

Flux financier pour la santé à Madagascar : défis et opportunités

Auteurs : Annick Ranirisoa, Pascal Saint-Firmin, Christine Ortiz

Contexte

Madagascar dispose de ressources naturelles abondantes mais est l'un des très rares pays au monde où le revenu réel par habitant a fortement baissé au cours des cinquante dernières années, et ce malgré l'absence de guerre civile ou de conflit violent (Banque mondiale, 2014). La stabilisation macroéconomique, du fait des troubles politiques cycliques, n'a pas permis au gouvernement d'augmenter de manière significative les dépenses pour les services de santé et les investissements associés. La capacité financière de l'État a notamment diminué pendant la période de crise de 2009 causée par une baisse des recettes fiscales et un retrait partiel de l'aide extérieure (Lang et al., 2018).

Avec pour volonté manifeste d'atteindre les Objectifs de développement durable pour la santé, le gouvernement malgache s'est doté d'un Plan de développement du secteur santé (PDSS) 2015-2019, découlant du Plan national de développement (PND), pour que d'ici 2030, l'ensemble de la population soit en bonne santé, vive dans un environnement sain et ait une vie à la fois meilleure et plus productive. En 2019, le Ministère de la Santé publique (MSANP) se prépare à renouveler son PDSS pour la période 2020-2024. Le pays a commencé à appliquer sa stratégie nationale pour réaliser la Couverture santé universelle (CSU) dans le district pilote de Vatovandri, au mois de juin 2018, avec le lancement de la Caisse nationale de solidarité pour la santé (CNSS). Ce lancement constitue également un point de départ pour les titulaires de cartes CNSS (adhérents volontaires et affiliés) qui peuvent accéder aux soins pris en charge dans les centres de santé de base (CSB) et au centre hospitalier de référence de district (CHRD). Le MSANP a prévu d'étendre la CNSS à d'autres districts dans un avenir proche. Madagascar figure également parmi les pays bénéficiant du mécanisme de financement mondial « Global Financing Facility » (GFF). De plus, le MSANP prépare actuellement son cadre d'investissement pour la santé reproductive, maternelle, néonatale, infanto-juvénile, des adolescents et la nutrition (CI-SRMNIA-N). Ce cadre d'investissement priorise certaines interventions et leur financement pour en maximiser l'impact, améliorer la pérennité des initiatives de santé publique et favoriser la mobilisation des ressources domestiques pour la santé.

Le Gouvernement de Madagascar, avec sa nouvelle Politique générale de l'Etat (PGE) réitère son engagement à « accélérer l'opérationnalisation de la couverture santé universelle (CSU) » pour que les Malgaches aient accès aux services de santé dont ils ont besoin sans encourir de dépenses catastrophiques.

En 2018, le Ministère de la Santé publique avec l'appui de ses partenaires techniques et financiers a mis en place un district pilote pour démarrer la CSU avec un système de prépaiement à travers une caisse nationale de solidarité pour la santé.

Pour parvenir progressivement à la CSU, il est indispensable pour le pays d'identifier des mécanismes de financement durables pour le secteur santé, dont le flux financier efficace est un élément important. La disponibilité et la qualité des services et des soins de santé dépendent de la disponibilité des ressources à chaque niveau du système de santé. Certains goulets d'étranglement dans le flux financier affectent la capacité du système de santé à dispenser des services essentiels.

Devant le faible niveau d'allocation des ressources domestiques au secteur santé et la forte dépendance au financement externe, le pays doit non seulement mobiliser plus de ressources internes mais aussi s'assurer que celles-ci soient utilisées de manière équitable et efficace. Ceci commence par une solide programmation et budgétisation des priorités du secteur santé.

Malgré ces avancées et une volonté politique à haut niveau, la part des ressources intérieures de l'État finançant le budget du MSANP demeure faible et le secteur santé reste dépendant des ressources externes. La contribution intérieure au budget du MSANP était en effet de 4,6% en 2016, soit bien en-dessous des 10% et 15% recommandés respectivement par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et la Déclaration d'Abuja (Lang et al., 2018). Dans ce contexte, le projet Health Policy Plus (HP +), financé par l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID), a effectué une analyse des flux de fonds publics au niveau national et régional dans le but d'examiner les goulots d'étranglement dans la structure de gestion financière existante des finances publiques, y compris la préparation du budget et son processus d'exécution. L'analyse montre l'écart entre les demandes budgétaires du MSANP et les fonds du gouvernement alloués et dépensés, et la manière dont il affecte la qualité des services dispensés par les prestataires et l'utilisation des soins par la population. Les résultats de notre analyse montrent des possibilités d'amélioration des flux des fonds pour accroître l'importance des ressources domestiques effectivement engagées pour la santé, et pour s'appuyer in fine sur un système de santé davantage performant et pérenne.

Méthodologie

La première étape consistait à comprendre le processus de programmation budgétaire, en définissant les grandes orientations et en déterminant les perspectives envisagées par le gouvernement, jusqu'à ce que le budget soit disponible pour être exécuté pour le compte du MSANP. Des entretiens ont eu lieu avec des responsables de la Direction de la programmation budgétaire du Ministère de l'Économie et des Finances (MEF), de la Direction des études de la planification et du système d'information (DEPSI), et de la Direction des affaires administratives et financières (DAAF) du MSANP concernant la préparation du budget et le processus de son exécution. Ces échanges ont ensuite mis en contexte les données collectées. Les renseignements ainsi obtenus ont également permis d'élaborer un diagramme (Figure 1) détaillant les différentes phases-clés et les périodes calendaires du processus de programmation budgétaire, entre l'étape d'identification des grandes orientations et perspectives budgétaires et la mise en place effective du budget (disponible au Trésor). Ce

diagramme montre également les structures impliquées à travers le processus.

L'équipe de HP+ a examiné les données publiquement disponibles ou fournis par le MEF, la DAAF et DEPSI du MSANP, tant au niveau national que régional, pour créer une base de données sur Excel. Le Système d'information intégré de la gestion des finances publiques (SIIGFP) a fourni des données enregistrées en temps réels sur les dépenses effectuées au niveau de chaque structure. L'analyse s'est focalisée sur la période s'étalant de 2013 à 2017. HP+ a étudié les contenus des lois de finances initiales (LFI) et rectificatives (LFR), des rapports de la Cour des Comptes, des lois de règlement (LR), des revues budgétaires trimestrielles, ainsi que des plans de travail annuels (PTA) budgétisés des directions centrales et régionales de la santé publique (DRSP). Le MEF et MSANP ont validé le diagramme et les résultats de l'analyse.

