



Organisation
internationale
du Travail

► Étendre la protection sociale en santé à Madagascar

Etat des lieux et options vers la couverture
santé universelle



► Étendre la protection sociale en santé à Madagascar

Etat des lieux et options vers la couverture santé universelle

Copyright © Organisation internationale du Travail 2022
Première édition 2022

Les publications de l'Organisation internationale du Travail (OIT) jouissent de la protection du droit d'auteur en vertu du protocole no 2, annexe à la Convention universelle pour la protection du droit d'auteur. Toutefois, de courts passages pourront être reproduits sans autorisation, à la condition que leur source soit dûment mentionnée. Toute demande d'autorisation de reproduction ou de traduction devra être envoyée à Publications (Droits et licences), Bureau international du Travail, CH-1211 Genève 22, Suisse, ou par courriel à rights@ilo.org. Ces demandes seront toujours les bienvenues.

Bibliothèques, institutions et autres utilisateurs enregistrés auprès d'un organisme de gestion des droits de reproduction ne peuvent faire des copies qu'en accord avec les conditions et droits qui leur ont été octroyés. Consultez le site www.ifrro.org afin de trouver l'organisme responsable de la gestion des droits de reproduction dans votre pays.

Titre de la publication. Genève: Bureau international du Travail, 2022

ISBN: 9789220376195 (pdf web)

Les désignations utilisées dans les publications de l'OIT, qui sont conformes à la pratique des Nations Unies, et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OIT aucune prise de position quant au statut juridique de tel ou tel pays, zone ou territoire, ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières.

Les articles, études et autres textes signés n'engagent que leurs auteurs, et leur publication ne signifie pas que l'OIT souscrit aux opinions qui y sont exprimées.

La mention ou la non-mention de telle ou telle entreprise ou de tel ou tel produit ou procédé commercial n'implique de la part de l'OIT aucune appréciation favorable ou défavorable.

Pour toute information sur les publications et les produits numériques de l'OIT, consultez notre site Web : www.ilo.org/publns

Cover photo: ©ILO

Table des matières

Liste des encadrés	iii
Liste des graphiques	iv
Liste des tableaux	iv
▶ Sigles et acronymes	v
▶ Remerciements	vii
▶ Résumé analytique	viii
▶ 1. Introduction	1
1.1 Démographie, pauvreté et structure de l'emploi	2
1.2. Situation sanitaire et déterminants de la santé	3
1.3. Pandémie de Covid-19 et phénomènes climatiques extrêmes	4
1.4. Offre de soins	4
1.5. Système de protection sociale en santé	5
2. La protection sociale en santé à Madagascar : état des lieux	6
2.1. Des garanties légales incomplètes et un écart entre couverture en droit et protection effective de la population	7
2.1.1. Une couverture en droit incomplète	7
2.1.2. Ecart entre couverture en droit et en pratique	13
2.2. Des prestations non adéquates	16
2.2.1. Prestations couvertes d'après les sources de droit	16
2.2.2. Disponibilités des services de santé et accès effectif aux soins	20
2.2.3. Protection financière	23
2.3. Une protection nécessaire à la lutte contre la pauvreté à Madagascar	24
▶ 3. Pistes pour le design et la mise en œuvre du système national de protection sociale en santé à Madagascar	25
3.1. Vision du Gouvernement et éléments de base du design d'un système de protection sociale en santé à Madagascar	26
3.1.1. Efforts récents du Gouvernement de Madagascar	26
3.1.2. Éléments de base du design et de l'opérationnalisation d'un système de protection sociale en santé à Madagascar	27
3.2. Options chiffrées pour l'extension de la couverture en santé à Madagascar, d'ici 2030	36
3.2.1. Descriptions des options en matière de paniers de soins	37
3.2.2. Projection du coût de l'extension de la protection sociale à Madagascar, selon plusieurs options	38
3.2.3. Options pour mobiliser l'espace fiscal pour la protection sociale, dont la protection sociale en santé	42
▶ 4. Conclusions et recommandations	45
▶ Annexes	50

Annexe 1 : Détail des paniers de soins proposés par les principaux SMIE à Madagascar	50
Annexe 2 : recommandations issues des travaux en groupes du Dialogue National basé sur l'Évaluation (ABND)	52
Annexes 3 : Hypothèses retenues pour le calcul de la couverture légale en 2018	53
Annexe 4 : Hypothèses retenues pour l'estimation du coût des paniers de soins	54
Annexe 5 : Panier de soins « de base » tel que défini par la CNSS	57
Annexe 6 : Hypothèses générales principales	59
Annexe 7 : Hypothèses de l'évolution de la couverture de la population pour les différents régimes	61
► Références	62

Encadrés, graphiques et tableaux

Liste des encadrés

Encadré 1.	La protection sociale universelle, un engagement fort	5
Encadré 2.	Rappel sur les standards internationaux en matière de protection sociale en santé	7
Encadré 3.	Les services médicaux du travail à Madagascar	14
Encadré 4.	Protection des ménages des zones rurale et urbaine par un mécanisme de protection sociale	15
Encadré 5.	Rappel sur les standards internationaux en matière de protection sociale en santé	16
Encadré 6.	Rappel sur les standards internationaux en matière de prestations de protection sociale en santé	20
Encadré 7.	Etude sur les perceptions et les attentes des ménages dépendants de l'économie informelle vis-à-vis de l'accès à la santé dans la Région d'Anosy, au Sud de Madagascar	22
Encadré 8.	L'expérience d'affiliation des ménages vulnérables à une mutuelle de santé	27
Encadré 9.	Tarifs annoncés dans les CSB de la région d'Anosy pour quatre pathologies principales	31
Encadré 10.	Attentes des travailleurs en situation d'emploi informel à Anosy	32
Encadré 11.	Le registre social unique	33
Encadré 12.	Dialogue National Basé sur l'Évaluation appliqué à la santé à Madagascar	36
Encadré 13.	Réaffecter les dépenses militaires vers le Régime de Couverture Santé (UCS)	44

Liste des graphiques

Graphique 1.	Composition des dépenses liées à l'accès aux soins des ménages de l'économie informelle à Anosy, par poste de dépense	30
Graphique 2.	Coût annuel de l'extension de la protection sociale en santé (milliards MGA), 2021-2030	39
Graphique 3.	Coût annuel de l'extension de la protection sociale en santé (en % du PIB), 2021-2030	39
Graphique 4.	Coût annuel de l'extension de la protection sociale en santé (en % des dépenses de l'Etat), 2021-2030	40
Graphique 5.	Coût annuel d'un panier de prestations intégré de protection sociale (en milliards MGA, % du PIB et % des dépenses générales de l'Etat), 2021-2030	41
Graphique 6.	Structure des recettes fiscales à Madagascar et comparaisons internationales, 2019	42

Liste des tableaux

Tableau 1.	Couverture en droit pour la protection sociale en santé (voir hypothèses et sources en annexe)	9
Tableau 2.	Couverture en droit pour les services médicaux du travail (voir hypothèses et sources en annexe)	10
Tableau 3.	Autre régime mentionné par une source de droit (voir hypothèses et sources en annexe)	11
Tableau 4.	Caractéristiques des principales mutuelles à Madagascar	12
Tableau 5.	Protection effective par groupe de population par des mécanismes de protection sociale en santé ou médecine du travail, en % de la population cible et de la population totale en 2018	13
Tableau 6.	Description et inscription légale des garanties de protection sociale en santé	17
Tableau 7.	Description et inscription légale des garanties en matière de services de médecine du travail	19
Tableau 8.	Appartenance aux organisations villageoises	34

Sigles et acronymes

AMO	Assurance Maladie Obligatoire
CACSU	Cellule d'Appui Couverture Sanitaire Universelle
CNaPS	Caisse Nationale de Prévoyance Sociale
CNSS	Caisse Nationale de Solidarité en Santé
CSB	Centre de Santé de Base
CSU	Couverture Santé Universelle
DSST	Direction de la sécurité Sociale de Travailleurs
FANOME	Fonds d'Approvisionnement Non-Stop en Médicaments Essentiels
FMI	Fonds Monétaire International
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
FSS	Fonds de Solidarité pour la Santé
IHP+	International Health Partnership
ILO/RAP	Outil de Calcul des Coûts de la Protection Sociale avec le Protocole d'Évaluation Rapide
ILO/ SSI	ILO / Social Security Inquiry
INSTAT	Institut National de la Statistique de Madagascar
LFR	Loi de Finance Rectificative
MGA	Ariary
MPSPF	Ministère de la Population, de la Protection Sociale et de la Promotion de la Femme
MSANP	Ministère de la Santé Publique
MTEFPLS	Ministère du Travail de l'Emploi de la Fonction Publique des Lois Sociales
ODD	Objectifs de Développement Durable
OIT	Organisation Internationale du Travail
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OPASS	Organe Public d'Assurance Santé et de Solidarité
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PIB	Produit Intérieur Brut
PSU	Protection Sociale Universelle
SF-CSU	Stratégie Financement de la Couverture Santé Universelle
SMAE	Services Médicaux Autonomes d'Entreprises
SMIE	Services Médicaux Inter-Entreprises ou d'Entreprise

SMT	Services Médicaux du Travail
SN-CSU	Stratégie Nationale de la Couverture Santé Universelle
SN-FS	Stratégie Nationale de Financement de la Santé
SNPS	Stratégie Nationale de la Protection Sociale
SRMNIA-M	Santé Reproductive, Maternelle, Néonatale, Infantile, des Adolescents et la Nutrition
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'enfance
VSLA	Village Saving Loan Association

Remerciements

Ce rapport a été préparé par Mathilde Mailfert (Département de la Protection Sociale, OIT Genève) avec le soutien de Lou Tessier (Département de la Protection Sociale, OIT Genève), Nombàna Solofoarimanga Razafinisoa (Bureau de l'OIT à Madagascar), et Pierre Christian Randrianarisoa (Bureau de l'OIT à Madagascar) avec le soutien de Coffi Agossou, Directeur (Bureau de l'OIT à Madagascar).

Le rapport a bénéficié des apports d'Andrés Acuna-Ulate (Département de la protection sociale de l'OIT, unité PFACTS), Christina Behrendt (Département de la protection sociale de l'OIT, unité SOCPOL), Nanya Sudhir (Département de la protection sociale de l'OIT, unité PFACTS), Zhiming Yu (Département de la protection sociale de l'OIT, unité PFACTS), ainsi que Mamy Randriamaharo, consultant pour l'OIT à Madagascar, Xuân-Mai Kempf, consultante internationale pour l'OIT, mais également Dr Hajaniaina Randriamiamanana (Direction de la Sécurité Sociale des Travailleurs au Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Fonction Publique et des Lois Sociales), Dimby Rakoto, Directeur (Etudes et de la Modélisation Économiques, Ministère de l'Économie et des Finances), Dr Diana Ratsiambakaina, Cheffe (Cellule d'Appui à la mise en œuvre de la Couverture Santé Universelle au Ministère de la Santé Publique), Isaora Zefania Romalahy, Directeur Général (INSTAT), et Rakotomaharo Holy Rabemihoatra, Chef (Service Sécurité et Santé au Travail à l'OSTIE).

Enfin, le rapport a bénéficié des apports de toutes les personnes non listées ici mais qui ont apporté leur orientations et assistance dans le développement du contenu.



Résumé analytique

En 2022, le système de protection sociale de Madagascar, dont la protection sociale en santé, est à construire. Seule 5,2% de la population est concernée par une garantie légale en matière de protection sociale en santé, et 10,2% est effectivement affiliée (en incluant la protection actuellement assurée par les services médicaux du travail). Cela signifie que la quasi-totalité de la population de Madagascar subit des dépenses catastrophiques ou s'appauvrit lors de l'accès aux services de santé, lorsqu'elle ne renonce pas tout simplement à recourir aux soins. Entre autres dépenses, ce sont avant tout les médicaments qui représentent le premier poste de dépenses médicales.

L'accessibilité géographique des formations sanitaires publiques et privées est limitée, et/ou les moyens et infrastructures de transport inexistantes, ce qui rend l'accès aux services de santé difficile, coûteux (transport) voire souvent impossible.

Dans ce contexte, des mécanismes ad hoc et non-inscrits dans le droit se sont développés pour pallier ces déficits. En particulier, les Services Médicaux du Travail (SMT) sont amenés à jouer à un rôle élargi à la médecine générale pour les travailleurs en emploi formel et leurs familles, mais l'étendue de leur population cible et leur diversité, tant dans la forme que dans la nature des services offerts, restent limitées. Ainsi ils ne constituent pas une alternative à un mécanisme de protection sociale en santé adéquat. Des mécanismes tels que le Fonds d'Équité en santé, censé couvrir les besoins des plus pauvres, ne sont pas, à l'heure actuelle, en mesure d'assurer une protection financière pourtant nécessaire. Les gratuités sont pour l'instant limitées dans l'étendue des prestations offertes. Enfin les mutuelles possèdent à ce jour une portée très limitée pour la couverture de la population de Madagascar.

Le Gouvernement de Madagascar a pourtant renouvelé son engagement vers l'atteinte de la Couverture Santé Universelle (CSU) et de la Protection Sociale Universelle (PSU) à de multiples occasions. Les attentes de la population à ce sujet sont fortes, et ce rapport montre qu'il est attendu la mise en œuvre d'un mécanisme public basé sur la solidarité. Pourtant la confiance en un acteur institutionnel public devra encore être instaurée. L'enquête de l'OIT auprès de ménages de l'économie informelle en zone rurale montre également que le niveau de contribution que ce segment de la population est prêt à verser est inférieur aux mécanismes envisagés actuellement par le Gouvernement (4 619 MGA par ménage par an contre 9 000 voire 13 000 MGA considérés).

Dans ce cadre, le coût annuel de l'extension de la protection sociale en santé à toute la population représenterait entre 1 260 et 6 456 milliards de MGA en 2030, soit entre 1,71% et 8,75% du PIB en 2030 selon le niveau de prestations choisi. Ainsi le montant annuel de l'extension à toute la population en 2030 reviendrait à peu près au montant du budget du Ministère de la Défense nationale la même année (pour l'estimation basse), et à seulement à peine ¼ du montant du budget du Ministère de l'économie et des finances en 2030 (pour l'estimation haute). Cette estimation ne prend pas en compte les sources de financement contributives qui pourraient réduire les besoins de financement budgétaires. La couverture santé universelle est donc à portée de main à Madagascar.

Entre outre ces dépenses sont un investissement au service de la réduction de la pauvreté. Ce rapport montre que l'absence de dépenses de santé par les ménages permettrait à 5,2% des ménages pauvres de passer au-dessus du seuil de pauvreté national, sur la base des données de 2012. Elles permettraient également d'assurer l'accès aux soins, et par là-même un meilleur état de santé, à la population de Madagascar, qui gagnerait ainsi en productivité.

En outre, ces dépenses pourraient être amorties avec la mobilisation de ressources supplémentaires. Par exemple, l'étude de la structure fiscale à Madagascar nous enseigne qu'il existe une marge de progression pour mobiliser davantage des ressources fiscales de nature progressive et proportionnelle (impôts sur le revenu des personnes physiques et sur les bénéfices des sociétés, contributions sociales) et les allouer aux secteurs sociaux.

Enfin, les expériences menées dans le cadre du programme conjoint SDG Fund (« FANAVOTSE »)¹ permettent de tirer des enseignements utiles à la prise de décision sur le design et la mise en œuvre de la protection sociale en santé à Madagascar. Entre autres, ces expériences informent sur les modalités pratiques de plusieurs fonctions des régimes protection sociale en santé dont l'identification, l'affiliation ou encore la sensibilisation.

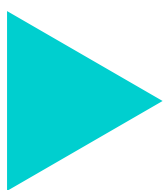
Un certain nombre de recommandations peuvent donc être formulées pour l'extension de la protection sociale en santé à Madagascar. Il est tout d'abord primordial d'étendre les garanties en droit pour la couverture de la population, et de façon universelle, en rendant l'affiliation aux mécanismes de protection sociale en santé obligatoire. Sur cette base, il s'agira de définir précisément les paramètres de couverture de protection sociale en santé, et de construire une approche se basant sur les capacités institutionnelles existantes. Des données probantes devront pour cela être générées et servir de base à la prise de décisions. En outre, la mise en œuvre du système de protection sociale en santé ne pourra être assurée que par la collecte et l'allocation de recettes fiscales supplémentaires, qui devront aller de pair avec les stratégies visant à faciliter la transition des entreprises et des emplois vers l'économie formelle. Enfin, tout au long de ce processus, il s'agira d'adopter une approche intersectorielle et participative, et coordonnée avec le reste du système de protection sociale.

Dans le cadre d'un système de protection sociale intégré, la CSU à Madagascar n'est pas seulement appelée de ses vœux par une population en attente d'un plus grand accès à la santé et d'une protection financière basée sur la solidarité ; elle est également réalisable et abordable, et permettra de lutter efficacement contre la pauvreté et les déterminants sociaux de la santé vers l'atteinte des cibles 1.3 et 3.8 des Objectifs du Développement Durable (ODD) en 2030.



© ILO

¹ Programme mis en œuvre conjointement par l'UNICEF, le FNUAP, le PAM et l'OIT entre 2019 et 2022.



1

1. Introduction

Au cours des dernières années, Madagascar a connu un réel élan politique en faveur de la Couverture Sanitaire Universelle et de la Protection Sociale Universelle, notamment à travers les adoptions complémentaires de sa première Stratégie Nationale sur la Couverture Santé Universelle (SN-CSU) ² en 2015 et sa Stratégie Nationale de Protection Sociale (SN-PS) 2019-2023. ³ Fin 2021, la Stratégie Nationale pour le Financement de la Santé ⁴ a également été adoptée, réitérant l'objectif d'avoir un mécanisme de protection sociale en santé.

Pourtant, la CSU peine à voir le jour à Madagascar. La protection effective par les mécanismes de protection sociale en santé reste très limitée, ce qui constitue un obstacle à l'utilisation des services et un facteur d'appauvrissement, et est associé à un manque d'investissement dans l'offre de soin.

► 1.1. Démographie, pauvreté et structure de l'emploi

Madagascar, la plus grande nation insulaire d'Afrique, est un pays à faible revenu avec l'un des taux de pauvreté les plus élevés au monde malgré ses multiples ressources naturelles.

D'après le dernier recensement de 2018, Madagascar compte plus de 25 millions d'habitants. ⁵ La population de Madagascar vit essentiellement dans les zones rurales (80,7 % de la population habitent en zone rurale) et 83,2 % de l'ensemble des ménages étaient des ménages agricoles en 2018. ⁶ Cette population peine à accéder à des services de base : en 2018, seulement 27,7% de la population avait accès à l'eau de source améliorée, 9,3% à des latrines améliorées gérées en toute sécurité et 36,5% avait accès à l'électricité. ⁷

La population de Madagascar est jeune, avec un âge médian de 18 ans et un âge moyen de 22,4 ans. Le rapport de dépendance démographique (population de moins de 15 ans et de 60 ans et plus, sur la population de 15 à 59 ans) est très élevé, avec un ensemble de 84,3%. Cela a des conséquences importantes pour le financement de la protection sociale, puisque celui-ci repose essentiellement sur l'impôt et/ou les contributions sociales, deux sources de revenu qui dépendent de l'activité économique et de l'assiette d'imposition, eux-mêmes influencés par le volume de la population active, la productivité et la taille de l'économie formelle.

Plus de 91% de la population malgache vivait de moins de 2 USD par jour en 2015, et le revenu mensuel moyen est estimé à 53 500 Ar la même année, soit à peine plus de 13 USD. ⁸ Pour l'ensemble du pays, le ratio de pauvreté matérielle est estimé à 71,5 %. ⁹ La population rurale est particulièrement pauvre : 84,4% de la population rurale est considérée comme pauvre de façon multidimensionnelle. ¹⁰ Cette situation sociale et économique se répercute sur l'index de développement humain (0,528 en 2019) qui était classé 164e sur 189 et se trouvait parmi les plus bas au monde. ¹¹

La population est non seulement touchée par la pauvreté, mais aussi par l'informalité. Neuf emplois occupés sur dix, et 80 % du revenu total des ménages provenaient de l'économie informelle en 2012. ¹² Le milieu rural est le plus touché par l'emploi informel: selon l'enquête périodique auprès des ménages

² 'Stratégie Nationale Sur La Couverture Santé Universelle. Madagascar'.

³ Ministère de la Population, de la Protection Sociale et de la Promotion de la Femme, 'Stratégie Nationale de La Protection Sociale 2019-2023'.

⁴ {Citation}

⁵ INSTAT, 'Résultats Globaux Du Recensement Général de La Population et de l'Habitation de 2018 de Madagascar (RGPH-3)'.

⁶ INSTAT.

⁷ INSTAT, 3.

⁸ ENE 2015

⁹ Institut National de la Statistique, 'Enquête Nationale Sur l'emploi et Le Secteur Informel – ENEMPSI 2012'.

¹⁰ INSTAT, 'Résultats Globaux Du Recensement Général de La Population et de l'Habitation de 2018 de Madagascar (RGPH-3)'.

¹¹ UNDP 2020

¹² Institut National de la Statistique, 'Enquête Nationale Sur l'emploi et Le Secteur Informel – ENEMPSI 2012'.

2010, 75 % des emplois étaient dans les entreprises informelles agricoles.¹³ Les unités économiques informelles recouvrent 85,7 % de l'emploi total. 80 % des malgaches vivent de l'agriculture. Les emplois informels occupent environ 71% des activités sur le marché du travail durant la pandémie de Covid-19.¹⁴

Cette situation est visible à l'échelle de l'économie de Madagascar : En 2012, Le secteur informel marchand non agricole produisait l'équivalent de 24 % du PIB total officiel.¹⁵ Le secteur informel est avant tout constitué de micro-unités, dont la taille moyenne était de 1,4 emploi par unité. Le secteur informel se caractérise par une très grande précarité des conditions d'activité, puisque plus de huit unités de production individuelles sur dix sont abritées dans des installations privées d'accès aux principaux services publics (eau, électricité, téléphone). Cette situation pose un défi à l'État et restreint l'assiette fiscale disponible pour financer le développement économique et social du pays, y compris la protection sociale (voir à ce sujet la section 3.2. de ce rapport).

► 1.2. Situation sanitaire et déterminants de la santé

Malgré une évolution positive des indicateurs de santé depuis 30 ans, la situation sanitaire présente de nombreux défis. L'enquête EDSMD 2021 présente notamment les indicateurs suivants :¹⁶

- La mortalité infantile est stationnaire depuis la dernière enquête en 2008, avec 47 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2021 ;
- La mortalité juvénile a même connu une faible hausse avec 30 décès pour 1 000 naissances vivantes.

Le ratio de décès maternel a chuté depuis 2000, passant de 559 à 335 pour 100 000 en 2017 selon les estimations, en-dessous de la moyenne des pays d'Afrique subsaharienne (534 pour 100 000 en 2017).¹⁷ Pourtant, en 2019 les pathologies néonatales et maternelles représentaient l'une des premières causes d'années perdues à l'espérance de vie ajustées de l'incapacité (*Disability-Adjusted Life Years*, DALYs) avec 12,4% des DALYs totales, avec la diarrhée (12,6%), et avant les infections respiratoires inférieures (7,28%) et la tuberculose (5,2%).¹⁸ Ces pathologies sont évitables et peuvent être prévenues grâce à un meilleur accès aux services de base et aux services de santé, et notamment aux services de santé maternelle et infantile.

En parallèle, des facteurs non-médicaux influencent la santé des populations de Madagascar. Ces déterminants sociaux de la santé incluent notamment le niveau de revenu, l'accès à la protection sociale, le niveau d'éducation, le type d'emploi, qui en retour influencent les conditions de vie (y compris de logement). Au niveau mondial, il est estimé que les déterminants sociaux sont responsables de 30 à 35% de l'état de santé des populations.¹⁹ Une couverture adéquate par les systèmes de protection sociale est donc indispensable pour agir sur la prévention des maladies comme sur le besoin de recourir aux soins.

¹³ Institut National de la Statistique, 'Enquête Périodique Auprès Des Ménages de l'année 2010'.

¹⁴ Institut National de la Statistique et Organisation Internationale du Travail, 'L'Emploi et La Covid-19 à Madagascar'.

¹⁵ Institut National de la Statistique, 'Enquête Nationale Sur l'emploi et Le Secteur Informel – ENEMPSI 2012'.

¹⁶ Institut National de la Statistique (INSTAT) and ICF, 'Madagascar. Enquête Démographique et de Santé (EDSMD-V): Indicateurs Clés 2021'.

¹⁷ Estimations conjointes de l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA et la Banque mondiale, accessibles en ligne : <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.STA.MMRT?locations=MG> (Dernier accès le 07.01.2022)

¹⁸ Projections IHME du fardeau des maladies pour 2019, accessible <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/> (accès le 07.01.2022)

¹⁹ https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1

► 1.3. Pandémie de Covid-19 et phénomènes climatiques extrêmes

La pandémie de COVID-19 n'a pas épargné Madagascar et a eu des répercussions sanitaires importantes, ainsi que sur le système de santé, et sur la croissance économique et l'emploi. Au 25 avril 2022, il y avait eu 64 121 cas de contamination et 1 391 décès liés au coronavirus recensés dans le pays depuis le début de l'épidémie.²⁰

En août 2020, l'INSTAT estimait que le Covid-19 avait davantage impacté les emplois du secteur formel, avec un taux de perte d'emplois liée à la crise sanitaire dans le secteur formel de 0,5% contre 0,2% pour le secteur informel.²¹ La baisse d'activité a également entraîné une baisse du chiffre d'affaire des unités de production familiale (pour 63,5% d'entre elles en août 2020).²² Cependant, plus de données sont nécessaires pour prendre la mesure de l'impact de la pandémie à long terme, y compris sur la perte de revenus.

En parallèle, une crise alimentaire sans précédents sévit actuellement dans le sud de Madagascar, alimentée par la crise climatique. La région d'Anosy, ciblée par le programme conjoint SDG Fund (« FANAVOTSE »), mis en œuvre conjointement par l'UNICEF, le FNUAP, le PAM et l'OIT entre 2019 et 2022, est durement touchée. Ainsi fin 2021, à Madagascar, au moins 1,3 million de personnes dont 30 000 souffrant de la faim avaient besoin d'une aide alimentaire et nutritionnelle d'urgence dans le Sud de Madagascar.²³ En particulier on estime que 500 000 enfants souffrent de malnutrition et 110 000 d'entre eux risquent de perdre la vie s'ils ne reçoivent pas d'aide. Depuis février 2022, la guerre en Ukraine aggrave encore davantage la situation puisque 62% des importations de blé à Madagascar proviennent de Russie.²⁴ Cette situation met en péril l'état de santé de la population et appelle à un soutien multisectoriel.

