

Couverture financière en santé de la population à Madagascar et cas des pays de l'Afrique Subsaharienne

Blanche Nirina RICHARD^{1*}, Diana RATSIAMBAKAINA², Maherinirina Franck Johnson RAKOTOMALALA³

¹ Université d'Antananarivo, Madagascar, blancherichard@yahoo.fr

² Université d'Antananarivo, Madagascar, dratsiambakaina@yahoo.fr

³ Ministère de la Santé Publique, Madagascar, maherinirinafranck@gmail.com

* Auteur correspondant

Résumé : La particularité atypique du marché de soins porte sur l'analyse des comportements des différents acteurs en santé où les frais de santé à la charge du patient punissent les pauvres et les empêchent d'accéder à des soins vitaux. Cette revue systématique avait pour but de faire la synthèse de toute la littérature publiée entre 2022 et 2025 qui illustraient le niveau de couverture en protection financière en santé en Afrique Subsaharienne y compris Madagascar. La recherche électronique et manuelle des articles se faisait en utilisant des mots-clés pour identifier les articles sur Google Scholar et Pubmed à travers un fichier Excel. Toutes les études qualitative, quantitative et mixte étaient considérées. Une synthèse était effectuée pour mettre en évidence la protection financière et l'accès financier aux soins de santé en suivant les directives de PRISMA. Sur 251 articles, 35 ont répondu aux critères d'inclusion. Dans l'analyse des déterminants du recours aux soins, l'âge, la zone de résidence, le bien-être économique et le niveau d'éducation sont les caractéristiques les plus identifiées pour expliquer les disparités entre les deux groupes. Les personnes couvertes par un régime de protection financière, ont une probabilité plus élevée de recourir aux soins que celles qui n'en ont pas. En Afrique subsaharienne, les paiements directs représentent encore plus de 40% des dépenses totales de santé. L'étude met en évidence l'existence de l'iniquité d'accès aux soins de santé dues aux défis à l'extension de la couverture santé à l'ensemble de la population.

Mots-clés : protection financière ; santé, Madagascar, Afrique Subsaharienne.

Summary: The atypical feature of the healthcare market involves the analysis of the behavior of different health stakeholders where healthcare costs payable by the patient punishes the poor and prevent them from accessing vital care. This systematic review aimed to synthesize all the literature published between 2022 and 2025 which illustrated the level of health financial protection coverage in Sub-Saharan Africa, including Madagascar. Methods: Electronic and manual searching of articles was done using keywords to identify articles on Google Scholar and Pubmed by using an Excel file. All qualitative, quantitative and mixed studies were considered. A synthesis was carried out to highlight financial protection and financial access to healthcare following PRISMA guidelines. Out of 251 articles, 35 met the inclusion criteria. In the analysis of the determinants of healthcare use, age, area of residence, economic well-being and level of education are the most represented characteristics to explain the disparities between the two groups. People covered by a financial protection scheme have a higher probability of seeking care than those who do not. In sub-Saharan Africa, direct payments still represent more than 40% of total health spending. The study highlights the inequity in access to health care which remains a challenge to extend health coverage to the entire population.

Keywords: financial protection; health, Madagascar, Sub-Saharan Africa.

Classification JEL: G32, G52, H76, I13, I15.

1. Introduction

En économie de la santé, la particularité atypique du marché de soins nous mène parfois à l'analyse des comportements des différents acteurs en santé. L'analyse de l'offre ou la demande de soin, la recherche sur les différentes manières de combler les écarts d'optimalité sont au cœur des débats scientifiques [1].

Tout le monde s'accorde à dire que les frais de santé à la charge du patient punissent les pauvres et les empêchent d'accéder à des soins vitaux. Selon l'OMS, ces dépenses constituent la solution la plus inéquitable pour financer les services de soins de santé. Chaque année dans le monde, 150 millions de personnes font face à des dépenses de santé catastrophiques du fait des paiements directs et 100 millions basculent dans la pauvreté. Les recettes précédemment obtenues grâce à ces frais doivent être remplacées par des systèmes de prépaiement plus justes et plus efficaces [2].

Au Bénin, l'accès aux soins de santé demeure l'un des enjeux sociaux les plus critiques, dans un contexte où les inégalités sont exacerbées par la prédominance du secteur informel. Plus de 94,3% de la population active travaille dans des conditions échappant aux régulations sociales formelles. Ces systèmes communautaires jouent un rôle d'amortisseur face aux chocs économiques et sociaux, ils restent limités dans leur capacité à répondre aux besoins de santé plus complexes ou à couvrir des dépenses médicales importantes [3].

Les enjeux financiers contrevenant à l'équité horizontale dans l'accès aux soins ont fait l'objet de diverses mesures politiques au cours des dernières décennies, spécialement pour favoriser l'accès à une couverture complémentaire et faire face au reste à charge après remboursement par l'assurance maladie. Les inégalités de capacité à recourir aux soins sont inévitables. Or, vouloir accéder aux soins sans limitation de ressources, c'est ce que l'on appréhende comme le non-renoncement aux soins. Le plus souvent, les raisons financières sont les plus incriminées [4].

La France se caractérise par un système d'assurance mixte, avec une assurance maladie publique obligatoire et un cofinancement des dépenses de santé par l'assurance complémentaire qui couvre 96% de la population, taux le plus élevé des pays de l'organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). La sécurité sociale est l'acteur majeur du financement des dépenses de santé [5].

La progression sur la voie de la couverture santé universelle (CSU) est un processus complexe. Il impose aux Etats un engagement ferme, qui s'inscrive dans la durée en rapport avec l'adaptation des politiques publiques, du système de santé, de mobilisation et de financement de la santé. En outre, de nombreux Etats perpétuent le mode de paiement direct des soins, qui est bien loin de s'inscrire dans une logique solidaire et qui accroît le risque de basculement dans la pauvreté lors d'un épisode maladie. De nombreux pays, en Afrique subsaharienne, peinent à progresser, alors que d'autres comme le Rwanda, le Ghana, le Gabon, le Botswana, l'Afrique du Sud ont enregistré des progrès significatifs [6].

Au Sénégal, le plan national de développement sanitaire et social vise à progresser vers l'objectif de CSU à travers les deux dimensions : l'extension de la couverture des services dans les zones mal desservies et l'élargissement de la protection financière à travers une politique appelée couverture maladie universelle (CMU) [7].

