

## LE SYSTÈME DE SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE À MADAGASCAR: QUELS SONT LES DÉFIS À RÉALISER ?

Amaïde Arsan Miriarison TSIKOMIA \*  
Université de Toliara, Madagascar

### Résumé

*La politique nationale du système santé vise à définir les différentes actions et les moyens à mettre en œuvre pour atteindre ses objectifs principaux : la couverture universelle pour les services des soins de santé, la réduction de la barrière financière des accès aux soins et l'augmentation de l'utilisation des services de santé publique, en particulier par les pauvres, et l'équité dans la protection sociale.*

*Le système des soins et des risques sociaux couverts par le système de santé et de la protection sociale de Madagascar se limitent seulement aux maladies, aux familles (enfants et maternité), aux risques professionnels, aux vieillesse et aux décès. Il ne couvre pas les risques aux chômages et aux invalidités. Alors, plusieurs défis doivent être encore réalisés pour rattraper le succès du système de santé et de protection sociale des pays développés.*

**Mots-clés :** Politique de santé, Protection sociale, Equité.

**Code JEL :** Politique économique, Santé publique, Régulation

### 1. Introduction

Le système de santé et de la protection sociale malgache est en évolution. Des réformes ont été menées depuis les années 80 après l'Initiative de Bamako (le trente-septième Comité régional de l'Organisation Mondiale de la Santé) où les pays membres participants ont lancé dont l'objectif est la «Santé pour tous en l'an 2000». Les bases de ce système demeurent toutefois les mêmes : la couverture universelle<sup>1</sup> pour les services des soins de santé, médicalement nécessaire, offerts selon les besoins plutôt que la capacité de payer pour réduire la barrière financière

---

\* Amaïde Arsan Miriarison TSIKOMIA, Doctorant de l'Université de Toliara - Madagascar, Stage doctoral à l'Université de Dunarea de Jos Galati, contact : tsikomia@yahoo.fr

<sup>1</sup> [...] La couverture universelle signifie que tous les individus, au moment où ils en ont besoin, ont accès à des soins adaptés et d'un coût abordable, qu'il s'agisse de la promotion de la santé, de la prévention, du traitement ou de la réadaptation. Elle suppose un accès équitable et une protection contre le risque financier.

OMS, *Atteindre la couverture universelle : Le développement du système de financement*, Résumé technique pour les décideurs, Numéro 1, 2005, page 2.

de l'accessibilité aux soins et augmenter l'utilisation des services de santé, en particulier par les pauvres.

Le financement du système de santé et de la protection sociale à Madagascar est principalement assuré par le secteur public à travers les ressources fiscales, les fonds avancés par les partenaires ou les bailleurs, les aides, les dons, les efforts financiers personnels des usagers aux services de santé (ou la participation financières des usagers) et les mutuelles de santé. Selon la banque mondiale<sup>2</sup>, les dépenses totales de santé sont de l'ordre 4,1% à 3,8% du PIB de 2007 à 2011. En 2011, les dépenses de santé par habitant est de 16 \$ US qui est inférieure à la recommandation minimale (34 \$ US par habitant<sup>3</sup>) par la commission macroéconomique de santé de l'OMS pour financer les soins essentiels de santé.

Pour améliorer cette déficience du financement du système de santé et de la protection sociale, la connaissance des différentes ressources et les flux d'échanges entre les acteurs du système sont nécessaire pour définir des nouveaux défis dans le but d'élargir le champ de couverture du système de soins et des risques sociaux..

## **2. Le système de santé et de la protection sociale à Madagascar**

Le système national de santé à Madagascar se répartit en trois secteurs :

- *Secteur public*: réseau hospitalier public (centre hospitalier universitaire - CHU, centre hospitalier de référence régional - CHRR, centre hospitalier de district - CHD), réseau des soins de santé de base (centre de santé de base - CSB et le centre de santé de district - CSD), instituts et laboratoires nationaux, services de santé des forces armées, et le bureau municipaux d'hygiène (BMH) ;

- *Secteur privé (associatif et l'organisation non gouvernemental - ONG)* : hôpitaux et établissements de soins des organisations confessionnelles, établissements sanitaires des organisations sanitaires inter-entreprises (OSIE), réseau du marketing social, pharmacie de gros de district (PHAGDIS), pharmacie à gestion communautaire (PHAGECOM) ;

- *Secteur privé libéral* : cliniques privées, cabinets libéraux (consultation, soins, diagnostics et rééducation...), opticiens et prothésistes, pharmacies et officines.

