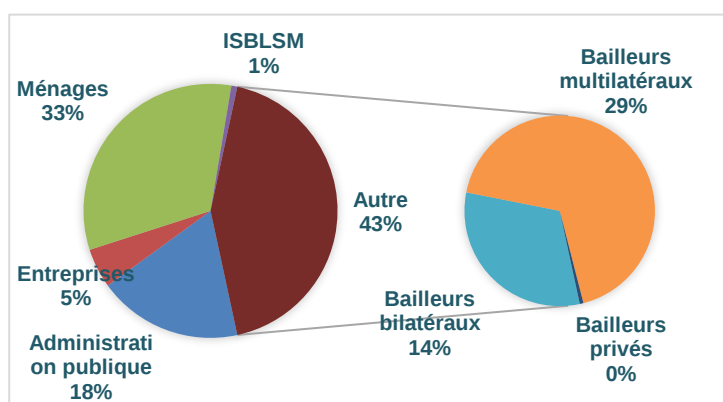
III.2. DIMENSIONS DE FINANCEMENT DE LA SANTE

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 33% 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 18% 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% en 2021. Pendant les trois années considérées, les bailleurs multilatéraux représentent en moyenne une contribution de 27% au financement de la santé à Madagascar.

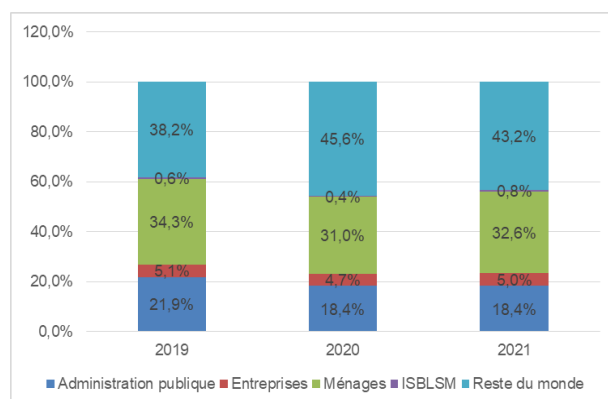
La participation du secteur privé demeure limitée, ce qui reflète la prédominance du secteur informel au sein du pays. Les dépenses de santé engagées par les entreprises présentent une trajectoire évolutive, passant de 5,1% en 2019 à 4,7% en 2020, avant de remonter à 5% en 2021. En ce qui concerne les Instituts à But non Lucratif au Service des Ménages (ISBLSM) ou 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 6: Dépenses courantes de santé par source de financement en 2021



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

Graphique 7: 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 8: 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	345,90	338,00	361,50
Entreprises	80,50	85,60	99,20
Ménages	542,60	570,80	641,10
ISBLSM	9,30	6,80	14,80
Reste du monde	604,50	839,30	850,10
- Bailleurs bilatéraux	266,20	259,90	267,80
✓ Australie	0,10	0,20	0,20
✓ France	0,90	1,40	1,50
✓ Allemagne	0,20	0,20	0,50
✓ Etats-Unis (USAID)	261,90	249,90	262,30
✓ Autres bailleurs bilatéraux et Bailleurs bilatéraux non spécifiés (n.c.a.)	3,00	8,20	3,30
- Bailleurs multilatéraux	335,40	578,40	577,10
✓ FMI	0,00	141,70	36,60
✓ Institutions de l'UE	0,60	0,70	1,50
✓ GAVI	21,70	19,40	35,80
✓ Fonds mondial	86,40	21,20	164,10
✓ Banque Mondiale (IDA + BIRD)	29,00	103,00	115,90
✓ ONUSIDA	0,30	0,10	0,30
✓ FNUAP	56,90	54,50	76,00
✓ UNICEF	37,30	58,20	42,50
✓ OMS	53,40	45,60	37,30
✓ Autres bailleurs multilatéraux et Bailleurs multilatéraux non spécifiés (n.c.a.)	49,80	133,90	67,20
- Bailleurs privés	3,00	1,10	5,20
✓ Fondation Mérieux	2,40	0,90	4,40
✓ Autres bailleurs privés et Bailleurs privés non spécifiés (n.c.a.)	0,60	0,20	0,80
Total	1 582,80	1 840,60	1 966,70

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 32,49% 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 47,86% 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 10,8% 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 9:Dépense courante de santé par recettes, par régimes de financement et par agents de financement (en milliards d’Ariary)

Agent de financement	Régime de financement	Recettes du régime de financement	2019		2020		2021	
			Montant	%	Montant	%	Montant	%
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)	345,90	22,60%	338,00	20,50%	420,10	21,36%
		Transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique	206,30	13,20%	352,20	24,30%	517,50	26,31%
		Cotisations d'assurance sociale	2,50	0,20%	3,10	0,20%	3,80	0,19%
		Prépaiement volontaire	10,00	0,60%	16,80	0,90%	25,00	1,27%
Sociétés d'assurance	Régimes d'assurance maladie facultative							
Sociétés (hors sociétés d'assurances)	Régimes de financement des entreprises	Autres revenus venant des entreprises n.c.a.	68,90	4,40%	67,10	3,50%	72,70	3,70%
ISBLSM	Régimes volontaires de paiement privé des soins de santé	Autres revenus venant des ISBLSM n.c.a.	9,30	0,60%	6,80	0,40%	15,90	0,80%
Ménages	Paiement direct des ménages	Transferts directs étrangers	353,90	22,70%	381,10	19,80%	196,60	10,00%
		Autres revenus venant des ménages n.c.a.	541,70	34,70%	569,40	29,70%	639,00	32,49%

Agent de financement	Régime de financement	Recettes du régime de financement	2019		2020		2021	
			Montant	%	Montant	%	Montant	%
Reste du monde	Régimes de financement du reste du monde (non- résidents)	Transferts directs étrangers	44,20	0,90%	106,10	0,70%	76,20	3,87%
Total			1 582,80	100,00%	1 840,60	100,00%	1 966,70	100,00%

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

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

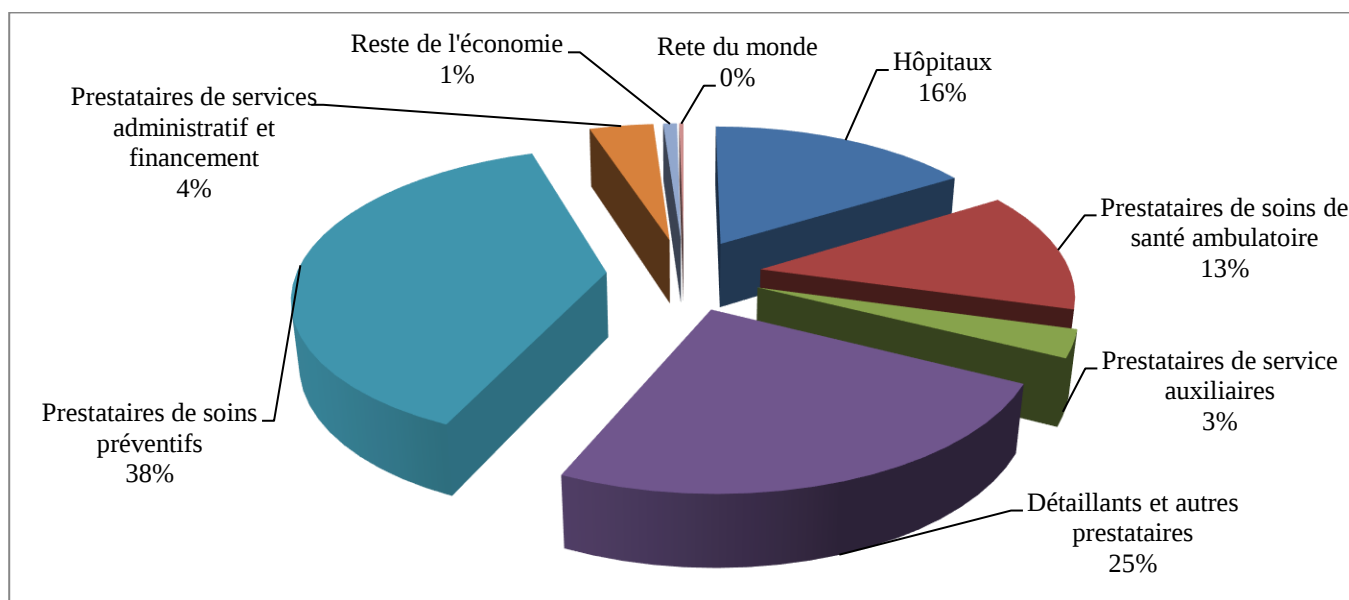
L'observation de la distribution des dépenses courantes de santé en fonction des prestataires de soins révèle une nette prédominance des prestataires de soins préventifs au cours des années 2019, 2020 et 2021, avec des pourcentages respectifs de 34,4 %, 45,0% et 38,3%. Cette tendance est suivie par les détaillants et autres fournisseurs de produits médicaux (représentant 24,3% en 2019, 23,8% en 2020 et 24,42% en 2021), tandis que les hôpitaux se positionnent en troisième place avec des proportions de 17,2% en 2019, 17,5% en 2020 et 16,02% 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 13,21% en 2021.