En Afrique Subsaharienne, depuis des années, l'accès aux soins surtout en milieu rural reste encore faible et cela est toujours d'actualité jusqu'à présent. Les coûts directs de soins est une barrière importante du recours aux soins, et favorise la difficulté d'accès aux soins. L'accessibilité, qui est une condition de l'accès aux soins traduit la possibilité de recourir aux prestataires de soins, elle est fonction du couple distance/temps et donc de la proximité ou de l'éloignement du centre de santé et de la longueur du trajet à effectuer [8].

À Madagascar en 2021 selon les comptes nationaux de santé, 43,2% des dépenses de santé proviennent du financement extérieur, 32,6% supporté par les ménages et 18% par l'état. Les dépenses publiques de santé sont majoritairement financées par des fonds extérieurs. Le financement public ne parvient pas à faire face à la croissance démographique. En effet, une augmentation de 0,02% des dépenses annuelles de santé n'est observée que pour une augmentation de 1% de la population et le budget alloué à la santé est inférieur à 10% du budget global de l'Etat. Le financement public, en particulier dans les pays en développement, joue un rôle important pour atteindre la couverture sanitaire universelle et améliorer la santé. En examinant le cas des pays à faible revenu [9].

Selon les Objectifs de Développement Durable (ODD), la santé constitue le moteur, la mesure et les résultats d'un développement durable. Le droit à la santé comprend l'accès, en temps utile, à des soins de santé acceptables, d'une qualité satisfaisante et d'un coût abordable. Pourtant dans un pays à faible revenu comme Madagascar, ce droit est loin d'être acquis. En effet, en termes d'Indice de Développement Humain (IDH), le pays était classé 158^{ème} sur 188 pays en 2016 et plus de 80% de la population malgache dispose d'à peine 1,90 USD par jour pour survivre. La majorité de la population malgache vit en milieu rural et travaille dans le secteur informel, ce qui rend difficile son accès aux services de santé et aux mécanismes de protection financière pour la santé [10].

A Madagascar, la politique nationale de la santé a mis plusieurs structures sanitaires définit par le plan national de la santé. Pourtant, le problème de l'accès aux soins constitue encore un grand défi pour le gouvernement et son économie [11].

Notre hypothèse est que la protection financière en santé améliore l'accès aux soins à Madagascar pour répondre à la question : « La question de recherche suivante : « Dans quelle mesure la protection financière en santé influence-t-elle l'accès équitable aux soins à Madagascar et dans les pays d'Afrique subsaharienne ? »

Cette étude avait pour objectif de faire la synthèse de toute la littérature publiée entre 2019 et 2023 qui possédaient des instructions sur la protection financière en santé et l'accès aux soins y compris en Madagascar.

2. Méthodologie

La recherche d'articles était concentrée sur deux bases de données électroniques internationales : Google Scholar et PubMed en utilisant des combinaisons de mots clés : Protection financière, Santé, Madagascar. La recherche manuelle était basée sur consultation des références bibliographiques des articles et revues en utilisant un fichier Excel.

La présente synthèse de littérature analysait les articles publiés à partir de l'année 2019 jusqu'à 2023.

Ont été inclus les articles publiés en français ou en anglais de 2019 à 2023, pertinents pour la problématique : selon les besoins de santé du ménage, la protection financière et l'accès financier aux soins de santé. Ont été ciblées les ménages les plus pauvres rapportant l'accès financier aux soins de santé. Tous les types d'étude étaient considérés sauf les revues systématiques et méta-analyses. Les langues de publication recherchée étaient le français et l'anglais ou tout article en d'autres langues que le français ou l'anglais mais avec résumé en anglais ou en français accessible.

Nous avons exclu les articles publiés avant 2019 et après 2023, les revues systématiques de littérature ou méta-analyses, les thèses, les articles publiés en d'autres langues que le français et l'anglais et non traductibles en français ou en anglais.

Processus de sélection : La sélection des articles se déroulait en trois phases : dans la phase 1, les articles étaient sélectionnés à partir du titre et à base des critères d'inclusion. En phase 2, les résumés étaient lus pour évaluer leur éligibilité et ceux qui ne répondaient pas aux critères étaient éliminés ainsi que les doublons. En dernière phase, les articles étaient lus dans leur intégralité et analysés.

Les références étaient vérifiées pour identifier d'autres articles à inclure dans la revue. Les articles éligibles ont été classés dans un tableau de synthèse préliminaire constituant le numéro

d'identité attribué à l'article au fur et à mesure de son intégration, le nom du premier auteur, l'année de publication, le titre de l'article, le design d'étude suivi, l'échantillonnage et les accès financier aux soins de santé rapportés et/ou facteurs facilitateurs relatés par les besoins de santé du ménage.

Pour faciliter la classification et la synthèse des facteurs identifiés dans cette revue, comme étant la protection financière, l'accès financier aux soins de santé, les besoins de santé du ménage, l'assurance maladie et financement de la santé, le cadre du modèle comportemental d'Andersen [22] était utilisé. Dans ce modèle, les facteurs prédisposant à l'accès financier aux soins de santé sont les caractéristiques sociodémographiques telles que l'âge, le genre, l'économique, la taille du ménage et le niveau d'éducation. Tandis que l'état financier du ménage et le lieu de résidence sont considérés comme des facteurs facilitant les besoins de santé du ménage.

Le Processus d'évaluation des articles et des facteurs identifiés est le suivant :

- la gratuité des soins, la participation financière de l'utilisateur, le développement des mécanismes assuranciers et la couverture sanitaire du ménage constituaient les variables dépendantes ;
- la qualité des articles de type quantitatif était appréciée si les facteurs associés étaient examinés en utilisant des tests de khi² et ensuite passés par des analyses multivariées de régression logistique pour déterminer quels facteurs parmi les identifiés étaient les meilleurs pour expliquer et découvrir l'accès financier aux soins de santé ;
- la force d'association était évaluée par l'Odds ratio ajusté à 95% d'Intervalle de Confiance (IC) et une significativité attestée à $p < 0,05$;
- les études qualitatives étaient évaluées par la comparabilité de la méthodologie utilisée ;
- l'interview en profondeur et discussions en focus groupe (FGDs) étaient priorisés comme méthodes d'enquête ;
- l'analyse thématique était souhaitée.