---

<sup>2</sup> <http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.XPD.PCAP>

<sup>3</sup> OMS, *Rapport d'inventaire Madagascar*, International Health Partnership - ihp+, Lusaka - Zambie, Mars 2008, page 9.

Suivant le décret n° 1228-2009 du 06 Octobre 2009, l'organisation et le fonctionnement du système de santé se réalise aux niveaux de trois structures : les institutions, les établissements des soins et les cadres législatifs et règlementaires.

- *Les institutions comprennent trois niveaux :*

- le niveau central (coordination générale du secteur santé, politiques nationales, normalisation, développement des ressources humaines, matérielles et financières, supervision, suivi et évaluation) ;

- le niveau intermédiaire ou régional (apport d'appui technique aux districts sanitaires) ;

- et le niveau périphérique ou district (le Service de Santé de District qui est l'entité opérationnelle du système de santé à Madagascar).

- *Les établissements des soins comprennent :*

- les formations sanitaires de base pour les premiers contacts : CSB-I, CSB-II et CHD-I ;

- les CHD-II et CHRR : hôpitaux de 1<sup>er</sup> recours ou 1<sup>er</sup> niveau de référence ;

- les CHU : hôpitaux de 2<sup>ème</sup> recours ou 2<sup>ème</sup> niveau de référence ;

Les caractéristiques des structures des soins de santé se différent à chaque niveau, à savoir : le CSB-I : centres dirigés par un infirmier pour la vaccination, soins de santé de base (avec des sages-femmes et des aides-soignants), le CHD-I et CSB-II : centres dirigés par un médecin pour les soins obstétricaux essentiels (avec des paramédicaux), le CHRR et CHD-II : centres assurant la prise en charge des cas chirurgicaux d'urgence et des soins obstétricaux complets (chirurgiens, spécialistes en réanimation, assistants chirurgiens, infirmières anesthésistes, et paramédicaux) et le CHU : soins dispensés complets et avec toutes spécialités.

Sa politique générale, le Gouvernement de la République de Madagascar a pris comme objectif central « la Lutte contre la *Pauvreté* » avec le concept de « *Développement Humain Durable* » pour atteindre les objectifs du millénaire auxquels le pays a souscrit dont l'objectif général est de participer pleinement à la lutte contre la pauvreté et de contribuer au développement socioéconomique global du pays par l'amélioration de l'état de santé de la population.

**PUBLIC ADMINISTRATION & REGIONAL STUDIES**  
**6th Year, No. 1 (11) – 2013**  
**Galati University Press, ISSN 2065 -1759**

La protection sociale à Madagascar est divisée entre deux catégories de population dont la population non salariée et la population salariée constituée par les fonctionnaires et les travailleurs salariés privés.

Table 1 : Tableau récapitulatif du système de sécurité sociale malgache

Risques sociaux	Catégories de population		
	Fonctionnaires	Travailleurs salariés privés <sup>4</sup>	Population non salariée
<b>Maladies</b>	BUDGET DE FONCTIONNEMENT : Etablissement public employeur - soins médicaux et remboursement des frais médicaux - gestion par l'Etat (prestations directes dans les Centres Médico-Sociaux et remboursement des frais médicaux)	SMIE - soins médicaux dans les SMIE - cotisations salariales et patronales - gestion tripartite par les partenaires sociaux	AMG ET PFU - soins médicaux dans les formations sanitaires publiques - financement par l'Etat et les bénéficiaires - gestion par l'Etat
<b>Familles (enfants et maternité) :</b> octroi d'allocations familiales et de maternités	MINISTERE DES FINANCES ET DU BUDGET	CNaPS	
<b>Risques professionnels :</b> accident de travail et maladie professionnelles	BUDGET DE FONCTIONNEMENT : Etablissement public employeur - droit à réparation sous forme de rente d'invalidité (uniquement pour les contractuels) - inexistant pour le personnel encadré)	CNaPS - prise en charge des soins et des allocations de rente en cas d'incapacité partielle et permanente	
<b>Vieillesse et décès :</b> allocation de pensions de retraite ou de veuvage	MINISTERE DES FINANCES ET DU BUDGET CRCM pour les fonctionnaires encadrés et CPR pour les fonctionnaires non encadrés	CNaPS	
<b>Risques sociaux non couverts : Chômage et invalidité</b>			

Source : Nous même

AMG : Assistance Médicale Gratuite

CNaPS (Caisse Nationale de la Prévoyance Sociales) : établissement public à caractère industriel et commercial à gestion autonome géré par un

<sup>4</sup> Principe de l'assurance sociale et de la redistribution : contribution de tous les travailleurs et employeurs afin d'assurer le minimum de protection à tous.