Cette analyse se penche sur les différences entre :

- les fonds demandés auprès du MEF et le montant alloué au MSANP
- le montant initialement alloué au MSANP dans les LFI et le montant réellement utilisé dans les LR
- le montant réellement alloué au MSANP et la somme finalement dépensée au niveau central et régional.

Parmi les contraintes rencontrées figurait la disparité entre les principales données budgétaires présentées dans la loi de règlement qui tiennent compte des montants mandatés, et celles constatées dans les documents de revue budgétaire du MSANP, qui sont calculées sur la base des montants engagés. Les informations fournies par les lois de règlement et les détails contenus dans le SIIGFP ont ainsi été rapprochées. Pour l'année 2017, comme le rapport de la Cour des Comptes n'était pas encore disponible, la loi de règlement a été utilisée.

Résultats

La première partie décrit le processus de **programmation budgétaire** qui permet de voir toutes les étapes clés de la programmation et d'examiner si la planification ascendante des activités des différentes structures du MSANP est vraiment connectée à l'exercice **d'affectation programmatique de l'enveloppe budgétaire** que le ministère pense recevoir pour l'année qui suit.

Deuxièmement, la partie analyse de l'**exécution budgétaire** montre les évolutions des allocations, des dépenses et des taux d'exécution des ressources disponibles au niveau **central et régional**, ainsi que de possibles goulots d'étranglement.

1. Processus de programmation budgétaire du côté du MSANP

Le processus de programmation budgétaire constitue une étape importante garante de l'exécution budgétaire et de l'atteinte des indicateurs de performance fixés par le Ministère. Une déconnexion entre la programmation des activités et la répartition de l'enveloppe budgétaire pourrait entraver la capacité à financer les priorités du secteur et à répondre aux besoins de la population. La compréhension du processus de programmation budgétaire peut aider les parties prenantes à déterminer qui impliquer et à quel moment pour influencer les décisions budgétaires.

Pendant le premier trimestre (voir Figure 1), le processus budgétaire de l'État vers les ministères commence par l'identification des lignes directrices de la Politique générale de l'État (PGE) et la définition des perspectives budgétaires.

Au niveau du MSANP, la programmation ascendante du PTA de l'année qui suit débute en avril de l'année en cours. Les PTA budgétisés des CSB et des CHRD sont compilés au niveau des services de district de santé publique (SDSP). Les PTA des SDSP et des centres hospitaliers de référence régionale (CHRR) sont consolidés au niveau de la Direction régionale de la santé publique (DRSP) qui, à son tour, envoie le PTA à la DEPSI pour compilation finale avec ceux des directions centrales et des centres hospitalo-universitaires (CHU).

Dans un premier temps, l'exercice du Cadre de dépenses de moyen-terme (CDMT), consistant à incorporer des activités jugées prioritaires sur trois ans, se fait sous le pilotage du Secrétaire général (SG) au niveau de la DAAF et en collaboration avec la DEPSI du MSANP. Il s'agit d'un exercice d'identification, de priorisation et d'arbitrage des interventions qu'il faudra financer. Elles peuvent être totalement nouvelles ou rectificatives et tiennent compte des PTA ascendants des structures déconcentrées. On les appelle « Mesures nouvelles » car elles viennent s'ajouter aux autres activités déjà retenues et reconduites. Une fois l'arbitrage terminé, une nouvelle allocation budgétaire sur trois ans est obtenue, ce qui correspond à l'aspect glissant du CDMT.

Cette nouvelle allocation est envoyée au MEF et fera l'objet d'une **pré-conférence budgétaire** sur le CDMT pendant le troisième trimestre. Les montants inscrits dans la première année du CDMT constitueront l'enveloppe du projet de loi de finance à soumettre par le MSANP au MEF.

Les organisations de la société civile (OSC) sont consultées pendant l'élaboration des projets de loi des finances initiale pour soutenir des recommandations sur les budgets, les priorités et les indicateurs de performance du secteur. Entre-temps, des séances de travail avec les partenaires techniques et financiers (PTF) sont organisées pour aligner les budgets et les activités à réaliser, selon l'enveloppe de leurs contributions.

Après différents exercices de cadrage budgétaire à moyen-terme au niveau du MEF, une **conférence budgétaire** se tient le quatrième trimestre, avant la préparation du projet de la LFI. Le MSANP a ainsi l'occasion d'appuyer et de justifier les montants inscrits initialement dans le CDMT.

