

Évaluation du secteur privé de la santé à Madagascar



Auteurs : Bettina Brunner, Katie Baczewski, Emily Mangone, Jeanna Holtz, Virginie Combet, Ignacio Estevez, Ben Davis

Accord de coopération : AID-OAA-A-15-00067

Soumis à : Azzah Al-Rashid, Spécialiste des opérations, Bureau de la santé, de la population et de la nutrition (SPN), USAID Madagascar

À propos de SHOPS Plus : Le projet Sustaining Health Outcomes through the Private Sector (SHOPS) Plus est l'initiative phare de l'USAID pour le secteur privé de la santé. Le but du projet est de tirer parti du plein potentiel du secteur privé et de catalyser l'engagement du secteur public et du secteur privé pour améliorer la situation en matière de planification familiale, de lutte contre le VIH/sida, de santé maternelle et infantile, et d'autres domaines de la santé. Le projet SHOPS Plus s'inscrit dans une démarche consistant à aider le Gouvernement des États-Unis à atteindre certains de ses objectifs prioritaires, y compris l'élimination des décès infantiles et maternels évitables, ainsi que du sida pour la prochaine génération, et la mise en œuvre du programme FP2020. Le projet vise à améliorer la qualité de l'ensemble du système de santé tout en éliminant les inégalités d'accès et en accélérant le progrès vers la couverture sanitaire universelle.

Abt Associates Inc.
4550 Montgomery Avenue, Suite 800 North
Rockville, MD 20852
Tél. : 301.347.5000 Fax : 301.913.9061
abtassociates.com



American College of Nurse-Midwives | Avenir Health
Broad Branch Associates | Banyan Global | Insight Health Advisors
Iris Group | Marie Stopes International | Population Services International
Prækelt Foundation | William Davidson Institute at the University of Michigan

Table des matières

Acronymes	8
Remerciements	11
Synthèse	12
1. Contexte	20
1.1 Aperçu du secteur de la santé à Madagascar	20
1.2 La stratégie du Gouvernement de Madagascar pour le secteur de la santé	23
1.3 La stratégie du Gouvernement des États-Unis à Madagascar	24
SHOPS Plus Madagascar	24
1.4 Objet et étendue de l'évaluation du secteur privé	24
1.5 Synopsis du rapport	25
2. Méthodologie	25
2.1 Principaux termes et concepts	25
2.2 Les étapes de l'ESP	26
3. Le secteur privé de la santé à Madagascar	29
3.1 Synopsis	29
3.1.1 L'argument économique pour l'engagement du secteur privé à Madagascar	29
3.2 Le rôle du secteur privé de la santé à Madagascar	30
3.2.1 Aperçu du système de santé de Madagascar	30
3.3 Nombre et distribution géographique des établissements du secteur privé de la santé à Madagascar	33
3.3.1 Parties prenantes au sein du gouvernement	36
3.3.2 Organisations du secteur privé de la santé	38
4. La prestation des services dans le secteur privé de la santé	39
4.1 Prestation de services par le secteur privé par domaine de la santé	40
4.1.1 Planification familiale :	40
4.1.2 Santé maternelle et infantile	41
4.1.3 Prestation de services contre le paludisme	42
4.1.4 Prestation de services dans le domaine de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène ⁴³	
4.1.5 Prestation de services contre le VIH et le sida	44
5. Accès aux médicaments essentiels et aux produits de première nécessité médicale	46
5.1 Marché des produits pharmaceutiques	46
5.2 Imposition et fixation du prix des produits pharmaceutiques	49

5.3	Disponibilité des produits pharmaceutiques dans le secteur privé	52
5.3.1	Produits pour la PF, la SMI et le paludisme	52
6.	Paysage politique et de partenariat pour le secteur privé de la santé	54
6.1	Dialogue public-privé	58
6.2	Partenariats public-privé dans la santé	59
6.2.1	Responsabilité sociale des entreprises	61
7.	Ressources humaines pour la santé	62
7.1	Médecins	62
7.2	Infirmiers et sages-femmes	63
7.3	Pharmaciens	64
7.4	Tradipraticiens	65
8.	Accès au financement	66
8.1	Le secteur financier	66
8.1.1	Services financiers à Madagascar	66
8.1.2	Institutions financières servant actuellement le secteur de la santé	69
8.2	Accès à la finance par le secteur privé	70
	Entreprises dans le secteur de la santé et innovation	71
	Écosystème de soutien des entreprises	72
9.	Rôle du secteur privé dans les initiatives de financement de la santé soutenant la CSU.	73
9.1.1	Mutuelles	76
9.1.2	Les administrateurs de mutuelles	77
9.1.3	IMF : Un nouveau canal de distribution pour les Mutuelles à Madagascar	80
9.1.4	Compagnies d'assurances agréées	81
9.1.5	Les tiers administrateurs	83
9.2	Approches innovantes pour un financement étendu de la santé : Produits d'assurance dotés de fonctionnalités mobiles	83
10.	La finance numérique	85
10.1	L'inclusion financière numérique	85
10.2	L'inclusion financière à Madagascar	86
10.2.1	Les communautés d'épargne et de crédits internes et les associations villageoises d'épargne et de crédit	87
10.3	L'argent mobile	89
10.3.1	Les infrastructures mobiles à Madagascar	90
10.3.2	Pénétration de l'argent mobile à Madagascar	91
10.3.3	Cas d'utilisation de l'argent mobile pour la santé à Madagascar	93
11.	Systèmes d'information sanitaire	96
11.1	Participation du secteur privé à la collecte et à la transmission des données.	98

11.1.1	Collecte et transmission des données	98
12.	Défis à relever et recommandations	100
12.1	Prestation de services	100
12.2	Politiques et PPP	101
12.3	Accès aux médicaments essentiels	103
12.4	Ressources humaines pour la santé	103
12.5	Accès au financement	104
12.6	Entreprises de santé et innovation	105
12.7	Financement de la santé et CSU	105
12.8	La finance numérique	106
12.9	Systèmes d'information sanitaire	107
13.	Feuille de route	109
14.	Conclusion	112
	Annexe A. Liste des principales parties prenantes interrogées	113
	Annexe B : Périmètre de travail pour l'évaluation du secteur privé	120
	I. Contexte	120
	II. But et objectifs	121
	III. Approche	121
	Première étape : Planifier	121
	Deuxième étape : Apprendre	122
	Troisième étape : Analyser	122
	Quatrième étape : Partager	122
	Cinquième étape : Agir	122
	IV. Équipe de l'ESP	123
	V. Durée, programme et calendrier	123
	Bibliographie	125

Tableaux

Tableau 1. Principales constatations.....	12
Tableau 2. Problèmes à résoudre et recommandations pour le secteur privé de la santé.....	15
Tableau 3. Parties prenantes clés qui ont répondu aux questions des membres de l'équipe de l'ESP à Madagascar	26
Tableau 4. Nombre total d'établissements privés de soins primaires de 2014 à 2017 déclarés par la DEP et le SMLDP.....	33
Tableau 5 : Parties prenantes au sein du gouvernement qui ont des interactions avec le secteur privé de la santé.....	36
Tableau 6. Organisations du secteur privé de la santé.....	38
Tableau 7. Pourcentage d'établissements qui fournissent gratuitement des services pour des groupes spécifiques, 2016	40
Tableau 8. Nombre de fabricants de produits pharmaceutiques, de grossistes pharmaceutiques et de pharmacies du secteur privé à Madagascar, par province.....	49
Tableau 9. Prix payés par les utilisateurs finaux en Ariary pour neuf médicaments clés, selon la source, 2017	50
Tableau 10. Coût des méthodes modernes de contraception par secteur, 2008-2009	52
Tableau 11. État de la législation pour le secteur privé par objectif	54
Tableau 12. Intégration de du secteur privé de la santé aux stratégies et plans de santé	55
Tableau 13. Lois et codes facilitant la mise en œuvre de la CSU et de la santé numérique	57
Tableau 14. Adhérents à l'Ordre des Médecins, 2004-2016.....	62
Tableau 15. Nombre d'infirmiers et de sages-femmes par source, 2012-2017	63
Tableau 16. Banques ayant une présence à Madagascar.....	66
Tableau 17. Mutuelles communautaires associées à des projets financés par des bailleurs	78
Tableau 18. Aperçu des mutuelles affiliées à des IMF	80
Tableau 19. Exhaustivité des rapports de santé en pourcentage pour différents types d'établissement de santé (T1, 2015)	98
Tableau 20. Pourcentage des établissements de santé transmettant des rapports exacts sur la base d'indicateurs spécifiques (T1, 2015)	99
Tableau 21. Résultats de l'exercice de feuille de route.....	109

Figures

Figure 1. Carte de Madagascar.....	20
Figure 2. Statistiques clés sur la santé à Madagascar.....	21
Figure 3. Recherche de soins pour le traitement hors domicile par source pour les enfants malades ayant de la diarrhée, de la fièvre, et/ou des symptômes d'IRA, 2008-09.....	29
Figure 4. Structure du système de santé de Madagascar telle que définie dans le <i>Code de Santé</i>	31
Figure 5. Répartition géographique des établissements du secteur privé par région, 2017.....	34
Figure 6. Source d'approvisionnement en méthodes modernes de PF pour les femmes âgées de 15 à 49 ans, 2008-2009.....	40
Figure 7. Recherche de soins pour le traitement hors domicile par source pour les enfants malades ayant de la diarrhée, de la fièvre, et/ou des symptômes d'IRA par quintile de richesse, 2008-2009.....	42
Figure 8. Source de traitement recherchée pour les enfants de moins de cinq ans atteints de fièvre, 2013.....	43
Figure 9. Présentation simplifiée du flux des produits pharmaceutiques à Madagascar.....	47
Figure 10. Part estimée des revenus du marché pharmaceutique en 2015*.....	48
Figure 11. Infirmiers/sages-femmes par secteur et infirmiers/sages-femmes du secteur privé par emplacement géographique, 2016.....	64
Figure 12. Pourcentage des pharmaciens des secteurs public et privé, 2015.....	65
Figure 13. Profil du secteur bancaire de Madagascar, 2012-2014 (en milliards d'Ariary).....	67
Figure 14. Indicateurs financiers du secteur des IMF, 2012-2014 (en milliards d'Ariary).....	69
Figure 15. Dépenses de santé en 2014.....	73
Figure 16. Objectifs de la SN-CSU et recoupement avec les initiatives du secteur privé.....	74
Figure 17. Répartition géographique des mutuelles à Madagascar par région, 2017.....	76
Figure 18. Progrès mondiaux en matière de produits dotés de fonctionnalités mobiles.....	86
Figure 19. Part des malgaches bénéficiant d'un accès à différents services financiers.....	87
Figure 20. Proportion de la population ayant accès à des produits d'épargne et de crédit à Madagascar.....	88
Figure 21. Nombre total d'abonnés et nombre d'abonnés actifs 2010-2016.....	91
Figure 22. Volume des opérations (en milliards d'Ariary), 2010-2016.....	92
Figure 23. Nombre de points de distribution, 2010-2016.....	92
Figure 24. Nombre de communes desservies, 2010-2016.....	93
Figure 25. Collecte des données dans le SNIS.....	96
Figure 26. Système d'information sanitaire de routine et spécifique, et utilisateurs.....	97

Acronymes

ASS	Afrique subsaharienne
ABM	Accès Banque Madagascar
ACEP	Agence de Crédit pour l'Entreprise Privée
AEPHA	Approvisionnement en Eau Potable, Hygiène et Assainissement
AFD	Agence Française de Développement
AgMed	Agence du Médicament de Madagascar
AMIT	Association Médicale Interentreprises de Tananarive
ANTM	Association Nationale des Tradipraticiens Malgaches
ATIA	Actions de Terrain, Intégration, Autonomie
AVEC	Associations Villageoises d'Épargne et de Crédit
CA-CSU	Cellule d'appui sur la couverture sanitaire universelle
CHD	Centre Hospitalier de District
CHRD	Centre Hospitalier de Référence de District
CHRR	Centre Hospitalier de Référence Régionale
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CPSN-CSU	Comité de pilotage de la SN-CSU
CRS	<i>Catholic Relief Services</i>
CSB I	Centre de Santé de Base de Niveau I
CSB II	Centre de Santé de Base de Niveau II
CSBF	Commission de Supervision Bancaire et Financière
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
CTA	Combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
DCA	<i>Development Credit Authority</i>
DEP	Direction des Études et de la Planification
DHIS	Logiciel d'informations de santé au niveau des districts
DIU	Dispositif intra-utérin

DSI	Direction des Systèmes d'Information
DHRD/SHP	Service des Hôpitaux Privés de la Direction des Hôpitaux de Référence Régionale et de District
DLP	Direction de Lutte contre le Paludisme
DPLMT	Direction de la pharmacie, du laboratoire et de la médecine traditionnelle
DRSP	<i>Direction Régionale de Santé Publique</i>
DVSSE	Direction de la Veille Sanitaire et de la Surveillance Epidémiologique
EDS	Enquête démographique et de santé
ESP	Evaluation du secteur privé
FNUAP	Fonds des Nations unies pour la population
FSP	Formations Sanitaires Privées de Base
GdM	Gouvernement de Madagascar
IMF	Institutions de MicroFinance
IST	Infections sexuellement transmissibles
LARC	Contraceptives réversibles à longue durée d'action
MSP	Ministère de la Santé Publique
OC	Organisations confessionnelles
ODD	Objectifs de Développement du millénaire
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ORTM	Opérateurs de réseaux de téléphonie mobile
OTIV	Ombona Tahiry Ifampisamborana Vola
P4H	Programme <i>Providing for Health</i>
PACSS	Programme d'Appui Conjoint au Secteur de la Santé
PDSS	Plan de Développement du Secteur Santé 2015-2019
PhaGeCom	Pharmacie à Gestion Communautaire
PhaGDis	Pharmacie de Gros de District
PF	Planification familiale
PIB	Produit Intérieur Brut

PMI	<i>President's Malaria Initiative</i>
PNAN III	Plan National d'Action Pour la Nutrition III
PPP	Partenariats public-privé
PSI	Population Services International
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
RSE	Responsabilité sociale des entreprises
RSC	Réseau de Soins Coordinné
SALAMA	Centrale d'Achat de Médicaments Essentiels et de Matériel Médical de Madagascar
SALFA	Département santé de l'Église luthérienne malgache
SDI	Indicateur de prestations de services
SHOPS Plus	<i>Sustaining Health Outcomes through the Private Sector Plus</i>
SIG/RMA	Système d'Information et de Gestion / Rapports Mensuels d'Activités
SILC	Communautés d'Épargne et de Crédits Internes
SMI	Santé Maternelle et Infantile
SMIE	Service Médical Inter-Entreprises
SMLDP	Service de la Médecine Libérale et des Dispensaires Privés
SMT	Services Médicaux du Travail
SN-CSU	Stratégie nationale sur la couverture sanitaire universelle
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
PNUD	Programme des Nations unies pour le développement
TVA	Taxe sur la Valeur Ajoutée
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'enfance
USAID	<i>United States Agency for International Development</i>
VIH/Sida	Virus de l'Immunodéficience Humaine/Syndrome d'immunodéficience acquise

Remerciements

L'équipe responsable de l'évaluation tient à exprimer sa reconnaissance pour le soutien lui ayant été fourni par Daniele Nyirandutiye, Azzah Al-Rashid, Hajarijaona Razafindrafito et Sara Miner de l'USAID Madagascar pour guider l'élaboration, la rédaction et la finalisation de ce rapport. Nous remercions le Ministère de la Santé Publique et en particulier Monsieur le Secrétaire Général Joséa Ratsirarson, ainsi que les parties prenantes (organisations à but non lucratif, partenaires au développement, partenaires de mise en œuvre, cliniques et pharmacies privées, et associations de santé du secteur privé) d'avoir partagé leurs connaissances sur le secteur privé de la santé avec l'équipe responsable de l'évaluation. Nous remercions les partenaires de mise en œuvre du projet SHOPS Plus Banyan Global, WDI, Iris Group pour leur appui et particulièrement PSI Madagascar pour les ressources et les idées dont ils nous ont fait part. Nous remercions également Caroline Quijada d'Abt Associates d'avoir passé en revue la version préliminaire de notre document de manière attentive et d'avoir fait des recommandations pour l'améliorer. Enfin, nous remercions Davy Robson et Sarindra Ramanitrivonony pour leur soutien exceptionnel et pour leur contribution à cette évaluation.

Synthèse

United States Agency for International Development (USAID) Madagascar a engagé les services de l'équipe chargée du projet *Sustaining Health Outcomes through the Private Sector* (SHOPS) Plus pour mener une évaluation du secteur privé de la santé à Madagascar.

Cette évaluation avait comme objectif fournir les informations suivantes :

- Une estimation de la taille, de la portée et de l'envergure du secteur privé de la santé, en mettant l'accent sur les principales parties prenantes et leurs rôles ;
- Un aperçu des types de produits et services de santé proposés par le secteur privé ;
- Un aperçu des politiques et des facteurs qui inhibent ou permettent la participation du secteur privé au système de santé ;
- Une estimation des services financiers digitaux et de l'inclusion financière à Madagascar, avec un accent mis sur l'argent mobile, les obstacles et les possibilités de croissance, ainsi que les principales parties prenantes et leurs rôles ;
- Un examen des activités et opportunités de l'assurance mobile.

L'équipe de l'évaluation du secteur privé (ESP) de SHOPS Plus a mis au point un cadre de travail avec l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) Madagascar en janvier 2017, et une équipe de trois experts du secteur privé a effectué des évaluations sur place fin mars et début avril 2017. L'équipe de l'ESP de SHOPS Plus a travaillé en étroite collaboration avec les principales parties prenantes de Madagascar tout au long du processus. L'équipe a interrogé plus de 80 personnes de 63 organisations, y compris le Gouvernement de Madagascar (GdM), des bailleurs, des partenaires de mise en œuvre, des organisations-cadres du secteur privé, des compagnies privées d'assurances et des mutuelles, des organisations confessionnelles (OC), des organisations non-gouvernementales (ONG), des établissements de soins de santé privés, des pharmacies privées et des dépôts de médicaments.

À Madagascar, où le secteur public de la santé s'efforce de fournir les soins nécessaires à la population, le secteur privé fournit des produits et services complémentaires vitaux et contribue à améliorer l'accès géographique. Les données du Ministère de la Santé Publique (MSP) montrent que le secteur privé comprend au moins 825 centres de santé primaire (formations sanitaires privées de base ou FSP), 469 cabinets médicaux privés, 138 cabinets dentaires, 10 cabinets infirmiers, 17 cabinets de sages-femmes libérales, 227 pharmacies et 1 641 dépôts.

Grâce à ses recherches théoriques et pratiques, l'équipe de l'ESP a noté les principales constatations suivantes.

Tableau 1. Principales constatations

Thème	Conclusions
Le secteur privé dans le cadre du système de santé	<ul style="list-style-type: none">• Selon les statistiques du GdM, le secteur privé comprend au moins un cinquième des établissements de soins de santé primaire et près de la moitié des hôpitaux de référence de première ligne. Cependant, les statistiques du MSP et des Ordres sont contradictoires ou semblent incomplètes.

	<ul style="list-style-type: none"> • Les ONG et les OC jouent un rôle clé dans le secteur privé et sont bien intégrées dans le système de santé, mais le secteur privé à but lucratif ne l'est pas. • Le secteur privé de la santé à but lucratif est principalement urbain. • De nombreuses parties prenantes sont impliquées dans le secteur privé de la santé, mais il n'existe aucune coordination entre celles-ci.
La prestation de services dans le secteur privé	<ul style="list-style-type: none"> • Les informations disponibles sur la qualité des services dans le secteur privé de la santé ou sur le rôle que le secteur privé joue dans la prestation de services sont limitées. • Des opportunités existent pour sensibiliser la population par le biais du secteur privé, mais elles ne sont pas saisies, en particulier pour ce qui est de la planification familiale (PF) et des services d'approvisionnement en eau potable, hygiène et assainissement (AEPHA). • Parfois, la population ne reçoit pas des soins de qualité en raison d'obstacles financiers et géographiques ou de réseaux de référence peu fiables.
Accès aux médicaments essentiels et aux produits de première nécessité médicale	<ul style="list-style-type: none"> • Les ventes des grossistes-distributeurs du secteur privé représentent 91 pour cent de la valeur totale du marché pharmaceutique. • Les établissements du secteur public sont censés s'approvisionner auprès des pharmacies grossistes sélectionnées dans le secteur public, mais, en réalité, seulement 38 pour cent s'approvisionnent auprès de ces pharmacies, ce qui laisse à penser que les approvisionnements sont en fait effectués auprès de grossistes privés ou de marchés illégaux. • Les prix sont relativement identiques d'un établissement à l'autre du secteur privé (y compris les pharmacies, les dépôts et les organisations de marketing social).
Paysage politique et de partenariat pour le secteur privé de la santé	<ul style="list-style-type: none"> • Le manque d'implication des prestataires du secteur privé, notamment à but lucratif, dans l'élaboration de cadres juridiques et réglementaires a entraîné des lacunes qui nuisent au secteur privé de la santé. • Au sein du secteur privé, on constate un manque de connaissance des politiques, des règlements et des protocoles. • Le cadre juridique pour les partenariats public-privé (PPP) est très peu développé.
Ressources humaines pour la santé	<ul style="list-style-type: none"> • Le nombre de médecins formés est insuffisant, et de nombreux médecins sont à la veille de la retraite. • Le nombre des infirmiers et sages-femmes qui entrent sur le marché du travail est supérieur à celui qui peut être absorbé. De plus, la qualité de la formation dans certains établissements de formation privés est inférieure aux normes.

<p>Accès au financement</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sur les 45 institutions financières présentes à Madagascar, seulement deux ont une approche ciblée pour le secteur de la santé. • Le financement du secteur de la santé représente moins de 1 pour cent des portefeuilles des banques commerciales. • L'absence de compétences en gestion des affaires financières et commerciales des prestataires réduit leur capacité d'accès au crédit.
<p>Financement de la santé et couverture sanitaire universelle (CSU)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les initiatives du secteur privé contribuent aux objectifs énoncés dans la Stratégie nationale du GdM pour la couverture sanitaire universelle (SN-CSU), mais le rôle du secteur privé n'est pas bien défini. • Le financement de la santé par le gouvernement et le secteur privé n'en est encore qu'à ses débuts. Environ 3,4 millions de personnes (14 pour cent de la population) ont une forme quelconque d'assurance-maladie, la majorité (environ 10 pour cent de la population) étant couverte par des programmes sponsorisés par le secteur privé tels que les mutuelles, les SMIE ou les compagnies d'assurances à but lucratif. • Les mutuelles constituent une importante incursion par les acteurs du secteur privé dans les mécanismes de partage des risques et de paiement à l'avance qui soutiennent la protection contre les risques financiers et l'atteinte des autres objectifs de la CSU. Des initiatives sont en cours pour améliorer leur performance, mais les mutuelles continuent de faire face à des obstacles à leur développement et à leur pérennisation. • Les trois principaux opérateurs de réseaux de téléphonie mobile (ORTM) à Madagascar ont formé des partenariats avec les compagnies d'assurances pour lancer ou développer des produits d'assurance mobiles avec des prestations pour la santé. Ces produits à des prix abordables promettent de fournir des prestations de base et d'initier les gens à l'assurance.
<p>Financement de la santé numérique</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Seulement 12 pour cent de la population a des comptes en banque, mais 29 pour cent de la population a reçu des services formels d'une banque ou d'une autre institution financière, telle qu'une institution de microfinance ou un opérateur de paiement mobile. Au sein de population urbaine, 54 pour cent des habitants reçoivent des services formels (26 pour cent par des banques), alors qu'au sein de la population rurale, 19 pour cent des habitants reçoivent des services de formels (7 pour cent par des banques). • Les Associations villageoises d'épargne et de crédit (AVEC) aident plus de 25 000 membres à économiser, investir et emprunter. Les AVEC sont des tremplins pour l'inclusion financière formelle, bien qu'il n'existe qu'une exposition limitée aux chaînes numériques. • Cinquante et un pour cent de la population possède un téléphone mobile ou une carte SIM. Il y a plus de cinq millions d'abonnements aux services de paiement mobile et plus de 1,3 million de comptes de

	<p>paiement mobile actifs.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les parties prenantes dans les secteurs de la finance et de la santé sont intéressées par la possibilité d'utilisation des services de paiement mobile, mais certains problèmes doivent être surmontés, y compris la réticence parmi les clients visés et certaines difficultés au niveau de l'environnement de mise en œuvre.
<p>Systèmes d'information sanitaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Seulement 25 pour cent des prestataires privés communiquent régulièrement des informations au secteur public ; les établissements privés qui communiquent des données sont plus susceptibles de présenter des données incomplètes par rapport aux établissements publics. • Les outils de collecte des données, les équipements informatiques et une supervision formative font défaut dans le secteur privé, ce qui entraîne de mauvaises communications. • Le MSP, par l'intermédiaire de sa Direction des systèmes d'information (DSI), prévoit le déploiement du module <i>District Health Information Software</i> (DHIS 2) d'ici la fin de 2017 pour remplacer et étendre son système actuel.

Sur la base des résultats obtenus, l'équipe d'évaluation a identifié les problèmes à résoudre et recommande les activités suivantes par thème.

Tableau 2. Problèmes à résoudre et recommandations pour le secteur privé de la santé

Thème	Problème à résoudre	Recommandation
<p>La prestation des services dans le secteur privé</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de supervision de la qualité des services fournis par les prestataires privés • Le secteur privé à but lucratif n'est pas compris dans l'évaluation du marché total (EMT) actuel pour la PF ; en règle générale, il n'est pas tenu compte du rôle du secteur privé dans la prestation des services de PF • Manque de coordination entre les activités relatives à la santé maternelle et infantile (SMI) et à la nutrition • Les établissements, pharmacies, dépôts et distributeurs privés sont 	<ul style="list-style-type: none"> • Créer une Confédération des ordres réunissant les médecins, les infirmiers, les sages-femmes et les pharmaciens pour discuter des protocoles de qualité et renforcer les synergies entre les cadres • Commencer un dialogue entre le secteur public et le secteur privé pour discuter des protocoles de qualité, de l'accréditation et de la supervision formative ; les partenaires techniques et financiers (PTF) pourraient conduire des efforts de coordination entre le secteur privé, les bailleurs et le

	<p>souvent le premier point de contact des clients pour le paludisme, mais beaucoup ne suivent pas les recommandations du Plan National de Lutte Contre le Paludisme</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Manque de connaissances techniques des prestataires privés dans les domaines de l'AEPHA limitant l'efficacité de leur engagement ● Système d'orientation inadéquat par les matrones communautaires pour les patients qui ont besoin de soins plus spécialisés 	<p>Gouvernement</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Inclure le secteur privé à but lucratif dans les activités de PF et d'EMT ; accroître la prestation de services de PF dans le secteur privé ; inclure les prestataires privés à but lucratif dans les formations en PF du secteur public ● Renforcer la qualité de services des prestataires de soins privés ● Une meilleure diffusion des lignes directrices cliniques est nécessaire ; il faut également intégrer les prestataires privés plus pleinement dans les programmes nationaux de lutte contre le paludisme et fournir plus de formation ● Développer les incitations pour accroître la participation du secteur privé aux activités relatives à l'AEPHA ● Identifier les possibilités de formation et de soutien à l'orientation des prestataires privés
<p>Accès aux médicaments essentiels et aux produits de première nécessité médicale</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Manque d'informations sur la structure de la chaîne d'approvisionnement du secteur privé ● Manque de collaboration entre les acteurs du secteur public et du secteur privé de la chaîne d'approvisionnement 	<ul style="list-style-type: none"> ● Mener une étude sur la demande actuelle de produits pharmaceutiques au dernier kilomètre et sur les grossistes et distributeurs du secteur privé ● Identifier les opportunités de constitution de partenariats pour la chaîne d'approvisionnement
<p>Paysage politique et de partenariat pour le secteur privé de la santé</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Manque d'organisation des acteurs du secteur privé de la santé causant une interface irrégulière avec le MSP ● Obstacles réglementaires pour les entreprises privées à but lucratif du secteur de la santé ; il est nécessaire de s'assurer que 	<ul style="list-style-type: none"> ● Impliquer le secteur privé dans l'élaboration des politiques et le processus de planification stratégique ; cette participation pourrait être dirigée par les PTF pour la santé ● Soutenir la mise en place d'une plateforme de dialogue des

	<p>les prestataires privés sont au courant des règlements</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Absence de stratégie en matière de PPP au sein du MSP ● Les activités de Responsabilité Sociale des Entreprises (RSE) sont fragmentaires, avec peu d'occasions pour les entreprises et l'USAID de se réunir pour discuter des possibilités de la RSE 	<p>hôpitaux privés qui pourrait être une première étape pour l'organisation d'un plus grand forum du secteur privé de la santé</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Procéder à un examen juridique et réglementaire afin d'identifier et potentiellement rationaliser la législation pour le secteur privé ; diffuser les règlements et protocoles dans le secteur privé ● Renforcer les capacités du personnel de la Direction de partenariat afin d'assurer la facilitation et la gestion des PPP ● Inviter l'USAID à participer dans la Plateforme humanitaire du secteur privé
Ressources humaines pour la santé	<ul style="list-style-type: none"> ● Les statistiques sur les prestataires du secteur privé diffèrent sensiblement entre le MSP, les Ordres et les associations ● Manque de formation de qualité pour certains cadres, en particulier les infirmiers et les sages-femmes 	<ul style="list-style-type: none"> ● Effectuer un recensement du secteur privé afin d'élaborer une base de référence complète et exacte des emplacements et du personnel des pharmacies et autres établissements de santé privés ● Améliorer la supervision des écoles de formation des infirmiers et des sages-femmes pour assurer la qualité par le biais d'un programme d'accréditation ou d'octroi de licences ●
Accès au financement	<ul style="list-style-type: none"> ● Peu d'institutions financières sont actives dans le secteur privé de la santé en raison du coût élevé et du manque de concurrence ● Les prestataires privés manquent de ressources financières et des compétences commerciales qui sont nécessaires pour obtenir des prêts et gérer leurs comptes ● Les prestataires privés ont des 	<ul style="list-style-type: none"> ● Fournir une éducation financière et une formation en gestion d'entreprise aux prestataires privés de santé ● Fournir une assistance technique aux institutions financières pour le financement de la santé ● Évaluer les possibilités de création de processus de crédit

	<p>problèmes de trésorerie en raison des retards dans les remboursements des compagnies d'assurances et des tiers payeurs</p>	<p>qui permettraient de réduire les coûts</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Élaborer une analyse de rentabilisation pour justifier l'entrée des établissements financiers dans le secteur de la santé ● Fournir des connaissances financières et une formation en gestion des entreprises pour les prestataires privés ● Développer des outils visant à atténuer les problèmes de trésorerie pour les fournisseurs privés
<p>Financement de la santé et couverture sanitaire universelle (CSU)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Le rôle du secteur privé de la santé, en particulier le secteur privé à but lucratif, dans la CSU n'est pas bien défini ● La demande d'assurance est faible ; les clients à faible revenu ne peuvent pas payer et n'ont probablement pas d'expérience préalable avec l'assurance 	<ul style="list-style-type: none"> ● Développer et promouvoir des partenariats entre les fournisseurs d'assurance et les institutions de microfinance (IMF), les banques et les opérateurs de réseaux mobiles afin d'augmenter les inscriptions dans l'assurance maladie ● Soutenir la création de la fédération des mutuelles de santé existantes pour améliorer le dialogue et la coordination ● Promouvoir le dialogue avec la Cellule d'appui sur la couverture sanitaire universelle (CA-CSU) en ce qui concerne la stratégie de financement de l'accès aux soins pour les populations vulnérables ; développer et promouvoir les partenariats entre les prestataires de services d'assurances et les institutions de microfinance (IMF), les banques, les ORTM afin d'augmenter la participation à l'assurance maladie ● Soutenir et développer les initiatives en cours par le biais du Programme d'appui conjoint

		<p>au Secteur de la Santé (PACSS) en mettant l'accent sur l'inclusion du secteur privé de la santé</p>
<p>Financement de la santé numérique</p>	<ul style="list-style-type: none"> Le développement de la culture de l'inclusion financière numérique est ralenti par la pauvreté, la faible densité de population, l'analphabétisme et l'infrastructure limitée ; la connectivité et la couverture mobile ne sont pas très fiables dans les zones rurales Les approches actuelles relatives à l'argent mobile sont provisoires, fragmentées et à petite échelle 	<ul style="list-style-type: none"> Créer des synergies par le biais de partenariats avec les ORTM en matière de solutions mobiles Promouvoir et numériser les AVEC pour soutenir à la fois l'inclusion et l'alphabétisation dans les domaines des finances et du numérique Plaider pour l'utilisation de l'argent mobile dans le cadre des initiatives de CSU
<p>Systemes d'information sanitaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> Les prestataires privés ne comprennent pas suffisamment les données nécessaires pour le Système national d'Information Sanitaire (SNIS) Absence de formation ou d'outils à l'appui de la transmission des données par les prestataires privés Absence d'approche uniforme pour l'élaboration de systèmes d'information sanitaire dans le secteur privé, et absence d'incitations aux prestataires privés pour transmettre les données 	<ul style="list-style-type: none"> Conduire des recherches sur les intérêts et la motivation des prestataires privés ainsi que sur leur capacité de transmettre les données au SNIS Développer la capacité des prestataires privés à transmettre les données et à participer au SNIS en établissant une plateforme de dialogue Développer des partenariats mutuellement bénéfiques avec les ORTM pour faciliter la mise en œuvre du DHIS 2

1. Contexte

Madagascar, un État insulaire au large de l'Afrique australe est devenu indépendant après la colonisation française en 1960 et son histoire politique depuis lors a été tumultueuse. En 2009, un coup d'état a causé des troubles civils et a conduit de nombreux gouvernements étrangers à imposer des sanctions et à suspendre l'aide étrangère. Les élections présidentielles de 2013 et les élections locales de 2015 ont aidé à stabiliser le pays sur le plan politique, et l'assistance étrangère a repris en grande partie. Cependant, des catastrophes naturelles et des inondations répétées ont rendu inaccessibles de grandes parties l'île et ont causé des crises humanitaires dans les segments les plus vulnérables de la population.

La population de Madagascar, qui compte 24 millions d'habitants ([Banque mondiale 2017](#)), est jeune (près de 43 pour cent de la population de Madagascar a moins de 15 ans) et (78 pour cent de cette population vit au niveau du seuil de pauvreté ou en dessous). De plus, la population est en voie d'urbanisation rapide. Bien que la majorité de la population du pays soit toujours rurale (65 pour cent), elle s'urbanise à un taux de 4,6 pour cent par an depuis quinze ans ([Banque mondiale 2017](#)). Le pays est classé au 158e rang sur 188 pays dans l'Indice de développement humain ([Programme des Nations unies pour le développement \[PNUD\] 2016](#)).

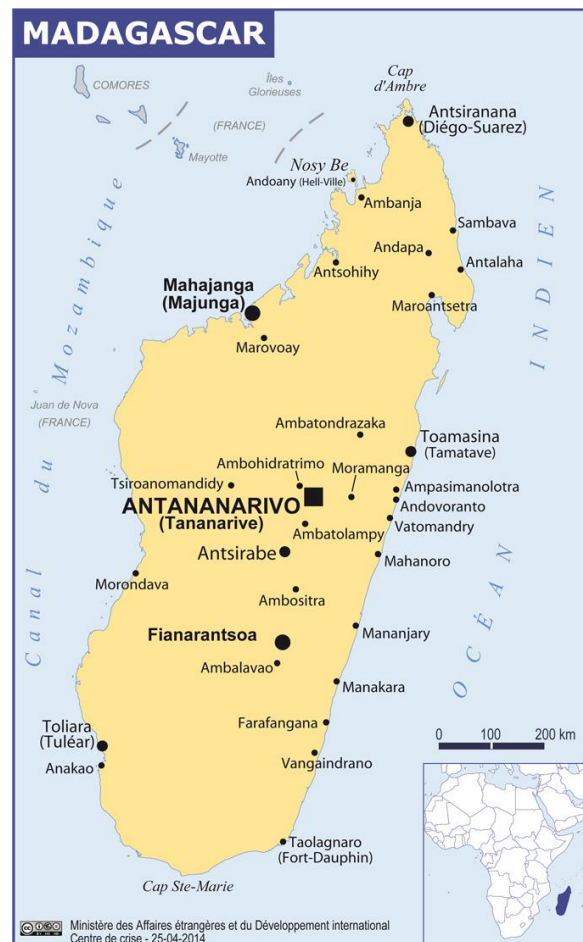
Ces facettes de vulnérabilité politique, socio-économique et naturelle contribuent à un environnement difficile pour la prestation de soins de santé.

1.1 Aperçu du secteur de la santé à Madagascar

Au cours des dernières décennies, Madagascar a fait des progrès considérables dans le domaine de la santé. Entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des moins de cinq ans a diminué de 69 pour cent grâce aux progrès réalisés dans la lutte contre les maladies contagieuses et les carences nutritionnelles ([Banque mondiale 2017](#), [Global Health Action 2014](#)).¹ L'espérance de vie à la naissance est passée de 54,6 ans en 1995 à 65,5 ans en 2015, ce qui est supérieur à la moyenne de l'Afrique subsaharienne (ASS), qui n'est que de 59 ans ([Banque mondiale 2017](#)). L'incidence des maladies respiratoires chroniques, des cancers et de la plupart des maladies cardiovasculaires a décliné au cours des 15 dernières années, et les maladies non

¹ Pourcentage de diminution calculé en utilisant le taux de mortalité des moins de cinq ans en 1990 et en 2015 ([Banque mondiale 2017](#), [Global Health Action 2014](#)).

Figure 1. Carte de Madagascar



transmissibles représentent 42,7 pour cent de tous les décès. ([Banque mondiale 2017](#), [HealthGrove 2017](#)).

En dépit de ces progrès, il subsiste des inégalités considérables en matière d'accès aux services de santé selon la zone géographique et le niveau économique ([Banque mondiale 2017](#)). Seulement 22 pour cent des membres du quintile le plus pauvre cherchent à se faire soigner en cas de maladie ([Fonds Monétaire International 2015](#)). L'infrastructure inadéquate à Madagascar isole certaines régions. Entre 50 et 100 pour cent des routes secondaires et provinciales de Madagascar sont classées comme étant en mauvais état ([Banque mondiale 2015](#)). Parmi les personnes qui étaient malades pendant les deux semaines ayant précédé l'Enquête périodique auprès des ménages de 2010 (EPM 2010)

de l'Institut National de la Statistique de Madagascar (INSTAT), seulement 33 pour cent ont cherché à se faire soigner dans un établissement de santé. La Figure 2 montre les statistiques clés sur la santé à Madagascar. L'état des indicateurs de santé par grandes catégories de santé est traité dans les documents ci-dessous.

Figure 2. Statistiques clés sur la santé à Madagascar

Espérance de vie:	65.5 ans
Prévalence contraceptive:	40 %
Taux de mortalité infantile, moins de 5 ans (pour 1 000)	49.6
Prévalence du VIH / Sida:	0.04 %

Planification familiale (PF) : Entre 1992 et 2013, le taux de prévalence des contraceptifs est passé de 17 à 40 pour cent – une augmentation de 135 pour cent ([Nations Unies 2015](#)). De 1992 à 2015, le taux de fécondité a décliné d'une moyenne de 6,2 naissances par femme à 4,2 naissances par femme, ce qui est légèrement inférieur à la moyenne en ASS ([Banque mondiale 2017](#)). Cependant, les taux de grossesse des adolescentes restent élevés, environ un tiers des adolescentes étant enceintes ou ayant déjà eu un enfant ([Radio France Internationale 2016](#)).

Malgré des gains globaux en matière de prévalence des contraceptifs, les différences régionales persistent, avec un pourcentage aussi faible que 7,5 pour cent à Androy et un pourcentage aussi élevé que 38,1 pour cent à Ihorombe (MSP, 2016). Près de 24 pour cent des femmes ont un besoin non satisfait de méthodes modernes de contraception ([Projet Track20 2016](#)).

Santé maternelle et infantile (SMI) : Bien que la mortalité maternelle et des enfants de moins de cinq ans ait diminué ces dernières années, la SMI reste un besoin sanitaire prioritaire à Madagascar. En 2013, le ratio de mortalité maternelle était de 478, nettement au-dessus de l'Objectif du Millénaire pour le Développement (OMD) de 127 ([USAID Madagascar 2014](#)). Les hémorragies post-partum sont la principale cause des décès maternels (MSP 2016).

Seulement 44 pour cent des naissances se font avec l'aide de personnel qualifié, et la différence est grande entre les villes et les régions rurales : selon l'Agence des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), 82 pour cent des naissances dans les villes se font avec l'aide de personnel qualifié, contre seulement 39 pour cent des naissances dans les régions rurales ([Nations Unies 2015](#)). Les visites de contrôle des femmes enceintes sont peu fréquentes après

la première visite. 59 pour cent des femmes enceintes ont eu leur première visite initiale alors que seulement 26 pour cent ont eu quatre visites prénatales (MSP 2016).



Les estimations des taux de vaccination pour la diphtérie, le tétanos et la coqueluche allaient de 69 à 85 pour cent en 2015 ([GAVI 2017](#)). En 2014-2015, il y a eu une résurgence de la polio. En 2017, le pays n'était plus infecté par la polio, mais il subsistait un risque élevé de nouvelles épidémies ([OMS 2015](#)).

Dix-huit pour cent de la mortalité des moins de cinq ans est imputable à la pneumonie, dix pour cent à la diarrhée et 35 pour cent à des facteurs associés à la nutrition ([USAID Madagascar 2014](#)). Madagascar a l'un des taux les plus élevés de retard de croissance en Afrique – ce problème concerne 49 pour cent des enfants de moins de cinq ans ([International Food Policy Research Institute 2016](#)). Selon une analyse de l'UNICEF en 2015, l'économie malgache perd annuellement environ 740 millions de dollars, soit 7 pour cent du produit intérieur brut (PIB), en raison de la malnutrition (Banque mondiale 2017). Seulement 7 pour cent des enfants de moins de cinq ans ont été vus dans les

centres de santé locaux pour cause de malnutrition bien que la moitié des enfants de moins de cinq ans souffrent d'un retard de croissance.

Paludisme : Le paludisme était la cause de quatre pour cent des décès des moins de cinq ans à Madagascar en 2015 ([Countdown to 2030, 2015](#)). Entre 1999 et 2008, la morbidité a décliné de 19 pour cent à 4,9 pour cent. En moyenne, 70 pour cent de la population rurale et 68,5 pour cent des femmes enceintes utilisent des moustiquaires.

Eau, assainissement et hygiène : Les problèmes associés à l'approvisionnement en eau potable, hygiène et assainissement (AEPHA) persistent à Madagascar. Les maladies diarrhéiques résultant de la contamination de l'eau et des mauvaises conditions d'hygiène représentent neuf pour cent de la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans. Quarante-huit pour cent de la population n'a pas accès à une hygiène améliorée et 48 pour cent n'a pas accès à des sources d'eau améliorées. Environ 8,3 millions d'habitants (39 pour cent de la population) défèquent en plein air ([Countdown to 2030, 2015](#)).

VIH/sida : Madagascar a l'un des taux de prévalence du VIH les plus bas d'ASS – 0,4 pour cent pour les adultes âgés de 15 à 49 ans ([ONUSIDA 2015](#)). Cependant, seulement 23 pour cent des femmes et 26 pour cent des hommes âgés de 15 à 49 ans ont ce que l'on peut considérer des connaissances « complètes » sur la transmission et la prévention du VIH/sida ([PNUD 2014](#)), ce qui expose beaucoup de personnes au risque de transmission de ce virus.

L'écart entre savoir et faire est encore plus grand chez les jeunes. Des études récentes montrent que de nombreux jeunes sont incapables d'identifier correctement les deux principales façons de prévenir la transmission sexuelle du VIH. Une étude récente a révélé que seulement 5 pour cent des filles et 12 pour cent des garçons âgés de 15 à 24 ans qui étaient sexuellement actifs ont utilisé un préservatif lors de leur dernière relation sexuelle ([UNICEF Madagascar 2017](#)).

1.2 La stratégie du Gouvernement de Madagascar pour le secteur de la santé

Le MSP a pris des mesures proactives pour améliorer la santé. Le MSP a rédigé un Plan de développement du secteur santé (PDSS) pour 2015 à 2019 avec une vision selon laquelle « toute la population de Madagascar sera en bonne santé, dans un environnement propre, et mènera une meilleure vie, plus productive, en 2030 ».

Le PDSS reconnaît les progrès réalisés à Madagascar dans le domaine de la santé, mais il souligne également ce qui reste à faire, notamment en matière de SMI, de santé des jeunes et des adolescents (y compris les taux de grossesse chez les adolescentes et les infections sexuellement transmissibles dont le VIH), les maladies contagieuses et les maladies non-transmissibles. Le PDSS comprend six priorités clés pour les années à venir :

- Améliorer la fourniture de soins et de services intégrés de qualité à tous les niveaux ;
- Stimuler la demande pour une meilleure utilisation des services de santé à tous les niveaux ;
- Renforcer l'organisation et la gestion du système de santé ;
- Améliorer la SMI ;
- Renforcer la lutte contre les maladies ;
- Promouvoir des comportements sains et protéger la santé.