Conseil d'Administration tripartite (Etat, représentant des employeurs et des employés) et organisé en un siège central et des délégations et antennes régionales.

CPR : Caisse de Prévoyance et des Retraites

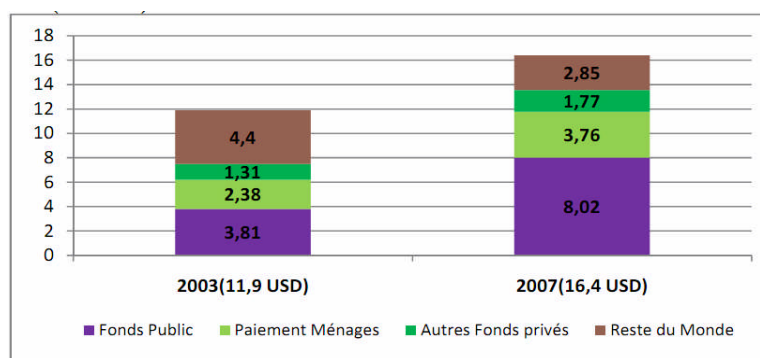
CRCM : Caisse des Retraites Civiles et Militaires

PFU : Participation Financière des Usagers

SMIE (Service Médical Inter-Entreprises) : associations à but non lucratif gérées par des Conseils de Gestion tripartites (prestations médicales curatives, préventives et de Médecine du travail).

L'affiliation de la population malgache au système de santé et de la protection sociale n'est pas obligatoire et libre de choix. La plupart du ménage ne s'associe pas aux assurances privées et l'accès aux soins privés, jugés efficace et complète en matière de technologie, sont très chers. La tarification de la prime d'assurance dépend de la spécificité de la souscription à partir de tarif de base<sup>5</sup> et le remboursement des frais médicaux est en concurrence de 80%. Nous disons que le financement de santé est assuré en premier lieu par le ménage même si remboursable ou non.

Dans cette figure de la répartition des dépenses totales de santé par habitant selon les financeurs ci-dessous, la part payé par le ménage passe de 2,38% à 3,76% malgré la diminution de revenu de 3,4%<sup>6</sup> de 2003 à 2008.



<sup>5</sup> Par exemple, dans une enquête effectuées auprès de la compagnie d'assurance « Ny Havana » à Toamasina en 2010, la prime d'assurance mensuelle a été : par jour d'hospitalisation de 11 000 ariary à 242 000 ariary, soins, chirurgie et prothèse dentaire de 264 604 ariary à 423 196 ariary, soins avec scanner 301 822 ariary à 845 000 ariary, évacuation médicale au capital (Antananarivo) de 6 860 964 ariary + frais de transport du personnel médical, évacuation médicale à l'extérieur du capital 20 583 145 ariary + frais de transport du personnel médical.

Or, d'après l'institut national de la statistique dans son enquête primaire du ménage - EPM 2010, le revenu moyen du ménage est de 115 667 ariary.

<sup>6</sup> **Banque Mondiale, Madagascar : Vers un agenda de relance économique**, Œuvrer pour un monde sans pauvreté, Juin 2010.

Figure 1 : Répartition des dépenses totales de santé par habitant selon les financeurs

Source : Ministères de la santé publique de Madagascar, Rapport définitif du compte national de santé 2007, Mai 2011.

Du point de vue, par source de financement, 49% des dépenses de santé sont assurées par des fonds publics (dont 24% des emprunts), 34% par les secteurs privés et 17% par le reste du monde<sup>7</sup>.

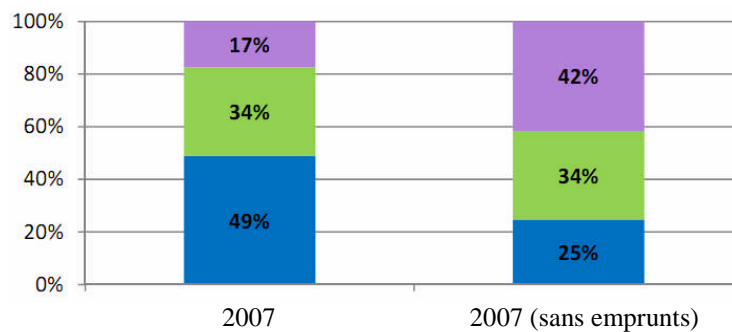


Figure 2 : Part de différentes sources dans le financement de la santé

■ Fonds publics ■ Fonds privés ■ reste du monde

Source : Ministères de la santé publique de Madagascar, Rapport définitif du compte national de santé 2007, Mai 2011.