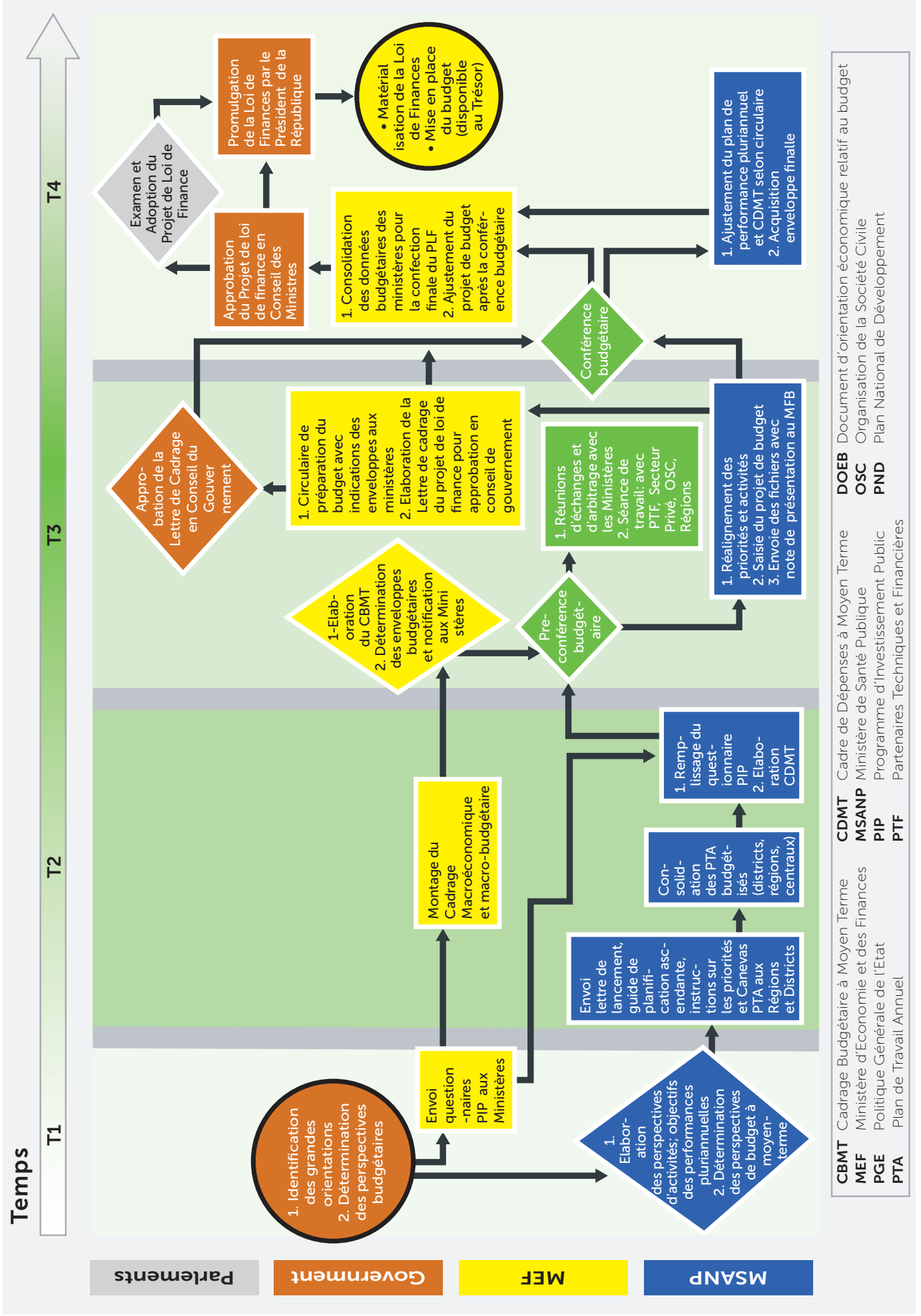
Le MEF indique, par la suite, le montant des enveloppes budgétaires aux différents ministères. Dans la pratique, cette enveloppe est la plupart du temps inférieure à la demande, en fonction des priorités nationales. Le MSANP procède, à son tour, à la révision des montants inscrits initialement, suivant l'enveloppe octroyée par le MEF, à travers un exercice de priorisation des interventions. Ce projet de budget est saisi dans le SIIGFP par le MSANP. Le projet de loi de finance passe en Conseil de gouvernement pour approbation, et devant les entités parlementaires pour examen et adoption. Ensuite, la LFI est promulguée par le Président de la République, souvent avant la fin du mois de décembre, et est « matérialisée » dans le budget du MSANP pour être mise en place et à la disposition du Trésor Public au début de l'année qui suit. Un sommaire du processus est présenté ci-dessous en Figure 1.

Le processus budgétaire aide à comprendre comment le gouvernement parvient à une décision sur le financement du secteur santé. La partie suivante décrit comment, durant ce processus, les demandes et les allocations ont évolué entre 2013 et 2017, et comment les fonds ont été exécutés.

2. Analyse des données financières

Notre analyse des données financières, dont les sources sont décrites dans la section méthodologique, suit le processus des demandes faites pendant la planification ascendante jusqu'à l'exécution de ces budgets, en comparant les différentes régions pour

Figure 1 : Processus de programmation budgétaire (1er janvier au 31 décembre)



mieux comprendre les défis liés à l'allocation et à l'exécution des fonds pour le secteur santé.

2.1 Amélioration perceptible du montant global alloué pour la santé

Nous remarquons une évolution des fonds alloués au secteur de la santé par le budget général de l'État malgache pour les années 2013 à 2017, avec une augmentation nominale continue des montants totaux du budget au fil des années, de 233 milliards d'ariary (MGA) en 2013 à 373 milliards MGA en 2017 (Figure 2). Cette tendance se poursuit en 2018 avec un montant de 385 milliards MGA, et en 2019 avec 567 milliards MGA, soit une augmentation de 47% de l'allocation budgétaire par rapport à 2018 qui est encourageante pour le financement et l'engagement politique en faveur du secteur santé (LFR 2018, LFR 2019).

L'amélioration du taux d'exécution des crédits finaux alloués est également manifeste, allant jusqu'à 85% en 2017. Ceci indique que le MSANP a réellement besoin des fonds alloués et qu'il est capable de les dépenser.

Un taux d'exécution bas indiquerait soit une inefficience dans l'exécution ou une estimation incorrecte des besoins du secteur durant la planification.

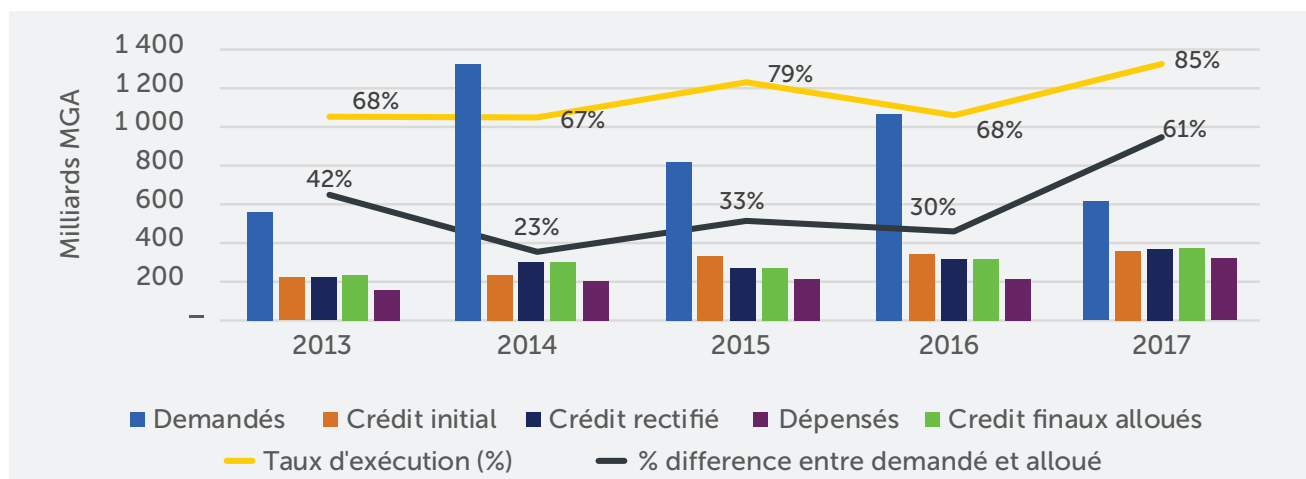
Pourtant, il existe toujours, et les entretiens l'ont confirmé, une grande différence entre les montants demandés par le MSANP et les crédits finalement alloués dans les lois de finances sur toutes les années. Cependant, la différence est variable au fil des ans. Cette différence s'explique par le fait que les structures expriment leurs besoins pendant la programmation ascendante. Néanmoins, au niveau central, les arbitrages sont

faits pour rester dans l'enveloppe dont le montant est déjà prédéterminé par le MEF, selon le CBMT (Cadre budgétaire à moyen-terme).