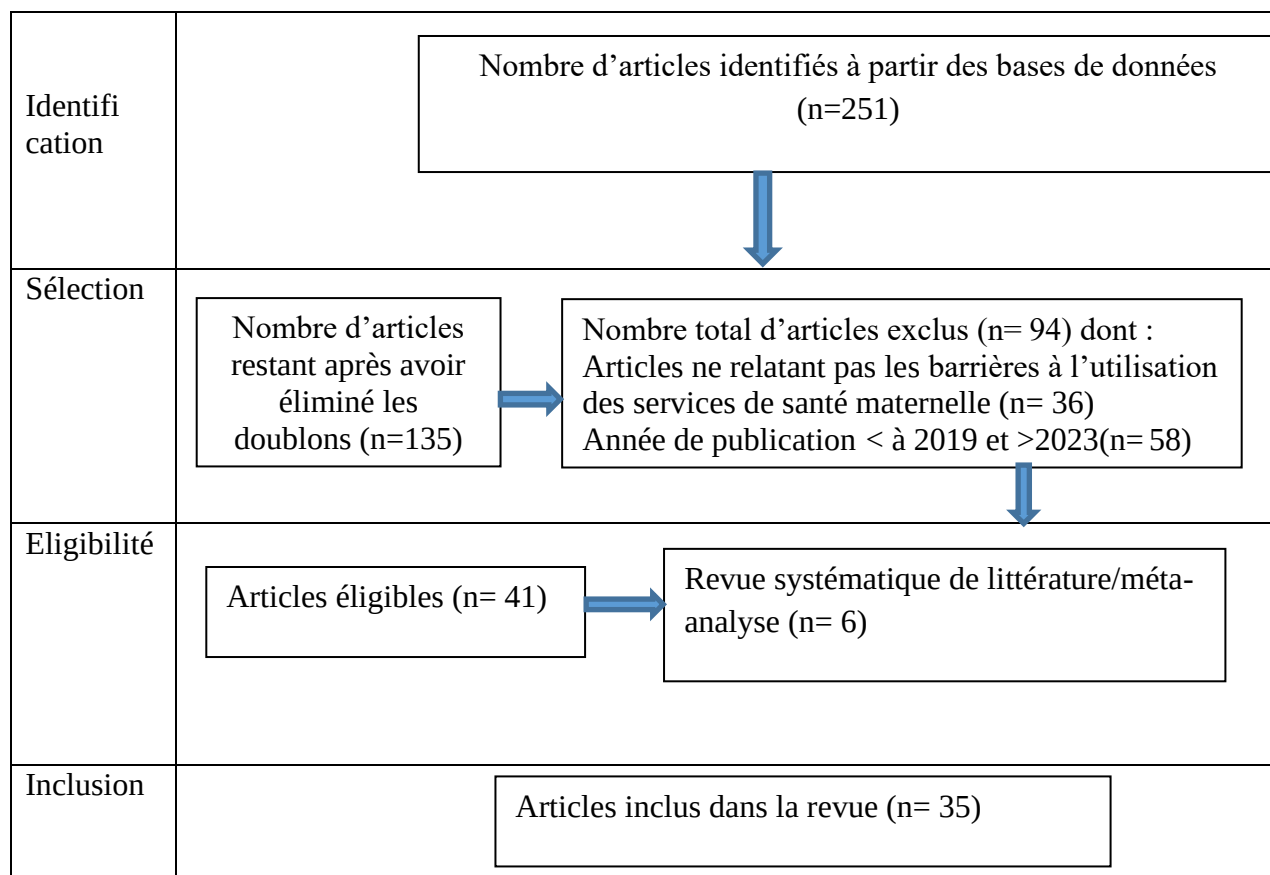
3. Résultats

3.1. Résultats de la recherche des articles

Au total 218 articles ont été identifiés. Après sélection, onze doublons ont été éliminés et 135 articles restant. Après lecture intégrale, 94 articles étaient exclus car ils ne répondaient pas à la question de recherche, dont 36 articles ne relatant pas la protection financière en santé étaient exclus, de même que les 58 articles dont les dates de publication étaient en dehors de 2022 et de 2025.

Après sélection, 41 articles étaient éligibles mais 6 étaient déjà des revues systématiques de littérature et ou méta-analyse. Finalement, 35 articles avaient satisfait aux critères d'inclusion dans cette revue systématique de littérature sur la protection financière en santé et le processus est décrit dans le flux de PRISMA (Figure1).

Figure 1 : Diagramme de recherche des articles selon les directives de PRISMA

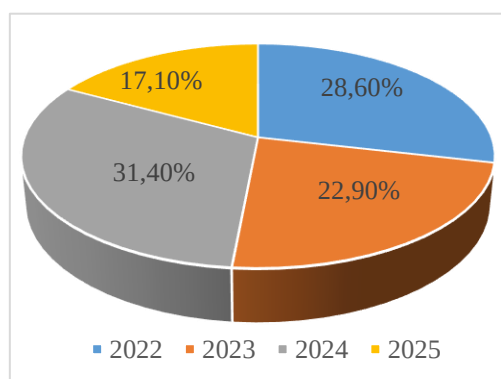


3.2 Synthèse descriptive

Les 35 articles inclus dans la revue étaient classés par : année de publication, pays, type d'étude, type d'analyse statistique, principaux facteurs identifiés et conclusions des auteurs.