Les échanges entre ses financeurs se résument entre cinq groupes d'agents dont : les offreurs, les demandeurs, des agents financeurs (*ou Health financing*) qui sont les partenaires et les bailleurs, les contribuables, les assurances privés et les agence de la sécurité sociale.

<sup>7</sup> Les fonds publics regroupent les fonds provenant du budget général de l'Etat, les fonds de la Collectivité Territoriale Décentralisée (dotations allouées au centre de santé de base à travers le budget de la commune) et les emprunts de l'Etat. Les fonds privés sont constitués par les versements directs du ménage, les contributions des entreprises à travers la prise en charge de la santé des employés, les contributions des institutions nationales sans but lucratif et les autres fonds privés. Et, les fonds du reste du monde proviennent des partenaires techniques et financiers multilatéraux et bilatéraux et les organisations non gouvernementaux.

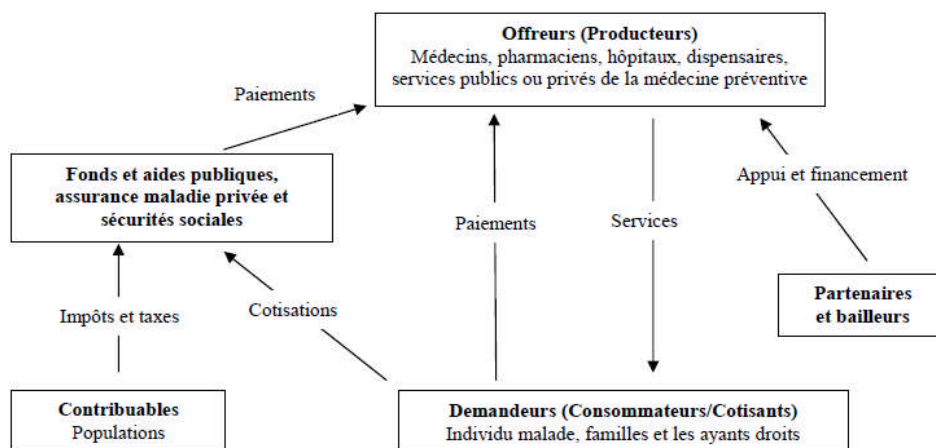


Figure 3 : Echange dans le secteur santé malgache

### 3. Les défis à réaliser

Les défis consistent à assurer la pérennité du financement du système de santé et de la protection sociale, en ajustant la croissance des dépenses de santé (prise en charge, couverture en assurance maladie, infrastructures sanitaires,...) au taux de croissance économique, et cela, tout en améliorant l'accès aux soins et la qualité des services. Ceci permet d'éviter la restriction d'accès aux soins du ménage causé par leur insuffisance de la disponibilité financière.

A Madagascar, le taux de croissance démographique annuel est de 3,03%, 78% de la population vive dans la zone rurale avec 56,80%<sup>8</sup> travaille dans le secteur informel. Cela signifie que les 56,80% n'ont pas de protection sociale adéquate et se contentent des offres de soins de santé gratuite (assistance maladie gratuite - AMG) dans les établissements de soins publics et sont obligés d'effectuer des paiements directs pour quelques catégories de soins (participation financière des usagers - PFU). En effet, le sous financement répercuté sur le secteur public (insuffisance des ressources de santé : matériels, ressources humaines qualifiées et indisponibilité des médicaments et consommables médicaux). De ce fait, la qualité et l'efficacité du système de soins publics sont précaires par rapport aux secteurs privés. L'Etat doit alors engager des contrats sociaux auprès

<sup>8</sup> Gaëlle PIERRE, *Règlementations du Travail de Jure et Contraintes Réelles du Climat des Investissements*, Banque mondiale, Africa Region Working Paper, Série n° 118-b, Madagascar, Août 2008, page 5.

des agences de financements intermédiaires ou assurances privés et les hôpitaux privés pour accroître les offres de soins et le taux de la couverture médicale.

L'affiliation au système de santé et de la protection sociale malgache n'est pas obligatoire. Les contributions obligatoires (employés publics et privés) n'est pas efficace à cause de la forte présence des secteurs informels. Parallèlement, la part de cotisation sociale versée et les allocations seront aussi très faible. Il serait mieux aussi d'instaurer des régimes d'épargne de santé, évidemment à moindre taux de cotisation, que l'Etat pourra capitaliser auprès des institutions de crédit et de micro finance pour augmenter les fonds du système (combler les écarts de financement à partir de l'intérêt de l'épargne capitalisé et diminuer les emprunts).