De même Madagascar est particulièrement vulnérable aux risques naturels tels que les cyclones et les inondations. Au-delà des impacts humains directs dévastateurs, elles ont des conséquences sur la santé sur le long terme (maladies transmises par l'eau par exemple, mais également destruction des infrastructures sanitaires) et elles alimentent la crise alimentaire en ravageant les productions agricoles et en impactant l'approvisionnement des marchés.

► 1.4. Offre de soins

Face à un état de santé de la population à améliorer, l'offre de soins présente de nombreuses lacunes. L'OMS note que les structures de soins ne sont pas toujours fonctionnelles. Le manque de personnel, mais également la vétusté pour une grande partie des locaux, concourent à une qualité de services limitée (réf OMS 2018).

En effet, en 2018, il y avait seulement 0,2 médecins et 0,3 infirmiers et sage-femmes pour 1 000 habitants à Madagascar (données OMS *Global Health Observatory* 2022), très loin de la valeur seuil de 4,45 docteurs, infirmiers et sage-femmes pour 1 000 habitants mentionnés dans la cible des ODD comme densité minimum des personnels de santé.

Plus de détails sur l'offre de soins seront donnés dans la section 2.

²⁰ Estimations REUTERS : <https://graphics.reuters.com/world-coronavirus-tracker-and-maps/fr/countries-and-territories/madagascar/>. Site consulté le 25 avril 2022.

²¹ Institut National de la Statistique et Organisation International du Travail, 'L'Emploi et La Covid-19 à Madagascar'.

²² Institut National de la Statistique et Organisation International du Travail.

²³ <https://news.un.org/fr/story/2021/12/1111402>

²⁴ Données UNCTAD 2022 : https://unctad.org/system/files/official-document/osginf2022d1_en.pdf

► 1.5. Système de protection sociale en santé ²⁵

C'est dans ce contexte difficile que le Gouvernement de Madagascar tente d'étendre la protection sociale, y compris la couverture santé, à sa population. Pour mémoire, la protection sociale n'est pas seulement la garantie d'une protection financière contre les coûts, parfois catastrophiques, des services de santé. Elle permet également de garantir l'accès effectif à ces services et agit sur les déterminants sociaux de la santé, et donc sur la prévention des pathologies. La protection sociale participe donc à maintenir un bon état de santé de la population, lui permettant de prendre part à des activités productives et génératrices de revenus. C'est pourquoi les Etats Membres de l'OIT ont récemment rappelé l'importance de mettre en œuvre la protection sociale universelle (voir encadré 1).

► Encadré 1 : La protection sociale universelle, un engagement fort ²⁶

En juin 2021, la Conférence Internationale du Travail a adopté deux documents qui insistent sur l'importance de systèmes de protection sociale universels fondés sur les droits pour garantir que le droit à la sécurité sociale soit une réalité pour tous.

Dans leur [Appel mondial à l'action en vue d'une reprise centrée sur l'humain pour sortir de la crise du COVID-19](#), les gouvernements et les organisations d'employeurs et de travailleurs des 187 États Membres de l'OIT se sont engagés à «[p]arvenir à l'accès universel à une protection sociale complète, adéquate et durable, y compris à des socles de protection sociale définis au niveau national, qui assure au minimum à toute personne dans le besoin, tout au long de la vie, une sécurité élémentaire de revenu et un accès aux soins de santé essentiels, reconnaissant ainsi que le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible est plus important que jamais» (paragr. 11.C. a)).

Les [Conclusions concernant la deuxième discussion récurrente sur la protection sociale \(sécurité sociale\)](#) invitent les États Membres de l'OIT à faire en sorte que les mesures visant à renforcer des systèmes de protection sociale fondés sur les droits qui soient adéquats et durables et qui incluent tous les travailleurs et toutes les entreprises tiennent compte de l'évolution du monde du travail et s'articulent avec des politiques de l'emploi, des politiques du marché du travail et des politiques d'insertion actives en vue de promouvoir le travail décent et de favoriser la transition vers l'économie formelle. Cela suppose notamment de mieux couvrir les personnes qui ne le sont pas encore suffisamment, en garantissant l'accès à une protection sociale adéquate à tous les travailleurs, quel que soit leur type d'emploi, et en rendant les systèmes de protection sociale plus inclusifs et plus à même de concourir à la réussite des stratégies nationales de transition vers l'économie formelle (points 13 c) et d)).

A Madagascar, il existe pour l'instant plusieurs mécanismes offrant une protection inégale et morcelée, pour une protection effective limitée. Ainsi l'accès aux mécanismes de protection sociale, notamment en santé, est un impératif urgent à Madagascar.

La deuxième section de ce rapport dresse un état des lieux des garanties en droit pour la protection sociale en santé à Madagascar ainsi que du caractère adéquat des prestations, et rappelle le rôle de la protection sociale en santé dans la lutte contre la pauvreté. La troisième section met en lumière les efforts récents du Gouvernement et tire des enseignements des récentes enquêtes et expériences pilotées par l'OIT dans le pays pour l'opérationnalisation de la protection sociale en santé à Madagascar. Elle donne enfin le coût de différentes options pour étendre la couverture de protection sociale en santé.

²⁵ Lang, E., P. Saint-Firmin, A. Olivetti, M. Rakotomalala and A. Dutta., 'Analyse Du Système de Financement de La Santé à Madagascar Pour Guider de Futures Réformes, Notamment La CSU'.

²⁶ OIT, 'Rapport Mondial Sur La Protection Sociale 2020-2022: La Protection Sociale à La Croisée Des Chemins – Bâtir Un Avenir Meilleur'.



2

2. La protection sociale en santé à Madagascar : état des lieux

Le système de protection sociale en santé de Madagascar est très fragmenté. Les mécanismes existants²⁷ fonctionnent de façon ad hoc et rencontrent des problèmes de mise en œuvre importants.

Ainsi, actuellement, la règle générale est le paiement direct au moment de l'accès aux soins, avec contribution au programme « FANOME » (voir ci-dessous). Par ailleurs, des exemptions et subventions existent pour certains services (consultations gratuites au niveau des formations sanitaires de base ; ou encore vaccination, dépistage prise en charge de la tuberculose, du VIH/Sida, du paludisme, des maladies tropicales négligées et des infections sexuellement transmissibles).²⁸

Dans ce contexte, la présente section détaille l'état de la couverture légale et la protection effective des populations, et examine le caractère adéquat des prestations garanties.

► 2.1. Des garanties légales incomplètes et un écart entre couverture en droit et protection effective de la population

2.1.1. Une couverture en droit incomplète

A Madagascar, la protection financière en santé est une garantie constitutionnelle. Cependant, le droit à la protection sociale en santé n'est pas traduit dans les lois nationales pour tous les groupes de population, et de la même façon. La couverture légale de la population laisse donc de nombreux groupes sans protection. L'encadré 2 rappelle les grandes lignes des standards internationaux en la matière.

► Encadré 2: Rappel sur les standards internationaux en matière de protection sociale en santé

La protection sociale en santé offre une approche basée sur les droits vers l'objectif de couverture sanitaire universelle. La Recommandation (n° 202) sur les socles de protection sociale, 2012 rappelle que « Les garanties élémentaires de sécurité sociale devraient être instaurées par la loi ».

Les standards internationaux font également de l'universalité de la protection sociale un principe directeur :^{29 30}

- En particulier, la Recommandation (n° 69) sur les soins médicaux, 1944, introduit ce principe, disposant que le service de soins médicaux devrait englober tous les membres de la collectivité «qu'ils exercent ou non une occupation lucrative» (paragr. 8).

²⁷ Régime des agents de l'État, SMIE ayant étendu leur mandat au-delà de la santé au travail de façon aléatoire pour les employés du secteur privé formel, fonds d'équité pour les plus démunis, mutuelles volontaires.

²⁸ Organisation Internationale du Travail, 'Etendre La Protection Sociale En Santé à Toute La Population de Madagascar'.

²⁹ ILO, 'World Social Protection Report 2020-22: Regional Companion Report for the Middle East and North Africa (MENA) Region'.

³⁰ ILO, 'World Social Protection Report 2020-22: Regional Companion Report for Africa'.

- La Recommandation (n° 202) sur les socles de protection sociale, 2012 réitère le principe d'universalité et précise que l'Etat devra apporter des garanties élémentaires de sécurité sociale à l'ensemble de la population, comprenant au moins quatre garanties de base, y compris l'accès aux soins de santé.

L'inscription légale, si elle n'est pas suffisante à garantir la protection effective, est une condition nécessaire pour que soit réalisé le droit à la protection sociale. Les standards internationaux rappellent la responsabilité première de l'Etat à cet égard. En outre, l'Etat doit collecter et allouer les ressources nécessaires pour pouvoir rendre effective la protection garantie par la loi nationale.³¹

La Constitution de Madagascar dispose que « *L'État reconnaît et organise pour tout individu le droit à la protection de sa santé dès sa conception, par l'organisation des soins publics gratuits, dont la gratuité résulte de la capacité de la solidarité nationale.* »³², ainsi que « *L'Etat assure la protection de la famille pour son libre épanouissement ainsi que celle de la mère et de l'enfant par une législation et par des institutions sociales appropriées* ». ³³

En complément de cette garantie constitutionnelle, les lois garantissent l'accès à la santé pour certains groupes de la population, tel que décrit dans le tableau 1. Tandis que les droits des fonctionnaires et retraités de la fonction publique, ainsi que les militaires et leurs familles, relatifs à la prise en charge des frais médicaux sont garantis par la loi, les droits de leurs familles ainsi que des agents de l'Etat sont protégés par un décret. La prise en charge des soins de maternité pour les femmes des ménages de l'économie formelle est garantie par le Code du Travail.

Au total, **on estime qu'environ 5,2% de la population était effectivement couverte par des dispositions légales en 2018**, en complément de la garantie constitutionnelle, pour au moins une forme de protection sociale en santé (générale ou maternité). A noter que la protection des femmes des ménages de l'économie formelle est très limitée puisqu'elle s'arrête à la maternité. Ainsi, le reste de la population n'est pas couverte légalement, et les dispositions constitutionnelles visant à garantir un accès aux soins gratuits pour toute la population ne sont pas organisées par la loi.

Dans ces circonstances, en l'absence d'autres mécanismes, les services de médecine du travail ont étendus leurs services pour offrir des soins de santé de niveau primaire aux travailleurs du secteur privé formel et à leurs familles. Le tableau 2 en récapitule les provisions légales.

De même, tandis que les droits des travailleurs de l'économie privée formelle relatifs à la médecine du travail sont garantis par le Code du Travail, les droits de leurs familles ainsi que des agents de l'Etat sont protégés par un décret. Au total **seulement 5,55% de la population de Madagascar est couverte en droit pour une forme de services médicaux au travail**. En outre, cette protection ne peut être assimilée celle de la protection sociale en santé. La médecine du travail concerne essentiellement les soins préventifs (voir section suivante).

Comme mentionné dans le tableau 3, le Décret N° 2003/1040 réfère à l'utilisation des fonds issus du « FANOME » pour faciliter l'accessibilité aux soins. Il fait mention des « démunis ». Cependant, aucune définition des démunis n'est fournie. Ainsi cette mention ne peut être assimilée à la création d'un droit opposable pour la population cible à Madagascar. La SN-CSU évoque une cible de 1% de la population totale pouvant être considérée comme démunie.³⁴ Cette valeur cible servira de référence pour la suite du rapport (bien qu'elle soit en décalage notamment avec les statistiques nationales en termes de pauvreté et d'extrême pauvreté).

³¹ ILO, 'Towards Universal Health Coverage: Social Health Protection Principles'.

³² Article 19, Constitution de la IVe République 2010, Madagascar

³³ Article 21, Constitution de la IVe République 2010, Madagascar

³⁴ 'Stratégie Nationale Sur La Couverture Santé Universelle. Madagascar'.

► **Tableau 1 : Couverture en droit pour la protection sociale en santé (voir hypothèses et sources en annexe)**

Population cible	Proportion de la population totale	Source(s) de droit	Détails
Fonctionnaires, retraités et agents non encadrés de l'Etat et leurs familles	872 923 personnes ou 3,4% de la population en 2018	Loi n° 2003-011 Portant Statut Général des Fonctionnaires	Article 36 : « L'Administration prend en charge et en totalité les frais médicaux ainsi que les frais d'hospitalisation des fonctionnaires traités dans les centres médico-sociaux et dans les formations sanitaires publiques. Des dispositions particulières sont prises à l'égard des formations sanitaires privées agréées par l'Etat. L'évacuation sanitaire à l'intérieur ou à l'extérieur du territoire national est prise en charge par l'Administration. Les dispositions de l'alinéa premier ci-dessus sont étendues au conjoint et aux enfants à charge du fonctionnaire et des retraités de la fonction publique. »
		Décret N° 94-077 Fixant le régime des soins médicaux, d'hospitalisation, d'évacuation sanitaire des fonctionnaires et des agents non encadrés de l'Etat	Article 1er : « Les fonctionnaires et agents non encadrés de l'Etat occupant un emploi dans les Ministères, Institutions, Etablissements Publics et Collectivités Territoriales Décentralisées peuvent être admis à séjourner dans un établissement hospitalier public où sont organisés des lits payants ou dans une formation sanitaire semi-administrative agréée par l'Etat et bénéficient de la gratuité des frais médicaux et des frais d'hospitalisation. » Article 7 : « Les dispositions des articles précédents sont étendues au conjoint légitime et aux enfants à la charge du fonctionnaire ou de l'agent non encadré de l'Etat. »
Militaires et leurs familles		Loi N° 96-029 du 6 décembre 1996 portant statut général des militaires	Article 36 : « Les militaires et leurs familles ont droit de se faire soigner auprès des services de santé des Forces armées et à défaut auprès de tout établissement sanitaire public. »
Femmes en âge de procréer dans les ménages formels privés	447 630 femmes soit 1,7% de la population en 2018	Loi N° 2003 -044 Portant Code du Travail	Article 97 : « ...[toute femme enceinte] a le droit pendant cette période, ³⁵ à la charge de la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale ou, à défaut, à la charge de l'employeur, au remboursement des frais d'accouchement et le cas échéant, des soins médicaux, dans la limite des tarifs des formations sanitaires »
Total	5,2% de la population en 2018		

Source : OIT, propres calculs sur la base des données RGPH-3

³⁵ Selon l'article 97 du Code du Travail : « Quatorze (14) semaines consécutives dont huit (08) semaines postérieures à la délivrance. [...] peut être prolongée de trois (03) semaines en cas de maladie dûment constatée et résultant de la grossesse ou des couches. »

► **Tableau 2: Couverture en droit pour les services médicaux du travail (voir hypothèses et sources en annexe)**

Population cible	Effectif et proportion de la population couverte	Source(s) de droit	Détails
Travailleurs de l'économie privée formelle et les membres de leur famille	Travailleurs de l'économie privée formelle uniquement : 399 295 personnes soit 1,6% de la population totale en 2018	Loi N° 2003 -044 Portant Code du Travail	Article 128. « Le service médical du travail a pour mission de prévenir toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, en particulier de surveiller les conditions d'hygiène et de sécurité sur les lieux de travail. Son rôle est prioritairement préventif. » Article 130 : « Toute personne physique ou morale exerçant une activité de quelque nature que ce soit et employant un ou plusieurs travailleurs est tenu de leur assurer les prestations médico-sanitaires telles que définies à l'article 128 ci-dessus. Par contribution volontaire, les travailleurs indépendants et les professions libérales peuvent bénéficier des prestations du service médical du travail de leur zone géographique. »
	Total des travailleurs de l'économie privée formelle et leurs familles : 1 412 080 personnes soit 5,5% de la population en 2018	Décret N° 2003-1162 régissant la médecine d'entreprise, modifié par le Décret n° 2011-631 organisant la médecine d'entreprise	Article 2 : « Lorsque le nombre de Travailleurs ou l'éloignement géographique ne justifie pas la création ou le fonctionnement normal d'un Service Médical du Travail, les prestations définies au présent texte sont délivrées, aux frais des Employeurs, par les Services Médicaux de l'Etat, dans le cadre de Conventions de Soins. Article 5 : « La Médecine d'Entreprise assure gratuitement la fourniture des prestations médicales selon la Politique Nationale de la Santé : a) - aux travailleurs et aux membres de leur famille : - soins et éducation préventive ; - soins aux travailleurs malades et aux membres de la famille des travailleurs tels que ceux-ci sont définis à l'Article 3 alinéa a ci-dessus, éventuellement, leur évacuation sanitaire sur la formation médicale la plus proche ; b) - aux Travailleurs uniquement : - visite médicale systématique ; - alimentation des travailleurs malades soignés sur place dans un endroit isolé en attendant leur évacuation ; - éducation des Travailleurs en matière d'Hygiène et de Sécurité au Travail ; - formation en secourisme : au moins 1 secouriste par tranche de cinquante (50) travailleurs ; - visite sur place pour examen des conditions de travail ; - prévention et sensibilisation en matière des IST/SIDA »
Travailleurs indépendants et professions libérales	11 710 en 2018 selon ILOSTAT soit 0,05% de la population totale	Loi N° 2003 -044 Portant Code du Travail	« Par contribution volontaire, les travailleurs indépendants et les professions libérales peuvent bénéficier des prestations du service médical du travail de leur zone géographique. »
Total population couverte	1 423 790 personnes soit 5,55% de la population totale		

Source : OIT, propres calculs sur la base des données RGPH-3

► **Tableau 3: Autre régime mentionné par une source de droit (voir hypothèses et sources en annexe)**

Population cible	Source(s) de droit	Détails
« Démunis » pris en charge avec le FANOME	Décret N° 2003/1040 en date du 14 octobre 2003 portant institution de la Mise à Contribution des Utilisateurs dénommée « FANOME » dans toutes les Formations Sanitaires Publiques. Arrêté Interministériel n° 5228 /2004 relatif à la mise en application, au niveau des Formations Sanitaires Publiques de Base, du Décret n°2003-1040 du 14 Octobre 2003	Article 2 de l'Arrêté Interministériel n° 5228 /2004 : « Dans les Centres de Santé de Base, les fonds collectés issus du « FANOME » permettent: - d'assurer la disponibilité permanente en médicaments essentiels dans les formations sanitaires publiques de base ; - de faciliter l'accessibilité de la population, y compris les démunis, aux soins. »

Autres mécanismes sans base légale

Parallèlement, différents dispositifs offrent une protection financière sans garanties en droit: il s'agit notamment des programmes de gratuité, et des mutuelles volontaires.

Gratuités de certaines interventions ciblées

Il s'agit de la prise en charge, pour toute la population ou pour certaines classes d'âge et selon le sexe, de programmes verticaux mis conjointement en œuvre par le Gouvernement et les partenaires techniques et financiers. On compte notamment :

- Les soins préventifs rentrant dans le cadre du Programme Elargi de Vaccination (PEV),
- La Planification Familiale (PF),
- La prévention et prise en charge du VIH/SIDA,
- La prise en charge des cas de malnutrition aigüe modérée et sévère,
- La prise en charge des cas de paludisme chez les enfants de moins de 5 ans,
- La prise en charge des cas de fistules obstétricales,
- Le traitement de la lèpre, de la tuberculose et des cas de peste.

Dans le cadre de la gratuité ces services sont gratuits au niveau des Centres de Santé de Base (CSB). Cependant peu de données sont disponibles sur le nombre total de personnes ciblées par ces mécanismes.

Pour la Santé Reproductive Maternelle Néonatale Infantile et des Adolescents et la Nutrition (SRMIN-A), en 2018, les gratuités représentaient 437 Milliards MGA, dont 34% financés par le Fonds Mondial, puis 17% par la Banque Mondiale, 16% pour GAVI, 11% par l'UNICEF, et 6% par USAID (Mapping des ressources, Dossier d'Investissement SRMINA-N), le reste étant pris en charge par l'Etat Malagasy et d'autres partenaires financiers.³⁶

Mutuelles volontaires

Les mutuelles sont présentes dans la plupart des régions de Madagascar. On trouve surtout deux types principaux : les mutuelles communautaires et celles liées à des institutions de microfinance (comme VAHATRA ou MAMPITA). Dans les deux cas, l'adhésion se fait sur base volontaire.

Un grand nombre des mutuelles présentes sont nées dans les années 2010 sous l'impulsion d'ONGs internationales, comme l'ONG Positive Planet, et sont maintenant autonomes. En 2019, les principales mutuelles se sont regroupées au sein de la Fédération nationale des mutuelles de santé à Madagascar, baptisée « MIARA-MIAHY ». Font partie de cette fédération les mutuelles suivantes : AFAFI, Adéfi Santé, MAHAVELONA, TSIHAROFY, VAHATRA, MAMPITA et Ambositra Miray Salama.

³⁶ Eli Ramamonjisoa, 'Analyse Du Mécanisme de Financement de La Santé à Madagascar'.

Le tableau ci-dessous fait état des principales mutuelles et leur nombre de bénéficiaires. Au total, 207 000 personnes, soit 0,8% de la population malagasy, seraient couvertes par les principales mutuelles de santé présentes à Madagascar.

► **Tableau 4: Caractéristiques des principales mutuelles à Madagascar**

Nom de la structure	Région d'intervention	Prise en charge	Nombre de bénéficiaires (2022 ou dernière année disponible)
HARENA ³⁷	Régions d'Analamanga, Bongolava, Itasy, Vakinankaratra, Haute matsiatra, Amoron'mania, Boeny, Betsibok, Anosy, Sofia, Analanjirofo, Atsinanana, Mangoro, Diana.	Prise en charge à hauteur de 60% pour les consultations générales chez les médecins prestataires, 60% achat de médicaments aux pharmacies et 60 % de l'hospitalisation.	Plus de 50 000 bénéficiaires en 2020.
ADEFI ³⁸	<i>Pas d'informations</i>	Prise en charge d'au moins 70% pour les divers soins et de 90% pour les frais d'hospitalisation.	50 000 personnes en 2013.
VAHATRA ³⁹	Toute la région Vakinankaratra	Prise en charge en cas d'hospitalisation non prévisible et baisse tarifaire dans certaines pharmacies.	41 256 bénéficiaires en 2015 (?).
AFAFI ⁴⁰	Zones péri-urbaine et semi-rurale dans les régions suivantes : Analamanga, Ambohidratrimo, Ankazobe, Atsimondrano, Avaradrano, CUA, Manjakandriana, Itasy, Bongolava, Haute Matsiatra.	Prise en charge de « tout ou une partie des dépenses de soins chez nos prestataires de soins » (remboursement ou tiers payant selon les offres et prestataires). Et 5 à 10% de réduction dans les pharmacies partenaires.	Plus de 41 000 personnes bénéficiaires fin 2021.
MAHAVELONA ⁴¹	Sava	Accouchement, hospitalisation, chirurgie (100%) et frais médicaux de consultation, dentisterie, ophtalmologie et radiologie (80%) et médicaments sont couverts à 70%.	16 500 personnes en 2018.
TSIHAROFY	Région Diana et Sofia, sur les quatre districts (Ambanja, Ambilobe, Nosy Bé et de Bealanana).	<i>Pas d'informations</i>	5 200 bénéficiaires en 2022.
TOHANA ⁴²	Antananarivo.	<i>Pas d'informations</i>	730 familles (Antananarivo) en 2020, soit environ 3 577 personnes.
AMBOSITRA MIRAY SALAMA	<i>Pas d'informations</i>	<i>Pas d'informations</i>	<i>Pas d'informations</i>

Source : OIT, d'après sites Internet des structures mentionnées

A noter que la liste ci-dessus n'est pas exhaustive et que davantage d'informations seraient nécessaires afin de constituer un diagnostic complet des mutuelles existantes, selon leur type de fonctionnement, leur niveau de professionnalisation, les prestations garanties et le volume de bénéficiaires total.

³⁷ <https://mutuelle-harena.com/qui-sommes-nous/>

³⁸ Emilie Pleuvret, Elise Juguet, Ibrahim Raharison, 'Étude Sur Le Développement de l'entrepreneuriat Social à Madagascar'.

³⁹ <https://www.oscage.org/qui-sommes-nous/membres/ong-vahatra/>

⁴⁰ <https://afafi-mutuelle.mg/que-fait-afafi/>

⁴¹ <http://www.lagazette-dgi.com/?p=9229>

⁴² <https://fr.allafrica.com/stories/202006250386.html>

2.1.2. Ecart entre couverture en droit et en pratique

La couverture légale est une condition nécessaire mais pas suffisante pour garantir une protection effective aux populations.⁴³ La connaissance des droits, ainsi que de la façon de les exercer, est également importante. La distance et les procédures administratives complexes peuvent aussi constituer des obstacles à l'affiliation, et donc à la protection effective de la population.

D'après les données disponibles, au total, seulement 10,2% de la population est effectivement protégée par une forme de protection sociale en santé ou médecine du travail (voir tableau ci-dessous).

► **Tableau 5 : Protection effective par groupe de population par des mécanismes de protection sociale en santé ou médecine du travail, en % de la population cible et de la population totale en 2018**

	% de la population cible effectivement affiliée	% de la population totale
Protection prévue par la loi		
Fonctionnaires, retraités et agents non encadrés de l'Etat et leurs familles	100%	3,4%
Femmes en âge de procréer dans les ménages formels privés	27%	0,5%
Protection non prévue par la loi		
Travailleurs de l'économie privée formelle et les membres de leur famille	93%	5,1%
Mutuelles de santé	0,84% ⁴⁴	0,81% ⁴⁵
Gratuité	Pas de données	Pas de données
Fonds d'équité FANOME	37% ⁴⁶	0,37% ⁴⁷
TOTAL pourcentage de la population protégée par une forme de protection sociale en santé ou services de médecine du travail		10,2%

Données : OIT, propres calculs sur la base des données RGPH-3

Les constats suivants peuvent être tirés pour chacun des mécanismes :

Fonctionnaires et agents non encadrés de l'Etat et leurs familles

En principe, 100% de la population est effectivement protégée par ce régime. Cependant, il n'y a pas de données sur la connaissance des droits et leur utilisation par les personnes concernées. Les données sur le coût de ce régime pour l'Etat ne sont également pas disponibles.⁴⁸

Femmes en âge de procréer dans les ménages formels privés

Moins d'un tiers de la population cible est effectivement affiliée. De la même façon que pour les Fonctionnaires et agents non encadrés de l'Etat et leurs familles, il existe peu de données sur la connaissance de ce droit par les femmes concernées.