Tableau 10: Répartition des dépenses courantes de santé par prestataire de soins (en milliards d'Ariary)

Prestataires de soins	2019		2020		2021	
	Montant	%	Montant	%	Montant	%
Hôpitaux	272,90	17,20%	277,40	17,50%	315,00	16,02%
Prestataires de soins de santé ambulatoire	235,00	14,80%	274,10	17,30%	259,80	13,21%
Prestataires de services auxiliaires	53,70	3,40%	58,00	3,70%	58,80	3,00%
Détaillants et autres prestataires de biens médicaux	385,00	24,30%	376,20	23,80%	480,30	24,42%
Prestataires de soins préventifs	544,20	34,40%	711,70	45,00%	753,20	38,30%
Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé	86,50	5,50%	137,40	8,70%	77,60	3,95%
Reste de l'économie	2,50	0,20%	4,30	0,30%	16,70	0,85%
Reste du monde	2,80	0,20%	1,50	0,10%	5,10	0,26%
Total	1 582,80	100,00%	1 840,60	100,00%	1 966,70	100,00%

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

Graphique 8: 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 utilisés³, 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 11: Distribution des dépenses par facteur de prestation (en milliards d'Ariary)

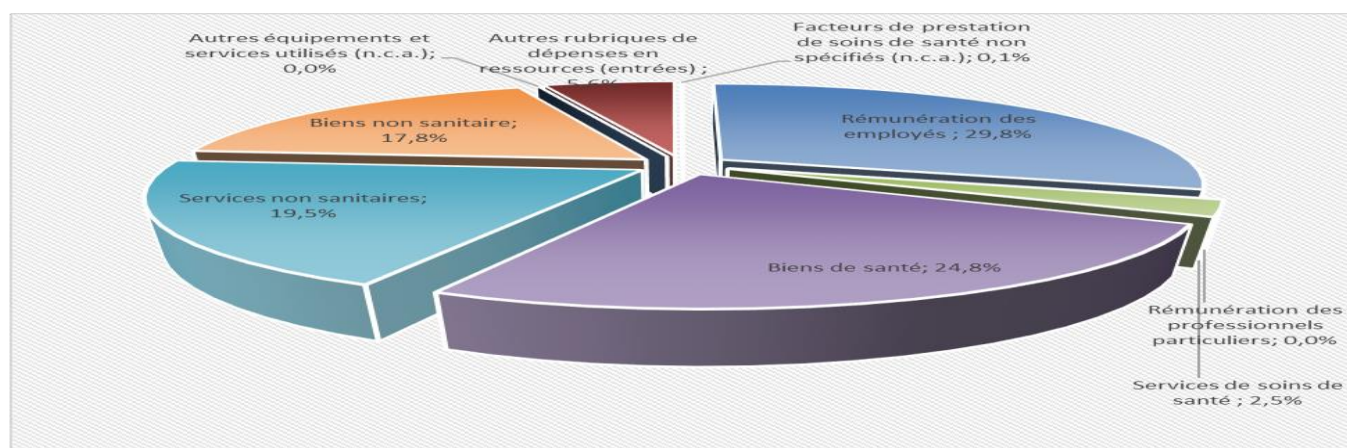
Facteurs de prestation	2019		2020		2021	
	Montant	%	Montant	%	Montant	%
Rémunération des employés	507,20	32,00%	522,40	28,40%	587,00	29,90%
Rémunération des professionnels particuliers	44,50	2,80%	0,30	0,00%	0	0,00%
Services de soins de santé	7,10	0,50%	5,50	0,30%	47,90	2,45%

³ 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).

Facteurs de prestation	2019		2020		2021	
	Montant	%	Montant	%	Montant	%
Biens de santé	452,90	28,60%	558,40	30,30%	488,40	24,85%
Services non sanitaires	249,30	15,80%	345,70	18,80%	382,00	19,47%
Biens non sanitaire	223,40	14,10%	212,60	11,60%	348,90	17,78%
Autres équipements et services utilisés (n.c.a.)	0	0,00%	100,40	5,50%	0,80	0,04%
Autres rubriques de dépenses en ressources (entrées)	98,10	6,20%	95,20	5,20%	105,30	5,42%
Facteurs de prestation de soins de santé non spécifiés (n.c.a.)	0,10	0,00%	0,00	0,00%	1,80	0,09%
Total	1 582,80	100,00%	1 840,60	100,00%	1 966,70	100,00%

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

Graphique 9: Distribution des dépenses par facteur de prestation en 2021



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

Tableau 12: Dépenses courantes de santé par prestataire et par facteurs de prestations (en milliards d’Ariary)

Prestataires de soins	Facteurs de prestation	2019		2020		2021	
		Montant	%	Montant	%	Montant	%
Hôpitaux	Rémunération des employés	149,90	54,90%	157,20	56,70%	154,4	49,02%
	Rémunération des professionnels particuliers	0,20	0,10%	0,30	0,10%	0	0,00%
	Equipements et services utilisés	122,80	45,00%	119,90	43,20%	154,8	49,14%
	Autres rubriques de dépenses en ressources (entrées)	0	0,00%	0	0,00%	5,2	1,65%
	Facteurs de prestation de soins de santé non spécifiés (n.c.a.)	0	0,00%	0	0,00%	0,6	0,19%
	Sous-total	272,90	100,00%	277,40	100,00%	315	100,00%
Prestataires de soins de santé ambulatoire	Rémunération des employés	136,30	58,00%	151,00	55,10%	145,3	57,93%
	Rémunération des professionnels particuliers	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
	Equipements et services utilisés	43,80	18,60%	55,10	20,10%	51	20,33%
	Autres rubriques de dépenses en ressources (entrées)	54,80	23,30%	68,00	24,80%	54,5	21,73%
	Facteurs de prestation de soins de santé non spécifiés (n.c.a.)	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
	Sous-total	235	100,00%	274,10	100,00%	250,8	100,00%
Prestataires de services auxiliaires	Rémunération des employés	32,20	60,00%	34,50	59,50%	36,7	62,50%
	Equipements et services utilisés	20,80	38,70%	22,70	39,20%	21,2	36,10%
	Autres rubriques de dépenses en ressources (entrées)	0,70	1,30%	0,80	1,30%	0,80	1,40%
	Sous-total	53,70	100,00%	58,00	100,00%	58,80	100,00%

Prestataires de soins	Facteurs de prestation	2019		2020		2021	
		Montant	%	Montant	%	Montant	%
Détaillants et autres prestataires de biens médicaux	Rémunération des employés	54,80	14,20%	56,60	15,00%	66,30	14,10%
	Equipements et services utilisés	315,70	82,00%	304,60	81,00%	386,50	82,18%
	Autres rubriques de dépenses en ressources (entrées)	14,50	3,80%	15,00	4,00%	17,60	3,72%
	Sous-total	385	100,00%	376,20	100,00%	470,30	100,00%
Prestataires de soins préventifs	Rémunération des employés	87,90	16,20%	73,00	10,30%	135,20	18,20%
	Rémunération des professionnels particuliers	44,20	8,10%	0	0,00%	0	0,00%
	Equipements et services utilisés	385,00	70,70%	630,30	88,60%	579,00	77,93%
	Autres rubriques de dépenses en ressources (entrées)	27,10	5,00%	8,40	1,20%	27,60	3,71%
	Facteurs de prestation de soins de santé non spécifiés (n.c.a.)	0	0,00%	0	0,00%	1,20	0,16%
	Sous-total	544,20	100,00%	711,70	100,00%	743,00	100,00%
Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé	Rémunération des employés	44,00	50,90%	48,20	35,10%	44,60	41,96%
	Rémunération des professionnels particuliers	0,10	0,10%	0,10	0,00%	0	0,00%
	Equipements et services utilisés	42,30	48,90%	88,00	64,00%	32,90	30,95%
	Autres rubriques de dépenses en ressources (entrées)	0	0,00%	1,10	0,80%	27,60	25,96%
	Facteurs de prestation de soins de santé non spécifiés (n.c.a.)	0,10	0,10%	0	0,00%	1,20	1,13%
	Sous-total	86,50	100,00%	137,40	100,00%	106,30	100,00%

Prestataires de soins	Facteurs de prestation	2019		2020		2021	
		Montant	%	Montant	%	Montant	%
Reste de l'économie	Rémunération des employés	0,80	32,20%	1,10	26,10%	0	0,00%
	Equipements et services utilisés	0,70	29,20%	1,30	31,00%	16,70	100,00%
	Autres rubriques de dépenses en ressources (entrées)	1,00	38,60%	1,80	42,90%	0	0,00%
	Sous-total	2,50	100,00%	4,30	100,00%	16,70	100,00%
Reste du monde	Rémunération des employés	1,10	40,60%	0,70	44,80%	2,90	50,88%
	Equipements et services utilisés	1,70	59,40%	0,90	55,20%	2,80	49,12%
	Sous-total	2,80	100,00%	1,50	100,00%	5,70	100,00%
Total		1 582,75		1 840,57		1 966,70	

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 49,02% en 2021). Pour les prestataires de soins ambulatoires cette part représente 58,0% en 2019, 55,1% en 2020 et 57,93% 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 13: 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	240,10	69,40%	246,90	73,10%	248,50	58,80%
	Rémunération des professionnels particuliers	0,30	0,10%	0,30	0,10%	0	0,00%
	Services de soins de santé	0,40	0,10%	0,30	0,10%	0,30	0,07%
	Biens de santé	47,40	13,70%	33,00	9,80%	67,80	16,34%
	Services non sanitaires	17,50	5,10%	26,40	7,80%	74,90	17,92%
	Biens non sanitaire	32,70	9,50%	25,70	7,60%	24,20	5,83%
	Autres équipements et services utilisés (n.c.a.)	0	0,00%	0,90	0,30%	0,80	0,19%
	Autres rubriques de dépenses en ressources (entrées)	7,40	2,20%	4,40	1,30%	3,40	0,85%
	Facteurs de prestation de soins de santé non spécifiés (n.c.a.)	0,10	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
	Sous-total	345,90	100,00%	338,00	100,00%	422,60	100,00%
Transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique	Rémunération des employés	16,10	7,80%	45,30	12,90%	95,50	18,50%
	Rémunération des professionnels particuliers	43,40	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	89,10	43,20%	40,20	11,40%	52,90	10,20%
	Services non sanitaires	36,40	17,60%	77,00	21,90%	138,80	26,80%
	Biens non sanitaire	20,90	10,10%	84,60	24,00%	207,20	40,00%

Recettes de régime de financement	Facteurs de prestation	2019		2020		2021	
		Montant	%	Montant	%	Montant	%
Cotisations d'assurance sociale	Autres équipements et services utilisés (n.c.a.)	0	0,00%	99,50	28,30%	0	0,00%
	Autres rubriques de dépenses en ressources (entrées)	0,50	0,20%	5,60	1,60%	23,20	4,50%
	Sous-total	206,30	100,00%	352,20	100,00%	517,50	100,00%
	Rémunération des employés	0,60	25,00%	0,70	24,00%	0,60	15,00%
	Biens de santé	1,00	41,00%	1,20	38,00%	2,50	64,00%
	Services non sanitaires	0,30	11,00%	0,30	9,00%	0,60	16,00%
	Biens non sanitaire	0,10	3,00%	0,10	3,00%	0	1,00%
	Autres rubriques de dépenses en ressources (entrées)	0,50	20,00%	0,80	26,00%	0,20	4,00%
	Sous-total	2,50	100,00%	3,10	100,00%	3,80	100,00%
	Rémunération des employés	1,10	10,90%	1,10	6,30%	2,40	9,50%
Prépaiement volontaire	Services de soins de santé	4,00	39,50%	5,30	31,20%	10,00	39,90%
	Biens de santé	3,80	37,90%	9,40	55,60%	9,40	37,70%
	Services non sanitaires	0,30	2,60%	0,30	1,50%	2,40	9,40%
	Biens non sanitaire	0,20	2,30%	0,20	1,30%	0,10	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)	0,70	6,90%	0,70	4,00%	0,80	3,10%
	Sous-total	10,00	100,00%	16,80	100,00%	25,00	100,00%