Le système de santé et de la protection sociale doit accélérer le traitement et l'établissement du compte national de santé qui est un outil d'information, permettant de rendre plus transparents les différents mouvements budgétaires et financiers permettant de faire une analyse et de projeter le fonctionnement du système de santé publique.

Il faut aussi tenir compte que les dépenses dans le système de santé et de protection sociale ont une influence majeure sur les finances publiques car la croissance progressive des dépenses de santé menace l'équilibre budgétaire (tous les secteurs économiques ou le financement des autres missions de l'État). D'où, les défis doivent aussi maîtriser l'analyse de l'efficacité du financement vis-à-vis de l'état de santé de la population (efficience des dépenses de santé : audit interne de la gestion du secteur hospitalier) et de la situation économique existante (les disponibilités des ressources).

### **Conclusion**

Le système de santé et de la protection sociale à Madagascar est financé par le secteur public. Etant donné la pauvreté et le faible du revenu du ménage, la part des dépenses de santé payées directement a augmenté depuis 2003 à 2007, soit de 2,38% à 3,76%. Pour les non-salariés, ils n'ont qu'une prise en charge de l'assistance médicale gratuite qui se limitant à un certain niveau d'une participation financière. Et contrairement au système de santé et de la protection sociale des pays développés, la couverture sociale du chômage et d'invalidité ne sont pas prise en charge.

Plusieurs défis sont encore nécessaires pour élargir le champ de la couverture du système de santé et de la protection sociale à Madagascar.



Ces défis sont très importante car l'absence d'un bon état de santé diminue la productivité du facteur travail et augmente la charge sociale.

Comme le financement du système de santé et de la protection sociale est socialisé<sup>9</sup>, toutes les mauvaises politiques de financement répercutent sur les agents du secteur et le plus vulnérable est le ménage.

Notre analyse des dépenses totales de santé a été basé sur les comptes nationaux de santé en 2007 car c'est la seule situation des comptes nationaux de santé établit et validé définitivement par le Ministère de la Santé publique à Madagascar jusqu'aujourd'hui.

### **Bibliographie**

1. Gaëlle PIERRE, Règlementations du Travail de Jure et Contraintes Réelles du Climat des Investissements, Banque mondiale, Africa Region Working Paper, Série n° 118-b, MADAGASCAR août 2008, 76 pages.
2. Institut National de la Statistique (INSTAT), Enquête Périodique auprès du Ménage (EPM), Rapport final 2010, Antananarivo-Madagascar, Août 2010, 378 pages.
3. Jean-François CHADELAT, Les enjeux du financement de la santé, ENA – Revue Française d'administration publique, n° 113, France 2005, page 65-73.
4. Joseph Kutzin, Politique de financement de la santé : un guide à l'intention des décideurs, OMS Europe, Danemark, 2008, 34 pages.
5. La banque mondiale, <http://donnees.banquemondiale.org>
6. M. AUDIBERT, J. MATHONNAT, E. DE ROODENBEKE, Financement de la santé dans les pays à faibles revenu : Questions récurrentes, nouveaux défis, Médecine Tropicale, 2004, 64 n° 06, 9 pages.
7. M. Claude Castongay, Les défis incontournables de notre système de santé, Centre Interuniversitaire de Recherche en Analyse des Organisations - CIRANO, Montréal – CANADA, Mars 2009, 10 pages.
8. Ministère de la Santé, du Planning Familial et de la Protection Sociale Malgache, Plan de Développement du Secteur Santé et de la Protection Sociale de Madagascar – PDSSPS de 2007 à 2011, 2007, 124 pages
9. Ministères de la santé Publique, Les Comptes Nationaux de Santé - CNS 2007, Rapport final, Mai 2011, 80 pages.
10. OMS, Atteindre la couverture universelle: Le développement du

---

<sup>9</sup> Le financement est socialisé s'il est couvert par la sécurité sociale, fiscalités, et le « *reste à charge* », c'est à dire le financement direct par le ménage. Au contraire, le financement est dit contractualisé si le ménage adhère dans les mutuelles ou les assurances privées individuelles ou collectives pour financer leurs soins.

**PUBLIC ADMINISTRATION & REGIONAL STUDIES**

**6th Year, No. 1 (11) – 2013**

**Galati University Press, ISSN 2065 -1759**

ystème de financement, Résumé technique pour les décideurs,  
Numéro 1, 2005, 11 pages.

11. OMS, Rapport d'inventaire Madagascar, International Health Partnership - ihp<sup>+</sup>, Lusaka - Zambie, Mars 2008, 21 pages.