➤ Classification par année de publication

Figure 2 : Classification par année de publication



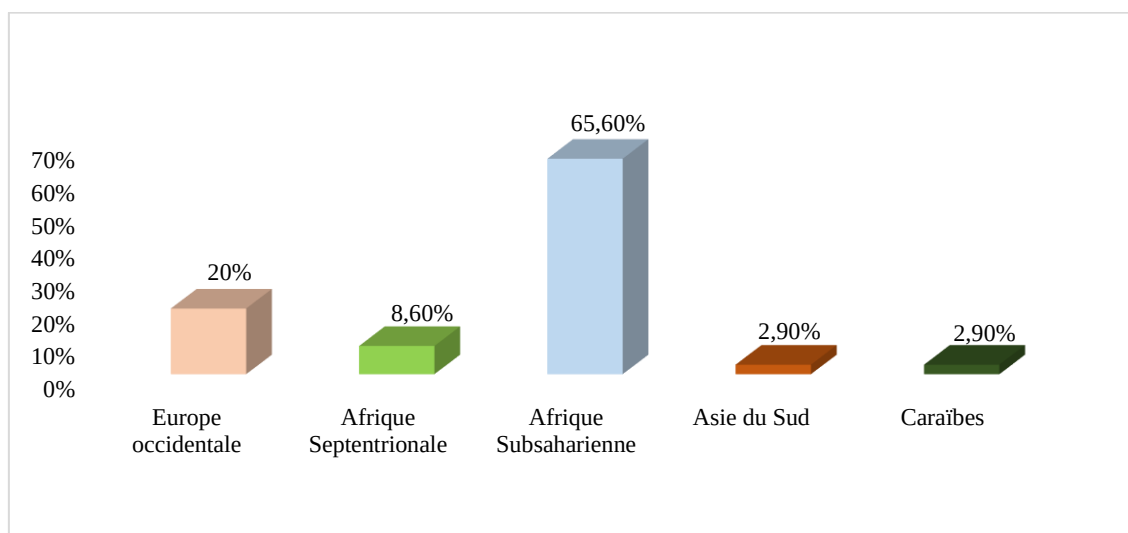
➤ *Classification selon le design d'étude* : La quasi-totalité des articles traitait d'études originales. La majorité des articles, quatorze sur les trente-cinq (40%) étaient des études quantitatives [1, 4, 6, 7, 8, 11, 17, 22, 23, 24, 25, 29, 32, 33] et seize articles (45,7%) étaient des études qualitatives [2, 5, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 18, 21, 24, 28, 30, 31, 34, 35]. Cinq articles (14,3%) étaient de type mixte (qualitatif et

quantitatif) [3, 16, 20, 26, 27]. Parmi les études quantitatives huit articles étaient des études prospectives [1, 4, 6, 7, 17, 19, 32, 33] et six articles étaient des études perspectives [8, 11, 22, 23, 25, 29]. Trois articles étaient basés sur des enquêtes nationales représentatives [7, 12, 26].

➤ *Classification selon les types d'analyse des données* : La quasi-totalité des études qualitatives avaient utilisé l'analyse thématique. Pour les études quantitatives, l'identification des déterminants et l'évaluation des associations avec l'utilisation des services de soins de santé se basaient sur de l'analyse bivariable conduite à l'aide du test de Khi² et l'analyse multivariée utilisant parfois la régression logistique pour tester les associations entre les variables dépendantes (financement de la santé, consommation médicale, poids des dépenses en santé) et les différents facteurs. Dix études avaient appliqué l'analyse pour identifier les déterminants de l'utilisation de soins de santé [1, 4, 6, 11, 17, 19, 22, 23, 29, 32]. Parmi lesquelles, dans quatre études, les auteurs avaient ajusté l'analyse aux cofacteurs pour évaluer la force d'association des déterminants et l'utilisation des services de santé [7, 8, 25, 33].

➤ *Classification par région géographique et par pays* :

Figure 3 : Classification par région géographique et par pays



➤ *Classification selon les types de protections financières en santé* : Les protections financières en santé identifiées dans la présente revue étaient multiples.

D'après l'OMS, le financement de la santé est la façon dont les ressources financières sont générées, affectées et utilisées dans les systèmes de santé [34].

Nous présentons les résultats des déterminants du recours aux soins de santé en mettant l'accent sur les différences entre les personnes couvertes et les personnes non couvertes ainsi que sur les variables socio-économiques.

Les résultats du premier modèle montrent que la probabilité de recourir aux soins de santé est significativement plus élevée parmi les personnes couvertes, quel que soit le type de régime [22, 26, 32]. Le fait d'être couvert par un régime augmente la probabilité d'utiliser les services de santé. Cela suggère donc un effet de la couverture indépendant des conditions socio-économiques des personnes non couvertes [15, 24, 33]. Ceci montre que la situation socio-économique des personnes non couvertes explique également leur faible recours aux soins [21].

Parmi toutes les variables incluses dans l'analyse des déterminants du recours aux soins, l'âge, la zone de résidence, le bien-être économique et le niveau d'éducation sont les caractéristiques les plus saillantes pour expliquer les disparités qui existent en moyenne entre les deux groupes [26].

L'influence de l'âge : De même, en ce qui concerne la variable âge, les enfants de moins de cinq ans et les personnes âgées de 60 ans et plus ont une probabilité de recours aux soins plus

importante que les individus âgés de 6 à 59 ans qui ne bénéficient pas d'une mesure d'exemption pour cette tranche d'âge, les autres variables restant constantes [22, 24]. L'âge explique 57,4% de la différence de recours aux soins entre les deux groupes (couvert et non couvert). Le signe positif de cette contribution suggère que les personnes non couvertes sont les plus représentées dans la tranche d'âge 6-59 ans, ce qui accroît la différence de recours aux soins entre les deux groupes [32, 35].

L'influence du genre : La probabilité de recourir aux soins est plus importante chez les femmes [23, 29]. Le sexe ne contribue que légèrement à la différence de recours aux soins (-1%). Cependant, ce résultat négatif est intéressant car il suggère que la répartition des femmes en faveur des assurés réduit les disparités dans la probabilité de recours aux soins [15, 23, 27].

L'influence de quintile de bien-être économique : la probabilité de recours aux soins augmente avec les quintiles de bien-être économique pour les plus pauvres, les moyens, les plus riches et les plus riches [11, 24, 27]. 12,8% de la différence attribuée à toutes les caractéristiques s'explique par le bien-être économique. Ce résultat suggère que le faible niveau de bien-être économique (possession d'un téléviseur, d'un vélo ou d'une bicyclette, caractéristiques du logement telles que la source d'approvisionnement en eau potable, le type de toilettes utilisées et le matériau du sol) des personnes sans couverture explique leur faible probabilité de recours aux soins [23, 32, 35].

L'influence du lieu de résidence : la probabilité de recours aux soins diminue avec les personnes vivant en milieu rural ont une probabilité de recours aux soins plus faible que les personnes vivant en milieu urbain [1, 6, 7]. La zone de résidence explique 14,9% de la différence de recours aux soins attribuable à l'ensemble des caractéristiques. Ce résultat suggère que la forte concentration de personnes sans couverture maladie dans les zones rurales explique leur faible probabilité de recours aux soins [12, 15, 17].