Recettes de régime de financement	Facteurs de prestation	2019		2020		2021	
		Montant	%	Montant	%	Montant	%
Autres revenus nationaux n.c.a.	Rémunération des employés	171,10	27,60%	179,70	27,90%	196,70	27,00%
	Services de soins de santé	2,80	0,40%	0	0,00%	12,20	1,70%
	Biens de santé	270,90	43,70%	282,00	43,80%	314,70	43,30%
	Services non sanitaires	89,30	14,40%	93,30	14,50%	102,80	14,10%
	Biens non sanitaire	19,30	3,10%	19,80	3,10%	21,90	3,00%
	Autres rubriques de dépenses en ressources (entrées)	66,50	10,70%	68,60	10,70%	78,60	10,80%
	Facteurs de prestation de soins de santé non spécifiés (n.c.a.)	0	0,00%	0	0,00%	0,50	0,10%
	Sous-total	619,90	100,00%	643,30	100,00%	727,40	100,00%
Transferts directs étrangers	Rémunération des employés	78,20	19,60%	48,60	10,00%	44,30	16,38%
	Rémunération des professionnels particuliers	0,80	0,20%	0	0,00%	0	0,00%
	Services de soins de santé	0	0,00%	0	0,00%	25,40	9,39%
	Biens de santé	40,80	10,30%	192,70	39,60%	41,10	15,19%
	Services non sanitaires	105,60	26,50%	148,50	30,50%	62,60	23,14%
	Biens non sanitaire	150,20	37,70%	82,20	16,90%	93,10	34,42%
	Autres rubriques de dépenses en ressources (entrées)	22,50	5,70%	15,10	3,10%	2,60	0,96%
	Facteurs de prestation de soins de santé non spécifiés (n.c.a.)	0	0,00%	0	0,00%	1,40	0,52%
	Sous-total	398,10	100,00%	487,20	100,00%	270,50	100,00%
Total		1 582,80		1 840,60		1 966,70	

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), 88,76% 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 67,1% 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.

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%.

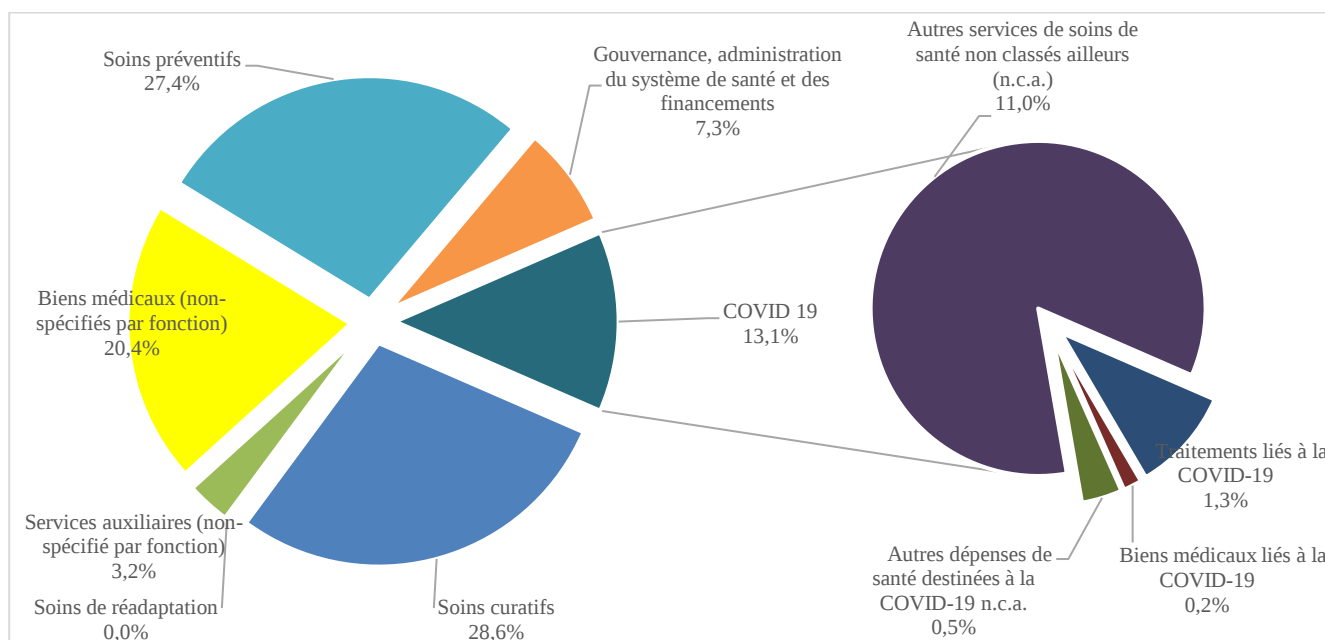
Tableau 14: Dépenses de santé par fonctions de soins de santé (en milliard d'Ariary)

Fonctions de soins	2019		2020		2021	
	Montant	%	Montant	%	Montant	%
Soins curatifs	505,30	31,92%	523,80	28,60%	565,20	28,7%
✓ Soins curatifs hospitaliers	191,90	12,10%	181,40	9,86%	212,50	10,88%
✓ Soins curatifs en hospitalisation de jour	0	0,00%	0,20	0,01%	0	0,00%
✓ Soins curatifs ambulatoires	313,40	19,80%	342,20	18,73%	352,70	18,05%
Soins de réadaptation	0,30	0,02%	0,30	0,00%	0	0,00%
Services auxiliaires (non-spécifié par fonction)	53,70	3,40%	58,00	3,2%	58,80	3,00%
Biens médicaux (non-spécifiés par fonction)	385,00	24,30%	326,20	17,7%	380,30	19,3%
Soins préventifs	551,90	34,90%	504,70	27,4%	561,00	28,5%
✓ Programmes d'information, d'éducation et de conseil (IEC)	373,40	23,60%	61,30	3,33%	374,60	19,17%
✓ Programmes de vaccination	27,50	1,70%	1,10	0,06%	27,20	1,39%
✓ Programmes de détection précoce de maladie	1,00	0,10%	0	0,00%	0	0,00%
✓ Programme de suivi de l'état de santé	30,50	1,90%	6,10	0,33%	60,80	3,11%
✓ Surveillance épidémiologique et programmes de lutte contre le risque et la maladie	90,00	5,70%	436,20	23,70%	98,10	5,02%
✓ Programmes de préparation contre les catastrophes et réponse d'urgence	29,50	1,90%	0	0,00%	0	0,00%
✓ Soins préventifs non spécifiés (n.c.a.)	0	0,00%	0	0,00%	0,30	0,02%

Fonctions de soins	2019		2020		2021	
	Montant	%	Montant	%	Montant	%
Gouvernance, administration du système de santé et des financements	86,40	5,46%	84,80	4,6%	74,60	3,8%
Postes comptables supplémentaires de suivi des dépenses courantes de santé destinées à la COVID-19	0	0,00%	240,30	13,1%	211,20	10,7%
✓ Traitements liés à la COVID-19	0	0,00%	24,10	1,31%	16,10	0,82%
✓ Vaccination contre le SARS-CoV-2 / COVID-19	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
✓ Biens médicaux liés à la COVID-19	0	0,00%	4,30	0,23%	62,60	3,20%
✓ Autres dépenses de santé destinées à la COVID-19 n.c.a.	0	0,00%	9,40	0,51%	5,10	0,26%
Autres services de soins de santé non classés ailleurs (n.c.a.)	0	0,00%	102,5	5,6%	116,80	5,9%
Total	1 582,80	100,00%	1 840,60	100,00%	1 966,70	100,00%

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

Graphique 10: 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.

a) 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 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 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 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 1 434,7 milliards d'Ariary, équivalent à 90,6% des dépenses courantes de santé. En 2020, elles ont progressé pour atteindre 1 474,2 milliards d'Ariary, représentant ainsi 80,1% des DCS. En 2021, ces dépenses s'établissent à 1 560,72 milliards d'Ariary, correspondant à 79,4% (Tableau 15). 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 15: Répartition des dépenses de soins de santé primaire (SSP) (en milliards d’Ariary)

	2019	2020	2021
Dépenses courantes de santé	1582,80	1840,60	1966,70
Dépenses SSP	1434,70	1474,72	1560,72
Part des SSP	90,60%	80,10%	79,40%