Le Gouvernement de Madagascar (GdM) a pris plusieurs autres engagements pour la santé. En tant que Gouvernement d'un pays ciblé par FP2020, le GdM a résolu d'augmenter la prévalence des contraceptifs jusqu'à un taux de 50 pour cent et de réduire le pourcentage des besoins non satisfaits en méthodes modernes de contraception à neuf pour cent ([FP2020 2017](#)).

Principales stratégies pour la santé du GdM :

- **SMI : Feuille de Route pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale à Madagascar 2015-2019**
- **VIH : Plan Stratégique National de Réponse aux Infections Sexuellement Transmissibles et au Sida à Madagascar 2013-2017**
- **Paludisme : Plan Stratégique de Lutte contre le Paludisme à Madagascar 2013-2017**
- **Santé mobile : Stratégie Nationale en Cybersanté 2016-2019**
- **Nutrition : Plan National d'Action Pour la Nutrition (PNAN III)**
- **Prestataires de services : Plan Stratégique des Centres Hospitaliers et des Établissements Universitaires de Soins à Antananarivo 2012-2016**
- **CSU : Politique Nationale de Protection Sociale et Stratégie Nationale sur la Couverture Santé Universelle**
- **Tuberculose : Plan Stratégique National de Lutte contre la Tuberculose à Madagascar 2012-2016**

1.3 La stratégie du Gouvernement des États-Unis à Madagascar

À la suite de la crise politique de 2009 à Madagascar, le Gouvernement des États-Unis a réduit son assistance au GdM. Après les élections malgaches relativement pacifiques de 2013, le Gouvernement des États-Unis a levé ces restrictions et USAID a repris le travail avec le MSP. L'USAID a été un bailleur important pour Madagascar, et la santé a toujours été l'une de ses principales priorités, tout particulièrement le paludisme, la SMI et la PF (ForeignAssistance.gov 2017). Actuellement, l'USAID n'a pas de stratégie de coopération pour le développement national à Madagascar. Le Gouvernement des États-Unis a également répondu aux priorités du GdM en matière de santé par le biais de l'Initiative présidentielle contre le paludisme (PMI), des activités visant à l'élimination des décès maternels et infantiles évitables (EPCMD) et de sa stratégie pour l'eau et le développement. Un financement supplémentaire du Gouvernement des États-Unis contribue à l'aide humanitaire, économique, environnementale et éducative à Madagascar.

SHOPS Plus Madagascar

Le projet SHOPS (Sustaining Health Outcomes through the Private Sector) est l'initiative phare de 150 millions de dollars de l'USAID sur cinq ans en matière de santé du secteur privé, décernée à Abt Associates et ses partenaires² en septembre 2015. S'appuyant sur le succès du projet SHOPS (Sustaining Health Outcomes through the Private Sector), SHOPS Plus engage stratégiquement le secteur privé à améliorer les résultats de santé dans les domaines de la PF, du VIH/SIDA, de la SMI et d'autres domaines de la santé. Le projet SHOPS Plus s'inscrit dans une démarche consistant à aider le Gouvernement des États-Unis à atteindre certains de ses objectifs prioritaires, y compris l'élimination des décès infantiles et maternels évitables, ainsi que du SIDA pour la prochaine génération, et la mise en œuvre du programme FP2020. En augmentant la participation et l'efficacité du secteur privé de la santé, SHOPS Plus contribue à améliorer l'équité et la qualité dans l'ensemble du système de santé.

SHOPS Plus soutient les objectifs de l'USAID Madagascar et du GdM visant à accroître l'accès et l'utilisation des produits de santé prioritaires grâce à l'expansion stratégique des approches du secteur privé dans le système de santé. Cet objectif stratégique est soutenu par les résultats intermédiaires suivants :

- IR1. L'utilisation et l'étendue des services de santé ont augmenté, et la durabilité des prestataires de soins de santé privés s'est améliorée, grâce au renforcement de la capacité des entreprises et de l'accès au financement.
- IR2. Engagement public-privé accru et efficace pour améliorer les résultats en matière de santé publique.
- IR3. Renforcement de l'offre d'information, de produits et de services de santé par le secteur privé.

1.4 Objet et étendue de l'évaluation du secteur privé

² American College of Nurse-Midwives, Avenir Health, Broad Branch Associates, Banyan Global, Iris Group, Marie Stopes International, Population Services International, William Davidson Institute at the University of Michigan, Insight Health Advisors et Praekelt Foundation.

En octobre 2016, l'USAID Madagascar a demandé l'aide de SHOPS Plus pour mener une évaluation du secteur privé (ESP) afin d'identifier les opportunités d'accroissement des investissements et de la participation du secteur privé dans la santé. Une estimation de la taille, de la portée et de l'envergure du secteur privé de la santé, en mettant l'accent sur les principales parties prenantes et leurs rôles. L'ESP examine l'écosystème des services financiers numériques dans le secteur de la santé, en particulier l'argent mobile, et elle explore les possibilités d'améliorer l'inclusion financière numérique, en particulier grâce à l'assurance mobile.

1.5 Synopsis du rapport

Cette évaluation est divisée en 13 sections couvrant des domaines techniques variés. La Section 2 présente la méthodologie de l'ESP. La Section 3 donne un aperçu du secteur privé de la santé, y compris les tendances dans la prestation des services du secteur privé, la taille du secteur privé et les principales parties prenantes. La Section 4 porte sur la prestation des services par le secteur privé dans des domaines clés de la santé, dont la PF, la SMI, l'eau et l'hygiène, et le VIH/sida. Dans la Section 5, nous discutons de l'accès aux produits pharmaceutiques et médicaux essentiels dans le secteur privé et à travers les acteurs de la chaîne d'approvisionnement du secteur privé. La Section 6 traite du paysage politique du secteur privé de la santé et examine les possibilités de partenariats public-privé. Dans la Section 7, nous examinons les ressources humaines du secteur privé pour la santé. La Section 8 examine le secteur financier à Madagascar et ce que cela signifie pour l'accès du secteur privé de la santé au financement. Nous présentons également une discussion des opportunités d'expansion des entreprises du secteur de la santé et de l'innovation. La Section 9 examine la façon dont le secteur privé soutient l'objectif de CSU par le biais de différentes initiatives de financement de la santé. La Section 10 explore la finance numérique, en particulier la situation à Madagascar dans le domaine de l'argent mobile. La Section 11 présente le rôle du secteur privé dans les systèmes d'information sanitaire. La Section 12 esquisse les défis à relever et des recommandations pour tous les secteurs techniques, et la Section 13 contient notre conclusion.

2. Méthodologie

2.1 Principaux termes et concepts

Cette section propose des définitions de trois concepts utilisés tout au long du rapport.

Secteur privé de la santé : Le secteur privé de la santé à Madagascar est diversifié, composé d'entités commerciales à but lucratif et d'organisations à but non lucratif telles que les organisations non-gouvernementales (ONGs) et confessionnelles (OC), qui fournissent des services et des produits de santé ainsi que des informations sanitaires, en particulier aux populations mal desservies. Des services auxiliaires tels que des laboratoires et des services de diagnostic privés, ainsi que des acteurs de la chaîne d'approvisionnement pharmaceutique du secteur privé, soutiennent ces prestataires de soins de santé.

Partenariats public-privé (PPP) : Un PPP dans le domaine de la santé est une collaboration formelle entre le secteur public (gouvernements nationaux, collectivités locales, bailleurs de fonds internationaux, financements bilatéraux par des gouvernements étrangers) et le secteur non public (à but lucratif et sans but lucratif) afin de former des partenariats visant à

réglementer, financer ou mettre en œuvre la prestation de services et de produits de santé ainsi que d'équipements, de recherche, de communications ou d'éducation (Barnes 2011).

Parties prenantes clés dans le secteur de la santé : Une partie prenante clé de la santé est une personne ou un groupe qui peut affecter ou être affecté par une organisation, une stratégie ou une politique dans le secteur de la santé. Voici une liste des groupes de parties prenantes clés qui ont répondu aux questions des membres de l'équipe de l'ESP. L'Annexe A contient une liste des parties prenantes qui ont répondu aux questions des membres de l'équipe de l'ESP de SHOPS Plus.

Tableau 3. Parties prenantes clés qui ont répondu aux questions des membres de l'équipe de l'ESP à Madagascar

Secteur privé à but lucratif	Secteur privé à but non lucratif	Secteur public	Partenaires au développement :
<ul style="list-style-type: none"> • Prestataires de soins de santé • Distributeurs pharmaceutiques • Compagnies d'assurance maladie/mutuelles • Télécoms • Institutions financières 	<ul style="list-style-type: none"> • ONGs engagées dans la prestation de soins de santé • OC • Associations professionnelles du secteur de la santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Ministères de la santé publique et de l'Eau et de l'Energie • Institut national des statistiques • Conseil de développement économique • Comités nationaux 	<ul style="list-style-type: none"> • Bailleurs internationaux • Organisations multilatérales • Partenaires de mise en œuvre

2.2 Les étapes de l'ESP

L'approche de SHOPS Plus pour l'ESP de Madagascar repose sur l'expérience collective de plus de 25 évaluations réalisées au cours des 10 dernières années. L'évaluation à Madagascar comportait cinq étapes: planifier, apprendre, analyser, partager et agir (SHOPS 2014).



Première étape : Planifier

Dans le cadre de la préparation de l'ESP, l'équipe de l'ESP de SHOPS Plus a collaboré avec USAID Madagascar pour finaliser la portée de l'évaluation, identifier les questions clés et confirmer le calendrier et les délais de réalisation. Le but de l'ESP est de fournir :

- Une estimation de la taille, de la portée et de l'envergure du secteur privé de la santé, en mettant l'accent sur les principales parties prenantes et leurs rôles ;
- Un aperçu des types de produits et services de santé proposés par le secteur privé ;
- Un aperçu des politiques et des facteurs qui inhibent ou permettent au secteur privé de participer au système de santé ;
- Une estimation des services financiers digitaux et l'inclusion financière à Madagascar, avec

un accent mis sur l'argent mobile, les obstacles et les possibilités de croissance, ainsi que les principales parties prenantes et leurs rôles ;

- Un examen des activités et opportunités de l'assurance mobile.

A blue circle containing the word "Learn" in white text, with a light blue arrow pointing to the right.

Deuxième étape : Apprendre

En prévision du travail sur le terrain, l'équipe d'ESP de SHOPS Plus a effectué un examen documentaire complet pour comprendre le paysage réglementaire, gouvernemental, social et économique de Madagascar en ce qui concerne le secteur privé de la santé.

Domaines prioritaires inclus :

- Contexte sanitaire utilisant les données les plus récentes des Enquêtes démographiques et de santé (EDS) et des comptes nationaux de la santé, ainsi que les données de l'USAID et d'autres bailleurs et fondations, de la Banque mondiale, de l'Organisation Mondiale de la Santé, du Fonds des Nations unies pour la population (FNUAP)/Programme des Nations unies pour le développement (PNUD) et d'autres organisations ;
- Environnement politique et réglementaire pour la participation du secteur privé dans le secteur de la santé ;
- Écosystème de la finance numérique, y compris un aperçu des parties prenantes clés et des statistiques sur la pénétration du mobile, l'utilisation de l'argent mobile, l'inclusion financière numérique et l'environnement politique et réglementaire pour les secteurs des télécommunications et de la finance.
- Après l'examen documentaire, deux consultants locaux spécialisés dans le secteur privé de la santé et la finance numérique ont été engagés pour identifier les parties prenantes, coordonner les réunions d'information et soutenir l'équipe d'ESP de SHOPS Plus tout au long de l'évaluation. En avril 2017, l'équipe d'ESP de SHOPS Plus, composée d'un spécialiste de la santé, d'un spécialiste du financement de la santé et d'un spécialiste du secteur privé, s'est rendue à Madagascar pour rencontrer des représentants des groupes de parties prenantes dont le secteur privé de la santé, les télécommunications, les bailleurs, les partenaires de mise en œuvre, le gouvernement et les services financiers (les assurances et les mutuelles). La liste des réunions avec les parties prenantes est présentée à l'Annexe A.

A blue circle containing the word "Analyze" in white text, with a light blue arrow pointing to the right.

Troisième étape : Analyser

L'analyse a commencé pendant les entretiens avec les parties prenantes et s'est poursuivie pendant la rédaction de l'évaluation par l'équipe d'ESP de SHOPS Plus. Pour le rapport final, l'équipe a compilé des notes de réunion et d'autres données quantitatives et qualitatives, et elle les a examinées au cours d'une série de comptes rendus de collaboration, puis elle a posé des questions complémentaires et demandé des clarifications par téléphone et par e-mail. L'équipe a dégagé des conclusions clés et élaboré des recommandations par le biais des discussions.



Quatrième et cinquième étapes : Partager et agir

L'équipe d'évaluation a produit ce rapport, qui offre des perspectives, décrit les défis à relever et met en lumière les opportunités pour la participation du secteur privé et la finance numérique à Madagascar. L'USAID, les partenaires de mise en œuvre et le MSP pourront utiliser les résultats et les recommandations du rapport pour créer des partenariats stratégiques avec le secteur privé afin de soutenir les objectifs de santé de l'USAID et du GdM.

3. Le secteur privé de la santé à Madagascar

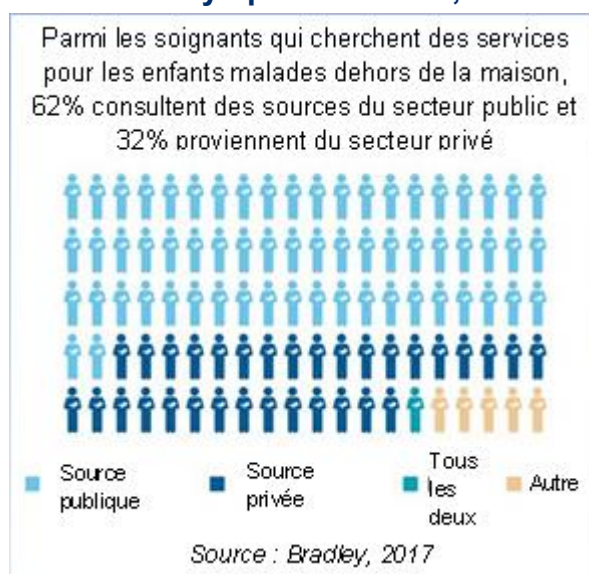
3.1 Synopsis

3.1.1 L'argument économique pour l'engagement du secteur privé à Madagascar

La communauté internationale est de plus en plus d'avis que l'atteinte des objectifs de développement durable nécessite que les gouvernements et les bailleurs engagent activement les services du secteur privé de la santé.³ Cependant, de nombreux gouvernements n'ont eu qu'un engagement limité dans le secteur privé de la santé en raison d'un manque d'informations et de communications. Dans certains pays, il existe un manque de confiance entre les deux secteurs et le sentiment que la prestation de soins de santé est exclusivement le rôle du secteur public. Y a-t-il des raisons impérieuses pour que le MSP travaille avec le secteur privé de la santé à Madagascar ? La justification de l'engagement et de l'accroissement du rôle de gestionnaire du secteur privé de la santé à Madagascar inclut :

- **Le secteur privé de la santé joue déjà un rôle important dans la prestation des services de santé à Madagascar.** Le gouvernement estime que les prestataires du secteur privé (à but non lucratif et à but lucratif) représentent un tiers de la prestation de services dans le pays. Selon une étude de 2005 réalisée par la Banque mondiale, de nombreuses personnes à Madagascar préfèrent des prestataires privés en raison d'une perception de meilleurs services, et notamment de délais d'attente plus courts, de qualité clinique supérieure et de respect accru de la confidentialité ([Banque mondiale 2005](#)). La Figure 3 montre que 32 pour cent des soignants avec un enfant malade consultent des sources du secteur privé (Bradley 2017).
- **Le secteur privé est utilisé par les populations riches et pauvres.** Sur la base des statistiques des EDS et du GdM, les populations pauvres et vulnérables que les bailleurs et le MSP veulent le plus atteindre se font également soigner dans le secteur privé

Figure 3. Recherche de soins pour le traitement hors domicile par source pour les enfants malades ayant de la diarrhée, de la fièvre, et/ou des symptômes d'IRA, 2008-09



³ Voir, par exemple, la série de rapports techniques produits par Results for Development grâce au financement de la Rockefeller Foundation intitulée « Le Rôle du secteur privé dans les systèmes de santé » à <http://www.r4d.org/focus-areas/role-private-sector-health-systems>.

de la santé (EDS 2008-2009, MSP 2014).

- **Les progrès vers la CSU peuvent être accélérés par le secteur privé.** L'inclusion du secteur privé de la santé dans les initiatives visant à atteindre la couverture sanitaire universelle (CSU) garantit que les clients ont accès à un plus grand nombre de prestataires, y compris ceux qu'ils préfèrent, et que le pays déploie des ressources de l'ensemble du système de santé.
- **Le secteur privé n'est pas seulement préoccupé par la rentabilité.** Contrairement à l'opinion populaire, les établissements privés ne facturent pas toujours leurs soins aux patients, élargissant ainsi l'accès aux soins pour ceux qui sont incapables de payer. Quarante-six pour cent des établissements privés interrogés en 2017 indiquent qu'ils ne facturent pas certains patients (Banque mondiale 2017). L'équipe d'ESP de SHOPS Plus a confirmé cette découverte de manière anecdotique lors d'entretiens sur le terrain avec des prestataires privés.
- **L'engagement du secteur privé peut contribuer à améliorer la qualité de la prestation des services.** Le rôle accru du secteur privé dans la gestion de la santé peut améliorer la qualité et l'efficacité de la prestation des services. Une approche plus collaborative entre le MSP et le secteur privé peut permettre au MSP de recueillir de meilleures données sur le secteur privé, permettant ainsi une compréhension plus précise des tendances et des défis dans le système de santé.
- **Les partenariats avec le secteur privé peuvent améliorer l'utilisation des services de santé.** Une étude réalisée en 2013 dans 27 pays à revenus faibles et intermédiaires sur l'efficacité des partenariats public-privé pour la santé maternelle et néonatale fournit des preuves encourageantes et significatives de l'impact global sur l'augmentation de l'utilisation des services de santé maternelle ([Shehla Zaidi 2013](#)).

Ce rapport illustrera davantage l'importance du secteur privé de la santé dans le système de santé de Madagascar.

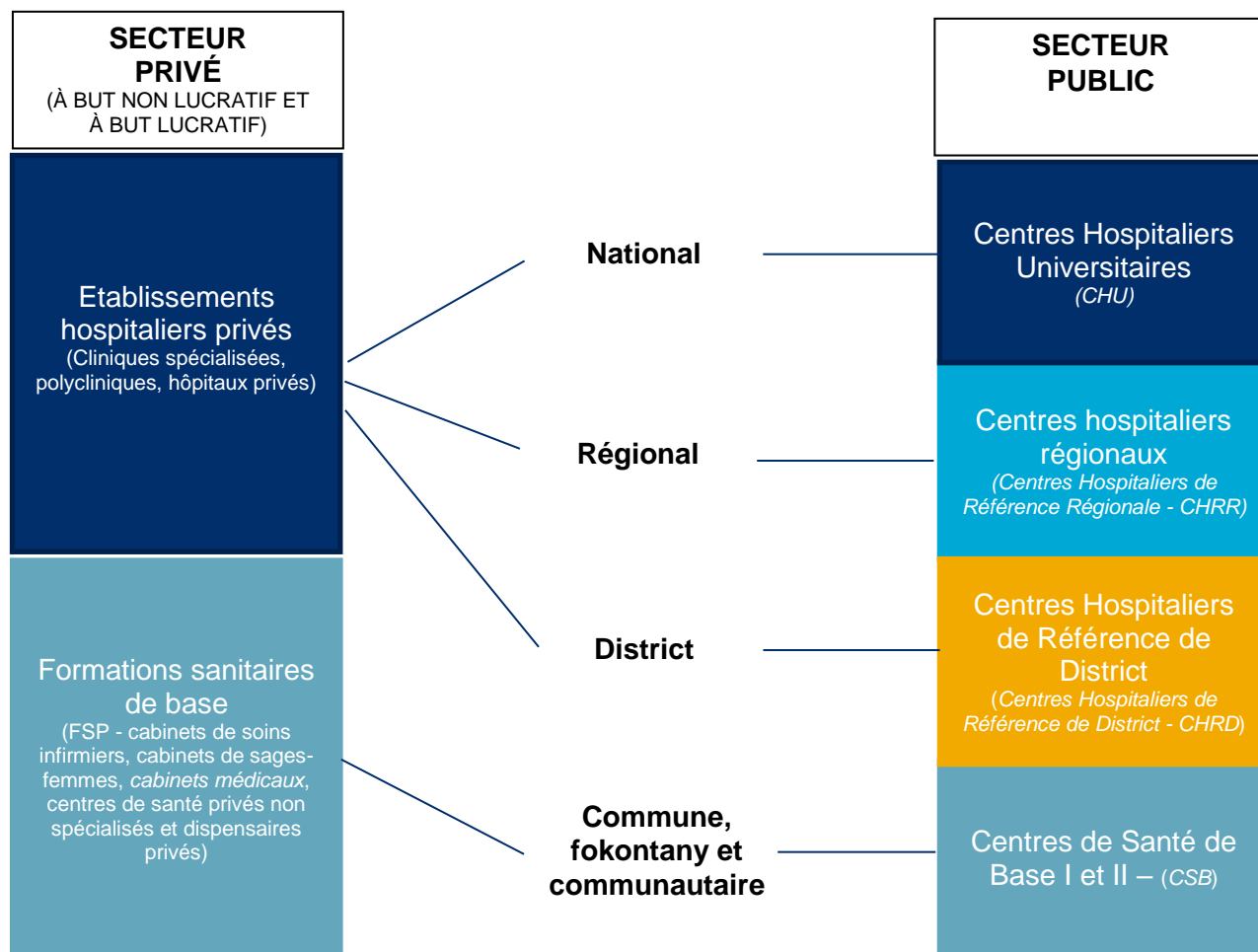


3.2 Le rôle du secteur privé de la santé à Madagascar

3.2.1 Aperçu du système de santé de Madagascar

Le système de santé à Madagascar est à plusieurs niveaux, avec des acteurs du secteur public et du secteur privé travaillant aux niveaux national, régional, de district et communautaire. Même si la structure des secteurs public et privé est comparable, elle ne correspond pas exactement. C'est en grande partie parce que la structure du secteur privé de la santé est moins clairement définie que celle du secteur public. La Figure 4 montre les niveaux du système de santé et la manière dont les acteurs des secteurs public et privé se correspondent.

Figure 4. Structure du système de santé de Madagascar telle que définie dans le Code de Santé



Au niveau national, le MSP coordonne et supervise les services de santé publique, les ressources humaines pour la santé, l'environnement réglementaire, l'assurance qualité et le système d'information sanitaire. Au niveau régional, la *Direction Régionale de Santé Publique* (DRSP) planifie, met en œuvre, surveille et évalue les programmes de santé. C'est également à ce niveau où se trouvent les hôpitaux de référence publics régionaux et universitaires, ou Centre Hospitalier Universitaire (CHU) et Centre Hospitalier de Référence Régionale (CHRR), respectivement.

Au niveau du district, le Service de District de Santé Publique coordonne et soutient les établissements publics fournissant des soins de santé primaires, dont les centres de santé de base (CSB), et les hôpitaux publics de référence de premier niveau appelés Centre Hospitalier de Référence de District (CHRD).

Les CSB fournissent des services de santé de base, notamment : consultations, activités préventives (par exemple soins prénataux), vaccinations, PF, accouchements et communication. Les CSB comprennent des CSB I, dont le personnel est composé d'infirmiers ou de sages-femmes, et des CSB II, dans lesquels des médecins sont présents. Les CSB coordonnent les agents de santé communautaires qui fournissent des orientations pour des

services de santé au niveau communautaire. Dans le secteur public, il existe des pharmacies au sein de certains établissements de santé.

Bien que le Code de la santé indique quatre niveaux pour le système de santé public (CSB, CHRD, CHRR et CHU), il ne mentionne que deux niveaux pour le système de santé privé. Le premier niveau est celui des formations sanitaires privés de base ou FSP. Les FSP sont définis par le Code comme des postes de santé (y compris des postes d'infirmiers et d'accouchement), des cabinets, des dispensaires privés et des centres de santé privés. Les cabinets et les centres de santé peuvent fournir une gamme de services, comme indiqué dans l'encadré à droite. Les FSP correspondent grosso modo au niveau de services fournis par les CSB du secteur public, mais elles ne s'alignent pas sur elles de façon précise.

Le second niveau des établissements de santé privés inclut les cliniques, les polycliniques et autres hôpitaux privés. Selon le Code, les cliniques sont définies comme des établissements où une seule spécialité médicale est pratiquée. Les polycliniques et les hôpitaux privés sont des établissements où de multiples spécialités médicales sont pratiquées. Cette catégorisation est divisée en établissements hospitaliers privés à but lucratif et sans but lucratif.

Le secteur privé exploite également des pharmacies et des dépôts au niveau communautaire.

Les recherches sur le terrain menées par l'équipe d'ESP ont montré que bien qu'il existe des définitions de différents types d'installations, en réalité les classifications sont souvent floues, ce qui complique encore les comparaisons entre les systèmes des secteurs public et privé.

Il existe également des agents de santé opérant en dehors des structures formelles. Ceux-ci incluent des agents de santé communautaires organisés par le secteur public et affiliés aux ONG et aux OC qui fournissent des services et des produits de santé de base et qui donnent des conseils en matière de santé, ainsi que des praticiens traditionnels au niveau communautaire.

Définition des différents types de FSP (Arrêté N° 37308 du MSP / 2014-MSANO)

- **Cabinets d'infirmier ou de soins** : Structure dirigée par un professionnel paramédical fournissant des soins paramédicaux et des prescriptions médicales
- **Cabinet d'accouchement** : Structure gérée par une sage-femme agréée offrant des consultations pré-natales et post-natales ainsi que des accouchements sans complication
- **Cabinet médical** : Structure gérée par un médecin agréé fournissant des médicaments sur une base indépendante ou privée
- **Cabinet dentaire** : Structure gérée par un chirurgien-dentiste agréé qui fournit des soins buccaux-dentaires
- **Cabinet médical de groupe** : Structure gérée par au moins deux médecins en vertu d'un contrat d'association
- **Dispensaire** : Établissement qui fournit des soins préventifs et curatifs, et qui peut aussi offrir des services d'hospitalisation et des médicaments
- **Centre médical** : Structure avec des prestataires de soins de santé (peut inclure une unité dentaire) offrant des examens paracliniques, ainsi que des services d'ECG, d'échographie, de radiographie, de laboratoire et de pharmacie, avec des lits d'observation
- **Centre d'investigation médicale** : Structure offrant des services d'analyse biomédicale, d'imagerie médicale et d'exploration fonctionnelle
- **Centre de récupération nutritionnelle** : Structure accompagnant les services pédiatriques et fournissant des services de réadaptation pour les enfants mal nourris
- **Centre de protection maternelle et infantile**: Structure fournissant des services de santé maternelle, infantile et nutritionnelle
- **Magasin d'optique** : Structure gérée par un opticien
- **Centre d'analyse biomédicale** : Structure fournissant des analyses biologiques et médicales

3.3 Nombre et distribution géographique des établissements du secteur privé de la santé à Madagascar

Établissements de soins de santé du secteur privé

Les statistiques exactes varient, mais selon les statistiques du MSP et des associations professionnelles, le secteur privé semble représenter environ un cinquième des établissements de soins primaires à Madagascar et environ la moitié des hôpitaux de référence de premier niveau.

En raison de la crise politique de 2009, le nombre d'établissements de santé fonctionnant à Madagascar a diminué, en particulier dans les zones rurales, car beaucoup ont dû fermer leurs portes en raison d'un manque de financement et/ou de personnel⁴. En 2011, l'UNICEF estimait que 214 CSB avaient fermé leurs portes, et la Banque mondiale a annoncé que 856 CSB avaient cessé leurs activités en 2013 ou avant (Banque mondiale, 2017).

Le nombre d'établissements de santé privés est difficile à vérifier ou à comparer avec les statistiques du secteur public. Différents départements au sein du MSP utilisent des noms différents pour les types d'établissements. Le rapport annuel du MSP (Annuaire des Statistiques) donne des chiffres sur les CSB I, CSB II et CHRD publics et privés. En revanche, le Service de la Médecine Libérale et des Dispensaires Privés (SMLDP) répertorie les cabinets selon les données sur les FSP dans les statistiques obtenues par l'équipe d'ESP pour 2017. Le nombre des établissements privés varie considérablement selon le MSP. Le rapport du SMLDP de 2017 compte plus de 200 établissements de plus que les données privées sur les CSB pour 2016 de la Direction des Études et de la Planification (DEP). Les données du Service des Hôpitaux Privés de la Direction des Hôpitaux de Référence Régionale et de District (DHRD / SHP) reflètent également un nombre plus élevé d'hôpitaux privés que les données du DEP. Le tableau 4 ci-dessous montre la variation des chiffres entre les sources et les années.

Tableau 4. Nombre total d'établissements privés de soins primaires de 2014 à 2017 déclarés par la DEP et le SMLDP⁵

Année	DEP				DHRD /SHP	SMLDP				
	CHD	CSB 1	CSB 2	Total CSB		Total Hopi-taux privés	Tot al CS B	Cabinets Médicaux	Cabinets Dentaires	Cabinets d'Infirmierie
2014	67	120	500	620	93					
2015	71	102	452	554	105					

⁴ « Fonctionnant » désigne à la fois les heures normales de travail et d'ouverture.

⁵ Les données de la DEP pour 2014 et 2015 proviennent de l'Annuaire des statistiques, pour 2016 elles sont issues d'une feuille de calcul partagée avec l'équipe d'ESP par la DEP, toutes les données de DHRD/SHP ont été partagées avec l'équipe ESP sous forme électronique par mail, tandis que pour 2016 et 2017 les données du SMLDP proviennent de feuilles partagées avec l'équipe d'ESP.

Réseaux d'ONG et d'organisations confessionnelles

Les réseaux/franchises d'ONG et d'OC sont des prestataires privés importants de services de santé à Madagascar. Les principaux réseaux de franchises sont les réseaux Fianakaviana Sambatra de l'International Planned Parenthood Federation (IPPF), Top Réseau de PSI et BlueStar/CSBStar de Marie Stopes International. Ces réseaux représentaient 488 centres de santé et 703 433 visites de clients en 2015 ([Viswanathan et al 2016](#)). L'Église catholique est la plus grande partie prenante parmi les OC. Les églises protestantes et luthériennes jouent également un rôle important. Le PDSS 2015-2019 a rapporté 143 CSB exploités par l'Église catholique et 32 exploités par l'Église protestante (MSP 2016).

Services Médicaux du Travail

Depuis 2003, les programmes d'assurance maladie des employeurs ou Services Médicaux du Travail (SMT) ont été mandatés par la loi pour le secteur privé formel et sont principalement exploités par les Services Médicaux Inter-Entreprises (SMIE).⁶ Il existe 23 SMIE répartis entre 17 régions. Les contributions minimales sont fixées par le GdM à six pour cent des salaires des participants, cinq pour cent étant payé par les employeurs et un pour cent par les employés.

Les services fournis par les SMT comprennent les visites médicales, la médecine préventive et le dépistage, ainsi que le traitement des travailleurs et de leurs familles lorsqu'ils sont malades ([Ministère du Travail et des Lois Sociales 2003](#)). L'Organisation Sanitaire Tananarivienne Inter-Entreprises (OSTIE), l'Association Médicale Inter-Entreprises de Tananarivo (AMIT) et la Fun and Health Center Association (FUNHECE) sont les plus grands SMIE à Antananarivo (FUNHECE 2017, AMIT 2017, OSTIE 2017).

Pharmacies, dépôts et laboratoires

Il existe 221 pharmacies privées à Madagascar, et 102 de celles-ci sont établies dans la ville d'Antananarivo (DPLMT 2017). Bien qu'il existe des pharmacies dans toutes les régions de Madagascar, elles sont concentrées dans certains districts. Seulement 28 pour cent des 114 districts sanitaires de Madagascar ont des pharmacies (32 districts au total), et la plupart sont situés dans les zones urbaines ou près de celles-ci (Agence du Médicament 2017). Il y a 1 641 dépôts dans tout Madagascar, avec les plus fortes concentrations dans les régions d'Analamanga (161), de Sophia (131) et de Vakinankaratra (124) (DPLMT 2017). En raison de la pénurie de pharmacies, des dépôts ont été créés en 2013 pour améliorer l'accès aux médicaments pour les communautés ayant un accès limité aux services pharmaceutiques. Ils sont gérés par des professionnels autres que du domaine de la santé qui ont reçu une formation et sont supervisés par le responsable de la santé du district (Chef de service de district). Les dépôts vendent 54 médicaments approuvés,



⁶ Les SMT dans certains cas sont fournis par les Services Médicaux Autonomes d'Entreprise (SMAE) pour les entreprises situées en dehors de la sphère d'action des SMIE.

doivent être situés à au moins dix kilomètres d'une pharmacie, avec une limite de trois dépôts par communauté de 25 000 habitants ou plus ([Sandid 2011](#)).

Selon les statistiques du GdM, il existe 114 laboratoires à Madagascar ; 44 sont privés (39 pour cent) et 70 sont publics (61 pour cent). Parmi les laboratoires privés, près de la moitié (20) sont situés dans la région d'Analamanga (DPLMT 2017).

3.3.1 Parties prenantes au sein du gouvernement

Des parties prenantes très variées au sein du gouvernement ont des interactions avec le secteur privé de la santé. Des agences gouvernementales distinctes réglementent les pharmacies et les dépôts, les ouvertures de cliniques, l'octroi des licences, les rapports sur la santé, la stratégie de CSU, la cybersanté et les contrats et partenariats. Le Tableau 5 énumère les principales parties prenantes du secteur public qui sont en contact avec le secteur privé.

Tableau 5 : Parties prenantes au sein du gouvernement qui ont des interactions avec le secteur privé de la santé

Parties prenantes du secteur public	Rôle avec le secteur privé
<i>Agence du Médicament de Madagascar (AgMed)</i>	Enregistrement des médicaments et délivrance des autorisations de médicaments pour l'entrée sur le marché malgache ainsi que le contrôle de la qualité des médicaments ; inspection dans les pharmacies et dépôts
<i>Agence Nationale Hospitalière (ANH)</i>	Dirige les efforts de réforme hospitalière, fournit des conseils techniques sur les lois et les règlements ayant une incidence sur les hôpitaux, supervise l'accréditation ⁷ , établit des normes pour le personnel hospitalier et dirige la recherche, la surveillance et l'évaluation du rendement hospitalier
<i>Cellule d'Appui à la mise en œuvre de la Couverture Santé Universelle (CA-CSU)</i>	Coordonne la mise en œuvre de la stratégie de CSU en collaboration avec le Comité de pilotage de la SN-CSU
<i>Direction des Études et de la Planification (DEP)</i>	Gère le Système National d'Information Sanitaire en collaboration avec la Direction du Système d'Information (DSI) ; responsable des statistiques et de la planification de la santé
<i>Direction des Districts Sanitaires (DDS) - Service de la Médecine Libérale et des Dispensaires Privés (SMLDP)</i>	Supervise les établissements privés et les normes des prestataires privés ; autorise l'ouverture et la fermeture des établissements, et fait appliquer les normes pour les établissements du secteur privé de niveau inférieur (p. ex. centres de santé, cliniques, cabinets de médecins)

⁷ L'équipe d'ESP a constaté qu'il y avait une certaine confusion concernant la séparation des rôles et des responsabilités de l'ANH et du DHRD/SHP, particulièrement en ce qui concerne l'ouverture des hôpitaux. Dans certains cas, les rôles peuvent ne pas être bien définis.

Parties prenantes du secteur public	Rôle avec le secteur privé
<i>Direction des Hôpitaux de Référence Régionale et de District (DHRD) – Service des Hôpitaux privés (SHP)</i>	Dirige la supervision technique des hôpitaux privés et fournit l'autorisation d'ouverture des établissements hospitalier privé. Supervise également les règlements supplémentaires pour les hôpitaux privés, ONG, OC ou ceux gérés par des associations.
<i>Direction de la pharmacie, des laboratoires et de la médecine traditionnelle (DPLMT)</i>	Supervise les pharmacies de gros du district, autorise la vente de médicaments aux dépôts, gère les dépôts, les laboratoires et les praticiens traditionnels, et restreint les ventes illégales de produits pharmaceutiques
<i>Direction de Lutte contre les IST/le sida (DLI/SIDA)</i>	Collabore avec le secteur privé dans l'organisation, le suivi et l'évaluation des campagnes de lutte contre le VIH/sida et en développant des partenariats pour le conseil, le dépistage, le diagnostic, les soins et le traitement des IST et des personnes vivant avec le VIH
<i>Direction de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles (DLMNT)</i>	Coordonne avec le secteur privé la mise en œuvre des activités liées aux maladies non transmissibles
<i>Direction de Lutte contre le Paludisme (DLP)</i>	Fournit une formation aux prestataires privés, y compris les OC, les ONG et les médecins du travail sur le traitement du paludisme
<i>Direction de la Lutte contre la Tuberculose (DLT)</i>	Collabore avec le secteur privé dans l'organisation, le suivi et l'évaluation des campagnes contre la tuberculose (promotion, prévention, soins)
<i>Direction du Partenariat (DP)</i>	Gère les relations avec les bailleurs ainsi que les contrats et les partenariats avec le secteur privé
<i>Direction de la Promotion de la Santé (DPS)</i>	Coordonne les activités liées à la création d'un milieu de santé favorable (p. ex., élaboration de politiques et de communications pour soutenir le changement de comportements)
<i>Directions Régionales de la Santé Publique (DRSP)</i>	Élabore le plan régional de santé en collaboration avec le secteur privé et coordonne les activités du district sanitaire
<i>Direction de la Santé Familiale (DSF)</i>	Fournit une formation aux prestataires privés pour améliorer les services liés à la SMI (par exemple, les soins prénataux, la planification familiale, la vaccination)
<i>Direction du Système d'Information (DSI)</i>	Gère les initiatives de cybersanté (par exemple, Réseau National Numérique de la Santé, normes et interopérabilité) et le SNIS en collaboration avec la DEP

Parties prenantes du secteur public	Rôle avec le secteur privé
<i>Direction de la Sécurité et la Santé au Travail (DSST) – Ministère de la Fonction Publique et des Lois Sociales</i>	Gère les programmes obligatoires d'assurance maladie sur le lieu de travail (Services Médicaux au Travail)
<i>Direction de la Veille Sanitaire et de la Surveillance Epidémiologique (DVSSE)</i>	Collabore avec le secteur privé pour renforcer la vigilance épidémiologique et répondre aux défis sanitaires et aux risques émergents aux niveaux national et international
<i>Service de la Législation, de la Réglementation et du Contentieux (SLRC)</i>	Supervise tous les aspects juridiques des secteurs public et privé de la santé, y compris les contrats, la réglementation et la législation

3.3.2 Organisations du secteur privé de la santé

De multiples organisations ont des interactions avec le secteur privé de la santé et contribuent à son organisation, notamment des associations, ordres et syndicats pour des cadres de prestataires différents. La plupart de ces organisations combinent des acteurs du secteur public et du secteur privé. Le tableau ci-dessous répertorie les principales structures organisationnelles impliquées avec les parties prenantes du secteur privé à Madagascar.

Tableau 6. Organisations du secteur privé de la santé

Parties prenantes	Rôle
<i>Association des médecins de campagne de Madagascar (AMC-MAD)</i>	Association de médecins travaillant dans les régions rurales ; fournit des services de formation et de partage d'informations
<i>Association Nationale des Sages-Femmes (ANSF)</i>	Effectue la promotion de la santé et construit la capacité de ses membres par le biais de formations. L'adhésion est facultative. Environ 800 membres du secteur public et du secteur privé
<i>Association Nationale des Tradipraticiens Malgaches (ANTM)</i>	Organisation recouvrant 14 associations de praticiens traditionnels à Madagascar ; environ 3 800 membres
<i>Comité des Entreprises d'Assurance de Madagascar (CEAM)</i>	Défend les intérêts des compagnies d'assurances, soutient l'élaboration et l'exécution des politiques, et contrôle la conformité
<i>Ordres (p. ex., Ordre des Médecins, Ordre des Sages-femmes, Ordre des Pharmaciens, Ordre des Infirmiers)</i>	Chaque cadre médical a un Ordre obligatoire, qui joue un rôle important de surveillance et défend les intérêts de ses membres
<i>Syndicat des Paramédicaux</i>	Défend les droits des infirmiers et des sages-femmes, et renforce les capacités des membres par la formation

4. La prestation des services dans le secteur privé de la santé

Cette section examine la prestation de services de santé dans le secteur privé, y compris pour la PF, la SMI, le paludisme, l'AEPHA, la nutrition et le VIH/sida. Les informations concernant les produits liés à ces domaines de santé peuvent être trouvées dans la Section 5 du présent rapport.

Les conclusions de l'enquête de 2016 de la Banque mondiale sur les indicateurs de prestation de services (SDI) des CSB I, CSB II et CHRD publics et privés pour Madagascar, confirmées lors d'entretiens avec les principales parties prenantes à l'occasion de la visite sur le terrain de mai 2017 dans le cadre de l'ESP, révèlent les différences suivantes entre établissements publics et privés :

- **Horaires de travail et charge de travail** : Alors que les établissements publics et privés sont ouverts à peu près le même nombre d'heures, les établissements du secteur privé ont en moyenne au moins deux fois plus de visites de patients par jour que les établissements du secteur public.
- **Infrastructure et équipements** : Les établissements du secteur privé disposent de meilleures infrastructures de base (l'accès à l'eau courante, aux toilettes, à l'électricité) et de meilleurs moyens de communication (tels qu'un téléphone, ordinateur et Internet à l'intérieur des établissements) que les établissements du secteur public. Néanmoins, cette infrastructure n'est pas toujours disponible dans les zones rurales.
- **Qualité des services** : L'exactitude des diagnostics et le respect des directives cliniques sont faibles dans les deux secteurs, bien qu'ils soient légèrement plus élevés dans le secteur privé que dans le secteur public (32 pour cent contre 29 pour cent, respectivement).
- **Accessibilité financière des services** : Le prix des services dans le secteur privé varie considérablement en fonction du type d'établissement. L'équipe d'ESP de SHOPS Plus a comparé 10 cliniques de tailles variées dans différents quartiers d'Antananarivo.⁸ L'équipe a constaté que les tarifs de consultation générale dans les établissements confessionnels étaient d'environ 3 000 Ariary, dans les installations du réseau des ONG ils étaient compris entre 5 000 et 10 000 Ariary, et dans les établissements privés à but lucratif allaient de 7 000 à 15 000 Ariary. Les tarifs des consultations spécialisées et des accouchements étaient plus élevés dans les établissements privés à but lucratif que dans les établissements du réseau des ONG. Les consultations avec des spécialistes allaient de 5 000 à 20 000 Ariary pour les ONG, et de 20 000 à 50 000 Ariary dans les établissements à but lucratif. Les prix pour un accouchement sans complication varient considérablement dans les installations à but lucratif – de 100 000 à 1 000 000 Ariary. Les parties prenantes ont noté que les services offerts par les tradipraticiens tendent à être l'option la moins coûteuse.
- **Frais à la charge des usagers** : Bien que le secteur privé soit souvent considéré comme étant plus axé sur le profit que sur les services aux pauvres et autres groupes vulnérables, l'enquête sur les IPS de la Banque mondiale a révélé que les établissements

⁸ Tarification basée sur un sondage auprès de 10 cliniques de différentes tailles dans différents quartiers d'Antananarivo. Certains établissements privés à but lucratif facturent plus pour les étrangers que les Malgaches.

privés exonéraient les enfants de moins de cinq ans, les personnes âgées et les personnes très pauvres, comme le montre le Tableau 7.