Avec l'application du CDMT dans la programmation budgétaire pluriannuelle, pour un agencement des dépenses sur une période de trois ans glissant, l'équipe responsable des documents budgétaires au sein du MSANP invite les différentes structures du ministère à **prioriser leurs activités** selon un montant déjà prévu pour l'année qui suit, sur la base des prévisions de dépenses dans le CDMT. C'est pourquoi, à partir de 2017, les demandes exprimées dans les PTA ont été influencées par les priorités du secteur, d'une part, mais également par les montants du CDMT initial qui tient compte des montants inscrits dans le CDMT final de l'année précédente. L'écart entre le total des besoins exprimés et les montants alloués est réduit, indiquant un cheminement vers une demande réaliste. Ce défi est abordé de façon plus détaillée au niveau régional dans le chapitre 2.6. Entre les lois de finance initiales et rectificatives, aucune différence majeure n'est observée dans les montants globaux.

S'agissant des régions, on constate une augmentation considérable de l'allocation budgétaire en 2017. Le MSANP a bénéficié de crédits supplémentaires pour des réhabilitations post-cycloniques au niveau des régions touchées par le cyclone Enawo. Toutes les régions ont connu une augmentation. Seize (16) régions de la côte Est et des Hautes-Terres ont bénéficié d'une augmentation de plus de 50%. Les trois régions pilotes de la CSU, Atsinanana, Amoron'i Mania et Vakinankaratra ont reçu respectivement des augmentations de 283%, 213%, et de 145% (SIIGFP).

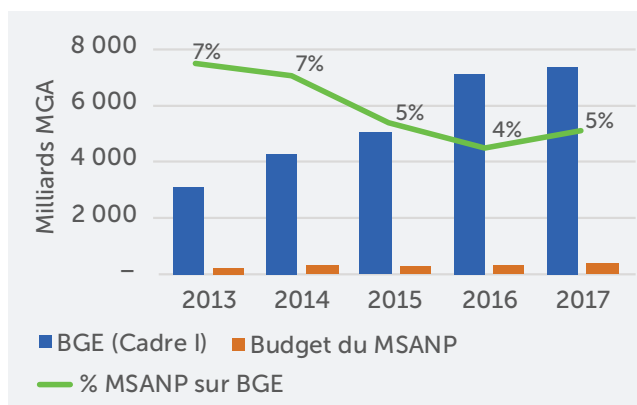
Figure 2 : Tendances des demandes, des crédits alloués, des dépenses et des taux d'exécution au niveau national (2013-2017)



2.2 Diminution de la part du budget général de l'État alloué au MSANP

Bien que le montant du budget nominal total alloué au MSANP ait augmenté depuis 2013, la part du budget général de l'État (BGE) allouée au MSANP a diminué de 7% en 2013 à 5% en 2017 (Figure 3) ; ceci malgré le fait que la masse budgétaire de l'État ait connu une grande augmentation de 2013 à 2016. Notons par exemple qu'en dépit d'une augmentation de 41% du BGE en 2016 (par rapport à 2015), la part allouée au MSANP reste à 4,45%, soit une diminution de 17% de sa masse budgétaire. Cette proportion du budget de l'État allouée au MSANP est largement en-dessous des engagements pris par Madagascar pour la Déclaration d'Abuja (15%) et des recommandations de l'OMS pour réaliser la CSU (10%). Malgré cela, nous notons que l'allocation per capita entre 2013 et 2017 a augmenté de plus de 50%, soit largement au-dessus du taux d'inflation.

Figure 3 : Part du BGE allouée au MSANP



Sources : Cours des Comptes 2013 – 2016, Loi de règlement 2017

*Le budget alloué au MSANP n'inclut pas les financements externes directs (hors budget) alloués au secteur santé, exécutés directement par les PTF.

2.3 La part des financements externes sur le budget reste importante dans le domaine de la santé

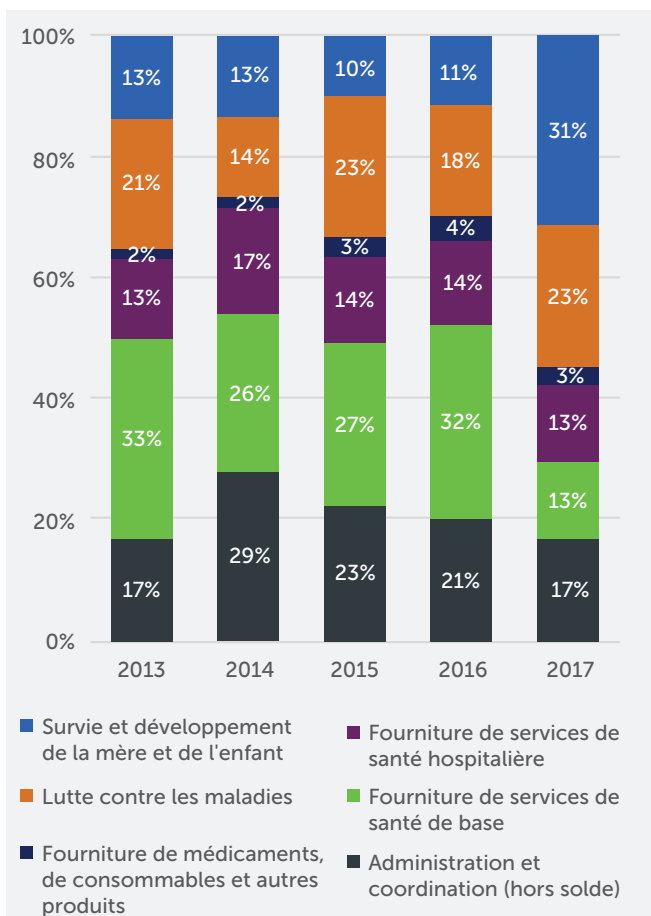
Malgré l'instabilité politique dans le pays, le budget du secteur santé bénéficie d'importantes contributions des PTF. Concernant la répartition du volume du budget alloué au MSANP, pour les deux sources de financement (interne et externe) sur le budget, on observe une augmentation des ressources externes de 19% en 2014 à 27% en 2017, et une diminution de l'allocation des ressources internes de 81% en 2014 à 73% en 2017 (SIIGFP). Ces financements externes sont enregistrés exclusivement pour le programme d'investissement public (PIP). L'État en couvre à 100% le solde et le fonctionnement. Ce constat ne prend toutefois pas en compte les aides externes hors budget, qui constituent 80% du financement