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

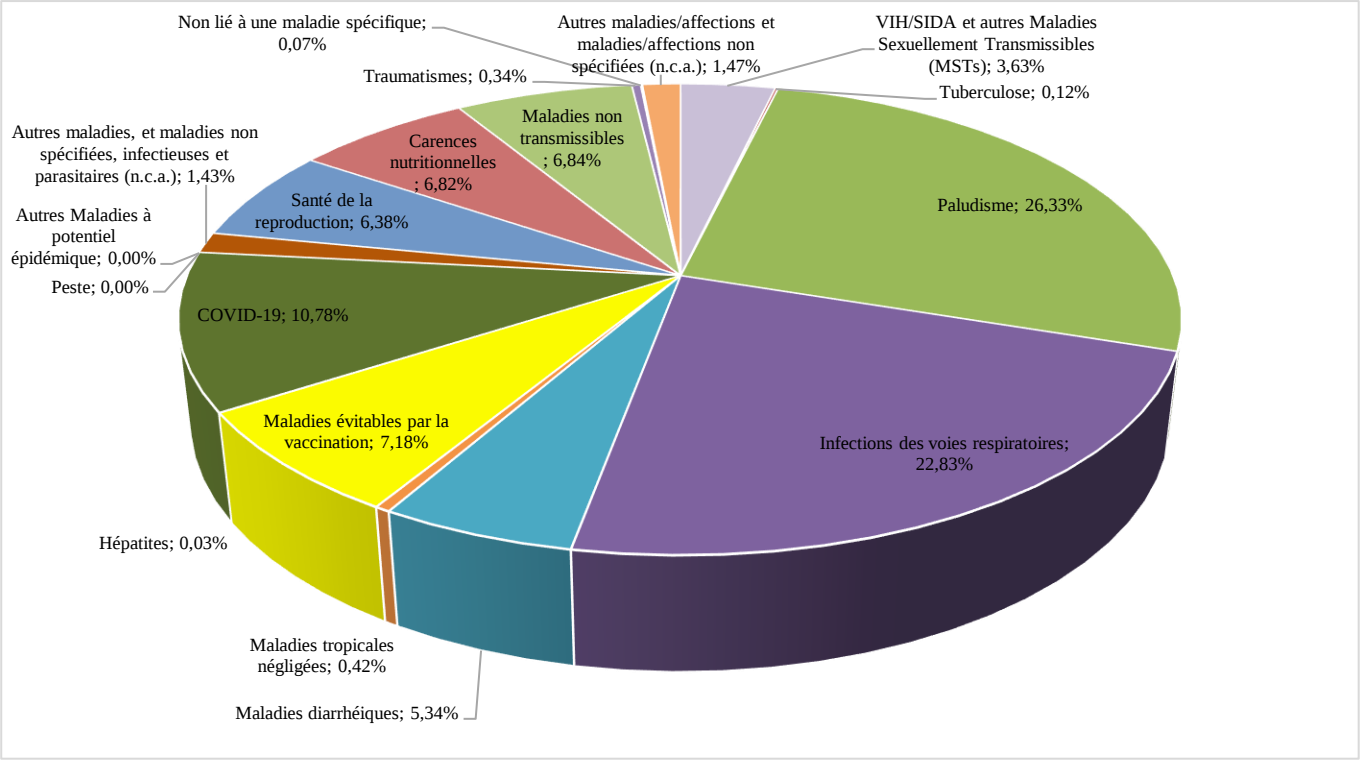
III.2.5 Maladies et affections

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



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

Tableau 16: 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)	35,70	2,26%	50,60	2,75%	71,00	3,63%
Tuberculose	3,20	0,20%	2,70	0,15%	2,30	0,12%
Paludisme	388,00	24,52%	433,00	23,53%	520,20	26,33%
Infections des voies respiratoires	418,40	26,43%	430,10	23,37%	449,70	22,83%
Maladies diarrhéiques	97,40	6,15%	100,20	5,44%	105,20	5,34%
Maladies tropicales négligées	13,00	0,82%	7,90	0,43%	8,30	0,42%
Maladies évitables par la vaccination	127,50	8,05%	125,10	6,80%	141,70	7,18%
Hépatites	0,40	0,03%	0,50	0,03%	0,50	0,03%
COVID-19	0	0,00%	240,30	13,06%	210,60	10,78%
Peste	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Autres Maladies à potentiel épidémique	30,00	1,89%	0	0,00%	0	0,00%
Autres maladies, et maladies non spécifiées, infectieuses et parasitaires (n.c.a.)	24,60	1,56%	26,50	1,44%	28,10	1,43%
Santé de la reproduction	96,70	6,11%	199,20	10,82%	124,80	6,38%
Carences nutritionnelles	105,40	6,66%	78,40	4,26%	133,50	6,82%
Maladies non transmissibles	104,00	6,57%	112,30	6,10%	134,50	6,84%
Traumatismes	5,80	0,37%	6,30	0,34%	6,70	0,34%
Non lié à une maladie spécifique	107,20	6,77%	0	0,00%	1,30	0,07%
Autres maladies/affections et maladies/affections non spécifiées (n.c.a.)	25,30	1,60%	27,40	1,49%	28,30	1,47%
Total	1 582,80	100,00%	1 840,60	100,00%	1 966,70	100,00%

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

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

a) Dépense de santé par région

Tableau 17: Distribution des dépenses selon région (en milliards d’Ariary)

Régions	2019		2020		2021	
	Montant	%	Montant	%	Montant	%
Analamanga	275,40	17,50%	349,40	23,60%	324,05	16,48%
Atsinanana	98,40	6,20%	112,40	6,40%	119,30	6,07%
Analanjirifo	134,50	8,60%	141,80	7,00%	150,90	7,67%
Alaotra Mangoro	56,90	3,60%	66,30	3,20%	71,70	3,65%
Boeny	45,40	2,90%	54,60	3,00%	60,60	3,08%
Sofia	84,20	5,30%	97,00	4,90%	104,70	5,32%
Betsiboka	23,80	1,50%	30,30	1,40%	37,10	1,89%
Melaky	18,30	1,10%	24,90	1,10%	31,10	1,58%
Atsimo Andrefana	108,10	6,90%	118,40	6,50%	128,30	6,52%
Androy	27,90	1,80%	33,30	1,50%	45,04	2,29%
Anosy	41,00	2,50%	52,50	2,60%	63,09	3,21%
Vakinankaratra	89,60	5,60%	90,30	4,40%	96,17	4,89%
Menabe	40,60	2,50%	50,10	2,50%	56,60	2,88%
Diana	86,50	5,50%	97,80	5,20%	106,40	5,41%
Sava	61,90	3,90%	69,70	3,30%	78,50	3,99%
Itasy	27,30	1,70%	28,50	1,20%	33,90	1,72%
Bongolava	23,80	1,50%	28,60	1,30%	35,80	1,82%

Régions	2019		2020		2021	
	Montant	%	Montant	%	Montant	%
Haute Matsiatra	92,50	5,90%	100,20	5,90%	102,50	5,21%
Amoron'i Mania	34,90	2,20%	38,40	1,80%	43,70	2,22%
Vatovavy Fitovinany	82,30	5,20%	93,30	4,70%	100,92	5,10%
Ihorombe	31,20	1,90%	43,20	2,20%	48,28	2,45%
Atsimo Atsinanana	98,00	6,10%	119,80	6,30%	128,05	6,51%
Total	1 582,80	100,00%	1 840,60	100,00%	1 966,70	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'Analanjiroro 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.

b) Dépense de santé par âge et par sexe

Tableau 18: Distribution des dépenses selon l'âge et le sexe (en milliards d'Ariary)

	2019		2020		2021	
	Montant	%	Montant	%	Montant	%
Âge						
< 5 ans	535,50	33,80%	551,20	29,90%	631,62	32,12%
≥ 5 ans	1047,30	66,20%	1289,40	70,10%	1335,08	67,88%
Total	1582,80	100,00%	1840,60	100,00%	1953,60	100,00%
Genre						
Femme	887,80	56,10%	1083,00	58,80%	1113,70	57,00%
Homme	695,00	43,90%	757,60	41,20%	853,00	43,00%
Total	1582,80	100,00%	1840,60	100,00%	1966,70	100,00%

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 68,22% 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 Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence (SONU)] et des sites communautaires [via le Projet Prise en charge Intégrée des Maladies de l'Enfant au niveau Communautaire (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

III.3.1. Dépenses par poste

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 30,4% 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 19: Investissement en santé par poste de dépense (en milliards d'Ariary)

Description	2019		2020		2021	
	Montant	%	Montant	%	Montant	%
Infrastructure	44,90	47,40%	321,00	89,40%	82,70	34,10%
Machines et équipements	6,00	6,30%	19,80	5,50%	140,70	58,00%
Équipements médicaux	3,40	3,60%	16,20	4,50%	128,30	52,90%
Matériel de transport	0	0,00%	1,80	0,50%	1,60	0,70%
Équipements TIC	2,50	2,60%	1,80	0,50%	3,80	1,60%
Machines et équipements nca	0,10	0,10%	0	0,00%	7,00	2,90%
Acquisitions moins cessions de biens	0	0,00%	0	0,00%	0,60	0,20%
Formation brute de capital non spécifiée (n.c.a.)	28,80	30,40%	0	0,00%	0,40	0,20%
Recherche et développement en santé	1,70	1,80%	3,50	1,00%	4,50	1,90%
Éducation et formation du personnel de santé	13,30	14,00%	14,60	4,10%	13,70	5,60%

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

III.3.2. Dépenses par région et per capita

D'une façon générale, une augmentation des dépenses d'investissement en sante per capita est constaté au niveau des régions durant ma période de 2019 à 2021. Pour la Région Analamanga, en particulier, cette augmentation était très significative en 2020 et 2021 par rapport à l'année 2019. Cependant, les dépenses d'investissement per capita dans les régions d'Analanjirifo et de Betsiboka est très faible avec une montant inférieur à 1 000 ariary.

Tableau 20: Répartition de dépenses d'investissement en santé par région et per capita (Ariary)

Région	2019	2020	2021
Alaotra Mangoro	1 660	3 558	3 348
Amoron'i Mania	2 570	3 915	2 407
Analamanga	10 395	168 302	104 707
Analanjirifo	535	677	334
Androy	7 448	11 397	4 882

Région	2019	2020	2021
Anosy	2 419	4 695	2 973
Atsimo Andrefana	2 693	4 335	4 603
Atsimo Atsinanana	2 738	7 322	4 432
Atsinanana	5 285	9 360	11 409
Betsiboka	485	791	638
Boeny	2 592	4 254	3 468
Bongolava	2 675	4 455	3 268
Diana	1 312	2 325	2 071
Haute Matsiatra	7 621	15 333	11 062
Ihorombe	1 205	3 177	1 219
Itasy	1 732	2 340	1 622
Melaky	2 603	5 409	1 283
Menabe	3 540	6 189	2 637
Sava	5 122	6 005	4 209
Sofia	7 074	13 498	4 397
Vakinankaratra	6 681	7 570	5 901
Vatovavy Fitovinany	2 382	4 068	3 828

IV. PRINCIPAUX INDICATEURS EN SANTÉ

IV.1 EVOLUTION DES INDICATEURS DU PAYS

L'analyse des DCS par habitant en termes nominal montre une hausse de l'indicateur, passant de 15,9\$ US en 2019 à 17,2\$ US en 2020 et 17,6\$ US en 2021. Tenant compte de la croissance de la population, du taux d'inflation, et de l'apparition du COVID-19, on peut aisément expliquer cette hausse de 8,17% en 2020 par rapport à 2019.

Toutefois, de 2019 à 2021, la dépense de santé par habitant est restée en deçà des 86\$ US par an et par habitant recommandée par l'OMS pour tendre vers un système de couverture santé universelle. La participation de l'Etat aux dépenses relatives au secteur santé par rapport aux dépenses totales de l'Etat a augmentée de 4,4% en 2019 à 4,67% en 2020 et à 5,39% en 2021. Cependant, cet accroissement est insuffisant pour atteindre l'objectif fixé par le PDSS 2020-2024, soit de 15% en 2024, conformément à la déclaration d'Abuja. Il est à noter que la pandémie du COVID19 n'a pas eu beaucoup d'impact sur les budgets de l'Etat alloués au secteur santé, car il y a eu beaucoup d'aides et de financements extérieurs axés sur la COVID19.

En analysant la proportion des DCS par rapport au PIB, on constate que pour Madagascar cet indicateur est relativement faible, de l'ordre de 3%. Ainsi, l'espace budgétaire du secteur santé qui en résulte est restreint, ne permettant pas le renforcement du système de financement de la santé.