L'influence de la taille du ménage : la probabilité de recours aux soins diminue avec la taille du ménage [27, 29, 32]. La taille du ménage explique 2,1% de la différence de recours aux soins attribuable à la distribution des caractéristiques. Ce résultat positif suggère que les personnes non couvertes sont souvent issues de familles nombreuses, réduisant ainsi leur probabilité de recours aux soins [7, 12, 27].

La relation entre la taille du ménage et le besoin de santé du ménage. Les grands ménages [plus de 9 membres] ont un niveau moyen de besoins de santé deux fois plus élevé que les petits ménages et 1,3 fois plus élevé que les ménages de taille moyenne. Les différences entre chacun de ces groupes sont statistiquement significatives à un seuil de confiance de 0,000 [35]. Toutes les variables de pauvreté sociale considérées ont un effet significatif sur le besoin de santé, mais aucune interaction n'est significative [26].

L'influence de l'éducation : Cette probabilité augmente avec le niveau d'éducation. Ainsi, la probabilité de recourir aux soins est plus élevée pour les personnes instruites. Le niveau d'éducation explique 13,8% de la différence de recours aux soins attribuable à ces caractéristiques [12, 26, 27, 32].

L'influence du revenu du ménage : Nous avons donc construit un modèle d'analyse de variance à deux facteurs afin d'évaluer la relation entre l'instruction du chef de famille et le besoin de santé dans un premier temps et pour évaluer l'effet modifiant de l'instruction sur la relation entre le revenu per capita et le besoin de santé du ménage dans un deuxième temps [11, 15, 32, 35].

L'influence de la religion : La relation entre la caste et religion du chef de famille et le besoin de santé du ménage. Les ménages faisant partie des populations tribales et des castes inférieures [ST/SC] ont un besoin de santé moyen 14 % plus petit que celui des ménages chrétiens faisant partie des castes supérieures [22, 27, 33].

4. Discussion

4.1. Limites de la recherche

Dans les études de Hien H et al et Dobrzynski DM, nos résultats confirment que les personnes couvertes par un régime de protection financière, ont une probabilité plus élevée de recourir aux soins que celles qui n'en ont pas, la différence de recours s'élevant à 24,2% [15, 26].

Nous n'avons pas considéré l'obtention de filet de sécurité sociale de la population.

La répartition par âge entre les personnes couvertes et les personnes non couvertes accroît les inégalités entre les deux groupes. Mais cette inégalité est souhaitable si l'on sait que les personnes âgées et les enfants ont des besoins de santé plus accrus. Dans le même ordre d'idée, la distribution du niveau de vie, de la zone de résidence et du niveau d'éducation sont en faveur des personnes couvertes. En revanche, la répartition du sexe entre les deux groupes réduit la différence de recours aux soins entre les deux groupes [11, 15, 22, 24, 35]. Les personnes âgées de plus de 60 ans et les enfants de moins de cinq ans sont plus susceptibles de recourir aux soins. Cela correspond largement à l'idée d'équité horizontale : les personnes ayant davantage de besoins en matière de santé devraient avoir un accès plus élevé aux soins [4, 12]. Ainsi, la répartition par âge entre les deux populations est responsable de 57,4% de la différence de recours aux soins entre les deux groupes

4.2. Systèmes d'assurances médicales

A Madagascar, en termes d'assurance sanitaire, Ny Havana, une compagnie d'assurance, propose deux formules. La Formule 1 couvre tous les frais médicaux : Soins dentaires, lunetterie, bilan et analyse, et hospitalisation. Le client peut acheter les extensions au Formule 1 qui couvrent les frais de transports sanitaires, frais de soins à l'étranger, et les frais de transports. Il existe aussi le Formule 2, qui est moins chère que le Formule 1, et donc offre moins de frais. La Formule 2 couvre seulement les frais de l'hospitalisation de l'assuré. Chaque Formule a dix options qui varient en prix, en nombre de frais, et dans la quantité totale que Ny Havana peut rembourser l'assuré. Avec les Formules, l'assuré est libre d'aller où il veut, mais Ny Havana laisse toujours une franchise, entre dix et vingt pour-cent, qui reste à la charge du client. Les clients de Ny Havana sont, pour la plupart, les employés des grandes sociétés, et les primes sont à la charge des sociétés. Les assurances sanitaires de Ny Havana ne sont pas accessibles pour la population puisque les prix d'assurance sont hors du pouvoir d'achat de la majorité des malgaches, d'autant plus le régime est volontaire et présente ses limites [25].

La composante assurance sociale en santé, sous la responsabilité de l'OIT en collaboration avec l'OMS, a subi des retards et a été adaptée en raison des changements politiques à Madagascar et d'autres complications. Les efforts ont été réorientés vers des mécanismes alternatifs pour l'assurance sociale en santé. Initialement, l'OIT prévoyait de fournir cette composante via la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS), mais cette plateforme n'était plus opérationnelle au lancement du programme. De plus, les changements de leadership gouvernemental ont compliqué la coordination et l'adaptation du programme. Un responsable de la mise en œuvre a souligné que ces changements rendaient difficile la capacité d'adaptation, notamment quand les interlocuteurs changent et que le soutien doit être modifié.

Par conséquent, le programme a redirigé ses efforts au niveau national vers la promotion de la couverture santé universelle et au niveau local vers la recherche de moyens alternatifs pour protéger les bénéficiaires de Fagnavotse. Par ailleurs, les responsables ont indiqué que la stratégie d'assurance maladie devait s'adapter à des modalités non contributives, car une étude de l'OIT a montré que la majorité des ménages ciblés ne pouvaient pas cotiser à l'assurance maladie [28].