⁴³ ILO, *World Social Protection Report 2020–22: Social Protection at the Crossroads – in Pursuit of a Better Future*.

⁴⁴ En estimant que la population cible est constituée de l'ensemble des ménages de l'économie formelle privée et informelle, sur la base du décompte du nombre de bénéficiaires des mutuelles effectué dans ce rapport.

⁴⁵ Sur la base du décompte du nombre de bénéficiaires des mutuelles effectué dans ce rapport.

⁴⁶ En considérant une population cible de 1% de la population de Madagascar comme visé dans la SNCSU et non l'ensemble de la population démunie à Madagascar.

⁴⁷ Donnée SNFS

⁴⁸ La Direction Générale des Finances et des Affaires Générales du Ministère de l'Économie et des Finances, chargée du traitement des dossiers de tous les fonctionnaires demandant le remboursement des frais médicaux, ne nous a pas transmis ces données.

Travailleurs de l'économie privée formelle et les membres de leur famille

Bien que les derniers chiffres communiqués par le Ministère du Travail montrent une large couverture des ménages de l'économie formelle par la médecine du travail (1 306 460 personnes affiliées aux SMIE/SMA, dont les travailleurs et leurs dépendants – ce qui correspond à 93% de la population cible en 2020), il semble que la non-mise en conformité des entreprises, ainsi que des obstacles notamment géographiques subsistent. Comme montré dans l'encadré 4 ci-dessous, de nombreuses régions ne disposent d'aucun SMIE, ce qui limite leur couverture.

► Encadré 3 : Les services médicaux du travail à Madagascar

- Les Services Médicaux Inter-Entreprises (SMIE) sont des associations d'entreprises privées à but non lucratives et chargées de la médecine du travail. Les employeurs sont tenus de participer à la création d'un SMIE lorsqu'ils sont situés au-delà du rayon de trente kilomètres d'un SMIE existant ou dans une localité où l'emploi de travailleurs rend nécessaire la création d'un tel service. La création d'un SMIE est obligatoire dans le cas de l'emploi par les entreprises de plus de 1 500 travailleurs dans le rayon d'action de 30 kilomètres.⁴⁹

Quelques SMIE ont aussi des antennes qui sont intégrées au sein d'entreprises affiliées. Dans ce cas, le SMIE met à la disposition de l'employeur du personnel et du matériel médical. L'employeur fournit un espace au sein de l'entreprise.

- Les Services Médicaux Autonomes d'Entreprises (SMAE) sont des services de santé au travail implantés au sein même des établissements des entreprises. Le Ministre chargé du Travail peut autoriser la création de SMAE en cas d'isolement géographique des établissements.⁵⁰

En réalité, il est probable que l'écart entre personnes couvertes par des dispositions légales pour la médecine du travail et couverture effective par un SMIE/SMAE soit plus important. En effet, dans une étude réalisée par l'OIT en 2018 pour les domaines du BTP, commerce et tourisme, il apparaît qu'un grand nombre d'employés ne sont pas affiliés :

- Dans le secteur du BTP par exemple, 27,6% des travailleurs, dont une partie en situation d'emploi précaire, ne sont affiliés ni à la CNaPS ni aux SMIE.⁵¹ 5% des entreprises enquêtées inscrivent la totalité de leurs employés aux SMIE. Une des raisons possibles est la nature de « semi-informalité »⁵² de certaines entreprises, qui rend parfois l'affiliation des travailleurs aux SMIE difficile.
- Dans le secteur du tourisme, seulement 22% des entreprises déclarent avoir affilié la totalité ou une partie de leurs travailleurs à un SMIE.
- Dans les domaines du BTP, commerce et tourisme, ce sont près de 37,2% des employés qui ne sont pas couverts par un SMIE.⁵³ Les causes sont non seulement la non-affiliation mais également le non-paiement des cotisations à ces structures.

Bien que certaines des entreprises affirment payer les soins médicaux des travailleurs directement, la prise en charge reste en réalité limitée au niveau du montant. En outre, on peut imaginer que la protection reste limitée au seul travailleur, à l'exclusion des membres de sa famille. Dans le BTP par exemple, il n'y a que 35% des travailleurs qui déclarent être pris en charge de cette façon.⁵⁴

De nombreuses lacunes empêchent réellement d'attirer des employeurs et des travailleurs à s'affilier à la CNaPS et aux SMIE. Les contributions à payer paraissent parfois importantes aux yeux des travailleurs. Concernant les SMIE, le système actuel ne permet pas l'affiliation de la majorité des entreprises

⁴⁹ Organisation Internationale du Travail, 'Evaluation Des Services de Santé Au Travail à Madagascar. Étude de Cas'.

⁵⁰ Article 18 Décret 2003-1162.

⁵¹ Organisation Internationale du Travail, '«Diagnostic Approfondi Sur l'application Des Principes et Droits Fondamentaux Au Travail et de La Santé et Sécurité Au Travail Dans Des Secteurs d'activités Économiques de Madagascar». Rapport Final'.

⁵² Entreprises semi-informelles : regroupe d'une part les entreprises ayant un statut juridique et n'étant pas affiliées aux institutions de sécurité sociale (CNaPS et SMIE), et d'autre part les entreprises sans statut juridique, mais qui arrivent quand même à payer des impôts, notamment des taxes communales.

⁵³ Organisation Internationale du Travail, '«Diagnostic Approfondi Sur l'application Des Principes et Droits Fondamentaux Au Travail et de La Santé et Sécurité Au Travail Dans Des Secteurs d'activités Économiques de Madagascar». Rapport Final'.

⁵⁴ Organisation Internationale du Travail.

informelles régularisées (ayant un statut juridique) pour deux raisons principales : (1) le niveau de salaire réel est généralement inférieur au salaire minimum légal ; (2) il n'y a pas de salariés et de bulletin de paie dans les TPE/PME informelles.⁵⁵

Fonds d'équité

La définition des personnes démunies cibles du programme n'étant pas claire, et les listes de bénéficiaires étant établies au niveau des communautés (à partir du Fokontany, et leur nombre est fixé par la commune, en concertation avec le Chef CSB et le Comité de Gestion⁵⁶), sans que les critères utilisés ne soient précisés, il est difficile d'évaluer si les personnes concernées par le Fonds d'Équité sont effectivement protégées. De même il semble que la complexité de la procédure pour l'établissement des listes constitue un obstacle pour leur effectivité.⁵⁷ Ainsi, si l'on considère que seulement 0,37% de la population malgache est effectivement protégée, ainsi que la cible de 1% de la population malgache couverte mentionnée dans la SNCSU⁵⁸, seulement 37% de la population cible est protégée (voir tableau 5 ci-dessus). On peut penser que ce pourcentage est loin de couvrir l'ensemble de la population démunie à Madagascar.

Une enquête de l'OIT a d'ailleurs soulevé ce problème,⁵⁹ et montré que cette liste ne fait pas l'unanimité au sein de la population. Dans la zone d'étude (Anosy), une liste des personnes vulnérables a été établie par la mairie et transmise auprès des centres. La commune en compte environ 200 individus. La liste a été établie suivant les critères de vulnérabilité communiqués par le Ministère de la Population. Cela provoque des mécontentements, car d'une part, le Ministère a limité le nombre des personnes à y intégrer pour chaque fokontany, et d'autre part, l'amplification du kere (période de sécheresse) a rapidement augmenté le nombre des personnes vulnérables répondant aux critères mais qui ne sont pas dans la liste au moment de son établissement.

► Encadré 4: Protection des ménages des zones rurale et urbaine par un mécanisme de protection sociale

Diverses études menées auprès des populations viennent confirmer le caractère limité de la couverture des ménages des zones rurale et urbaine. En particulier :

- L'étude de l'OIT sur les perceptions et les attentes des ménages dépendants de l'économie informelle vis-à-vis de l'accès à la santé dans la Région d'Anosy réalisée fin 2021⁶⁰ révèle que **89,5% des membres de ménage en emploi interrogés ne bénéficient d'aucun régime de protection sociale**. De même seulement 5,5% des travailleurs en emploi informel qui savent ce qu'est une protection sociale en santé déclarent être affiliés à un tel régime. Ce très faible taux fait écho aux lacunes de la couverture observées au niveau national.
- En 2018, l'OIT a réalisé une étude de diagnostic approfondi sur l'application des principes et droits fondamentaux au travail et de la santé et sécurité au travail dans des secteurs d'activités économiques de Madagascar⁶¹ dans les secteurs du BTP, du commerce et du tourisme. L'étude montre que moins de **20% des travailleurs de ces secteurs seulement sont couverts par un dispositif de protection sociale (assurance collective, CNaPS, SMIE)**. En particulier 86,52% des entreprises ne sont pas affiliées aux SMIE dans les secteurs concernés.

⁵⁵ Organisation Internationale du Travail.

⁵⁶ Eli Ramamonjisoa, 'Analyse Du Mécanisme de Financement de La Santé à Madagascar'.

⁵⁷ Eli Ramamonjisoa.

⁵⁸ 'Stratégie Nationale Sur La Couverture Santé Universelle. Madagascar'.

⁵⁹ Organisation Internationale du Travail, 'Etude Sur Les Perceptions et Les Attentes Des Ménages Dépendants de l'économie Informelle Vis-à-Vis de l'accès à La Santé Dans La Région d'Anosy'.

⁶⁰ Organisation Internationale du Travail.

⁶¹ Organisation Internationale du Travail, '«Diagnostic Approfondi Sur l'application Des Principes et Droits Fondamentaux Au Travail et de La Santé et Sécurité Au Travail Dans Des Secteurs d'activités Économiques de Madagascar». Rapport Final'.

Gratuité

Là encore, peu de données sont disponibles sur l'effectivité de la gratuité. En principe, toutes les consultations des CSB sont gratuites, et le patient ne paie que pour certains médicaments. Mais l'accès effectif au dispositif, y compris parmi les différents groupes de population, reste à documenter.⁶²

Mutuelles volontaires

Bien que théoriquement, elles s'adressent à l'ensemble de la population en situation informelle, les mutuelles de santé couvrent moins de 1% de la population générale. Parmi les différentes causes, on peut compter leur présence géographique limitée et le caractère volontaire de l'adhésion limitant leurs taux de pénétration.⁶³

Ainsi l'inscription légale et la couverture effective sont des éléments importants pour permettre à la population d'exercer son droit à la protection sociale en santé. Malheureusement, elles ne sont pas suffisantes pour garantir l'accès effectif à des services de santé de qualité sans difficulté financière. Dans ce cadre il convient d'adopter des garanties de droit qui viennent préciser l'étendue des prestations offertes, ainsi que de mettre en œuvre des mesures concrètes permettant la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des services de santé. Sans cela la CSU ne peut être réalisée.

► 2.2. Des prestations non adéquates

La présente section examine dans quelle mesure les prestations de santé sont inscrites dans le cadre de droit à Madagascar, ainsi que l'état de la couverture des services de santé et enfin examine l'étendue de la protection financière en résultant.

2.2.1. Prestations couvertes d'après les sources de droit

L'inscription légale des éléments déterminant le caractère adéquat des prestations, pour chaque régime de protection sociale en santé, est essentielle. Ce caractère adéquat est défini à travers trois dimensions : les paniers de soins, les coûts couverts, et les réseaux de prestataires de santé.⁶⁴

► Encadré 5: Rappel sur les standards internationaux en matière de protection sociale en santé

La *Recommandation (n° 202) sur les socles de protection sociale, 2012*, dispose que les Etats membres devraient établir et maintenir des socles de protection sociale devant comporter au moins les garanties de sécurité sociale suivantes : (i) l'accès à un ensemble de biens et services définis à l'échelle nationale comme étant des soins de santé essentiels, y compris les soins de maternité, qui réponde aux critères de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité et de qualité; ainsi que (ii) la sécurité élémentaire de revenu pour les enfants, les personnes d'âge actif dans l'incapacité de gagner un revenu suffisant, et les personnes âgées. La Recommandation stipule aussi que « La législation nationale devrait définir la gamme, les conditions d'attribution et le niveau des prestations qui donnent effet à ces garanties. » (para. 7).

Dans ce cadre, « les personnes ayant besoin de soins de santé ne devraient pas être confrontées à une charge trop lourde ni à un risque accru de pauvreté résultant des conséquences financières de l'accès aux soins de santé essentiels. La gratuité des soins médicaux prénatals et postnatals devrait également être envisagée pour les personnes les plus vulnérables. » (para. 8). Ainsi les

⁶² Lang, E., P. Saint-Firmin, A. Olivetti, M. Rakotomalala and A. Dutta., 'Analyse Du Système de Financement de La Santé à Madagascar Pour Guider de Futures Réformes, Notamment La CSU'.

⁶³ USAID, 'Évaluation Du Secteur Privé de La Santé à Madagascar'.

⁶⁴ ILO, *World Social Protection Report 2020-22: Social Protection at the Crossroads – in Pursuit of a Better Future*.

Etats devraient considérer l'exemption de paiement pour les services de santé maternelle pour les plus vulnérables au minima.

La Convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952 de l'OIT dispose que les Membres doivent offrir des soins médicaux de caractère préventif et curatif aux personnes protégées et donne une liste des prestations essentielles minimales devant être fournies, y compris les soins pré- et postnataux. Enfin la Convention (n° 130) concernant les soins médicaux et les indemnités de maladie, 1969 au-delà et y ajoute les soins dentaires et les services de réadaptation.

A Madagascar, la législation nationale régissant les mécanismes de protection sociale en santé ayant une base légale ne fait peu ou pas mention du détail des garanties prévues (voir tableau ci-dessous). Ce constat appelle à l'inscription légale des garanties dans la législation nationale.

► **Tableau 6: Description et inscription légale des garanties de protection sociale en santé**

Groupes cibles	Paniers de soins couverts	Coûts couverts	Reseau de prestataires	Sources de droit
Fonctionnaires et agents non encadrés de l'Etat et leurs familles	Soins médicaux et traitement à titre externe Séjour dans un établissement hospitalier public ou dans une formation sanitaire semi-administrative agréée par l'Etat	Tiers payant (gratuité) ou Remboursement selon l'établissement	Formations sanitaires publiques ou semi-administratives agréées par l'Etat	Décret N° 94-077 du 25 janvier 1994 fixe le régime des soins médicaux, d'hospitalisation et d'évacuation sanitaire des fonctionnaires et des agents non encadrés de l'Etat Loi n° 2003-011 du 3 septembre 2003 portant Statut général des fonctionnaires
Militaires et leur familles	Services de Santé de l'Armée : Pas d'information	Totalité des frais	Formations sanitaires militaires, publiques ou agréées par l'Etat	Loi N° 96-029 du 6 décembre 1996 portant statut général des militaires
Femmes des ménages formels privés en âge de procréer	Allocation prénatale Remboursement des frais médicaux d'accouchement Allocation de maternité	Allocation prénatale: 54 000 MGA Frais médicaux : jusqu'à concurrence de 80 000 MGA Allocation maternité: 72 000 MGA	Non précisé	Article 97 du Code du Travail Malagasy
Fonds d'Equité	Niveaux CSB et CHRD : soins préventifs, curatifs y compris les accouchements et promotionnels à tous les niveaux. Pour les CHRD, CHRR et CHU: les actes spécialisés, l'hospitalisation et les examens paracliniques. Les médicaments objet du « FANOME » sont : - les médicaments pour soins curatifs ; - les consommables en Kit ; - les éventuels médicaments utilisés pour l'accouchement; - les produits contraceptifs.	Gratuité des soins	Tous les niveaux (CSB, CHRD, CHU, CHRR)	Décret N°2003/1040 du 14 octobre 2003

Groupes cibles	Paniers de soins couverts	Coûts couverts	Reseau de prestataires	Sources de droit
Gratuités	Variable en fonction de la gratuité			Pas d'inscription légale de la composition des paniers
Mutuelles volontaires	Pour la plupart : médicaments, prévention et consultations générales et spécialisées, hospitalisations, chirurgie (exclusions : transport d'urgence, certaines maladies (cancer, diabète, lèpre, tuberculose, VIH/SIDA, et maladies d'ordre psychiatrique), planification familiale, certains examens). ⁶⁵	70 à 100% selon les mutuelles et les services, remboursement ou tiers-payant ⁶⁶	Formations publiques et privées, selon mutuelles	Pas d'inscription légale de la composition du panier

Source : OIT

Dans les faits, même lorsque les prestations sont garanties par la loi, des écarts subsistent et leur application peut être limitée.

Fonctionnaires et agents non encadrés de l'Etat

Bien que les données soient manquantes, la SNFS mentionne l'absence d'un panier de soins unique, les établissements sanitaires privés agréés n'existant que dans les grands centres urbains.⁶⁷ La gratuité n'est également pas systématiquement appliquée. Enfin, ce régime ne protège pas les bénéficiaires contre les risques d'accidents du travail, l'invalidité, les maladies professionnelles et le chômage.

La SNFS fait mention d'éléments qui peuvent constituer des barrières au recours aux prestations, notamment pour les procédures de remboursement des frais (retards constatés dans le remboursement et difficultés de remboursement si la personne ne travaille pas dans une grande ville), ainsi que pour la gestion financière (avec une enveloppe budgétaire centralisée).⁶⁸

Le processus administratif pour assurer la prise en charge financière peut aussi être considéré comme complexe et donc constituer un frein à l'accès, surtout pour les ménages aux revenus les plus bas qui ont des difficultés à avancer les frais. En effet, le paiement des soins se fait sur la base d'un remboursement de l'avance de paiement faite par le patient après validation d'une facture pro-forma auprès de l'administration, ou présentation d'une facture pour le cas des urgences.

Femmes des ménages formels privés en âge de procréer

En 2018, 732 accouchements avaient été pris en charge par la CNaPS (données fournies par la CNaPS). Cela représente 1,4% des naissances dans le secteur privé formel, ou 2,9% des naissances estimées parmi les effectifs de la CNaPS (24 910 naissances estimées parmi les effectifs de la CNaPS)⁶⁹. Beaucoup d'efforts de sensibilisation sont certainement nécessaires pour que les bénéficiaires réclament ces prestations.

Fonds d'équité

Le détail des prestations pour le Fonds d'équité est inscrit dans les sources de droit. Mais on note un problème de sous-utilisation du Fonds d'Equité. Sa gestion financière, en particulier le suivi budgétaire,

⁶⁵ Lang, E., P. Saint-Firmin, A. Olivetti, M. Rakotomalala and A. Dutta., 'Analyse Du Système de Financement de La Santé à Madagascar Pour Guider de Futures Réformes, Notamment La CSU'.

⁶⁶ Lang, E., P. Saint-Firmin, A. Olivetti, M. Rakotomalala and A. Dutta.

⁶⁷ Gouvernement de Madagascar, 'Stratégie Nationale de Financement de La Santé à Madagascar Pour Tendre Vers La Couverture Santé Universelle'.

⁶⁸ Gouvernement de Madagascar.

⁶⁹ Calculé à partir du nombre de naissances vivantes de 961 951 en 2018 pour la population de Madagascar selon le RGPH-3. Le taux de fertilité est ici estimé similaire entre la population générale et les effectifs de la CNaPS.

sont limités. Ainsi on comptait en 2015 une marge positive qui laissait supposer que les sommes du Fonds d'Équité n'étaient pas allouées.⁷⁰

Gratuités

La composition exacte des paniers de soins des gratuités n'est pas systématiquement et clairement inscrite dans les sources légales. Cela est un obstacle à leur garantie et application sur tout le territoire national.

Mutuelles volontaires

Les paniers de soins proposés par les mutuelles ne sont pas inscrits dans une source de droit. De plus les analyses disponibles font état des capacités limitées des mutuelles pour la bonne administration, notamment pour la gestion des données, le développement du réseau de prestataires et la gestion des remboursements.⁷¹ Ces faibles capacités limitent encore davantage l'accessibilité et la disponibilité des prestations pour les bénéficiaires. Néanmoins davantage de données seraient nécessaires pour établir un diagnostic complet des capacités des mutuelles à Madagascar.

Médecine du travail

En ce qui concerne la médecine du travail, la composition du panier de soin n'est pas inscrite dans le droit de Madagascar. De fait, la nature des services de santé proposés varie fortement d'un SMIE/SMAE à l'autre, comme montré dans le tableau ci-dessous.

► **Tableau 7: Description et inscription légale des garanties en matière de services de médecine du travail**

Groupes cibles	Paniers de soins couverts	Coûts couverts	Reseau de prestataires	Sources de droit
Services Médicaux du Travail (SMT)	Soins et éducation préventive Variable : Médecine générale et spécialisée. Option : hospitalisation	Prise en charge complète (gratuité)	(i) Services Médicaux Inter-Entreprises (SMIE) organisés par plusieurs entreprises ; (ii) Services Médicaux Autonomes d'Entreprises (SMAE) qui sont internes à une entreprise ou un établissement ; (iii) services fournis à travers les Services Médicaux de l'Etat pour les établissements publics ; (iv) services fournis à travers des conventions de soins signées entre une entreprise et le Responsable d'une Formation Sanitaire Publique locale.	Pas d'inscription dans le droit de la composition du panier

Source : OIT, propres calculs sur la base des données RGPH-3

Historiquement, les paniers de soins comprenaient essentiellement les services de médecine du travail mais en l'absence de mécanismes de protection sociale en santé ils ont progressivement développé les services de médecine générale (voir la composition des paniers en annexe) pour les populations de l'économie formelle privée. Cependant la grande diversité des services de médecine du travail (voir section 2.2.2.), tant par leur taille que leur plateau technique, fait de la couverture par la médecine du travail une couverture inégale et incomplète, ces services ne peuvent remplacer un mécanisme de protection sociale en santé inscrit dans le droit.

Ainsi, tout comme pour la couverture des groupes de population, les garanties en droit des prestations de santé sont nécessaires mais non suffisantes à l'accès effectif à ces prestations. En effet, la situation de l'offre de soins, notamment pour les réseaux de prestataires concernés par les différents régimes, est déterminante pour l'accès effectif à la santé.

⁷⁰ Lang, E., P. Saint-Firmin, A. Olivetti, M. Rakotomalala and A. Dutta., 'Analyse Du Système de Financement de La Santé à Madagascar Pour Guider de Futures Réformes, Notamment La CSU'.

⁷¹ USAID, 'Évaluation Du Secteur Privé de La Santé à Madagascar'.



© ILO

2.2.2. Disponibilités des services de santé et accès effectif aux soins

La couverture par les services de santé est un déterminant important du caractère adéquat de la protection sociale en santé. C'est pourquoi ils doivent répondre à des critères précis (voir rappel dans l'encadré 6 ci-dessous).

► Encadré 6: Rappel sur les standards internationaux en matière de prestations de protection sociale en santé

Le caractère adéquat des prestations est un élément déterminant de la garantie du droit humain à la protection sociale. La [Recommandation \(n° 202\) sur les socles de protection sociale, 2012](#) insiste notamment sur le caractère adéquat et prévisible des prestations. En particulier, les biens et services de santé définis à l'échelle nationale comme étant des soins de santé essentiels, y compris les soins de maternité, et garantis dans le cadre des socles de protection sociale, devraient répondre aux critères de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité et de qualité.

Situation de l'offre de soins à Madagascar

L'annuaire des statistiques du secteur de la santé à Madagascar de 2016 distingue quatre niveaux de formations sanitaires:⁷²

⁷² Ministère de la Santé Publique, 'Annuaire Des Statistiques Du Secteur Santé de Madagascar'.

- i. Le niveau central avec 12 Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et 1 Hopitaly Manara Penitra (HMP) ;
- ii. Le niveau intermédiaire avec 16 Centres Hospitaliers de Référence Régionaux (CHRR), 8 CHU et 7 HMP au niveau régional,
- iii. Le niveau périphérique avec 157 Centres Hospitaliers de Référence de District (CHRD) dont 87 CHRD publics et 70 CHRD privés ainsi que 3 206 formations sanitaires de base (2 586 CSB publics et 620 CSB privés),
- iv. Le niveau communautaire qui offre des services promotionnels, préventifs et curatifs pour les enfants de moins de 5 ans (PCIMEC).

Le Plan de Développement Sanitaire et Social 2015-2019 donne un aperçu de la couverture par les services de santé. Il fait notamment état de la faible qualité des services et un manque d'humanisation des soins, et l'insuffisance de l'accessibilité géographique due à une mauvaise répartition des formations sanitaires de base au détriment des zones enclavées et éloignées (40% de la population habitent à plus de 5 km d'un CSB).⁷³ On peut également citer l'absence d'infrastructure routière et de moyens de transports, tous ces éléments résultant en une faible utilisation des formations sanitaires.

En ce qui concerne les infrastructures privées, on note d'après les chiffres ci-dessus qu'elles représentent près de la moitié des CHRD, ainsi qu'environ un sixième des formations sanitaires de base (CSB). On sait qu'elles sont davantage présentes dans les zones urbaines (plus de la moitié se situaient dans la région d'Antananarivo en 2017⁷⁴) et que leur niveau de qualité varie d'une structure à l'autre. Cependant davantage de données seraient nécessaires pour bien appréhender le rôle joué par ce secteur et la qualité des services de santé offerts.⁷⁵

Les Services Médicaux du Travail (SMT) sont également à prendre en compte pour dresser un portrait de l'offre de soins à Madagascar du fait de l'extension historique de leurs services au-delà de la médecine du travail :

- ▶ Madagascar compte 28 SMIE actifs répartis dans 14 régions.⁷⁶ La situation des SMIE est très différente entre les grandes villes ou les zones éloignées. Ainsi, dans une région comme Atsimo Andrefana, on retrouve un seul SMIE situé dans la ville de Tuléar. Ce sont surtout les employés de bureau permanents qui travaillent au siège des entreprises de Tuléar qui sont affiliés au SMIE. Pour exemple, la totalité des personnes qui travaillent dans les champs de coton sont des travailleurs informels saisonniers et ne sont pas affiliés. De plus, les champs de coton se situent généralement au-delà des 30 kilomètres légalement couverts par le SMIE et sont difficiles d'accès.⁷⁷
- ▶ La situation est similaire pour les SMAE. Selon les données fournies par le Ministère chargé du Travail, pour 2019, on retrouve 23 SMAE répartis dans 3 régions (Analamanga, Vakinankaratra, Haute Matsiatra).⁷⁸

Accès à la santé au niveau national

Au niveau national, on constate que la couverture des services de santé présente de nombreuses lacunes à Madagascar. L'indice de couverture des services de la CSU était de 35 seulement en 2019, en-dessous de la moyenne des pays subsahariens la même année (44,6).⁷⁹

L'accès à la santé maternelle fournit également une image de l'accès à la santé de manière générale. A Madagascar, cet accès est limité et inéquitable : Parmi les naissances vivantes ayant eu lieu pendant les 5 ans ayant précédé l'enquête EDSMD 2021, près de 46% seulement ont été assistées par un professionnel de santé qualifié et 60% des femmes avaient effectué quatre visites prénatales ou plus pour leur dernière naissance. Cette proportion est plus élevée chez les femmes âgées de 20 à 34 ans (63 %), celles vivant en milieu urbain (74 %), celles ayant un niveau d'instruction supérieur (95 %) et celles des ménages du quintile le plus élevé (82 %).