Tableau 21: Principaux indicateurs en santé

Indicateurs	2019	2020	2021
Population Malagasy	27 533 134	28 225 177	28 915 653
PIB (Milliards d'Ariary Courant)	51 035	49 436	55 744
Budget de l'Etat (réalisations)	8 004,90	8 416,50	7 798,05
Budget de l'Etat santé (réalisations)	352,422	393,016	420,160
Cours des changes \$ US/Ariary	3618,3175	3784,903898	3829,977849
Dépenses courantes en Santé (Milliards d'Ariary)	1582,80	1840,60	1966,70
Dépenses d'investissement (Milliards d'Ariary)	94,60	358,90	242,50
Dépenses totales en Santé (DTS, Milliards Ariary courant)	1677,40	2199,50	2209,20
Dépenses Courantes de Santé par habitant (Ariary courant)	57 487,10	65 211,30	68 015,10

Indicateurs	2019	2020	2021
Dépenses Courantes de Santé par habitant (USD)	15,90	17,20	17,80
Dépenses Courantes de Santé comme % du PIB	3,10%	3,70%	3,50%
Pourcentage du budget de l'Etat exécuté à la santé	4,40%	4,70%	5,40%
Dépenses de santé des ménages en % des dépenses courantes de santé	34,30%	31,00%	32,60%
Dépenses de soins préventifs en % des dépenses courantes de santé	34,90%	39,20%	38,40%
Dépenses de soins curatifs en % des dépenses courantes de santé	31,90%	29,90%	30,20%
Dépenses de médicaments en % des dépenses courantes de santé	27,40%	26,30%	22,60%
Dépenses de santé du reste du monde en % des dépenses courantes de santé	38,20%	45,60%	43,20%
Dépense des salaires payés par l'Etat en % les dépenses de santé de l'Etat	68,10%	62,80%	59,10%
Dépenses assurance maladie en % dépense totale de santé	0,60%	0,90%	1,30%
Soins de santé primaire en % des dépenses courantes de santé	90,60%	80,10%	79,40%

IV. 2. COMPARAISON DES INDICATEURS NATIONAUX AVEC QUELQUES PAYS

En comparaison avec d'autres nations africaines, Madagascar se classe parmi les pays en retard, en ce qui concerne le renforcement du système de financement du secteur santé.

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 \$ US	Part des dépenses du reste du monde
Burundi	6,50%	16,40	31,00%
République Centre Afrique	9,40%	42,00	34,30%
République Démocratique de Congo	4,10%	21,30	37,50%

Pays	Dépenses courantes de santé (DCS) en % (PIB)	Dépenses courantes de santé (DCS) par tête en \$ US	Part des dépenses du reste du monde
Eritrea	4,10%	24,00	34,10%
Gambia	2,60%	18,60	10,80%
Guinea-Bissau	8,40%	61,40	24,00%
Liberia	9,50%	56,70	32,00%
Madagascar	3,70%	17,20	45,60%
Mali	4,30%	35,50	35,60%
Mozambique	7,60%	34,30	52,10%
Niger	6,20%	35,00	15,70%
Rwanda	7,30%	57,50	36,00%
Sierra Leone	8,80%	43,20	27,90%
Togo	6,00%	53,50	10,10%

Source : GHED

Le tableau ci-dessus nous permet de constater que plus de 45% des DCS de Madagascar, à l'instar du Mozambique, dépend des aides extérieures, à travers les partenaires techniques et financiers. Il montre également que les DCS de 17,2\$ US par habitant est particulièrement faible par rapport à la moyenne des autres pays d'Afrique. De même, Madagascar avec ses 3,7% se classe parmi les derniers en matière de proportion de DCS par rapport au PIB, comparativement au Libéria (9,50%) et la République centrale d'Afrique (9,40%).

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/richesse. 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 SANTÉ DE LA MÈRE 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.

a) Santé Reproductive, Maternelle et Néonatale

Les indicateurs de santé maternelle, néonatale et infantile de 2021 reflètent une situation inquiétante, avec une augmentation de la mortalité maternelle et néonatale, des défis en matière de planification familiale et une hausse alarmante de la mortalité infanto-juvénile. Découvrons en détail ces tendances et les mesures en place pour y faire face.

- Les taux de mortalité maternelle (408/100 000) et néonatale (21/1 000) en 2019 ont augmenté à 26/1,000 en 2021, avec un tiers des décès maternels chez les adolescentes de 10 à 24 ans.
- En 2021, 60% des femmes enceintes ont bénéficié d'au moins quatre consultations prénatales, contre 51% en 2019. Les taux d'accouchement assisté par personnel qualifié étaient de 46% en 2019 et de 39% en 2021.
- Les SONU ont montré une faible fonctionnalité, passant de 29/178 au troisième trimestre 2019 à 32/169 au troisième trimestre 2021.

- La surveillance des décès maternels a progressé, passant de 10% en 2018 à 43% en 2021. Seulement 34% des femmes de 15 à 49 ans utilisent une méthode contraceptive moderne.
- La planification familiale a légèrement augmenté, passant de 41% à 43% de 2019 à 2021, avec une réduction des besoins non satisfaits.
- La lutte contre les fistules obstétricales progresse, avec 3 839 femmes réparées sur 3 300 prévues de 2019 à 2021.
- Le taux de mortalité infanto-juvénile a augmenté à 75/1 000 en 2021, principalement à cause des Infections Respiratoires Aiguës (IRA) et de la diarrhée. La mortalité néonatale représente 34% de la mortalité infantile.
- Les principales causes de morbidité des enfants de moins de 5 ans sont les IRA, la diarrhée et le paludisme. Les nouveaux cas de ces maladies ont augmenté de 24,5% en 2020 à 37,3% en 2021.
- Près de 40% des enfants de moins de 5 ans souffrent de malnutrition chronique en 2021, dépassant les seuils "très élevés" de l'OMS. L'anémie affecte 46% des enfants et 26% des femmes.
- La couverture vaccinale pour DTC-HepB-Hib3 est de 59%, avec des taux d'abandon élevés entre les doses.
- La mise en place des sites communautaires pour la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) a atteint 100%, mais seulement 60% étaient fonctionnels en 2021. Seuls 17% des agents de santé ont été formés en PCIME clinique.
- Des stratégies de lutte contre la malnutrition, telles que la promotion de l'alimentation du nourrisson et la supplémentation en micronutriments, sont en place.

L'amélioration des services de santé maternelle et infantile, la promotion de la planification familiale, la lutte contre la malnutrition et l'augmentation de la couverture vaccinale sont essentielles pour réduire la mortalité maternelle et infantile.

b) Santé de l'Enfant

En 2021, nous observons une augmentation du taux de mortalité infanto-juvénile, des défis persistants liés aux infections respiratoires aiguës, à la diarrhée et au paludisme, ainsi qu'une prévalence élevée de malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans.

- Le taux de mortalité infanto-juvénile est passé de 62 à 59 pour 1 000 naissances vivantes de 2012 à 2018, mais il a augmenté à 75 pour 1 000 en 2021.
- Les principales causes de mortalité chez les enfants sont les Infections Respiratoires Aiguës (IRA), la diarrhée, le paludisme, et la mortalité néonatale contribue à 34% de la mortalité infanto-juvénile.
- Les trois principales causes de morbidité chez les enfants de moins de 5 ans sont les IRA, la

diarrhée, et le paludisme. Les nouveaux cas de ces maladies ont augmenté de 24,5% en 2020 à 37,3% en 2021.

- Environ 40% des enfants de moins de 5 ans souffrent de malnutrition chronique en 2021, dépassant les seuils "très élevés" de l'OMS. La prévalence de l'anémie est de 46% chez les enfants et de 26% chez les femmes.
- 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%) et entre DTC1 et VAR (23%). Une approche "Atteindre Chaque Enfant" (ACE) / "Atteindre Chaque District" (ACD) est mise en œuvre pour améliorer la couverture vaccinale.
- La mise en place des sites communautaires pour la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) a atteint 100%, mais seulement 60% étaient fonctionnels en 2021. Seuls 17% des agents de santé ont été formés en PCIME clinique.
- En matière de nutrition, un projet vise à améliorer la croissance des enfants et à réduire les incidences de maladies. Les stratégies incluent la promotion de l'alimentation du nourrisson, la supplémentation en micronutriments, le suivi 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 deux 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 SR 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 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 15,5points (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 22: 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)

Agents	Régimes	Recettes	2019		2020		2021	
			Montant	%	Montant	%	Montant	%
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)	7,60	7,80%	6,2	3,10%	5,1	4,10%
		Transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique	60,70	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	0,40	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.	1,10	1,10%	1,10	0,50%	1,20	0,90%

Agents	Régimes	Recettes	2019		2020		2021	
			Montant	%	Montant	%	Montant	%
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.	0,60	0,60%	0	0,00%	0	0,00%
		Transferts directs étrangers	7,10	7,40%	118,20	59,40%	29,20	23,50%
Ménages	Païement direct des ménages	Autres revenus venant des ménages n.c.a.	7,00	7,30%	7,40	3,70%	8,30	6,60%
Reste du monde	Régimes de financement du reste du monde (non-résidents)	Transferts directs étrangers	12,20	12,60%	23,20	11,70%	0,30	0,20%
Total			96,70	100,00%	199,20	100,00%	124,60	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)	25,80	24,50%	11,80	15,00%	59,20	44,50%
		Transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique	21,30	20,20%	40,90	52,20%	36,30	27,30%

Agents	Régimes	Recettes	2019		2020		2021	
			Montant	%	Montant	%	Montant	%
		Cotisations d'assurance sociale	0	0,00%	0,10	0,10%	0,10	0,00%
Sociétés d'assurance	Régime volontaire de paiement privé des soins de santé	Prépaiement volontaire	0,10	0,10%	0,20	0,30%	0,30	0,20%
Sociétés (hors sociétés d'assurances)	Régime volontaire de paiement privé des soins de santé	Autres revenus venant des entreprises n.c.a.	1,20	1,10%	1,10	1,50%	1,20	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.	3,50	3,40%	0,10	0,10%	0,10	0,10%
		Transferts directs étrangers	38,80	36,80%	9,00	11,40%	27,00	20,30%
Ménages	Paieement direct des ménages	Autres revenus venant des ménages n.c.a.	7,40	7,00%	7,80	10,00%	8,80	6,60%
Reste du monde	Régimes de financement du reste du monde (non-résidents)	FS.7 Transferts directs étrangers	7,30	6,90%	7,50	9,50%	0,30	0,20%
Total			105,40	100,00%	78,40	100,00%	133,20	100,00%