pour la santé (UNICEF, 2018). Cette situation de dépendance aux financements externes montre que la pérennisation du financement du secteur de la santé du pays reste à risque et qu'il est nécessaire de plaider en faveur de ressources internes accrues pour parvenir à l'autonomie.

2.4 Tendance à la hausse pour les montants alloués à la santé de la mère et de l'enfant

La figure 4 montre les résultats d'une analyse plus fine sur les allocations budgétaires (hors solde) des six programmes budgétaires du Ministère de la Santé chaque année. Pour l'année 2017, le MSANP a priorisé le programme Survie et développement de la mère et de l'enfant et a ainsi augmenté l'allocation budgétaire y afférente, avec une augmentation nominale de l'ordre de 265%, allant jusqu'à 68 milliards MGA (19 milliards MGA en 2016). L'intérêt accru pour ce programme spécifique au bien-être des mères et des enfants montre les efforts entrepris par l'État en faveur de cette population cible. Entre 2013-2017, les deux grands programmes Lutte contre les maladies et Fournitures des Services de santé de base comptaient en moyenne pour 48% de l'enveloppe total (hors solde) du ministère.

Figure 4 : Allocations par programme (hors solde)



Source : SIIGFP

2.5 Réallocation budgétaire progressive vers le centre

La tendance à la centralisation de la gestion du budget du MSANP devient de plus en plus évidente. La figure 5 montre que le gouvernement procède progressivement à une « réallocation » du budget des régions et périphéries aux directions centrales. La part du budget total allouée au secteur santé gérée par les structures régionales et périphériques diminue en moyenne de 11% par année, passant de 64% en 2013 à 38% en 2017, tandis que la part du budget gérée par les structures centrales augmente en moyenne de 15% par année, passant de 36% en 2013 à 62% en 2017.

Les données du SIIGFP révèlent que le budget alloué au programme 506 - Survie et développement de la mère et de l'enfant (un grand programme en termes d'interventions et de budget), est à 100% géré au niveau central, bien que les dépenses soient opérées pour la plupart au bénéfice des districts sanitaires et des CSB. Les inscriptions budgétaires des financements externes se font toujours au niveau central car les conventions de financement avec les PTF ne recommandent de rattachement des crédits au niveau des structures décentralisées du MSANP.

La figure 6 à côté montre que le PIP externe, également géré exclusivement par le niveau central, augmente d'année en année, et entraîne une augmentation du PIP interne lié aux coûts récurrents y afférents : les ressources propres internes (RPI), les droits et taxes à l'importation (DTI) et la taxe sur la valeur ajoutée (TVA), et corollairement les crédits de l'État pour les charges de fonctionnement (suivi, supervision, etc.). Cela explique la grande proportion du budget allouée au niveau central. Les entretiens avec les responsables du MSANP ont révélé que certains comptes ne sont pas engagés par les acteurs budgétaires. Les principales contraintes sont souvent liées à leurs capacités concernant l'application des procédures ou la compréhension de l'objet du crédit.

Cette tendance à la centralisation de la gestion opérationnelle des programmes montre à quel point il est nécessaire de renforcer les compétences en matière de gestion budgétaire des régions et des districts par le niveau central qui a accumulé les capacités et les expériences pour mener ces opérations. La centralisation des ressources limite l'autonomie du niveau périphérique dès qu'il s'agit de gérer des programmes et de distribuer des

ressources répondant aux besoins spécifiques de chaque région et structure. Ces niveaux de bureaucratie et de procédure supplémentaires peuvent retarder l'exécution des fonds.

Figure 5 : Proportion du budget MSANP alloué au niveau central et périphérique

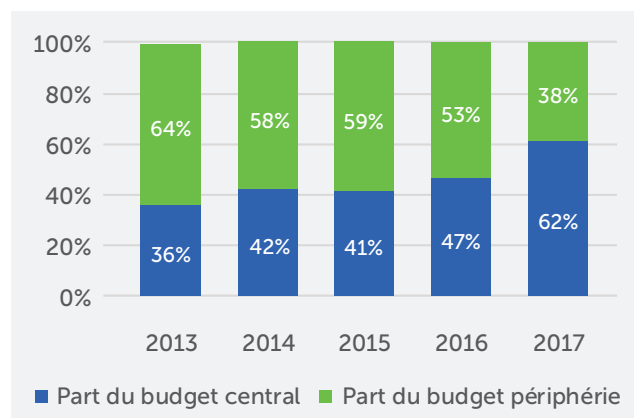
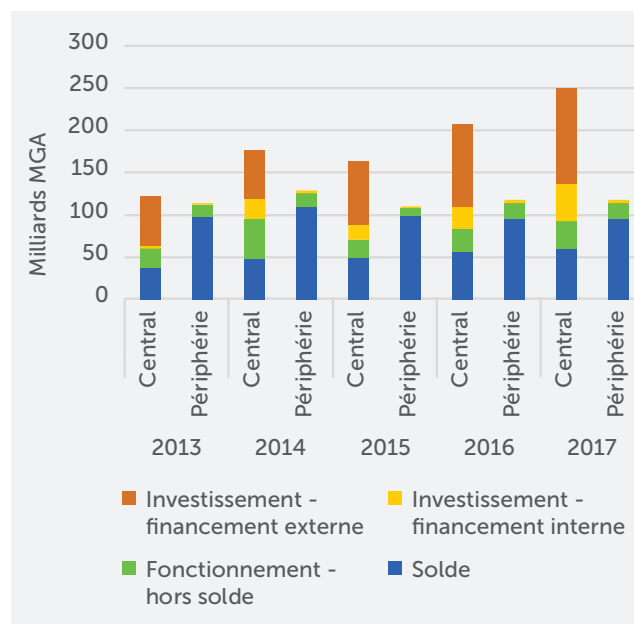