Tableau 7. Pourcentage d'établissements qui fournissent gratuitement des services pour des groupes spécifiques, 2016

Groupe d'utilisateurs	% des établissements publics	% des établissements privés
Enfants de moins de 5 ans	26,1	11,3
Personnes âgées	29,7	18,2
Personnes très pauvres	77,7	52,7

Source : Prestation des services de santé en Afrique / Madagascar : Résultats de l'Enquête sur les indicateurs de prestation de services de 2016

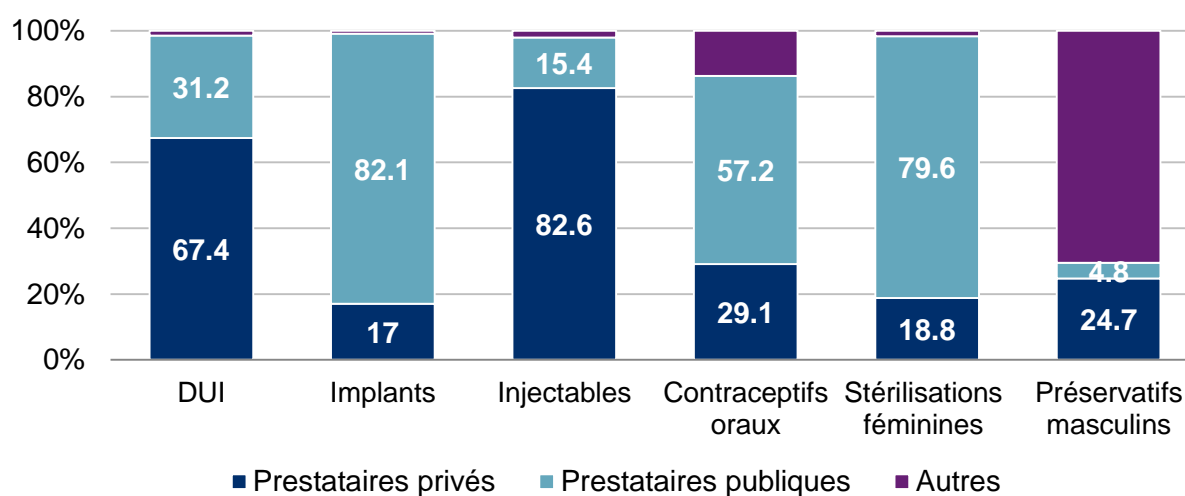
4.1 Prestation de services par le secteur privé par domaine de la santé

Cette section fournit un résumé du rôle du secteur privé dans la prestation de services pour la PF, le paludisme, la SMI, l'AEPHA, et le VIH/sida.

4.1.1 Planification familiale :

L'EDS sur Madagascar 2008-2009 montre que le secteur privé est une source importante pour toutes les méthodes modernes de PF. Le secteur public est la principale source de pilules contraceptives, d'injectables et d'implants pour les femmes de 15 à 49 ans, comme le montre la Figure 6. Le secteur privé est un fournisseur dominant pour les contraceptifs oraux, les DIU et les préservatifs masculins (EDS 2008-2009).

Figure 6. Source d'approvisionnement en méthodes modernes de PF pour les femmes âgées de 15 à 49 ans, 2008-2009



Les franchises sociales sont particulièrement importantes dans la fourniture de méthodes contraceptives réversibles à longue durée d'action (LARC). En 2015, Marie Stopes Madagascar a fourni 84 pour cent des LARC et des méthodes permanentes dans le pays. Les praticiens privés à but lucratif sont largement absents de la prestation de services de PF, en particulier pour les LARC (FNUAP 2017).

4.1.2 Santé maternelle et infantile

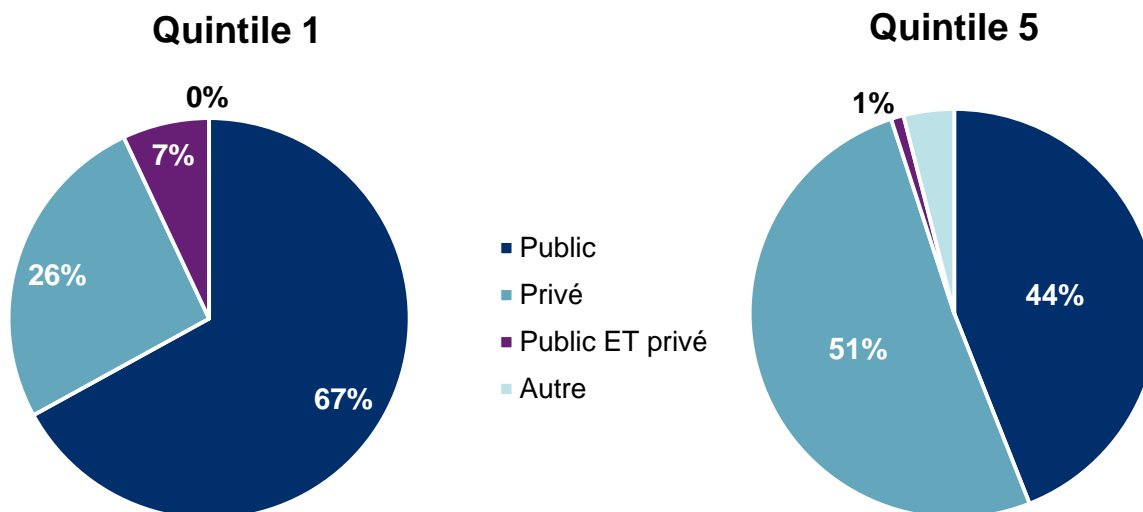
Selon l'EDS 2008-2009, près de 64 pour cent des femmes ont accouché à la maison. Trente-trois pour cent des femmes ont accouché dans un établissement du secteur public et seulement 3 pour cent des femmes ont accouché dans un établissement du secteur privé (EDS 2008-2009). Le secteur privé est le plus souvent utilisé par les femmes les plus riches et les plus instruites qui vivent dans la capitale. Seize pour cent des enfants malgaches de moins de cinq ans ont eu une ou plusieurs des maladies suivantes : fièvre (9 pour cent), infections respiratoires aiguës (3 pour cent) et/ou diarrhée (8 pour cent) dans les deux semaines précédant l'enquête ([Bradley 2017](#)).

Matrones

Les matrones, ou accoucheuses traditionnelles, sont un point de contact important pour de nombreuses personnes à Madagascar, en particulier dans les zones rurales. L'équipe d'ESP de SHOPS Plus a constaté que les médecins, les infirmiers et les sages-femmes étaient préoccupés par le fait que des matrones fournissent des services qu'elles ne sont pas qualifiées pour fournir. En raison du fardeau financier associé aux renvois vers des spécialistes, beaucoup de femmes préfèrent se faire soigner auprès de matrones.

Lorsque les enfants tombent malades, moins de la moitié des soignants à Madagascar (44 pour cent) cherchent des consultations ou des traitements en dehors du foyer, ce qui est nettement plus bas que le taux moyen (64 pour cent) dans les pays prioritaires de survie maternelle et infantile de l'USAID en Afrique de l'Est et en Afrique australe. Parmi les soignants qui cherchent un traitement ou des conseils en dehors de leur domicile, 62 pour cent utilisent des sources du secteur public et 32 pour cent utilisent des sources du secteur privé. La Figure 7 montre que les soignants du quintile le plus riche de la population malgache sont beaucoup plus susceptibles de chercher des soins auprès d'une source privée que ceux du quintile le plus pauvre (51 pour cent contre 26 pour cent, respectivement) ([Bradley 2017](#)).

Figure 7. Recherche de soins pour le traitement hors domicile par source pour les enfants malades ayant de la diarrhée, de la fièvre, et/ou des symptômes d'IRA par quintile de richesse, 2008-2009



Source : Bradley, 2017

Recherche effectuée par le projet de désinfection de l'eau et de traitement du zinc au point d'utilisation (POUZN) financé par l'USAID en 2010 a révélé que les acteurs du secteur privé étaient une source importante de conseils ou de traitement à l'extérieur de la maison pour la diarrhée pédiatrique. Dix-sept pour cent des soignants ont consulté un prestataire privé et 14 pour cent se sont rendus dans une pharmacie privée, un dispensaire ou dépôt pour obtenir des soins, tandis que 34 pour cent se sont rendus dans un CSB du secteur public et 23 pour cent sont allés consulter des amis, voisins ou parents (POUZN 2010). Les gens étaient plus susceptibles d'obtenir du zinc dans le secteur public que dans le secteur privé (69 contre 31 pour cent), probablement parce que le zinc est gratuit dans le secteur public. Cette enquête a révélé que les soignants étaient tout aussi susceptibles d'obtenir des antibiotiques contre la diarrhée auprès de fournisseurs publics que privés, mais qu'ils étaient plus susceptibles d'obtenir des médicaments anti-diarrhéiques auprès de pharmacies ou de fournisseurs privés.

Aucune information complète n'est disponible sur le rôle du secteur privé dans la fourniture de vaccins, de micronutriments ou de services de lutte contre la poliomyélite ou la malnutrition.

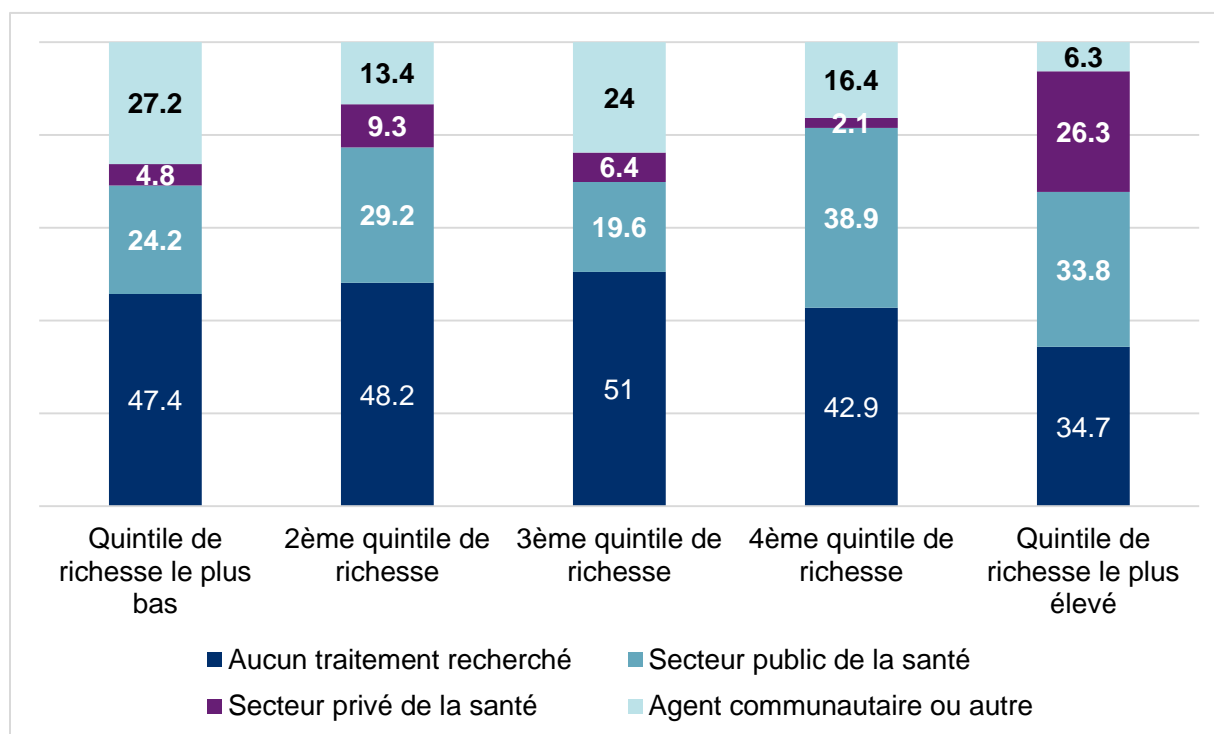
4.1.3 Prestation de services contre le paludisme

Comme le montre la Figure 8, dans tous les quintiles de richesse, la plupart des parents ne demandent pas de traitement pour les enfants de moins de cinq ans atteints de fièvre. Cependant, les personnes de tous les quintiles de richesse utilisent le secteur privé de la santé pour le traitement de la fièvre, en particulier le quintile de richesse le plus élevé, suivi du deuxième quintile de richesse.

Plus de personnes dans les zones urbaines utilisent le secteur privé que le secteur public pour obtenir des soins pour les enfants de moins de cinq ans souffrant de fièvre (respectivement

31,5 contre 28 pour cent). Huit pour cent des habitants des zones rurales ont été pris en charge par le secteur privé (contre 29 pour cent par le secteur public) (EIPM 2013).

Figure 8. Source de traitement recherchée pour les enfants de moins de cinq ans atteints de fièvre, 2013



Source : 2013 XOF

Depuis 2014, les pharmacies et les dépôts de médicaments sont autorisés à vendre et à administrer des tests de diagnostic rapide, bien qu'en 2015 leur rôle ait encore été limité. Selon une enquête de 2015, le secteur privé représentait 16 pour cent de la part du marché des tests de dépistage du paludisme, et ces tests étaient principalement fournis par des établissements privés à but lucratif. Des tests sanguins du paludisme étaient disponibles dans 45 pour cent des établissements de santé privés à but lucratif, et la disponibilité dans les pharmacies a augmenté, passant de 2 pour cent en 2013 à 12 pour cent en 2015 (PSI for ACTwatch 2014). En 2016, selon le Plan national de lutte contre le paludisme (2018-2022), 73 pour cent des cas confirmés de paludisme dans les établissements du secteur privé ont bénéficié d'un traitement antipaludique approprié, en accord avec la politique nationale, comparé à 94 pour cent dans les établissements du secteur public.

4.1.4 Prestation de services dans le domaine de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène

La gestion de l'AEPHA à Madagascar est fragmentée, surtout depuis la crise politique de 2009. Une évaluation des goulots d'étranglement à Madagascar par l'UNICEF en 2014 a mis en évidence que même s'il existe des initiatives gouvernementales pour fournir des services d'assainissement et d'hygiène, le financement, la coordination et la capacité sont insuffisants, surtout aux niveaux des régions et des districts, pour que ces services soient pleinement mis en

œuvre (Ryan, 2014). L'évaluation de l'UNICEF a constaté une « quasi-absence d'un secteur privé dynamique du secteur de l'AEPHA » et a cité le manque d'incitations à la participation du secteur privé dans la fourniture de services de l'assainissement et d'hygiène et la mauvaise organisation du marché existant de l'AEPHA. L'étude a également constaté un manque de possibilités de formation en eau assainissement et en hygiène dans le secteur privé.

Le Cadre de résultats clés du secteur assainissement et hygiène de Madagascar pour 2016-2019 souligne que l'état des services dans ce secteur dans les zones rurales est désastreux. Ce cadre décrit la stratégie du gouvernement consistant à passer de la construction d'infrastructures à la fourniture durable de services dans le secteur par le biais d'une approche PPP ([Cadre des résultats clés du secteur de l'eau de l'assainissement et l'hygiène](#)), présentée dans la Section 6.

Lancement de la plateforme « Anjaramasoandro »

En mai 2017, le GdM a lancé le troisième Plan national d'action pour la nutrition (PNAN III) qui vise à réduire le retard de croissance à Madagascar de 47 pour cent à 38 pour cent d'ici 2021. Le Bureau national de la nutrition a pour mandat de coordonner et de surveiller la contribution des divers secteurs à la nutrition (Amélioration de la nutrition sur une plus grande échelle 2017). L'un des outils de coordination est la plateforme « Anjaramasoandro » lancée en avril 2017 pour engager le secteur privé dans la nutrition. La plate-forme rassemble 10 entreprises avec l'Office national de la nutrition pour rejoindre la lutte contre la malnutrition, en

4.1.5 Prestation de services contre le VIH et le sida

Le secteur privé ne communique pas systématiquement les statistiques sur le VIH au MSP, ce qui rend difficile la compréhension de son rôle dans la prestation de services liés au VIH. Selon le Secrétariat Exécutif du Comité National de Lutte Contre le Sida, la prestation de services contre le VIH/sida est faible dans le secteur privé à but lucratif tandis que beaucoup d'OC et d'ONG mènent des activités sur le VIH, telles que le département santé de l'Eglise luthérienne (SALFA) (Comité National de Lutte Contre le Sida 2017).

Demande

Pour que le secteur privé de la santé à Madagascar continue de croître et de répondre aux besoins de santé de la population, la demande et les comportements visant à rester en bonne santé doivent également augmenter. Le GdM a reconnu que la création de la demande est une priorité.

Des données limitées sur la demande sont disponibles pour Madagascar, mais l'EDS offre un aperçu de la demande de PF. Bien que 94 pour cent des femmes connaissent au moins une méthode moderne de contraception, seulement 40 pour cent des femmes mariées ou sexuellement actives non mariées en utilisent une. Les raisons les plus souvent invoquées pour expliquer cette absence d'utilisation étaient que les femmes voulaient un autre enfant bientôt, qu'elles s'inquiétaient des effets secondaires ou qu'elles étaient stériles (EDS 2008-2009).

Des lacunes substantielles dans l'éducation et l'exposition aux médias à Madagascar peuvent limiter le nombre des personnes touchées par les messages de création de la demande. Près de 22 pour cent des femmes des régions rurales et 18 % des hommes des régions rurales à Madagascar ne sont pas scolarisés. Quarante-huit pour cent des femmes des régions rurales et 44 pour cent des hommes des régions rurales ne sont exposés à aucun média (télévision, journal ou radio) ne serait-ce qu'une fois par semaine. Cette statistique est encore plus élevée pour le quintile le plus pauvre : 84 pour cent du quintile des femmes les plus pauvres (et 81 pour cent des hommes de ce quintile) ne sont exposés à aucun média ne serait-ce qu'une fois par semaine (EDS 2008-2009).

Dans une étude récente, 70 pour cent des personnes interrogées ont déclaré préférer les cliniques privées aux hôpitaux publics malgré les coûts plus élevés. Dans les zones urbaines comme dans les zones rurales, les personnes interrogées ont dit qu'elles seraient prêtes à payer plus cher pour un traitement de meilleure qualité du secteur privé (L'Express de Madagascar 2017). De même, une estimation de la Cellule d'Appui de la CSU indique que 60 pour cent de la population préfère les centres de santé privés pour les services de santé primaires (CSU 2017). Selon des prestataires privés interrogés par l'équipe d'ESP de SHOPS Plus, les jeunes préfèrent les prestataires privés en raison de la qualité perçue comme étant supérieure des services et de la confidentialité.

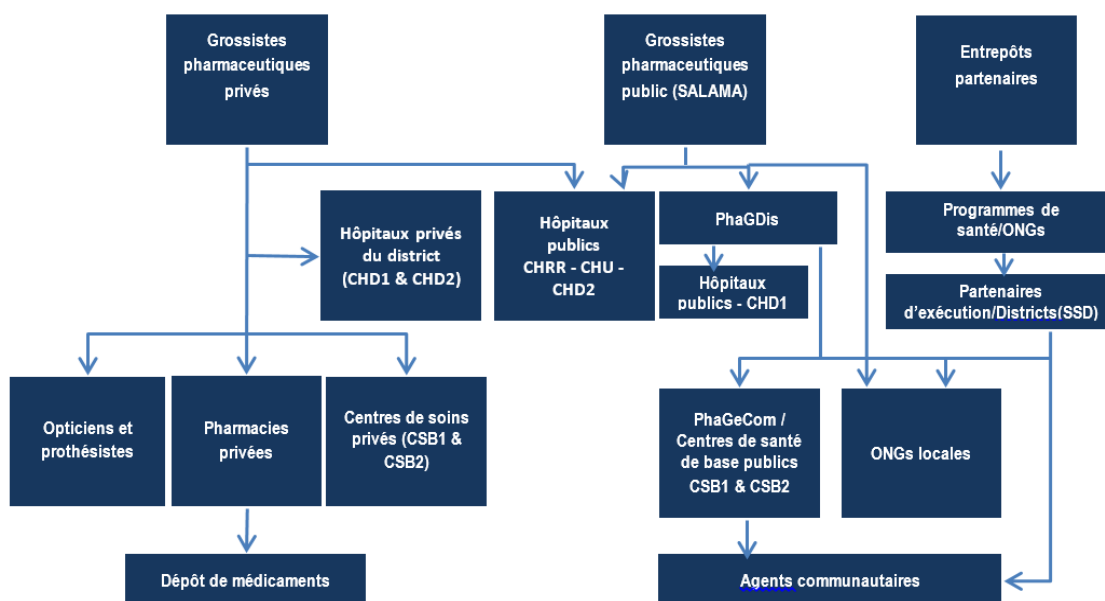
5. Accès aux médicaments essentiels et aux produits de première nécessité médicale

Les secteurs public et privé jouent un rôle important dans la fourniture de produits pharmaceutiques et médicaux de qualité à Madagascar. Le gouvernement supervise et surveille le secteur pharmaceutique à travers l'Agence du Médicament de Madagascar (AgMed) et la Direction de la Pharmacie des Laboratoires et de la Médecine Traditionnelle (DPLMT). Le gouvernement a également mis en place un comité pour faire face au marché pharmaceutique illégal en pleine croissance. En outre, le gouvernement achète (par l'intermédiaire du central pharmaceutique public, la Centrale d'Achats des Médicaments Essentiels et de Matériel Médical (SALAMA)), stocke et distribue des médicaments essentiels génériques et d'autres produits destinés aux établissements de santé privés, publics et à but non lucratif. Ces médicaments sont distribués au niveau du district et de la communauté à travers les hôpitaux, les pharmacies de gros de district (PhaGDis) et les pharmacies à gestion communautaire (PhaGeCom). Bien qu'ils soient des institutions du secteur public, les PhaGDis sont gérés dans le cadre d'un contrat avec une ONG, tout comme les pharmacies des hôpitaux de référence. Le secteur privé complète le secteur public en important, produisant, stockant et distribuant des produits pharmaceutiques et médicaux essentiels et non essentiels (MSP 2016). Cette section examine le rôle du secteur privé le long de la chaîne d'approvisionnement - en tant que fabricants, grossistes-distributeurs et vendeurs de produits.

5.1 Marché des produits pharmaceutiques

Il existe trois types de points d'entrée légaux au niveau national pour l'importation de produits pharmaceutiques à Madagascar : les grossistes pharmaceutiques privés, le grossiste pharmaceutique public (SALAMA) et les entrepôts des partenaires (ex. PSI, Marie Stopes Madagascar). La Figure 9 montre le flux de produits à travers la chaîne d'approvisionnement pharmaceutique à Madagascar, et les rôles de chacun de ces acteurs sont expliqués ci-dessous.

Figure 9. Présentation simplifiée du flux des produits pharmaceutiques à Madagascar



Source : Adapté de (1) Réseau de la chaîne d'approvisionnement et analyse des coûts des produits de santé à Madagascar : Résultats (2) Étude TMA Pour les Contraceptifs à Madagascar : Rapport National 2016

Importations et exportations

Madagascar exporte des médicaments conditionnés mais en importe beaucoup plus. Les exportations de médicaments conditionnés sont tombées de 87 874 dollars en 2010 à 13 874 dollars en 2013, puis ont atteint 173 334 dollars en 2016 (DESA/UNSD, United Nations Comtrade database). Vingt-sept pour cent de la valeur des exportations de médicaments conditionnés en 2016 représentait des médicaments « contenant d'autres antibiotiques », 5 pour cent des médicaments contenant de la « pénicilline ou ses dérivés » et 62 pour cent représentait les « autres » médicaments. Les importations de médicaments ont légèrement augmenté entre 2010 et 2013, passant de 45,9 millions de dollars à 49,8 millions de dollars. L'importation de médicaments conditionnés a considérablement augmenté, atteignant 73,8 millions de dollars en 2016. La Chine, la France et l'Inde sont les principales sources de médicaments conditionnés importés (DAES/DSNU, base de données Comtrade des Nations Unies).

Fabricants

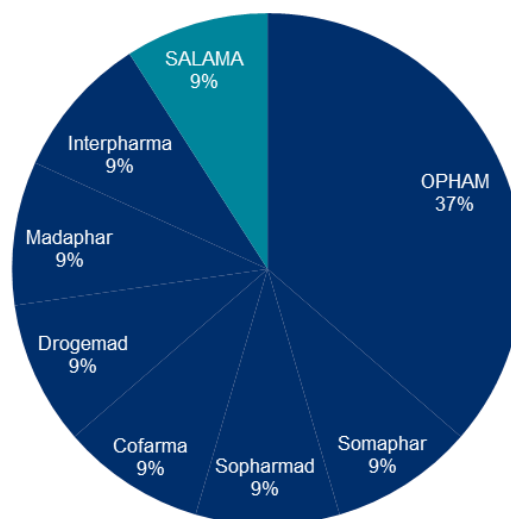
Les Laboratoires Pharmaceutiques Malgaches Farmad (FARMAD) et Homéopharma sont les seuls fabricants de produits pharmaceutiques actifs à Madagascar. FARMAD fabrique et traite des médicaments dans des préparations pharmaceutiques à usages humain et vétérinaire. Les produits les plus connus de FARMAD sont un sirop pour infection respiratoire chez l'enfant appelé Sirop Farmad et un produit antipaludéen (Dihydrochlorure de quinine). Homéopharma

fabrique de produits homéopathiques largement utilisés à Madagascar, y compris les huiles essentielles, les savons végétaux, les parfums naturels, les huiles anti-moustiques et les produits de beauté.

Grossistes-distributeurs

La valeur totale du marché pharmaceutique malgache est estimée entre 150 et 250 milliards Ariary par an (47 à 79 millions de dollars). En 2015, le grossiste-distributeur du secteur public, Centrale d'Achat de Médicaments Essentiels et de Matériel Médical de Madagascar (SALAMA), a réalisé un chiffre d'affaires de 22,8 milliards d'Ariary, soit environ 9 pour cent de la valeur des ventes du marché pharmaceutique total (SALAMA 2016). Les ventes des grossistes-distributeurs pharmaceutiques privés représentaient les 91 pour cent restants du total des revenus du marché pharmaceutique. La Figure 10 montre une répartition estimée des parts de revenus du marché pharmaceutique. Sur les 33 grossistes pharmaceutiques privés enregistrés à Madagascar, seuls sept jouent actuellement un rôle actif sur le marché : OPHAM, Somaphar, Sopharmad, Cofarma, Drogemad, Madaphar et Interpharma.

Figure 10. Part estimée des revenus du marché pharmaceutique en 2015*



**Parts de marché estimées basées sur la taille totale du marché de 250 milliards Ariary*

Source : SALAMA 2016

Les grossistes-distributeurs pharmaceutiques privés peuvent vendre aux établissements de santé publics avec l'autorisation du MSP ainsi qu'à des établissements de santé privés à but non lucratif sans autorisation. SALAMA ne peut pas vendre à des établissements de santé ou à des distributeurs privés à but lucratif. SALAMA ne peut vendre qu'aux établissements de santé publics et aux établissements de santé et distributeurs privés à but non lucratif (MSP 2015).

Distribution des produits

Les réglementations imposent que les produits pharmaceutiques, qu'ils soient payés ou gratuits au moment où le patient les reçoit, doivent être dispensés dans un établissement de santé agréé (comme une pharmacie agréée par le gouvernement) (AgMed 2017). Comme indiqué dans la Section 3, il y a 221 pharmacies privées à Madagascar (AgMed 2017).

Le Tableau 8 montre que les fabricants de produits pharmaceutiques, les grossistes et les pharmacies du secteur privé sont regroupés dans la province d'Antananarivo, et très peu dans les autres provinces.

Tableau 8. Nombre de fabricants de produits pharmaceutiques, de grossistes pharmaceutiques et de pharmacies du secteur privé à Madagascar, par province

Province	Fabricants	Grossistes	Pharmacies
Antananarivo	2	25	114
Antsiranana	0	3	26
Fianarantsoa	0	1	19
Mahajanga	0	0	21
Toamasina	0	4	27
Toliara	0	0	14
Total	2	33	221

Source : Adapté des données communiquées par l'Agence du Médicament de Madagascar

Selon la réglementation en vigueur, les CSB et CHRD du secteur public sont tenus d'obtenir leurs produits pharmaceutiques auprès d'un grossiste pharmaceutique public de district (PhaGDis). Cependant, en 2012, seulement 38 pour cent des cliniques de santé du secteur public et des hôpitaux de district achetaient régulièrement leurs produits pharmaceutiques à leur PhaGDis respective (MSP 2012). Cela indique que ces établissements de santé du secteur public ont effectué des achats réguliers à une source autre que leur PhaGDis respective, par exemple à un grossiste privé ou sur le marché pharmaceutique illégal (MSP 2014).

Le marché pharmaceutique illégal reste une préoccupation majeure pour le GdM, pour les patients et pour les pharmacies et les grossistes-distributeurs pharmaceutiques privés, dont la position sur le marché est affaiblie par la présence de ce commerce pharmaceutique illicite. Sur le marché illégal, les produits vendus sont souvent non enregistrés, périmés et/ou de qualité inférieure. Le marché pharmaceutique illégal continue de prospérer en raison de l'application insuffisante des réglementations du marché existantes. Très peu de données existent sur l'échelle réelle du marché illégal. La valeur et le volume des médicaments expirés revendus sur des marchés illégaux sont inconnus (AgMed 2016).

5.2 Imposition et fixation du prix des produits pharmaceutiques

À Madagascar, des taxes sont imposées sur les ingrédients pharmaceutiques actifs importés⁹, bien qu'aucune taxe ne soit imposée sur les produits pharmaceutiques finis importés, à quelques exceptions près. Ces exceptions incluent certains produits hormonaux, qui sont taxés sur la base de leur formulation (MSP 2011). Alors que les ONG et les bailleurs internationaux sont autorisés à importer certaines formulations de produits hormonaux pour la PF en franchise

⁹ Les ingrédients pharmaceutiques actifs comprennent « toute substance ou tout mélange de substances destiné à être utilisé dans la fabrication d'un médicament et qui, lorsqu'il est utilisé dans la production d'un médicament, devient un ingrédient actif du produit pharmaceutique » (Registrar Corp, 2017) .

d'impôt, les grossistes privés ne sont pas autorisés à le faire. Dans l'ensemble, il subsiste une certaine confusion concernant et associé avec les règles fiscales et les exemptions pour les produits de PF, ainsi que les circonstances qui déterminent quand et si les produits de PF sont disponibles gratuitement ou susceptibles d'être vendus (HP + 2017).

Il n'existe pas de système pour surveiller les prix d'achat des produits pharmaceutiques par les utilisateurs finaux, bien que le Code national de la santé confie cette tâche aux inspecteurs d'AgMed. En 2017, il n'y avait que 11 inspecteurs d'AgMed travaillant dans des pharmacies privées et 2 inspecteurs fonctionnaires pour le pays (AgMed 2017). Il n'y a pas non plus de loi fixant des marges sur les produits pharmaceutiques dans tous les secteurs (MSP 2011). Cependant, dans le secteur public, la marge totale maximale est de 35 pour cent pour le système de recouvrement des coûts, les Fonds d'Approvisionnement Non-Stop aux Médicaments Essentiels (FANOME) (DPLMT 2016 ; MSP 2016).

Le Tableau 9 montre les prix pour les utilisateurs finaux de neuf médicaments clés provenant de cinq types différents de points de prestation de services. Ces prix ont été recueillis par l'équipe d'ESP de SHOPS Plus lors de sa visite en 2017 à Madagascar.

Tableau 9. Prix payés par les utilisateurs finaux en Ariary pour neuf médicaments clés, selon la source, 2017

Produits	Pharmacies privées	Grossistes	Dépôts	ONG/OC	Organisations de marketing social
Combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA)	Coartem (NOVARTIS) : 2 400 – 6 800 Coarsunate : 11 700 – 18 900 Coarsucam (SANOFI) : 19 000	S/O	S/O	S/O	S/O
Amoxicilline, Pneumox (santé des enfants)	Amoxicilline : 1 500 – 2 500 (par paquet) Pneumox : 2 200	Amoxicilline : 1 800 (par paquet)	Amoxicilline : 1 800 – 2 000 (par paquet)	N/A	N/A
Aquatabs (format compr. – Sûr'eau Pilina) (format liquide – Sûr'Eau 150 ml)	Sur'eau : 600.-800	415 – 430 (Super grossistes) 460 – 500 (Grossistes)	S/O	100 430	Prix de départ de PSI : 45 (pour un lot de deux paquets) Prix de départ de PSI : 400
Moustiquaires (Marque Supermoustiquaire)	3 000	1 725 (Super grossistes) 2 000 (Grossistes)	2 000	1 725	Prix de départ de PSI : 1 500 Distribution communautaire : gratuite

Préservatifs (Marque YES with you)	1 000 pour un paquet de 3 préservatifs	530 (Super grossistes)		530 pour un paquet de 3 préservatifs	Prix de départ de PSI : 450 pour un paquet de 3 préservatifs
(Marque Protector Plus)	200 pour un paquet de 3 préservatifs	625 (Grossistes) 91 (Super grossistes) 120 (Grossistes)	1 000	91 pour un paquet de 3 préservatifs	Prix de départ de PSI : 70 pour un paquet de 3 préservatifs
Confiance, Pilplan	Confiance : 600 dans les pharmacies, 300 au niveau communautaire Pilplan : 300 dans les pharmacies, 100 au niveau communautaire	Confiance : 360 USD Grossistes 100 (Distributeurs communautaire s) Pilplan : 180 USD Grossistes 50 (Distributeurs communautaire s)	S/O (non autorisé)	Confiance : 300 par le biais de Homéopharm a Pilplan : 150 par le biais de Homéopharm a	Prix de départ de PSI pour Confiance : 300 USD Prix de départ de PSI pour Confiance pour la distribution communautaire : 30 Prix de départ de PSI pour Pilplan : 150 USD Prix de départ de PSI pour Pilplan pour la distribution communautaire : 15
Quinine injectable	1 200	100 flacons (600 mg / 2 ml) : 77 000	S/O	S/O	S/O
SRO & Zinc Hydrazinc (Circuit pharmaceu- tique)	2 000-2 500	1 663	2 500	S/O	Prix de départ de PSI : 1 512
Viasur (Distribution communau- taire)	500	400	S/O		Prix de départ de PSI : 262

L'EDS 2008-2009 contient des données supplémentaires sur les prix pour les produits de PF. Le Tableau 10 montre que près des deux tiers des femmes ont déclaré avoir reçu gratuitement leurs produits de PF dans le secteur public, tandis que moins d'un tiers ont déclaré avoir reçu des produits gratuitement dans le secteur privé. Les femmes qui ont payé pour les contraceptifs injectables dans le secteur privé ont déclaré un prix moyen près de trois fois plus élevé que le prix moyen dans le secteur public. Cependant, le prix moyen des pilules contraceptives n'était pas significativement plus élevé dans le secteur privé que dans le secteur public, à 229 Ariary contre 195 Ariary, respectivement ([EDS 2008-2009](#)).

Tableau 10. Coût des méthodes modernes de contraception par secteur, 2008-2009

	Injectables	Pilules	Implants
Secteur public			
% des femmes qui ont reçu un produit gratuitement	62,6 %	66,2 %	61,6 %
Prix moyen payé (Ariary)	306	195	1 494
Secteur privé			
% des femmes qui ont reçu un produit gratuitement	17,8 %	8,8 %	22,9 %
Prix moyen payé (Ariary)	903	229	1 946

Source : Adapté des données de l'EDS de 2008-2009

À Madagascar, certains antipaludéens sont disponibles gratuitement dans les établissements publics, tandis que les clients des établissements privés sont le plus souvent facturés. Selon les données d'un récent sondage d'ACTwatch effectué dans les points de vente, les prix des médicaments combinant divers traitements à base d'artémisinine (ACT) de qualité garantie pour le paludisme ont augmenté à Madagascar. En 2010, le prix moyen dans les établissements privés pour une dose de traitement équivalent adulte d'un ACT de qualité garantie était de 299 Ariary et, en 2015, ce prix avait augmenté pour atteindre 2 072 Ariary. Les prix des médicaments antipaludiques ont tendance à être plus élevés pour les établissements privés dans les zones rurales que dans les zones urbaines ([PSI pour ACTwatch 2017](#)).

5.3 Disponibilité des produits pharmaceutiques dans le secteur privé

5.3.1 Produits pour la PF, la SMI et le paludisme

Planification familiale : En 2012, le MSP et le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) ont mené une étude sur l'accès à la contraception ayant porté sur 2 278 établissements de santé du secteur public et 109 établissements de santé du secteur privé.

Plus de 95 pour cent des établissements privés et publics interrogés offraient des contraceptifs injectables et des pilules contraceptives. Une proportion plus importante d'établissements publics offrait des préservatifs masculins par rapport aux établissements privés, avec 92 pour cent contre 84 pour cent, respectivement. Cependant, 49 pour cent des établissements privés offraient des DIU contre seulement 11 pour cent des établissements publics.

Le jour de l'enquête, 18 pour cent des établissements privés étaient en rupture de stock de plusieurs méthodes modernes de contraception, tandis que seulement 10 pour cent des établissements publics étaient en rupture de stock. Cependant, lorsqu'ils sont examinés méthode par méthode, les établissements privés étaient plus susceptibles d'avoir chaque méthode contraceptive moderne individuelle en stock.

Santé maternelle et infantile : L'étude menée en 2012 par le MSP et le FNUAP a révélé que seulement 60 pour cent des établissements privés disposaient de deux médicaments essentiels et d'un médicament vital pour la santé maternelle. Ce pourcentage était légèrement plus élevé que les établissements publics, dont 56 pour cent avaient les mêmes médicaments disponibles (MSP 2012).

PSI distribue des trousse de traitement de la diarrhée (y compris le zinc et les SRO) par l'intermédiaire des filières du secteur privé à Madagascar depuis 2009. Ces produits sont fournis aux patients dans les pharmacies privées et par des agents communautaires formés par PSI (PSI 2014).

Paludisme : Selon l'enquête sur les ménages ActWatch 2015, la majorité des antipaludéens à Madagascar sont distribués par le secteur privé, bien que la part de marché du secteur privé ait diminué de 82 pour cent en 2010 à 64 pour cent en 2015. Le type le plus commun d'acteurs du secteur privé fournissant des antipaludéens est la catégorie des détaillants généraux, qui représentaient 40 pour cent de tous les points de vente stockant des antipaludéens en 2015 (PSI pour ACTwatch 2017). Dans le secteur privé, le rôle des établissements privés à but lucratif a augmenté, tout comme le rôle des dépôts.

6. Paysage politique et de partenariat pour le secteur privé de la santé

Les lois et les règlements aident à assurer la qualité des établissements et des prestataires du secteur privé de la santé, dans le but d'améliorer le système de santé. Un examen de la législation du secteur privé de la santé à Madagascar (Tableau 11) montre que les professionnels et les établissements de santé privés sont réglementés pour l'entrée sur le marché et la prestation de services, mais il n'existe aucune exigence légale de formation continue ou d'accréditation pour assurer la qualité. Le nombre d'hôpitaux et de cliniques n'est pas limité ; cependant, les pharmacies, les laboratoires et les centres d'imagerie médicale ont des limites quant au nombre d'établissements dans une zone géographique donnée. Bien qu'il existe une réglementation sur la distance minimale autorisée entre les établissements, cette réglementation n'est pas en général strictement imposé.

Tableau 11. État de la législation pour le secteur privé par objectif

Type de réglementation		Oui/Non
Réglementation des professionnels de santé		
Réglementation de l'entrée sur le marché des soins de santé (c'est-à-dire, enregistrement des professionnels de santé)		Oui
Réglementation de la prestation de services de santé privés (c.-à-d., délivrance de permis aux professionnels de santé pour exercer dans le secteur privé)		Oui
Réglementation de la qualité de la prestation des services par les professionnels de santé	Sanctions en cas de comportement non professionnel	Oui
	Exigences pour la formation continue	Non
Réglementation des établissements du secteur privé		
Réglementation de l'entrée sur le marché (hôpitaux, cliniques, pharmacies, laboratoires, centres d'imagerie médicale)		Oui
Réglementation du nombre des établissements de santé dans une zone géographique donnée	Hôpitaux	Non
	Centre de santé de base	Oui
	Pharmacies	Oui
	laboratoires	Oui
	Centres d'imagerie médicale	Oui
Réglementation de la qualité de la prestation de services (c.-à-d.,	Réglementation des programmes d'enseignement des écoles de formation professionnelle	Oui

Type de réglementation		Oui/Non
établissement de normes, assurance qualité)	Établissement de normes et de standards pour les procédures (hôpitaux et cliniques)	Oui
Réglementation des prix (c.-à-d., fixation des prix pour les services dans les hôpitaux et les cliniques)		Non

Plusieurs stratégies de santé à Madagascar parlent de la nécessité d'inclure le secteur privé à but lucratif, mais son rôle n'est pas clairement défini. D'autres stratégies mentionnent les ONG et les OC mais excluent le secteur privé à but lucratif. L'une des lois les plus importantes pour la santé dans le pays est la Loi portant Code de la Santé. Composée de 360 articles, elle détaille l'organisation et le fonctionnement de l'ensemble du secteur de la santé, y compris les établissements du secteur privé et tous les cadres de prestataires privés (médecins, infirmiers, sages-femmes, praticiens de médecine traditionnelle).¹⁰ Le Tableau 12 montre comment le secteur privé de la santé est intégré dans les stratégies et plans de santé à Madagascar.

Tableau 12. Intégration de du secteur privé de la santé aux stratégies et plans de santé

Document	Références au secteur privé
<i>Code de Santé</i>	Inclut plusieurs références générales au secteur privé mais non incluses dans l'élaboration du Code
<i>Cadres de Mise à l'Échelle de la Prévention de l'HPP</i>	Explique le manque de participation du secteur privé à l'élaboration des politiques et des projets, et l'évaluation pose des problèmes lors du déploiement avec les fournisseurs du secteur privé incapables de s'y conformer ; cependant, le secteur privé n'est pas impliqué dans l'élaboration du plan
<i>Code de Déontologie de l'Ordre des Médecins</i>	Ne comporte aucune référence spécifique aux prestataires privés
<i>Projet de Loi de Planification Familiale</i>	Mentionne les ONG et les organisations de la société civile mais pas les prestataires à but lucratif
<i>Politique de lutte contre le VIH</i>	Inclut le secteur privé dans la mise en œuvre de la Politique de lutte contre le VIH dans le groupe de travail régional sur le VIH
<i>Plan Stratégique des Centres Hospitaliers et des Établissements</i>	Fait référence au secteur privé pour augmenter les orientations de patients d'un secteur à l'autre, établir des

¹⁰ La loi reconnaît les structures de santé privées suivantes : les postes d'infirmier, les postes d'accouchement, les cabinets médicaux, les dispensaires privés, les centres de santé privés, les établissements hospitaliers privés de soins qui sont les cliniques, les polycliniques, les hôpitaux privés. Les cliniques privées sont définies comme des établissements qui ne pratiquent qu'une spécialité de la santé, alors que les polycliniques et les hôpitaux pratiquent plusieurs spécialités médicales. Les hôpitaux sont classés comme étant soit à but non lucratif, soit à but lucratif. Les hôpitaux à but lucratif sont supervisés directement par le MSP.

Document	Références au secteur privé
<i>Universitaires de Soins à Antananarivo (2012-2016)</i>	accords avec des établissements de formation privés et identifier des partenariats public-privé potentiels, mais le secteur privé n'a pas été impliqué dans l'élaboration du plan
<i>Plan Stratégique National de Lutte Contre La Tuberculose à Madagascar (2012-2016)</i>	Fait référence au secteur privé dans le contexte des partenariats et de la collaboration public-privé, mais n'indique pas clairement si le secteur privé à but lucratif est inclus
<i>SALAMA, Plan Stratégique 2008-2012</i>	Fait référence à la vente par SALAMA de produits à des fournisseurs du secteur public à but non lucratif et à l'achat de médicaments par le secteur public à des pharmacies privées en gros
<i>Stratégie Nationale en Cybersanté (2016-2019)</i>	Esquisse le besoin d'un partenariat avec les opérateurs de télécommunications pour la mise en œuvre de programmes et de projets spécifiques (p. ex. partenariat concernant le réseau national de santé numérique, structuration du centre national de données, développement de la plateforme nationale d'information et de sensibilisation multimédia, notamment pour la communication, suivi et la surveillance, promotion de la télémédecine, et élaboration de normes nationales pour les applications de santé numérique, y compris pour assurer l'interopérabilité, et le renforcement des capacités pour la DSI)
<i>Stratégie Nationale sur la Couverture Santé Universelle</i>	Impliqué le secteur privé à but non lucratif dans le développement de la stratégie mais pas le secteur privé à but lucratif ; fait référence aux défis liés au secteur privé (manque de ressources humaines, chaîne d'approvisionnement, données sur le secteur privé) ainsi qu'aux opportunités (partenariats public-privé)
<i>Loi Hospitalière</i>	Définit l'organisation du système hospitalier privé (nom, classification, autorisation, coopération, sanction, surveillance et contrôle)
<i>Plan Stratégique National de Lutte Contre le Paludisme</i>	Fait référence aux difficultés rencontrées à ce jour dans la coordination avec le secteur privé pour l'amélioration des résultats du paludisme et de la qualité du traitement, souligne la nécessité de former le secteur privé aux politiques; identifie l'un des trois principes directeurs du Plan comme renforçant les PPP pour répondre aux inégalités sociales
<i>Politique Pharmaceutique Nationale</i>	Inclue les pharmaciens du secteur privé en tant qu'acteurs clés et le partenariat public-privé comme valeur clé

Le GdM a mis en place plusieurs politiques pour faciliter la mise en œuvre de la CSU et des activités de santé numérique (Tableau 13).