Source : CNS 2019-2020-2021

V.1.2.2. Prestataires de service de la santé de reproduction 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 23: 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	
	Montant	%	Montant	%	Montant	%
Santé de la reproduction						
Hôpitaux	8,20	8,50%	8,50	4,20%	4,60	3,70%
Prestataires de soins de santé ambulatoire	5,40	5,60%	30,40	15,30%	2,50	2,00%
Prestataires de services auxiliaires	0,90	0,90%	0,90	0,50%	0,90	0,80%
Détaillants et autres prestataires de biens médicaux	6,70	7,00%	6,00	3,00%	7,00	5,60%
Prestataires de soins préventifs	69,40	71,80%	147,60	74,10%	102,90	82,60%
Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé	5,90	6,10%	5,80	2,90%	6,60	5,30%
Reste de l'économie	0,10	0,10%	0	0,00%	0	0,00%
Reste du monde	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Total	96,70	100,00%	199,20	100,00%	124,60	100,00%

Prestataires	2019		2020		2021	
	Montant	%	Montant	%	Montant	%
Carences nutritionnelles						
Hôpitaux	6,50	6,20%	4,00	5,10%	4,40	3,30%
Prestataires de soins de santé ambulatoire	3,90	3,70%	2,50	3,10%	2,50	1,90%
Prestataires de services auxiliaires	0,90	0,90%	1,00	1,20%	1,00	0,70%
Détaillants et autres prestataires de biens médicaux	30,90	29,40%	6,40	8,10%	53,70	40,30%
Prestataires de soins préventifs	61,80	58,60%	62,90	80,30%	69,30	52,00%
Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé	1,30	1,20%	1,70	2,20%	2,40	1,80%
Reste de l'économie	0	0,00%	0	0,0%	0	0,00%
Reste du monde	0	0,00%	0	0,0%	0	0,00%
Total	105,40	100,00%	78,40	100,0%	133,20	100,00%

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 5,7% 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 24: 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	
	Montant	%	Montant	%	Montant	%
Santé de la reproduction						
Soins curatifs	10,40	10,70%	38,60	19,40%	7,10	5,70%
Services auxiliaires (non-spécifié par fonction)	0,90	0,90%	0,90	0,50%	0,90	0,80%
Biens médicaux (non-spécifiés par fonction)	6,70	7,00%	6,00	3,00%	7,00	5,60%
Soins préventifs	72,80	75,30%	147,90	74,20%	102,90	82,60%
Gouvernance, administration du système de santé et des financements	5,90	6,10%	5,80	2,90%	6,60	5,30%
Autres services de soins de santé non classés ailleurs (n.c.a.)	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Total	96,70	100,00%	199,20	100,00%	124,60	100,00%
Carences nutritionnelles						
Soins curatifs	10,40	9,90%	6,40	8,20%	6,90	5,20%
Services auxiliaires (non-spécifié par fonction)	0,90	0,90%	1,00	1,20%	1,00	0,70%
Biens médicaux (non-spécifiés par fonction)	30,90	29,40%	6,40	8,10%	53,70	40,30%
Soins préventifs	61,80	58,60%	62,90	80,30%	69,30	52,00%
HC.7 Gouvernance, administration du système de santé et des financements	1,30	1,20%	1,70	2,20%	2,40	1,80%
HC.9 Autres services de soins de santé non classés ailleurs (n.c.a.)	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Total	105,40	100,00%	78,40	100,00%	133,20	100,00%

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, les Maladies Emergente Réémergente, les Maladie Endémiques Epidémique et Tropicale Négligée (SLPMERMETN).

Selon les données disponibles dans le bulletin SIMR N°1 de la Direction de la Veille Sanitaire, de la Surveillance Epidémiologique et Riposte (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 buboniques et deux formes pulmonaires ont été détectées dont 18 cas de décès de peste bubonique et un cas de décès de peste pulmonaire. Pour la Paralysie 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 des Maladies Evitables par la Vaccination (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 Semaine 52, un cas de PFA confirmé Virus Dérivé de Poliovirus post Vaccinal de type 1 (VDPV1) 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.

a) 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 200,1 milliards d'ariary soit 17,6% en 2019, de 253,2 milliards d'ariary soit 17,9% en 2020, et de 138,1 milliards d'ariary soit 9,1% en 2021.

Tableau 25: Situation des dépenses des maladies transmissibles, par agent, régime et source de financement en 2019, en 2020 et 2021 (en milliards d'Ariary)

Maladies Infectieuses et parasitaires			2019		2020		2021	
Agents	Régimes	Recettes	Montant	%	Montant	Montant	%	Montant
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%
		Prépaiement volontaire	5,9	0,5%	10,8	0,8%	12,7	0,8%
Sociétés d'assurance	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%
Sociétés (hors sociétés d'assurances)	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%
Institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM)	Régime volontaire de paiement privé des soins de santé	Transferts directs étrangers	200,1	17,6%	253,2	17,9%	1 38,1	9,1%

Maladies Infectieuses et parasitaires			2019		2020		2021	
Agents	Régimes	Recettes	Montant	%	Montant	Montant	%	Montant
Ménages	Païement 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			1 138,30	100,00%	1 416,90	100,00%	1 525,50	100,00%

Source : CNS 2019-2020-2021

b) 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 26: 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	
	Montant	%	Montant	%	Montant	%
Hôpitaux	224,70	19,70%	228,20	16,10%	238,00	15,60%
Prestataires de soins de santé ambulatoire	189,50	16,60%	202,80	14,30%	213,80	14,00%
Prestataires de services auxiliaires	44,90	3,90%	48,00	3,40%	49,60	3,30%
Détaillants et autres prestataires de biens médicaux	301,30	26,50%	315,50	22,30%	366,10	24,00%
Prestataires de soins préventifs	302,60	26,60%	502,00	35,40%	579,20	38,00%
Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé	72,70	6,40%	116,10	8,20%	62,00	4,10%
Reste de l'économie	2,30	0,20%	4,30	0,30%	16,70	1,10%
Reste du monde	0,20	0,00%	0,00	0,00%	0,10	0,00%
DCS	1 138,30	100,00%	1 416,90	100,00%	1 525,50	100,00%

Source : CNS 2019-2020-2021

c) 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 27: 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	%	Montant	%	Montant	%
Soins curatifs	414,10	36,40%	406,70	28,70%	452,20	29,60%
Services auxiliaires (non-spécifié par fonction)	44,90	3,90%	48,00	3,40%	49,60	3,30%
Biens médicaux (non-spécifiés par fonction)	301,30	26,50%	315,50	22,30%	366,10	24,00%
Soins préventifs	305,20	26,80%	290,20	20,50%	385,00	25,20%
Gouvernance, administration du système de santé et des financements	72,70	6,40%	116,10	8,20%	62,00	4,10%
Postes comptables supplémentaires de suivi des dépenses courantes de santé destinées à la COVID-19	0	0,00%	240,30	17,00%	210,60	13,80%
Autres services de soins de santé non classés ailleurs (n.c.a.)	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
DCS	1 138,30	100,00%	1 416,90	100,00%	1 525,50	100,00%

Source : CNS 2019-2020-2021

V.3. Maladies non transmissibles

V.3.1. Aperçu sur la situation

A Madagascar, les 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 cérébro-vasculaires

(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 Miarinarivo. 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

a) Agents, régimes et sources de financement de soins de santé

Les principaux agents de financement des MNT sont constitués de ménages et l'administration publique avec respectivement de 52,9%, 31,5% en 2019 contre 51,5%, 29,4% en 2020 et 48,6%, 26,2% 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 MNT : 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 DCS 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 28: 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)

Maladies non transmissibles			2019		2020		2021	
Agents	Régimes	Recettes	Montant	%	Montant	%	Montant	%
Administrations publiques	Régimes de l'administration publique et régimes contributifs	Transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique (alloués à la santé)	32,80	31,50%	33,00	29,40%	35,00	26,20%
	obligatoires de financement de la santé	Transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique	1,00	1,00%	2,90	2,50%	0,00	0,00%
		Cotisations d'assurance sociale	0,20	0,20%	0,30	0,30%	0,40	0,30%
Sociétés d'assurance	Régime volontaire de paiement privé des soins de santé	Prépaiement volontaire	3,40	3,20%	4,90	4,30%	11,40	8,50%
Sociétés (hors sociétés d'assurances)	Régime volontaire de paiement privé des soins de santé	Autres revenus venant des entreprises n.c.a.	6,50	6,20%	6,30	5,60%	6,80	5,10%
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.	2,40	2,30%	5,50	4,90%	12,50	9,40%
		Transferts directs étrangers	2,70	2,60%	0,70	0,60%	1,70	1,30%

Maladies non transmissibles			2019		2020		2021	
Agents	Régimes	Recettes	Montant	%	Montant	%	Montant	%
Ménages	Païement direct des ménages	Autres revenus venant des ménages n.c.a.	55,00	52,90%	57,90	51,50%	64,90	48,60%
Reste du monde	Régimes de financement du reste du monde (non-résidents)	Transferts directs étrangers	0	0,00%	1,00	0,90%	0,80	0,60%
Total			104,00	100,00%	112,30	100,00%	133,60	100,00%

Source : CNS 2019-2020 et 2021

b) 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 28: 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	%	Montant	%	Montant	%
Hôpitaux	26,20	25,10%	29,40	26,20%	47,30	35,40%
Prestataires de soins de santé ambulatoire	26,00	25,00%	27,80	24,80%	28,80	21,60%
Prestataires de services auxiliaires	5,10	4,90%	6,40	5,70%	5,50	4,10%
Détaillants et autres prestataires de biens médicaux	35,50	34,10%	37,10	33,00%	40,70	30,50%
Prestataires de soins préventifs	3,70	3,60%	1,50	1,30%	1,30	1,00%
Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé	5,00	4,80%	8,60	7,60%	5,00	3,70%
Reste de l'économie	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Reste du monde	2,60	2,50%	1,50	1,40%	4,90	3,70%
Total	104,00	100,00%	112,30	100,00%	133,60	100,00%

Source : CNS 2019, 2020 et 2021

c) 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 29: 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	%	Montant	%	Montant	%
Soins curatifs	54,80	52,60%	58,80	52,30%	81,10	60,70%
Soins (de santé) de longue durée	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Services auxiliaires (non-spécifié par fonction)	5,10	4,90%	6,40	5,70%	5,50	4,10%
Biens médicaux (non-spécifiés par fonction)	35,50	34,10%	37,10	33,00%	40,70	30,50%
Soins préventifs	3,70	3,60%	1,50	1,30%	1,30	1,00%
Gouvernance, administration du système de santé et des financements	5,00	4,80%	8,60	7,60%	5,00	3,70%
Autres services de soins de santé non classés ailleurs (n.c.a.)	0		0		0,00	
Total	104,00	100,00%	112,30	100,00%	133,60	100,00%