Au Bénin, le gouvernement souhaite rendre l'assurance maladie obligatoire pour toute personne résidant sur le territoire. Cet objectif d'universalité implique la mise en place de plusieurs

régimes. Les ménages identifiés comme pauvres, représentant environ 40 % de la population, seront pris en charge par l'Assurance pour le renforcement du capital humain (ARCH). Pour les plus pauvres, l'État subventionnera 100 % de la cotisation, et 40 % pour les autres ménages pauvres. Le reste de la population devra souscrire une assurance de base, individuellement ou via l'employeur, en choisissant entre l'ARCH et l'offre des compagnies d'assurance privées. Les agents de l'État seront couverts par des assureurs recrutés par appel à concurrence. Le panier de soins reste à définir, mais sera délivré par des prestataires agréés. Aucun co-paiement n'est prévu dans les centres de santé et hôpitaux de premier niveau. L'Agence nationale de protection sociale, entreprise publique, assurera la mise en œuvre de l'ARCH. Son mandat de gestion sera confié à une compagnie d'assurance dans le cadre d'un partenariat public-privé (PPP) [3]. Même avec une couverture assurantielle effective, certaines charges, liées aux co-paiements, peuvent persister. À cela s'ajoutent d'autres barrières non financières qu'il convient également de prendre en compte pour garantir l'accès réel aux services de santé selon les besoins des populations [5].

Les micro-assurances santé fonctionnelles en République Démocratique Congo (RDC) utilisent pour la plupart une politique d'adhésion individuelle ou/familiale et même lorsque la prime de cotisation est individuelle, le ménage doit néanmoins faire adhérer tous ses membres. Quant à la prime de cotisation, il y a une très grande disparité dans l'état actuel de fonctionnement des mutuelles de santé. Quant aux soins de santé et services couverts par les mutuelles de santé, ils comprennent tous les services (plateau technique) et médicaments offerts au niveau du centre de santé (Paquet Minimum d'Activités « PMA »), mais aussi un nombre limité de services au niveau de l'hôpital (Paquet Complémentaire d'Activités « PCA »). Cette situation peut s'expliquer par deux facteurs principaux : le manque de moyens financiers puisque la majorité de la population Congolais n'a pas les capacités de payer les primes nécessaires à l'adhésion, mais aussi le manque d'informations et la qualité des services de santé offerts par les mutuelles, qui nourrit les réticences des certaines couches de la population à adhérer [6].

4.3. Accès aux structures de soins, culture et gratuité des soins

A Madagascar, l'accessibilité culturelle regroupe tous les facteurs influençant les préférences culturelles du patient. Les soins de santé publics ne constituent pas l'unique possibilité d'avoir accès à un traitement médical, d'autres alternatives existent : structures privées, tradipraticien, automédication [31].

Au Burkina Faso, les obstacles culturels existent, car dans le milieu rural, les femmes requièrent habituellement l'autorisation de leur mari avant de se rendre au centre de santé [19].

4.3.1. Le Système actuel de recouvrements des coûts (FANOME)

Le réseau d'appui aux mutuelles de santé et le ministère de l'Action sociale du Burkina Faso ont mis en œuvre une intervention visant à faciliter l'accès aux soins des indigents. Cette solution devait identifier et financer l'adhésion de 4 800 personnes démunies à des mutuelles dans neuf provinces, afin de lever la barrière financière qui limite l'utilisation des services en cas de maladie. Cependant, le processus de formulation n'a pas favorisé une solution basée sur des données probantes ni sur les besoins réels des indigents. Les acteurs prévoyaient d'affilier ces personnes aux mutuelles pour encourager l'usage des soins, mais sans préciser les modalités organisationnelles. Les responsables n'ont pas clairement abordé le sort du ticket modérateur, des examens, bilans médicaux, soins spécialisés ou médicaments de spécialité [19].

Au Bénin, les gratuités ciblent des catégories de population considérées comme vulnérables, indépendamment de leur statut socioéconomique réel et ce, en lien avec les Objectifs du millénaire pour le développement (réduction de la mortalité maternelle et infantile). L'exemption de paiement pour les plus pauvres, dans le cadre du fonds sanitaire des indigents, se base quant à elle, sur une identification des bénéficiaires au point de service (ou identification « passive »). En versant à

l'ARCH les fonds dédiés à ces politiques d'accès, le gouvernement béninois répond au besoin de défragmenter le financement de la santé [3].

Le Burkina Faso est relativement en avance par rapport aux autres pays de la région dans la mesure où il a formulé deux interventions publiques importantes en faveur des indigents. D'une part, il a produit une directive nationale pour la planification des activités en 2010 demandant à toutes les formations sanitaires et les comités de gestion d'utiliser une partie de leurs ressources propres pour exempter du paiement des soins les indigents. D'autre part, dans sa politique ambitieuse de 2007 de subvention des soins obstétricaux et néonataux d'urgence, l'État a financé avec son budget national une exemption totale du prix des accouchements pour les indigentes (20% de la population). Les résultats ont montré que le fait d'être exempté du paiement des soins n'est pas associé à l'augmentation du recours aux soins de santé. Plusieurs raisons peuvent expliquer de tels résultats. La couverture financière apportée par l'exemption ne couvre pas les frais de transport ou le temps pour se rendre au centre de santé [15].

Les enjeux de la politique de promotion des micros-assurances santé (MAS) en RDC : Les principaux enjeux des MAS résident dans les effets positifs qui leur sont associés. Les MAS en RDC améliorent l'accès financier aux soins de santé et protègent contre les dépenses catastrophiques de santé parce que les membres utilisent plus souvent les services que les non-membres et que les malades consultent précocement et en temps opportun avant que la maladie ne s'aggrave. Les besoins de consommation immédiats et impondérables conduisent les individus à sacrifier la protection contre le risque maladie. Tout se passe comme si les individus pauvres effectuaient un arbitrage entre les pertes financières immédiates et les gains futurs espérés mais incertains en cas de maladie dans le futur [6].

4.3.2. Protection financière

Les mutuelles de santé fournissent une protection financière en aidant à couvrir les coûts des soins médicaux. Elles permettent aux membres de partager les dépenses de santé, ce qui peut réduire la charge financière sur les individus et les familles [1].

Besoin de santé du ménage : Nous avons vu dans la revue de littérature que la santé est un concept multidimensionnel, couvrant différentes composantes psychiques et physiques du bien-être [35].

Bases d'informationnelles utilisées pour mesurer le besoin de santé : Nous avons vu lors de la recension des écrits qu'il y avait deux catégories de mesures de la santé : les mesures directes et indirectes. Les mesures directes peuvent être basées sur des observations cliniques ou basées sur la perception. Les mesures indirectes sont considérées comme étant de bons de l'état de santé. Les mesures directes objectives sont fiables, mais sont difficiles à obtenir. Les mesures basées sur la perception sont plus faciles à obtenir, mais elles sont subjectives et peuvent varier selon les personnes et les groupes [32, 33].