Tableau 13. Lois et codes facilitant la mise en œuvre de la CSU et de la santé numérique

Nom de la loi ou du code	Ciblage
<i>Code de la santé : loi N° 2011- 002 en date du 22/08/2011</i>	Mentionne la télémédecine et son rôle pour aider le MSP à prendre en charge des patients à distance (Article 17)
<i>La loi N° 2014-038 en date du 09/01/2015 portant sur la protection des données à caractère personnel</i>	Protège les données personnelles, y compris les données médicales des clients
<i>Loi N° 2016_056 sur la Monnaie Électronique et les Établissements de Monnaie Électronique</i>	Définit l'argent mobile dans le pays et fixe des normes nationales à ce sujet
<i>Stratégie Nationale pour l'Inclusion Financière (CNFI 2013-2017)</i>	Cible le développement de la microfinance

Alors que la Loi Portant Code de la Santé, le Code Déontologique et d'autres lois et règlements constituent un cadre solide pour les professions de santé, il existe des lacunes importantes en ce qui concerne le secteur privé de la santé. Exemples de lacunes légales et réglementaires qui nuisent au secteur privé de la santé :

- Le Code de la Santé et les Codes Déontologiques des différents Ordres interdisent aux médecins, infirmiers, sages-femmes et pharmaciens de faire de la publicité pour leurs services et limitent la publicité des établissements.
- Toutes les demandes d'ouverture d'établissements de santé privés dans le pays doivent être soumises au MSP à Antananarivo.
- Les pharmacies doivent appartenir à un pharmacien agréé, et un pharmacien ne peut être associé à plus de deux pharmacies ; les pharmacies doivent être situées à une certaine distance des autres pharmacies et peuvent demander l'autorisation de fonctionner et de fournir des produits 24 heures sur 24.
- La présence d'une pharmacie limite toute ouverture ultérieure d'un *dépôt* à moins de 10 kilomètres – une fois qu'une pharmacie ouvre près d'un dépôt, le dépôt à trois mois pour fermer.
- Le manque de normes nationales pour l'accréditation et le développement professionnel continu a un impact sur la qualité des services.
- L'absence de réglementation du secteur pharmaceutique entraîne la prolifération d'un marché parallèle de produits non homologués et non conformes aux normes.
- Le MSP a choisi d'interdire aux dépôts de stocker des produits de PF basés sur les hormones MPA¹¹ tels que Confiance après avoir déterminé que les produits PF étaient

¹¹ Acétate de médroxyprogestérone (MPA)

utilisés pour engraisser le bétail en 2016.

- Les taxes à l'importation sur les contraceptifs affectent principalement le secteur privé à but lucratif.
- Les SMT doivent limiter leurs activités à un rayon de 30 km et ne peuvent pas avoir de succursales dans d'autres régions. Elles ne sont pas autorisées à couvrir l'hospitalisation, ce qui signifie que les clients paient de leur poche pour les hospitalisations (R4D 2009).
- Bien qu'il soit légal pour les sages-femmes de posséder des cliniques privées, lors d'entrevues, l'Ordre des Sages-femmes et l'Association des Sages-femmes déconseillent fortement de le faire en raison de problèmes de responsabilité quand aucun médecin n'est présent. Les preuves anecdotiques recueillies lors des entrevues avec les parties prenantes indiquent que les sages-femmes peuvent être accusées d'avoir de mauvais résultats en matière de santé pour les patientes, même s'il s'agissait d'un manque d'équipement ou de transport.

Révision des règlements régissant les établissements privés

En juin 2017, le MSP a organisé un atelier pour discuter de la révision de l'Arrêté N° 37308/2014-MSANP du 22/12/14 sur la réglementation des établissements de santé privés. L'atelier a réuni des représentants des différentes divisions du MSP, des ONG, des OC et de quelques partenaires de mise en œuvre. L'accent mis sur l'amélioration de la réglementation du secteur privé de la santé constitue un grand progrès vers une meilleure gestion du secteur privé. Cependant, il y avait une absence totale de représentants du secteur privé à but lucratif à l'atelier et dans les discussions sur les politiques. L'atelier faisait partie d'un effort plus important du SMLDP pour améliorer la surveillance et la qualité dans le secteur privé de la santé à Madagascar. Le plan d'action 2017 du SMLDP comprend un ensemble ambitieux d'activités telles que l'élaboration et la diffusion d'un guide pour la gestion du secteur privé, l'élaboration d'un programme de formation pour les prestataires de soins privés, de l'assistance pour la supervision décentralisée des établissements de santé privés et des ONG, la conduite d'un recensement des établissements de santé, et l'élaboration d'une carte des établissements du secteur privé qui respectent les normes de qualité.

6.1 Dialogue public-privé

Un plus grand dialogue entre les secteurs public et privé aide à résoudre les goulots d'étranglement du système de santé et à améliorer la prestation des services de santé. En 2015, le Président de Madagascar a mis en place une plateforme de dialogue public-privé au niveau national composée de 20 représentants du secteur public et de neuf représentants du secteur privé. L'objectif de cette plate-forme est d'améliorer l'environnement d'investissement et des affaires. A partir de 2017 le MSP est impliqué dans cette plate-forme et des efforts sont également en cours pour développer des plateformes de dialogue sur la santé au niveau district. Toutefois, les acteurs privés de la santé interrogés par l'équipe d'ESP de SHOPS Plus ont généralement estimé que cette volonté politique d'intégrer le secteur privé de la santé à but lucratif aux stratégies nationales ou de les impliquer dans le processus de dialogue est insuffisante. À la demande de l'équipe d'ESP, les prestataires privés ont indiqué qu'ils apprécieraient d'être inclus dans les réunions de coordination pour différents domaines de la

santé, tant au niveau national qu'au niveau du district. Alors que certaines ONG et OC sont régulièrement incluses dans ces réunions de coordination, les prestataires privés à but lucratif en sont exclus. Ils sont également exclus des formations offertes aux prestataires du secteur public par le Service de la District de la Santé Publique.

Une exception notable est l'initiative Diorano-WASH, lancée en 2002 par la Coalition Eau-Assainissement-Hygiène à Madagascar avec le soutien du GdM, qui joue un rôle de coordination aux niveaux national et régional. L'initiative comprend 22 plateformes régionales ainsi que des comités au niveau du district réunissant des parties prenantes de tous les secteurs pour discuter de la mise en œuvre de la stratégie nationale relative à l'eau, l'assainissement et l'hygiène. L'initiative contribue également à des campagnes de sensibilisation et de plaidoyer axées sur trois messages clés (1) l'importance du lavage des mains au savon, (2) l'utilisation efficace des latrines et (3) la sauvegarde de l'eau entre la source et le point d'utilisation (Diorano-WASH 2017, [WSSCC 2008](#)).

6.2 Partenariats public-privé dans la santé

Face à la diminution de l'aide au développement et aux fonds publics limités, le GdM cherche de nouveaux mécanismes de financement pour aider à atteindre les objectifs de développement. Comme de nombreux pays, le GdM a récemment choisi une approche PPP dans laquelle les secteurs public et privé partagent les risques et les avantages du développement de secteurs clés de l'économie.

Le cadre réglementaire des PPP à Madagascar est très récent, basé sur la Loi N° 2015-039 de décembre 2015 et du 3 février 2016. Les décrets d'application de cette loi ont été adoptés en 2017 dont le Décret n° 2017-150 relatif au cadre institutionnel et le Décret n° 2017-149 relatif aux règles et procédures de passation de contrats de PPP. La loi sur les PPP prévoit de créer un Comité National des PPP (responsable de la stratégie de PPP dans le pays) et une Cellule de PPP (responsable de la mise en œuvre et de l'analyse des projets de PPP). Cependant, les ressources et les capacités de ces entités sont limitées pour leur permettre d'avancer dans leurs mandats (Ministère des Finances et du Budget 2017, Directeur du Partenariat 2018). La loi sur les PPP et la loi habilitante ne mentionnent aucune représentation du secteur public ou privé de la santé au sein du Comité national des PPP, ni moins la santé comme secteur prioritaire pour les PPP. Malgré cela, le MSP est invité à participer aux activités du PPP, selon des entretiens avec les parties prenantes au sein de la Direction PPP du Conseil de Développement Économique de Madagascar (EDBM). Une stratégie de PPP pour la santé a été rédigée mais n'est pas finalisée au moment de la rédaction de ce rapport.

À ce jour, les PPP se sont concentrés sur de grands projets d'infrastructure tels que les projets de construction hydroélectrique et routière (Banque mondiale 2017). La Direction Générale de l'Unité PPP est rattachée au Ministère auprès de la Présidence en charge de l'Aménagement du Territoire. Le rôle de cette Direction est de piloter les PPP et d'assister chaque Ministère dans la mise en place des PPP. Les agences gouvernementales ayant un rôle direct dans les PPP comprennent le ministère chargé des finances, la commission d'appel d'offres des PPP, l'organisme chargé du contrôle des marchés publics et les réglementations sectorielles. Au sein de chaque ministère clé (y compris l'eau et l'énergie, les transports, la santé et l'éducation), une unité PPP travaille en coordination avec la Direction Générale de l'Unité PPP.

Le MSP comporte une Direction de Partenariat qui supervise la coordination des bailleurs ainsi que le développement des PPP. Au sein de cette Direction se trouve le Département de Contractualisation qui est en charge de l'élaboration et de la supervision des contrats de

prestation de services. La stratégie contractuelle du MSP remonte à 2004, mais elle reste limitée principalement aux ONG et aux OC. Par exemple, le MSP passe des contrats avec le SALFA pour l'Hôpital du District de Vohémar, la pharmacie de l'Hôpital HJRA d'Antananarivo et l'Ordre de Malte pour la gestion de la Maternité Sainte Fleur. Il faut noter qu'il n'y a pas de représentant du secteur privé à but lucratif au sein du comité de direction des contrats.

En ce qui concerne les procédures du Département de Contractualisation, les parties prenantes interrogées pour l'ESP ont estimé que certaines exigences contractuelles ralentissaient le processus, comme l'obligation pour le ministre de la Santé de signer tous les contrats, quelle qu'en soit la valeur. Il est nécessaire de développer le cadre juridique pour les contrats de santé dans le pays.

Les connaissances du secteur privé en matière d'opportunités de contrats avec le MSP restent limitées. En 2007, le MSP, l'OMS et SantéNet (un projet de l'USAID) ont formé des prestataires privés (principalement des ONG et des OC) sur la politique nationale de passation de marchés et la façon d'élaborer un contrat dans neuf des 22 régions du pays. Cependant, la formation en matière de contrats de santé a été interrompue, et les prestataires privés à but lucratif de nombreuses régions ne sont pas suffisamment au courant du processus de passation des marchés.

Pleins feux sur les PPP pour l'eau, l'assainissement et l'hygiène à Madagascar

En 1999, le Code de l'eau de Madagascar a établi que les infrastructures d'approvisionnement en eau sont la propriété des communes, qui sont chargées d'assurer les services d'approvisionnement en eau soit directement soit par le biais de contrats de gestion avec des tiers. Le premier PPP dans le secteur de l'approvisionnement en eau dans les zones rurales a été lancé en 2005. En 2015, Madagascar avait 25 systèmes d'adduction d'eau par des canalisations gérés par des PPP (PPP Knowledge Lab 2017).

Annis et Razafinjato (2011) ont constaté que, dans le cas de Madagascar, les PPP ont eu le plus de succès dans les projets d'adduction d'eau desservant de grandes agglomérations rurales d'environ 5 000 personnes ou plus. Autres facteurs ayant contribué au succès des PPP du pays selon leur étude :

- Volonté politique – en particulier le soutien du maire de la ville
- Demande latente de services modernes au sein de la classe moyenne qui émerge
- Offre d'un choix de niveaux de services selon les préférences personnelles et la disposition à payer
- Soutien des bailleurs de fonds (soutien financier à la construction/réhabilitation et également à la création d'un environnement favorable en augmentant la capacité des communes à superviser la fourniture de l'approvisionnement en eau et à jouer le rôle d'autorités contractantes).

Source : Adapté de « Public-private partnerships for rural water services » de l'IRC

6.2.1 Responsabilité sociale des entreprises

La RSE, selon laquelle les entreprises s'engagent à améliorer les conditions de vie dans les communautés où elles opèrent, est un concept relativement nouveau à Madagascar. Les résultats de l'équipe d'ESP de SHOPS Plus sont conformes à l'évaluation des partenariats d'entreprise menée par SHOPS Plus (Mangone 2016), qui a révélé que les principales entreprises impliquées dans la RSE à Madagascar sont les sociétés extractives, les télécoms, les fondations et quelques grandes entreprises locales. En raison de la mauvaise conjoncture mondiale, de nombreuses entreprises extractives ont des budgets plus faibles pour la RSE. En outre, les entreprises extractives recherchent généralement des opportunités pour pratiquer la RSE au cours de la phase d'exploration, tandis que les deux plus grands consortiums de Madagascar sont en phase de production (Ambatovy et QMM). L'équipe d'ESP de SHOPS Plus a constaté que les entreprises non extractives avec des budgets annuels de RSE qui contribuent activement aux activités de santé et de développement communautaires pourraient être des acteurs privés importants dans le secteur de la santé. Par exemple, STAR dépense 287 000 \$ par an pour des activités de RSE dans le domaine de la santé. Ces actions comprennent le soutien au Centre hospitalier universitaire mère-enfant Tsaralàlana, à l'opération SMILE et à la mission « Enfants de la NOMA ».



Les trois opérateurs téléphoniques de Madagascar ont tous des activités de RSE dans le secteur de la santé. À travers sa fondation et l'*Orange Solidarity Association*, Orange soutient plusieurs initiatives de santé, dont le programme e-diabète de l'Association Malgache contre le Diabète. Airtel est partenaire de l'Association Aide et Soins aux Patients. En 2017, Airtel et Telma ont signé un accord avec le MSP et PSI pour mener des campagnes par SMS afin de sensibiliser à l'allaitement maternel, à la vaccination et à l'hygiène.

En décembre 2016, le Ministère de l'Environnement, le Ministère de l'Industrie et du Développement du Secteur Privé en partenariat avec l'UNICEF ont lancé le Salon RSE, axé sur le développement durable. Plusieurs grandes entreprises comme Total, DHL, Orange, Ambatovy et Rio Tinto ont participé à ce Salon. Toutefois, la santé n'était pas un élément important du Salon.

Pour plus d'informations sur les opportunités en matière de RSE pour la santé à Madagascar, voir l'Évaluation des opportunités pour les partenariats d'entreprises à Madagascar (Mangone, 2016).

En 2013, Coca Cola a annoncé le lancement d'une activité relative à l'eau en liaison avec la RSE dans plusieurs pays, dont Madagascar. Le projet Replenish Africa Initiative (RAIN) et *Water & Sanitation for the Urban Poor (WSUP)* étendra le service aux communautés péri-urbaines d'Antananarivo en accroissant la capacité de Jiro sy Rano Malagasy (JIRAMA), le fournisseur local, pour augmenter l'approvisionnement en eau et améliorer les services sanitaires dans toute la ville. Les activités comprennent la construction de 73 kiosques à eau et de huit blocs de buanderie, la formation de la communauté à la gestion des installations et le renforcement des capacités du personnel de JIRAMA. Le projet devrait bénéficier à 142 000 personnes et contribuer à l'amélioration de la santé et des moyens de subsistance, à l'égalité des sexes et à la réduction de la pauvreté.

Source : [WSUP 2013](#)

7. Ressources humaines pour la santé

Les professionnels de santé du secteur privé comblent une lacune importante dans le système de santé, mais on ne sait pas exactement combien de personnes travaillent dans le secteur privé. Bien que les statistiques varient (même parmi les sources du GdM), les données suggèrent que Madagascar est loin de respecter le seuil minimum de 23 médecins, infirmiers et sages-femmes pour 10 000 personnes que l'OMS recommande (MSP 2015).

Disparités géographiques

Des disparités géographiques importantes existent dans la répartition des ressources humaines à Madagascar. Moins de la moitié (47 pour cent) de la main-d'œuvre sanitaire du pays est située dans les zones rurales, où résident 65 pour cent de la population et 85 pour cent des pauvres. Antananarivo est favorisée de manière disproportionnée. Près d'un tiers de tous les agents de santé sont à Antananarivo et près de la moitié des médecins du pays (49 pour cent) sont établis dans la capitale, qui ne compte que 27 pour cent de la population. Fianarantsoa, la deuxième province la plus peuplée, n'a que 10 pour cent des médecins et 17 pour cent des infirmiers/sages-femmes, avec une moyenne de 2,4 agents de santé par établissement.

7.1 Médecins

La Banque mondiale signale que le nombre de médecins dans le pays est tombé de 0,291 médecin pour 1 000 habitants en 2004 à 0,161 médecin pour 1 000 habitants en 2010 (Banque mondiale 2017) Cela fait écho aux données fournies par l'Ordre des Médecins à l'équipe d'ESP de SHOPS Plus, qui montrent une diminution de 27 pour cent des adhésions à l'Ordre entre 2012 et 2016 (Tableau 14). Selon un document du GdM, 50 pour cent des médecins et 47 pour cent des professionnels paramédicaux ont plus de 50 ans, ce qui indique un personnel médical vieillissant (MSP 2015).

Tableau 14. Adhérents à l'Ordre des Médecins, 2004-2016

Année	Nombre de médecins	% de changement
2004	5 201	S/O
2012	5 570	+7 %
2013	5 549	-0,003 %
2014	5 101	-8 %
2015	4 791	-6 %
2016	4 092	-15 %

Source : Adapté des données communiquées par l'Ordre des Médecins, 2017

L'inscription des médecins des secteurs privé et public au sein de l'Ordre des Médecins est obligatoire, bien que tous les médecins ne s'y conforment pas. L'Ordre estime qu'environ 1 000 médecins ne sont compris dans ses rangs. L'Ordre des Médecins estime qu'environ 50 pour cent de ses médecins travaillent dans le secteur public et 50 pour cent dans le secteur privé. Il estime également à 50/50 environ la répartition des médecins entre hommes et femmes, les femmes représentant probablement une faible majorité des médecins à Madagascar (Ordre des Médecins 2017). De nombreux médecins travaillent à la fois dans le secteur privé et dans le secteur public. Comme le MSP ne tient pas de statistiques sur cette double pratique, il est difficile de calculer la division des prestataires publics et privés.

L'enquête SDI sur les indicateurs de la Banque mondiale de 2016 a révélé que 45 pour cent des médecins interrogés travaillaient dans le secteur privé. Sans surprise, cette enquête a révélé que la majorité (79 pour cent) des médecins du secteur privé travaillaient dans les zones urbaines (Banque mondiale 2017). Environ 150 médecins sont employés par les SMT (OSTIE Behoririka 2017).

L'Ordre des Médecins a partagé avec l'équipe de l'ESP de SHOPS Plus les principales difficultés pour les médecins travaillant dans le secteur privé. De nombreux patients sont incapables de payer pour les services, en particulier dans les zones rurales. Les médecins paient également des impôts à des taux élevés. De plus, le matériel et les équipements médicaux coûtent cher.

7.2 Infirmiers et sages-femmes

Les données sur le nombre d'infirmiers et de sages-femmes à Madagascar varient considérablement selon la source, comme le montre le tableau ci-dessous. Une ventilation public-privé de ces deux cadres n'est pas disponible actuellement.

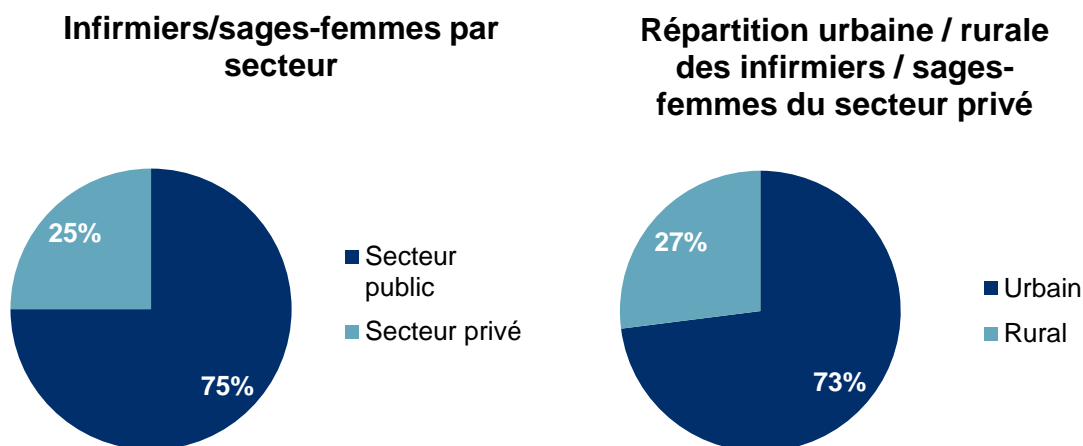
Tableau 15. Nombre d'infirmiers et de sages-femmes par source, 2012-2017

Année	Source	Nombre d'infirmiers	Nombre de sages-femmes
2012	OMS	3 383	1 475
2014	Ordre des infirmiers	2 400	S/O
2014	FNUAP	6 000	3 400
2016	Ordre des sages-femmes	S/O	5 487*
2017	Ordre des infirmiers	3 600	S/O

Source : Adapté des données de l'Ordre des Sages-femmes, de l'Ordre des Infirmiers, de l'étude du FNUAP de 2014 « *The State of the World's Midwifery* » et de la base de données de l'OMS « *Global Health Observatory Data Repository: Nursing and midwifery personnel data by country* »

La Figure 11 montre que 25 pour cent des infirmiers et des sages-femmes interrogés par la Banque mondiale en 2017 travaillaient dans le secteur privé et que 73 pour cent travaillaient dans les zones urbaines (Banque mondiale 2017).

Figure 11. Infirmiers/sages-femmes par secteur et infirmiers/sages-femmes du secteur privé par emplacement géographique, 2016



Source : Adapté de « Africa Health Service Delivery in Madagascar: Results of 2016 Service Delivery Indicator Survey »¹²

Tout comme avec l'Ordre des Médecins, l'inscription des infirmiers et des sages-femmes à l'Ordre des Infirmiers ou à l'Ordre des Sages-Femmes est théoriquement obligatoire. Bien que l'Ordre des Infirmiers ait déclaré des effectifs de 3 600 membres, ses dirigeants ont déclaré que 2 000 nouveaux infirmiers et nouvelles sages-femmes entrent chaque année sur le marché du travail avec des diplômes des 110 écoles de formation privées pour infirmiers et sages-femmes. Le marché du travail a du mal à absorber tous ces nouveaux diplômés, surtout parce que tous les établissements de formation ne sont pas conformes aux normes du MSP. En fait, seulement 79 établissements de formation privés sont accrédités par le MSP, selon l'Ordre des Infirmiers. Pour assurer la qualité des infirmiers, en 2017, le MSP a commencé à mettre en place un examen, mais le taux de réussite était très faible selon l'Ordre des Infirmiers. Contrairement aux médecins à Madagascar, qui ne sont pas assez nombreux, il semble y avoir un surplus d'infirmiers qui ne sont peut-être pas formés conformément aux normes du MSP.

L'Ordre des Sages-Femmes a fait état de près de 5 500 sages-femmes en 2016, et leur nombre a augmenté au cours des dernières années. La présidente de l'Ordre a rapporté que 1 306 des 5 487 membres sortent des institutions privées. On constate un manque de compréhension des politiques actuelles régissant les sages-femmes. L'absence de réglementation des établissements de formation est également un problème pour les sages-femmes vu le nombre élevé d'institution non autorisées.

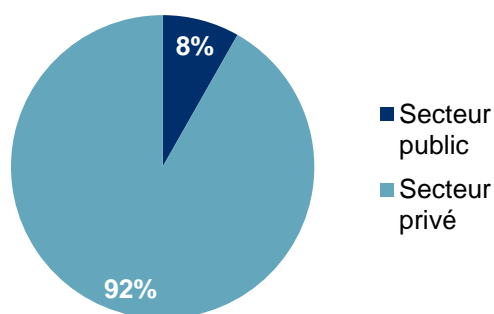
7.3 Pharmaciens

Les statistiques communiquées à l'équipe de l'ESP de SHOPS Plus par l'Ordre des pharmaciens montrent 235 pharmaciens en 2017, dont 109 à Antananarivo. Les statistiques fournies par AgMed montrent 243 pharmaciens travaillant dans 227 pharmacies privées. Les deux ensembles de données montrent une prépondérance des femmes parmi les pharmaciens privés, respectivement 67 pour cent et 53 pour cent des pharmaciens privés. Les données

¹² Remarque : Cette distribution est tirée de l'échantillon de 756 infirmiers/sages-femmes de l'enquête.

récentes indiquent que la majorité du personnel pharmaceutique opère dans le secteur privé (MSP 2016).

Figure 12. Pourcentage des pharmaciens des secteurs public et privé, 2015



Source : MSP 2016

En outre, il existe 1 015 préparateurs ou assistants pharmaceutiques dans les secteurs public et privé (MSP 2016).

7.4 Tradipraticiens

La médecine traditionnelle est largement pratiquée à Madagascar, et il y a eu quelques tentatives pour intégrer les praticiens traditionnels dans le système de santé avec un succès limité. Les praticiens traditionnels englobent une gamme de prestataires, des massothérapeutes aux matrones (accoucheuses traditionnelles) en passant par les herboristes. L'Association nationale des tradipraticiens de Madagascar (ANTM) compte 3 329 membres, et 615 massothérapeutes traditionnels ne sont pas membres de l'ANTM. L'ANTM se compose de 14 petites associations. Le DPLMT répertorie 3 329 tradipraticiens et 615 massothérapeutes (DPLMT 2017, ANTM 2017). Bien que l'on pense qu'il y ait beaucoup de matrones à Madagascar, il n'y a pas de chiffres officiels.

Les efforts pour intégrer les praticiens traditionnels dans le système de santé formel ont échoué. Selon les principaux acteurs de la santé, la validation d'un code d'éthique pour la médecine traditionnelle est au point mort, les CSB sont incapables de saisir et d'intégrer les informations sur la santé des praticiens traditionnels puisque les médicaments traditionnels ne sont pas intégrés au système d'accréditation médicale. En outre, le personnel médical du secteur formel et les praticiens traditionnels ne s'entendent pas bien du tout.

8. Accès au financement

8.1 Le secteur financier

Malgré la crise politique de 2009 à 2013, le système financier à Madagascar reste résilient. Les prêts continuent de croître d'année en année, principalement grâce au crédit à court terme. Le marché continue d'être très liquide, les banques restant prudentes dans leurs pratiques de prêt. L'inclusion financière reste faible à Madagascar. En 2012, 4,3 pour cent des Malgaches ruraux et 9,7 pour cent des Malgaches urbains âgés de plus de 15 ans ont un compte auprès d'une institution financière formelle, contre 34 pour cent dans l'ensemble de l'Afrique subsaharienne ; en 2016 ces chiffres ont augmenté à 7 pour cent pour les zones rurales et 26 pour cent pour le milieu urbain ([Banque mondiale 2014](#), [Finscope 2016](#)).

Alors que les banques ont des succursales dans les grandes villes, la sensibilisation au niveau des communes est minime, et certaines régions de l'ouest et du sud (Melaky, Menabe, Atsimo Andrefana, Androy et Anosy) ont peu d'institutions financières.

Ces dernières années, l'entrée d'ORTM tels que Telma money (mVola), Airtel (Airtel Money) et Orange (Orange Money) en tant qu'intermédiaires autorisés pour les opérations bancaires a permis d'élargir l'accès aux services financiers pour les populations auparavant mal desservies. Plusieurs banques et institutions de microfinance (IMF) opèrent désormais en tant qu'agents d'argent mobile, et les ORTM manifestent un grand intérêt pour l'extension de ces partenariats au-delà de l'offre conventionnelle de services de paiement. Leur objectif est de faciliter, via des portefeuilles électroniques, l'accès aux services d'épargne et de crédit à distance pour les clients. La finance numérique est examinée plus en détail à la Section 10.

8.1.1 Services financiers à Madagascar

Secteur bancaire

Le secteur bancaire à Madagascar comprend 11 banques, toutes détenues par des intérêts étrangers (Tableau 16).

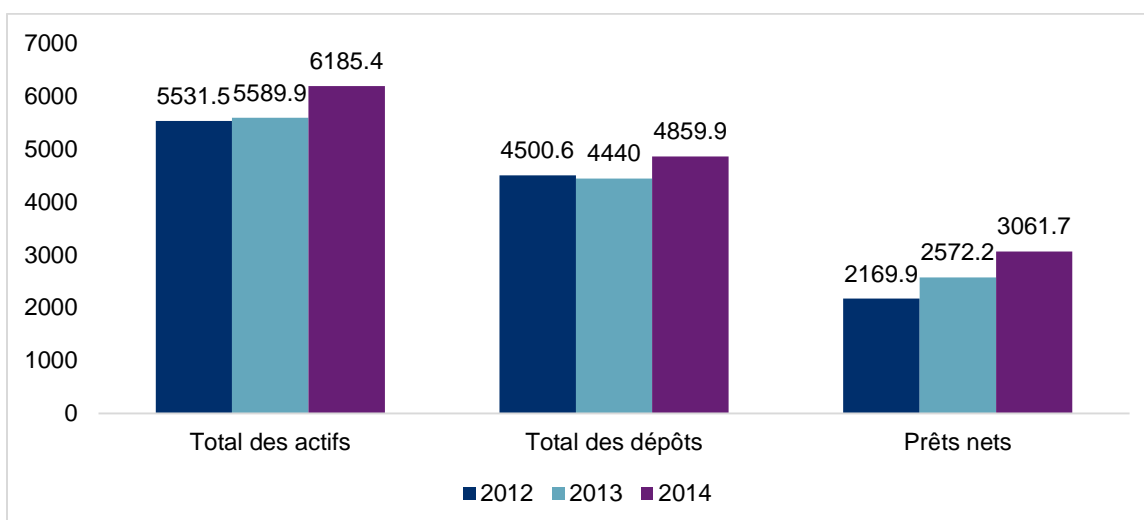
Tableau 16. Banques ayant une présence à Madagascar

Françaises	Mauriciennes	Panafricaines	Allemandes
Banque Malgache de Madagascar et de l'Océan Indien (Groupe BPCE)	Banque Nationale pour l'Industrie (Groupe Ciel)	Banque Gabonaise et Française pour l'Investissement (Groupe BGFI)	Accès Banque Madagascar (Access Holding)
Banque des Mascareignes (BPCE)	<i>Mauritius Commercial Bank of Madagascar</i> (Groupe MCB)	<i>Bank of Africa</i> (Groupe BCME)	
BFV – Société Générale (Groupe Société Générale)	<i>Standard Bank of Mauritius</i> (Groupe SBM)		

Françaises	Mauriciennes	Panafricaines	Allemandes
Baobab Banque Madagascar (Anciennement Microcred)			
Société d'Investissement pour la Promotion des Entreprises à Madagascar (Groupe SIDI)			

Comme l'illustre la Figure 13, le secteur bancaire a connu une forte croissance des prêts nets. Bien que les données ne soient pas encore disponibles pour 2015 et 2016, on estime que la forte croissance s'est poursuivie. Le ratio des prêts aux dépôts, bien qu'en hausse, reste faible, laissant aux banques la possibilité de développer davantage leurs activités de prêt ([Banque centrale de Madagascar 2015](#)).

Figure 13. Profil du secteur bancaire de Madagascar, 2012-2014 (en milliards d'Ariary)



Source : Adapté des données communiquées par la Banque centrale de Madagascar

Les banques à Madagascar sont réticentes à prendre des risques et préfèrent prêter à des sociétés bien établies ou à des filiales de sociétés internationales, ce qui entraîne une forte concentration des risques. Selon la Banque centrale, en 2015, les 10 plus gros clients de chacune des quatre principales banques ¹³ représentaient 40 pour cent du portefeuille de chaque banque ([Banque centrale de Madagascar 2015](#)). Les quatre plus grandes banques de Madagascar dominent le marché avec 86 pour cent du total des actifs bancaires, 88 pour cent du total des dépôts, 86 pour cent des prêts nets et 72 pour cent des succursales.

¹³Les quatre plus grandes banques sont la *Bank of Africa*, la *BFV-Société Générale*, la *Banque Nationale de l'Industrie* et la *BMOI*.

En 2015, 39 pour cent des prêts ont été accordés au secteur du commerce, 39 pour cent au transport et à la communication, 12 pour cent à l'industrie légère et 9 pour cent à l'immobilier. La majeure partie des prêts, 56 pour cent, étaient à court terme, tandis que 33 pour cent étaient à moyen terme et 10 pour cent à long terme.

La microfinance à Madagascar

Le secteur de la microfinance est en croissance dans les offres financières et les produits destinés aux microentreprises et aux petites et moyennes entreprises. Les IMF se concentrent sur le secteur informel, qui représente plus de 75 pour cent de l'activité économique à Madagascar et n'est pas desservi par les banques traditionnelles. La qualité du portefeuille des IMF est meilleure que celle des banques, avec un taux de moyen de créances douteuses inférieur à 6 pour cent. Les activités de prêt des IFM sont principalement concentrées dans les zones urbaines et les grandes villes, la majorité des branches étant regroupées dans la région d'Antananarivo/Analamanga bien que certaines IMF aient des points de service dans les zones rurales.

De plus en plus d'institutions financières offrent des services de microfinance aux clients en zones rurales ; Baobab dispose de 200 camions mobiles qui prennent en charge les zones rurales, généralement pendant les jours de marché¹⁴. Plusieurs banques et institutions de microfinance opèrent désormais également en tant qu'agents d'argent mobile. Cela ouvre la possibilité d'élargir l'accès aux services financiers aux populations auparavant mal desservies. Une entrée précoce dans l'espace a été celle de Baobab qui, en juin 2013, a établi un partenariat avec Orange Money. Le partenariat permet aux clients de Baobab d'effectuer des transactions de remboursement de prêts et d'épargne à distance.

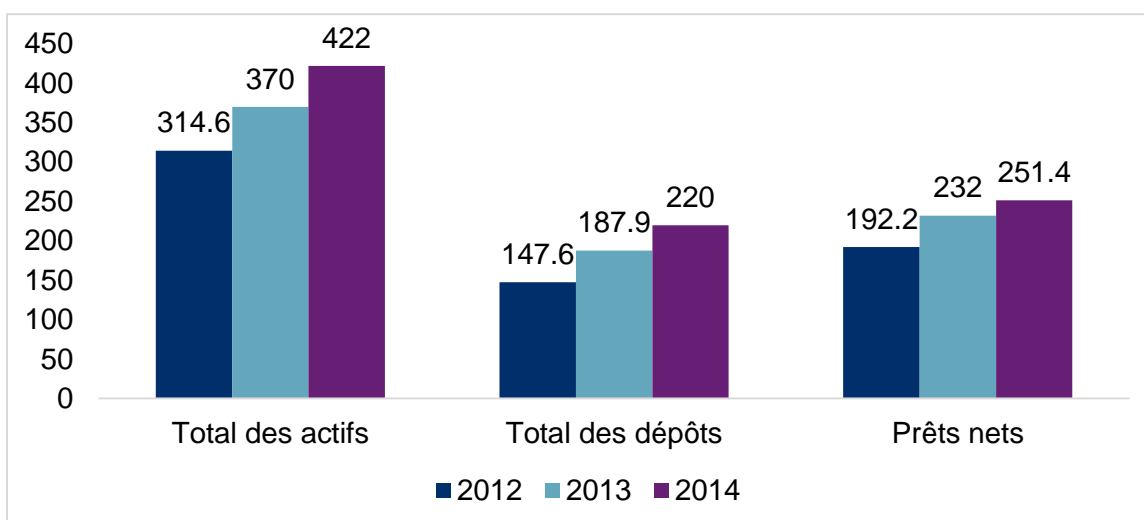


Camion mobile de Baobab (anciennement MicroCred)

La microfinance à Madagascar est relativement récente, mais en croissance rapide, comme le montre la Figure 14. Entre 2008 et 2014, période de la dernière stratégie nationale du gouvernement pour la microfinance, les dépôts de la clientèle du secteur ont augmenté de 375 pour cent et les prêts de 220 pour cent ([Banque centrale de Madagascar 2015](#)). Les prêts des IMF ne représentent que 5 pour cent du total des encours de crédit. Cependant, en 2014, les IMF représentaient 5,1 pour cent du total des actifs du secteur financier, contre 4,8 pour cent en 2013. Les actifs et les dépôts totaux des IMF ont représenté 1,6 pour cent et 0,9 pour cent du PIB de Madagascar.

¹⁴ Baobab, anciennement MicroCred Banque, est agréé et supervisé en tant que banque, bien que ses activités de prêt en microfinance soient décrites dans cette section.

Figure 14. Indicateurs financiers du secteur des IMF, 2012-2014 (en milliards d'Ariary)



Source : Adapté des données communiquées par la Banque centrale de Madagascar

Selon le dernier rapport de la Banque centrale, l'année 2015 a été marquée par une augmentation des créances douteuses des IMF à 6,7 pour cent (contre 4,4 pour cent en 2013) et une réduction des bénéfices (43 pour cent des IMF opérant à perte) ([Banque centrale de Madagascar 2015](#)).

Sur la base des résultats de 2015, on peut craindre que la croissance rapide des activités de crédit n'entraîne un surendettement du secteur. Il semble que les IMF doivent renforcer leurs processus et politiques de crédit et que les entrepreneurs aient besoin d'une formation sur les aspects financiers de la gestion et de l'emprunt des entreprises.

8.1.2 Institutions financières servant actuellement le secteur de la santé

Il y a plus de 45 institutions financières à Madagascar, mais le secteur privé de la santé reste très insuffisamment desservi. Même si certaines institutions financières soutiennent le secteur de la santé, elles le font de manière opportuniste. Sur la base d'entretiens et de recherches sur les activités de développement et bancaires dans le pays, seules deux institutions financières ont montré une approche ciblée du secteur de la santé:

Accès Banque Madagascar (ABM) :

ABM bénéficie d'une assistance technique fournie par le programme de l'USAID SHOPS Plus et d'un accord de garantie de portefeuille de prêts de la *Development Credit Authority* (DCA) qui est limité au secteur privé de la santé.¹⁵ La DCA vise à relever les défis associés aux garanties, et elle incite les institutions

ABM offre un prêt d'équipement de santé qui offre des taux d'intérêt réduits et qui permet de financer jusqu'à 100 pour cent de la valeur de l'équipement. Les frais de traitement ont été réduits et des accords de rachat sont en cours de négociation avec les fournisseurs, la DCA fournissant un support de garantie.

¹⁵ Montant maximal du portefeuille de 1 million de dollars avec possibilité d'augmenter à 2,5 millions de dollars

financières à commencer à prêter dans de nouveaux secteurs et à de nouveaux emprunteurs. ABM a développé des produits de crédit santé ciblant à la fois les besoins en fonds de roulement et les besoins en équipements.

OTIV TANA : OTIV Tana a un produit de micro-crédit-bail pour les prestataires de santé. Le financement d'équipements nécessite un acompte de 20 pour cent et un dépôt de participation de 10 pour cent, le solde étant sous la forme d'un crédit-bail/prêt.

La croissance de la banque mobile et le potentiel qu'elle offre pour accroître l'accès au financement, entre autres, pour les fournisseurs du secteur privé de la santé, sont des sujets d'intérêt à Madagascar. La Section 10 traite de cette opportunité en détail.

8.2 Accès à la finance par le secteur privé

Avec un nombre croissant de Malgaches se tournant vers le secteur privé pour les soins de santé, les prestataires de soins de santé privés ont besoin de financement pour grandir et pour étendre et améliorer leur offre de services de qualité.

Les institutions financières du pays ne ciblent pas proactivement le secteur de la santé. Une évaluation des portefeuilles bancaires a montré que le financement global des banques commerciales dans le secteur de la santé malgache est limité, l'investissement dans la santé représentant moins de 1 pour cent des portefeuilles. La plupart des institutions financières interrogées ont indiqué avoir eu certaines activités dans l'espace des soins de santé. Cependant, elles le faisaient de manière opportuniste, adoptant une approche transactionnelle du crédit.

L'accès au financement pour le secteur privé de la santé est limité par divers facteurs liés à l'offre et à la demande. Ceux-ci comprennent la perception du risque par les institutions financières, les méthodes de prêt inadéquates, le coût pour servir les petits prestataires/les prestataires ruraux, et le manque de garantie ou la garantie qui est probablement insuffisante pour la banque. Une autre contrainte est le faible niveau de compétences en gestion commerciale et financière des propriétaires d'entreprises de santé. Sur la base des recherches menées par l'équipe de l'ESP, il existe un fort intérêt chez les prestataires privés pour accéder aux prêts. Selon les estimations, plus de 50 pour cent des prestataires auraient besoin de prêts ou seraient intéressés par des prêts pour l'infrastructure, l'équipement et l'expansion des services.

Ceux qui n'ont pas demandé de prêt ont invoqué le manque de connaissances sur la demande et la gestion des prêts bancaires, les garanties insuffisantes, la bureaucratie des banques, les compétences commerciales manquantes et le désir d'indépendance financière. Les prestataires n'ayant pas réussi à obtenir de crédit initialement ont invoqué les taux d'intérêt élevés, trop nombreuses conditions, conditions irréalisables, long processus d'approbation des prêts et même un service à la clientèle médiocre et la perception d'un mauvais accueil par les institutions financières comme raisons de ne pas appliquer de nouveau.

Entreprises dans le secteur de la santé et innovation

Les entreprises sociales dans le secteur des soins de santé se distinguent des autres prestataires privés, car elles cherchent à fonctionner durablement tout en produisant intentionnellement un impact social à grande échelle. Pour les entreprises sociales axées sur la santé, cela signifie souvent cibler les populations à faible revenu ou autrement mal desservies, tout en cherchant explicitement à surmonter les obstacles que ces populations peuvent rencontrer pour accéder aux soins de santé. Cela peut signifier l'introduction de nouvelles innovations technologiques ou le développement de nouveaux modèles d'affaires qui peuvent évoluer sur les marchés à faible revenu. Si ces entreprises peuvent démontrer le potentiel de durabilité à grande échelle, cela crée une opportunité pour le capital d'investissement privé d'entrer sur le marché et de contribuer à un accès accru à l'utilisation des services de santé prioritaires.

Pour réussir à atteindre l'état de préparation des investisseurs, les entreprises doivent avoir accès à des sources appropriées de capitaux et à une assistance technique pour favoriser l'innovation, l'expérimentation et l'apprentissage. Les entreprises de santé peuvent aussi avoir besoin d'aide pour surmonter les obstacles de passage à une plus grande échelle, comme un environnement réglementaire sous-développé ou difficile, une pénurie de talents disponibles et qualifiés ou un manque de partenaires appropriés. Les entreprises de santé doivent s'appuyer sur un écosystème solide d'organisations de soutien capables de faire face à ces barrières de passage à une plus grande échelle.

À Madagascar, l'écosystème qui soutient le passage à plus grande échelle des entreprises de santé est faible. L'accès au financement est un défi pour les entrepreneurs à Madagascar. Les taux de prêts commerciaux sont élevés, ce qui rend prohibitif l'accès au type de capital nécessaire pour démarrer et développer des entreprises, même si les garanties nécessaires sont disponibles pour obtenir l'approbation d'un prêt (The Global Impact Investing Network, 2016). Bien que certains investisseurs privés soient actifs à Madagascar, ils ont tendance à se limiter à quelques industries, notamment l'agro-industrie et les technologies de l'information et des communications (The Global Impact Investing Network, 2016). Une étude récente du Global Impact Investing Network n'a trouvé aucun détail sur des investissements étrangers directs par des investisseurs privés dans le secteur de la santé. L'une des raisons invoquées à cet égard était le manque d'entreprises dans lesquelles investir du fait de la forte implication du gouvernement et des ONG dans la prestation des soins de santé, ce qui a limité les opportunités pour l'entrepreneuriat axé sur la santé (The Global Impact Investing Network, 2016).

Il y a peu d'organisations positionnées pour fournir une assistance technique aux entreprises à Madagascar qui leur permettrait d'être prêtes pour les investisseurs, les investisseurs devant souvent combler ces lacunes eux-mêmes pendant leur phase de due diligence. Il existe peu d'incubateurs ou d'accélérateurs d'entreprises axés sur les impacts, et les réseaux d'affaires et les services de développement des entreprises sont également très insuffisants (Impact Amplifier, 2015). Là où ces services existent, ils sont principalement axés sur le secteur des technologies de l'information et de la communication, ou ils ciblent l'Afrique australe dans son ensemble plutôt que spécifiquement Madagascar (The Global Impact Investing Network, 2016).

Alors que le GdM a rendu relativement facile l'enregistrement d'une entreprise par l'intermédiaire du Conseil de développement économique de Madagascar (EDBM), le manque d'intermédiaires de soutien rend difficiles la croissance et l'expansion ou la durabilité de ces entreprises (U.S. Department of State, 2016). Cet écosystème faible a entraîné une faible culture entrepreneuriale, ainsi qu'un réservoir limité de talents qualifiés en gestion et en spécialités techniques pour les entreprises de santé, parmi d'autres, dans lequel recruter.