⁷³ Ministère de la Santé Publique, 'Plan de Développement Du Secteur Santé 2015-2019'.

⁷⁴ USAID, 'Évaluation Du Secteur Privé de La Santé à Madagascar'.

⁷⁵ USAID.

⁷⁶ Organisation Internationale du Travail, 'Evaluation Des Services de Santé Au Travail à Madagascar. Étude de Cas'.

⁷⁷ Organisation Internationale du Travail.

⁷⁸ Organisation Internationale du Travail.

⁷⁹ Données World Health Organization, Global Health Observatory Data Repository (who.int/data/gho).

Au niveau national et pour toutes pathologies confondues, le taux d'utilisation (consultations externes) annuel des CSB était de 33,8% en 2016 avec des différences importantes entre régions.⁸⁰ Cependant cette donnée peut refléter différentes situations liées à l'accessibilité géographique limitée des centres de santé, les obstacles financiers pour l'accès aux soins, le caractère acceptable et la qualité des services limitée par exemple.

Au niveau national également, l'annuaire des statistiques du secteur de la santé de 2016 fait état d'une bonne disponibilité des médicaments traceurs. Néanmoins l'enquête réalisée par le BIT dans la région d'Anosy (voir encadré 7) révèle une disponibilité limitée, avec la présence d'un marché noir qui constitue un danger pour la sûreté des produits.⁸¹

► **Encadré 7: Etude sur les perceptions et les attentes des ménages dépendants de l'économie informelle vis-à-vis de l'accès à la santé dans la Région d'Anosy, au Sud de Madagascar**

Sur requête du Ministère de la Santé Publique l'OIT a conduit une enquête fin 2021 dans la zone de chalandise du projet SDG Fund. Le principal objectif de l'étude était d'analyser les perceptions et les attentes des ménages dépendants de l'économie informelle vis-à-vis de l'accès à la santé.

Les données collectées comprennent les caractéristiques de base des ménages vivant de l'économie informelle dans cette zone, les perceptions des prestataires et services offerts par les secteurs publics et privés, les attentes en termes de couverture du risque financier, la capacité et la volonté à contribuer, ainsi que le rôle attendu des différentes institutions (organismes de protection sociale, Etat, organisations de représentants).

En complément de l'analyse des résultats l'étude s'est attachée à tirer des conclusions utiles à la prise de décision et identifier des options pertinentes pour les stratégies d'extension de la protection sociale en santé à Madagascar.

Selon l'étude de l'OIT, 27,2% des ménages enquêtés ont eu besoin de recourir aux soins durant les 6 mois précédant l'enquête.⁸² La perception du besoin de recours aux soins est inégale : On constate que ce sont les plus instruits qui déclarent avoir besoin de recourir aux soins et consultation (35,9% pour les ménages alphabétisés). Cette perception dépend aussi de l'âge et du genre: Le taux de recours aux soins est particulièrement élevé chez les personnes âgées (65 ans et plus) avec un taux évalué à 72,6% et ce taux est un peu plus élevé chez les femmes (28,2%).

Parmi les individus qui ont eu besoin de recourir aux soins, 95,5% ont effectivement consulté des services de santé. Cependant le recours aux soins est inéquitable : Les ménages de type « mixtes » (composés de travailleurs de l'économie formelle et informelle) se rendent davantage à une consultation s'ils sont malades (98,4%) que les ménages informels (94,9%). 87,6% des ménages ont consulté dans les centres de santé publics.

Les raisons du non-recours aux soins mentionnées incluent les raisons financières puis la prise en charge des soins par la famille. De même, les problèmes d'éloignement (34,5%), puis d'argent (25,5%), sont les plus cités par les ménages comme motifs de non-hospitalisation en cas de maladie.

Il ressort des entretiens avec les ménages dans la région d'Anosy l'impression qu'il n'y a pas d'égalité dans l'accès aux soins, les centres de santé privilégiant « la mère et l'enfant » aux dépens d'autres publics. Cette situation peut être expliquée par l'existence de programmes de gratuité financés par les partenaires techniques et financiers (PTF) qui ciblent la reproduction et de la santé maternelle et infantile (0 à 59 mois et leur mère). L'appui des PTF, est également focalisé sur les programmes de lutte contre les maladies prioritaires (paludisme, tuberculose, ...). Les plateaux techniques ainsi disponibles au niveau des formations sanitaires ont donc tendance à être orientés vers les besoins de ces pathologies prioritaires.

⁸⁰ Ministère de la Santé Publique, 'Annuaire Des Statistiques Du Secteur Santé de Madagascar'.

⁸¹ Organisation Internationale du Travail, 'Etude Sur Les Perceptions et Les Attentes Des Ménages Dépendants de l'économie Informelle Vis-à-Vis de l'accès à La Santé Dans La Région d'Anosy'.

⁸² Organisation Internationale du Travail.

D'autres raisons évoquées par les enquêtés pour les lacunes dans l'accès aux soins sont les suivantes : ⁸³

- ▶ Une protection financière limitée, en particulier pour les populations de l'économie informelle, et un manque de ressources financières (i.e. notamment pour couvrir les médicaments ou les frais de transport etc.) ;
- ▶ Un manque de ressources logistiques et l'insécurité grandissante constituant un problème supplémentaire dans les zones enquêtées ;
- ▶ La faible accessibilité géographique de la population aux offres de soins : Plus de 7 personnes sur 10 ont rejoint à pied les centres de santé, alors que selon les entretiens avec les responsables des centres certains malades résident à plus de 20 km ;
- ▶ La faible participation de la communauté et de la société civile aux activités promotionnelles, préventives et curatives ;
- ▶ Le faible financement des activités de promotion de la santé, un manque d'adhésion et d'appropriation des partenaires techniques et financiers des outils de promotion.

En plus des problèmes d'accessibilité aux services de santé, la protection financière des Malgaches semble très limitée.

2.2.3. Protection financière

La protection financière de la population malgache est limitée : D'après les données 2010 des comptes nationaux de la santé les paiements directs représentaient près de 41% des Dépenses Totales de Santé.

Pour les ménages de la zone d'étude, en 2021, les dépenses médicales représentaient 5,2% des dépenses totales des ménages. ⁸⁴ Hors alimentation, les dépenses en santé représentent 20,4% des dépenses totales.

En cas de maladie, la première stratégie adoptée par les ménages pour faire face à ces dépenses de santé est l'utilisation des économies ou des épargnes du ménage, la deuxième stratégie la plus citée est l'emprunt chez des proches (amis, voisins, parents, ...) et la troisième est la vente d'une partie de la récolte.

Dans l'ensemble des zones d'études, au cours des six mois avant l'enquête, les ménages ont dépensé en moyenne environ 65 000 MGA, ce qui correspond à environ **26 000 MGA par individu par an pour les prestations médicales**. A titre de comparaison, les ménages ont déclaré dépenser au total (toutes dépenses confondues) en moyenne 359 536 MGA par an, par individu.

En outre, lors d'une hospitalisation, les ménages ont annoncé avoir dépensé en moyenne 93 000 MGA. Cela représente une somme importante au vu des revenus annuels moyens des ménages (près du tiers des revenus déclarés), et donc au-delà du seuil des dépenses catastrophiques de 10% des revenus. Ainsi, en cas de pathologie nécessitant une hospitalisation, les ménages peuvent être sévèrement affectés financièrement.

On le voit, le caractère non adéquat des prestations de santé laisse la population de Madagascar avec une protection financière très limitée. Pourtant, investir dans la mise en place d'un système de protection sociale en santé à Madagascar, et donc réduire les dépenses de santé des ménages, permettrait de lutter efficacement contre la pauvreté.

⁸³ Organisation Internationale du Travail.

⁸⁴ Organisation Internationale du Travail.

► 2.3. Une protection nécessaire à la lutte contre la pauvreté à Madagascar

Selon les dernières données disponibles, environ 61% de la population de Madagascar était en dessous du seuil de pauvreté national, fixé à 535 603 MGA, en 2012. Des efforts considérables sont donc requis pour atteindre la cible 1.2. des ODD, qui vise à « réduire au moins de moitié d'ici 2030 la proportion d'hommes, de femmes et d'enfants de tout âge qui vivent dans la pauvreté sous tous ses aspects telle que définie par chaque pays et quelles qu'en soient la forme ».

Au niveau national, la santé est un poste de dépenses important pour les ménages. Selon les données de l'ENSOMD 2012, en moyenne 5,95% de la consommation des ménages au niveau national est consacré aux soins de santé.⁸⁵ Ainsi, en retenant l'hypothèse d'un mécanisme de protection sociale en santé qui puisse faire disparaître totalement les dépenses de santé, l'introduction d'une couverture santé à l'ensemble de la population permettrait à **5,2% des ménages pauvres de passer au-dessus du seuil de pauvreté national**, sur la base des données de 2012.⁸⁶ Cela porterait le taux national de pauvreté à 57,8%, soit une réduction de 3,2 points.

Par ailleurs, on sait que l'abolition des barrières d'accès aux soins contribue à un meilleur état de santé de la population, qui lui-même entraînera des répercussions positives sur la productivité de la population de Madagascar. Ainsi le nombre d'années de vie corrigées du facteur incapacité (*Disease-Adjusted Life Years*, DALYs) à Madagascar était de 40 186 pour 100 000 en 2019, toutes causes confondues. Pour rappel, cette mesure exprime le nombre d'année perdues en raison d'une mauvaise santé, d'un handicap ou d'une mort précoce. En améliorant l'état de santé de la population, ce nombre sera réduit et, entre autres conséquences, la productivité de la population de Madagascar sera améliorée.

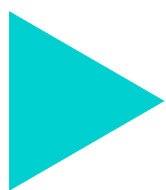
Dans ce cadre il est urgent de penser une protection sociale en santé complète, et intégrée dans un système national de protection sociale qui s'adresse à toutes et tous. Au-delà de la santé, les autres dispositifs de protection sociale sont indispensables à garantir une meilleure santé mais aussi un niveau de revenu suffisant, tout au long du cycle de vie. Ces autres mécanismes ont également un impact sur la pauvreté. Selon une estimation de l'UNICEF, mettre en place un paquet de prestations de protection sociale en espèce (allocations familiales pour enfants de 0 à 17 ans et femmes enceintes, allocations pour enfants vivant avec un handicap, allocations vieillesse et allocations aux ménages vulnérables) permettrait de réduire le taux de pauvreté national de 1,7 points.⁸⁷

A Madagascar, adopter une approche intégrée de la protection sociale est aussi intrinsèquement un objectif de santé publique, car réduire la pauvreté permet d'agir sur les déterminants sociaux impactant l'état de santé de la population. La population étant en meilleure santé, elle a moins besoin de recourir aux soins. Ces considérations sont à prendre en compte dans le design du système de protection sociale en santé à Madagascar.

⁸⁵ Institut National de la Statistique, 'Enquête Nationale Sur Le Suivi Des Objectifs Du Millénaire Pour Le Développement à Madagascar'.

⁸⁶ Le calcul prend en compte toutes les dépenses de santé des ménages, y compris les médicaments traditionnels et frais auprès des guérisseurs, et des prestataires privés, sur l'hypothèse que la protection sociale en santé permettrait un meilleur accès aux services de santé publics et privés, réduisant le recours aux soins vers les prestataires traditionnels. On retient comme hypothèse également un taux d'utilisation constant dans le temps. Les dépenses de santé relatives à la santé étaient de 5,95% en moyenne par personne au niveau national. Les ménages dont l'écart de pauvreté étant de moins de 5,95% (pondéré) seraient au nombre de 147 394, sur 2 832 696 ménages pauvres au total.

⁸⁷ Données obtenues par l'outil de simulation des filets sociaux de l'UNICEF



3

3. Pistes pour le design et la mise en œuvre du système national de protection sociale en santé à Madagascar

La faiblesse de la protection offerte par les mécanismes actuels de protection sociale en santé, ainsi que le besoin urgent d'assurer à l'ensemble de la population malgache une protection financière adéquate, rendent impérative la mise en œuvre d'un système de protection sociale en santé. Si le Gouvernement de Madagascar œuvre déjà en prenant, depuis plusieurs années, des engagements ambitieux pour atteindre la CSU, le coût des options envisagées et leur financement, ainsi que les modalités de leur mise en œuvre, restent à préciser.

► 3.1. Vision du Gouvernement et éléments de base du design d'un système de protection sociale en santé à Madagascar

3.1.1. Efforts récents du Gouvernement de Madagascar

Face au constat d'une protection sociale en santé limitée, en 2015 Madagascar a adopté la Stratégie Nationale sur la Couverture Santé Universelle (SN-CSU)⁸⁸ qui propose l'extension de la couverture santé par l'intermédiaire d'une nouvelle architecture des mécanismes de couverture santé.

Pour cela elle prévoit la création d'un régime « par affiliation » non-contributif pour les plus démunis financé par un fonds dédié (mettant en commun les financements des gratuités et les financements innovants), et celle d'un régime contributif notamment pour les ménages relevant de l'économie informelle (avec cotisation unique). La stratégie prévoyait également d'articuler différents types de régimes de protection sociale en santé sous l'égide d'un organisme unique qui gèrerait les régimes obligatoires, le régime « par affiliation » et le régime contributif.

Plus récemment, le Gouvernement a validé sa Stratégie Nationale de Protection Sociale (SN-PS)⁸⁹ pour la période 2019-2023 qui affirme que l'objectif final de la protection sociale à Madagascar est de contribuer à la réduction de la pauvreté. Le pays a un agenda de protection sociale ambitieux avec comme vision pour la S-NPS l'extension de la couverture de la protection sociale à la population malgache qui n'en bénéficie pas encore et l'expansion progressive des risques couverts pour atteindre un panier de prestations intégrées d'ici 2030. Son plan d'action s'articule autour de quatre axes principaux : i) transferts sociaux, ii) accès aux services sociaux de base, iii) appui aux moyens d'existence et iv) renforcement du régime contributif de protection sociale pour les prestations en espèce. Les engagements de la SN-PS, par

⁸⁸ 'Stratégie Nationale Sur La Couverture Santé Universelle. Madagascar'.

⁸⁹ Ministère de la Population, de la Protection Sociale et de la Promotion de la Femme, 'Stratégie Nationale de La Protection Sociale 2019-2023'.

nature intersectorielle, concernant directement la couverture santé qui est l'axe central de son second pilier et rejoint la SN-CSU.

Malgré ces engagements, les activités de l'organisme prévu dans la SN-CSU et créé par le décret 2017/0601 du 03 Octobre 2017 ont été stoppées et le décret abrogé. Fin 2021 Madagascar a adopté une stratégie nationale de financement de la santé ⁹⁰ qui fixe quatre axes stratégiques :

- Axe stratégique 1 : Amener les dépenses totales de santé 20 USD à 86 USD par personne par an d'ici 2030 ;
- Axe stratégique 2 : Améliorer la mise en commun des ressources et renforcer la protection contre les risques financiers liés à la santé ;
- Axe stratégique 3 : Développer les achats stratégiques ;
- Axe stratégique 4 : Mieux dépenser les ressources pour plus de résultats de santé.

Cette stratégie prévoit notamment la création d'un Organe Public d'Assurance Santé (OPASS) pour la couverture du secteur privé informel, sur une base volontaire et contributive, ainsi que la prise en charge des personnes qui ne pourront pas contribuer par le Fonds dédié. Le document mentionne également les niveaux de contribution étudiés à 9 000 MGA par personne par an et revues à 13 000 MGA par personne par an en 2018. Le document mentionne également le régime d'assurance maladie volontaire par les Mutuelles de santé, dont le rôle et l'articulation avec l'OPASS restent à préciser.

Depuis décembre 2021, un avant-projet de loi portant protection financière des usagers des services de santé (PFUS), dont le contenu reste à préciser, est discuté au niveau national.

3.1.2. Éléments de base du design et de l'opérationnalisation d'un système de protection sociale en santé à Madagascar

Face aux efforts du Gouvernement, la population de Madagascar est en attente d'une protection sociale en santé qui puisse la protéger contre les dépenses auxquelles elle doit faire face. L'enquête réalisée dans la région d'Anosy (voir encadré plus haut), ⁹¹ ainsi que l'expérience de l'OIT visant à affilier des ménages vulnérables à une mutuelle de santé début 2022 (voir encadré ci-dessous) nous donnent des indications sur les modalités souhaitées - et applicables - d'un tel système.

► Encadré 8: L'expérience d'affiliation des ménages vulnérables à une mutuelle de santé ⁹²

Le projet conjoint SDG Fund (« FAGNAVOTSE »), mis en œuvre conjointement par l'UNICEF, le FNUAP, le PAM et l'OIT visait notamment à piloter l'opérationnalisation de différentes modalités d'un système de protection sociale intégré dans la zone de chalandise située dans la région d'Anosy (Sud de Madagascar). Dans ce cadre, début 2022, l'OIT a mené à bien une expérience d'affiliation de ménages vulnérables à la mutuelle de santé HARENA à Amboasary. En lien avec le principe d'intégration des activités de protection sociale du projet, l'activité visait à capitaliser sur les efforts d'identification et d'affiliation déjà menés par les autres partenaires de mise en œuvre. Ainsi, trois groupes ont été ciblés :

- 1 150 ménages bénéficiaires de l'assurance agricole (par l'intermédiaire du PAM) dans les districts Amboasary (identifiés grâce aux « Village Saving and Loans Association » VSLA, un système d'épargne communautaire), équitablement répartis entre les trois communes d'interventions ;
- 50 femmes victimes de Violences Basées sur le Genre, identifiées par le FNUAP dans les districts d'Amboasary ;

⁹⁰ Gouvernement de Madagascar, 'Stratégie Nationale de Financement de La Santé à Madagascar Pour Tendre Vers La Couverture Santé Universelle'.

⁹¹ Organisation Internationale du Travail, 'Etude Sur Les Perceptions et Les Attentes Des Ménages Dépendants de l'économie Informelle Vis-à-Vis de l'accès à La Santé Dans La Région d'Anosy'.

⁹² Organisation Internationale du Travail, 'Etude de Capitalisation Sur l'affiliation Des Ménages Vulnérables à Une Mutuelle En Santé'.

- 200 autres ménages très vulnérables, qui ne sont pas bénéficiaires de l'assurance agricole. Une association locale a été mobilisée pour l'identification des ménages ciblés.

L'activité visait à comparer les méthodes de ciblage et à tester le processus d'affiliation de ces différents groupes à un mécanisme de protection sociale en santé, pour étayer les discussions en cours au niveau du Ministère de la Santé Publique, notamment en ce qui concerne le ciblage des plus vulnérables.

Pour faciliter le processus d'affiliation, l'OIT s'est appuyé sur le réseau de VSLA Mandresy. Les VSLA ont été conçues pour soutenir la résilience économique des personnes/familles lourdement affectées par la sécheresse dans le Sud de Madagascar. Elles offrent de petits montants de capital à des conditions souples. Les agriculteurs peuvent effectuer des transactions fréquentes à un coût très faible et ainsi renforcer la résilience de leur ménage de façon significative. Dans le cadre de cette activité, les VSLA ont servi de véhicule financier pour la contribution du projet SDG Fund ainsi que la communication et l'affiliation des bénéficiaires. Alors que les ménages bénéficiant de l'assurance agricole faisaient déjà partie des VSLA existants, 14 nouvelles VSLA se sont structurées pour intégrer les femmes victimes de VBG et les ménages très vulnérables.

Population

L'enquête de l'OIT révèle les attentes importantes des populations rurales dépendant de l'économie informelle en matière de protection sociale en santé. Ils estiment que ce système devrait être public (98,1%), ce qui vient conforter les efforts du Gouvernement pour la CSU.⁹³ De même, les études disponibles dans les milieux urbains montrent également que les attentes sont grandes pour une couverture en santé.⁹⁴ Plus de 70% des travailleurs aspirent à une couverture par la CNaPS et/ou un SMIE.

Ainsi, il est évident que toute la population est bien en attente d'une couverture de protection sociale en santé. Le système de protection sociale en santé envisagé devra répondre à ces attentes en adoptant une stratégie qui inclue la totalité de la population dans la couverture santé.

Pour les travailleurs en emploi informel interrogés, c'est avant tout la couverture de l'ensemble des membres de la famille qui serait la priorité d'un système public (devant le panier de soins, la prise en charge par l'Etat et la qualité des soins)⁹⁵. Ainsi, l'adhésion familiale devrait être priorisée. Dans ce cadre le chef de ménage serait le principal contributeur (pour 65,3% des personnes interrogées).

Dans la perspective d'étendre la couverture de la population en protection sociale en santé à toute la population de Madagascar, l'expérience internationale montre qu'il convient d'élaborer des mécanismes adaptés à chaque groupe de population, y compris les populations dépendantes de l'économie informelle. Dans ce cadre, le ciblage des populations cibles peut être une option pour faciliter l'extension de la couverture santé, s'il fait partie d'une stratégie globale incluant toute la population. Sans cela, l'utilisation du ciblage porte le risque de créer des exclusions, ce qui aurait des répercussions négatives pour l'objectif final de CSU.

Prestations offertes

Panier de soins

Le panier de prestations est le deuxième élément de design le plus important d'un système public pour les travailleurs interrogés, après le caractère familial de la couverture.⁹⁶

⁹³ Organisation Internationale du Travail, 'Etude Sur Les Perceptions et Les Attentes Des Ménages Dépendants de l'économie Informelle Vis-à-Vis de l'accès à La Santé Dans La Région d'Anosy'.

⁹⁴ Organisation Internationale du Travail, '«Diagnostic Approfondi Sur l'application Des Principes et Droits Fondamentaux Au Travail et de La Santé et Sécurité Au Travail Dans Des Secteurs d'activités Économiques de Madagascar». Rapport Final'.

⁹⁵ Organisation Internationale du Travail, 'Etude Sur Les Perceptions et Les Attentes Des Ménages Dépendants de l'économie Informelle Vis-à-Vis de l'accès à La Santé Dans La Région d'Anosy'.

⁹⁶ Organisation Internationale du Travail.



© ILO

Les risques que les travailleurs souhaitent couvrir en priorité sont : 1) la consultation générale (65,1%) (qui est pour rappel déjà gratuite au niveau des formations sanitaires publiques) ; 2) Les dépenses en médicaments (30,6%) ; 3) les accidents et les urgences (22,3%) ; 4) L'hospitalisation (21,3%), et dans une moindre mesure 5) La maternité (15,3%) et 6) La dentisterie (12,4%).⁹⁷ Ces indications pourraient être prises en compte pour la composition d'un panier de soin. La maternité étant déjà couverte par les programmes verticaux, il est probable que cela n'apparaisse pas comme un besoin spécifique pour cette raison, et non parce que ce n'est pas un besoin médical. Cependant, il pourrait être intéressant de considérer l'intégration progressive de telles interventions dans un panier de soin, pour en pérenniser la prise en charge par les ressources publiques.

En outre, à Madagascar, les services de santé sont censés être gratuits au niveau des centres de santé primaires (CSB) pour l'ensemble de la population. Cependant, la qualité des soins semble sous-optimale et la majorité (56,9%) des personnes interrogées dans la zone d'étude pense qu'elle n'obtient pas une bonne qualité de services publics compte tenu des contributions et taxes reversées à l'Etat. Un possible panier de soin pour le régime de protection sociale en santé pourrait intégrer la prise en charge des services de santé primaires dans les structures publiques, avec l'objectif d'amélioration de la qualité des soins et de la diminution des restes à charge.

En outre, à l'image de la zone d'étude du projet SDG Fund et comme mentionné dans la section 2.2.3., les hospitalisations représentent une part importante du fardeau financier des ménages (représentant potentiellement un risque d'appauvrissement du ménage). Un potentiel panier du régime de protection sociale en santé devra donc prendre compte de ce besoin important et inclure les services de santé secondaires dont l'hospitalisation.

Par ailleurs, l'analyse de la composition des dépenses liées à l'accès aux soins des ménages de l'économie informelle à Anosy nous donne également des informations sur la nature des prestations souhaitées

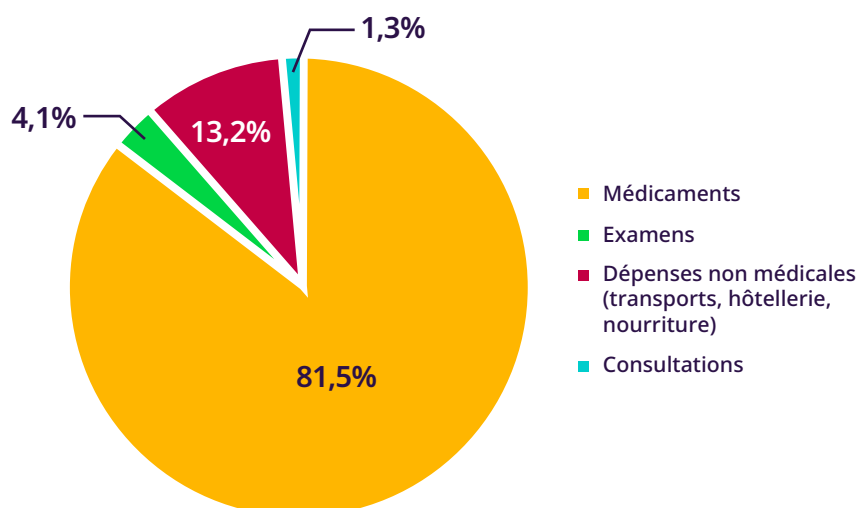
⁹⁷ Organisation Internationale du Travail.