Accès financier aux soins de santé : Dans plus d'un tiers des pays de l'Afrique subsaharienne, les paiements directs représentent encore plus de 40% des dépenses totales de santé. Face à cette situation et dans le but de réduire les inégalités face à l'accès aux soins, de nombreux gouvernements africains ont adopté des politiques de santé permettant soit de supprimer totalement les frais des usagers aux points de service, soit de cibler les populations vulnérables afin de leur offrir un accès gratuit à certains types de soins ou encore de subventionner le traitement de maladies spécifiques : VIH/SIDA, tuberculose... [21]

Prendre en charge les frais de santé des personnes qui ne sont pas en mesure de contribuer : Dans une étude récente, une problématique commune partagée par neuf pays africains et asiatiques ayant fait des progrès durables vers la CSU portait sur l'utilisation des recettes fiscales pour étendre la couverture [12, 22, 24].

Assurance maladie et financement de la santé : en France, les bénéficiaires de l'assurance maladie ne sont pas remboursés de la totalité des frais de santé et doivent, depuis la réforme de 2003, payer une participation forfaitaire par acte médical ou paramédical et par boîte de médicament. Dans ce système, la protection est surtout fondée sur l'emploi. La couverture, loin d'être universelle,

dépend de la qualité de cotisant, les régimes français étant professionnels. Par extension, les proches bénéficient d'un mécanisme de droits dérivés. Les pays organisant l'accès aux soins se sont inspirés des assurances sociales créées par Bismarck à la fin du XIX^e siècle [4, 15, 22]. Les régimes d'assurance maladie, généralement obligatoires, sont contributifs et professionnels. Bien que plus diversifiés que les systèmes nationaux de santé, leurs différences restent secondaires et ne remettent pas en cause leur nature profonde. Elles concernent les prestations, les types de soins couverts, et apparaissent parfois entre catégories socioprofessionnelles d'un même système [23].

La principale recommandation est de regrouper les personnes dans un même régime afin de lutter contre les disparités de santé, comme le montrent les impacts des différents régimes sur le recours aux soins. Cette dynamique permet, côté demande, d'uniformiser le recours aux soins socioéconomiques. Côté offre, la correction des écarts en ressources humaines et matérielles entre zones urbaines et rurales comble l'accessibilité physique. Il faut aussi prêter attention aux déterminants sociaux, notamment l'accès à l'eau potable, l'amélioration des installations sanitaires et le cadre de vie. Cela passe par des initiatives multisectorielles à fort impact pour éliminer le gradient socioéconomique. Bien qu'unifier les systèmes de couverture soit difficile à cause de leurs avantages spécifiques, il est possible d'établir des liens entre eux, en identifiant leur potentiel pour étendre durablement la couverture du risque maladie [6, 16, 27].

En ce qui concerne l'articulation financière, le problème de la viabilité des mutuelles, dû en partie à la faible capacité contributive des individus, peut être résolu par des transferts depuis les régimes obligatoires et des subventions gouvernementales. Au Sénégal, le financement des régimes subventionnés est assuré à 69 % par le gouvernement et à 24 % par les régimes obligatoires, ces 24 % représentant un douzième du total des cotisations salariales des régimes obligatoires [17].

5. Conclusion

L'objet de cette recherche était d'analyser les disparités d'utilisation des soins en tenant compte de la couverture contre le risque maladie en Afrique Sub-Saharienne y compris Madagascar.

Les résultats montrent la présence d'inégalités dans le recours aux soins, en fonction du régime de protection financière, au détriment des ménages non couverts dans le recours aux services de santé. Pour Madagascar, contrairement aux autres pays de l'Afrique subsaharienne, presque 40% des dépenses en santé sont supportées par les ménages. Les régimes de protection sociale en sante sont fragmentes. Le financement domestique reste faible en deçà des objectifs fixés par Abuja de 15%, comme dans les autres pays le Burkina Faso, le Benin.

Les résultats montrent également que le fait d'être couvert contre les risques sanitaires favorise le recours aux soins de santé quel que soit le régime considéré (assurance publique, assurance privée, assurance communautaire, exemption de paiement).

L'étude met en évidence l'existence de disparités de santé dues à la volonté d'étendre la couverture santé à l'ensemble de la population.

Les dirigeants du secteur des soins de santé jouent un rôle important d'intendance dans toutes les branches de la société pour veiller à ce que les politiques et les actions des autres secteurs améliorent l'équité en matière de santé. La marche vers la couverture sante universelle restera une utopie en Afrique subsaharienne, notamment à Madagascar, si la volonté politique de changer le paradigme ne figure pas sur l'agenda des dirigeants, c'est-à-dire allouer plus de ressources domestique a la santé.

Conflit d'intérêt : les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts.

Financement : la préparation de cette revue n'a bénéficié d'aucun financement externe.

Remerciements : Les auteurs adressent leurs sincères remerciements à toutes les personnes qui ont aidé à l'accès à la littérature.