L'instabilité politique à Madagascar aggrave le défi de création des relations à long terme avec le Gouvernement, un partenaire clé pour les entreprises privées, en particulier dans le secteur de la santé. L'orientation régionale de nombreux investisseurs et bailleurs de fonds et l'absence d'une présence locale à Madagascar de ces organisations rendent difficile pour les entrepreneurs locaux d'accéder aux rares sources de soutien disponibles. De plus, ils sont au désavantage par rapport aux entrepreneurs étrangers basés à Madagascar qui pourraient avoir une plus grande capacité en termes de langue, de compétences commerciales et de connaissance des processus d'achat et d'investissement.

Écosystème de soutien des entreprises

Exemples d'organisations soutenant les entreprises de santé à Madagascar :

Investisseurs et réseaux d'investisseurs : Investisseurs & Partenaires (I & P), Fonds d'investissement social Ambatovy, *Madagascar Development Partners*, AMIC

Organisations de développement : Agence Française de Développement, *Center for Disease Control* (CDC)

Organisations de soutien aux entreprises : Chambre de commerce

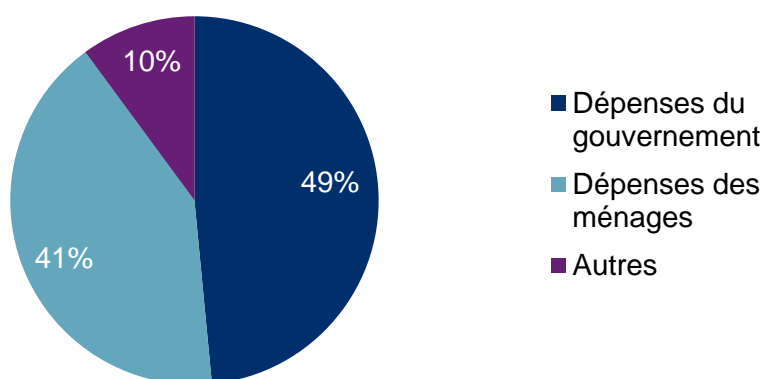
Incubateurs : Agence Universitaire de la Francophonie (AUF) incubateur, Institut Supérieur de la Communication des Affaires et du Management (ISCAM)

Agences du secteur public : Conseil de développement économique de Madagascar

9. Rôle du secteur privé dans les initiatives de financement de la santé soutenant la CSU.

Dans la mesure où la majorité de la population de Madagascar vit en dessous du seuil de pauvreté, le financement des services de santé pour les populations vulnérables et les plus défavorisées constitue l'une des principales difficultés. Les dépenses à la charge des usagers peuvent constituer un obstacle important à l'accès aux secteurs public et privé de la santé (MSP, 2017). En 2014, les ménages pesaient pour 41 pour cent dans les dépenses de santé (Banque mondiale, 2014) comme le montre la Figure 15.

Figure 15. Dépenses de santé en 2014



Source : Données issues du document de la Banque mondiale 2014 *Public Expenditure Review: Health Sector Background Paper (Examen des dépenses publiques en 2014 : document de référence sur le secteur de la santé)*.

En décembre 2015, le GdM a publié sa Stratégie Nationale sur la Couverture Santé Universelle (SN-CSU). L'idée associée à la SN-CSU consiste à garantir l'accès à des services de santé de qualité, sans difficulté financière excessive, et à protéger la population malgache contre les risques de santé (SN-CSU 2015). La stratégie de la CSU prévoit la mise en place de la Caisse nationale de solidarité en santé (CNSS), un système d'assurance maladie pour les populations les plus pauvres. Au moment de la rédaction de ce rapport, le GdM démarre la mise en place de trois CNSS pilotes dans le district de Vatomandry (dans la région d'Atsinanana), de Faratsiho (région de Vakinankaratra) et de Manandriana (région d'Amoron'I Mania).

Le réseau de protection sociale pour la santé *Providing for Health* (P4H) a mené une étude en 2016 sur la façon de rendre opérationnelles les composantes du financement de la santé relatives à la stratégie sur la CSU du GdM. Bien que le rapport P4H apporte un aperçu complet de la manière d'étendre la couverture sanitaire, de mettre en œuvre divers ensembles de prestations et d'institutionnaliser un programme soutenant la CSU, le secteur privé a largement été exclu des différentes approches proposées.

La SN-CSU a articulé 6 objectifs et le secteur privé contribuait déjà à 4 d'entre eux (voir Figure 18).

Figure 16. Objectifs de la SN-CSU et recouplement avec les initiatives du secteur privé

<p>1. Protéger les individus et leur famille contre les risques financiers liés à leur accès aux services de santé</p> <p>✓ Programmes de financement de la santé parrainés par le secteur privé</p>	<p>2. Améliorer la disponibilité effective en services de santé de qualité</p> <p>✓ Les prestataires privés participent aux réseaux</p>	<p>3. Diminuer l'exposition de la population aux risques ayant une incidence sur la santé de la population</p> <p>✓ Programmes de santé et de sécurité au travail</p>
<p>4. Mobiliser les ressources financières pour la mise en oeuvre de la Couverture Santé Universelle</p>	<p>5. Prendre davantage en compte les souhaits de la population</p> <p>✓ Mutuelles communautaires</p>	<p>6. Faire accéder la population en extrême pauvreté à un socle minimum de prestations sociales et de santé</p>

Le CPSN-CSU et la Cellule de mise en œuvre de la CSU (CA-CSU) sont deux entités du MSP chargées de la mise en œuvre de la stratégie sur la CSU. Elles reconnaissent que la mise en œuvre de la stratégie sur la CSU ne relève pas uniquement du domaine du secteur public et qu'il est nécessaire de collaborer avec les prestataires de santé privés, les employeurs, les associations professionnelles, les ONG, les assureurs, ainsi que les partenaires techniques et financiers. Les représentants des ONG/OC font partie du CPSN-CSU, mais les acteurs du secteur privé à but lucratif n'ont pas de rôle clairement établi. Le secteur privé a l'occasion de jouer un rôle important dans un système de soutien social et de mécanismes de financement de la santé actuellement fragmentés et insuffisamment développés.

Madagascar fait partie des nombreux pays qui abordent l'assurance maladie comme un instrument clé menant à la CSU. Les programmes d'assurance maladie parrainés par des acteurs privés sont en nombre limité : en 2014, seulement 10 pour cent de la population était couverte par des programmes parrainés par le secteur privé (SMIE, mutuelles et/ou les prestataires de services d'assurance à but lucratif).¹⁶ Les principaux obstacles à l'adoption des assurances à Madagascar résident dans la faible demande compte tenu d'une appréhension insuffisante de la valeur ajoutée des assurances associée à une incapacité à en payer le prix. À Madagascar et dans le monde, les prestataires de services d'assurance expérimentent des schémas, des partenariats et des canaux de distribution innovants afin de bénéficier de plus d'efficacité en matière administrative, de diminuer les coûts et créer une demande.

Les enseignements tirés d'autres pays ont tendance à laisser penser que les régimes d'assurance maladie ont besoin de bénéficier de subventions gouvernementales, d'être dimensionnés à grande échelle (par le biais d'une adhésion obligatoire) et de s'avérer efficaces

¹⁶ Calculs effectués sur la base d'estimations fournies par les mutuelles, la *Commission de l'Eglise Catholique* et le rapport P4H fourni à l'équipe d'ESP.

pour pouvoir étendre la couverture de la population et des services, ainsi que pour fournir une protection financière adaptée.

Les expériences constatées à l'échelle mondiale suggèrent également que les régimes volontaires d'assurance maladie privée, comprenant les mutuelles, ne parviennent pas à se développer et à devenir autonomes (Kimball, 2013). La plupart de ces régimes subsistent à l'état d'option pour les clients aisés qui peuvent se permettre de payer pour une meilleure protection financière et un accès amélioré. De manière plus générale, dans la mesure où aucun gouvernement n'est en mesure de fournir gratuitement tous les services de santé à l'ensemble de la population, les régimes privés sont susceptibles d'évoluer avec les régimes gouvernementaux et les compléter. Dans certains cas, les mutuelles effectuent une première incursion dans les régimes d'assurance. Finalement, elles peuvent être amenées à se fondre dans un régime parrainé par le gouvernement qui s'appuie sur des subventions, un renforcement des capacités et une réglementation pour pouvoir évoluer, comme cela s'est produit au Ghana.

Les régimes privés d'assurance maladie apportent également leur contribution en innovant et en essayant de nouveaux modèles. L'expérimentation actuelle visant à améliorer l'efficacité du fonctionnement des mutuelles et les normes de soin par le biais du Programme d'Appui Conjoint au Secteur Santé (PACSS)¹⁷ constitue un exemple malgache de ce cas de figure. Le projet PACSS est axé autour du renforcement de l'offre de services de santé, du soutien des actions innovantes favorisant la demande, du développement et de la gestion des ressources humaines, ainsi que du renforcement, de la surveillance et de l'évaluation institutionnels. Le travail de l'initiative PACSS avec les mutuelles est évoqué plus loin dans les sections 10.3.3 et 12.7 de ce rapport.

Ci-dessous, nous examinons les moyens déjà employés par le secteur privé à Madagascar pour soutenir deux types de prestataires, les mutuelles et les compagnies d'assurance agréées, dans le but d'offrir des programmes d'assurance.

Enseignements tirés du Ghana : Les Mutuelles : un tremplin vers la couverture sanitaire universelle

Depuis l'introduction des régimes d'assurance maladie communautaires au Ghana en 1999, la couverture dans le pays s'est développée en deux phases. Dans une première phase, les régimes CBHI ont proliféré de manière organique dans tout le pays, encouragés par les principes de solidarité communautaire, en passant de 3 régimes en 1999 à 258 en 2003. Malgré une couverture limitée, ce phénomène a favorisé le développement d'une culture de l'assurance maladie. En 2000, le Ghana a adopté la loi nationale sur l'assurance maladie qui a institué un nouveau régime d'assurance maladie accompagné d'un ensemble de prestations standard devant être mis en place et administré au niveau des districts. Cet assemblage des capacités des CBHI avec un cadre national descendant a amélioré les taux de couverture de la population en les multipliant par 30 sur une période relativement courte et en portant la couverture actuelle à 40 pour cent.

Source : Atim, 2010 et Joint Learning Network, 2012

¹⁷ Le projet PACSS encore actif au moment de la rédaction de ce rapport a pris fin à la fin de l'année 2017.

9.1.1 Mutuelles

Bien que l'existence des mutuelles ne soit pas nouvelle à Madagascar, la participation de la population à ces mutuelles reste extrêmement faible à un niveau de 0,9 pour cent.¹⁸ Les mutuelles à Madagascar rencontrent les mêmes obstacles que les mutuelles dans d'autres pays (voir les enseignements tirés au niveau mondial ci-dessous), mais à un degré encore plus important compte tenu de la pauvreté généralisée dans le pays. De taille modeste et éprouvant des difficultés pour offrir une gamme complète de services essentiels de santé, les mutuelles sont également fragmentées. Leur savoir-faire est limité et elles

Les mutuelles sont des régimes de financement communautaire de la santé non réglementés qui s'adressent aux populations à faible niveau de revenu du secteur informel pour leur proposer une protection contre certains risques de dépenses considérables, tels que ceux découlant d'une hospitalisation.

souffrent d'inefficacité à tous les niveaux de leur administration, depuis la gestion des données jusqu'au développement du réseau de prestataires et la gestion des remboursements. Les mutuelles ne sont pas réglementées par le MSP et, par conséquent, elles peuvent définir des directives de fonctionnement et de pratique sans surveillance extérieure.

Malgré ces limitations, les mutuelles constituent une importante incursion par les acteurs du secteur privé dans les mécanismes de partage des risques et de paiement à l'avance qui soutiennent la protection contre les risques financiers et l'atteinte des autres objectifs de la CSU. Apparues à Madagascar dans les années 1970 en réponse aux ruptures de stock et aux coûts élevés des médicaments, les mutuelles ont ensuite évolué pour couvrir des services de santé plus larges. Bien qu'elles n'en soient encore qu'à leur début, les mutuelles sont en train de développer des réseaux de centaines d'ONG et de prestataires privés indépendants qui s'ajoutent aux prestataires publics. Elles commencent également à élaborer des protocoles communs de traitement et des barèmes tarifaires avec les prestataires privés. En théorie, les prestataires privés devraient accepter de se conformer à des protocoles standards et des normes de qualité largement admis leur permettant d'intégrer les réseaux de tiers payeurs pour les mutuelles, et ils devraient par conséquent être en mesure de fournir des services pris en charge aux clients. Dans le cadre de la SN-CSU et du Plan de développement du secteur de la santé, le CPSN-CSU envisage la possibilité d'intégrer les mutuelles dans le régime social d'assurance maladie proposé en vertu de la SN-CSU.

La carte présentée dans la Figure 17 situe les lieux où se trouvent les mutuelles importantes à Madagascar, y compris les mutuelles qui travaillent en collaboration avec une IMF et celles à caractère communautaire. Tous les régimes bénéficient d'une aide apportée sous forme de projets financés par des bailleurs. Bien que les mutuelles soient présentes dans les 6 provinces, elles sont regroupées dans seulement 13 des 22 régions de Madagascar.

Figure 17. Répartition géographique des mutuelles à Madagascar par région, 2017

¹⁸ Calculs effectués sur la base d'estimations fournies par les mutuelles, la Commission de l'Eglise Catholique et le rapport P4H fourni à l'équipe d'ESP.

Mutuelles liées avec des Institutions de Microfinance

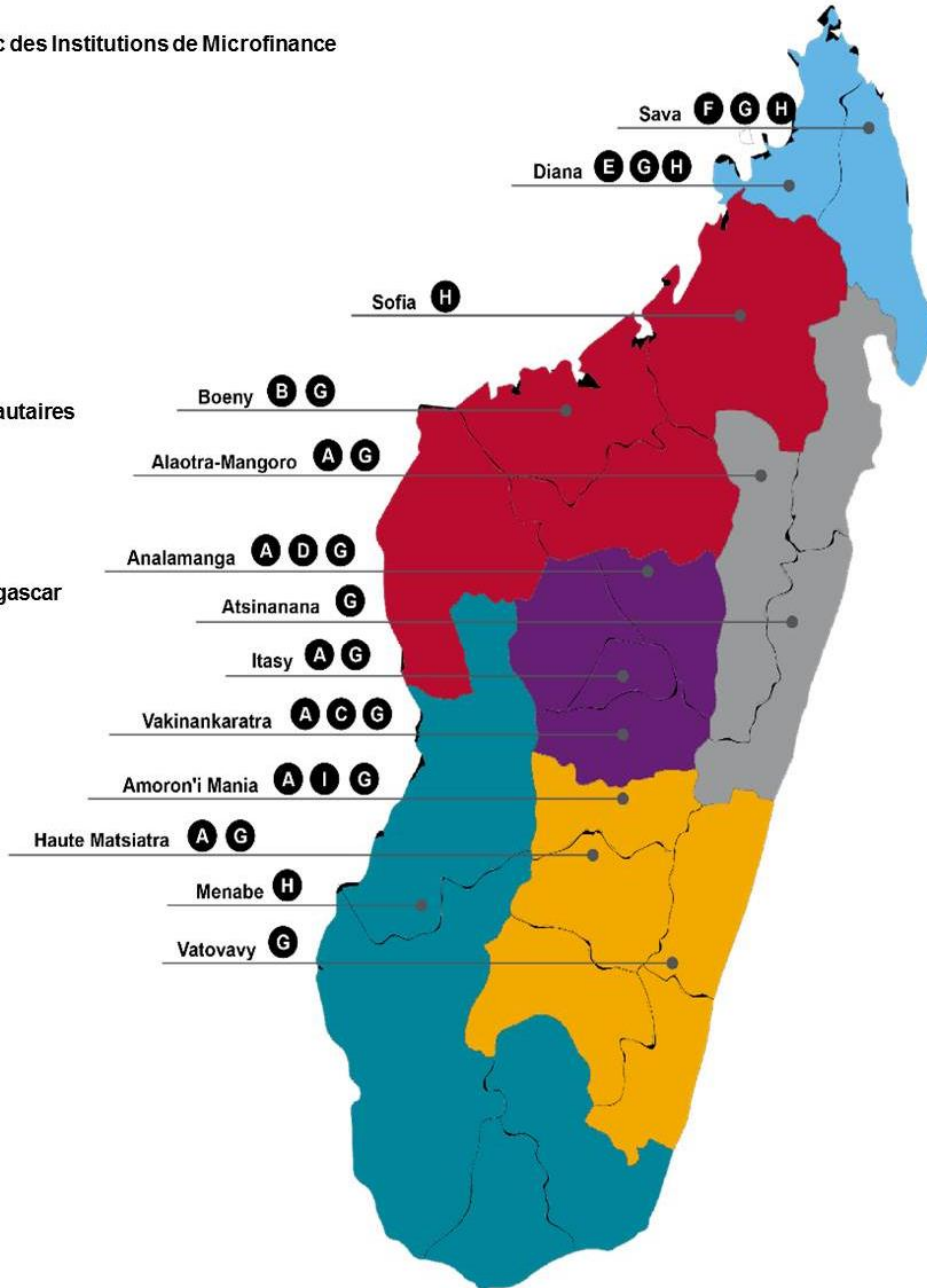
- A AFABI
- B MAMPITA
- C VAHATRA
- D HARENA
- E TSIHAROFY
- F MAHAVELONA
- G ADEFI

Mutuelles communautaires

- H MAHEFA
- I AMS

Provinces de Madagascar

- ANTSIRANANA
- MAHAJANCA
- TOAMASINA
- ANTANANARIVO
- FIANARANTSOA
- TOLIARA



Source : Données basées sur les informations fournies par les parties prenantes interrogées.

9.1.2 Les administrateurs de mutuelles

Les réseaux de mutuelles sont administrés par des ONG internationales (telles que Positive Planet et Inter Aide), par les communautés ou par des associations. Ces administrateurs jouent essentiellement trois rôles : l'octroi de subventions ; la promotion, les activités de plaidoyer et

l'inscription de nouveaux clients (entreprises et personnes physiques) ; et l'administration générale du programme.

Les administrateurs des mutuelles octroient des subventions en nature ou en argent afin de compenser les coûts opérationnels et d'améliorer les performances des régimes. La viabilité financière des mutuelles à Madagascar est étroitement liée au projet financé par les bailleurs qui les soutiennent. Le Tableau 17 fournit des informations détaillées sur plusieurs mutuelles mises en place grâce à des projets soutenus par des bailleurs. Le programme MAHEFA couvre certains services offerts dans des établissements publics. Les patients ont fait appel aux mutuelles pour payer des médicaments et des services de transport d'urgence dans la mesure où les consultations sont gratuites. À son plus haut niveau, la mutuelle MAHEFA comptait presque 80 000 bénéficiaires, mais ce chiffre a diminué de moitié pendant la période où le programme MAHEFA, mis en œuvre par John Snow Inc. (JSI), a connu des incertitudes liées à la soumission du programme dans le cadre du renouvellement du projet. Il est intéressant de noter que MAHEFA ne versait aucune subvention à la mutuelle, mais qu'elle lui apportait uniquement une assistance et un pilotage techniques. Par conséquent, la diminution des inscriptions était probablement plus due à des carences de direction et de supervision qu'à l'absence de subvention financière. De la même manière, le terme du projet Santenet2 a entraîné la fermeture de la plupart des mutuelles qui y étaient associées.

Tableau 17. Mutuelles communautaires associées à des projets financés par des bailleurs

Nom, année de création	Nombre de bénéficiaires	Partenaire de mise en œuvre/développement
AMS (2011)	1 016	Santenet2 / USAID
MAHEFA (2014)	28 276 (contre 77 233)	Mahefa / USAID
MIAI (2011)	Fermée (contre 8 901)	Santenet2 / USAID
TIAA (2011)	Fermée (contre 13 936)	Santenet2 / USAID
TIAVA II (2011)	Fermée (contre 3 063)	Santenet2 / USAID

Source : Données tirées d'informations fournies par les parties prenantes interrogées.

Les administrateurs des mutuelles mettent en place des réseaux de prestataires en s'appuyant sur des critères définis pour ces réseaux. Par exemple, Positive Planet s'appuie sur plusieurs critères généraux pour déterminer si un prestataire privé sera autorisé à intégrer son réseau, en

tenant notamment compte de la réputation du prestataire, de sa capacité à fournir des soins centrés sur les patients, de ses pratiques en matière de facturation, de ses honoraires et des éventuels problèmes de fraude.

Les critères et méthodes employés pour le paiement des prestataires sont également déterminés pour chaque mutuelle. Parmi les 296 prestataires du réseau de Positive Planet figurent les cliniques Marie Stopes Madagascar, les prestataires du réseau Top Réseau (PSI), des praticiens privés indépendants, des pharmaciens privés et des points de vente de médicaments, ainsi que des CSB et des hôpitaux publics. Les frais à la charge des patients pour un même service varient considérablement en fonction des prestataires privés, même au sein d'une région donnée.

Le troisième rôle des administrateurs des mutuelles consiste à se consacrer à l'administration générale du programme. La création de revenus, la mise en commun des risques et la capacité à répartir les coûts fixes reposent dans une large mesure sur les inscriptions.

Certains employeurs qui proposent des SMT à leurs employés abordent les mutuelles comme un moyen attrayant de compléter la couverture limitée des services de santé qui peuvent s'accompagner de longs délais d'attente. Cependant, seulement 8 pour cent de la population à Madagascar est employé dans le secteur formel et peut participer à un programme d'entreprise tel que ceux proposés par l'OSTIE, l'AMIT ou d'autres SMIE (P4H, 2016). D'autres partenaires de distribution, y compris les entreprises souhaitant assurer non seulement leurs employés, mais également leurs clients, peuvent contribuer à faire en sorte que les mutuelles pénètrent dans le secteur informel étendu de Madagascar. Certaines entreprises, telles que les ORTM,

Initiatives visant à améliorer les performances des Mutuelles

En vertu du Programme d'Appui Conjoint au Secteur de la Santé (PACSS), financé par l'AFD, le groupe FTHM conduit deux initiatives conçues pour améliorer les performances des mutuelles :

1. **Réseau de Soins Coordonnés (RSC):** L'objectif de cette initiative consiste à mieux comprendre comment le secteur privé peut être organisé, harmonisé et préparé à intégrer des réseaux plus importants en soutien de la CSU, et dans quelle mesure il est capable de le faire. Dans une large mesure, ces enseignements peuvent également être appliqués au secteur public pour réglementer et intégrer les services des différents secteurs.
 - Le réseau RSC est un projet pilote conduit par 5 médecins indépendants et 3 pharmacies dans un district périphérique de Tananarive. Ce projet pilote se terminera en décembre 2017 et il vise à développer des protocoles communs pour les consultations et les honoraires, ainsi que des outils de formation permettant au réseau de prestataires de fournir des services cohérents, prévisibles et équitables.
2. **Étude de six mutuelles gérées par Atia et Positive Planet :** Cette étude consistera à estimer les coûts opérationnels des mutuelles et à étudier la possibilité de créer un réseau de mutuelles en mettant en commun des protocoles et des services afin de rationaliser leur administration et de réduire les coûts.
 - Sur la base de cette étude, FTHM proposera des améliorations opérationnelles spécifiques pour les mutuelles. Le besoin de systèmes numériques de gestion des données est un problème qui commence déjà à se poser.
 - Cette initiative étudiera également les différents moyens de développer une plateforme juridique et de promotion pour les mutuelles afin de faire avancer la collaboration et le dialogue avec le secteur public.

les banques et les IMF sont des partenaires particulièrement stratégiques dans la mesure où elles ont rassemblé des groupes de clients importants, et elles incarnent des « marques » établies et de confiance auprès des communautés ciblées.

9.1.3 IMF : Un nouveau canal de distribution pour les Mutuelles à Madagascar

Au cours des cinq dernières années, les principales IMF à Madagascar, telles qu’OTIV Tana, ACEP, Crédit-Épargne et Formation (CEFOR) et Baobab ont commencé à proposer des assurances aux clients des produits de crédit. Les motivations les ayant encouragés à aller dans ce sens sont à la fois d’ordre commercial et social. Les IMF ont initialement proposé des assurances « liées à la durée du crédit » afin de garantir le remboursement du crédit en cas de décès du client. L’IMF figurait parmi les bénéficiaires de l’assuré. Les IMF ont également constaté que les clients non assurés confrontés à des difficultés économiques, telles que des coûts médicaux importants, étaient moins disposés à rembourser leur prêt et à en contracter de nouveaux. Au final, les activités d’assurance ont été envisagées comme un moyen de se différencier des autres prêteurs et de proposer une valeur ajoutée aux clients. En termes d’impact social, les IMF confirment leur engagement à améliorer l’accès des populations vulnérables et mal desservies représentant la cible de leurs produits des petits crédits aux services de santé.

Le Tableau 18 ci-dessous fournit des informations sur certains des plus grands et plus importants partenariats mutuelle-IMF à Madagascar. ADEFI, qui était initialement une association axée sur l’épargne et les crédits, est devenue une mutuelle de santé en 2010 grâce au soutien de l’Union Européenne, et elle propose ses services aux clients de l’IMF Agence de Crédit pour l’Entreprise Privée (ACEP). ADEFI est actuellement la mutuelle à Madagascar qui compte le plus grand nombre d’adhérents grâce au partenariat fort qu’elle a bâti avec ACEP. Positive Planet (PPOI) et ATIA gèrent chacune plusieurs mutuelles qui sont également associées à des IMF.

Tableau 18. Aperçu des mutuelles affiliées à des IMF

Nom de la mutuelle, année de création	Nombres de bénéficiaires	IMF (Canal)	Partenaires
ADEFI (2011)	90 000	ACEP	Union européenne
AFAFI ¹⁹ (2007)	33 527	CEFOR	ATIA/AFD
Harena (2012)	5 200	OTIV TANA	PPOI/AFD
Mampita (2012)	10 000	OTIV Boeny	ATIA/AFD
Mahavelona (2013)	1 000	SUMRISE	PPOI/AFD

¹⁹ Les adhérents d’AFAFI comprennent 900 familles inscrites volontairement dans 3 communes rurales : Ambohitrimanjaka, Sabotsy Namehana and Ankadimanga.

Tsiharofy (2012)	9 620	SUMRISE	PPOI/AFD
Vahatra (2012)	28 406	CEFOR	ATIA/AFD

Source : Données tirées d'informations fournies par les parties prenantes interrogées.

Les programmes d'assurance proposés par les IMF ne sont généralement pas subventionnés, et les primes sont donc prises en charge par les clients et facturées conjointement avec d'autres frais de crédit. Dans la mesure où la valeur et la fonction d'une assurance ne sont pas immédiatement constatées par la plupart des clients, peu d'entre eux choisissent de s'inscrire volontairement. Certaines IMF, telles que OTIV Tana, rendent obligatoires les programmes d'assurance pour les clients de façon à maximiser la participation aux programmes. Bien que les IMF craignaient initialement que l'adhésion obligatoire risquait de porter préjudice au recrutement et à la fidélisation des clients des produits de crédit, elles reconnaissent également que l'adhésion obligatoire permettait d'augmenter les revenus, d'être à l'origine d'une mise en commun des risques plus étendue et stable, et qu'elle maximisait le niveau de protection des actifs financiers.

En dépit des avantages, ils demeurent certaines difficultés pour les IMF proposant des produits d'assurance. En particulier, si l'assurance est associée à un prêt, la couverture prend généralement fin une fois que le prêt est remboursé, souvent au bout de 9 à 12 mois. En outre, lorsque des personnes à charge sont susceptibles d'être assurées, le nombre de clients est multiplié par quatre ou cinq. La mise en place et le maintien des systèmes d'information pour d'autres clients adossés à l'emprunteur nécessitent des ressources supplémentaires. Des décisions doivent être prises concernant les conditions et les circonstances dans lesquelles une nouvelle personne à charge peut être inscrite une fois le prêt émis, ainsi que la façon dont l'adhésion à l'assurance liée au crédit sera impactée en cas de paiement en retard, de remboursement anticipé ou de défaut de remboursement.

9.1.4 Compagnies d'assurances agréées

Les compagnies d'assurance agréées, réglementées et à but lucratif proposent également des programmes d'assurance maladie à Madagascar. Ces compagnies d'assurance cherchent généralement à obtenir le parrainage d'entreprises dont les clients disposent de revenus plus élevés. Leurs produits offrent une valeur ajoutée proportionnellement plus élevée et ils s'accompagnent de prestations plus complètes en contrepartie d'une prime supérieure par rapport à ce que proposent les mutuelles.

L'assurance maladie constitue souvent un type d'activité moins rentable pour les compagnies d'assurance par rapport à d'autres types de produits dans la mesure où les coûts des remboursements et administratifs sont généralement plus élevés. Comme pour les mutuelles, les compagnies d'assurance sont apparues à Madagascar dans les années 1970 et elles ont également connu une croissance lente sur le marché de l'assurance maladie. Les assureurs

agréés sont imposés et réglementés par le Ministère des Finances. Les assureurs interrogés ont souligné que les impôts élevés et les goulots d'étranglement bureaucratiques constituaient un frein à la diminution du montant des primes, à l'accroissement de leur chiffre d'affaires et à leur pénétration sur le marché. En outre, les assureurs ont soulevé des craintes concernant le système de double imposition sur les médicaments. Les programmes d'assurance maladie sont imposés, mais les médicaments couverts par le programme le sont également, entraînant ainsi un coût plus élevé pour les assureurs et les clients. De plus, certaines compagnies d'assurance et certains prestataires privés s'appuient sur des systèmes inefficaces faisant appel au papier pour le suivi des données, la gestion de la qualité et la détection de fraudes.

Sur les cinq assureurs commerciaux opérant à Madagascar, quatre d'entre eux proposent des produits liés à la santé. Aro est le principal acteur du secteur de l'assurance en termes de parts de marché globales (61 pour cent) et dans le domaine de l'assurance maladie plus spécifiquement, avec 30 000 clients assurés. Ny Havana se situe juste après avec 17 pour cent de parts de marché, puis viennent Allianz avec 7 pour cent et SAHAM avec 7 pour cent de parts de marché. Aro et Ny Havana sont toutes deux détenues majoritairement par l'État.

Pour Aro, le plus grand acteur de l'assurance maladie, les prestations liées à l'assurance maladie ont été mises en place sous la forme d'indemnités versées aux assurés automobiles en cas d'accident. L'assurance maladie d'Aro a évolué pour devenir un produit à part entière vendu aux entreprises et aux particuliers. Aro se concentre sur deux produits : 1) un ensemble de « prestations intégrales » qui couvrent une gamme complète de services incluant l'hospitalisation, les soins de maternité ainsi que les services ambulatoires et préventifs, et 2) un produit plus limité dédié aux services d'hospitalisation prévoyant des indemnités en remboursement des frais accessoires d'hospitalisation, tels que les frais de transport. Le produit « prestations en espèces en cas d'hospitalisation » cible également les employeurs/employés déjà couverts par SMIE, mais qui souhaitent avoir accès à un plus vaste réseau de prestataires (en majorité privés) et à réduire les délais d'attente pour les soins de santé.

En 2005, le marché de l'assurance s'est ouvert aux compagnies d'assurance privées à but lucratif, telles qu'Allianz et SAHAM. Allianz a commencé à proposer des assurances maladie en 2016, mais uniquement à l'attention de groupes et non de particuliers. En général, ces politiques de groupe ciblent les employeurs importants qui financent 90 pour cent, 80 pour cent ou 70 pour cent de la prime, le reste étant à la charge des employés. Bien qu'Allianz soit positive concernant le potentiel du marché de l'assurance maladie de groupe, la compagnie ne comptait que 4 entreprises assurées réunissant un total de 300 employés en avril 2017. Allianz, tout comme d'autres assureurs, admet que les produits destinés aux particuliers, et plus particulièrement ceux conçus pour les ménages à faible niveau de revenu, sont primordiaux pour pouvoir réellement stimuler la croissance.

Qu'est-ce qu'une microassurance ?

« Un mécanisme visant à protéger les populations pauvres contre les risques (accidents, maladies, décès familiaux, catastrophes naturelles) en contrepartie du paiement d'une prime d'assurance adaptée à leurs besoins, leurs revenus et leur niveau de risque » (programme Impact Insurance du BIT, 2008).

Le concept de « microassurance » devient de plus en plus connu en Afrique grâce à la croissance économique globale, à la croissance du secteur des assurances, à la promotion de l'inclusion financière en faveur des populations vulnérables et à différentes innovations telles que l'argent mobile. Cependant, la population appréhende très difficilement à quoi sert une assurance, plus particulièrement une assurance maladie qui est plus complexe et généralement plus coûteuse que d'autres types d'assurance.

9.1.5 Les tiers administrateurs

Comme pour les réseaux de mutuelles, ces réseaux de prestataires se présentent comme une opportunité de coordonner les prestataires privés, de surveiller les aspects liés à la qualité et de susciter l'adhésion à des protocoles convenus. Bien que le marché de l'assurance maladie reste modeste, le développement de réseaux de prestataires englobant des prestataires privés constitue l'un des progrès les plus importants en matière d'assurance maladie. Ascoma et BSA Gras Savoye sont les deux principaux intermédiaires travaillant avec les assureurs à Madagascar. BSA Gras Savoye travaille principalement avec Aro et Ascoma propose ses services à Allianz, Aro, et Ny Havana. À travers ce rôle, Ascoma et BSA Gras Savoye cherchent à travailler avec des cliniques publiques, des hôpitaux et des pharmacies qui répondent à leurs critères qualitatifs et géographiques, et elles gèrent toutes les demandes de remboursement. Le réseau d'Ascoma regroupe 250 prestataires situés à Tananarive pour la plupart. La majorité des prestataires de santé associés à BSA Gras Savoye sont privés.

9.2 Approches innovantes pour un financement étendu de la santé : Produits d'assurance dotés de fonctionnalités mobiles

Les malgaches ne bénéficiant pas de contrat de travail formel, peu fortunés ou ne résidant pas dans des zones urbaines peuvent avoir accès à des financements des frais de santé et plus particulièrement à l'assurance maladie. L'une des approches innovantes employée pour l'amélioration de cet accès consiste à vendre des assurances maladie par le biais des ORTM ou avec leur aide.

Les trois principaux ORTM à Madagascar ont développé des programmes d'assurance dotés de fonctionnalités mobiles ou sont en train de le faire. Ces programmes offrent de nombreux avantages, mais peuvent ne pas être accessibles à la majorité de la population en raison d'une insuffisance d'information ou de formation. Les ORTM ont à leur disposition des réseaux de clients, des distributeurs de crédits de communication, des canaux de commercialisation et des infrastructures de transactions financières mobiles. Les communautés font quotidiennement appel aux marques ORTM, et ces sociétés sont donc bien placées pour promouvoir le principe de l'assurance et pour tirer parti des infrastructures existantes en vue d'une distribution et d'une gestion efficace des produits d'assurance. Pour les ORTM, les produits d'assurance ouvrent les portes à de nouveaux partenariats, de nouvelles sources de revenus et des facteurs de différenciation inédits.

Le programme Antoka proposé par Airtel et Allianz incarne le meilleur exemple de l'assurance dotée de fonctionnalités mobiles. En outre, Aro prévoit de lancer un produit mobile avec mVola. mVola est la branche dédiée à l'argent mobile de Telma, l'un des principaux ORTM de Madagascar. À l'instar du programme Antoka, le produit qui n'a pas encore reçu de dénomination, offrira des indemnités en cas de décès, d'invalidité ou d'accident.

Le fait que les clients doivent régulièrement intervenir pour autoriser les paiements ou prolonger leur adhésion constitue un obstacle majeur aux produits dotés de fonctionnalités mobiles. Des possibilités de renouvellement automatique contribueraient à contourner ce problème, mais la réglementation actuellement en vigueur à Madagascar n'autorise pas les prélèvements automatiques sur les portefeuilles d'argent mobile. Cette contrainte constitue une barrière comportementale dans la mesure où les clients doivent prendre des initiatives pour effectuer

des paiements complémentaires ou autoriser les paiements. En outre, l'alphabétisation numérique à Madagascar est peu développée.

Le fait que les assurances dotées de fonctionnalités mobiles ne proposent majoritairement que des prestations simples s'accompagnant d'une couverture limitée constitue un autre frein. Ces prestations ne fournissent pas de protection financière adaptée aux besoins en soins de santé de la population. Les assureurs, les ORTM et les IMF ont montré un intérêt croissant vis-à-vis des produits d'assurance maladie proposés à travers des canaux de distribution innovants permettant d'en améliorer l'accès et d'en réduire le coût.

Le projet « Antoka »

En 2014, MicroEnsure, un intermédiaire d'assurance du Royaume-Uni gérant des projets d'assurance dotée de fonctionnalités mobiles dans 8 pays d'Afrique, a conclu un partenariat avec Airtel et Allianz pour lancer le projet « Antoka », une assurance simple dotée de fonctionnalités mobiles, aux clients d'Airtel à Madagascar. Le projet Antoka, qui signifie « sûr » en malgache, a été mis en œuvre sous la forme d'un produit associant des prestations gratuites et des prestations haut de gamme. Cela signifie que les clients d'Airtel pouvaient adhérer à Antoka sans devoir payer. Les clients qui maintenaient certains niveaux de crédit sur leur compte Airtel pendant plusieurs cycles de facturation consécutifs pouvaient bénéficier d'indemnités en cas de décès accidentels, d'invalidité permanente ou d'hospitalisation au-delà de trois nuits.

Les produits associant des prestations gratuites et des prestations haut de gamme visent deux objectifs importants. Ils renforcent la fidélité des clients et les incitent à entretenir ou augmenter leur niveau de dépense. La fidélité des clients et les niveaux des dépenses revêtent un aspect primordial pour les ORTM, plus particulièrement dans un marché concurrentiel tel que le marché malgache où les clients ont l'habitude de posséder plusieurs cartes SIM et de changer fréquemment d'opérateur. Ce type de produit a également un effet de « passerelle » ; le produit est proposé gratuitement aux clients pour qu'ils puissent commencer à appréhender ses modalités de fonctionnement et la valeur qui en résultent tout en développant peu à peu une culture de l'assurance. Il représente généralement un tremplin vers de futurs produits payants, après que les clients ont pris conscience de la valeur ajoutée du produit. Depuis 2014, environ 60 000 clients ont adhéré à Antoka. L'âge moyen des clients est de 26 ans et la plupart d'entre eux habitent dans des villes.

En 2016, le partenariat entre Airtel, Allianz et MicroEnsure a cessé. Deux de ces acteurs, Airtel et Allianz, ont relancé le produit en février 2017. Bien que cette nouvelle version d'Antoka soit plus rationnelle et efficace, le produit Antoka sans prime payée par les clients ne peut être envisagé comme un produit autonome.

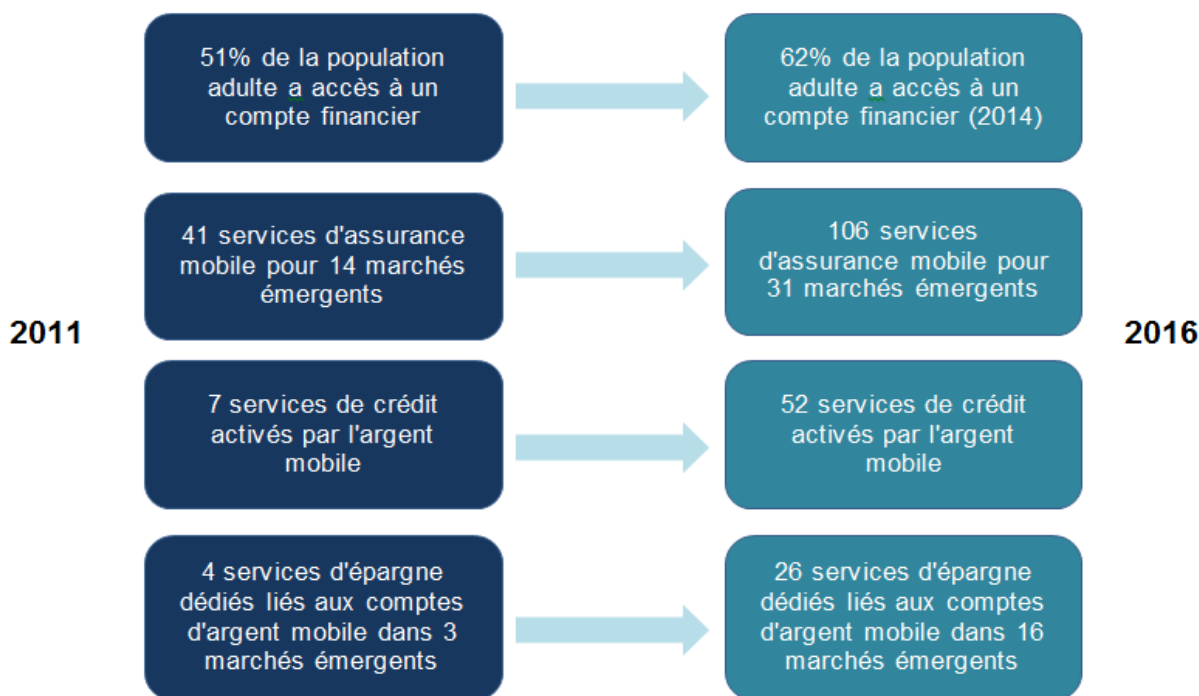
10. La finance numérique

Bien que l'inclusion financière numérique ne soit généralement pas considérée comme une priorité dans le secteur de la santé, elle présente des éléments communs et des synergies avec la santé. La compréhension du contexte de l'inclusion financière numérique sur le plan mondial et à Madagascar en particulier peut contribuer à surmonter les principaux obstacles liés au financement des services de santé et à leur accès. L'inclusion financière est parvenue au premier plan des efforts de développement par le biais d'entités telles que *Consultative Group to Assist the Poor* ([CGAP](#)), qui rassemble les principaux bailleurs mondiaux, y compris l'USAID, la Fondation Bill et Melinda Gates et Omidyar Network sous l'égide de la Banque mondiale afin de garantir que chaque personne, quel que soit son niveau de revenu, ait accès aux services financiers dont elle a besoin pour améliorer ses conditions de vie et qu'elle puisse en faire usage efficacement. Dans cette section, nous envisageons l'inclusion financière et la croissance de l'argent mobile à Madagascar comme un moyen d'améliorer les applications et l'accès financier numérique dans le domaine de la santé.

10.1 L'inclusion financière numérique

Les services financiers numériques s'appuient sur des technologies contribuant à l'accès à des services financiers formels et à leur utilisation. L'inclusion financière numérique est un concept consistant à diffuser ces services, souvent par le biais des téléphones mobiles, auprès des populations mal desservies. En 2014, le nombre d'adultes n'ayant pas accès aux services bancaires (les personnes « non bancarisées ») s'élevait à 2 milliards dans le monde ([Findex 2015](#)). Cependant, entre 2011 et 2014, 700 millions de personnes ont pu ouvrir des comptes bancaires, ce qui a fait progresser la proportion de la population mondiale détenant un compte bancaire de 51 pour cent à 62 pour cent ([Findex 2015](#)). Imaginé en 2007, l'argent mobile a contribué aux progrès rapides réalisés en matière d'inclusion financière. Ces progrès se sont notamment traduits par une amélioration de l'accès à des comptes bancaires, des services d'assurance, des services de crédit et des services d'épargne formels. La Figure 18 met en relief les éléments détaillés de ces accomplissements sur les 5 dernières années, y compris les améliorations en matière d'assurance, de crédit et de services d'épargne dotés de fonctionnalités mobiles.