Source : CNS 2019, 2020 et 2021

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

V.4.1. Aperçu sur la situation

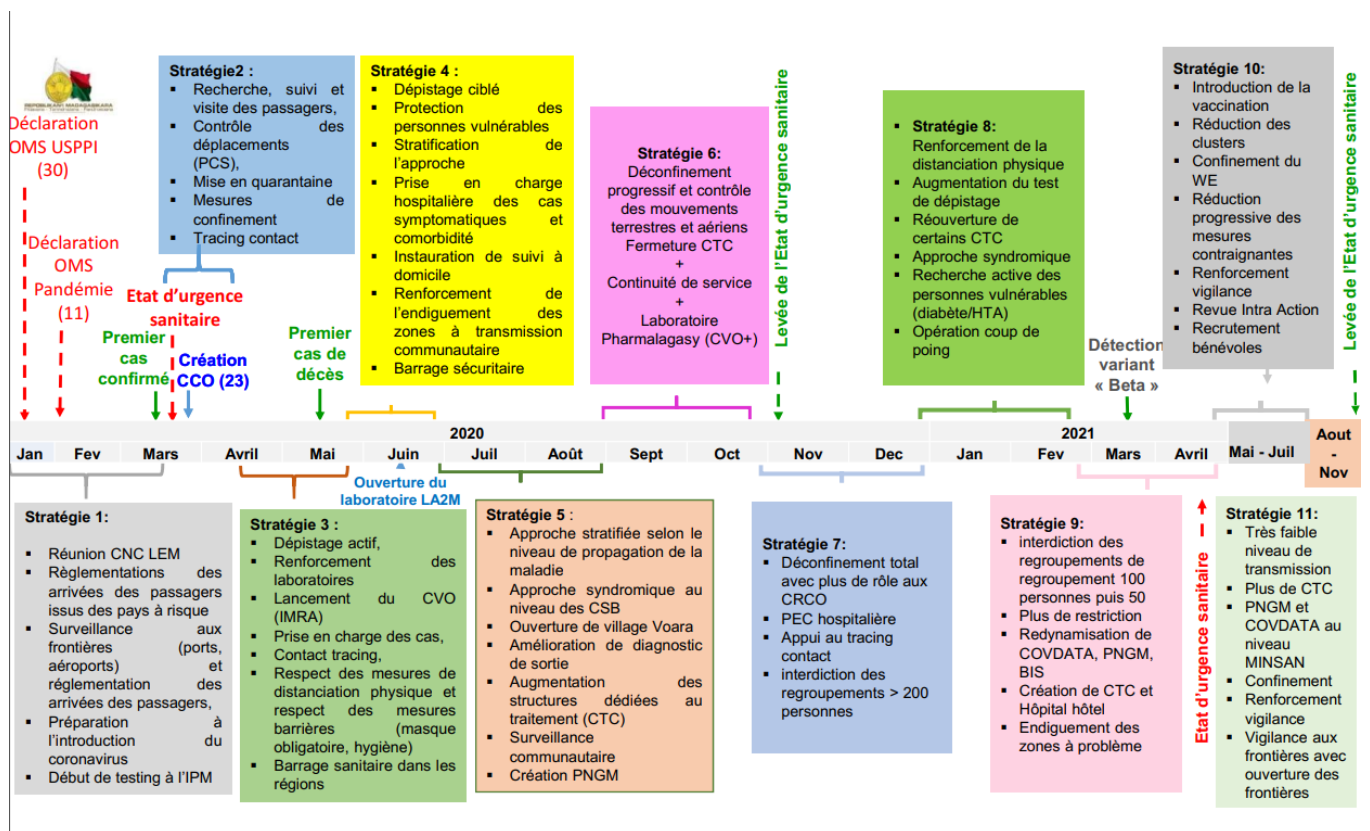
A la date du 20 mars 2020, les 3 premiers cas officiels étaient enregistrés à Madagascar. Madagascar a été déclaré sous l'état d'urgence nationale et l'Etat a imposé des restrictions de mouvement à Antananarivo et Toamasina. Pour coordonner la réponse globale, le Gouvernement a mis en place un centre de commandement national sous la direction du ministre de l'intérieur, en collaboration avec le Ministère de la Santé Publique 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. La première vague était de juillet à septembre 2020 et la seconde de février à mai 2021. Le nombre de cas cumulés et testés jusqu'en décembre 2021 était autour de 52 620 cas⁴. Il est à noter que le pays a adopté, en décembre 2020, une approche syndromique. 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 était parmi des plus faibles dans le monde (149/181)⁵. L'évolution des stratégies de réponse du pays est résumée dans la figure ci-dessous :

Figure 5: Résumé de l'évolution des stratégies de réponse du pays



⁴ Rapport journalier DVSSER

⁵ <https://public.tableau.com/app/profile/dca.domie/viz/COVID-19MONDETauxdedcsparpays/TauxDcs>

V.4.2. Agents de financement, Régime des financements, 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.

a) 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 79,7% 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 30: Dépenses de la COVID-19 par agent de financement de santé de 2020 et 2021 (en milliards d'Ariary)

		2020		2021	
		Montant	%	Montant	%
Administrations publiques	Transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique	191,50	79,70%	139,40	66,20%
Institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM)	Autres revenus venant des ISBLSM n.c.a.	0,20	0,10%	0,10	0,00%
	Transferts directs étrangers	14,00	5,80%	6,80	3,20%
Reste du monde	Transferts directs étrangers	34,60	14,40%	64,20	30,50%
Total		240,30		210,60	

Source : CNS 2019-2020 et 2021

b) 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 31: 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	%	Montant	%
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

c) 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 32: Dépenses de la COVID-19 par Fonctions des soins de santé de 2020 et 2021 (en milliards d'Ariary)

Fonctions	2020		2021	
	Montant	%	Montant	%
Traitements liés à la COVID-19	24,12	10,00%	16,14	7,70%
Dépistage de la COVID-19 et recherche des cas contacts	0,00	0,00%	0,00	0,00%
Vaccination contre le SARS-CoV-2 / COVID-19	4,30	1,80%	62,56	29,70%

Fonctions	2020		2021	
	Montant	%	Montant	%
Biens médicaux liés à la COVID-19	9,41	3,90%	5,07	2,40%
Autres dépenses de santé destinées à la COVID-19 n.c.a.	202,51	84,30%	126,82	60,20%
Total	240,35		210,58	

Source : CNS 2019-2020 et 2021

VI. RECOMMANDATIONS

VI.1. RECOMMADATIONS STRATEGIQUES

VI.1.1. Mobilisation des ressources

- Évoluer vers une démarche privilégiant le recours principalement à des sources de financement public ;
- Accroître la prévisibilité et la stabilité des flux de financement public ;
- Mettre en place les financements innovants : taxes en cours de discussion et taxes nouvelles (envisager la possibilité de mettre en place une taxe sur les véhicules polluants) ;
- Renforcer les définitions et la mise en place des budgets programmes (en particulier pour les soins de santé primaires comme la vaccination) ;
- Renforcer la décentralisation financière des ressources en santé à tous les niveaux ;
- Assurer une meilleure répartition de l'aide financière extérieure sur le territoire national ;
- Renforcer les mécanismes pour faire « entrer » le financement extérieur dans le budget de l'Etat (amélioration de la prévisibilité et de la stabilité des flux financiers extérieurs).

VI.1.2. Mise en commun des ressources

- Mettre en place une institution de tiers-payant [caisse d'assurance-maladie regroupant tous les régimes et couvrant tous les segments de la population conformément à la Stratégie Nationale CSU 2015(SN-CSU) et Stratégie Nationale de Financement de la Santé 2022 (SNFS)] ;
- Mettre en place un fonds dédié pour l'affiliation des personnes vulnérables (celles qui ne sont pas en mesure de contribuer, soit près de 85% de la population) conformément à la SN-CSU 2015 et SNFS 2022.

VI.1.3. Achat stratégique et efficience dans la gestion des ressources

- Mettre en place des mécanismes liant l'attribution des ressources aux prestataires de soins en fonction des critères suivants: (i) besoins en santé de la population, et (ii) information concernant la performance des prestataires ;
- Développer une plateforme de données unifiées sur l'activité de prise en charge des patients (renforcement des systèmes d'information) ;
- Préciser, redéfinir et vulgariser le panier de soins et services de santé de base (prestations à couvrir par des fonds publics, en particulier les soins de santé primaires comme la vaccination) ;

- Renforcer l'approche axée sur la gestion performante des ressources en santé (par exemple en généralisant des études de coûts préalables à l'engagement des dépenses, ou en définissant des plafonnements) ;
- Renforcer le système de suivi-évaluation de l'utilisation des ressources disponibles pour mesurer et améliorer constamment l'efficacité et l'impact des interventions de santé (mise en place d'une gouvernance financière en santé = redevabilité et alignement sur les objectifs).

VI.1.4. Institutionnalisation du CNS

- Engagement politique : mobiliser des fonds et ressources nécessaires pour assurer la pérennisation des CNS ;
- Élaboration d'un cadre juridique et réglementaire: mettre en place des structures d'encadrement appropriées en matière de demande, collecte, gestion et diffusion des données ;
- Définition d'un plan de mise en œuvre comprenant notamment l'identification des parties prenantes devant être impliquées dans le processus d'élaboration et les leçons apprises pour combler les lacunes liées à la demande, l'utilisation, la production et la diffusion des CNS ;
- Formation et renforcement des capacités ;
- Collecte de données ;
- Compilation et analyse des données : développer de mécanismes assurant la qualité et la fiabilité des données ;
- Publication et diffusion des résultats ;
- Utilisation systématique des données pour la formulation de recommandations stratégiques et la formulation de politiques spécifiques ;
- Évaluation continue et amélioration ;
- Intégration dans le processus budgétaire du CNS.

CONCLUSION

Les comptes de santé 2019-2020-2021 ont permis de mieux comprendre la structure de financement de la santé ainsi que le poids de chaque catégorie de source dans les régimes de financement. En 2020, les bailleurs externes sont au premier plan avec 45,60% des dépenses, les ménages en second avec 31%, le secteur public avec 18,4% et les ONG nationales avec 4,7%. Cette structure du financement de la santé est l'expression de la vulnérabilité du système face à la dépendance vis-à-vis du financement extérieur et traduit la charge que représentent les dépenses de santé pour les ménages. Par rapport aux années précédentes, la contribution des bailleurs est de 38,2% l'année 2019 puis augmenté de 45,60% en 2020 à cause de la pandémie COVID 19.