(voir graphique 1 ci-dessous).⁹⁸ Pour les individus qui ont eu recours aux services de santé, et parmi les différentes prestations médicales et non-médicales, les médicaments représentent le premier poste de dépenses pour les ménages de l'économie informelle avec 81,5% des dépenses liées à l'accès aux soins au cours des six derniers mois. Il serait donc utile d'examiner quels médicaments pourraient être inclus dans le panier de soin.

Les coûts directs non-médicaux tels que les frais de transport, de nourriture et d'hôtellerie représentent également une part non-négligeable avec 13,2% des dépenses liées à l'accès aux soins. L'expérience internationale montre qu'il est possible de couvrir ces coûts, notamment avec des bons distribués aux patients pour prendre en charge le transport ou la nourriture. Ce serait d'autant plus pertinent à Madagascar où les distances avec les centres de santé peuvent être grandes (en parallèle d'un travail de renforcement de l'offre de soins partout sur le territoire).

On peut aussi noter que la question des coûts indirects liés à l'accès aux soins tels que la perte de revenus liés à l'emploi n'a pas été posée mais pourrait également représenter un poste de dépenses important.

► **Graphique 1: Composition des dépenses liées à l'accès aux soins des ménages de l'économie informelle à Anosy, par poste de dépense**



Source : OIT, Etude sur les perceptions et les attentes des ménages dépendants de l'économie informelle vis-à-vis de l'accès à la santé dans la Région d'Anosy, 2021.

Copaiements

La définition du panier de soins doit inclure la détermination du niveau et de l'étendue des copaiements. En effet, des copaiements élevés peuvent entraîner un reste à charge important pour l'utilisateur, et ainsi contrevenir à l'objectif d'accessibilité financière des services de santé.

A ce sujet, l'enquête menée a également permis d'interroger les responsables des centres de santé de la région concernée pour connaître les coûts de traitement de quatre pathologies principales.⁹⁹ L'encadré 8 ci-après fait la liste des tarifs annoncés pour les traitements du paludisme, de la diarrhée, et la toux, ainsi que pour la prise en charge des femmes enceintes dans les CSB présents dans la zone d'étude.

⁹⁸ Organisation Internationale du Travail.

⁹⁹ Organisation Internationale du Travail.

► Encadré 9: Tarifs annoncés dans les CSB de la région d'Anosy pour quatre pathologies principales

Le paludisme, la diarrhée, la toux et l'accouchement représentent les quatre causes principales de recours aux soins dans la zone d'étude. Les tarifs annoncés pour le traitement de ces pathologies (les consultations étant gratuites) par les responsables des centres de santé sont les suivants :

Paludisme

- Test Diagnostic Rapide Palu = Gratuit
- Traitement Paludisme simple adulte (ACT Gratuit + Paracétamol) = 1 000 Ar
- Traitement Paludisme grave adulte (Sérum + Quinine) = 18 000 à 30 000 Ar. Peut aller jusqu'à 50 000 Ar en cas de complication

Diarrhée

- Traitement Diarrhée enfant = Zinc + SRO = 2.000 Ar à 2,400 Ar
- Traitement Diarrhée simple adulte = 3.500 Ar
- Traitement Fièvre Typhoïde = 15.000 à 20.000 Ar (Utilisation de soluté injectable)
- Traitement Dysenterie / Intoxication alimentaire = 5.000 à 6,000 Ar

Toux

- Traitement Toux simple enfant = 1,500 Ar à 6,500 Ar (Suivant l'antibiotique utilisé)
- Traitement Toux simple adulte = 3,500 Ar à 7,000 Ar / Exceptionnellement peut aller jusqu'à 8.000 Ar (Suivant l'antibiotique utilisé)

Femmes enceintes

- Consultation Prénatale = Gratuit
- Accouchement = Gratuit
- Fer = Gratuit
- Les seringues et gants ne sont pas gratuits. Une paire de gants coûte 700 Ar.
- A condition de disposer d'un bon de soin (ou chèque santé) du Fonds d'Equité, les médicaments requis pour les femmes enceintes sont délivrés gratuitement.
- Dans les cases sanitaires dans les fokontany, on demande la participation du bénéficiaire sur les médicaments du FANOME ; autour de 2.500 Ar.

Ainsi, à l'image de la zone d'étude concernée, les copaiements les plus importants semblent être pour les médicaments. Pour les gratuités, certains consommables (seringues et gants) semblent également payants et peuvent constituer des obstacles à l'accès aux soins. On voit enfin que pour certains cas entraînant des complications, les copaiements demandés peuvent être élevés.

Ainsi un potentiel panier de soins devrait prendre en compte les besoins des malades chroniques, pour qui les consommations de médicaments peuvent être importants, ainsi que les malades dont les pathologies sont graves, et qui sont pour l'instant exposés à des dépenses catastrophiques¹⁰⁰, ou un appauvrissement.

Réseau de provision de soins

Les consultations étant gratuites au niveau des CSB, la part représentée par les consultations dans le graphique précédent (1,3% des dépenses liées à l'accès aux soins) ici est certainement due aux consultations dans les structures privées. Selon l'enquête, les ménages ont assez peu consulté les prestataires de soins privés lorsqu'ils en ont eu besoin (seulement 3,1% des consultations ont eu lieu dans les dispensaires et établissements hospitaliers privés à but non lucratifs ou dans les formations sanitaires et médecins privés).

Néanmoins, devant les limitations du réseau de services de santé publics et la faible accessibilité de ceux-ci (voir section 2.2.2. ci-dessus), il sera certainement nécessaire d'inclure dans le réseau de prestataires, lorsqu'aucune structure de soins publique n'est accessible, des prestataires privés. Cependant, l'expérience internationale montre que cette inclusion doit respecter les critères de qualité,

¹⁰⁰ Souvent définies comme représentant au moins 10% du revenu du ménage.

d'accessibilité financière et physique, et d'acceptabilité. A cet effet, la gestion du système de protection sociale en santé devra inclure des critères stricts d'accréditation et de suivi de la qualité, ainsi que de conditions de conventionnement et de paiement adéquates, pour répondre au double enjeu de la qualité des services et de la bonne gestion financière d'un système de protection sociale en santé publique.

Sources de financement du système

Considérant le contexte socio-démographique de Madagascar avec de faibles niveaux de revenus des travailleurs et un niveau de pauvreté (et d'extrême pauvreté) très élevé, il est impératif de mettre en place des modalités d'accès à la protection sociale en santé non-contributifs, a minima pour ceux sans capacité contributive, qui représentent une grande partie de la population, mais aussi avec subventionnement au moins partiel pour ceux qui ont une faible capacité contributive (la majorité des travailleurs). Cependant, étendre l'assiette fiscale est un prérequis indispensable à la mise en œuvre de tout système (voir section suivante à ce sujet).

Sources contributives

Les travailleurs en situation d'emploi informel se disent également prêts à contribuer (voir encadré 9). Pour certains travailleurs, le manque d'argent, mais également le manque de confiance sont évoqués au sujet d'un potentiel régime contributif.

► Encadré 10: Attentes des travailleurs en situation d'emploi informel à Anosy ¹⁰¹

Il ressort de l'enquête que :

- 91% des personnes en situation de travail informel sont favorables ou très favorables à la création d'un système de protection sociale en santé. ¹⁰² Ceux qui ne sont pas favorables évoquent le manque de moyens, ceux-ci préférant avant tout dépenser leur argent pour la nourriture.
- La majorité des travailleurs en situation informelle seraient prêts à être les principaux contributeurs (65,3%) d'un système de protection sociale en santé public. Pour 5,2%, cela pourrait être un autre membre de la famille.
- Pour ceux qui ne veulent pas contribuer, c'est principalement à cause du manque d'argent (67,4% de ceux qui ne veulent pas contribuer). Le manque de confiance est également évoqué (19,5% de ceux qui ne veulent pas contribuer).
- S'ils contribuaient dans un système de protection sociale en santé, les travailleurs en emploi informel espèreraient une réduction des dépenses en santé (73,7%), un accès sans difficulté financière aux soins (60,0%), une couverture plus importante en cas de maladie ou maternité (52,6%), une couverture familiale plus élevée (32,8%) et dans une moindre mesure à un meilleur service (15,8%) et une réponse rapide lorsqu'ils ont des questions (4,9%).

Pour les travailleurs en emploi informel interrogés, le montant de la cotisation annuelle souhaitée varie de 3 286 MGA à 5 023 MGA en moyenne. Pour l'ensemble, le montant moyen serait de **4 619 MGA (soit 1,14 USD)** et la fréquence de paiement des cotisations d'adhésion souhaitée serait une fois par an (pour 65,3% des habitants). Ce niveau de contribution est bien loin de celui envisagé par la CNSS et l'OPASS, comme mentionné ci-dessus. Il est donc probable que la grande majorité de ces ménages ne puisse pas contribuer à un tel régime et doivent être pris en charge par le Fonds de Solidarité en Santé (FSS).

Les préférences exprimées par ces travailleurs en termes de collecte de contribution pourraient guider les modalités d'un potentiel régime contributif, si le niveau de contributions était adapté. En effet les mois préférés pour le paiement des cotisations sont principalement le mois de janvier et le mois de mars, soit au cours du premier trimestre de l'année. ¹⁰³ Cela est d'ailleurs en cohérence avec l'expérience

¹⁰¹ Organisation Internationale du Travail, 'Etude Sur Les Perceptions et Les Attentes Des Ménages Dépendants de l'économie Informelle Vis-à-Vis de l'accès à La Santé Dans La Région d'Anosy'.

¹⁰² Organisation Internationale du Travail.

¹⁰³ Organisation Internationale du Travail.

internationale, qui a prouvé la nécessité d'adapter les modalités de contribution pour les ménages de l'économie informelle, notamment pour s'adapter aux revenus saisonniers.¹⁰⁴

Sources non-contributives

En outre, une écrasante majorité des personnes en emploi informel interrogées se dit prête à payer des taxes pour financer les soins publics (85,6%). Ils se disent également prêts à payer des taxes si le Gouvernement les utilisait pour fournir des services de santé aux plus pauvres qu'eux (88,8% sont quelque peu pour ou pour).

Cependant, le premier obstacle serait la levée d'impôts sur le revenu pour financer un tel régime. En effet, les personnes en emploi informel interrogées ne paient ni de taxes, ni de redevances : presque 9 sur 10 (86,6%) déclarent ne pas avoir payé de taxes à l'Etat en soumettant une déclaration sur le revenu en en payant les taxes correspondantes au cours de la précédente année. L'utilisation de sources non-contributives devra donc passer par une augmentation drastique de l'espace fiscal disponible (voir section 3.2.2.).

Par ailleurs, le niveau de confiance dans la délivrance de services publics est actuellement bas, puisque moins d'un sur dix (9,8%) seulement sont d'accord ou tout à fait d'accord qu'ils obtiendraient une bonne qualité de services publics s'ils payaient des taxes et redevances. Des efforts devront donc être fournis en parallèle pour gagner la confiance de la population (en termes de redevabilité, de transparence, et de communication notamment).

Modalités d'opérationnalisation du système de protection sociale en santé

Identification des ménages

Différentes méthodes d'identification ont pu être testées par le projet.

Les ménages affiliés par le PAM dans l'Assurance Agricole devaient initialement être issus du registre unique (voir l'encadré 13 ci-dessous). Suite à des retards dans la validation de la liste, les ménages sont finalement issus des membres du Réseau des VSLA, selon des critères de vulnérabilités préétablis avec le PAM. L'enregistrement et la gestion des bénéficiaires sont effectués par le biais du logiciel SCOPE du PAM.

► Encadré 11: Le registre social unique¹⁰⁵

Le registre unique a été établi à l'issu d'une enquête effectuée par l'INSTAT, sous la responsabilité du Ministère de la population. Le questionnaire de ciblage pour l'établissement du registre a été élaboré en commun par les quatre agences des Nations Unies impliqués (UNICEF, OIT, PAM et UNFPA) dans le programme de protection sociale FAGNAVOTSE.

De façon générale, le registre unique devrait permettre le suivi des bénéficiaires et l'uniformisation tous les programmes d'activités sur la protection sociale à Madagascar.

L'enquête a été effectuée en deux vagues, au mois de Novembre – Décembre 2020 et au mois de Mai 2021. L'apurement des données a été pris en charge par le Ministère de la population et la base de données a été transféré en décembre 2020 au FID pour la mise en œuvre du transfert monétaire, premier volet du programme FAGNAVOTSE, financé par l'UNICEF.

Selon l'étude de capitalisation du BIT sur le volet santé, suite aux différents aléas climatiques (sécheresse et cyclones), les conditions de vie des ménages se sont détériorées, des migrations entre les fokontany ont eu lieu et le registre unique a subi beaucoup de changements, sa fiabilité étant alors remise en cause au niveau de la population.

¹⁰⁴ ILO, 'Extending Social Security to Workers in the Informal Economy: Key Lessons Learned from International Experience'.

¹⁰⁵ Organisation Internationale du Travail, 'Etude de Capitalisation Sur l'affiliation Des Ménages Vulnérables à Une Mutuelle En Santé'.

Les ménages très très vulnérables ont été identifiés à l'issue d'une descente et d'une courte enquête par questionnaires sur le terrain, selon des critères de vulnérabilité prédéfinis.

Les femmes victimes de VBG ont été sélectionnées parmi les 1600 cas de VBG pris en charge par le FNUAP en mars 2022, en ajoutant à leur cas de VBG les critères de vulnérabilité appliqués pour les très très vulnérables.

Il est à préciser que pour ces deux derniers groupes, les méthodes de ciblage utilisées incluent des processus laborieux, qui doivent être mis à jour régulièrement. Dans la perspective d'un système de protection sociale en santé, il s'agira de choisir une méthode fiable et d'établir des partenariats avec les acteurs institutionnels en capacité

Pistes pour l'affiliation de groupe ¹⁰⁶

Pour pouvoir étudier la disposition des ménages à participer à un mécanisme de protection sociale en santé, notamment contributif, l'enquête auprès des ménages vivant de l'économie informelle d'Anosy a sondé les travailleurs de l'économie informelle sur leurs habitudes vis-à-vis des structures communautaires déjà existantes. Il en résulte que la participation aux associations communautaires varie, de même que le paiement régulier des cotisations (qui reste bas de façon générale). Cependant, les personnes interrogées contribuent de façon très régulière aux tontines/VSLA, aux associations de producteurs et à l'animation en santé de base communautaire. On remarque que les contributions régulières varient selon la structure, son domaine d'action et le niveau de confiance dans cette organisation.

► **Tableau 8: Appartenance aux organisations villageoises** ¹⁰⁷

Organisation	Pourcentage des personnes interrogées participant	Montant de la cotisation annuelle (MGA)	Pourcentage des personnes participant qui déclare payer régulièrement leur cotisation
Association des parents d'élèves (FRAM)	44,5	3 000	40
Association de femmes	30,5	7 000	52,5
Association de producteurs	17,7	79 000	60,9
Tontine (VSLA)	16,2	69 000	99,8
Comités de vigilance villageoise	6,2	3.000	5,8
Associations Villageoises	3,7	33.000	17,6
Animation en santé de base communautaire (Behara)	1,3	12 000	59,6

Les travailleurs en emploi informel ont surtout recours à leur famille lorsqu'ils ont un problème (96,4%), dans une moindre mesure aux autorités de proximité, les Chefs fokontany, (79,5%) aux amis et aux membres de la communauté (61,8%) et aux chefs traditionnels (59,8%). Ils déclarent ne pas vouloir recourir aux responsables d'une agence gouvernementale (99,8%), ni aux députés (98,6%).

Niveau de confiance dans les institutions déjà existantes ¹⁰⁸

D'une manière générale, le niveau de confiance dans les institutions varie. Les personnes en situation d'emploi informel font confiance en premier lieu au Président de la République (beaucoup ou quelque peu à 90%), aux bailleurs internationaux (beaucoup ou quelque peu à 83,8%), aux autorités de proximité chef fokontany (beaucoup ou quelque peu à 80,6%), aux chefs religieux (beaucoup ou quelque peu à 70,7%), aux élus locaux (beaucoup ou quelque peu au Maire 69,6% ; mais moins pour le Conseil communal à 46,2%). Ils font moins confiance aux chefs traditionnels (beaucoup ou quelque peu à 61,7%) mais aussi

¹⁰⁶ Organisation Internationale du Travail, 'Etude Sur Les Perceptions et Les Attentes Des Ménages Dépendants de l'économie Informelle Vis-à-Vis de l'accès à La Santé Dans La Région d'Anosy'.

¹⁰⁷ Organisation Internationale du Travail.

¹⁰⁸ Organisation Internationale du Travail.

à l'armée (beaucoup ou quelque peu à 64,2%) et à la police/gendarmerie (beaucoup ou quelque peu à 47,7%).

Pour la question de la santé en particulier, le niveau de confiance des travailleurs en emploi informel dans les institutions est faible et varie fortement selon l'institution, avec une grande méfiance envers les institutions locales. Ainsi ils sont près de 2 sur 5 (38,2%) à considérer que le Président de la République résoudra leurs problèmes liés aux services de santé. Ce pourcentage tombe à 1 sur 4 (24,2%) pour le Président de la République en association avec les bailleurs de fonds et les organismes internationaux et à seulement 6,8% pour le Président de la République de Madagascar avec les élus locaux (Maire) en association avec les bailleurs ou encore 4,70% pour le PRM avec les élus locaux (Maire).¹⁰⁹

Les entretiens qualitatifs ont aussi révélé une confiance mise à mal après l'expérience de la Caisse Nationale de Solidarité Santé (CNSS) dans la région : ainsi, les personnes interrogées ont expliqué qu'il y a eu une collecte de cotisations de 9 000 MGA et un versement de celle-ci à la banque, mais les prestations n'ont pas pu être garanties car les frais engagés par les centres n'avaient pas été remboursés. Les travailleurs en emploi informel soupçonnent également un « détournement » de leur cotisation et « ne veulent plus entendre parler » d'une telle caisse.

Ainsi, il semble nécessaire, avant de décider d'un mécanisme de protection sociale en santé, de procéder à un diagnostic des capacités existantes et organiser les étapes nécessaires à l'opérationnalisation d'une nouvelle institution. Cela nécessite d'adopter une approche pragmatique pour mobiliser les capacités institutionnelles déjà présentes, et dans lesquelles la population a confiance.

Le rôle des structures communautaires

Les structures communautaires déjà existantes (dans ce cas les VSLA) se sont révélées utiles pour identifier et structurer les ménages bénéficiaires, sensibiliser et communiquer, et faciliter leur affiliation à la mutuelle HARENA. Elles assurent une gestion professionnelle de ces fonctions. En particulier, l'évaluation relève les points suivants :¹¹⁰

- L'organisation et la discipline des membres des VSLA ont été le point d'achoppement de la rapidité de l'affiliation.
- La culture d'épargne et de crédit des VSLA ont facilité la compréhension du fonctionnement de la mutuelle.
- Les compétences des responsables du Réseau des VSLA ont été nécessaires dans la communication avec les futurs bénéficiaires. L'évaluation montre en effet que 88,9% des ménages affiliés avaient entendu parler de la mutuelle lors d'une Assemblée générale des VSLA, contre 25,2% grâce à la communication de la mutuelle elle-même.

Cette conclusion va dans le même sens que les travaux réalisés dans le cadre de la stratégie d'affiliation des travailleurs occupant des emplois informels et des travailleurs saisonniers aux services de santé au travail. Les parties prenantes à Madagascar ont en effet convenu que constituer des coopératives ou des associations était une stratégie intéressante pour permettre l'affiliation, et mettre en place un système de solidarité contributive des populations cibles.¹¹¹

Cependant l'expérience du programme SDG Fund a montré un bilan en demi-teinte lorsqu'il s'agit de la centralisation de la fonction de conventionnement des prestataires.¹¹² En effet la mutuelle HARENA dispose d'un réseau national et à ce titre, une convention a été établie directement entre le Ministère de la Santé Publique et la mutuelle pour l'inclusion des formations sanitaires du district d'Amboasary dans son réseau de prestataires.¹¹³ En théorie cela permet de gagner en efficience administrative, puisqu'une seule convention est à négocier par la mutuelle. Cependant, au moment de l'évaluation, les procédures

¹⁰⁹ Organisation Internationale du Travail.

¹¹⁰ Organisation Internationale du Travail, 'Etude de Capitalisation Sur l'affiliation Des Ménages Vulnérables à Une Mutuelle En Santé'.

¹¹¹ Organisation Internationale du Travail, 'Stratégie d'Accès Des Travailleurs Occupant Des Emplois Informels Aux Services de Santé Au Travail Dans Les Chaînes d'Approvisionnement à Madagascar'.

¹¹² Organisation Internationale du Travail, 'Etude de Capitalisation Sur l'affiliation Des Ménages Vulnérables à Une Mutuelle En Santé'.

¹¹³ Les prestataires locaux incluent :

- Le CHD d'Amboasary et les CSB II et I des communes d'Ifofaka, de Behara et de Tanadava, au total 8 CSB.
- Le Dispensaire Catholique Fille de la charité
- Le dépôt de médicaments MAHARAVO

administratives au niveau du Ministère avaient pris du retard et les imprimés officiels nécessaires pour la prise en charge au niveau des formations sanitaires n'avaient pas été toujours pas été communiquées aux responsables locaux.

De même, ces structures peuvent parfois être remises en question par les populations locales : dans l'étude réalisée auprès des ménages de l'économie informelle, l'adhésion à ces associations peut paraître discriminatoire, car seuls y seraient admis les gens reconnus détenir de moyens financiers suffisants par rapport à la moyenne de la communauté.¹¹⁴

Obstacles financiers dans l'affiliation

L'expérience a enfin montré le caractère contraignant que peuvent représenter les procédures administratives dans l'affiliation de ménages vulnérables, et donc leur potentiel d'obstacle à l'affiliation. En effet, bien que les contributions aient été prises en charge entièrement par l'OIT, les ménages devaient fournir différentes pièces pour l'adhésion à la mutuelle HARENA, notamment des copies de la carte d'identité nationale du Chef du ménage, un certificat de résidence, des photos d'identité et un certificat de concubinage ou la copie du livret de famille. Or toutes ces pièces ont un coût financier (estimé à environ 10 000 MGA par adhésion) non négligeable, ainsi qu'un coût d'opportunité :

- Pour les photographies, les adhérents s'accordent à payer un photographe venant d'Amboasary (Chef-lieu du District) pour prendre en photo tous les bénéficiaires (personnes en charges). Le photographe convient d'un rendez-vous, mais au cas où le futur adhérent rate le rendez-vous il doit se déplacer à Amboasary avec tous les membres du ménage.
- Les photocopies sont faites à Amboasary, un membre du VSLA y est dépêché pour les faire pour tous. Ce membre doit attendre la complétude de toutes les pièces des membres de son VSLA avant de se déplacer à Amboasary. Son transport est payé par l'ensemble des membres.

Ces enseignements importants sur les modalités pratiques de mise en œuvre d'un système national de protection sociale en santé, en particulier dans une zone rurale, ainsi que ceux tirés des expériences de protection financière des PTFs, devraient être pris en compte dans la réflexion sur le design et les modalités pratiques d'un système de protection sociale en santé à Madagascar.

► 3.2. Options chiffrées pour l'extension de la couverture en santé à Madagascar, d'ici 2030¹¹⁵

Cette section vise à présenter les scénarios conçus par les parties prenantes nationales lors du Dialogue National basé sur l'Évaluation (voir encadré 10 ci-dessous), leur estimation en termes de coûts, ainsi que les options pour leur financement.

► Encadré 12: Dialogue National Basé sur l'Évaluation appliqué à la santé à Madagascar

Dans le cadre du projet SDG Fund, l'OIT a mené une étude, à la requête du Ministère de la Santé Publique, visant à estimer le coût de la CSU à Madagascar. Pour cette étude, la méthode de Dialogue National Basé sur l'Évaluation (Assessment-Based National Dialogue, ABND), restreinte à la composante santé, a été employée entre décembre et mars 2022.¹¹⁶ Dans ce cadre, deux ateliers participatifs ont permis de (i) faire émerger des scénarii de couverture et (ii) présenter et valider les options. Ces ateliers ont réuni des représentants des Ministères en charge de la protection sociale et de la santé, les partenaires techniques et financiers, les représentants des travailleurs et des employeurs, ainsi que des représentants d'association de patients.

¹¹⁴ Organisation Internationale du Travail, 'Étude Sur Les Perceptions et Les Attentes Des Ménages Dépendants de l'économie Informelle Vis-à-Vis de l'accès à La Santé Dans La Région d'Anosy'.

¹¹⁵ Organisation Internationale du Travail, 'Étude de Coût de La Couverture Santé Universelle à Madagascar. Rapport Final.'

¹¹⁶ ILO, *Social Protection Assessment-Based National Dialogue: A Global Guide*.

Le premier atelier a permis de faire émerger une compréhension commune des discussions stratégiques et réformes en cours, de formuler des recommandations pour des prestations nouvelles ou étendues, et de traduire ces recommandations en scénarii dont le coût pouvait être estimé ultérieurement.

Sur la base des recommandations formulées, les participants ont pu élaborer des scénarii d'extension de la couverture santé.

3.2.1. Descriptions des options en matière de paniers de soins

Les paniers de soins envisagés à l'heure actuelle à Madagascar se basent sur l'idée que les coûts de personnels et d'infrastructures sont largement couverts par le budget du Ministère de la Santé Publique. Cela implique qu'avec un système de protection sociale en santé, ces coûts perdureraient et des investissements additionnels seraient certainement nécessaires pour augmenter la disponibilité des services. Alors que le costing du panier de soins de la CNSS repose sur la prise en charge des frais d'utilisation facturés aux patients et ne prend pas en compte les intrants et autres dépenses de fonctionnement, il est probable que ce montant soit insuffisant pour couvrir à lui seul les besoins des prestataires de soins, même publics.