Figure 6 : Budget MSANP alloué au niveau central et périphérique, par rubrique de dépenses



Source : Graphiques établis à partir des données du SIIGFP

2.6 Les demandes initiales des régions dépassent largement l'enveloppe accordée

Dans la répartition budgétaire initiale, le MSANP ne dispose pas des moyens d'honorer les demandes estimées par les 22 régions dans leur exercice de planification ascendante. Les entretiens auprès des responsables ont révélé que la tendance de l'enveloppe budgétaire allouée au MSANP, dans le cadre du budget de fonctionnement, ne dépasse pas 10% de celle octroyée à l'année précédente. C'est un moyen pour l'administration de gérer les ressources disponibles, qui restent aléatoires face à la fragilité des agrégats macroéconomiques

du pays. L'augmentation de 10% par année représente : (i) le taux d'actualisation par rapport à l'inflation, (ii) les coûts récurrents des ouvertures des formations sanitaires, (iii) l'augmentation du nombre d'internes et internes qualifiants avec leurs indemnités, (iv) le nombre d'établissements publics nationaux, dont les CHU, (v) les contributions aux co-financements dans les achats de vaccins à l'échelle internationale, etc.

Les entretiens confirment les informations issues de l'analyse de données qui montrent que les régions font face à un arbitrage budgétaire rigoureux au niveau central du MSANP. Les demandes initiales formulées pendant l'étape de programmation ascendante (le développement et la budgétisation des PTA) par les régions ont été réduites successivement de 90% (2013), 88% (2014), 90% (2015), 98% (2016), et 87% (2017), les régions n'ont en fait reçu que 10% à 15% de ce qu'elles demandaient. L'application du programme d'action sectoriel prioritaire (PASP) dans la programmation budgétaire n'a été effective qu'à partir de 2017. Ainsi, les programmations au niveau périphérique n'étaient pas cadrées à partir des documents de priorisation nationaux du secteur. Les régions de Vakinankaratra et Atsimo Andrefana (cas 1), et Sava, Menabe et Diana (cas 2) ont subi les taux moyens de réduction les plus élevés (90% et plus) entre 2013 et 2017. En réalité, ces régions figurent parmi les plus appuyées par les PTF (cas 1). Elles présentent les quantités de population les plus faibles à desservir (cas 2), ce qui les défavorise par rapport aux critères d'allocations budgétaires établis par le MSANP¹. Les tendances entre 2013-2017 montrent une nette augmentation des montants approuvés dans les LFR pour les régions. Néanmoins, ils restent très en-deçà des montants demandés.

Selon un des entretiens, parmi les critères de répartition de l'enveloppe aux régions, on peut noter l'enclavement des districts et des communes dans la région, le nombre d'habitants desservis, le type d'énergie utilisée dans les formations sanitaires, et le nombre de PTF intervenant dans la région. A ces critères s'ajoutent les priorités politiques qui ne correspondent pas toujours à celles du ministère.

¹ Ce qui sous-entend que les régions appuyées par les PTF bénéficient d'allocations moindres car la stratégie d'allocation budgétaire pour la santé prend en compte les apports extérieurs pour chaque région.

Les écarts importants entre les demandes et la répartition initiale démontrent que la phase de préparation budgétaire est à améliorer. Cela provient du fait que le calendrier de programmation budgétaire et celui du projet de PTA n'arrivent pas à coïncider. Ce décalage, qui s'ajoute au manque de clarté dans le processus à suivre et dans le document de référence, constitue une entrave à l'exercice de planification qui a parfois des répercussions négatives lors de la phase d'exécution. Les différents calendriers et le manque d'informations claires font que les établissements sanitaires et les directions de santé n'arrivent pas à exécuter les budgets dans leur intégralité dans les derniers six mois de l'année, lorsqu'ils sont effectivement disponibles.

2.7 Les taux d'exécution sont importants pour le plaidoyer auprès du MEF, et la périphérie montre une capacité accrue de décaissement au fil des années

Un des principes de la réforme des budgets introduite en 2004 est que le budget de l'année suivante est déterminé par l'absorption de celui de l'année précédente (S. Menard, 2016). Ainsi, si la CSU devenait une réalité à Madagascar, assurant ainsi des soins de qualité à tous les Malgaches, il faudrait d'abord montrer une capacité à utiliser efficacement les ressources actuelles avant de plaider par la suite pour l'obtention de ressources accrues. Il serait difficile pour le MEF d'accorder des augmentations plus importantes de crédit si le taux de décaissement demeurait faible. Des réformes dans le processus de passation de marchés et les procédures d'exécution des dépenses publiques devraient être engagées pour espérer régler cet aspect.

L'analyse des données du SIIGFP montre une amélioration des taux d'exécution des budgets du niveau central, de 31% en 2013 à 78% en 2017 (Tableau 1). Il ressort également que les structures régionales et périphériques affichent un taux d'exécution budgétaire plus élevé que le niveau central, avec une moyenne de 87% entre 2013 et 2017 (contre 50% pour le niveau central). Il est aussi important d'examiner à quel point les montants engagés sont effectivement liquidés et mandatés. Si le ministère s'engage à payer un certain montant pour des services, quelle quantité a été finalement liquidée vers la fin de l'année ? Le tableau 1 montre les évolutions de ces différents taux, aussi bien pour les régions que pour le niveau central.