Figure 18. Progrès mondiaux en matière de produits dotés de fonctionnalités mobiles



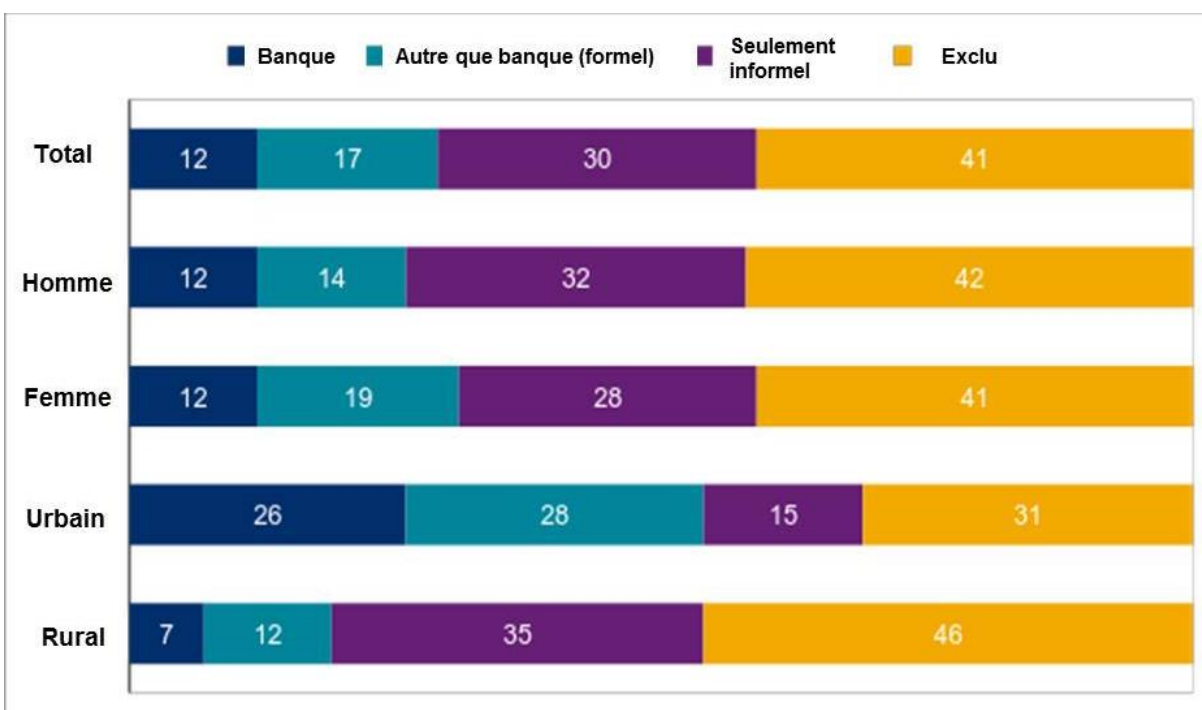
Source : GSMA 2017, Findex 2015

10.2 L'inclusion financière à Madagascar

L'accès à des services financiers formels, tels que les services d'épargne et de crédit, revêt un caractère important dans le domaine de la santé dans la mesure où il encourage l'anticipation des dépenses en soins de santé, il facilite l'accès en temps opportun à des soins de santé adaptés et il réduit le risque de devoir faire des compromis difficiles entre les dépenses de santé et les dépenses liées à d'autres biens et services essentiels (par exemple, la nutrition, l'éducation et le logement). À Madagascar, 12 pour cent (1 350 000) des adultes dispose ou a disposé de comptes bancaires domiciliés dans des banques réglementées ([Finscope 2016](#)). Plus du double de ces adultes (26 pour cent) a fait appel à des produits financiers proposés par des institutions financières non bancaires, telles que les ORTM (argent mobile) et les IMF (produits de crédit). Avec plus de 5 millions de souscriptions à des comptes d'argent mobile, il existe nettement plus d'utilisateurs de compte d'argent mobile que d'utilisateurs de compte bancaire (Banque centrale de Madagascar, 2016). Il existe également des différences en matière d'inclusion financière entre les femmes et les hommes, ainsi qu'entre les utilisateurs situés dans des zones urbaines et ceux habitant dans des zones rurales (Figure 19). Sans que cela soit étonnant, les habitants des zones urbaines sont plus susceptibles d'être bancarisés (c'est-à-dire de disposer de compte bancaire) ou de faire appel à toute sorte de produits financiers, y compris l'argent mobile. On ne constate pas de différence entre les hommes et les femmes bancarisés, et les femmes sont en réalité plus susceptibles d'avoir ouvert un compte auprès d'un prestataire de services financiers formel non bancaire que les hommes. Cette

proportion plus élevée de femmes suggère que les prestataires de services ciblent les femmes et répondent à leurs besoins.

Figure 19. Part des malgaches bénéficiant d'un accès à différents services financiers



Source : Finscope 2016

Les raisons invoquées pour justifier une non-bancarisation comprennent l'insuffisance d'argent permettant de faire des économies (49 pour cent), l'absence de source de revenus régulière (39 pour cent), le fait de ne pas avoir besoin d'un compte bancaire (37 pour cent), l'éloignement de l'établissement (36 pour cent) et différents niveaux d'incompréhension du fonctionnement bancaire (35 pour cent), y compris les modalités d'ouverture d'un compte (34 pour cent) et les avantages que celui-ci procure (31 pour cent) (Finscope 2016).

10.2.1 Les communautés d'épargne et de crédits internes et les associations villageoises d'épargne et de crédit

La capacité à participer à l'épargne, aux investissements et aux crédits constitue un élément clé de l'inclusion financière. À Madagascar, il existe peu de mécanismes formels d'épargne ou de crédit. Seulement 7 pour cent des adultes disposent d'un compte d'épargne domicilié dans une banque et seulement 5 pour cent bénéficient de crédit émanant d'une banque ou d'une IMF (Finscope, 2016), comme le montre la Figure 20. Le mécanisme d'épargne le plus important est informel et principalement fondé sur le bétail. Les communautés d'épargne et de crédits internes (SILC), également connues sous le nom d'associations villageoises d'épargne et de crédit (AVEC), font partie de ces mécanismes d'épargne et de crédit importants.

Figure 20. Proportion de la population ayant accès à des produits d'épargne et de crédit à Madagascar.



Source : Finscope 2016

Les SILC sont des groupes informels d'amis et de communautés qui se réunissent pour mettre des fonds en commun, épargner et investir. Ce mécanisme permet de développer les compétences de planification financière nécessaires pour avoir accès au secteur formel. Les principales organisations financées par des bailleurs, telles que MSH (par le biais de son projet financé par l'USAID, Mikolo), Catholic Relief Services (CRS), Care et la Fondation Aga Khan apportent leur soutien pour la constitution de ces groupes, et elles fournissent une assistance et des formations techniques bien que, dans une large mesure, les fonds dédiés à l'épargne et aux prêts ne soient pas subventionnés. Dans certains cas, lorsque les comptes d'épargne accueillent des sommes trop importantes pour être conservées en toute sécurité, les SILC s'appuient sur un compte d'une IMF pour éviter les vols. Il est intéressant de noter que les banques et les IMF considéraient initialement les SILC comme des concurrents plutôt que comme des acteurs du développement de leur futur marché. Mikolo soutient le plus grand nombre de SILC avec 1 000 à 1 500 SILC regroupant chacun 15 à 25 participants. Dans le modèle des SILC de Mikolo, il existe trois types de fonds communs : l'épargne collective, les fonds collectifs de solidarité et les fonds d'épargne dédiés, et les participants contribuent à la constitution de ces fonds à hauteur de 200 à 10 000 Ariary (0,06 USD à 3,20 USD) une fois par semaine. Chaque groupe individuel définit ses propres règles et leurs membres décident collectivement de la façon dont seront structurés les mécanismes d'épargne et de crédit. En général, les membres ont la possibilité d'emprunter après leur participation à quatre réunions jusqu'à trois fois la valeur de leur épargne. Alors que les SILC sont plus axés autour de l'inclusion financière qu'autour des questions de santé, Mikolo a également créé des synergies avec le secteur de la santé en invitant les travailleurs de santé à rejoindre les SILC et à partager des informations sur la santé au cours des rassemblements réguliers. Mikolo n'a pas prévu de travailler en collaboration avec des IMF. Il n'existe actuellement aucun plan visant à lier les SILC à d'autres services de financement de la santé, tels que ceux proposés par les mutuelles ou les assureurs.

CRS soutient un autre groupe important de 513 SILC comptant environ 10 000 membres au total parmi lesquels 65 pour cent sont des femmes. CRS propose un programme de formation intensive reposant sur une certification et sur le modèle des SILC. Si les participants réussissent au cours de la formation, ils sont agréés en tant que prestataires de services privés et ils peuvent fournir des services de type SILC aux communautés contre rémunération.

Bien que l'on puisse entrevoir les bénéfices mutuels d'une synergie entre les SILC et les banques/IMF, les partenariats sont restés limités. Les banques et les IMF ont considéré les

SILC comme des concurrents plutôt qu'une opportunité de construire une alliance visant à promouvoir l'engagement du secteur financier formel. Au moment de l'écriture, CRS initiait une étude cherchant à déterminer les caractères réalisables et rentables de l'utilisation de l'argent mobile pour toutes les opérations et épargnes SILC.

10.3 L'argent mobile

L'argent mobile est un service de porte-monnaie électronique qui permet aux utilisateurs de conserver, envoyer et recevoir de l'argent sous une forme numérique depuis leur appareil mobile. L'argent mobile peut être utilisé avec n'importe quel type de téléphone. Il représente un canal de distribution des services financiers numériques qui peuvent être également proposés par le biais de cartes, de codes-barres, de puces et en ligne. Dans ce rapport, nous nous concentrons sur les services financiers proposés à travers l'argent mobile et qui ont plus particulièrement un lien avec la santé. Un compte d'argent mobile peut généralement être ouvert sans exigence de solde minimum, mais des documents d'identité sont nécessaires. L'argent mobile est un concept qui a initialement été lancé au Kenya en 2007 par Safaricom grâce au système M-PESA qui proposait des services financiers à plus de 80 pour cent de la population non bancarisée. Le succès incroyable de M-PESA (presque 25 pour cent du PNB du pays transite désormais par ce système) a incité les autres marchés à développer des produits similaires. Les modèles varient d'un pays à l'autre, certains d'entre eux exigeant que ces services soient adossés à des banques ([Economist 2015](#)). L'argent mobile est désormais disponible dans les deux tiers des pays à faible niveau de revenu et à niveau de revenu intermédiaire. En Afrique subsaharienne où 97

L'utilisation actuelle des technologies mobiles

Il existe un engouement de plus en plus important pour les technologies numériques visant à faciliter l'inclusion et la protection financière, et à sécuriser les opérations financières, à les rendre transparentes et efficaces. Les services financiers numériques peuvent également soutenir les programmes de santé, les prestataires de santé et les personnes en quête de prestations de santé.

Le projet SHOPS Plus a mené une enquête en 2017 auprès des parties prenantes de la santé dans les secteurs public et privé afin de mieux comprendre quelle était l'utilisation actuelle des technologies mobiles et quels étaient les intérêts perçus pour l'avenir dans ce domaine dans le cadre des travaux visant à atteindre les objectifs du programme à Madagascar. Les principales constatations découlant de cette enquête sont les suivantes :

- 38 pour cent des participants (n = 15) ont affirmé qu'ils avaient utilisé l'argent mobile pour payer le personnel ou des partenaires, et 10 pour cent (n = 4) ont indiqué qu'ils avaient fait appel à l'argent mobile à d'autres fins programmatiques.
- 39 pour cent des participants (n = 16) ont indiqué qu'ils souhaiteraient étudier les possibilités d'utiliser l'argent mobile dans le cadre de l'inclusion financière de bénéficiaires et 29 pour cent (n = 12) ont mentionné qu'ils souhaiteraient étudier les possibilités d'utilisation de l'argent mobile pour des paiements courants, et/ou pour surveiller et évaluer les effets des mesures incitatives.
- Les participants ont indiqué que l'utilisation de l'argent mobile avait accéléré et sécurisé les paiements, et qu'elle avait amélioré l'accès à l'argent pour les femmes.
- Les principales difficultés relevées concernaient les clients qui peuvent ne pas souhaiter utiliser l'argent mobile pour des remboursements ainsi qu'une insuffisance de fonds disponibles dans les points de retrait d'argent dans les zones éloignées pour payer les travailleurs.

pour cent de la population ne dispose pas de compte bancaire, 227 millions de comptes mobiles étaient enregistrés à la fin de 2016 ([GSMA 2017](#)).

L'argent mobile est susceptible d'être utile en matière de santé dans les domaines suivants :

- la facilitation des transferts d'argent entre personnes à grande échelle en s'appuyant par exemple sur les programmes conditionnels de transfert d'argent prévus pour les populations dispersées et visant à accroître l'utilisation des services ;
- la capacité à collecter des fonds à partir de zones difficiles à atteindre en s'appuyant par exemple sur des petits paiements courants pour le règlement des primes d'assurance maladie ;
- l'amélioration de la sécurité et de l'efficacité du personnel de santé en limitant le besoin de réaliser des opérations en espèces dans les cliniques ;
- la capacité à fournir une assistance ciblée et en temps opportun en cas d'urgence, par exemple la prise en charge d'un taxi en cas de dystocie ;
- la capacité d'effectuer des enregistrements en temps réels pour des paiements multiples, tels que les paiements de per diem ou de salaires aux travailleurs de santé et agents communautaires effectués par les administrateurs de programme (HFG, 2013).

Ces cas d'utilisation peuvent initier de nouveaux concepts et de nouvelles innovations pour les applications d'argent mobile dans le domaine de la santé.

10.3.1 Les infrastructures mobiles à Madagascar

La plateforme d'argent mobile est délimitée par l'infrastructure, le marché et la pénétration sur le marché propres à un pays donné, et il est donc important de considérer en premier lieu ces éléments fondamentaux. À Madagascar, il existe trois principaux ORTM et chacun d'entre eux propose des services d'argent mobile : Orange avec Orange Money, Airtel avec Airtel Money, et Telma avec mVola. À Madagascar, on estime à 51 pour cent la part de la population disposant d'un téléphone mobile ou d'une carte SIM (63 pour cent dans les zones urbaines) et le marché est largement occupé par les comptes prépayés au détriment des abonnements, ce qui souligne la préférence pour le modèle de « paiement à la consommation » généralement employé en cas de faibles revenus ([Budde 2016](#), [Finscope 2016](#)).

Bien que le pays affiche toujours des taux de pénétration du marché mobile parmi les plus faibles de l'Afrique subsaharienne, les perspectives de croissance sont prometteuses, stimulées par les investissements réalisés dans les infrastructures (notamment l'investissement de 250 millions USD réalisé par Telma pour construire la dorsale Internet en fibre optique) et la concurrence entre les opérateurs qui se partagent le marché de manière relativement équitable. En 2013, Airtel détenait 40 pour cent de parts de marché, et Telma et Orange se positionnaient derrière avec respectivement 31 pour cent et 29 pour cent de parts de marché ([GSMA 2013](#)). Les chiffres concernant les parts de marché sont difficiles à obtenir, mais Telma affirme détenir environ la moitié (50 pour cent) des parts de marché de l'argent mobile. La couverture géographique mobile de 85 pour cent est en réalité assez élevée compte tenu de la taille du marché.

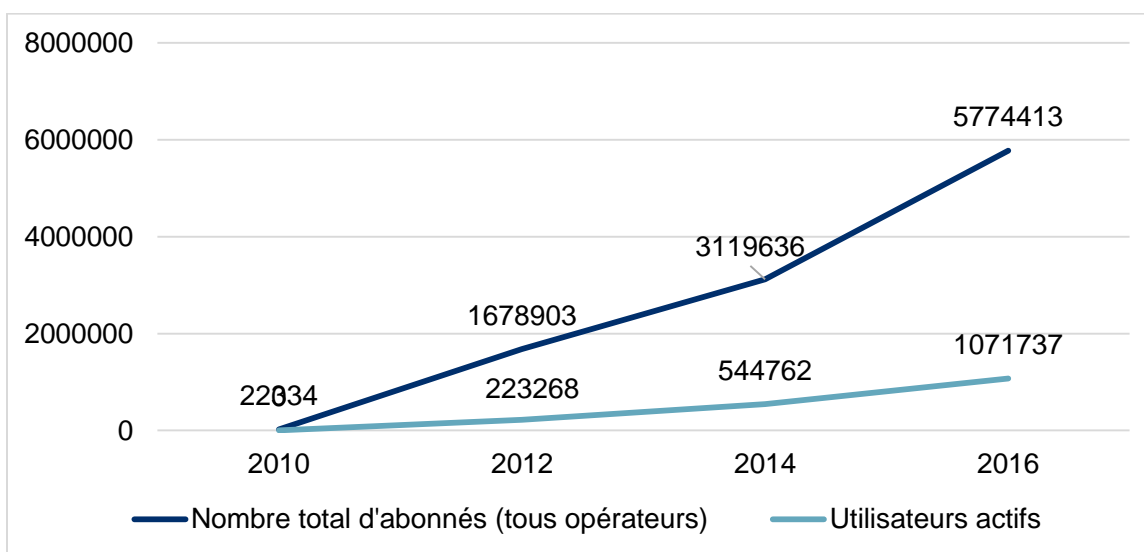
En 2017, Madagascar est devenu le deuxième marché (après celui de la Tanzanie) au sein duquel l'ensemble des principaux opérateurs se sont mis d'accord pour une interopérabilité de leurs services d'argent mobile, permettant ainsi de prendre en charge des opérations financières plus facilement et potentiellement à moindre coût entre les opérateurs. Ce

mouvement a été salué comme une preuve de l'engagement de l'industrie mobile à développer des services financiers destinés aux consommateurs et à stimuler la croissance économique (GSMA 2016). La loi de finances de 2016 a augmenté les taxes sur les télécommunications à 10 pour cent, une redevance que les opérateurs mobiles répercuteront probablement sur leurs utilisateurs (Budde 2016).

10.3.2 Pénétration de l'argent mobile à Madagascar

L'argent mobile a fait son apparition à Madagascar en 2010 et donné lieu à 5,77 millions d'inscriptions (1,35 million d'utilisateurs actifs) en 2016 (voir Figure 21). Ce chiffre représente une augmentation de 4 400 pour cent (CSBF 2016, CNN 2017). Le nombre d'utilisateurs actifs (une personne ayant utilisé le service d'argent mobile au cours des 90 derniers jours) reflète plus précisément le nombre d'utilisateurs actuels à Madagascar. Comme dans de nombreux autres pays, les abonnés s'enregistrent souvent pour l'argent mobile, mais ils peuvent ne pas être des utilisateurs actifs dans la mesure où ils appréhendent mal son application, ils ne peuvent se permettre de payer des frais d'opération élevés, ils n'ont pas accès à un agent d'argent mobile, ou ont des difficultés pour son utilisation (en raison des problèmes de couverture du réseau et d'un nombre limité d'entreprises qui acceptent l'argent mobile). Le nombre d'utilisateurs actifs n'a pas connu de croissance aussi rapide et il traduit le fait que de nombreux utilisateurs possèdent des cartes SIM de chacun des trois opérateurs.

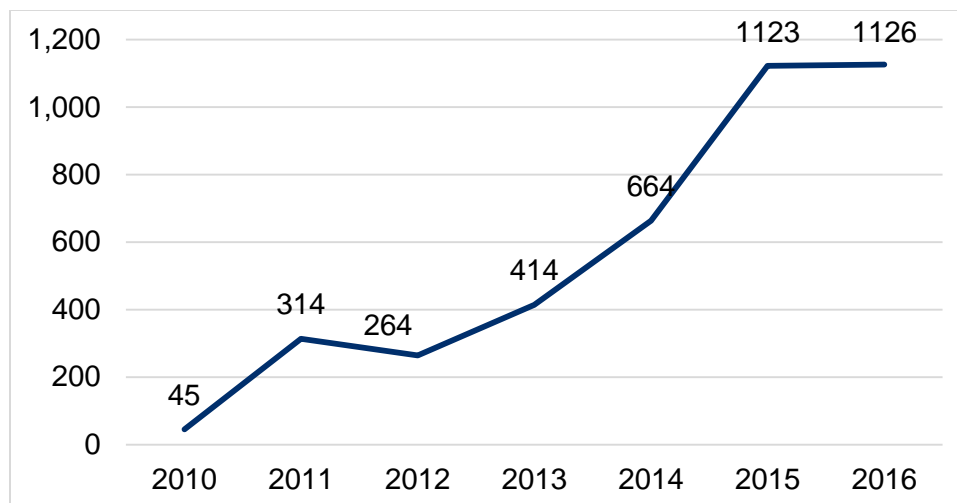
Figure 21. Nombre total d'abonnés et nombre d'abonnés actifs 2010-2016



Source : CSBF, 2016

De manière comparable à l'augmentation des souscriptions, le volume des opérations de l'argent mobile a également augmenté de 2 500 pour cent depuis 2010 (voir Figure 22).

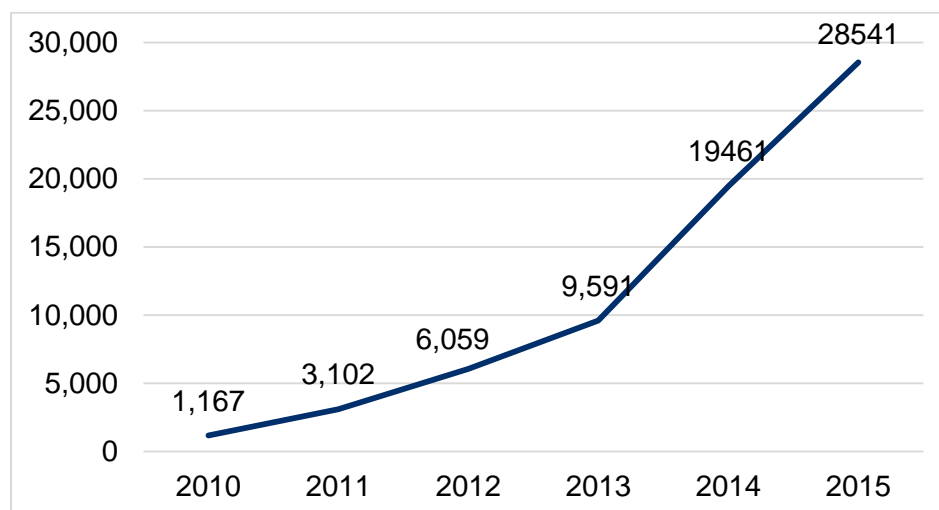
Figure 22. Volume des opérations (en milliards d'Ariary), 2010-2016



Source : CSBF, 2016

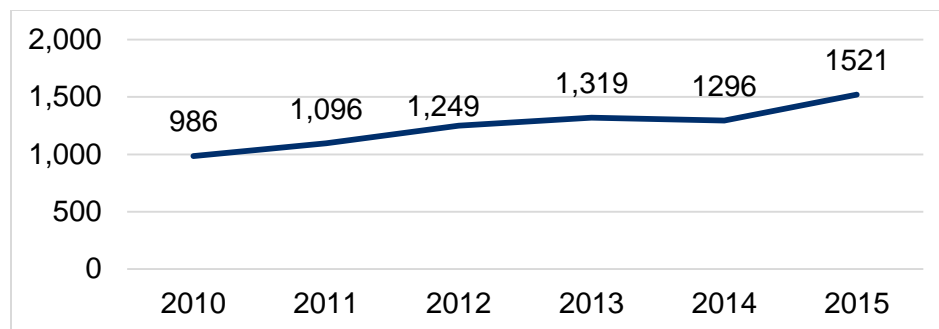
Le nombre de points de distribution (« points de retrait ») et de communes desservies par l'argent mobile augmente également, améliorant ainsi l'accès géographique et le côté pratique pour les potentiels utilisateurs (voir figure 23-24). Avec environ 1 600 communes concernées à Madagascar, cela signifie que la plupart des communes sont desservies dans une certaine mesure par l'un des opérateurs d'argent mobile. Une enquête récente indique que l'accès géographique peut expliquer en partie la domination de l'argent mobile sur les institutions financières ; en moyenne, un client a besoin de 24 à 30 minutes pour se déplacer vers un lieu où sont proposés des services financiers formels tels que des banques, des distributeurs d'argent et des IMF, tandis que le temps nécessaire pour se rendre chez des agents d'argent mobile est réduit à 18 minutes ([Finscope 2016](#)).

Figure 23. Nombre de points de distribution, 2010-2016



Source : CSBF, 2016

Figure 24. Nombre de communes desservies, 2010-2016

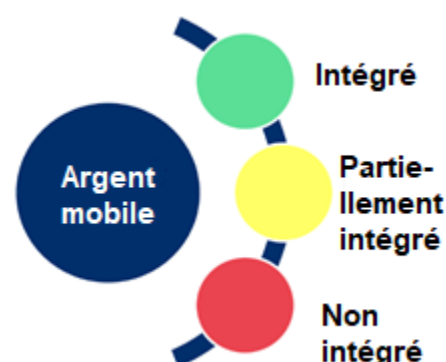


Source : CSBF, 2016

10.3.3 Cas d'utilisation de l'argent mobile pour la santé à Madagascar

Le concept de la finance numérique et l'utilisation de l'argent mobile dans le domaine de la santé demeurent récents et les organisations ont opté pour des approches différentes de l'intégration de l'argent mobile à leurs pratiques commerciales. Afin de mieux comprendre l'attitude de ces organisations concernant l'utilisation de l'argent mobile pour la santé et de quelle manière elles l'ont utilisé, quelques exemples d'actualité ont été présentés pour les deux premières des trois catégories suivantes : « intégré » ; « partiellement intégré » et « non intégré ».

Les exemples relatifs à la catégorie « intégré » concernent des organisations qui utilisent l'argent mobile de manière naturelle dans le cadre d'un programme. Les exemples relatifs à la catégorie « partiellement intégré » concernent des organisations dont l'attitude et les expériences en matière d'argent mobile sont contrastées. Les exemples relatifs à la catégorie « non intégrée » concernent les organisations pour lesquelles l'argent mobile n'a pas fonctionné ou n'est pas perçu comme capable de répondre aux besoins de leur programme. Dans la mesure où l'objet de l'analyse porte sur des cas d'utilisation, une organisation individuelle peut apparaître dans plusieurs catégories selon ses expériences et ses attitudes par rapport à l'argent mobile.



Catégorie « intégré » (adopteurs précoces)

Les cas d'utilisation dans la catégorie « intégré » sont des exemples d'organisations qui ont utilisé ou utilisent actuellement l'argent mobile pour contribuer à l'atteinte des objectifs de leur programme à Madagascar. Elles sont considérées comme des adopteurs précoces dans la mesure où elles ont choisi d'utiliser l'argent mobile à ce stade précoce malgré les difficultés contextuelles mentionnées précédemment. Ces exemples comprennent notamment :

- Baobab, un des principaux prêteurs en microfinance, s'est engagée à tirer parti des canaux mobiles pour améliorer ses offres financières. Baobab s'est associée à Orange Money pour pouvoir proposer des services de dépôt et de retrait d'argent ainsi qu'un porte-monnaie mobile pour les clients des produits de crédit. Elle s'est également associée à Airtel Money pour financer les cartes bancaires sans retrait possible. MAHEFA s'est associée à la Fondation Telma et à mVola pour promouvoir les crédits de communication auprès des jeunes exposés à des risques dans le cadre d'une activité de

planification familiale axée sur les SMS. La promotion du crédit de communication ou d'autres crédits par le biais de l'argent mobile constitue un outil utile pour encourager les comportements sains et stimuler la participation.

- Aro et Ny Havana se sont associées (séparément) à l'opérateur d'argent mobile mVola pour proposer des produits d'assurance dotés de fonctionnalités mobiles.
- CRS, Care et le projet AIRS payent les per diem, les fournisseurs et les travailleurs saisonniers avec l'aide de l'argent mobile. L'utilisation de l'argent mobile pour les petits paiements récurrents dans les zones difficilement accessibles a permis d'améliorer la sécurité et la ponctualité des paiements, et de diminuer le coût des programmes ainsi que le fardeau administratif.

Ces pionniers investissent dans toute une gamme de services financiers numériques pour la santé, y compris dans des mesures incitatives, des assurances dotées de fonctionnalités mobiles, des services financiers et l'administration de programmes. Ils seront en mesure de fournir des informations importantes et précieuses concernant les difficultés, les coûts et les avantages de l'utilisation de l'argent mobile pour atteindre ces objectifs.

Catégorie « partiellement intégré » (réceptif)

Les programmes appartenant à cette catégorie proposent actuellement certains canaux pour l'argent mobile, mais ils rencontrent des difficultés liées à l'adoption, ou ils envisagent activement de faire appel à l'argent mobile pour contribuer à atteindre les objectifs de leur programme de santé à Madagascar. Ces exemples comprennent notamment :

- Ascoma, le tiers administrateur d'un réseau de prestataires de santé utilisé par Allianz, Aro et Ny Havana, a commencé à utiliser l'argent mobile en 2017 pour le remboursement des frais engagés par les clients bénéficiant d'une assurance maladie et associés à leur demande de remboursement. Cette méthode de paiement est accessible aux clients de n'importe quel opérateur et elle vient compléter les canaux existants s'appuyant sur les dépôts bancaires et les espèces.
- Aro, la plus grande compagnie d'assurance à Madagascar, et Positive Planet, un administrateur de mutuelles, offrent aux prestataires de santé de leur réseau la possibilité de se faire payer en contrepartie de leurs services avec de l'argent mobile (quel que soit l'opérateur). Cependant, Aro a remarqué que les médecins préféreraient recevoir les paiements sur leur compte bancaire et Positive Planet s'est aperçue que de nombreux prestataires ne se sentaient pas suffisamment en confiance pour utiliser l'argent mobile ou qu'ils ne disposaient pas de compte.

Les exemples de la catégorie « partiellement intégré » montrent qu'il demeure un certain nombre d'incertitudes et de réticences concernant l'utilisation de l'argent mobile et que les organisations souhaitent vivement en apprendre davantage sur les différents moyens permettant de mieux tirer parti des services financiers numériques dans le but d'améliorer l'inclusion financière et leurs propres activités.

Catégorie « non intégré » (faible priorité)

Certains partenaires de mise en œuvre, IMF et mutuelles n'ont pas encore identifié de moyens à travers lesquels l'argent mobile apporterait des avantages directs à leurs adhérents ou clients.

Dans certains cas, les adhérents eux-mêmes expriment une préférence pour des espèces plutôt que pour l'argent mobile. Dans d'autres cas, le manque d'infrastructures de télécommunication, en particulier dans les zones rurales, complique l'exploitation des innovations numériques à des fins pratiques et quotidiennes. L'utilisation de l'argent mobile nécessite une préparation progressive et les organisations de la catégorie « non intégré » ont conclu que l'investissement dans la transition vers les services financiers numériques n'était pas rentable à l'heure actuelle, dans cette configuration et pour cet objectif spécifique.

Enfin, les services financiers numériques sont proposés à un certain niveau par la plupart des grandes banques et IMF, mais les cas d'utilisation et la qualité des services varient, leur portée reste majoritairement limitée aux zones urbaines et ils s'adressent à des clients relativement aisés. Il n'existe que peu de données disponibles fournissant des descriptions démographiques concernant l'utilisation de chaque service numérique et précisant la finalité recherchée, mais les bénéficiaires, les prestataires de santé et les autres parties prenantes du domaine de la santé ne disposent pas suffisamment de capacités leur permettant d'opérer numériquement entre eux.

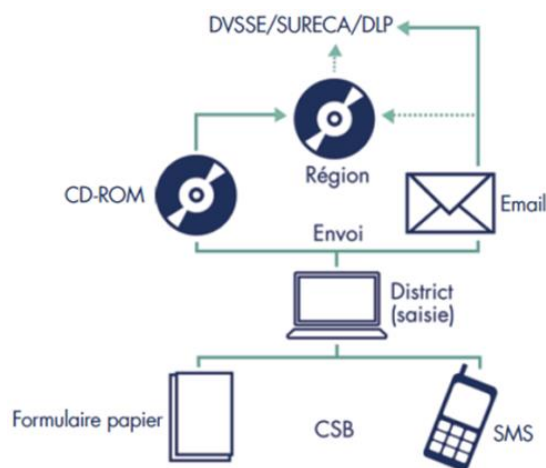
L'utilisation de l'argent mobile par les organisations de santé reste inégale, avec environ un tiers des organisations parties prenantes qui utilisent l'argent mobile dans une certaine mesure et un tiers d'entre elles qui souhaitent en apprendre davantage. Les possibilités d'intégration des approches financières numériques au sein des programmes et des services sont très nombreuses, mais la question se pose en termes de priorité compte tenu des ressources limitées. Nous ne présentons pas d'exemple spécifique pour la catégorie « non intégré » afin de ne pas singulariser certaines organisations qui ont choisi de définir d'autres priorités.

11. Systèmes d'information sanitaire

Le Système National d'Information Sanitaire (SNIS) a été développé à Madagascar pour améliorer la collecte, les transmissions, la gestion et l'utilisation des informations de santé à tous les niveaux du système de santé. Le Système d'Information Sanitaire de Routine (SISR) intègre un système d'information et de gestion (SIG) et le Système d'Information et de Gestion / Rapports Mensuels d'Activités (SIG/RMA). Le SNIS comprend d'autres sous-systèmes de production de données tels que le système Surveillance Intégrée de la Maladie et la Riposte (SIMR), les systèmes d'information des programmes verticaux, le système d'information sur les ressources (santé, fournitures/matériel) et le système d'enregistrement des naissances et des décès.

Sous l'égide du MSP, trois entités supervisent le SNIS, à savoir la DVSSE qui met en œuvre le système *Integrated Disease Surveillance and Response* (IDSR) et le système de surveillance sentinelle du paludisme, la DSI pour la santé qui gère les données recueillies par le système, et le service des statistiques sanitaires et démographiques (SSSD) de la DEP. Ces trois entités ont élaboré le plan de renforcement stratégique 2013-2017 du SNIS et la stratégie de cybersanté 2016-2019.

Figure 25. Collecte des données dans le SNIS



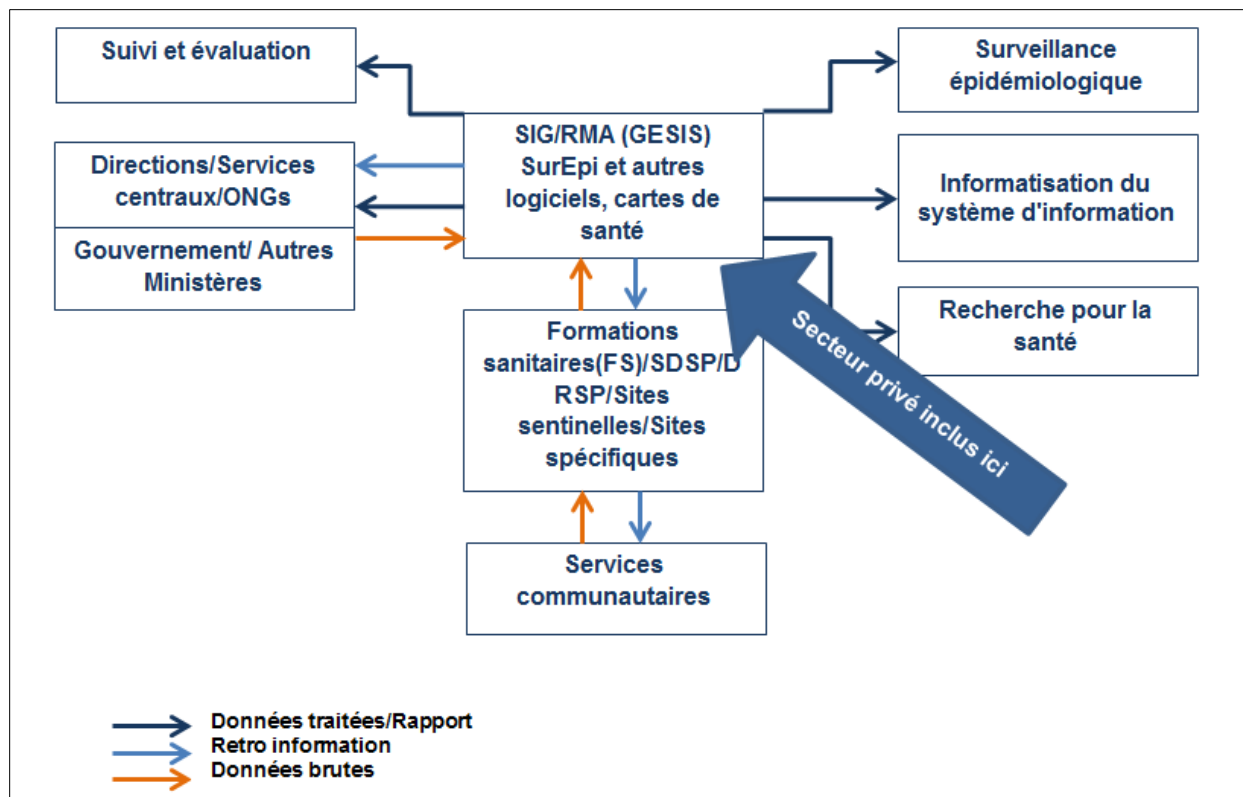
Source : Rapport d'évaluation de la performance du Système d'Information Sanitaire de Routine (SISR) et de la Surveillance Intégrée de la Maladie et la Riposte (SIMR). 2015

Les établissements de santé fournissent les données aux autorités des districts par le biais de SMS ou de documents en papier, ces derniers étant majoritaires. Le district envoie ensuite les données par courrier électronique à la DVSSE, au Service des Urgences et des Ripostes aux Épidémiologies et Catastrophes (SUREC) et à la DLP. Les régions reçoivent les données par courrier électronique ou sur CD-ROM, et elles partagent ensuite les données consolidées avec la DVSSE, le SUREC et la DLP (voir Figure 25).

Le SIG/RMA est le cœur du SNIS. Il gère les données de routine provenant des établissements publics et privés grâce au logiciel GESIS. Les données collectées à différents niveaux sont traitées de manière centralisée et elles sont utilisées par d'autres composants du

SNIS, telles que (1) la surveillance épidémiologique, (2) le système de surveillance et (3) l'évaluation et la recherche pour le secteur de la santé (comme montré dans la Figure 26).

Figure 26. Système d'information sanitaire de routine et spécifique, et utilisateurs



Source : Plan de Développement du Secteur Santé 2015-2019

Les efforts permanents visant à renforcer le SIG/RMA comprennent des programmes élaborés par la DSI permettant de rendre opérationnelle la plateforme logicielle d'informations de santé au niveau des districts (DHIS 2) à une grande échelle d'ici la fin de 2017.

Outre la construction de son propre système, le MSP a conclu deux grands partenariats pour la surveillance épidémiologique, un avec l'OMS et un autre avec l'Institut Pasteur. Le système de surveillance des maladies mise en place grâce au soutien de l'OMS englobe actuellement 380 CSB et il permet de collecter des données clés sur les indicateurs de santé à l'aide de tablettes. On s'attend à ce que ce partenariat s'étende à de nouveaux CSB grâce au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme qui finance 500 tablettes supplémentaires. L'Institut Pasteur apporte son soutien à la surveillance des maladies au niveau de 102 centres de collecte de données et 11 laboratoires, et il a équipé 108 agents communautaires avec des iPad pour

Qu'est-ce que le DHIS 2 ?

Le DHIS 2 est un logiciel Web libre et gratuit utilisé par les systèmes d'information pour la santé afin de recueillir, gérer, valider et analyser les données transactionnelles et statistiques. Il comprend des fonctionnalités très utiles de visualisation et de présentation de tableaux de bord intégrant des systèmes d'information géographique, des graphiques et des tableaux croisés dynamiques. Le DHIS 2 a été adopté par 47 pays du monde entier comme un moyen de gérer les analyses de données pour les informations sur les personnes physiques, les districts et la santé nationale.

effectuer une surveillance permettant de détecter les cas de fièvre/paludisme au niveau des foyers. L'Institut Pasteur travaille également avec 54 CSB/CHD. Les données collectées par le biais de ces partenariats sont alimentées au niveau national et elles reflètent une partie de l'image globale de la santé dans le pays.

11.1 Participation du secteur privé à la collecte et à la transmission des données.

11.1.1 Collecte et transmission des données

Les données sont les éléments les plus fondamentaux d'un système d'information pour la santé. Les systèmes de collecte, de communication et de transmission des données sont vitaux pour veiller à ce que les ministères de la santé soient en mesure de tirer des conclusions complètes et éclairées, et de prendre des mesures basées sur les éléments rapportés par les établissements de santé. Dans la mesure où le secteur privé joue un rôle important dans la fourniture de produits et de services, il est important que les données du secteur privé soient intégrées afin de bénéficier d'une image fiable de la santé publique. Cependant, seulement 25 pour cent des prestataires privés rapportent régulièrement des données au secteur public (MSP, 2016). Une enquête menée en 2015 auprès des établissements de santé publics et privés indique que 33 pour cent des établissements de santé privés soumettaient des rapports de santé complets (voir Tableau 19). Les établissements privés ont plus tendance à soumettre des données incomplètes par rapport aux établissements publics. Le fait que les outils de collecte de données soient disponibles dans seulement 50 pour cent des districts dans lesquels s'est rendue l'équipe de MEASURE et que la moitié seulement des prestataires de santé dispose d'un équipement informatique permettant d'envoyer des données par voie électronique explique probablement cette faible participation des prestataires privés (MEASURE 2015). L'autre moitié des prestataires privés collectent et transmettent des données en utilisant des registres en papier. Les systèmes utilisant le papier, tout comme le manque de matériel et d'équipement, sont susceptibles de retarder la soumission des données et d'entraîner certaines difficultés en matière d'assurance qualité.

Tableau 19. Exhaustivité des rapports de santé en pourcentage pour différents types d'établissement de santé (T1, 2015)

Établissements de santé	Niveau d'exhaustivité global**	% des établissements de santé transmetteurs	
		Aucun rapport	Tous les rapports
CSB I (N = 15)	53,3	33,3	40,0
CSB II (N = 45)	77,4	13,3	68,3
Hôpitaux (N = 5)	80,0	2 sur 5*	3 sur 5*
Sites sentinelles (N = 19)	80,3	10,5	68,4
Établissements de santé privés (N = 30)	33,3	56,7	26,7

Établissements de santé	Niveau d'exhaustivité global**	% des établissements de santé transmetteurs	
		Aucun rapport	Tous les rapports
Ensemble des établissements de santé* (N = 110)	62,2	28,2	53,6
Agents communautaires (N = 218)	8,6	88,9	7,3

Source : Rapport d'évaluation de la performance du Système d'Information Sanitaire de Routine (SISR) et de la Surveillance Intégrée de la Maladie et la Riposte (SIMR), 2015

Par ailleurs, le niveau de précision des rapports provenant des établissements privés (et publics) est faible concernant les indicateurs de santé (voir Tableau 20). Les raisons expliquant les différences que l'on trouve au niveau des indicateurs dans les rapports ne sont pas vraiment connues.

Tableau 20. Pourcentage des établissements de santé transmettant des rapports exacts sur la base d'indicateurs spécifiques (T1, 2015)

	Secteur privé		Secteur public		
	Acteurs privés (N = 30)	Acteurs communautaires (N = 215)	Hôpitaux (N = 5)	CSB I (N = 16)	CSB II (N = 60)
Nouvelles personnes faisant appel à la planification familiale	54	60	80	58	48
Prestations au niveau des centres de santé	39	56	75	65	68
Décès maternels	60	53	58	69	79
Cas de paludisme	71	85	40	69	81
Enfants de moins de 5 ans vaccinés	53	96	60	645	46

Source : Rapport d'évaluation de la performance du Système d'Information Sanitaire de Routine (SISR) et de la Surveillance Intégrée de la Maladie et la Riposte (SIMR), 2015

12. Défis à relever et recommandations

Grâce aux enquêtes menées auprès de parties prenantes des secteurs public et privé de Madagascar et à l'étude de documents clés, l'équipe de l'ESP du projet SHOPS Plus a identifié les contraintes qui pèsent sur les capacités du secteur privé de la santé et l'empêchent d'améliorer l'accès au système de santé et d'accroître l'efficacité de ce dernier. Dans cette section, les défis sont regroupés par thème et ils sont suivis de recommandations visant à surmonter ces défis.

12.1 Prestation de services

Défis à relever : Le MSP et les organisations professionnelles ne supervisent pas de manière adéquate les aspects liés à la qualité des prestataires privés. Pour améliorer la prestation de services dans le secteur privé, les associations professionnelles doivent être impliquées dans les processus de certification et la supervision formative.

Les défis à relever par domaine de santé spécifique comprennent notamment :

- **PF :** Les praticiens à but lucratif font largement défaut dans le domaine de la fourniture de services de planification familiale, en particulier pour les méthodes contraceptives réversibles à long terme.
- **SMI :** Il reste un certain nombre de difficultés à surmonter en matière de qualité des services ; les matrones fournissent parfois des services pour lesquels elles ne sont pas qualifiées, tandis que les clients préfèrent faire appel aux matrones pour des raisons de contraintes financières ou d'accès géographique dans les zones rurales.
- **Paludisme :** Les établissements, pharmacies, dépôts et distributeurs privés sont souvent le premier point de contact des clients pour le paludisme, mais beaucoup ne suivent pas les recommandations du Plan National de Lutte Contre le Paludisme.
- **AEPHA :** Le manque d'actions de sensibilisation, de coordination et de connaissances techniques chez les prestataires privés dans les domaines de l'AEPHA limite l'efficacité de leur engagement.

Recommandations :

Créer une confédération des associations professionnelles réunissant les médecins, les infirmières, les sages-femmes et les pharmaciens pour discuter des protocoles de qualité et renforcer les synergies entre les professions. Les associations professionnelles ont déjà manifesté un intérêt pour cette plateforme qui pourrait superviser les initiatives de certification et de supervision formative qui font défaut à Madagascar.

Renforcer le rôle des acteurs à but lucratif du secteur privé en matière de PF. Par exemple, les acteurs à but lucratif du secteur privé pourraient être davantage impliqués dans les activités d'évaluation du marché totale conduites par le FNUAP. L'intégration des prestataires privés à but lucratif dans les initiatives de formation sur la PF du secteur public contribuerait également à l'amélioration de la qualité et de la disponibilité des services de PF.