Le calcul du coût de l'extension de la couverture en santé repose sur l'estimation du coût des paniers de soins considérés. Ont été retenus ici par les participants au dialogue national :

- Le panier « chèque santé »

Il correspond au panier de la gratuité actuellement mise en œuvre à Madagascar pour les femmes et les enfants jusqu'à 5 ans. Il comprend les consultations prénatales, l'accouchement, les opérations césariennes, les consultations des enfants malades, et la planification familiale. Les données du Cadre d'Investissement pour la SRMNIA-N de Madagascar ont été utilisées pour en déterminer le coût par personne.¹¹⁷

A noter : Les paniers de soins de la plupart des gratuités, dont les soins hospitaliers d'urgence, la prise en charge du VIH/SIDA, et la vaccination entre autres n'ont pu être inclus dans le calcul, par manque de données. Cependant il faut souligner que ces interventions sont actuellement déjà financés par l'Etat et/ou les partenaires financiers et devraient donc être inclus dans le « status quo » si les données afférentes devenaient disponibles.

- Le panier « SMIE »

Le panier inclut les consultations externes (générales) au niveau des SMIE (niveau primaire), et les médicaments.

Le coût estimé se base sur les données financières d'un SMIE, pour un taux d'utilisation observé de 310% environ. Cette fréquence se rapproche du niveau national pour les SMIE/SMA, égal à 368% en 2020.

- Le panier « Fonctionnaires, retraités, agents de l'Etat et dépendants »

Il comprend les soins de niveau primaire, ainsi que les actes et hospitalisations dans les CHR, avec une estimation de la fréquence « haute » sur la base des SMIE.

- Deux paniers « de base », correspondant à → Une estimation « basse » à 10,050 MGA en 2020 ;

Le panier utilisé ici est celui de la CNSS tel que présenté dans le costing réalisé en 2020.¹¹⁸ Il s'agit des consultations CSB 1 et 2, du transport en urgence privé, et des consultations CHR. Le détail de la composition du panier peut être trouvé en annexe.

¹¹⁷ Ministère de la Santé Publique, 'Cadre d'Investissement Pour La Santé Reproductive, Maternelle, Néonatale, Infanto-Juvenile et de l'adolescent, et Pour La Nutrition à Madagascar. 2020-2024'.

¹¹⁸ Ramamonjisoa Eli, Costing du panier de soin réalisé pour la CNSS, 2020

L'estimation de son coût repose sur le costing réalisé pour la CNSS en 2020, en ajustant la partie « santé maternelle et infantile » sur la base des données du panier « chèque santé ».

Cependant, au vu des fréquences hautes enregistrées auprès des services de médecine du travail (SMIE/ SMAE), il est probable que les fréquences de ce panier soient sous-estimées (près de trois fois moins élevées), et qu'elles augmentent, une fois la population protégée, car celle-ci utilisera bien davantage les services de santé (dans l'hypothèse où ceux-ci sont disponibles, accessibles et de qualité). D'où la nécessité de formuler des scénarii « hauts ».

→ **Une estimation « haute » à 85,600 MGA en 2020.**

Le panier est similaire à celui des fonctionnaires, agents de l'Etat, retraités et dépendants. Ce scénario repose sur des fréquences d'utilisation élevées (sur base SMIE/SMAE) et donc sur une hypothèse de plateau technique disponible, accessible et de qualité.

L'ensemble des hypothèses retenues et données utilisées pour l'estimation du coût des paniers de soins sont disponibles en annexe.

Ces estimations offrent un premier ordre de grandeur pour le coût d'un panier de soins. Un potentiel panier de soins devrait être revu régulièrement pour s'adapter à la demande de la population, ainsi que le plateau technique disponible au niveau des formations sanitaires. En outre, afin d'augmenter l'utilisation des services, des investissements seront nécessaires sur le renforcement de l'offre de services.

3.2.2. Projection du coût de l'extension de la protection sociale à Madagascar, selon plusieurs options

Les scénarii dont les coûts ont été estimés sont :

- ▶ **Scénario 1 : « Statut quo », avec couverture par les principaux mécanismes existants sans efforts d'extension spécifiques, d'ici 2030**
- ▶ **Scénario 2 : Extension à 50% de la population non couverte avec un panier de base à 10,050 MGA, d'ici 2030**
- ▶ **Scénario 3 : Extension à 50% de la population non couverte avec un panier de base à 85,600 MGA, d'ici 2030**
- ▶ **Scénario 4 : Extension à 75% de la population non couverte avec un panier de base à 10,050 MGA, d'ici 2030**
- ▶ **Scénario 5 : Extension à 75% de la population non couverte avec un panier de base à 85,600 MGA, d'ici 2030**
- ▶ **Scénario 6 : Extension à 100% de la population non couverte avec un panier de base à 10,050 MGA, d'ici 2030**
- ▶ **Scénario 7 : Extension à 100% de la population non couverte avec un panier de base à 85,600 MGA, d'ici 2030**

Le coût des scénarios ci-dessous a été estimé grâce à l'outil de calcul du BIT, appelé « RAP » (*Rapid Assessment Protocol*). Les hypothèses retenues pour le calcul sont en annexe.

En parallèle de la protection financière en santé des ménages, un renforcement de la disponibilité et de la qualité de l'offre de soins est indispensable à la mise en œuvre de la CSU. L'amélioration de l'offre de soins publics est d'ailleurs une des orientations stratégiques de la SN-CSU.¹¹⁹ Aussi les coûts estimés ci-après sont à envisager de façon concomitante avec l'augmentation niveau de financement du secteur de la santé.

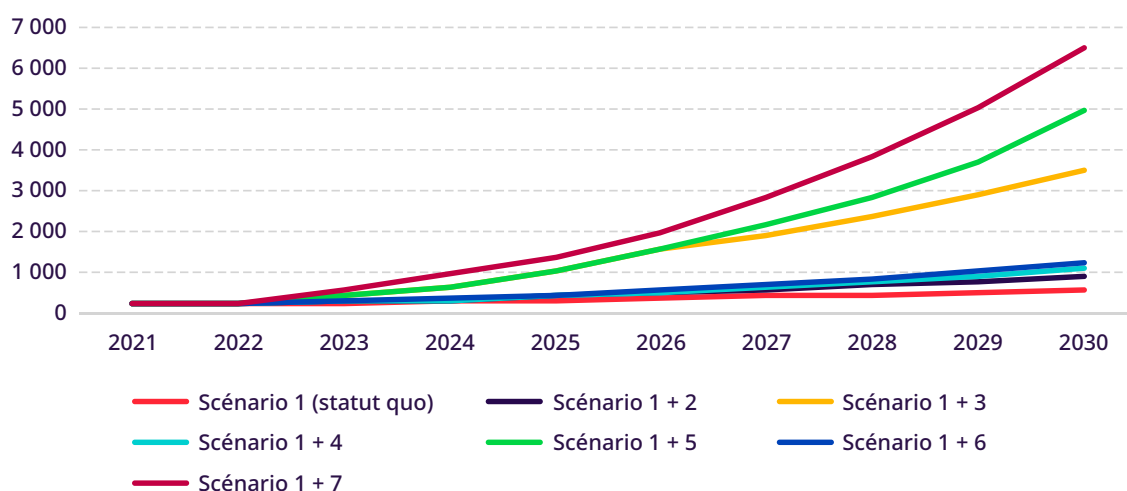
Les graphiques ci-dessous (3 et 4) comparent le coût annuel des différents scénarii/ stratégies d'extension mentionnés plus haut, en milliards d'ariary et en pourcentage du PIB.

Dans les scénarii 2, 3, 4, 5, 6 et 7, on prend l'hypothèse de la mise en œuvre des stratégies d'extension dès 2023, avec une extension progressive pour atteindre la cible fixée en 2030.

¹¹⁹ Gouvernement de Madagascar, 'Stratégie Nationale de Financement de La Santé à Madagascar Pour Tendre Vers La Couverture Santé Universelle'.

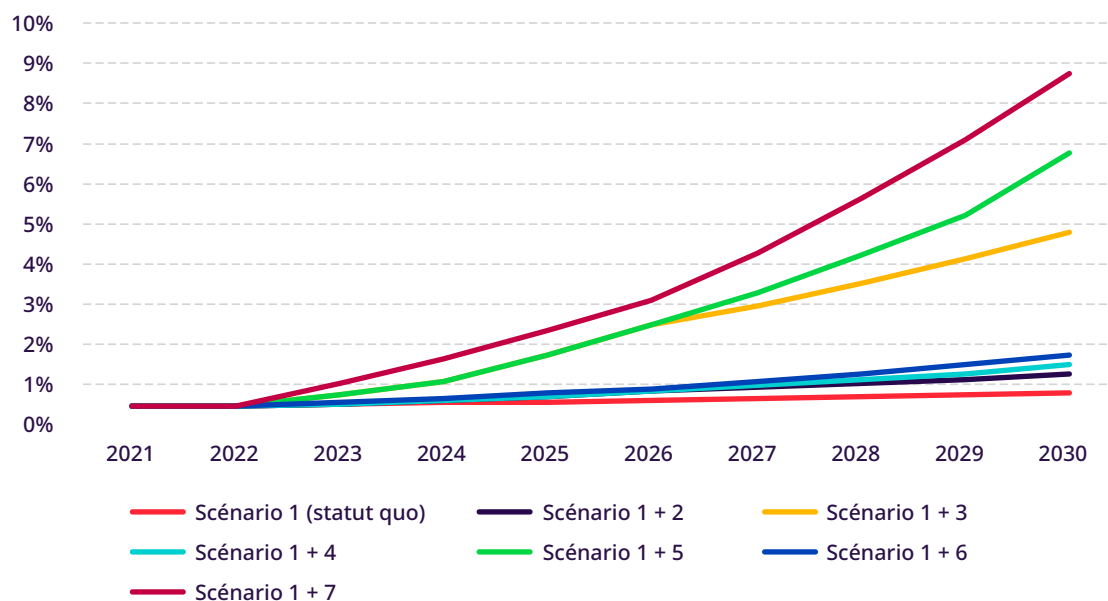
- Ainsi, le « statut quo », couverture par les principaux mécanismes existants sans efforts d'extension spécifiques d'ici à 2030, coûterait 569 milliards de MGA par an en 2030. Il est fourni à titre de comparaison uniquement.
- Le coût annuel de l'extension de la couverture à 50%, 75% et 100% de la population non couverte avec un panier de base « estimation basse » à 10 500 MGA, tout en conservant une progression naturelle de la couverture par les mécanismes existants, s'élèverait respectivement à **914, 1 087 et 1 260 milliards de MGA en 2030** (scénarios 1+2, 1+4 et 1+6). Cela équivaut à respectivement **1,24%, 1,47% et 1,71% du PIB en 2030**.
- Le coût annuel de l'extension de la couverture à 50%, 75% et 100% de la population non couverte avec un panier de base « estimation haute » à 85 600 MGA, tout en conservant une progression naturelle de la couverture par les mécanismes existants, s'élèverait respectivement à **3 513, 4 985, et 6 456 milliards MGA en 2030** (scénarios 1+3, 1+5 et 1+7). Cela équivaut à respectivement **4,76%, 6,74% et 8,75% du PIB d'ici en 2030**.

► **Graphique 2 : Coût annuel de l'extension de la protection sociale en santé (milliards MGA), 2021-2030**



Source : OIT, sur la base des calculs de l'outil RAP

► **Graphique 3 : Coût annuel de l'extension de la protection sociale en santé (en % du PIB), 2021-2030**



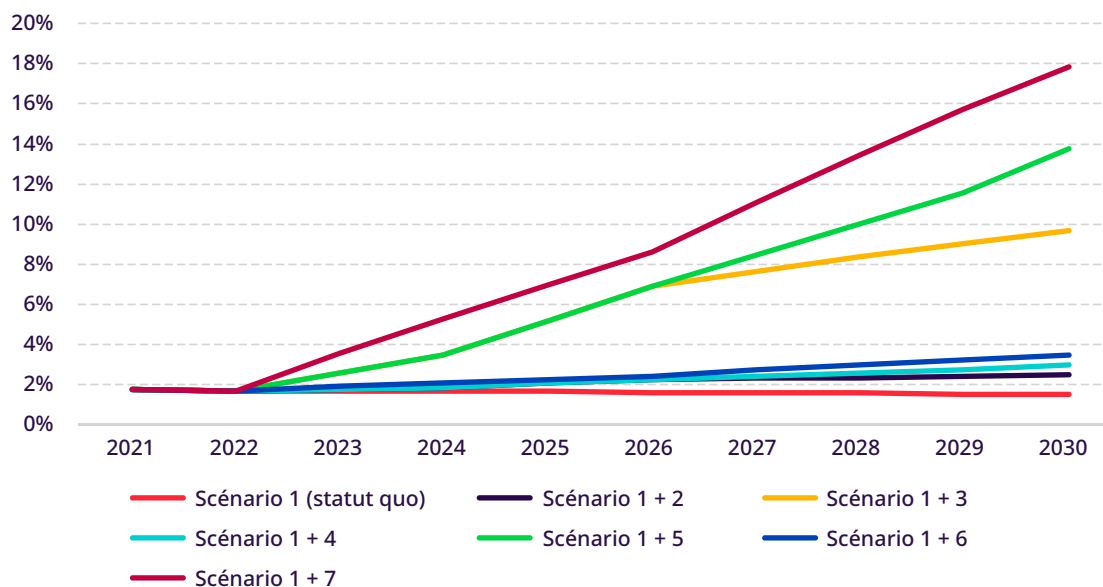
Source : OIT, sur la base des calculs de l'outil RAP

En comparant les coûts en pourcentage des dépenses publiques totales (voir graphique 5 ci-dessous),

- Le « statut quo », couverture par les principaux mécanismes existants sans efforts d'extension spécifiques d'ici à 2030, représenterait un coût annuel de **1,74% et 1,57%** des dépenses générales de l'Etat en 2023 et 2030 respectivement.
- Le coût annuel de l'extension de la couverture à 50%, 75% et 100% de la population non couverte avec un panier de base « estimation basse » à 10 500 MGA, tout en conservant une progression naturelle de la couverture par les mécanismes existants, s'élèverait respectivement à **2,53%, 3% et 3,48% des dépenses générales de l'Etat en 2030** (scénarios 1+2, 1+4 et 1+6). Cela représenterait un investissement supplémentaire de respectivement **0,96%, 1,43% et 1,91% des dépenses générales de l'Etat en 2030 par rapport au statut quo**.
- Le coût annuel de l'extension de la couverture à 50%, 75% et 100% de la population non couverte avec un panier de base « estimation haute » à 85 600 MGA, tout en conservant une progression naturelle de la couverture par les mécanismes existants, s'élèverait respectivement à **9,70%, 13,77% et 17,84% des dépenses générales de l'Etat en 2030** (scénarios 1+3, 1+5 et 1+7). Cela représenterait un investissement supplémentaire de respectivement **8,13%, 12,2% et 16,27% des dépenses générales de l'Etat en 2030, par rapport au statut quo**.

Il est à noter que certains des coûts du scénario « statu quo » sont déjà auto-financés, notamment pour les régimes des SMIE. Ainsi le coût représenté par la couverture par les principaux mécanismes existants sans efforts d'extension spécifiques d'ici à 2030 est déjà en partie financé.

► **Graphique 4 : Coût annuel de l'extension de la protection sociale en santé (en % des dépenses de l'Etat), 2021-2030**



Source : OIT, sur la base des calculs de l'outil RAP

Au total l'Etat va donc devoir mobiliser **entre 1 260 milliards MGA (scénario bas) et 6 456 milliards MGA (scénario haut)** en 2030. Pour ce faire, il faudra certainement lever des fonds de plusieurs sources comme exploré dans la section 3.2.3.

A titre de comparaison, lorsque l'on observe les budgets de huit Ministères sélectionnés entre 2021 et 2030, en retenant l'hypothèse d'une priorisation constante des différents postes de dépense dans le budget de l'Etat, on observe que :

- Le montant annuel de l'extension avec une estimation « basse » en 2030 revient à peu près au montant du budget du Ministère de la défense nationale en 2030 ;
- Le montant annuel de l'extension avec une estimation « haute » en 2030 revient à moins de ¼ du montant du budget du Ministère de l'économie et des finances en 2030 ;
- Le montant annuel de l'extension avec une estimation « haute » en 2030 revient à plus de 2,5 fois le montant cumulé des budgets du Ministère de la Santé Publique et du Ministère de la Population, de la Protection Sociale et de la Promotion de la Femme en 2030.

Bien qu'en parallèle des ressources du budget de l'Etat, des sources de financement contributives sont déjà - et peuvent encore davantage être - mobilisées pour l'extension de la couverture, ces comparaisons montrent que l'extension de la protection sociale en santé est abordable si elle est priorisée.

Plus largement, le coût d'un panier intégré de prestations de protection sociale, incluant une allocation familiale universelle pour les enfants de 0 à 17 ans, une allocation pour les enfants vivant avec un handicap de 0 à 17 ans, une allocation de vieillesse pour les personnes âgées de 65 à 100 ans, et enfin une allocation aux ménages vulnérables (les 20% des ménages totaux les plus vulnérables), ainsi qu'une couverture santé universelle, qui serait introduit en 2023, est projeté ci-dessous (voir graphique 7).¹²⁰

Le montant des prestations sociales proposées dans ce panier serait le suivant :

- 6 500 MGA par mois pour les allocations familiales (ménages avec enfant de 0 à 17 ans),
- 25 000 MGA par mois pour l'allocation pour enfant vivant avec handicap ;
- 25 000 MGA par mois pour l'allocation vieillesse
- 5 000 MGA par mois pour l'allocation aux ménages vulnérables.

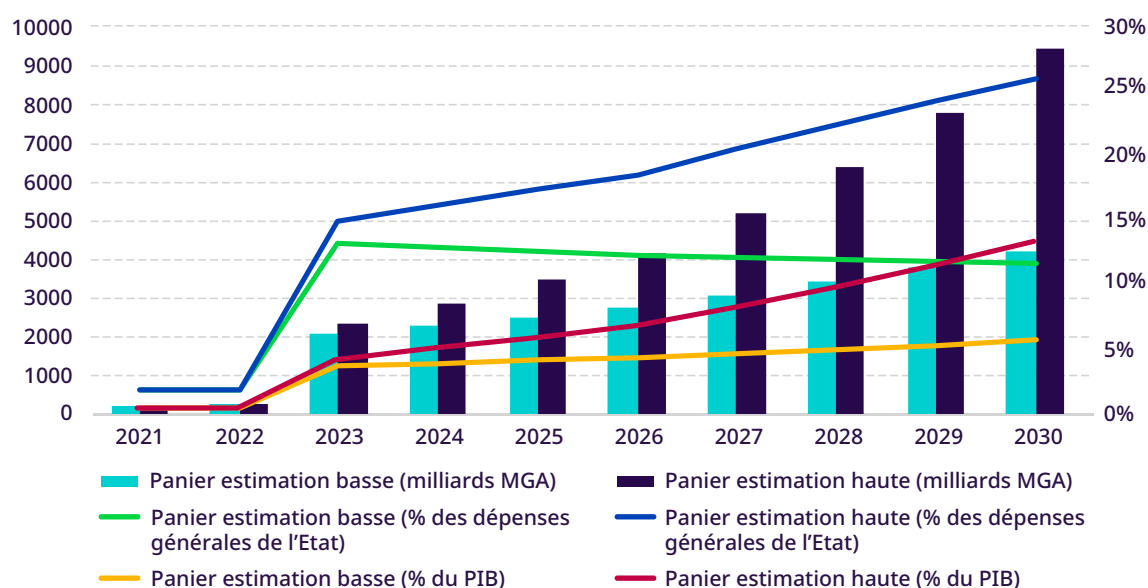
Le panier « estimation basse » inclut toutes les prestations de protection sociale mentionnées avec un taux de couverture de 100%, avec, pour la santé, un panier de soins « estimation basse ».

Le panier « estimation haute » inclut toutes les prestations de protection sociale mentionnées avec un taux de couverture de 100%, avec, pour la santé un panier de soins « estimation haute ».

Ainsi, il est estimé que :

- En 2023, le coût de l'introduction d'un panier intégré de protection sociale serait compris entre environ 2 060 (estimation basse) et 2 320 (estimation haute) milliards MGA, soit **13,2% à 14,8% des dépenses générales de l'Etat et 3,7% à 4,1% du PIB**.
- En 2030, le coût du panier intégré de prestations de protection sociale serait compris entre 4 170 (estimation basse) et 9 370 (estimation haute) milliards MGA, **soit 11,5% et 25,9% des dépenses générales de l'Etat, et 5,7% à 13,2% du PIB**.

► **Graphique 5 : Coût annuel d'un panier de prestations intégré de protection sociale (en milliards MGA, % du PIB et % des dépenses générales de l'Etat), 2021-2030**



Source : BIT 2022 d'après données fournies par l'outil RAP et l'outil de simulation des filets sociaux de l'UNICEF

¹²⁰ Les simulations et données relatives à la protection sociale (en-dehors de la santé) ont été obtenues grâce à l'outil de simulation pour les filets sociaux développé par l'UNICEF.

On voit que l'extension de la couverture de la protection sociale dont la santé a un coût non négligeable mais comparable, voire inférieur, à d'autres postes de dépenses de l'Etat. Différentes options pour mobiliser l'espace fiscal sont alors disponibles.

3.2.3. Options pour mobiliser l'espace fiscal pour la protection sociale, dont la protection sociale en santé

L'expérience internationale montre que les pays de tous niveaux de revenus peuvent progresser vers la Protection Sociale Universelle et la CSU. Ces progrès reposent en général sur une mobilisation des ressources disponibles pour les budgets sociaux.¹²¹ Face aux besoins pour financer l'extension de la protection sociale en santé, les options suivantes sont à considérer.

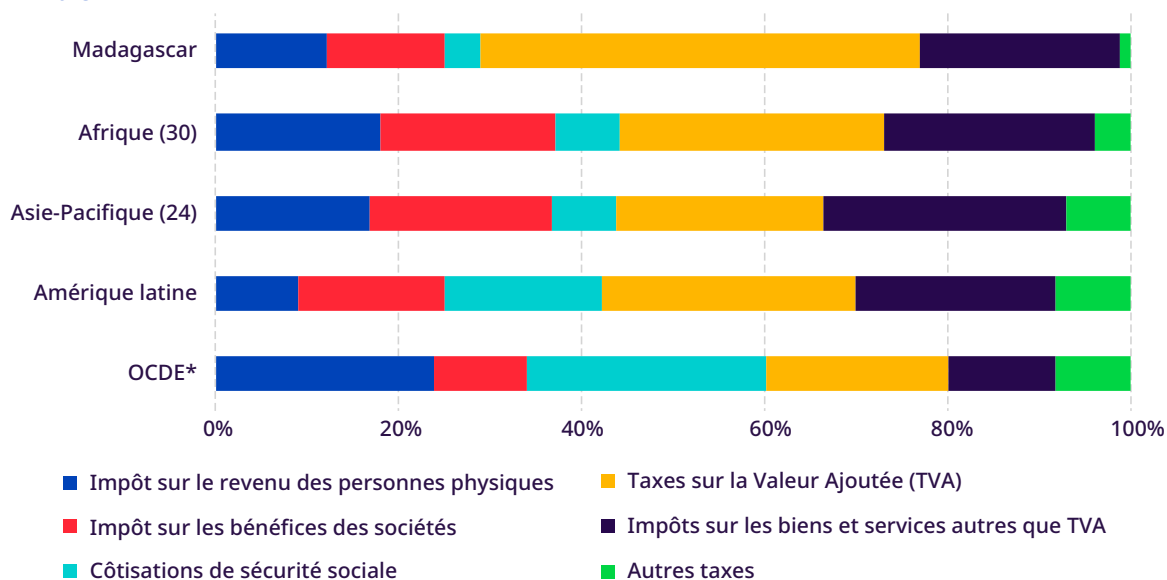
La mobilisation des ressources fiscales additionnelles

Etat des lieux

Malgré une augmentation récente, la mobilisation des ressources fiscales reste encore sous-optimale. A titre d'exemple, en 2020, le ratio revenus fiscaux / PIB n'était que de 9,4% pour Madagascar, un pourcentage en-dessous de la moyenne de 10,7% pour les pays à revenu faible et intermédiaire.¹²² Or le FMI estime que le potentiel fiscal de Madagascar, c'est-à-dire l'écart entre les revenus fiscaux actuels et le plus haut niveau que le pays peut théoriquement atteindre, étant donné le contexte macroéconomique et institutionnel national, est de plus de 6 points de PIB.¹²³

L'analyse de la structure des recettes fiscales à Madagascar nous donne des précisions sur les options qui se présentent pour atteindre un plus haut niveau de revenus fiscaux. Comme montré dans le graphique 7 ci-dessous (données OCDE 2019), la part des ressources fiscales provenant de sources de nature proportionnelles ou progressives sont limitées (l'impôt sur le revenu des personnes physiques ainsi que celle de l'impôt sur les bénéfices des sociétés et des contributions sociales dans les recettes fiscales à Madagascar sont limitées), les recettes fiscales étant basées principalement sur des taxes sur les biens de consommation qui ont une nature régressive.

► **Graphique 6: Structure des recettes fiscales à Madagascar et comparaisons internationales, 2019**



Source : OCDE, Revenue statistics in Africa 2021 – Madagascar

*Données de 2018 pour l'OCDE car les données de 2019 ne sont pas disponibles.

¹²¹ Voir pour cela Ortiz et al., *Fiscal Space for Social Protection: A Handbook for Assessing Financing Options*.

¹²² Données Banque Mondiale, sur la base des données FMI et Banque Mondiale : <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/GC.TAX.TOTL.GD.ZS>

¹²³ Gabriel Léost, 'Tax Revenue Mobilization Potential in Madagascar and Lessons from Successful Episodes in SSA'.

Les cotisations sociales représentent également une part minime dans le total des recettes fiscales, avec 4% des recettes fiscales totales seulement en 2019. A titre de comparaison, cette valeur est de 7% pour l'Afrique en moyenne et 26% pour les pays de l'OCDE. Ainsi, une grande marge existe pour pouvoir mobiliser davantage de cotisations sociales

Ainsi, tout effort de mobilisation de l'espace fiscal à Madagascar devrait inclure une réflexion sur l'augmentation de la part de ces ressources dans le montant total des recettes fiscales à Madagascar.

Impôt sur le revenu, impôts sur les sociétés et contributions sociales: le besoin de faire une transition vers l'économie formelle

L'informalité est un facteur limitant la collecte de revenus pour l'Etat, tant sous forme d'impôts sur le revenu des personnes physiques que sur les bénéfices des sociétés, mais également sur les taxes sur la valeur ajoutée par exemple, et les contributions sociales. Ainsi, la formalisation et les mesures visant à faciliter la transition vers l'économie formelle sont un investissement permettant de mobiliser davantage de ressources et donc d'espace fiscal.