Il faut souligner que la participation des ménages en pourcentage des DCS est allégée passant de 34,30% en 2019, 29,5 % en 2020 et 27,80% en 2021 ceci est dû à l'aide extérieur durant la COVID-19. La faible part de l'assurance sociale (0,10%) explique pourquoi les paiements directs sont si élevés et traduit la faible mobilisation des ressources auprès des ménages. Les assurances devraient constituer le mécanisme le plus fiable de mise en commun qui assure la sécurité financière des ménages contre les risques financiers, mais son poids dans la gestion des fonds explique que cette fonction est très faiblement assurée. Dans une perspective de couverture santé universelle et de sécurité financière la performance des assurances demeure un défi pour le système de santé.

L'analyse des dépenses par fonctions de soins de santé montre que les soins préventifs en 2020 (27,4%) est inférieur à celle des soins curatifs en 2020 (28,6%), donc il faut augmenter les fonds alloués à la prévention pour combattre les épidémies. Les maladies transmissibles occupent la majeure partie des dépenses de santé par maladie avec 70,35 % en 2019 et 75,56 % en 202 à cause de la COVID 19. Pour faciliter la prise de décisions en matière de financement de la santé, il est important de poursuivre les analyses et d'effectuer la corrélation entre les dépenses de santé par maladie et le tableau de morbidité des rapports statistiques.

Il est évident que l'Etat doit faire l'effort d'accroître les fonds mis à la disposition du MSANP afin de renforcer ses capacités pour assurer le leadership du secteur. Il faut renforcer la collaboration entre le ministère et les PTSs.

BIBLIOGRAPHIE

1. Rapports des Comptes de la Santé de 2010 : Ministère de la santé
2. Nomenclature des activités du plan de développement socio-sanitaire 2020-2024,
3. OMS, Système des Comptes de la Santé (SHA), 2011, version abrégée, juin 2012
4. Politique nationale de santé (PNS) 2016, Ministère de la santé
5. Plan national de développement sanitaire (PNDS), 2020-2024
6. Bilan des plans d'action 2020 du Ministère de la santé
7. Annuaire statistiques du Ministère de la Santé 2019-2020-2021 : Ministère de la santé,
8. Tableau de bord de la santé, 2019-2020-2021 : Ministère de la santé,
9. Rapport annuel d'activités 2021 ; Ministère de la santé
10. Enquête périodique auprès des ménages 2010 INSTAT;
11. Enquête démographiques et santé EDSMD-V 2021 INSTAT;
12. Rapport sur la santé mondiale 2010, Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une Couverture
13. Universelle OMS (2010)
14. Global Expenditure Health Database (GEHD)

WEBOGRAPHIE

1. <http://apps.who.int/nha/database>
2. <https://www.banquemonddiale.org>
3. <https://www.usaid.gov>
4. <https://www.unicef.org>
5. <https://www.unfpa.org>
6. <https://www.theglobalfund.org/en>
7. <https://data.gffportal.org/fr/country/madagascar>

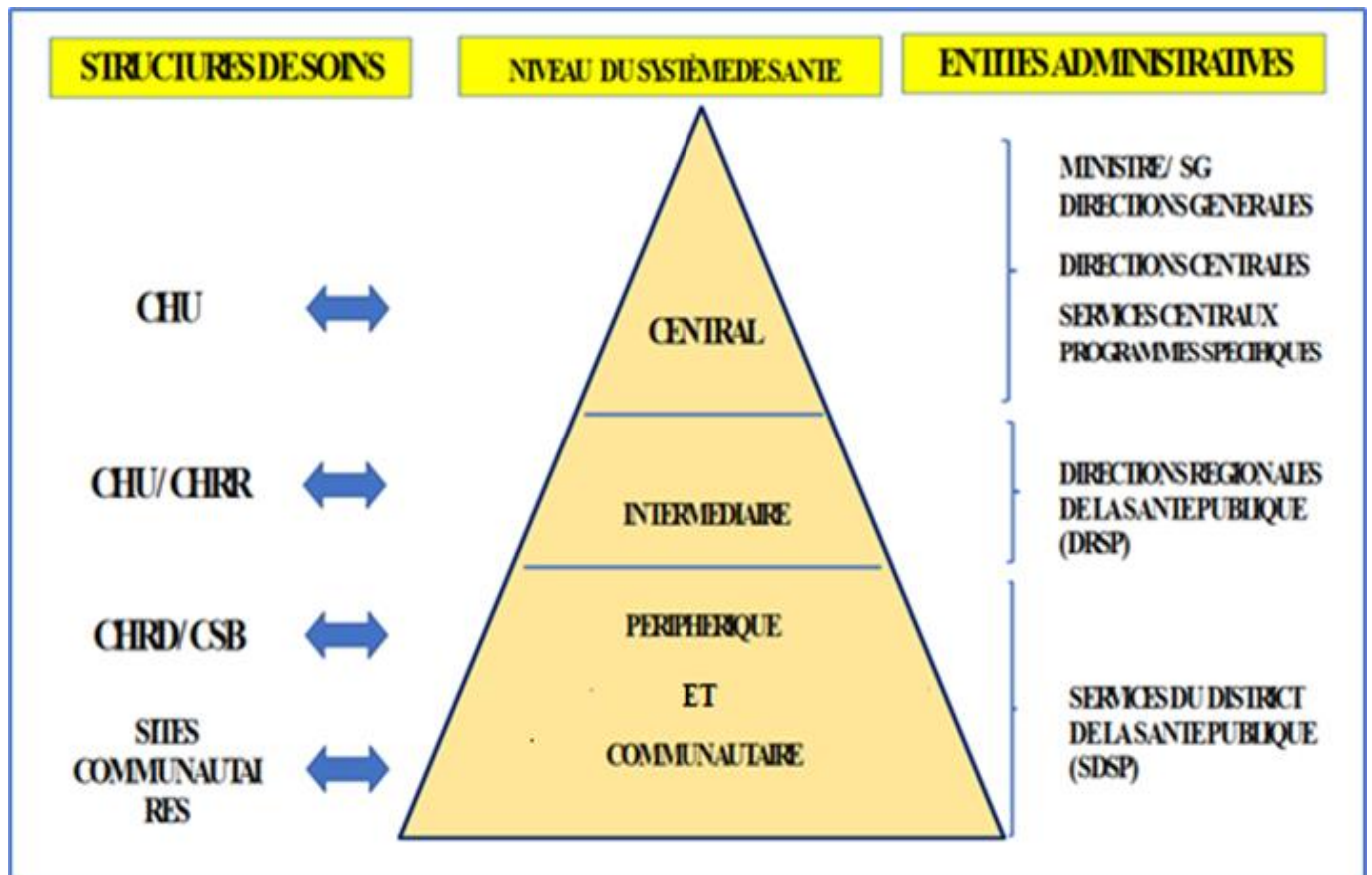
ANNEXE

Tableau A: Principaux indicateurs démographiques

Indicateurs	Valeur
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 rural)
Age moyen à la procréation (15-49 ans)	29,4 ans
Proportion de la population vivant en milieu rural	80,70%
Espérance de vie à la naissance en 2020	65 ans
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 1 000 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 1 000 femmes en âge de procréer (15 à 49 ans)
Indice Synthétique de Fécondité (ISF)	4,3 enfants par femme
Taux Brut de Mortalité (TBM) en 2018	5,6 ‰
Taux de mortalité des enfants de moins d'un cinq ans en 2021	75 ‰
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)

Figure A: Pyramide Sanitaire à Madagascar



Source : PDSS 2020-2024

Graphique A : Répartition de personnel de santé par catégorie de fonction

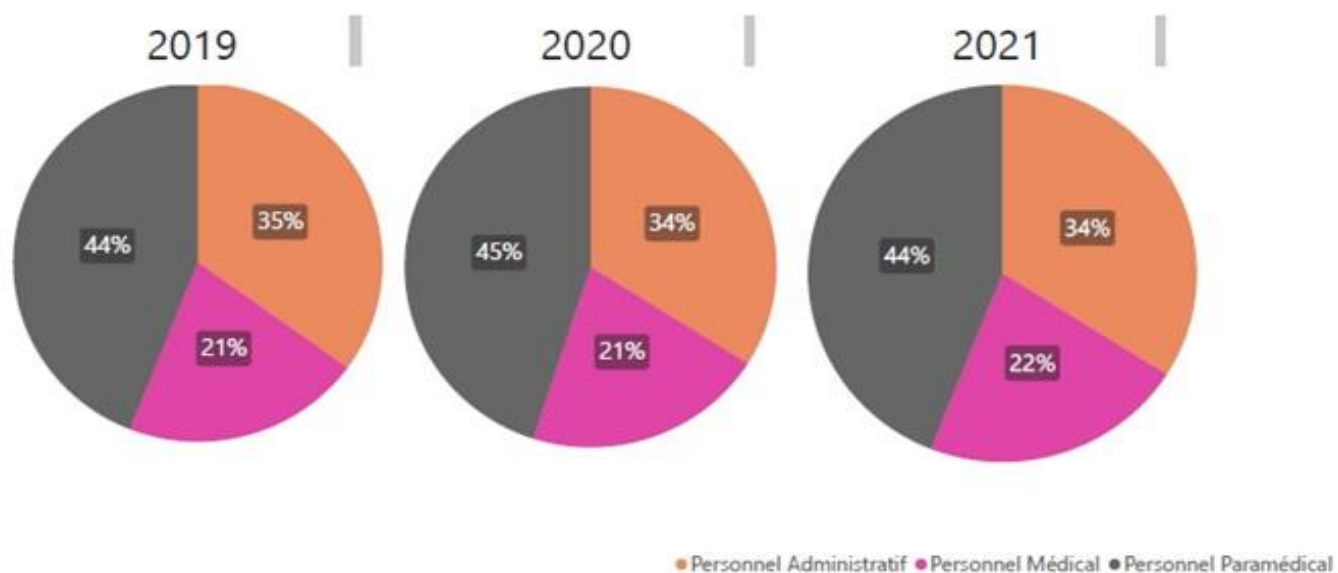


Figure B: Les coûts moyens de la chaîne d'approvisionnements en intrants et médicaments du pays



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

Figure C: Historique de DHIS2



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