Améliorer la qualité de la prestation de services du secteur privé. Une meilleure diffusion des directives cliniques est nécessaire et des réseaux d'appui et d'orientation renforcés devraient être établis, en particulier pour les matrones.

Intégrer les prestataires privés, en particulier les cabinets, de manière plus globale aux programmes nationaux actuels de lutte contre le paludisme à court terme ainsi qu'à tous les autres programmes prioritaires à moyen terme. Pour combler les carences de formation, les prestataires privés doivent être formés par les associations professionnelles sur la prise en charge des différents cas de paludisme.

Organiser des formations sur l'AEPHA, et l'entrepreneuriat pour les entrepreneurs potentiels du secteur, et développer des actions de sensibilisation pour renforcer l'engagement du secteur privé dans les activités liées à l'AEPHA.

Compte tenu du succès relatif des PPP en matière d'AEPHA à Madagascar, il serait nécessaire de bien appréhender les enseignements tirés pour les mettre en pratique dans le cadre d'autres activités de PPP de santé.

12.2 Politiques et PPP

Défis à relever en matière politique : Le secteur privé est fragmenté et les efforts de plaidoyer avec le MSP sont partiels. Il est nécessaire d'harmoniser les différentes définitions données aux établissements de santé privés parmi les organismes gouvernementaux. Les efforts actuellement entrepris pour réviser les arrêtés réglementant les établissements de santé ne tiennent pas suffisamment compte de la représentation du secteur privé de la santé à but lucratif, bien que les NGO et les OC participent au processus de réforme. Une expertise juridique est également nécessaire afin de veiller à ce que les nouvelles politiques en cours d'élaboration sur les établissements du secteur privé de la santé respectent les meilleures pratiques juridiques. Outre la réforme des politiques et de la réglementation sur les établissements de santé privés, un besoin existe concernant un examen plus général du cadre juridique actuel s'appliquant au secteur privé de la santé. De nombreux prestataires privés ignorent les politiques, les règlements et les protocoles du MSP.

Recommandations :

Impliquer le secteur privé dans l'élaboration des politiques et le processus de planification stratégique. L'équipe de l'ESP a constaté que les ONG et les OC étaient bien représentées dans les discussions sur la politique et la stratégie en matière de santé, mais il est nécessaire d'intégrer les acteurs à but lucratif du secteur de la santé aux discussions pour s'assurer que tous les segments du secteur de la santé soient représentés de manière appropriée.

Étudier la nécessité d'organiser le secteur privé. Dans plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest tels que le Bénin, le Togo et le Sénégal, le secteur privé de la santé s'est lui-même organisé sous la forme d'une fédération du secteur privé qui interagit avec le secteur public. À Madagascar, il n'existe que peu d'organisations du secteur privé et il est peut-être prématuré de lancer une telle fédération. Une réunion exploratoire avec des acteurs du secteur privé a déjà eu lieu concernant la création d'une plateforme des établissements hospitaliers privés. Ces efforts devraient être soutenus en tant que première étape dans la création des associations des prestataires de santé privés qui pourraient former plus tard une fédération.

Procéder à un examen juridique et réglementaire afin de rationaliser la législation pour le secteur privé.

Il est nécessaire d'examiner la législation antérieure pour remédier aux incohérences et aux ambiguïtés. Par exemple, au cours de son examen du cadre juridique de la planification familiale et de la santé reproductive, le projet Health Policy a constaté qu'il existait des conflits entre le code d'éthique médicale, le code de santé et le code pénal (HP+, 2017). L'équipe de terrain de l'ESP a constaté que les lois et les règlements sur les importations, les ventes et la distribution de produits de planification familiale et de santé reproductives manquaient de clarté.

L'examen pourrait résoudre d'autres problèmes réglementaires identifiés dans le cadre de l'ESP. Par exemple, les parties prenantes interrogées par l'équipe de terrain de l'ESP ont mis en relief le problème opposant les pharmacies et les dépôts lorsqu'un dépôt devait fermer si une pharmacie ouvrait ses portes dans la même zone. Une étude mondiale sur la législation applicable aux pharmacies et distributeurs de médicaments conduite dans le cadre du projet SHOPS Plus en 2017 indique que, sur les 17 pays dans lesquels se trouvent des distributeurs secondaires de médicaments tels que les dépôts, seulement 3 disposent d'une législation précisant clairement que les distributeurs de médicaments doivent fermer si une pharmacie ouvre, et ces 3 pays sont situés en Afrique francophone (Riley, 2017). Un examen plus approfondi effectué par les parties prenantes de la dynamique réglementaire et de marché concernant les pharmacies et les dépôts est nécessaire.

La limitation de la portée géographique et les offres des SMIE en matière de santé constituent un autre problème d'ordre réglementaire ayant fait l'objet de discussions entre l'équipe de terrain et plusieurs parties prenantes. Les SMIE espèrent pouvoir opérer dans une zone plus étendue, offrir des services d'hospitalisation et proposer une assurance aux travailleurs indépendants et à ceux du secteur informel. L'AMIT est en train de tester un produit à destination des travailleurs du secteur informel et les premiers résultats sont encourageants.

Harmoniser les différentes définitions données aux établissements privés parmi les organismes gouvernementaux. Actuellement, la DEP, l'AgMed, le SMLDP et la DPLMT catégorisent les établissements privés de façon différente, et il est donc difficile d'avoir une représentation du périmètre du secteur privé dans le pays. Un atelier réunissant ces parties prenantes est nécessaire pour lancer le processus d'harmonisation.

Surveiller les progrès réalisés pour les actions qui contribuent au cadre juridique facilitateur telles que l'attribution des ressources et les partenariats, et s'assurer régulièrement qu'ils ont un effet positif sur la santé de la population. Faire connaître les progrès réalisés aidera à mobiliser le soutien nécessaire pour poursuivre sur la voie de l'amélioration d'un cadre juridique facilitateur.

Défis liés aux PPP : Bien que les PPP en matière de santé se distinguent des grands PPP relatifs aux infrastructures que le Ministère des Finances supervise à Madagascar, il n'existe pas encore de politique ou de stratégie en matière de PPP de santé au sein du MSP. À ce jour, la Direction de Partenariat se penche davantage sur la coordination des bailleurs et les questions de contractualisation que sur les PPP. En outre, les OC et les ONG sont intégrées aux possibilités de contractualisation contrairement aux acteurs à but lucratif du secteur privé qui en sont écartés la plupart du temps. La formation aux principes de contractualisation financée par l'USAID qui a été organisée sous l'égide d'un précédent projet a été interrompue et les acteurs du secteur privé situés dans de nombreuses régions ignorent les possibilités et les procédures de contractualisation.

Recommandations :

Développer une stratégie nationale de partenariat public-privé en matière de santé pour accélérer la mise en œuvre du programme de PPP. Le MSP pourrait, par exemple, s'inspirer de la stratégie mise en place par l'[Ouganda](#), qui définit le cadre politique et le schéma institutionnel des PPP de santé dans le pays.

Renforcer les capacités de la Direction des partenariats du MSP en coordination avec l'Unité PPP. En plus d'améliorer la facilitation et la gestion des PPP, cela pourrait permettre à la Direction des partenariats du MSP d'adapter les cadres juridiques au contexte du secteur de la santé et de mieux les préparer à identifier les PPP potentiels avec le secteur privé à but lucratif.

Défi en matière de RSE Les activités de RSE à Madagascar sont actuellement fragmentaires, avec peu d'occasions pour les entreprises et l'USAID de se réunir pour discuter des opportunités en RSE.

Recommandation :

L'USAID devrait s'appuyer davantage sur la Plateforme humanitaire du secteur privé. La plateforme, composée de 28 sociétés privées (y compris la Fondation Telma, Ambatovy et DHL) pourrait constituer une rampe de lancement que l'USAID utiliserait afin de commencer à construire des relations régulières dans le but de définir et éclairer ses initiatives philanthropiques et programmatiques.

12.3 Accès aux médicaments essentiels

Défis à relever : Le secteur privé a l'occasion de contribuer au comblement des lacunes constatées dans la chaîne d'approvisionnement malgache pour construire une chaîne d'approvisionnement en produits de santé forte et efficace, mais trop peu d'informations sont disponibles concernant les caractéristiques de la chaîne d'approvisionnement du secteur privé, et la collaboration entre les grossistes/distributeurs et le secteur public est insuffisante. Pour un examen plus approfondi des défis dans le secteur pharmaceutique à Madagascar, se référer à la Politique pharmaceutique nationale (2016).

Recommandation :

Identifier des opportunités de partenariat dans le secteur public et le secteur privé. Il s'agit de distinguer les services, les produits, les segments et les zones géographiques envers lesquels les grossistes et les distributeurs présentent les meilleures dispositions en vue d'une collaboration avec le secteur public dans le but de construire une chaîne d'approvisionnement en produits de santé forte et efficace. Certains PPP pourraient se consacrer à la sous-traitance dans les zones connexes afin d'améliorer la fonction de la chaîne d'approvisionnement en produits de santé. Par exemple, un PPP pourrait être défini pour lutter contre le développement des marchés pharmaceutiques illégaux et parallèles qui nuisent aux ventes légales de SALAMA et des grossistes privés en produits pharmaceutiques.

12.4 Ressources humaines pour la santé

Défi à relever : Les recensements des établissements et prestataires privés (médecins, infirmiers, sages-femmes, pharmaciens) par le MSP et les associations professionnelles

fournissent des chiffres différents, et il est donc difficile d'avoir une image claire du secteur privé de la santé. Il est essentiel de disposer de statistiques précises sur le nombre de prestataires par profession, ainsi que sur le nombre d'établissements privés dans le pays. Le nombre de médecins est insuffisant et beaucoup approchent de l'âge de la retraite. D'autre part, le nombre d'infirmiers et de sages-femmes formés est trop important pour que le marché puisse l'absorber. La qualité des formations d'infirmiers et de sages-femmes est insuffisante dans le secteur privé, et certaines institutions de formation ne sont pas agréées ou ne respectent pas les règles du MSP.

Recommandations :

Effectuer un recensement du secteur privé afin d'élaborer une base de référence des emplacements et du personnel des pharmacies et des établissements de santé privés. En outre, le MSP a besoin d'une assistance technique pour l'élaboration d'une base de données électronique facile à mettre à jour sur les établissements et les prestataires privés. Cette recommandation est en phase avec le plan d'action du SMLDP de 2017 qui mentionne un tel recensement au titre des principales priorités. La collecte de données venait juste de se terminer au moment de la finalisation de ce rapport.

Travailler avec les institutions de formation pour améliorer la qualité de l'enseignement pour les sages-femmes et les infirmiers. Il n'en résultera pas uniquement une amélioration de la qualité des soins, mais également la possibilité pour les infirmiers et les sages-femmes qui arrivent sur le marché chaque année de mieux sécuriser leur emploi dans les secteurs public et privé.

12.5 Accès au financement

Défi à relever : Trop peu de services financiers sont disponibles pour les prestataires du secteur privé et la faible concurrence conduit les institutions financières à se concentrer sur les prestataires de santé les plus fiables, créant ainsi une disparité avec les prestataires qui ne bénéficient pas de ces services financiers. Les coûts nécessaires pour atteindre certains prestataires de santé diminuent l'intérêt porté par les institutions financières à cet espace concurrentiel et les produits de prêts ne sont pas suffisamment adaptés au secteur de la santé. Les prestataires ont une vision négative des institutions financières. De plus, les prestataires privés n'ont pas suffisamment de compétences commerciales et de gestion. Les délais de remboursement des assurances grèvent les flux de trésorerie et la stabilité financière des prestataires de santé.

Recommandations :

Fournir une assistance technique aux institutions financières pour le financement des prestataires de santé. Les institutions financières ont besoin d'aide pour appréhender et développer des produits de prêt adaptés au secteur de la santé.

Élaborer des processus de crédit qui réduisent les dépenses administratives des banques. Le projet SHOPS Plus analysera et concevra des processus pour les crédits, ce qui réduira les coûts des prêts liés à la DCA que supportent les banques. Si le processus de développement fait ressortir des possibilités de réduction de coûts, l'expérimentation et la mise en œuvre de l'outil pourraient conduire à une augmentation des prêts en faveur du secteur de la santé et principalement à des prêts plus modestes susceptibles d'être moins intéressants pour les banques.

Élaborer une analyse de rentabilisation pour encourager les institutions financières à prêter au secteur de la santé. Les institutions financières ont également la possibilité de développer des produits financiers ciblant les besoins spécifiques des pharmacies et des fournisseurs d'équipements, ainsi que de tirer parti des activités bancaires mobiles pour mieux servir le secteur de la santé sans faire appel à de lourds investissements (succursales). Les institutions financières prendraient ainsi conscience des opportunités commerciales qu'offre le secteur de la santé et de nouveaux acteurs arriveraient dans cet espace de marché.

Fournir des connaissances financières et une formation en gestion commerciale pour les prestataires privés. L'expérience malgache montre que le faible niveau de connaissance des prestataires de santé en matière financière entraîne une mauvaise gestion commerciale qui a des retombées sur les opportunités de croissance. Une formation à la gestion commerciale permettant aux praticiens de santé de fonctionner comme des entrepreneurs conduirait à une amélioration des résultats globaux, sur le plan financier ainsi qu'en matière de santé.

Développer des outils visant à atténuer les problèmes de trésorerie. En travaillant avec les institutions financières et les réseaux de prestataires privés, l'USAID et les partenaires pourraient développer des outils, tels que des produits de financement de fonds de roulement, d'affacturage et de fonds de garantie mutuels, qui aideraient les prestataires de santé à faire face aux problèmes de trésorerie découlant des délais de remboursement.

Évaluer les exigences de financement pour l'eau et l'hygiène. Effectuer une évaluation rapide du secteur privé de l'eau et de l'hygiène pour appréhender les besoins et les possibilités de financement. Envisager d'élargir la définition de la DCA des emprunteurs admissibles aux acteurs du secteur de l'AEPHA.

12.6 Entreprises de santé et innovation

Défis à relever : Toutes les entreprises de santé ne bénéficient pas du même soutien au sein de l'écosystème, le vivier de spécialistes de haut niveau en gestion et technique disponibles à l'embauche est limité, et l'offre de capitaux pour les entreprises de santé à Madagascar est insuffisante.

Recommandation :

Identifier des opportunités de développer des approches entrepreneuriales du secteur privé afin de fournir les services de santé prioritaires aux personnes à faible niveau de revenu. Cela pourrait notamment concerner les technologies sanitaires, les dispositifs médicaux ou les systèmes d'information.

12.7 Financement de la santé et CSU

Défis à relever : Le rôle du secteur privé de la santé, y compris les prestataires privés et les acteurs du financement de la santé, n'est pas bien défini dans le schéma de la CSU.

Recommandations :

Développer et promouvoir des partenariats entre les prestataires de services d'assurance et les IMF, les banques, les ORTM et d'autres prestataires de services importants dans le but d'augmenter les adhésions à l'assurance maladie.

Dans la mesure où les programmes gouvernementaux et les espaces fiscaux dédiés à la santé sont en croissance, le secteur privé peut exploiter des réseaux de distribution potentiels en pleine croissance pour atteindre un plus grand nombre de personnes à faible niveau de revenu à l'aide de produits simples d'assurance maladie. Ces produits peuvent contribuer à une prise de conscience de la valeur ajoutée potentielle des produits d'assurance et constituer un enseignement sur la façon d'atteindre les populations pauvres et vulnérables

Promouvoir le dialogue concernant la SN-CSU afin qu'elle intègre une stratégie de financement de l'accès aux soins de santé pour les populations vulnérables.

L'USAID pourrait soutenir le plaidoyer concernant le rôle potentiel que les mutuelles pourraient jouer pour étendre la protection financière et l'accès aux soins de santé aux populations du secteur informel et aux groupes vulnérables. La pérennité des mutuelles pourrait notamment être assurée en puisant dans les flux de financement planifiés des initiatives gouvernementales de financement de la santé, telles que les assurances. En temps voulu, comme cela s'est produit dans d'autres pays, le gouvernement aura peut-être la volonté et la capacité d'orienter certaines subventions vers les mutuelles ou d'intégrer les mutuelles au sein d'un régime consolidé parrainé par le gouvernement.

Créer une fédération de mutuelles de santé existantes. Sur la base de la contribution des parties prenantes à l'atelier de validation de l'ESP et compte tenu de l'engagement du GdM envers la CSU, il est nécessaire d'organiser les mutuelles de santé existantes à Madagascar en une fédération ou une structure similaire. Cela permettrait aux mutuelles d'améliorer la coordination, la visibilité, le plaidoyer, le partenariat et le dialogue entre elles et avec les acteurs externes.

Soutenir et élargir les initiatives entreprises par le PACSS. Le projet PACSS a mené deux études ayant deux objectifs principaux : 1) mieux comprendre comment le secteur privé peut être organisé, harmonisé et préparé à intégrer des réseaux plus importants en soutien de la CSU, et dans quelle mesure il est capable de le faire, et 2) estimer les coûts opérationnels des mutuelles et étudier la possibilité de créer un réseau de mutuelles en mettant en commun des protocoles et des services afin de rationaliser leur administration et de réduire les coûts. Pour tirer parti de ce travail, l'USAID devrait s'inspirer des leçons apprises dans d'autres pays et explorer des moyens pour mettre à l'échelle les recommandations.

12.8 La finance numérique

Défis à relever : La pauvreté généralisée, la faible densité de la population, l'analphabétisme et l'infrastructure limitée ont ralenti le développement d'une culture de l'inclusion financière numérique et de l'utilisation de l'argent mobile pour la santé. Les approches actuelles relatives à l'utilisation de l'argent mobile sont provisoires, fragmentées et à petite échelle bien que cela soit typique des marchés naissants.

Recommandations :

Créer des synergies par le biais de partenariats avec les ORTM. Il est largement possible de promouvoir l'inclusion financière numérique et la santé à travers des partenariats stratégiques. Par exemple, les travailleurs de santé pourraient collaborer et remplir un double rôle en travaillant également en tant qu'agent d'argent mobile. Cela pourrait dynamiser les revenus et promouvoir l'inclusion financière numérique tout en sensibilisant la communauté aux sujets de santé fondamentaux. Les projets pourraient s'engager à promouvoir et utiliser des services d'opérateur spécifiques, et les ORTM pourraient proposer des tarifs bas en

contrepartie de l'utilisation exclusive de leur plateforme. En outre, l'USAID pourrait tirer profit du travail de GSMA sur l'interopérabilité et plaider pour la suppression des frais de transaction entre les opérateurs auprès des ORTM, et auprès du gouvernement pour un allègement du régime fiscal et l'utilisation des recettes fiscales au profit de l'inclusion financière numérique. Cela contribuerait également à supprimer les obstacles financiers à l'utilisation chez les particuliers et les organisations.

Plaider pour l'utilisation de l'argent mobile pour les initiatives de CSU. Le GdM élabore actuellement un plan de mise en œuvre de ses initiatives de CSU, et il est désormais temps d'apporter un soutien et de plaider en faveur de l'utilisation de l'argent mobile dans le régime d'assurance maladie planifié et pour d'autres opérations relatives à la sécurité sociale. Le comité en charge du pilotage des initiatives de CSU a exprimé un intérêt pour une collaboration avec l'USAID.

Promouvoir et numériser les SILC pour soutenir à la fois l'inclusion et l'alphabétisation dans les domaines de la finance et du numérique. Tirer profit de l'étude de CRS concernant les caractères réalisables et rentables de l'utilisation de l'argent mobile pour toutes les opérations et épargnes SILC. Soutenir le dialogue et les partenariats entre les SILC, les institutions financières et les assureurs, et aider ces derniers à considérer les SILC comme un acteur de développement de la prochaine génération de leur clientèle.

12.9 Systèmes d'information sanitaire

Défis à relever : Actuellement, les prestataires privés ne comprennent pas suffisamment quelles sont les données dont a besoin le SNIS et la finalité recherchée, et ils ne bénéficient pas de formation et d'outils suffisants pour pouvoir fournir des données précises en temps opportun. Les prestataires privés n'ont également pas fait l'objet d'une sensibilisation suffisante pour la collecte et la transmission de données au SNIS. Le secteur privé n'a pas connu d'approche uniforme pour le développement des systèmes d'information sanitaire. Chaque organisation dispose de son propre processus et de sa propre plateforme, et nombre de ces systèmes reposent sur des technologies limitées.

Recommandations :

Effectuer des recherches sur la façon d'améliorer la transmission des données au sein du SNIS : Les prestataires privés ont besoin d'être clairement incités à participer activement au partage de leurs données avec le secteur public. Il est nécessaire d'effectuer des recherches pour mieux comprendre quels sont les types d'aide et de mesures incitatives dont ont besoin les prestataires privés pour partager des données fiables et de qualités en temps opportun. Selon les résultats de cette recherche, il pourra être nécessaire d'améliorer les capacités de transmission des données et de participation au SNIS des prestataires privés en organisant des formations et en mettant en place un système de supervision.

Construire des partenariats mutuellement bénéfiques avec les opérateurs mobiles afin de faciliter la mise en œuvre du DHIS 2 : Les ORTM ont déjà été identifiés comme étant des partenaires stratégiques dans la Stratégie de cybersanté. Le type d'appui qu'ils peuvent apporter pourrait notamment comprendre des points d'accès sécurisés pour le téléchargement de données et d'autres services d'assistance technique en contrepartie de contrats exclusifs avec le gouvernement ou d'autres accords avantageux. MEASURE Evaluation finalise actuellement son panorama des systèmes d'information pour la santé ainsi que sa définition des prochaines étapes pour la consolidation du système d'information

numérique pour la santé qui pourraient fournir des indications utiles pour la construction de partenariats ciblés entre les ORTM, la DSI et d'autres parties prenantes du secteur privé.

Prendre contact avec des parties prenantes d'envergure mondiale telles que le projet de collaboration sur les données sanitaires (*Health Data Collaborative*) : Le projet [Health Data Collaborative](#) est une initiative émanant de l'OMS et d'organismes de développement partenaires lancée en 2016 afin de soutenir les efforts des pays visant à améliorer la qualité et l'utilisation des données sur la santé. À la demande des ministères de la santé des pays concernés, le projet cherche à répondre aux besoins d'assistance technique de ces pays. Il existe des ressources et des normes sur lesquelles il est possible de s'appuyer pour soutenir certaines activités telles que l'harmonisation d'ensembles de données non compatibles, le développement d'offres complètes de formation et l'aide à l'évaluation des coûts de l'amélioration du suivi et évaluation. La participation des représentants de Madagascar à ces activités offrirait des opportunités de partage d'expériences avec les homologues d'autres pays qui font face aux mêmes difficultés dans la gestion des données sur la santé.

13. Feuille de route

Le 25 janvier 2018, SHOPS Plus a organisé un atelier de restitution et de validation des résultats de l'ESP à l'hôtel Ibis Antananarivo. Plus de 60 principales parties prenantes ont assisté à l'événement, y compris les représentants de l'USAID et d'autres bailleurs, du GdM, des partenaires techniques et de mise en œuvre, et du secteur privé. L'équipe de l'ESP de SHOPS Plus a intégré les commentaires et les contributions reçus des parties prenantes à l'événement dans ce rapport final. Pour parvenir à un consensus sur les prochaines étapes vers le renforcement des partenariats public-privé dans le domaine de la santé, l'équipe a également mené un exercice de feuille de route avec les parties prenantes durant l'événement.

L'équipe de l'ESP de SHOPS Plus a sélectionné quatre piliers clés de ce rapport pour l'exercice de la feuille de route : la prestation de services, le financement de la santé, l'accès au financement et les politiques et partenariats. Les parties prenantes ont voté sur la recommandation prioritaire parmi les recommandations du rapport pour chaque pilier. Les groupes de travail ont ensuite examiné les trois recommandations les mieux classées par pilier et ont identifié les prochaines étapes pour les périodes d'un mois, de six mois et d'un an. L'équipe de l'ESP de SHOPS Plus a synthétisé ces étapes pour des activités à court, moyen et long terme. Les résultats de cet exercice sont présentés ci-dessous dans le tableau 21. D'autres recommandations fournies par les intervenants sont également incluses.

Ces étapes ne sont pas censées être exhaustives, mais illustrent une voie à suivre pour mieux impliquer et tirer parti du secteur privé de la santé à Madagascar afin d'améliorer les résultats en matière de santé pour tous.

Tableau 21. Résultats de l'exercice de feuille de route

Recommandation (total des votes)	Etapes de la feuille de route		
	Court terme	Moyen terme	Long terme
Pilier : Prestation de services			
Créer une confédération des associations / Ordres pour discuter des protocoles de qualités et renforcer les synergies entre les professions (9)	Former les commissions nécessaires pour établir les objectifs de la confédération, les membres, le conseil d'administration et les sous-comités / groupes de travail	Inviter les parties prenantes aux discussions sur les protocoles de qualité et les activités de la confédération	Tenir le lancement officiel de la confédération autorisée Réviser et, au besoin, adapter ou créer des protocoles de qualité Partager et intégrer des protocoles validés et commencer la mise en œuvre
<i>Note: Pour cette activité, les parties prenantes ont suggéré d'effectuer un inventaire de toutes les entités publiques et privées œuvrant dans le domaine de la santé sous le lead du SSD et du MSP</i>			
Instaurer un dialogue entre les entités pour discuter des protocoles de qualité, de	Faciliter un dialogue entre les entités pour discuter des protocoles de qualité et de l'accréditation et de la supervision formative pour développer une ébauche de protocole de qualité et créer une synergie entre les entités		

Recommandation (total des votes)	Etapes de la feuille de route		
	Court terme	Moyen terme	Long terme
l'accréditation et de la supervision formative (9)	Explorer les moyens de formaliser ce dialogue		
Inclure systématiquement le secteur privé de santé à but lucrative dans les formations organisées par le MSP (6)	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier les moyens par lesquels les médecins inspecteurs et les chefs CSB peuvent mieux travailler avec le secteur privé • Impliquer systématiquement les prestataires privés dans toutes les activités planifiées par le SSD • Impliquer et offrir des avantages similaires (information, formation, compensation et frais de déplacement) pour que tous les prestataires participent aux réunions organisées par MSP 		

Pilier : Financement de santé

Développer et promouvoir des partenariats entre les prestataires de services d'assurance et les IMF, les banques, les ORTM et d'autres prestataires de services importants dans le but d'augmenter les adhésions à l'assurance maladie (15)	Inviter tous les acteurs concernés pour identifier les intérêts communs	Développer un plan d'action précisant les références, les rôles et les contributions de tous les acteurs	Mettre en œuvre le plan d'action
Promouvoir le dialogue concernant la SN-CSU afin qu'elle intègre une stratégie de financement de l'accès aux soins de santé pour les populations vulnérables (9)	Faire un plaidoyer pour sensibiliser les autorités compétentes que la stratégie de financement de l'accès au soin de santé n'est pas suffisant	Développer la politique nationale de financement de santé	
Soutenir et élargir les initiatives entreprises par le projet PACCS (1)	<ul style="list-style-type: none"> • Redynamiser les initiatives entreprises par le projet PACSS avec le soutien des bailleurs et des partenaires • Commencer à élaborer les textes et la plateforme 		

Pilier : Accès au financement

Fournir une assistance technique aux institutions financières pour le financement des prestataires de santé (stimuler les offres de prêts) (8)	Partager les informations aux banques et IMF sur le secteur privé de la santé	Appuyer le développement de produits bancaires adaptés aux besoins du secteur comme la flexibilité des garanties et des dossiers comptables requis	
Fournir des connaissances financières et une formation en gestion commerciale pour les prestataires privés (8)	Appuyer les initiatives de formation / coaching en gestion financière et opérationnelle	Intégrer des formations de courte durée en management dans les facultés de médecines et écoles de PARAMED	

Recommandation (total des votes)	Etapes de la feuille de route		
	Court terme	Moyen terme	Long terme
	(appuyer les regroupements, etc.)		
Identifier des opportunités de développer des approches entrepreneuriales du secteur privé afin de fournir les services de santé prioritaires aux personnes à faible niveau de revenu. (7)	Cette recommandation n'a pas été spécifiquement abordée dans le travail de groupe		
Pilier : Politique et partenariat			
Impliquer le secteur privé dans l'élaboration des politiques et le processus de planification stratégique (9)	Inventorier les représentants pour chaque type de profession et identifier les gaps en termes de documents cadres	Conduire des activités de plaidoyers pour l'inclusion du secteur privé dans l'élaboration de toutes les stratégies et programmes aboutissant à une signature d'un MOU	Intégrer pleinement le secteur privé en tant que participant aux dialogues politiques
Développer une stratégie nationale de PPP en matière de santé pour accélérer la mise en œuvre du programme PPP (8)	Faciliter le dialogue avec le secteur privé pour faire sortir la vision et les objectifs des stratégies	Conduire une analyse du contexte actuel, des objectifs et des priorités pour le programme de PPP	Finaliser la stratégie PPP
Procéder à un examen juridique et réglementaire afin de rationaliser la législation pour le secteur privé de la santé (6)	Cette recommandation n'a pas été spécifiquement abordée dans le travail de groupe		

14. Conclusion

À Madagascar, où le secteur public de la santé s'efforce de fournir les soins nécessaires à la population, le secteur privé est essentiel dans la fourniture de produits et de services complémentaires et pour l'amélioration de l'accès géographique. Tous les acteurs du système de santé ont un rôle important à jouer dans l'amélioration de la santé de la population. Le but de cette évaluation du secteur privé de la santé consiste à aider le MSP, l'USAID, les bailleurs et les autres parties prenantes clés à améliorer l'engagement public-privé à tous les niveaux du système de santé de Madagascar. L'évaluation apporte une photographie du paysage du secteur privé de la santé à Madagascar, révélant les multiples domaines de santé et fonctions du système de santé auxquelles contribuent significativement les acteurs du secteur privé de la santé (à but lucratif ou non). Ce rapport examine la mesure dans laquelle le secteur privé est impliqué dans la CSU, la finance numérique et l'argent mobile, et il fournit des conclusions et des recommandations mettant en avant des opportunités concrètes d'amélioration de la collaboration entre les secteurs public et privé. Les conclusions, les recommandations et les priorités stratégiques ont été revues et validées par les parties prenantes lors d'un atelier de restitution locale en janvier 2018. Les informations présentées dans ce rapport ont vocation à être à l'origine d'une première occasion d'ouvrir un dialogue multisectoriel. La promotion d'un système de santé tirant parti des compétences, ressources et compétences de haut niveau de l'ensemble des acteurs de la santé contribue à l'atteinte de l'objectif d'amélioration de l'accès aux soins de santé de qualité pour tous à Madagascar.

Annexe A. Liste des principales parties prenantes interrogées

ONG / organisations confessionnelles locales de santé	
<p>Département santé de l'Eglise luthérienne – SALFA</p> <p>Date de la réunion: 04 avril 2017</p> <p>Contact: Mme Rasoarimanana Pascaline</p> <p>Titre: Directeur général</p>	<p>Département du développement de l'Église réformée - SAF/FJKM</p> <p>Date de la réunion: 31 mars 2017</p> <p>Contact: M. Andriamitandrina Naivosoa,</p> <p>Titre: Directeur technique</p> <p>Contact: Josoa Andrianambelo</p> <p>Titre: Coordonnateur du programme de santé</p>
<p>Fianankaviana Sambatra (FISA)</p> <p>Date de la réunion: 04 avril 2017</p> <p>Contact: Mme Razanamampandry Vololona</p> <p>Titre: Directeur exécutif</p>	<p>Polyclinique d'Ilafy</p> <p>Date de la réunion: 07 avril 2017</p> <p>Contact: Dr David Khelif</p> <p>Titre: Oncologue Radiotherapeute</p>
<p>Centre de santé de Mandroseza</p> <p>Date de la réunion: 07 avril 2017</p> <p>Contact: Dr Josée Rakotondrabe</p> <p>Titre: Docteur</p>	<p>Comité Episcople de Santé (CES) de l'Eglise Catholique Romaine</p> <p>Date de la réunion: 11 mai 2017</p> <p>Contact: Mme Paula Baodiasa</p> <p>Secrétaire technique</p>
Partenaires d'exécution de l'USAID / ONG internationales	
<p>Marie Stopes Madagascar (MSM)</p> <p>Date de la réunion: 31 mars 2017</p> <p>Contact: Rijalalaina Rasolofonirina</p> <p>Titre: Directeur de la preuve et de l'innovation</p>	<p>MSH-Projet Mikolo</p> <p>Date de la réunion: 05 avril 2017</p> <p>Contact: John Yanulis</p> <p>Titre: Chef du Parti</p> <p>Contact: Rambeloson Harintsoa Lalah</p> <p>Titre: Directeur de CB, DCOP</p> <p>Contact: Rasoatiana,</p> <p>Titre: Spécialiste SILC</p>
<p>JSI Projet Miaraka/Mahefa</p> <p>Date de la réunion: 07 avril 2017</p> <p>Contact: Dr. Chuanpit Choa-Oon</p>	<p>PSI-Madagascar</p> <p>Date de la réunion: 03 avril 2017</p> <p>Contact: Noelimanjaka RAMALANJAONA</p>

<p>Titre: Directeur du projet Contact: Dr. Yvette Ribaira Titre: Chef adjoint du Parti - Directeur technique</p>	<p>Titre: Directeur de la survie de l'enfant</p>
<p>Intrahealth Date de la réunion: 27 mars 2017 Contact: Mrmamitiana Ranaivozanany Titre: Conseiller formation Clinique SR / PF</p>	<p>HP Plus/Palladium Date de la réunion: 06 avril 2017 Contact: M. Rivo Nielsen Titre: Conseiller principal en politiques de santé Contact: Mahefa Nirina Rakotomalala</p>
<p>JHPIEGO – MCSP Date de la réunion: 30 mars 2017 Contact: Eliane Razafimandimby Titre: CoP Contact: Haja Andriamiharisoa, Titre: Spécialiste en base de données,</p>	<p>Chemonics– PSM Date de la réunion: 03 avril 2017 Contact: Andriaherinosy Solofo Robson Titre: Directeur technique</p>
<p>CARE International Date de la réunion: 11 avril 2017 Contact: Avo Ratoarijaona Titre: Spécialiste en développement institutionnel</p>	<p>SantéSud Date de la réunion: 12 avril 2017 Contact: Dr Niry Ramaromandray Titre: Chargée de projet</p>
<p>Institut Pasteur de Madagascar (IPM) Date de la réunion: 07 avril 2017 Contact: André Spiegel, directeur Titre: Directeur général Contact: Diane Randrianasolo Titre: Chef de projet - Unité Epidémiologie</p>	<p>Catholic Relief Services (CRS) Contact : James (Jim) Hazen Titre: Chef de projet Fararano</p>
<p>Human Network International (HNI) Date de la réunion: 06 avril 2017 Contact: Salohy Razanajatovo Titre: Directeur Technique Adjoint Contact: Barilolona Randrianarisoa Titre: Directeur adjoint du pays</p>	

Associations professionnelles de la santé	
<p>Ordre National des Médecins de Madagascar (ONMM)</p> <p>Date de la réunion: 28 mars 2017</p> <p>Contact: Dr Eric Andrianasolo</p> <p>Titre: Président national</p>	<p>Ordre National des Infirmiers de Madagascar (ONIM)</p> <p>Date de la réunion: 12 avril 2017</p> <p>Contact: M. Rakotonirina Urbain Antoine</p> <p>Titre: Président</p>
<p>Ordre National des Pharmaciens de Madagascar</p> <p>Date de la réunion: 27 mars 2017</p> <p>Contact: Tantely rakotomalala</p> <p>Titre: Président</p>	<p>Ordre des Sages-Femmes de Madagascar (OSFM)</p> <p>Date de la réunion: 28 mars 2017</p> <p>Contact: Mme Razafindrabe Ranorolalao Omega</p> <p>Titre: Président national</p>
<p>Association nationale des sages-femmes (ONSFM)</p> <p>Date de la réunion: 27 mars 2017</p> <p>Contact: Voahangy ramahavonjy</p> <p>Titre: Président</p>	<p>Association des Praticiens Traditionnels</p> <p>Date de la réunion: 12 avril 2017</p> <p>Contact: Rasolofomanana François d'Assise</p> <p>Titre: Vice-président</p>
<p>Association Médicale Interentreprises de Tananarive (AMIT)</p> <p>Date de la réunion: 05 avril 2017</p> <p>Contact: Vony Rakotoniana</p> <p>Titre: Assistante de direction</p>	<p>Syndicat des Agents Paramédicaux de Madagascar</p> <p>Date de la réunion: 10 avril 2017</p> <p>Contact: Rakotondrazafy Aimé</p> <p>Titre: Président</p>
<p>Organization Sanitaire Tananarivienne Inter-Enterprises (OSTIE)</p> <p>Date de la réunion: 27 avril 2017</p> <p>Contact: Dr. Emile Christian Ramisaely</p> <p>Titre: Directeur technique</p>	<p>Fun and Health Center (FUNHECE)</p> <p>Date de la réunion: 11 avril 2017</p> <p>Contact: Rajaonary Francky</p> <p>Titre: Directeur d'établissement</p> <p>Contact: Dr Rakotondrasoa Angelin</p> <p>Titre: Médecin Chef</p>
Donateurs / Agences de développement international	
<p>Banque mondiale</p> <p>Date de la réunion: 05 avril 2017</p> <p>Contact: Dr Voahirana Hanitrinala Rajoela</p> <p>Titre: Spécialiste de la santé</p>	<p>Organisation mondiale de la santé (OMS)</p> <p>Date de la réunion: 04 avril 2017</p> <p>Contact: Henintsoa Rabarijaona</p> <p>Titre: Chargée de Programme Paludisme</p>
<p>Organisation internationale du travail (OIT)</p>	<p>UNICEF</p>

<p>Date de la réunion: 04 avril 2017 Contact: Séverine Deboos-David Titre: Spécialiste Emploi Contact: Razafinisoa Nombana Titre: Chargée de programme</p>	<p>Date de la réunion: 06 avril 2017 Contact: Mirana Ranarivelo Titre: Spécialiste du secteur privé et de la collecte de fonds</p>
Institutions financières	
<p>Baobab/Association Professionnelle des Banques (APB) Date de la réunion: 27 mars 2017 Contact: Michel Iams Titre: Directeur général Contact: Anne Delvern Titre: Directrice Marketing & expérience client</p>	<p>OTIV TANA/Association Professionnelle des Institutions Micro Finance (APIFM) Date de la réunion: 21 avril 2017 Contact: Rakotoarivo Randrianiaina Titre: Directeur général</p>
Compagnies d'assurance / Mutuelles	
<p>Allianz Madagascar Date de la réunion: 03 avril 2017 Contact: Philippe LEBRETON Titre: Administrateur-directeur général</p>	<p>Ascoma Madagascar Date de la réunion: 03 avril 2017 Contact: Mickael Gonçalves Titre: Directeur Général</p>
<p>Assurances et de Reassurances Omnibranches (ARO) Date de la réunion: 07 avril 2017 Contact: Mahenina Ranaivo Titre: Chef de Département Vie et Assurance de Personnes Contact: Dina Elisabeth Solofoarisoa Titre: Adjointe au Chef de Département Vie</p>	<p>Ny Havana Date de la réunion: 05 avril 2017 Contact: Tian'Harison Rakotomalala Titre: Directeur Assurances des personnes Contact: John Nirina Rakotomanga Titre: Responsable Assurances des personnes non-vie</p>
<p>Positive Planet Océan Indien (PPOI) Date de la réunion: 03 avril 2017 Contact: Felana Rajomarison Titre: Coordinatrice Project Zina - Mutuelles de Santé Contact : Jean Bosco Tatatsiresy Titre: Conseiller médical de la mutuelle de santé - ZINA Platform</p>	<p>Interaide/ATIA– AFAFI Date de la réunion: 04 avril 2017 Contact: Mme Agathe Simonin Titre: Coordinatrice Mutuelles de santé Contact: M. Lala RATRIMOSON Titre: Directeur AFAFI</p>

<p>ADEFI Santé Date de la réunion: 26 avril 2017 Contact: Maryse Danielle Razafimahazo Titre: Responsable des opérations</p>	<p>Comité des Entreprises d'Assurances de Madagascar CEAM Date de la réunion: 06 avril 2017 Contact: RAKOTOMALALA Louis Ferdinand Titre: Secrétaire général</p>
<p>Operateurs de réseau mobile</p>	
<p>Airtel Madagascar Date de la réunion: du 05 au 12 avril 2017 Contact: Thierry Botomaroza Titre: Directeur de réseau Contact: Harifidy Titre: Représentant Airtel Micro assurance</p>	<p>Telma MVOLA Date de la réunion: 13 avril 2017 Contact: Heritiana Andrianalisoa Titre: Directeur adjoint MVOLA Contact: Ericka Valery Titre: Responsable équipe commercial Mvola Contact: Danielle Rahaingonjatovo Titre: Chef de projet</p>
<p>Orange Madagascar OMA Date de la réunion: 27 avril 2017 Contact: RAKOTO Tovomanitra Julien Titre: AMES / OMAR / DOOM</p>	
<p>Comités nationaux</p>	
<p>SE/CNLS - Comité National de Lutte contre le SIDA Date de la réunion: 28 mars 2017 Contact: Dr Razafinjato Raminosoa Titre: Responsable technique volet clinique</p>	<p>ARTEC Date de la réunion: 14 avril, 04 mai 2017 Contact: M. le Directeur Administratif Contact: M. Joseph Hardin Titre: Chargé d'étude</p>
<p>Commission de Supervision Bancaire et Financière (CSBF) / Banque Centrale Date de la réunion: 25 avril 2017 Contact: M. Sehen RANAIVOSON Titre: Secrétaire Général</p>	<p>Coordination Nationale de la Finance Inclusive - CNFI Coordination Nationale de la Finance Inclusive - CNFI Date de la réunion: 19 avril 2017 Contact: Mme Tiana Ramparany Ramanarivosoa Titre: Coordinatrice Nationale de la Finance Inclusive</p>
<p>Ministère de la santé publique</p>	
<p>Secrétaire général</p>	<p>DEP</p>

Date de la réunion: 31 mars 2017 Contact: Dr Joséa Ratsirarson Titre: Secrétaire général	Date de la réunion: 05 avril 2017 Contact: Tiana Lalarijaona Vololontsoa Titre: Directeur des études et planification
Direction Santé Communautaire Date de la réunion: 24 mars 2017 Contact: Mme Nivo Titre: Directeur Santé Communautaire	Direction de Partenariat Date de la réunion: 12 avril 2017 Contact: Dr Andriamanjato Hery Titre: Directeur de Partenariat
Direction du Système d'Information et du Cybersanté Date de la réunion: 12 avril 2017 Contact: Aristide Ramahatanaharisoa Titre: Directeur du Système d'Information	DPLMT Date de la réunion: 04 avril 2017 Contact: Mme Iarivo Hasina Titre: Assistante Technique
Direction de Lutte contre le Paludisme (DLP) Date de la réunion: 06 avril 2017 Contact: M. Arsène Ratsimbaoa Titre: Directeur de la lutte contre le paludisme	Cellule d'appui à la mise en œuvre de la CSU Date de la réunion: 08 avril 2017 Contact: Dr Sylvie Titre: Coordinatrice nationale de la CSU Contact: Martina Pellny Titre: Assistante technique CSU / GIZ
Service de Médecine Libérale et Dispensaires privés (SMLDP) Date de la réunion: 14 juin 2017 Contact: Dr Cécile Titre: Chef Service SMLDP	
Intervenants gouvernementaux	
Ministère de l'Eau et Assainissement Date de la réunion: 30 mars 2017 Contact: Andriavelojaona Nirina Titre: Secrétaire Général	Economic Development Board of Madagascar (EDBM) Direction de Partenariat Date de la réunion: 28 mars 2017 Contact: Mme Lisivololona Titre: Directeur du partenariat public et privé
Institut National de la Statistique - INSTAT Date de la réunion: 07 avril 2017 Contact: Ida Rajaonera Titre: Directeur Général	Ministère de la Fonction Publique et des Lois Sociales Date de la réunion: 27 juin 2017 Contact: Mme Rafarahanta Nirina

	Titre: Directrice de la Sécurité et de la Santé au travail (DSST)
Autres	
<p>Programme d'appui conjoint au secteur santé - PACSS</p> <p>Date de la réunion: 27 avril 2017</p> <p>Contact: Dr Christina Elison</p> <p>Titre: Chef de projet,</p> <p>Contact: Pascal NDIAYE</p> <p>Titre: Assistant technique</p>	

Annexe B : Périmètre de travail pour l'évaluation du secteur privé

I. Contexte

Madagascar est l'un des pays les plus pauvres du monde avec les trois quarts de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté.²⁰ La couverture sanitaire demeure limitée. L'accès aux soins de santé est plus difficile dans les zones rurales où 35 pour cent de la population vit à plus de 10 km de l'établissement de santé le plus proche.²¹ Les dépenses totales de santé représentent 3 pour cent du produit intérieur brut²², un des chiffres les plus bas du monde. La dernière enquête démographique et de santé (2008-2009) indique que le taux de fécondité total est de 4,8 enfants par femme. Ce taux est plus élevé dans les zones rurales (5,2 pour cent) et chez les femmes non instruites (6,4 pour cent). Le dernier taux de prévalence contraceptive mesuré à Madagascar se situe juste en dessous de 30 pour cent. Les maladies diarrhéiques résultant de l'approvisionnement en eau contaminée, ainsi que d'une hygiène et d'un assainissement insuffisants constituent la première cause de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans.²³

En raison de la crise de 2009, les partenaires internationaux n'ont pas été en mesure de financer les activités du pays liées à la santé. Suite aux élections de 2014, le Département d'État des États-Unis a levé les restrictions imposées, laissant à nouveau la voie libre à l'engagement de l'USAID auprès du Gouvernement de Madagascar. Depuis 2014, l'USAID a apporté une assistance régulière au Gouvernement de Madagascar en mettant l'accent sur l'amélioration de la santé de la population grâce à des services de planification familiale et de santé reproductive, des services de santé maternelle, infantile et pour les nourrissons, et des services de traitement du paludisme.