Dans ce cadre, des régimes simples et mais cohérents pour taxer les entreprises informelles peuvent être mis en œuvre. Les mécanismes de monotaxes (monotributo) par exemple offrent la possibilité à certaines catégories de micro et petites entreprises, et les travailleurs pour leur propre compte, de payer une somme forfaitaire (mensuelle) au lieu de divers impôts et cotisations de sécurité sociale. Le niveau des cotisations diffère généralement selon les catégories de revenus. Ces mécanismes permettent de faciliter le paiement de taxes pour des entreprises dont les capacités administratives sont souvent limitées.

En parallèle, il semble ici prioritaire de fournir des efforts pour faciliter la transition des ménages de l'économie informelle vers l'économie formelle, qui permettrait entre autres de contribuer à financer un tel régime.^{124 125}

Taxes affectées à la santé

Historiquement, le Gouvernement de Madagascar avait adopté plusieurs mesures encourageantes sur les impôts indirects. Ainsi, en 2012 Madagascar était un des rares pays d'Afrique dont la part de l'impôt (dont le droit d'accise) dans le prix de vente au détail de la marque plus largement vendue de cigarettes était de 76%, soit au-dessus du seuil de 70% du seuil recommandé par l'OMS.¹²⁶

D'autres impôts sur les produits nocifs pour la santé pourraient être levés. C'est le cas par exemple des taxes sur les aliments non sains tels que les produits sucrés dont les sodas, ou l'alcool. De nombreux exemples internationaux montrent qu'il est possible d'affecter ces impôts aux budgets sociaux, dont la santé. C'est d'ailleurs une source de financement actuellement envisagée à Madagascar, tel que mentionné dans la SN-FS.¹²⁷ Cependant, toute mesure visant à instaurer ces taxes devra être précédée d'une réflexion sur leur potentielle regressivité et donc leur impact sur les populations les plus vulnérables de Madagascar.

Renforcement des autorités fiscales et lutte contre la corruption

Pour y parvenir le Fonds Monétaire International (FMI) formule plusieurs pistes potentielles : (i) Une meilleure exploitation des taxes sur les biens et services (dont TVA et taxes d'accise)¹²⁸, dont le rendement pourrait être amélioré ; (ii) la réforme du Département Général des Taxes ; (iii) la modernisation de l'administration douanière ; (iv) l'amélioration de la communication entre ces deux dernières administrations.

¹²⁴ ILO, 'Extending Social Security to Domestic Workers: Lessons from International Experience'.

¹²⁵ ILO, 'Making the Right to Social Security a Reality for Domestic Workers: A Global Review of Policy Trends, Statistics and Extension Strategies'.

¹²⁶ Center for Tobacco Control in Africa, 'Fiche Technique Du CLATA Sur La Taxation Du Tabac En Afrique'.

¹²⁷ Gouvernement de Madagascar, 'Stratégie Nationale de Financement de La Santé à Madagascar Pour Tendre Vers La Couverture Santé Universelle'.

¹²⁸ A noter tout de même : bien que l'introduction de taxes d'accise additionnelles puisse effectivement rapporter une manne supplémentaire aux secteurs sociaux si celles-ci y sont des taxes affectées (du moins à court terme), il faut mettre en garde contre une possible regressivité de ces taxes qui pourraient impacter davantage les ménages les plus pauvres.

De même la lutte contre la corruption, l'évasion fiscale, la concurrence fiscale et la libéralisation des échanges sont autant de manières de générer des revenus supplémentaires pour un Etat. ¹²⁹

Une meilleure exécution budgétaire

Le FMI fait état d'une sous-exécution budgétaire des dépenses sociales dites « prioritaires », bien que des améliorations aient été notées récemment à Madagascar. ¹³⁰ A titre d'exemple, en 2020, le taux d'engagement des dépenses selon la Loi de Finance Rectificative était de 86% pour le Ministère de la Santé Publique et de seulement 59% pour le Ministère de la Population, de la Protection Sociale et de la Promotion de la Femme, selon le Compte-rendu de la revue l'exécution budgétaire. ¹³¹

Une meilleure exécution des budgets sociaux permettrait de dégager des ressources supplémentaires pour financer une partie du montant nécessaire à l'extension de la couverture, mais elle ne sera pas suffisante. Ainsi, une plus grande priorisation des secteurs sociaux est indispensable.

Une re-priorisation des allocations de l'Etat vers les budgets des Ministères sociaux ;

Les allocations vers les budgets sociaux pourraient être augmentées. Les expériences internationales montrent d'ailleurs que de telles réallocations sont non seulement possibles mais aussi fructueuses (voir encadré 11).

► Encadré 13: Réaffecter les dépenses militaires vers le Régime de Couverture Santé (UCS) en Thaïlande ¹³²

La crise financière asiatique de 1997-1998 a durement touché l'économie thaïlandaise et sa société. Sur la base de la Constitution de 1997, les appels de la société civile à s'attaquer aux politiques sociales négligées ont conduit le gouvernement d'adopter le système de couverture universelle (UCS) en 2001. Cependant, alors qu'environ un tiers de la population étaient exclus de la couverture santé (dont la plupart appartenaient à l'informel secteur agricole sans revenu régulier), atteindre une couverture universelle par le biais de seules contributions n'était pas une option. Un soutien budgétaire était nécessaire.

La majeure partie du budget de l'UCS a été financée par une réduction des dépenses de défense nationale (d'environ 25 % des dépenses totales dans les années 1970 à 15 % dans les années 2000 et à 7,62 % en 2015) et une réduction des paiements du service de la dette. Le gouvernement a inclus le régime de couverture universelle dans le cadre d'un plan plus général de relance fiscale, et d'autres mesures ont augmenté le montant des revenus disponibles pour les personnes ayant une forte propension à dépenser, y compris la création d'une banque populaire, un moratoire sur la dette des agriculteurs et une caisse villageoise.

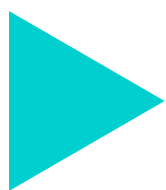
Ainsi, la CSU à Madagascar est non seulement abordable, mais des sources de financement peuvent également être mobilisées, sur la base d'exemples internationaux illustratifs. La mise en place d'un système de protection sociale en santé peut se concrétiser grâce à une volonté politique forte et un dialogue intersectoriel réunissant les domaines des finances comme ceux de la protection sociale et de la santé.

¹²⁹ Ortiz et al., *Fiscal Space for Social Protection: A Handbook for Assessing Financing Options*.

¹³⁰ 'Republic of Madagascar. 2019 Article IV Consultation and Sixth Review under the Extended Credit Facility Arrangement - Press Release; Staff Report; and Statement by the Executive Director for Republic of Madagascar'.

¹³¹ Ministère de l'Economie et des Finances, 'Compte-Rendu de La Revue de l'Exécution Budgétaire 2020'.

¹³² Ortiz et al., *Fiscal Space for Social Protection: A Handbook for Assessing Financing Options*.



4

4. Conclusions et recommandations

Ce rapport présente l'état actuel de la couverture de la protection sociale en santé à Madagascar, ainsi que les options pour l'extension de la protection financière en santé, sur la base de prestations accessibles, disponibles et de qualité à l'ensemble de la population.

Il en ressort la nécessité de mettre en œuvre rapidement les points d'action suivants :

1. Etendre la couverture de la population de façon universelle et en l'ancrant dans le cadre légal

A Madagascar, environ **5,2% de la population** seulement (les fonctionnaires, retraités et agents non encadrés de l'Etat, militaires, et leurs familles, les femmes en âge de procréer dans les ménages formels privés pour la maternité) est effectivement couverte en droit pour la protection sociale en santé. Pour faire face à cette situation, les services de médecine du travail (couvrant uniquement les travailleurs de l'économie formelle et leurs ayants droit) ont progressivement étendu leur portée à la médecine générale, mais cela reste de façon ad hoc et inéquitable (au profit des zones urbaines). En parallèle, un certain nombre de programmes de gratuité pour certaines pathologies (tuberculose, VIH, malaria, soins maternels et infantiles) se sont également mis en place mais ne possèdent pas pour l'instant de base légale. Les mécanismes de protection sociale en sante existants se sont donc constitués de façon fragmentée et parfois sans base légale.

Pourtant, l'expérience internationale montre que les régimes volontaires ne sont pas une voie valable pour atteindre l'objectif d'universalité de la protection sociale en santé.

Recommandations du BIT :

- ▶ Il est urgent d'inscrire le droit à la protection sociale en santé pour toute la population de Madagascar, ainsi que le détail des garanties prévues, **dans la loi nationale**.
- ▶ A Madagascar, la couverture universelle en santé ne peut être atteinte sans rendre l'affiliation aux mécanismes de protection sociale en santé **obligatoires** pour toute la population. En effet, l'obligation légale engage la responsabilité de l'Etat et permet donc de garantir un financement pérenne d'un système de protection sociale en santé.

2. Dans la perspective d'une couverture universelle, définir les paramètres de couverture de protection sociale en santé sur la base de données probantes

Le Gouvernement de Madagascar étudie actuellement plusieurs options pour parvenir à l'extension de la couverture de protection sociale en santé à Madagascar. Toute décision relative aux paramètres et à l'architecture du régime de protection sociale en santé à Madagascar devrait reposer sur des données probantes adaptées au contexte national. Comme montré dans ce rapport, le coût du panier de soin actuellement envisagé sera vraisemblablement bien plus élevé que le coût qui a été estimé en 2020 (autour de 9 000 MGA/an/ménage). Ce travail d'étude de coûts est primordial pour la bonne mise en œuvre du système de protection sociale en santé.

Par ailleurs, le niveau de contribution devra être adapté aux capacités contributives de la population de Madagascar, puisque notre étude montre que la population interrogée affiche une préférence pour la mise en place d'un régime public, avec des modalités de contribution adaptées. Ainsi les ménages dépendant de l'économie informelle en zone rurale, à l'image de la région d'Anosy, estiment leur capacité à contribuer à environ 4 600 MGA/an/ménage. Ainsi, il s'agit de définir précisément le niveau de contribution des différents groupes de population, notamment rural et urbain, dépendant de l'économie formelle ou informelle, selon le niveau de revenus, entre autres critères.

Sur cette base, des mécanismes de subventionnement devront être envisagés pour parvenir à offrir des prestations adéquates et répondant aux besoins de la population de Madagascar. Dans cette perspective, il sera impératif de comprendre comment coordonner l'utilisation des fonds des programmes verticaux avec un régime de protection sociale en santé.

Recommandations du BIT:

- ▶ Pour garantir la bonne gestion financière du système de protection sociale en santé à Madagascar, il sera nécessaire **d'appréhender précisément le coût du panier de soins** à mettre à disposition de la population. Pour cela, selon le choix fait par le Gouvernement, ce calcul reposera soit sur le **coût réel** des services (dans le cas où il est décidé que la protection sociale en santé doit entièrement couvrir ce coût) soit sur les tarifs facturés aux patients à l'heure actuelle (ce qui implique de garantir que les autres coûts relatifs au fonctionnement des services de santé, y compris en cas d'augmentation de la fréquentation, sont bien couverts par ailleurs).
- ▶ Dans un second temps, **une analyse actuarielle** sera impérative pour pouvoir déterminer des taux de contribution fiables, et ainsi envisager des mécanismes de subventionnement.
- ▶ Un **dialogue avec les responsables de la mise en œuvre des programmes de santé verticaux** à Madagascar, pour comprendre leur complémentarité et le rôle qu'ils peuvent jouer dans le financement d'un mécanisme de protection sociale en santé universelle, sera indispensable.
- ▶ Sur ces bases, il pourra être défini **une architecture d'ensemble du système articulant les mécanismes existants et à venir ainsi que la définition claire des paramètres** de couverture. Cette architecture devra inclure des mécanismes de financement adaptés aux capacités contributives des groupes de population. Ce travail devra reposer sur une large consultation et une stratégie interministérielle.

3. Adopter une approche pragmatique construisant sur les capacités institutionnelles existantes pour opérationnaliser l'extension de la couverture

Du fait de l'architecture morcelée des mécanismes de protection sociale en santé (travailleurs de l'économie formelle publique, médecine du travail pour les travailleurs de l'économie formelle privée et personnes en situation de grande pauvreté), de nombreux acteurs assurent actuellement la protection financière des groupes protégés à Madagascar.

Ainsi, dans la perspective d'une prise de décision relative au design institutionnel d'un régime de protection sociale en santé à Madagascar, il est impératif de posséder des informations probantes sur la capacité des acteurs déjà existants à remplir des fonctions de protection sociale en santé, pour garantir leur bonne mise en œuvre.

Notamment, parmi les différentes options, l'utilisation des relais communautaires est à l'étude. Cependant, plus d'informations sont requises sur les fonctions qui peuvent être assurées ou non par ces entités. Le projet SDG Fund à Madagascar a montré qu'un ancrage communautaire pouvait être utile pour la mobilisation communautaire ou les mécanismes de redevabilité sociale. Pourtant, l'expérience internationale montre que les capacités opérationnelles des mutuelles peuvent varier d'un contexte à un autre. En outre les mutuelles ne peuvent constituer un mécanisme de protection sociale en charge de porter le risque.

Une réflexion sera également nécessaire sur l'avenir des Services de la Médecine du Travail et sur la leur potentiel rôle au sein d'un système de protection sociale en santé national. De même le système de prise en charge des fonctionnaires utilisé actuellement devra être revu pour améliorer son efficacité et assurer une plus grande équité dans la distribution des fonds publics pour la protection sociale en santé.



© ILO

Recommandations du BIT :

- ▶ Pour pouvoir concevoir au mieux le cadre institutionnel de la protection sociale en santé à Madagascar, il est nécessaire **d'évaluer la capacité institutionnelle des acteurs existants, assurer une coordination régulière des acteurs concernés** et de déterminer au mieux quelles entités sont en mesure de prendre en charge des fonctions de protection sociale en santé, de la sensibilisation à l'affiliation, de la collecte des contributions (si retenu) à la mise en commun des fonds, du portage du risque, à l'achat des prestations et de l'assurance qualité, entre autres.
- ▶ Si l'option d'utiliser les mutuelles comme véhicule de mobilisation communautaire est davantage explorée, il est essentiel de mener un **diagnostic complet des mutuelles** à Madagascar, dont un inventaire des structures existantes, leur portée actuelle, leurs capacités de gestion et leur niveau de professionnalisation afin de déterminer si elles peuvent remplir certaines fonctions de façon efficace et durable, et, le cas échéant, lesquelles.

4. Augmenter l'espace fiscal pour les secteurs sociaux

Au travers de la démonstration de l'impact positif de la réduction des dépenses de santé des ménages sur le niveau de pauvreté monétaire (permettant potentiellement à 5,2% des ménages pauvres de passer au-delà du seuil de la pauvreté sur la base des données 2012) et sachant que cet impact pourra s'accompagner d'un effet sur la productivité et donc éventuellement impacter à la fois le revenu et le bien-être des populations, on voit qu'il est nécessaire considérer l'augmentation de l'espace fiscal pour les secteurs sociaux comme un investissement au service de la réduction de la pauvreté et de la croissance à Madagascar.

Ce rapport montre que pour étendre la couverture à l'ensemble de la population, il faudrait mobiliser entre 1,71% à 8,75% du PIB en 2030. Cette fourchette large pourrait être réduite dans l'optique d'une estimation plus précise si les paramètres de l'extension étaient définis de façon plus précise. En effet, une estimation précise du coût d'un panier de soin serait nécessaire pour affiner l'estimation et assurer la viabilité financière d'un régime de protection sociale en santé sur le long terme.

Recommandation du BIT

- ▶ Il est urgent et primordial **de lever davantage de ressources fiscales et prioriser les ressources existantes afin de les allouer aux secteurs sociaux**, dont la santé et la protection sociale sont au centre. A cet effet, ce rapport montre que les ressources fiscales de nature progressive et proportionnelle (impôts sur le revenu des personnes physiques et sur les bénéfices des sociétés, contributions sociales) pourraient être davantage collectées, par le biais d'assiettes fiscales étendues mais également par un travail de formalisation de l'économie.
- ▶ L'extension d'un régime de protection sociale en santé doit aller de pair avec **les stratégies pour faciliter la transition des entreprises et des emplois vers l'économie formelle**. Il est utile de conduire un dialogue multisectoriel à ce niveau sur la base des expériences de formalisation à Madagascar et à l'international.
- ▶ L'extension de la protection financière va de pair avec le renforcement de l'offre de soins, qui doit être accessible, disponible, adaptée et de qualité suffisante en ligne avec les normes internationales de sécurité sociale. A Madagascar, l'amélioration de la qualité et de la disponibilité des services de santé doit être une priorité. A cet effet, **davantage de ressources devront également être allouées au secteur de la santé** et les mécanismes de protection sociale en santé devront venir renforcer la demande. Des efforts particuliers doivent être déployés pour assurer la formation, la rétention et la bonne répartition du personnel soignant, ce qui suppose de prioriser des conditions de travail décentes en zone urbaine comme en zone rurale pour les travailleurs de la santé.

5. Inscrire les stratégies d'extension de protection sociale en santé dans un dialogue multisectoriel et participatif

Au vu du nombre d'acteurs institutionnels et associatifs concernés par les efforts d'extension de la protection sociale en santé, celle-ci doit se faire de façon concertée, en incluant les secteurs sociaux mais également ceux de l'économie et des finances.

Ce rapport montre que les efforts d'extension de la protection sociale en santé doivent également s'intégrer dans les stratégies d'extension de la protection sociale pour pouvoir agir efficacement sur les déterminants sociaux de la santé. En outre, comme montré dans le projet SDG Fund avec la création d'un registre social unique, la concertation permet de gagner en efficacité et de réaliser des économies d'échelle.

De même l'extension de la couverture de la protection sociale en général (pas seulement la santé) est dans une certaine mesure liée aux stratégies de formalisation des entreprises et des emplois de Madagascar, une des conditions de la viabilité financière de la protection sociale (qu'elle repose sur des mécanismes contributifs ou non contributifs).

Recommandations du BIT :

- ▶ Dans le contexte du développement de l'architecture du système de protection sociale en santé à Madagascar, il serait utile de conduire une **concertation nationale** rassemblant les ministères concernés et les institutions de prévoyance. Ce dialogue doit inclure le Ministère de la Santé Publique, le Ministère de la Population, de la Protection Sociale et de la Promotion de la Femme, le Ministère de la Fonction Publique, du Travail et des Lois Sociales, ainsi que le Ministère de l'Economie et des Finances, mais aussi les représentants des services médicaux et de la médecine du travail, des ONGs, des associations de patients, des associations des ménages de l'économie informelle, des employeurs ainsi que des travailleurs, et enfin les partenaires techniques et financiers.
- ▶ Coordonner l'extension de la protection sociale en santé avec **les efforts d'extension des autres branches de la protection sociale** est indispensable, notamment au travers de la mise en œuvre de la Stratégie Nationale de Protection Sociale (SN-PS) 2019-2023.

Annexe 1 : Détail des paniers de soins proposés par les principaux SMIE à Madagascar ¹³³

Il existe quatre principaux SMIE à Madagascar, à savoir, l'Organisation Sanitaire Tananarivienne Inter Entreprise (OSTIE), l'Espace Sanitaire Interentreprises (ESIA), le Funds Health Center (FUNHECE) et l'Association médicale Interentreprises (AMIT).

Pour ce qui concerne l'OSTIE, elle offre les prestations suivantes :

- Médecine générale : consultation générale, stomatologie, pharmacie, soin, laboratoire de base,
- Médecine spécialisée : les prestations spécialisées : cardiologie, neurologie, ophtalmologie, Oto-Rhino-laryngologie, gynécologie, pédiatrie et dermatologie,
- Prestations diagnostiques : échographie, radiologie conventionnelle, unités modernes de laboratoire d'analyses médicales
- Médecine du travail : visites médicales systématiques, périodiques et obligatoires, visite des lieux de travail, prévention des accidents et maladies professionnelles, activité de sensibilisation (nutrition et hygiène).

Pour le cas de l'ESIA, il offre comme prestations :

- Médecine générale : consultation générale, dentisterie, pharmacie, soin
- Prestations spécialisées (cardiologie, avec électro cardiogramme, neurologie, ophtalmologie, gynécologie, pédiatrie, dermatologie)
- Prestations diagnostic : échographie, laboratoire d'analyse médical de dispensaire, radiologie conventionnelle
- Médecine du travail : visites médicales systématiques, périodiques et obligatoires, visite des lieux de travail, prévention des accidents et maladies professionnelles, activité de sensibilisation (nutrition et hygiène).

Pour le cas de FUNHECE :

- Consultations médicales des travailleurs et les membres bénéficiaires de leur famille,
- Médecine Généraliste : soins et traitements fournis sans rendez-vous (avec octroi de médicaments)
- Médecine spécialisée : Soins et traitements avec rendez-vous : dermatologie, cardiologie, gastro-entérologie, maladie infectieuse, rhumatologie, pneumologie, pédiatrie, ORL, Soins dentaires...,
- Analyses médicales
- Médecine du travail : Visite médicale d'embauche et systématique, Conseil en matière hygiène générale des lieux de travail, Ouverture d'antenne au sein d'une Entreprise à partir d'un effectif de 500 personnes.
- Vaccination classique dans le cadre du programme national de l'Etat,
- Accompagnement à la maternité

¹³³ Organisation Internationale du Travail, 'Stratégie d'Accès Des Travailleurs Occupant Des Emplois Informels Aux Services de Santé Au Travail Dans Les Chaînes d'Approvisionnement à Madagascar'.

Pour le cas de l'AMIT :

► Soins préventifs :

- Prestations pour les affiliés : visite d'embauche, visite périodique, visite de reprise, visite complémentaire.
- Prestations dédiées aux affiliés et aux membres de leur famille : planning familial, soins pré et post natal, suivi des enfants de moins de 5 ans, luttés contre les maladies transmissibles ou non, vaccination, centre de dépistage VIH.
- Activités consacrées aux entreprises : visites d'entreprise (étude de poste, hygiène et sécurité, ergonomie, visite de cantine), formations (secourisme, hygiène et sécurité, planning familial, prévention du VIH-SIDA, différents risques liés au travail, sensibilisation)

► Soins curatifs :

- Consultations générales,
- Soins d'urgence,
- Consultations spécialisées : Ophtalmologie, cardiologie, neurologie, gynécologie, ORL, pneumonie, diabétologie, pédiatrie, dermatologie
- Dentisterie,
- Pharmacie,
- Acte de petite chirurgie,
- Soins infirmiers
- Maternité à moindre risque

► Services d'appui :

- Appui interne : radiographie, ECG, échographie, spirométrie, laboratoire d'analyse médicale.
- Appui externe : IPM, LBM..., cenhosoa, laboratoire de neuroscience, radio-isotope.

Force est donc de constater que la majorité des SMT disposent des matériels et appareils médicaux modernes pouvant assurer les soins aux malades. Ils offrent des prestations de base comme les urgences, les laboratoires d'analyse, les pharmacies, les dentisteries, les radiographies et les échographies.

Annexe 2 :

Recommandations issues des travaux en groupes du Dialogue National Basé sur l'Évaluation (ABND)

Les recommandations issues des travaux en groupes du Dialogue National Basé sur l'Évaluation furent les suivants :

Programme de gratuité, Fonds d'équité

- ▶ Faciliter les procédures pour l'adoption du projet de loi actuellement en discussion
- ▶ Élaborer dans un court délai les décrets d'application
- ▶ Vulgariser les textes sur le FANOME
- ▶ Communiquer et informer la population et les utilisateurs des services de santé sur l'importance du FANOME
- ▶ S'aligner avec le registre unique au niveau MPPSPF (personnes vulnérables) au niveau de la PNPS (protection sociale)
- ▶ Création du Fonds de solidarité pour affilier les plus pauvres avec un taux de 45% à horizon 2030
- ▶ Mutualiser les financements des différents programmes
- ▶ Capitaliser les acquis pour renforcer la mise en place des nouveaux mécanismes de financement
- ▶ Capitaliser sur les expériences réalisées par le passé pour renforcer la mise en place des nouveaux mécanismes

Fonctionnaires et agent d'état et SMIE/SMAE

- ▶ Réviser le projet de loi sur la santé et sécurité au travail en cours, faciliter les procédures pour l'adoption du projet de loi
- ▶ Élaborer un projet de loi qui mentionne l'obligation de couvrir toute la population y compris les travailleurs indépendants
- ▶ Mutualiser les ressources
- ▶ Réformer l'achat des services

Mutuelles de santé

- ▶ Impliquer les mutuelles dans tous les processus (SNFS, projet de Loi)
- ▶ Renforcer les stratégies de transition de l'économie informelle vers l'économie formelle
- ▶ Standardiser des paniers de soins
- ▶ Allouer un budget public pour financer les cotisations sociales
- ▶ Ne pas rendre la cotisation obligatoire
- ▶ Améliorer la qualité des soins
- ▶ Mettre en place progressivement l'OPASS pour le secteur informel avec l'aide des mutuelles
- ▶ Élaborer un projet de loi qui stipule l'obligation de couvrir toute la population y compris les travailleurs indépendants

Annexes 3 : Hypothèses retenues pour le calcul de la couverture légale en 2018

Hypothèses pour la couverture légale :

- ▶ Fonctionnaires, retraités et agents non encadrés de l'Etat et leurs familles : Estimation basée sur le pourcentage de ménages « publics » à Madagascar en 2018 (3,4% de la population) selon l'ENE 2015, que nous avons considéré constant ; ainsi que le nombre d'habitants à Madagascar pour 2018 selon le RGPH-3 2018 ;
- ▶ Travailleurs de l'économie privée formelle uniquement : Nous assimilons ici les travailleurs de l'économie privée formelle au nombre d'emplois dans les entreprises formelles. Données ENE 2015 avec 4,1% d'emplois dans les entreprises formelles. Nous estimons ce taux constant et l'appliquons à la population totale en 2018 selon les chiffres du RGPH-3 2018 ;
- ▶ Femmes en âge de procréer dans les ménages formels : nous avons utilisé le pourcentage de femmes en âge de procréer dans la population totale pour 2018 (31,7%). On formule l'hypothèse que ce pourcentage peut être appliqué aux ménages dits « formels ».
- ▶ Travailleurs indépendants et professions libérales : données d'après ILOSTAT .