Tableau 1 : Taux d'engagement, d'exécution et de liquidation

| | Part du budget | | Taux d'engagement | | Taux d'exécution | | Taux de liquidation | |
|------------------------|----------------|------------|-------------------|------------|------------------|------------|---------------------|------------|
| | Central | Périphérie | Central | Périphérie | Central | Périphérie | Central | Périphérie |
| 2013 | 36% | 64% | 37% | 87% | 31% | 87% | 85% | 100% |
| 2014 | 42% | 58% | 47% | 84% | 45% | 82% | 96% | 98% |
| 2015 | 41% | 59% | 74% | 94% | 56% | 94% | 76% | 100% |
| 2016 | 47% | 53% | 52% | 95% | 39% | 94% | 39% | 94% |
| 2017 | 62% | 38% | 82% | 78% | 78% | 78% | 95% | 100% |
| Moyenne | 45% | 55% | 58% | 88% | 50% | 87% | 78% | 98% |
| Tendances 2013-2017 | 15% | -11% | 28% | -2% | 35% | -2% | 22% | 0% |

Source : SIIGFP

Le taux d'engagement se réfère au pourcentage des dépenses ayant fait l'objet d'un acte d'engagement (que le ministère s'engage à payer pour des services) par rapport aux crédits alloués dans les LF. Le taux d'exécution se calcule par le rapport du montant engagé sur le crédit ouvert. Le taux de liquidation des montants engagés désigne le pourcentage des montants engagés qui sont réellement liquidés et mandatés.

L'analyse des données des suivis budgétaires du MSANP montre que les taux d'engagement des fonds PIP de financement externe sont généralement faibles, autour de 23% à 46% entre 2013 et 2016. Pour 2017, on constate une amélioration lorsque ce taux d'engagement atteint 64% (Suivi budgétaire du MSANP). Selon les informations obtenues lors des entretiens, ceci est dû à la non-régularisation des pièces justificatives des dépenses effectuées par les partenaires techniques et financiers dans le SIIGFP. Ce problème réduit le taux d'engagement global du MSANP et empêche souvent d'avoir une vision claire des réalisations financières du secteur. D'autre part, les taux d'exécution du PIP sur financement interne dépassent toujours les 100% (suivi budgétaire MSANP). Il a été également mentionné, dans les rapports annuels du MSANP et lors des entretiens, que les retards des nominations des acteurs budgétaires dus, entre autres, aux changements des responsables administratifs, faisant souvent suite aux remaniements gouvernementaux, constituent une entrave au lancement en temps opportun (et donc efficace) de l'exécution des budgets.

vers des résultats mesurables avec des alignements clairs entre les dépenses et les priorités du secteur. Aussi, une mise en place d'un système de financement de la santé doit commencer par des réformes dans le processus de budgétisation et une bonne justification de l'utilisation des ressources publiques vers le secteur de la santé.

Bien que le processus actuel de programmation budgétaire des ressources publiques tienne compte des indicateurs à atteindre inscrits dans les documents de performance de chaque ministère, il reste encore dépendant des moyens dictés par les ressources disponibles découlant du cadrage macroéconomique du pays. Le MSANP pourra assurer une meilleure performance si les allocations de crédits sont alignées sur les priorités stratégiques du secteur et aux besoins prioritaires annoncés par les structures périphériques lors de la planification annuelle pour répondre aux besoins de la population (OMS, 2018).

Accentuer l'importance de la qualité des données : Le suivi budgétaire du secteur de la santé par le MEF se fait avec le SIIGFP, qui est un système de gestion automatisant les principales fonctions budgétaires et financières publiques. Ces fonctions incluent l'exécution des recettes, l'exécution des dépenses, la comptabilité générale du Trésor, ainsi que le suivi et le contrôle des dépenses engagées et liquidées. L'ensemble des 114 districts de santé a actuellement accès au SIIGFP. Toutefois, certains problèmes de connexion désavantagent les districts enclavés. Ceci est lié au déploiement du Service régional de l'économie et des finances (SREM) au niveau déconcentré qui se limite à l'échelle des districts. Certains responsables doivent s'éloigner de leurs postes et s'approcher de chefs-lieux de régions pour envoyer leurs données, ce qui pourrait

Discussions/Recommandations

Pour parvenir à une couverture santé universelle, Madagascar a besoin d'une budgétisation orientée

retarder l'engagement de crédits et accentuer les faibles taux d'exécution.

Certaines régions ont fait mention dans leurs rapports annuels des problèmes de dysfonctionnement du réseau interne pour accéder SIIGFP. Il est raisonnable d'espérer que les échanges seront plus fluides avec l'expansion de l'informatique, des réseaux et de la téléphonie mobile. Les démembrements du SREM jusqu'au niveau des communes pourraient améliorer la disponibilité de données fiables à temps qui sont cruciales pour des prises de décisions suffisamment éclairées.

Malgré les séances d'appui dans le cadre de l'élaboration des PTA ascendants auprès des membres des équipes de gestion des districts et des régions, l'amélioration des compétences de base sur Excel pourrait également faciliter l'élaboration de budgets plus réalistes et soutenables, aussi bien au niveau central qu'à la périphérie.

Affermir la décentralisation : La santé de la mère et de l'enfant (programme 506 de la structure programmatique du MSANP), est une priorité en santé publique aussi bien pour le gouvernement malgache que pour la communauté internationale. C'est un champ d'action que malheureusement Madagascar n'a pas atteint parmi les Objectifs du millénaire pour le développement 2015 (objectifs 4 : survie de l'enfant et 5 : réduction de la mortalité maternelle). Madagascar adhère actuellement aux Objectifs de développement durable et participe au Mécanisme de financement mondial dont l'élaboration du document CI-SRMNIA-N est en cours. Les statistiques de 2018 ne montrent pas de changement majeur dans les taux de mortalité maternelle ou de mortalité infantile durant les cinq dernières années (MICS, 2018).

Toutes ces initiatives ont pour objectif de mettre fin au décès évitables des enfants et des mères. Sur la base des résultats de la présente analyse, il faut se demander s'il est possible de garantir l'atteinte des résultats voulus avec un programme dont les opérations budgétaires sont gérées à 100% au niveau central. La quasi-totalité du budget pour ce programme provient de ressources externes, donc classées PIP externe pour lequel les conventions de financement et les manuels de procédure stipulent une gestion jusqu'ici centralisée.

Les entretiens révèlent que certaines régions ne possèdent pas encore la capacité à gérer les procédures budgétaires et que la centralisation

des dépenses d'investissement demeure plus efficiente pour certaines sous rubriques (achat de vaccins, intrants de santé, matériels techniques, etc.). La décentralisation de la gestion budgétaire au niveau des régions et des districts constitue encore un défi et il reste encore beaucoup à faire en termes de mesures d'accompagnement pour qu'elle soit effective. La nouvelle PGE stipule, parmi les socles d'émergence, la décentralisation effective qui accompagne le transfert de compétences et des ressources aux régions, districts et communes (PGE, 2019). Il y a ainsi lieu d'accorder des responsabilités accrues aux structures déconcentrées selon leurs capacités et d'investir dans le renforcement des capacités humaines et matérielles, notamment les nouvelles technologies de l'informatique et de la communication.