Le secteur public n'a pas été en mesure de répondre aux besoins de santé de tous les habitants et le secteur privé (à but lucratif et non lucratif) est intervenu pour combler cette lacune jusqu'à peser jusqu'à 36,9 pour cent dans les dépenses totales de santé.²⁴ Ces différents facteurs justifient de prendre en considération le rôle clé que le secteur privé peut jouer pour aider Madagascar à mieux répondre aux besoins nationaux en matière de santé. Le rassemblement d'informations plus approfondies et actualisées permettant de caractériser et quantifier le secteur privé de la santé ainsi que ses différentes contributions à l'amélioration de la santé de la population constitue une étape primordiale de la promotion de la coopération entre les secteurs public et privé de la santé.

USAID Madagascar a engagé les services de l'équipe chargée du projet Sustaining Health Outcomes through the Private Sector (SHOPS) Plus pour mener une évaluation du secteur

²⁰ Banque mondiale. 2016. *Indicateurs du développement dans le monde*. Publication. États-Unis : Banque mondiale.

²¹ Stratégie de coopération pour le pays, 2014

²² Banque mondiale. 2016. *Indicateurs du développement dans le monde*. Publication. États-Unis : Banque mondiale.

²³ Rapport « compte à rebours » (2012)

²⁴ Organisation mondiale de la Santé. 2014. *Madagascar Country Cooperation Strategy At A Glance* (Aperçu de la stratégie de coopération à Madagascar) Brief. Madagascar : OMS.

privé de la santé à Madagascar. L'évaluation du secteur public (ESP) de la santé proposée consistera en une initiative collaborative entre USAID Madagascar, le Ministère de la Santé et d'autres parties prenantes concernées.

II. But et objectifs

But

Le but de l'ESP consiste à identifier les possibilités d'un engagement plus fort du secteur privé afin de contribuer à un système de santé renforcé à Madagascar.

Objectifs

Pour atteindre ce but, l'évaluation du secteur privé fournira les informations suivantes :

- Une estimation de la taille, de la portée et de l'envergure du secteur privé de la santé, en mettant l'accent sur les principales parties prenantes et leurs rôles ;
- Un aperçu des types de produits et services de santé proposés par le secteur privé ;
- Un aperçu des politiques et des facteurs qui inhibent ou permettent au secteur privé de participer au système de santé ;
- Une évaluation de la pertinence de mHealth pour la finance numérique et les partenariats coordonnés avec le secteur privé, en particulier avec les acteurs du secteur des télécommunications.
- Les possibilités d'impliquer davantage le secteur privé au-delà des acteurs identifiés dans l'évaluation des partenariats avec les entreprises.

En fonction de l'évaluation, le projet SHOPS Plus fournira à USAID Madagascar une feuille de route et des recommandations pour un engagement approfondi avec le secteur privé.

III. Approche

L'approche du projet SHOPS Plus est fondée sur l'expérience collective de plus de 25 évaluations effectuées pendant les 10 dernières années au cours du projet SHOPS. Comme le montre la Figure 1, une ESP se déroule généralement en 5 étapes : planifier, apprendre, analyser, partager et agir. L'ensemble de ces 5 étapes mettent l'accent sur la collaboration et l'engagement avec les parties prenantes locales pour la plus grande exactitude possible et pour garantir une adhésion aux principales conclusions et recommandations.

FIGURE 1: STEPS IN A PRIVATE HEALTH SECTOR ASSESSMENT



Première étape : Planifier

Afin de préparer l'évaluation du secteur privé de la santé, le projet SHOPS Plus propose de travailler avec USAID Madagascar pour finaliser le Plan d'action détaillé, incluant le périmètre de l'évaluation, les principales questions à poser convenues, le programme et le calendrier.

Deuxième étape : Apprendre

Afin de mieux appréhender le paysage politique, économique et sanitaire actuel de Madagascar, l'équipe d'ESP du projet SHOPS Plus effectuera une analyse contextuelle portant sur la dernière enquête démographique et de santé (EDS), l'analyse des comptes nationaux de la santé, ainsi que sur différents rapports issus de l'USAID, la Banque mondiale, l'Organisation mondiale de la santé, le FNUAP, le PNUD, les sociétés de télécommunication et d'autres acteurs. Cette première étape produira une image complète des problèmes émergents dans le secteur privé de la santé et celui de l'assurance maladie, et elle mettra en relief les insuffisances de connaissances sur lesquelles mettre l'accent au cours des entretiens conduits auprès des parties prenantes dans le pays.

Après l'étude documentaire, une équipe de terrain d'ESP composée d'experts nationaux et internationaux de la santé, des technologies mobiles et du secteur privé conduira les entretiens avec les principales parties prenantes et recueillera des documents supplémentaires. Les principales parties prenantes comprendront des acteurs à but lucratif et non lucratif du secteur privé de la santé, des acteurs du secteur public, des partenaires du développement, des associations et des sociétés privées. Les principales parties prenantes seront sélectionnées en fonction du rôle qu'elles jouent dans le système de santé malgache, de leur niveau de représentation dans leur domaine respectif, et de l'envergure et la portée de leur travail.

Troisième étape : Analyser

L'analyse débutera pendant les entretiens avec les parties prenantes et elle se poursuivra à travers la rédaction du projet de rapport d'ESP. Sur la base de l'analyse des données initiales et des entretiens avec les parties prenantes, chaque membre de l'équipe préparera sa propre section et le responsable de l'équipe d'évaluation compilera les informations pour élaborer un projet de rapport consolidé.

Quatrième étape : Partager

L'équipe d'ESP du projet SHOPS Plus partagera le projet d'ESP avec la direction générale du projet Shops Plus qui formulera des commentaires et elle le soumettra à l'USAID pour approbation. Selon les préférences d'USAID Madagascar, l'équipe d'ESP du projet SHOPS Plus a la possibilité de diffuser et valider l'ESP au cours d'un éventuel événement de diffusion.

Cinquième étape : Agir

L'équipe d'évaluation produira un rapport final tenant compte des commentaires et des inquiétudes exprimés par l'USAID et les parties prenantes locales. L'USAID et ses partenaires de mise en œuvre seront en mesure de s'appuyer sur les recommandations du rapport pour mieux tirer parti du secteur privé de la santé au cours d'activités de santé financées par l'USAID.

IV. Équipe de l'ESP

L'équipe de l'ESP sera dirigée par Bettina Brunner, responsable régionale de l'Afrique francophone, qui a déjà conduit des initiatives similaires dans 7 pays d'Afrique de l'Ouest. L'équipe d'ESP accueillera également Emily Mangone, spécialiste du secteur privé, ainsi qu'un expert local. Katie Baczewski, Erin Mohebbi et Virginie Combet conduiront une recherche documentaire pour l'ESP.

V. Durée, programme et calendrier

L'évaluation durera environ 10 mois, en tenant compte du temps de préparation, du travail sur le terrain dans le pays, de la rédaction du rapport et de la diffusion. Les dates pour la collecte de données dans le pays seront déterminées en accord avec USAID Madagascar et le Ministère de la Santé malgache. Les recommandations préliminaires seront présentées à la Mission dans le cadre du briefing de sortie de l'équipe de terrain d'ESP et un projet de rapport sera disponible à des fins d'examen dans les 6 à 8 semaines suivant les visites de terrain. Le diagramme ci-dessous fournit à titre indicatif un calendrier pour l'évaluation du secteur privé à Madagascar.

	2016	2017								
	Déc.	Jan.	Fév.	Mar.	Avr.	Mai	Juin	Juil.	Août	Sept.

Première étape – Développement du plan d'action

Finalisation du <u>périmètre de travail</u>	X	X								
Sélection des membres de l'équipe et recrutement du/des consultant(s)	X	X	X							
Identification des questions de recherche clés		X	X							
Identifications des principales parties prenantes			X							
Planification des réunions avec les principales parties prenantes			X							

Deuxième étape – Examen et étude documentaires du contexte général

Conduite de l'étude contextuelle et de l'examen documentaire			X							
Détermination des questions spécifiquement adaptées aux parties prenantes.			X							

Troisième étape – Conduite de l'évaluation dans le pays

Entretiens avec les informateurs clés				X	X					
Conduite des visites de terrain				X	X					
Analyse des données					X	X				

Quatrième étape – Rédaction du rapport et diffusion

Développement des contours du rapport					X					
Conduite de l'analyse et élaboration du projet de rapport						X	X	X		
Soumission du rapport à l'USAID en anglais pour commentaires avant diffusion/révision									X	X
Diffusion des conclusions en français aux parties prenantes (éventuellement)										X
Finalisation du rapport.										X

Bibliographie

ACT Watch. 2013. « *Household Survey Madagascar 2012 Survey Report.* » Madagascar : ACT Watch.

ADEFI Santé. 2017. Données principales et secondaires. Madagascar : enquêtes SHOPS Plus.

Advancing the Blue Revolution Initiative (ABRI). « *Madagascar: Water and Sanitation Profile* ». Madagascar : USAID. http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnado933.pdf.

Agence du Médicament de Madagascar. 2016. Données principales et secondaires. Madagascar : enquêtes SHOPS Plus.

Agence du Médicament de Madagascar. 2017. « *Démographie Pharmaceutique.* » Madagascar : Ministère de la Santé Publique de Madagascar.

Agence du Médicament de Madagascar. 2017. « *Liste des Grossistes Pharmaceutiques.* » Madagascar : Ministère de la Santé Publique de Madagascar.

Agence du Médicament de Madagascar. 2017. Données principales et secondaires. Madagascar : enquêtes SHOPS Plus.

Airtel Madagascar. 2017. Données principales et secondaires. Madagascar : enquêtes SHOPS Plus.

Allianz Madagascar. 2017. Données principales et secondaires. Madagascar : enquêtes SHOPS Plus.

ARTEC. 2017. Données principales et secondaires. Madagascar : enquêtes SHOPS Plus.

ASCOMA MADAGASCAR. 2017. Données principales et secondaires. Madagascar : enquêtes SHOPS Plus.

Association des Praticiens Traditionnels. 2017. Données principales et secondaires. Madagascar : enquêtes SHOPS Plus.

Association des sages-femmes. 2017. Données principales et secondaires. Madagascar : enquêtes SHOPS Plus.

Association Médicale Interentreprises de Tananarive (AMIT). 2017. Données principales et secondaires. Madagascar : enquêtes SHOPS Plus.

Association nationale des sages-femmes (ONSFM). 2017. Données principales et secondaires. Madagascar : enquêtes SHOPS Plus.

Association nationale des tradipraticiens de Madagascar (ANTM). 2017. Données principales et secondaires. Madagascar : enquêtes SHOPS Plus.

Assurances et de Reassurances Omnibranches (ARO). 2017. Données principales et secondaires. Madagascar : enquêtes SHOPS Plus.

Bradley, Sarah E. K., Lauren Rosapep et Tess Shiras. 2017. *Sources for Sick Child Care in Madagascar*. Brief. Bethesda, Maryland : Projet Sustaining Health Outcomes through the Private Sector Plus, Abt Associates.

Brinkerhoff, D.W., O. Indriamihaja, A. Lipsky et C. Stewart. 2017. *The Legal Environment for Family Planning and Reproductive Health in Madagascar*. Washington, DC : Palladium, Health Policy Plus.

Camilo Téllez pour GSMA. 2012. « *Emerging Practices in Mobile Microinsurance* ». R.U. : GSMA.

CARE International. 2017. Données principales et secondaires. Madagascar : enquêtes SHOPS Plus.

Cellule d'appui à la mise en œuvre de la CSU. 2017. Données principales et secondaires. Madagascar : enquêtes SHOPS Plus.

Centrale d'Achat de Médicaments Essentiels et de Matériel Médical de Madagascar (SALAMA). 2016. Données principales et secondaires. Madagascar : enquêtes SHOPS Plus.

Centre de santé de Mandrozeza. 2017. Données principales et secondaires. Madagascar : enquêtes SHOPS Plus.

CGAP. 2014. « *The Emerging Global Landscape of Mobile Microinsurance* ». Washington, DC : CGAP. <https://www.cgap.org/sites/default/files/Brief-The-Emerging-Global-Landscape-of-Mobile-Microinsurance-Jan-2014.pdf>

Chemonics – PSM. 2017. Données principales et secondaires. Madagascar : enquêtes SHOPS Plus.

Chemonics. 2017. « *Cutting-edge Technologies in Global Health Supply Chains* ». Washington, DC : Chemonics. <http://www.chemonics.com/OurWork/OurProjects/Pages/Procurement-and-Supply-Management-Project.aspx>.

Comité des Entreprises d'Assurances de Madagascar CEAM. 2017. Données principales et secondaires. Madagascar : enquêtes SHOPS Plus.

Comité Épiscopale de Santé (CES) de l'Église Catholique Romaine. 2017. Données principales et secondaires. Madagascar : enquêtes SHOPS Plus.

Comité National de Lutte contre le Sida. 2014. « *Rapport sur la réponse face au VIH et au Sida à Madagascar*. » Madagascar : Ministère de la Santé Publique de Madagascar. http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/MDG_narrative_report_2015.pdf.

Commission de Supervision Bancaire et Financière (CSBF) / Banque Centrale. 2017. Données principales et secondaires. Madagascar : enquêtes SHOPS Plus.

Coordination Nationale de la Finance Inclusive - CNFI. 2017. Données principales et secondaires. Madagascar : enquêtes SHOPS Plus.

Compte à rebours jusqu'en 2030. 2015. « *Madagascar Health Data – 2015 Profile*. » Suisse : Compte à rebours jusqu'en 2030. http://countdown2030.org/documents/2015Report/Madagascar_2015.pdf.

Département de développement humain, Région Afrique. Groupe de la Banque mondiale. 2005. « *L'efficacité et l'équité auprès des formations sanitaires Malgaches : Résultats d'une enquête* ». Washington, DC : Groupe Banque mondiale.
http://siteresources.worldbank.org/INTAFRREGTOPEducation/Resources/444659-1210786813450/H_Madagascar_efficiency_equity_education_sanitary.pdf.

Development Indicators Unit, Statistics Division, United Nations. 2015. « *Births attended by skilled health personnel, percentage*. » New York, NY : Nations-Unies.
<https://mdgs.un.org/unsd/mdg/Data.aspx>.

Development Indicators Unit, Statistics Division, Nations Unies. 2015. “*MDG Country Progress Snapshot: Madagascar*.” New York, NY: Nations Unies.
<https://mdgs.un.org/unsd/mdg/Host.aspx?Content=Data/snapshots.htm>.

Directeur des Études et de la Planification of the Ministère de la Santé Publique. 2017. Données principales et secondaires. Madagascar : enquêtes SHOPS Plus.

Direction des Hôpitaux de Référence Régionale et de District (DHRD) – Service des Hôpitaux Privés (SHP). 2018. Primary and Secondary Data. Madagascar: SHOPS Plus Interviews

Direction de la Pharmacie, des Laboratoires et de la Médecine Traditionnelle (DPLMT) du Ministère de la Santé Publique. 2016. Données principales et secondaires. Madagascar : enquêtes SHOPS Plus.

Direction de Lutte contre le Paludisme (DLP) du Ministère de la Santé Publique. 2017. Données principales et secondaires. Madagascar : enquêtes SHOPS Plus.

Direction de Partenariat of the Ministère de la Santé Publique. 2017. Données principales et secondaires. Madagascar : enquêtes SHOPS Plus.

Direction de la Pharmacie, des Laboratoires et de la Médecine Traditionnelle of the Ministère de la Santé Publique. 2017. Données principales et secondaires. Madagascar : enquêtes SHOPS Plus.

Direction des Districts Sanitaires (DDS) of the ministère de la Santé Publique. 2016. Données principales et secondaires. Madagascar : enquêtes SHOPS Plus.

Direction du Système d'Information et du Cybersanté du Ministère de la Santé Publique. 2017. Primary and Secondary Data. Madagascar : SHOPS Plus Interviews.

Direction Santé Communautaire du Ministère de la Santé Publique. 2017. Données principales et secondaires. Madagascar : enquêtes SHOPS Plus.

DPLMT. 2017. « *Répartition Par Région Des Dépôts De Médicaments De Madagascar, année 2017*. » Madagascar : DPLMT.

Economic Development Board of Madagascar (EDBM) Direction de Partenariat. 2017. Données principales et secondaires. Madagascar : enquêtes SHOPS Plus.

Elizabeth Kleemeier et Harold Lockwood pour IRC. 2015. « *Public-private partnerships for rural water services*. » Pays-Bas : IRC Wash.

Emily Mangone. 2016. « *Assessment of Opportunities for Corporate Partnerships in Madagascar*. » Bethesda, MD : Projet Sustaining Health Outcomes through the Private Sector, Abt Associates.

Evariste Lodi Okitombahe, Adanmavokin Justin Sossou, Virgile Pace, François Boillot pour P4H. 2016. « *Mission d'appui technique sur les modalités de mise en œuvre du dispositif d'assurance santé à Madagascar - Rapport final* ». Madagascar : Evariste Lodi Okitombahe, Adanmavokin Justin Sossou, Virgile Pace, François Boillot pour P4H.

Fianankaviana Sambatra (FISA). 2017 Données principales et secondaires. Madagascar : enquêtes SHOPS Plus.

ForeignAssistance.gov. 2017. « *Madagascar Foreign Assistance*. » Washington, DC : ForeignAssistance.gov. <http://foreignassistance.gov/explore/country/Madagascar>.

FP2020. 2017. « *Madagascar: Commitment Maker Since 2015*. » Madagascar : FP2020. <http://www.familyplanning2020.org/entities/124>.

Fun and Health Center (FUNHECE). 2017. Données principales et secondaires. Madagascar : enquêtes SHOPS Plus.

GAVI The Vaccine Alliance. 2017. « *Madagascar Fact Sheet* ». Washington, DC : GAVI <http://www.gavi.org/country/fact-sheets/madagascar.pdf>.

General Secretary of the Ministère de la Santé Publique. 2017. Données principales et secondaires. Madagascar : enquêtes SHOPS Plus.

Global Findex pour la Banque mondiale. 2015. « *The Global Findex Database* ». Banque mondiale. <http://www.worldbank.org/en/programs/globalfindex>.

Global Health Workforce Alliance. « *List of 57 countries facing Human Resources for Health crisis* ». Global Health Workforce Alliance. <http://www.who.int/workforcealliance/countries/57crisiscountries.pdf>.

GSMA. 2016. « *GSMA Announces Launch of National Interoperable Mobile Money Service Across Madagascar* ». R.U. : GSMA. <https://www.gsma.com/newsroom/press-release/gsma-announces-launch-of-national-interoperable-mobile-money-service-across-madagascar/>.

GSMA. 2017. « *State of the Industry Report on Mobile Money. Decade Edition 2006-2016*. » GSMA

Haas, Sherri, Marilyn Heymann, Pamela Riley et Abeba Taddese. 2013. *Mobile Money for Health*. Bethesda, MD : projet Health Finance and Governance, Abt Associates Inc.

Projet Health Finance and Governance (HFG) Ufinancé par l'USAID. 2013. « *Mobile Money for Health* ». Washington, DC : HFG. <https://www.hfgproject.org/wp-content/uploads/2013/12/Mobile-Money-for-Health-Case-Study.pdf>.

HealthGrove. 2017. « *Madagascar Statistics on Diseases, Injuries, and Risk Factors*. » Graphiq. <http://global-health.healthgrove.com/l/187/Madagascar#Non-Communicable%20Diseases&s=3ka0mr>.

Henry Lancaster et Peter Lange for BuddleComm. 2017. « *Madagascar - Telecoms, Mobile, Broadband and Digital Media - Statistics and Analyses* ». Australie : BuddleComm.

<https://www.budde.com.au/Research/Madagascar-Telecoms-Mobile-Broadband-and-Digital-Media-Statistics-and-Analyses>.

Homeopharma. 2017. « *Homeopharma – La Solution Naturelle*. » Madagascar : Homeopharma. <http://www.madagascar-homeopharma.com/>.

HP Plus/Palladium. 2017. Données principales et secondaires. Madagascar : enquêtes SHOPS Plus.

Human Network International (HNI). 2017. Données principales et secondaires. Madagascar : enquêtes SHOPS Plus.

IFC and GSMA. 2013. « *GPM Case Study : Airtel, Madagascar* ». R.U. : IFC ET GSMA. https://www.gsma.com/mobilefordevelopment/wp-content/uploads/2013/04/GPM_AirtelCaseStudy190413.pdf.

Impact Amplifier. 2015. « *Madagascar's Impact Enterprise Ecosystem*. » South Africa : Impact Amplifier. http://www.impactamplifier.co.za/wp-content/uploads/2017/02/GIZ_Full_Report_Final.pdf.

Institut National de la Statistique - INSTAT. 2017. Données principales et secondaires. Madagascar : enquêtes SHOPS Plus.

Institut National de la Statistique - INSTAT/Madagascar and ICF Macro. 2010. « *Enquête Démographique et de Santé de Madagascar 2008-2009* ». Antananarivo, Madagascar : INSTAT et ICF Macro.

Institut National de la Statistique (INSTAT), Programme National de lutte contre le Paludisme (PNLP), Institut Pasteur de Madagascar (IPM) et ICF International. 2013. Enquête sur les Indicateurs du Paludisme (EIPM) 2013. Calverton, MD, É.U. : INSTAT, PNL, IPM et ICF International.

Institut National de la Statistique de Madagascar - Ministère d'État chargé de l'économie et de l'industrie. 2010. « *Madagascar - Enquête périodique auprès des ménages 2010*. » Washington, DC : Organisation internationale du travail. <http://www.ilo.org/surveydata/index.php/catalog/1002/study-description>.

Institut Pasteur de Madagascar (IPM). 2017. Données principales et secondaires. Madagascar : enquêtes SHOPS Plus.

Interaide/ATIA– AFAFI. 2017 Données principales et secondaires. Madagascar : enquêtes SHOPS Plus.

International Food Policy Research Institute. 2016. « *Global Nutrition Report 2016: From Promise to Impact: Ending Malnutrition by 2030*. » Washington, DC : International Food Policy Research Institute. <http://data.unicef.org/wp-content/uploads/2016/06/130565-1.pdf>.

Organisation internationale du travail (OIT). 2017. Données principales et secondaires. Madagascar : enquêtes SHOPS Plus.

Fonds monétaire international. 2015. « *MF Country Report No. 15/26 – Republic of Madagascar*. » Washington, DC : Fonds monétaire international. <https://www.imf.org/external/pubs/ft/scr/2015/cr1525.pdf>.

Intrahealth. 2017. Données principales et secondaires. Madagascar : enquêtes SHOPS Plus.

J. Annis et G. Razafinjato pour IRC. 2011. « *Public-Private Partnerships in Madagascar: a promising approach to increase sustainability of piped water supply systems in rural towns.* » Madagascar : IRC.

JHPIEGO – MCSP. 2017. Données principales et secondaires. Madagascar : enquêtes SHOPS Plus.

JSI Miaraka/Mahafa project. 2017. Données principales et secondaires. Madagascar : enquêtes SHOPS Plus.

Kieron Monks pour CNN. 2017. « *M-Pesa: Kenya's mobile money success story turns 10* ». Atlanta, GN : CNN. <http://www.cnn.com/2017/02/21/africa/mpesa-10th-anniversary/index.html>.

Kimball M, Phily C, Folsom A, Lagomarsino F, Holtz J. 2013. « *Leveraging health microinsurance to promote universal health coverage* ». Genève : Microinsurance Paper ; n° 23. Bureau international du travail.

L'Express de Madagascar. 2017. « *Cobaye médicale* ». Madagascar : L'Express de Madagascar. <http://www.lexpressmada.com/blog/opinions/cobaye-medical/>

Linda Sandid. 2011. « *Disponibilité et accessibilité aux médicaments dans les pays en développement : situation à Madagascar en 2009, Thèse 2011.* » Grenoble, France: Université Joseph Fourier. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00592377/document>.

Lutheran Church's Health Department – SALFA. 2017. Données principales et secondaires. Madagascar : enquêtes SHOPS Plus.

Ly M, N'Gbichi JM, Lippeveld T, Ye Y. 2016. « *Rapport d'évaluation de la performance du Système d'Information Sanitaire de Routine (SISR) et de la Surveillance Intégrée de la Maladie et la Riposte (SIMR), 2015.* » Chapel Hill, NC : MEASURE Evaluation.

Banque centrale de Madagascar. 2015. « *Rapport sur la Stabilité Financière 2015* ». Madagascar : Banque centrale de Madagascar. http://www.banque-centrale.mg/index.php?id=m6_6_3.

Madagascar Central Bank. 2015. « *Financial Statements of Microfinance Institutions* ». Madagascar : Banque centrale de Madagascar. http://www.banque-centrale.mg/index.php?id=m8_8.

Marie Stopes Madagascar (MSM). 2017. Données principales et secondaires. Madagascar : enquêtes SHOPS Plus.

Microcred /Association Professionnelle des Banques (APB). 2017. Données principales et secondaires. Madagascar : enquêtes SHOPS Plus.

Ministère de la Fonction Publique et des Lois Sociales. 2017. Données principales et secondaires. Madagascar : enquêtes SHOPS Plus.

Ministère de la Santé Publique de Madagascar en collaboration avec l'OMS. 2011. « *Profil Pharmaceutique du Pays, 2011.* » Madagascar : Ministère de la Santé Publique de Madagascar en collaboration avec l'OMS.

Ministère de la Santé Publique de Madagascar. 2006. « *Plan de Développement Secteur Santé 2007-2011.* » Madagascar : MSP.
https://www.internationalhealthpartnership.net/fileadmin/uploads/ihp/Documents/Country_Pages/Madagascar/MadagascarPDSS_25mars_2007.pdf.

Ministère de la Santé Publique de Madagascar. 2011. « *Plan Stratégique des Centres Hospitaliers et des Établissements Universitaires de Soins à Antananarivo 2012-2016.* » Madagascar : MSP.

Ministère de la Santé Publique de Madagascar. 2011. « *Plan Stratégique National de Lutte contre la Tuberculose à Madagascar 2012-2016.* » Madagascar : MSP.

Ministère de la Santé Publique de Madagascar. 2012. « *Évaluation de la Sécurisation des Intrants de Santé à Madagascar Année 2012.* » Madagascar : Ministère de la Santé Publique de Madagascar.

Ministère de la Santé Publique de Madagascar. 2017. « *Plan Stratégique de Lutte contre le Paludisme à Madagascar 2018-2022* » Madagascar : MSP.

Ministère de la Santé Publique de Madagascar. 2012. « *Plan Stratégique National de Réponse aux Infections Sexuellement Transmissibles et au Sida à Madagascar 2013-2017.* » Madagascar : MSP.

Ministère de la Santé Publique de Madagascar. 2015. « *Annuaire des Statistiques du Secteur Santé de Madagascar Année 2014.* » Madagascar : MSP.

Ministère de la Santé Publique de Madagascar. 2015. « *LOI n°2011-002 portant Code de la Santé ; Convention entre le gouvernement de la République de Madagascar et La Centrale d'Achats de Médicaments Essentiels et de Matériel Médical de Madagascar « SALAMA ».* » Madagascar : Ministère de la Santé Publique de Madagascar.

Ministère de la Santé Publique de Madagascar. 2015. « *Plan de développement du secteur santé 2015-2019.* » Madagascar : MSP.

Ministère de la Santé Publique de Madagascar. 2015. « *Politique Nationale de Protection Sociale and Strategie Nationale sur la Couverture Sante Universelle.* » Madagascar : MSP.

Ministère de la Santé Publique de Madagascar. 2015. « *Stratégie Nationale en Cybersanté 2016-2019.* » Madagascar : MSP.

Ministère de la Santé Publique de Madagascar. 2016. « *Annuaire des Statistiques du Secteur Santé de Madagascar Année 2015.* » Madagascar : MSP.

Ministère de la Santé Publique de Madagascar. 2016. « *Cadres de mise à l'échelle de la prévention de l'hémorragie du post-partum à Madagascar.* » Madagascar : MSP.

Ministère de la Santé Publique de Madagascar. 2016. « *Politique pharmaceutique nationale.* » Madagascar : MSP

Ministère de la Santé Publique de Madagascar. 2017. « *Comptes Nationaux de Santé 2003, 2007, 2010* ». Madagascar : Ministère de la Santé Publique de Madagascar.

Ministère de la Santé Publique de Madagascar. 2017. « *Plan National d'Action Pour la Nutrition (PNAN III)* » Madagascar : MSP.

Ministère de l'Eau et Assainissement. 2017. Données principales et secondaires. Madagascar : enquêtes SHOPS Plus.

Ministère des Finances et du Budget. 2017. “*Décret N° 2017–150 Portant application de la loi N°2015-039 du 3 février 2016 sur le partenariat public-privé relatif au cadre institutionnel.*” Madagascar: Ministère des Finances et du Budget.

Ministère des Finances et du Budget. 2017. “*Décret N° 2017–149 Portant application de la loi N°2015-039 du 3 février 2016 sur le partenariat public-privé relatif aux modalités d’application des dispositions concernant la passation des contrats de partenariat public-privé.*” Madagascar: Ministère des Finances et du Budget

Ministère du Travail et des Lois Sociales. 2003. « *DÉCRET N° 2003-1162 Organisant la Médecine d’Entreprise.* » Madagascar : Organisation internationale du travail. <http://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/72837/105784/F-2107365791/MDG-72837.pdf>.

Projet MSH-Mikolo. 2017. Données principales et secondaires. Madagascar : enquêtes SHOPS Plus.

Nadene Ghouri. 2016. « *Health in Madagascar takes turn for the worse as \$22m hospital abandoned.* » Madagascar : The Guardian.

Ny Havana. 2017. Données principales et secondaires. Madagascar : enquêtes SHOPS Plus.

Orange Madagascar OMA. 2017. Données principales et secondaires. Madagascar : enquêtes SHOPS Plus.

Ordre des Infirmiers et des Sages-femmes. 2017. Données principales et secondaires. Madagascar : enquêtes SHOPS Plus.

Ordre des Médecins de Madagascar (OMM). 2017. Données principales et secondaires. Madagascar : enquêtes SHOPS Plus.

Ordre des Medecins. 2017. Données principales et secondaires. Madagascar : enquêtes SHOPS Plus.

Ordre des Sages-Femmes de Madagascar (OSFM). 2017. Données principales et secondaires. Madagascar : enquêtes SHOPS Plus.

Ordre National des Infirmiers de Madagascar (ONIM). 2017. Données principales et secondaires. Madagascar : enquêtes SHOPS Plus.

Ordre National des Pharmaciens de Madagascar. 2017. Données principales et secondaires. Madagascar : enquêtes SHOPS Plus.

Organization Sanitaire Tananarivienne Inter-Entreprises (OSTIE). 2017. Données principales et secondaires. Madagascar : enquêtes SHOPS Plus.

OSTIE Behoririka. 2017. Données principales et secondaires. Madagascar : enquêtes SHOPS Plus.

OTIV TANA/Association Professionnelle des Institutions Micro Finance (APIFM). 2017. Données principales et secondaires. Madagascar : enquêtes SHOPS Plus.

Peter Ryan. 2014. « *Version Préliminaire Rapport Final sur l'Analyse des Goulots d'Étranglement des Fournitures de Services pour le Secteur WASH à Madagascar* ». Madagascar : UNICEF.

Polyclinique d'Ilfy. 2017. Données principales et secondaires. Madagascar : enquêtes SHOPS Plus.

Population Services International. 2014. « *TRaC Study Evaluating Diarrhea Prevention and Treatment among Mothers and Caregivers of Children Under Five Years Old*. » Madagascar : PSI.

Positive Planet Océan Indien (PPOI). 2017. Données principales et secondaires. Madagascar : enquêtes SHOPS Plus.

POUZN Project for USAID. 2010. « *Assuring Access to Paediatric Zinc for Diarrhea Treatment through the Private Sector in Madagascar – Results and Lessons Learned* ». Maryland : USAID. <http://www.worldbank.org/en/programs/globalindex>.

PPP Knowledge Lab. 2017. « *Madagascar* ». Madagascar : Banque mondiale. <https://pppknowledgelab.org/countries/madagascar>.

Programme d'appui conjoint au secteur santé – PACSS. 2017. Données principales et secondaires. Madagascar : enquêtes SHOPS Plus.

Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD). 2014. « *Enquête nationale 2012-2013 sur le suivi des OMD à Madagascar* ». Madagascar : PNUD. http://www.mg.undp.org/content/madagascar/fr/home/library/mdg/publication_1.html.

PSI for ACTwatch. 2014. « *Résultats De L'Enquête ACTwatch Madagascar 2013/14*. » Madagascar : ACTwatch.

PSI for ACTwatch. 2017. « *ACTwatch Outlet Survey Results Madagascar, 2015*. » Madagascar : ACTwatch. http://www.actwatch.info/sites/default/files/content/publications/attachments/Madagascar_2015%20OS%20Research%20Brief_English_Final.pdf

PSI. « *Private Health Providers In Madagascar: Key Players In Improving Malaria Case Management To Contribute To "Malaria No More" brochure* ». Madagascar : PSI.

PSI-Madagascar. 2017. Données principales et secondaires. Madagascar : enquêtes SHOPS Plus.

Radio France Internationale. 2016. « *Madagascar : l'école lance une lutte contre les dangers de la sexualité précoce*. » Madagascar : Radio France Internationale. <http://www.rfi.fr/afrique/20160328-madagascar-le-gouvernement-instaure-cours-lies-activites-sexuelles-precoces>.

Ravélo, Arsène, Gilles Pison, Osée Ralijaona, Dominique Waltisperger et Bruno Masquelier. 2014. « *The epidemiological transition in Antananarivo, Madagascar: an assessment based on death registers (1900–2012)*. » Global Health Action. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4028933/>.

Reform Church's Development Department – SAF/FJKM. 2017. Données principales et secondaires. Madagascar : enquêtes SHOPS Plus.

Registrar Corp. 2017. « *U.S. FDA Drug Descriptions.* » Virginie, É.U. : Registrar Corp. <https://www.registrarcorp.com/fda-drugs/definitions/>.

Results for Development. 2009. « *Monographie : Le rôle du secteur privé dans le domaine de la santé et l'état de développement de l'assurance maladie à Madagascar.* » Madagascar : Results for Development pour l'AFD.

Results for Development. 2009. « *The Role of the Private Sector in Health Systems.* » Washington, DC : Results for Development. <http://www.r4d.org/focus-areas/role-private-sector-health-systems>.

Riley, Pamela, Sean Callahan et Mike Dalious. Janvier 2017. *Regulation of Drug Shops and Pharmacies Relevant to Family Planning: A Scan of 32 Developing Countries.* Bethesda, MD : Projet Sustaining Health Outcomes through the Private Sector Plus, Abt Associates Inc.

SantéSud. 2017. Données principales et secondaires. Madagascar : enquêtes SHOPS Plus.

Scaling Up Nutrition. 2017. « *A new National Nutrition Action Plan forges a strong path ahead for Madagascar* ». Madagascar : Scaling Up Nutrition. <http://scalingupnutrition.org/news/a-new-national-nutrition-action-plan-forges-a-strong-path-ahead-for-madagascar/>.

SE/CNLS – Comité National de Lutte contre le SIDA. 2017. Données principales et secondaires. Madagascar : enquêtes SHOPS Plus.

Service de la Médecine Libérale et des Dispensaires Privés (SMLDP). 2017. « *Termes de Référence – Service de la Médecine Libérale et des Dispensaires Privés.* » Madagascar Ministère de la Santé Publique de Madagascar.

Service de Médecine Libérale et Dispensaires privés (SMLDP) du Ministère de la Santé Publique. 2017. Données principales et secondaires. Madagascar : enquêtes SHOPS Plus.

Shehla Zaidi. 2013. « *Report: Public-Private Partnerships Improving Maternal and Neonatal Health Service Delivery.* » Pakistan : Aga Khan University. https://www.researchgate.net/publication/279757775_REPORTPUBLIC_PRIVATE_PARTNERSHIP_S_For_Improving_Maternal_and_Neonatal_Health_Service_Delivery.

Syndicat des Agents Paramédicaux de Madagascar. 2017. Données principales et secondaires. Madagascar : enquêtes SHOPS Plus.

T.S. for The Economist. 2015. « *Why does Kenya lead the world in mobile money?* ». R.U.: The Economist. <http://www.economist.com/blogs/economist-explains/2013/05/economist-explains-18>.

Telma MVOLA. 2017. Données principales et secondaires. Madagascar : enquêtes SHOPS Plus.

The Global Impact Investing Network. 2016. « *The Landscape for Impact Investing in Southern Africa: Madagascar.* » Madagascar : The Global Impact Investing Network. https://thegiin.org/assets/documents/pub/Southern Africa/Madagascar_GIIN_southernafrica.pdf.

The Observatory of Economic Complexity. 2012. « *Where does Madagascar import Packaged Medicaments from?* » The Observatory of Economic Complexity.
http://atlas.media.mit.edu/en/visualize/tree_map/hs92/import/mdg/show/3004/2012/.

Banque mondiale. 2014. « *Madagascar - Public expenditure review 2014 : health sector background paper* ». Washington, DC : OMS.

Track20 Project. 2016. « *FP2020 Core Indicator 2015-16 Summary Sheet.* » Washington, DC : PF 2020. <http://www.familyplanning2020.org/entities/124>.

Département d'État des États-Unis. 2016. « *Investment Climate Statements for 2016: Madagascar.* » Washington, DC : Département d'État des États-Unis.
<https://www.state.gov/e/eb/rls/othr/ics/investmentclimatestatements/index.htm?dclid=254215&year=2016>

U.S. President's Malaria Initiative. 2016. « *President's Malaria Initiative Madagascar: Malaria Operational Plan FY 2017* ». Washington, DC : PMI. <https://www.pmi.gov/docs/default-source/default-document-library/malaria-operational-plans/fy17/fy-2017-madagascar-malaria-operational-plan.pdf?sfvrsn=6>.

ONUSIDA. 2015. « *Madagascar HIV and AIDS estimates (2015).* » Madagascar : ONUSIDA.
<http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/madagascar>.

FNUAP. 2014. « *The State of the World's Midwifery* ». New York, NY: FNUAP.

UNICEF Madagascar. 2017. *3 Youth and HIV/AIDS.* » Madagascar : UNICEF.
https://www.unicef.org/madagascar/5558_6564.html.

UNICEF. 2017. « *PASSOBA – Sante.* » Madagascar : UNICEF.
https://www.unicef.org/madagascar/6412_13246.html.

UNICEF. 2017. Données principales et secondaires. Madagascar : enquêtes SHOPS Plus.

United Nations COMTRADE. 2017. « *UN Comtrade | International Trade Statistics Database* » New York, NY: UN.
<https://comtrade.un.org/db/dqBasicQueryResults.aspx?cc=3004&px=HS&r=450&y=2010,%202011,%202012,%202013,%202014,%202015,%202016&p=0&rg=1,2&so=9999&rpage=dqBasicQuery&qt=n>

Programme des Nations unies pour le développement (PNUD) 2016. « *Human Development Report 2016 – Human Development for Everyone.* » New York, NY : Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD).
http://hdr.undp.org/sites/default/files/2016_human_development_report.pdf.

Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP). 2017. « *Étude TMA pour les contraceptifs à Madagascar.* » Madagascar : FNUAP.

USAID Delivery Project. 2015. « *Supply Chain Network and Cost Analysis of Health Products in Madagascar: Results.* » Madagascar : John Snow Inc.

USAID Madagascar. 2014. « *Ending Preventable Child and Maternal Deaths: 10 Innovation Highlights from Madagascar* ». USAID Madagascar.

<https://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1864/EPCMD-%2010%20Innovation%20Highlights%20from%20Madagascar.pdf>.

Viswanathan, R., Behl, R. et Seefeld, C.A. 2016. « *Clinical Social Franchising Compendium: An Annual Survey of Programs: findings from 2015.* » San Francisco : The Global Health Group, Global Health Sciences, University of California, San Francisco.
<http://sf4health.org/sites/sf4health.org/files/sf4h-social-franchising-compendium-2016.pdf>.

Water & Sanitation for the Urban Poor (WSUP). 2013. "New Partnership with The Coca-Cola Company (TCCC) Announced!" Madagascar: WSUP. <http://www.wsup.com/2013/09/04/new-partnership-with-the-coca-cola-company-tccc-announced/>.

Water Supply & Sanitation Collaborative Council (WSSCC). 2008. « *Madagascar WASH Case Studies* ». Madagascar: WSSCC. <http://wsscc.org/wp-content/uploads/2016/05/WASH-Case-Studies-Series-Madagascar-2008.pdf>.

Groupe de la Banque mondiale. 2015. « *Madagascar Systematic Country Diagnostic.* » Washington, DC : Groupe de la Banque mondiale.
<http://documents.worldbank.org/curated/en/743291468188936832/pdf/99197-CAS-P151721-IDA-SecM2015-0168-IFC-SAecM2015-0123-Box393189B-OUO-9.pdf>.

Groupe de la Banque mondiale. 2017. « *Africa Health Service Delivery in Madagascar: Results of 2016 Service Delivery Indicator Survey.* » Washington, DC : Groupe de la Banque mondiale.

Groupe de la Banque mondiale. 2017. « *Shifting Fortunes and Enduring Poverty in Madagascar.* » Washington, DC : Groupe de la Banque mondiale.
<http://documents.worldbank.org/curated/en/413071489776943644/pdf/113582-v2-FINAL-PUBLIC-7817-Madagascar-Poverty-Report.pdf>.

Données ouvertes de la Banque mondiale. 2017. « *Cause of death, by non-communicable diseases (% of total).* » Washington, DC : Groupe de la Banque mondiale.
<http://data.worldbank.org/indicator/SH.DTH.NCOM.ZS?locations=MG>.

Données ouvertes de la Banque mondiale. 2017. « *Fertility rate, total (births per woman).* » Washington, DC : Groupe de la Banque mondiale.
<http://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.MORT?locations=MG>.

Données ouvertes de la Banque mondiale. 2017. « *Life expectancy at birth, total (years).* » Washington, DC : Groupe de la Banque mondiale.
<http://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN?locations=MG&view=chart>.

Données ouvertes de la Banque mondiale. 2017. « *Mortality rate, under-5 (per 1,000 live births).* » Washington, DC : Groupe de la Banque mondiale.
<http://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.MORT?locations=MG>.

Données ouvertes de la Banque mondiale. 2017. « *Physicians (per 1,000 people).* » Washington, DC : Groupe de la Banque mondiale.
http://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.PHYS.ZS?locations=MG-ZG&year_high_desc=true.

Données ouvertes de la Banque mondiale. 2017. « *Population, total* ». Washington, DC : Groupe de la Banque mondiale. <http://data.worldbank.org/country/madagascar>.

Données ouvertes de la Banque mondiale. 2017. « *Urban population growth (annual %)* ». Washington, DC : Groupe de la Banque mondiale.
<http://data.worldbank.org/indicator/SP.URB.GROW?locations=MG>.

Banque mondiale. 2014. « *The Global Findex Database 2014*. » Washington, DC : Banque mondiale.
<http://documents.worldbank.org/curated/en/187761468179367706/pdf/WPS7255.pdf#page=3>.

Banque mondiale. 2017. « *Benchmarking PPP Procurement 2017 in Madagascar*. » Madagascar : Banque mondiale.

Banque mondiale. 2017. « *Project Information Document/Integrated Safeguards Data Sheet (PID/ISDS)*. » Washington, DC : Banque mondiale.

Banque mondiale. 2017. Données principales et secondaires. Madagascar : enquêtes SHOPS Plus.

Organisation mondiale de la santé (OMS). 2017 Données principales et secondaires. Madagascar : enquêtes SHOPS Plus.

Organisation mondiale de la santé. 2014. « *WHO's Health System Financing Country Profile, 2014* ». Suisse : OMS.

Organisation mondiale de la santé. 2015. « *Poliovirus in Madagascar*. ». Suisse : OMS.
<http://www.who.int/csr/don/24-july-2015-polio/en/>.

Organisation mondiale de la santé. 2017. « *Global Health Observatory Data Repository: Nursing and midwifery personnel data by country* ». Genève : Organisation mondiale de la santé.