Annexe 4: Hypothèses retenues pour l'estimation du coût des paniers de soins

Cette section décrit les hypothèses retenues pour l'estimation du coût des paniers de soins suivants :

- Panier du « chèque santé » ;
- Panier de base « estimation basse »
- Panier des SMIE/SMA ;
- Panier pour les fonctionnaires, agents de l'Etat, retraités et dépendants ;
- Panier de base « estimation haute ».

1- Panier du chèque santé ¹³⁴

En l'absence de données, les données du Cadre d'Investissement pour la SRMNIA-N de Madagascar ont été utilisées pour faire une estimation du coût du panier ¹³⁵. En effet, le document fixe la cible de 888 689 bénéficiaires en 2024 pour un montant total de 8,733,140,000 MGA, soit un coût unitaire de 9,826.99 MGA.

- En prenant en compte l'inflation médicale entre 2024 et 2020, ¹³⁶
- En estimant que la fréquence est égale à 100 (puisque'il s'agit de services SRMNIA-N pour un public cible « femmes en âges de procréer et enfants de moins de 5 ans »), le coût du panier « chèque santé » est estimé à environ 7,900 MGA par personne par an en 2020.

2 - Panier de base « estimation basse »

On utilise les données du costing du panier réalisé en 2020 pour la CNSS sur la base des tarifs des services de santé publics 2020. ¹³⁷

Nous avons choisi d'ajuster le coût pour la partie du panier « services SRMNIA-N » par rapport au coût unitaire des services estimés pour le panier « chèque santé », en ajustant les fréquences d'utilisation à la population générale. Pour ce faire on estime les fréquences d'utilisation constantes dans le temps.

Pour estimer la fréquence d'utilisation des enfants de moins de 5 ans :

On utilise des données de l'annuaire des statistiques sanitaires de 2016 ¹³⁸

- On estime que les chiffres de la surveillance nutritionnelle reflètent le nombre de consultation des enfants de moins de 5 ans. Ainsi on utilise le nombre d'enfants de moins de 5 ans pesés. On applique le taux d'accroissement intercensitaire annuel moyen de la population entre 1993 et 2018 : 3,01% utilisé pour la projection entre 2018 et 2030. Nous parvenons ainsi à une estimation pour 2020 de 3,335,109 consultations pour les enfants de moins de 5 ans, soit un taux d'utilisation de 12,32% en 2018 ;

¹³⁴ Les prestations incluses comprennent les consultations prénatales, l'accouchement, les opérations césariennes, les consultations des enfants malades, et la planification familiale.

¹³⁵ Ministère de la Santé Publique, 'Cadre d'Investissement Pour La Santé Reproductive, Maternelle, Néonatale, Infanto-Juvenile et de l'adolescent, et Pour La Nutrition à Madagascar. 2020-2024'.

¹³⁶ L'inflation médicale a été retenue comme hypothèse de taux d'inflation pour le coût des paniers de soins, selon les valeurs suivantes :

- 2020 : 6,4%, 2021 : 10,5%.

- Taux constant de 2022 à 2030 : 7,5%, moyenne des indices calculés sur 5 ans de 2017 à 2021.

Source : INSTAT NIPC | Nouvel Indice des prix à la consommation - Déc. 2021 .

¹³⁷ Voir l'étude de tarification du panier de soins CNSS Septembre 2020

¹³⁸ Ministère de la Santé Publique, 'Annuaire Des Statistiques Du Secteur Santé de Madagascar'.

- Or le costing du panier de soins « CNSS » estimait la fréquence d'utilisation de la consultation générale à 60%, donc on estime que la fréquence pour les plus de 5 ans est de 47,8% ;

Pour estimer les fréquences d'utilisation des services santé reproductive et maternelle, les fréquences suivantes ont été retenues :¹³⁹

- Pour les consultations prénatales, on utilise le nombre total de consultations recensées, auquel a été appliqué le taux d'accroissement intercensitaire, pour une fréquence de 8,06%.
- Pour la planification familiale, la couverture PF 2016 de 29% des femmes en âge de procréer a été utilisée (et estimée constante), ainsi que le nombre total de femmes en âge de procréer en 2020, pour parvenir à une fréquence de 7,39%.
- Pour l'accouchement, le nombre total d'accouchements (CSB+CHRD) a été calculé pour 2016, auquel on applique le taux d'accroissement. La fréquence retenue pour 2020 est de 1,39%.
- Pour les césariennes, le nombre des césariennes pour 2016 a été utilisé, auquel a été appliqué l'accroissement naturel intercensitaire pour une fréquence de 0,03.
- Pour les consultations infantiles (moins de 5 ans), la fréquence précédente a été retenue (12,16%).

En se basant sur le total des fréquences pour les services de santé maternelle et infantile pris en charge par le chèque santé, le coût pour la prise en charge de ces services serait d'environ 2,300 MGA en 2020.

Pour estimer le coût du panier de base :

- Le panier de soins « CNSS » a été ajusté en retirant les prestations comprises dans le panier « chèque santé ». Il s'agit des prestations suivantes : consultations prénatales, accouchement, opérations césariennes, consultations des enfants malades, planification familiale. Le coût de ce panier réduit revient ainsi à 7,750 MGA par personne par an en 2020.
- Puis le coût de la prise en charge de ces services, tel que calculé ci-dessus, a été ajouté. On parvient donc à un coût annuel du panier « de base » estimé à 10,050 MGA par personne en 2020.

Remarques :

- Il est à noter que les fréquences ci-dessus étant basées sur les valeurs de l'annuaire statistique sanitaire, il s'agit des fréquences sans mécanismes de protection sociale en santé (les soins CSB sont à priori gratuits). Or il peut être attendu une hausse de la fréquentation avec la mise en place d'un système de protection sociale en santé, et donc une hausse du coût de la prise en charge de ces services.
- Les valeurs des fréquences retenues dans l'estimation du coût du panier « CNSS » étant particulièrement basses (comparées aux fréquences retenues au niveau des SMIE par exemple, comme montré ci-dessous), il peut être attendu un coût total plus élevé pour ce panier de base.

3- Panier des SMIE

Les informations communiquées à la DSST par les SMIE et SMA ne comprenaient pas le coût des paniers de soins. Néanmoins, en 2021, un SMIE a communiqué ses données financières. Sur cette base nous avons estimé le coût du panier, par an et par personne.

Ainsi les données financières contenues dans le rapport annuel administratif et financier d'un SMIE situé à l'Ouest de Madagascar, en zone urbaine (ville de taille moyenne), ont été utilisées. Il est à noter la grande diversité des SMIE à Madagascar, ce qui limite la représentativité des données utilisées. Pour cette raison, nous utilisons ces données pour déterminer un ordre de grandeur du montant du panier de soin par personne pour les services SMIE.

Pour ce faire, ont été repris dans le calcul du coût du panier : les frais de fonctionnement du SMIE, les médicaments, et les frais financiers et agio. Les frais de personnel, ainsi que les amortissements, n'ont pas été pris en compte dans le calcul. En effet, dans un souci de pouvoir obtenir des données comparables avec les autres paniers de soin, on estime que les frais de personnel seraient pris en charge directement par le Ministère de la Santé Publique dans le cas d'un prestataire de santé public.

¹³⁹ Pour toutes les prestations suivantes, on estime que l'utilisation des services a connu une augmentation égale à l'accroissement naturel de la population entre 2016 et 2018.

Sont comprises dans le panier de soin, les consultations médicales dont les femmes enceintes. Le nombre de visites à l'embauche et systématiques est négligeable (moins de 0,7% des consultations).

On trouve ainsi un coût du panier de soins égal à 88 877,57 MGA par an en 2021, pour une fréquence d'utilisation annuelle des consultations externes de 309,3%. En comparaison, la fréquence d'utilisation annuelle totale du panier 2 (total des fréquences individuelles pour les différentes interventions comprises) est de 110,3%.

La valeur du coût du panier de soins en 2020 (corrigée de l'inflation médicale) est de 83,531.55 MGA par personne par an. Nous arrondissons pour faciliter le calcul à 83,500 MGA / personne / an en 2020.

Remarques sur les fréquences d'utilisation :

- Il est à préciser que les bénéficiaires des SMIE sont avant tout des personnes en âge de travailler, dont les dépendants comprennent des enfants avec une fréquence d'utilisation pouvant être élevée.
- La fréquence relevée ici (309,3%) semble correspondre à l'ordre de grandeur de la fréquence nationale pour tous les SMIE/SMA, égale à 368% en 2020. A noter que cette fréquence retient notamment les consultations de médecine du travail, obligatoires ou non. Cependant, leur fréquence est négligeable (<0,8% des consultations totales en 2021 pour le SMIE considéré).

4 - Panier de soins type « fonctionnaires et agents de l'Etat »

Les données sur le coût de la prise en charge des fonctionnaires, agents de l'Etat, retraités et leurs dépendants, n'étant pas disponibles, nous avons formulé l'hypothèse d'une fréquence d'utilisation « haute » semblable aux SMIE. Pour la couverture des services aux niveaux secondaire et tertiaire, nous avons utilisé le panier « CHRD » du costing « CNSS ».

Nous avons donc additionné les coûts des paniers « SMIE » et « CHRD ». Ce panier revient donc à un total de 85,600 MGA par personne par an en 2020.

5 - Panier de base « estimation haute »

Pour ce panier, la valeur du panier « Fonctionnaires » a été reprise. Ce panier revient donc à un total de 85,600 MGA par personne par an en 2020.

Annexe 5 : Panier de soins « de base » tel que défini par la CNSS

Les interventions comprises sont les suivantes :

1. Consultations CSB 1 et 2

- ▶ Consultation externe totales/
 - Actes et Médicaments génériques
- ▶ Soins préventifs
 - Médicaments prescrits en CPN
 - Soins infirmiers + petite chirurgie
 - Examens de Labo
- ▶ Accouchements
 - Accouchement eutocique (simple) - KIT
 - Accouchement dystocique (épisiotomie)

2. Transport en urgence privé

3. Consultations CHRD

- ▶ Consultations
 - Actes
 - Consultation externe : Chirurgie, Médecine, Pédiatrie, Gynéco, Ophtalmo, Dentisterie
 - Biologie, biochimie, bactériologie, parasitologie, hématologie, immunologie etc.
 - Echographie
 - Radiographie
- ▶ Hospitalisations médicalisées:
 - Hospitalisations / Hébergement salle commune, Hébergement salle payante, médicaments génériques, certains médicaments de spécialité, salle payante gynéco ;
 - Biologie, biochimie, bactériologie, parasitologie, hématologie, immunologie etc., échographie, radiographie ;
- ▶ Chirurgie essentielle d'urgence hors césariennes avec médicaments
- ▶ Chirurgie ophtalmo
- ▶ Césarienne

Non compris dans le panier :

- ▶ Consultations externes CHRD : Scanographie, Médicaments génériques consultations externes, Médicaments de spécialités consultations externes
- ▶ CSB I ET II :
 - ▶ Médicaments de spécialités
 - ▶ Soins préventifs
 - Consultations Prénatales

- Vaccinations
 - BCG
 - POLIO 0
 - DTCPHepHib1, PCV101,Rota1
 - DTCPHepHib2, PCV102,Rota2
 - DTCPHepHib3, PCV103,VPI
 - VAR
 - VAT1
 - VAT2
 - Mise en observation
 - Soins bucco-dentaires
 - Soins ophtalmo et ORL
- Hospitalisation : certains médicaments de spécialité

Annexe 6 Hypothèses générales principales

Hypothèses démographiques

► Population initiale par âge utilisée :

- Population 2018 par classe d'âge de 5 ans, répartie de façon égale en population par âge et par sexe.
- Taux d'accroissement intercensitaire annuel moyen de la population entre 1993 et 2018 : 3,01% utilisé pour la projection entre 2018 et 2030.

Source : rapport thématique INSTAT, octobre 2021 ; Rapport thématique RGPH 3 - Thème 01 - État et structure de la population à Madagascar (p.46).

► Taux de la population correspondant aux fonctionnaires, agents de l'Etat, retraités de la fonction publique et leurs dépendants : on assimile cette catégorie de population aux ménages dits « publics » de l'Enquête Nationale sur l'Emploi de 2015, en estimant que ce taux est constant à 3,40% de la population de Madagascar d'ici 2030.

Source : rapport INSTAT et BIT, « Emploi à Madagascar », 2018, basé sur l'ENE 2015, Graphique 7, p.51

► Taux de la population correspondant aux personnes ciblées par les SMIE/SMA : calculé à 4,8% de la population de Madagascar en 2020, selon les données du Ministère du Travail de l'Emploi de la Fonction Publique des Lois Sociales, Direction des Services de Santé au Travail, 2020

► Taux de la population couverte par les mécanismes des chèques santé ou voucher : calculé à partir de la cible du nombre de bénéficiaires pour 2024 telle que présentée dans le Cadre d'Investissement du Global Financing Facility (GFF) de 2020

► Taux de la population appartenant au secteur de l'économie informelle : constant à 84.9%. Cette hypothèse est basée sur les taux des ménages malgaches de la population de l'économie privé informelle en 2015 (16,8% de ménages privé informel non-agricole +68,1% privé informel agricole).

Source : rapport INSTAT et BIT, « Emploi à Madagascar », 2018, basé sur l'ENE 2015, Graphique 7, p.51

Hypothèse macro financières initiales année 2020

► Pour le Volume du PIB 2020, l'hypothèse retenue est MGA 49'453'220'000'000.

Source : données économiques de l'INSTAT à janvier 2022 transmise par le MEF ¹⁴⁰ aussi disponible sur la page Madagascar en Chiffre de l'INSTAT ¹⁴¹.

► Pour le volume de dépenses publiques 2020, l'hypothèse retenue est celle des dépenses totales du budget général de l'Etat selon la Loi de Finances Rectificative pour 2020 : MGA 10 950 025 356 000

Hypothèses macro économiques pour les projections à 2030

► Croissance du PIB :

- 2020 : -7.14% Source : INSTAT Madagascar chiffres clés ou Comptes Nationaux rebasés Sept2021 ¹⁴².

¹⁴⁰ Dernier tableau de bord économique produit par l'INSTAT (Janvier 2022) et qui indiquent la valeur nominale et réelle du PIB pour 2020 (onglet "CNA").

¹⁴¹ <https://www.instat.mg/madagascar-en-chiffres>

¹⁴² <https://www.instat.mg/documents/upload/main/Comptes%20Nationaux%20rebas%C3%A9s%20Sept2021.xlsx>

- 2021 : 4,30%, 2022 : 4,30%, "Une relance de la croissance serait observée en 2021 (+4,3% contre 4,5% en LFI), scénario optimiste par rapport à celui du FMI (+3,2%)" selon le site *Finance publique - Trésors International - Madagascar* ¹⁴³.
- Taux constant de 2023 à 2030 : 3,97%, moyenne annuelle sur l'historique de 2016, 2017, 2019, 2021 à l'exclusion de 2020 qui avait une croissance négative en raison du contexte économique lié à la situation pandémique.

Source : Comptes Nationaux rebasés Sept 2021.

► **Croissance des dépenses générales de l'Etat :**

- Taux constant entre 2021 et 2030 : 12,7%, moyenne annuelle sur 10 ans calculés à partir de l'historique 2010-2020

Source : données de la banque mondiale ¹⁴⁴

- Dépenses générales de l'Etat utilisées pour l'année 2020.

Dépenses totales du budget général de l'Etat selon la Loi de Finances Rectificative pour 2020 : MGA 10 950 025 356 000

► **Taux d'inflation sur produit de santé :** l'inflation médicale a été retenue comme hypothèse de taux d'inflation étant donné que l'évaluation des coûts se porte uniquement sur la protection sociale santé.

- 2020 : 6,4%, 2021 : 10,5%.

Source : INSTAT NIPC | Nouvel Indice des prix à la consommation - Déc. 2021.

- Taux constant de 2022 à 2030 : 7,5%, moyenne des indices calculés sur 5 ans de 2017 à 2021.

Source : INSTAT NIPC | Nouvel Indice des prix à la consommation - Déc. 2021 ¹⁴⁵.

Autres hypothèses générales

► **Dépenses administratives :** 0% (compris dans le prix des paniers).

► **Évolution du prix du panier de soins :** l'inflation médicale a été retenue comme hypothèse d'évolution du prix du panier de soins. Ainsi nous faisons l'hypothèse d'un panier de prestations de composition constante.

- 2020 : 6,4%, 2021 : 10,5%.

Source : INSTAT NIPC | Nouvel Indice des prix à la consommation - Déc. 2021.

- Taux constant de 2022 à 2030 : 7,5%, moyenne des indices calculés sur 5 ans de 2017 à 2021.

Source : INSTAT NIPC | Nouvel Indice des prix à la consommation - Déc. 2021 ¹⁴⁶.

¹⁴³ <https://www.tresor.economie.gouv.fr/Pays/MG/finances-publiques>

¹⁴⁴ <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/GC.XPN.TOTL.CN?locations=MG>

¹⁴⁵ <https://www.instat.mg/p/nipc-nouvel-indice-des-prix-a-la-consommation-dec-2021>

¹⁴⁶ <https://www.instat.mg/p/nipc-nouvel-indice-des-prix-a-la-consommation-dec-2021>

Annexe 7 : Hypothèses de l'évolution de la couverture de la population pour les différents régimes

- ▶ **Groupes des fonctionnaires, agents de l'Etat, retraités de la fonction publique et leurs dépendants** : on assimile cette catégorie de population aux ménages dits « publics » de l'Enquête Nationale sur l'Emploi de 2015, en estimant que ce taux est constant à 3,40% de la population de Madagascar d'ici 2030.
Source : rapport INSTAT et BIT, « Emploi à Madagascar », 2018, basé sur l'ENE 2015, Graphique 7, p.51
- ▶ **Groupe de population couvert par les SMIE/SMA** : sur la base des données fournies par la DSST, 1 306 460 personnes étaient couvertes en 2020. D'ici 2030, on fait l'hypothèse un taux de croissance de la population couverte similaire à celui de la CNaPS, dont la croissance des affiliés était de 3,5% en moyenne annuelle entre 2010 et 2019. On applique ce taux pour les personnes couvertes par les SMIE/SMA entre 2020 et 2030.
- ▶ **Groupe cible des mécanismes des chèques santé ou voucher** : calculé à partir de la cible du nombre de bénéficiaires pour 2024 telle que présentée dans le Cadre d'Investissement du Global Financing Facility (GFF) de 2020, avec un taux de croissance similaire à celui de la CNaPS (3,5% par an) entre 2021 et 2030.
- ▶ **Taux de la population appartenant au secteur de l'économie informelle** : constant à 84.9%. Cette hypothèse est basée sur les taux des ménages malgaches de la population de l'économie privé informelle en 2015 (16,8% de ménages privé informel non-agricole +68,1% privé informel agricole).
Source : rapport INSTAT et BIT, « Emploi à Madagascar », 2018, basé sur l'ENE 2015, Graphique 7, p.51

Références

Center for Tobacco Control in Africa. 'Fiche Technique Du CLATA Sur La Taxation Du Tabac En Afrique'. CTCA, 2012.

Eli Ramamonjisoa. 'Analyse Du Mécanisme de Financement de La Santé à Madagascar', 2020.

Emilie Pleuvret, Elise Juguet, Ibrahim Raharison. 'Étude Sur Le Développement de l'entrepreneuriat Social à Madagascar'. Notes Techniques. Agence Française de Développement, Décembre 2015.

Gabriel Léost. 'Tax Revenue Mobilization Potential in Madagascar and Lessons from Successful Episodes in SSA'. International Monetary Fund, 2020.

Gouvernement de Madagascar. 'Stratégie Nationale de Financement de La Santé à Madagascar Pour Tendre Vers La Couverture Santé Universelle', n.d.

ILO. 'Extending Social Security to Domestic Workers: Lessons from International Experience'. Issue Brief, 2019. <https://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourcePDF.action?id=55723>.

———. 'Extending Social Security to Workers in the Informal Economy: Key Lessons Learned from International Experience'. Spotlight brief. Geneva: International Labour Office, 2021. <https://www.social-protection.org/gimi/RessourcePDF.action?id=55728>.

———. 'Making the Right to Social Security a Reality for Domestic Workers: A Global Review of Policy Trends, Statistics and Extension Strategies', 2022. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---asia/--ro-bangkok/documents/publication/wcms_848280.pdf.

———. *Social Protection Assessment-Based National Dialogue: A Global Guide*. Geneva: International Labour Office, 2016. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---integration/documents/publication/wcms_568693.pdf.

———. 'Towards Universal Health Coverage: Social Health Protection Principles'. Social Protection Spotlight. Geneva: ILO, 2020. <https://www.social-protection.org/gimi/RessourcePDF.action?id=56009>.

———. 'World Social Protection Report 2020–22: Regional Companion Report for Africa'. Geneva, 2022. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@soc_sec/documents/publication/wcms_849597.pdf.

———. 'World Social Protection Report 2020–22: Regional Companion Report for the Middle East and North Africa (MENA) Region'. Geneva, 2021. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---arabstates/--ro-beirut/documents/publication/wcms_830406.pdf.

———. *World Social Protection Report 2020–22: Social Protection at the Crossroads – in Pursuit of a Better Future*. Geneva, 2021. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/@publ/documents/publication/wcms_817572.pdf.

INSTAT. 'Résultats Globaux Du Recensement Général de La Population et de l'Habitation de 2018 de Madagascar (RGPH-3)'. INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE, MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE ET DES FINANCES, Décembre 2020.

Institut National de la Statistique. 'Enquête Nationale Sur Le Suivi Des Objectifs Du Millénaire Pour Le Développement à Madagascar'. INSTAT, 2013.

———. 'Enquête Nationale Sur l'emploi et Le Secteur Informel – ENEMPSI 2012'. INSTAT, PNUD, OIT, IRD/DIAL, 2013.

———. 'Enquête Périodique Auprès Des Ménages de l'année 2010'. INSTAT, 2011.

Institut National de la Statistique et Organisation International du Travail. 'L'Emploi et La Covid-19 à Madagascar'. INSTAT et OIT, November 2020.

Institut National de la Statistique (INSTAT) and ICF. 'Madagascar. Enquête Démographique et de Santé (EDSMD-V): Indicateurs Clés 2021'. Antananarivo, Madagascar et Rockville, Maryland, USA: INSTAT et ICF, 2021.

Lang, E., P. Saint-Firmin, A. Olivetti, M. Rakotomalala and A. Dutta. 'Analyse Du Système de Financement de La Santé à Madagascar Pour Guider de Futures Réformes, Notamment La CSU'. Washington, DC: Palladium, Health Policy Plus., 2018.

Ministère de la Population, de la Protection Sociale et de la Promotion de la Femme. 'Stratégie Nationale de La Protection Sociale 2019-2023', 2019.

Ministère de la Santé Publique. 'Annuaire Des Statistiques Du Secteur Santé de Madagascar', 2016.

———. 'Cadre d'Investissement Pour La Santé Reproductive, Maternelle, Néonatale, Infanto-Juvenile et de l'adolescent, et Pour La Nutrition à Madagascar. 2020-2024'. République de Madagascar, 2020.

———. 'Plan de Développement Du Secteur Santé 2015-2019'. République de Madagascar, 2015.

Ministère de l'Economie et des Finances. 'Compte-Rendu de La Revue de l'Exécution Budgétaire 2020', 2021.

OIT. 'Rapport Mondial Sur La Protection Sociale 2020-2022: La Protection Sociale à La Croisée Des Chemins – Bâtir Un Avenir Meilleur'. Genève, 2022. <https://www.social-protection.org/gimi/RessourcePDF.action?id=57766>.

Organisation Internationale du Travail. '«Diagnostic Approfondi Sur l'application Des Principes et Droits Fondamentaux Au Travail et de La Santé et Sécurité Au Travail Dans Des Secteurs d'activités Économiques de Madagascar». Rapport Final', 2018.

———. 'Etendre La Protection Sociale En Santé à Toute La Population de Madagascar'. Note de Synthèse. OIT, 2021.

———. 'Etude de Capitalisation Sur l'affiliation Des Ménages Vulnérables à Une Mutuelle En Santé', 2022.

———. 'Étude de Coût de La Couverture Santé Universelle à Madagascar. Rapport Final.', 2022.

———. 'Etude Sur Les Perceptions et Les Attentes Des Ménages Dépendants de l'économie Informelle Vis-à-Vis de l'accès à La Santé Dans La Région d'Anosy'. OIT, 2021.

———. 'Evaluation Des Services de Santé Au Travail à Madagascar. Étude de Cas', A venir.

———. 'Stratégie d'Accès Des Travailleurs Occupant Des Emplois Informels Aux Services de Santé Au Travail Dans Les Chaînes d'Approvisionnement à Madagascar', 2021.

Ortiz, Isabel, Anis Chowdhury, Fabio Durán Valverde, Taneem Muzaffar, and Stefan Urban. Fiscal Space for Social Protection: A Handbook for Assessing Financing Options. Geneva: International Labour Office, 2019. <https://www.social-protection.org/gimi/RessourcePDF.action?id=55694>.

'Republic of Madagascar. 2019 Article IV Consultation and Sixth Review under the Extended Credit Facility Arrangement - Press Release; Staff Report; and Statement by the Executive Director for Republic of Madagascar'. IMF Country Report. International Monetary Fund, 2020.

'Stratégie Nationale Sur La Couverture Santé Universelle. Madagascar'. Gouvernement de Madagascar, 2015.

USAID. 'Évaluation Du Secteur Privé de La Santé à Madagascar'. USAID, 2017.

Étendre la protection sociale en santé à Madagascar

Depuis 2019, l'Organisation internationale du Travail (OIT) apporte un soutien technique au Gouvernement dans le cadre du projet UN SDG FUND, « FANAVOTSE », conjointement mis en œuvre par l'UNICEF, WFP, UNFPA et l'OIT et en collaboration avec l'OMS, OHCHR et FAO. Le projet s'attèle notamment à appuyer Madagascar dans le renforcement de son système de protection sociale et plus particulièrement de sa branche santé, en partenariat avec l'OMS.

Ce rapport est le fruit de l'engagement de l'OIT, de la capitalisation de ses activités et des études réalisées dans le cadre du programme conjoint. Il offre une analyse du système de protection sociale en santé à Madagascar et fournit des pistes concrètes pour la conception comme pour les modalités de mise œuvre pour aller de l'avant avec l'opérationnalisation de la CSU à Madagascar.

► Contact:

Route des Morillons 4
CH-1211 Geneva 22
Switzerland

E: mailfert@ilo.org
W: www.ilo.org