Renforcer le lien entre le développement des PTA et les allocations budgétaires :

La programmation ascendante est un outil de planification dont la programmation budgétaire tient compte. Mais l'enveloppe notifiée n'arrive pas à satisfaire les demandes d'allocation exprimées. Si les montants de l'enveloppe prédéterminée étaient notifiés avant la priorisation des activités des régions et des districts, leurs programmations budgétaires seraient cadrées dans une planification plus réaliste.

La qualité de la planification (et le temps alloué à cette activité vis-à-vis des autres priorités) au niveau de chaque structure reste un souci car il semble que, dans certains cas, la budgétisation reprenne les coûts historiques N-1 sans lien avec les résultats escomptés pour l'année N. Le développement et la mise en œuvre d'outils simples à utiliser pour aider les acteurs périphériques à bien prioriser leurs activités, tenant compte du montant de l'enveloppe disponible, sont en cours mais doivent être renforcés. L'OMS, dans sa note politique sur le financement de la santé, encourage les pays en route vers la CSU à opter pour des budgets programmes (plutôt que des budgets axés sur les moyens), assurant ainsi le lien entre l'allocation des ressources et les priorités stratégiques du secteur. Ainsi, les différentes structures du MSANP sont tenues de rendre compte des objectifs de performance énoncés et non de l'usage des ressources allouées. (OMS, 2018)

Accroître la mobilisation de ressources domestiques pour la santé : Le manque de ressources pour la santé à Madagascar, et la

dépendance du secteur aux apports des PTF ont été largement documentés (Banque mondiale – 2014, S. Menard -2016). Le budget accordé au MSANP est inférieur à la moitié des dépenses en santé des Malgaches (E. Lang 2017). Malgré des augmentations nominales des fonds alloués au secteur santé, nos analyses des données récentes confirment ces constats. Le montant prévu par la budgétisation de la première année du PDSS (2015), soit 550 milliards MGA n'était alloué qu'en 2019. Il s'avère indispensable que la partie des ressources propres du pays augmente à l'avenir pour mieux prévoir la pérennisation du système de santé malgache. Dans le document sur le « chemin vers l'autonomie » de Madagascar (The Journey to Self-Reliance - USAID, 2018), le pays se voit bénéficier de multiples atouts dont le secteur de la santé pourrait tirer parti, notamment la capacité de sa société civile, la liberté de commerce et la diversité des exportations. Par ailleurs, les taux d'exécution des budgets continuent à s'améliorer. Dans le même temps, de multiples actions offrent des perspectives d'amélioration de l'efficacité des dépenses du gouvernement, de l'efficacité de l'administration fiscale, de la gestion des recettes non fiscales, et de la recherche de financements innovants.

Bibliographie

Lang, E., P. Saint-Firmin, A. Olivetti, M. Rakotomalala et A. Dutta. 2018. *Analyse du système de financement de la santé à Madagascar pour guider de futures réformes, notamment la CSU*. Washington, DC : Palladium, Health Policy Plus.

Menard, Sylviane. 2016. *Évaluation de la capacité d'absorption organisationnelle et financière de l'administration de la santé concernant les investissements des partenaires techniques et financiers au cours des cinq dernières années*, Bruxelles. Fonds européen de développement.

Ministère des Finances et du Budget. Direction générale des budgets. Juin 2015. Guide d'élaboration des budgets – suivant la logique du budget de programmes. Antananarivo : Gouvernement de Madagascar.

Ministère de l'Économie et des Finances. 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017 portant lois de finances. Antananarivo : Gouvernement de Madagascar.

Ministère de la Santé publique. 2014, 2015, 2016, 2017, 2018. Document de suivi de l'exécution budgétaire, quatrième trimestre. Antananarivo : Gouvernement de Madagascar.

Ministère de la Santé publique. 2014, 2015, 2016, Rapports annuel d'activités du Ministère de la Santé publique. Antananarivo : Gouvernement de Madagascar.

Ministère de la Santé publique. 2015. Document de suivi de l'exécution budgétaire, quatrième trimestre.

OMS. 2018. Les enjeux budgétaires dans le domaine de la santé, Questions clés sur la formulation et les classifications budgétaires. Genève : OMS.

Présidence de la République de Madagascar. 2013, 2014, 2015, 2016, 2017 lois de règlement. Antananarivo : Gouvernement de Madagascar.

Ramamonjisoa, E. et E. Lang. 2018. *Innovations en matière de financement de la santé à Madagascar en vue de la Couverture santé universelle*. Washington, DC : Palladium, Health Policy Plus.

République de Madagascar. 2019. Politique générale de l'État 2019 – 2023. Antananarivo : Gouvernement de Madagascar.

Unicef. 2018. *Analyse du budget des secteurs sociaux 2014-2018*. Antananarivo : Unicef.

USAID. 2018. Madagascar Journey to Self-Reliance FY2019. <https://selfreliance.usaid.gov/country/madagascar> (consulté en janvier 2019).

World Bank. 2014. *IDA Project Paper on a Proposed Additional credit to The Republic of Madagascar for an Emergency Support for Critical Education, Health and Nutrition Services Project*. Washington DC : World Bank.

CONTACTEZ NOUS

Health Policy Plus
1331 Pennsylvania Ave NW, Suite 600
Washington, DC 20004
www.healthpolicyplus.com
policyinfo@thepalladiumgroup.com

Health Policy Plus (HP+) est un accord coopératif de 5 ans financé par l'Agence américaine pour le développement international (USAID) sous l'égide de l'accord No. AID-OAA-A-15-00051, qui a pris effet le 28 août 2015. Les activités liées au VIH/SIDA sont soutenues par le Plan d'urgence du président pour la lutte contre le SIDA (PEPFAR). HP+ est mis en œuvre par Palladium, en collaboration avec Avenir Health, Futures Group Global Outreach, Plan International USA, Population Reference Bureau, RTI International, ThinkWell et l'Alliance du ruban blanc pour une maternité sans risque.

Cette présente publication a été conçue pour examen par l'USAID et préparée par HP+. Les informations fournies dans ce document ne sont pas des informations officielles du gouvernement des États-Unis et ne reflètent pas nécessairement les points de vue ou positions de l'USAID ou du gouvernement américain.