Bibliographie

1. Ranaivosoa, TL, Rakoto, DO. (2023). Analyse d'impact de la mutuelle de santé sur l'accès aux soins des familles vulnérables financièrement cas d'AFAFI-Antananarivo Madagascar. *Revue internationale de la recherche scientifique*, 5(1) : 58-64. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10067394>
2. Schwettmann, J. (2022). Vers une couverture sanitaire universelle. Les cas du Bénin, de la Côte d'Ivoire, de l'Éthiopie, du Kenya, du Sénégal et de la Zambie. 3-22. Disponible sur : <https://www.fes.de/fr/section-afrique>.
3. Gnamou, J., Sambieni, N.E., Bourgeois, M. (2025). L'Assurance maladie du programme de l'assurance pour le renforcement du capital humain (ARCH) au Bénin : conception, gouvernance et défis de pérennisation. *Afrique Contemporaine*, 279(1) : 41-55.
4. Blanco-Cazeaux, I., (2023), Les déterminants du renoncement aux soins pour raisons financières en France : une revue systématique. *Journal de gestion et d'économie de la santé*, 41(2): 132-53.
5. Lapinte A, Pollak C, Solotareff R. (2024), La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties. 8-261. www.drees.solidarites-sante.gouv.fr, https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2024-07/CS2024_0.pdf
6. Mbeva, J.B., Prudence, M.N., Nguemeleu, E.T., Nzanzu, M., Nyavanda, L.K., Kambere, J.R. (2023). Issues and challenges of universal health coverage in the Democratic Republic of Congo: A critical interpretative synthesis of the literature. *Innovative Space of Scientific Research*, 66(1) :42-56.
7. Samba, M., Thiam, I. (2022). Inégalités dans l'utilisation des soins : une analyse de décomposition basée sur la protection financière contre le risque maladie au Sénégal. *Revue Française d'Economie et de Gestion*, 3(3), 204-228.
8. Ny Nosy, A.M., Razakamanana, M.V. (2024). Déterminants de l'accès aux soins des mères et enfants à Madagascar : cas du district de Manandriana. *Revue Internationale de la Recherche Scientifique*, 2(2), 686-98.
9. Andrianantoandro, V.T., Razakamanana, M.V., Ramiandrisoa, T.O. (2022). *Les dépenses de santé publique agissent-elles sur la santé maternelle et infantile à Madagascar*. Banque Mondiale, 1-19. <https://www.banquemondiale.org/fr/country/madagascar>
10. Andrianantoandro, V.T., Audibert, M., Razakamanana, M.V., Harimanana, A. (2022), Prise en charge communautaire des maladies de l'enfance à Madagascar : de l'espoir au dysfonctionnement. *Revue Réflexions Économiques*, 2(1), 98-109.
11. Vavisoa, A., Radimilahy M.A., Zafitiana, E.P., Rasila, S. (2024). Essai d'analyse des facteurs déterminants de non-utilisation des centres de santé de base à Madagascar (cas de la région Analanjirofo). *Revue Internationale de la Recherche Scientifique*, 4(2), 597-609. <https://doi.org/10.5281/zenodo.12684937>
12. Fekkakloulail, S. (2022). Les déterminants de l'adhésion volontaire à la couverture sociale au Maroc. *International Journal of Accounting*, 3(2), 410-29.
13. Chadli, N., Boutouil, S. (2022). L'impact de la protection sociale sur la croissance économique. *Revue Internationale des Sciences de Gestion*, 5(3), 212-26.
14. Barbados, W.G., Barbade, B. (2024). *Résilience en action : politiques sociales pour naviguer l'incertitude en Amérique Latine et dans les Caraïbes*, UNDP, 1-7. <https://www.undp.org>
15. Hien, H., Sidibé, S., Kaboré, D., Seré, L., Compaoré, J. (2025). Regards croisés des parties prenantes de la protection sociale sur les mutuelles sociales de santé au Burkina Faso : Enquête qualitative. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*, 7(2), 180-9.
16. Baudoin, F., Guillaud, E., Zemmour, M., (2023), *Les déterminants du soutien au financement de la protection sociale : une étude sur les données du baromètre DREES*. Working Paper LIEPP (Laboratoire Interdisciplinaire d'Etudes des politiques Publiques), Juillet, (149), 1-42. Disponible sur <https://sciencespo.hal.science/hal-04170768v1>
17. Samba, M., Thiam, I. (2022). Inégalités dans l'utilisation des soins : une analyse de décomposition basée sur la protection financière contre le risque maladie au Sénégal. *Revue Française d'Economie et de Gestion*, 3(3), 204-228.
18. Harmand, L. (2024). *Santé et aide sociale à l'enfance : placement de l'enfant, place des parents*. Mémoire master 2 Université de Rennes, 1-58. https://documentation.ehesp.fr/memoires/2024/master2droitdelasante/lucie_harmand.pdf
19. Sidibe, S., Godin, I., Bamba, I., Drabo, K.M. (2025). Analyse de l'implantation de la sélection communautaire à large échelle des indigents en Afrique Sub-saharienne : cas du Burkina Faso. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*, 5(1), 72-98.

20. Pirard, K., Torsin, W., Georges, F., Van Caillie, D. (2023). *Evaluation de la santé financière des entreprises belges à la suite de la crise du Covid-19 et analyse de la directive*, 21-86. Mémoire : Master en sciences de gestion, à finalité spécialisée en droit : HEC-Ecole de gestion de l'Université de Liège. <https://lib.uliege.be>
21. Bukele, K.T., Mbuyi, Y. (2022). Déterminants du processus de la Couverture sanitaire Universelle en RD Congo : approche économétrique par l'algorithme. *International Journal of Multidisciplinary and Current research*, 10(1), 322-341. <https://doi.org/10.14741/ijmcr/v.10.4.6>
22. Guillaud, E., Zemmour, M. (2023). Faut-il renoncer aux enquêtes d'opinion ? Analyse du soutien au financement de la protection sociale, Document de Travail LIEPP (Laboratoire Interdisciplinaire d'Etudes des politiques Publiques). *Policy Brief* 67(1), 7-22.
23. Nare, F.S. (2025). Les politiques de protection sociale face aux risques de santé : Dynamiques, enjeux et défis contemporains. Cas du Burkina Faso. *Journal de Recherche Multidisciplinaire*, 5(1), 1-6.
24. Chaarouk, O. (2025). Dépenses de santé et croissance économique : une revue de littérature. *Revista Multidisciplinar.com*, 7(2), 197-220. <https://doi.org/10.23882/rmd.24251>
26. Deneffe Dobrzynski, M.L. (2018). *Santé sexuelle et reproductive des adolescentes à Madagascar. Approche socio-anthropologique*, Médecins du Monde,, <https://www.medecinsdumonde.org/app/uploads/2022/04/download.pdf>.
27. Lehnberg, A. (2024). Street-Level Bureaucracy in Action: Social Workers Navigating Child Placement Amidst Poverty in Antananarivo, Madagascar. Student Paper. Lund University. 1-45. <https://lup.lub.lu.se/student-papers/search/publication/9186549>
28. Dias, P., Milliano, M., Haddad, Y., Ranjit, V., Ring, H., Randriamanampisoa, H. (2022). Évaluation formative du Programme de protection sociale intégrée dans le sud de Madagascar (Fonds conjoint pour les ODD des Nations Unies). 1-54.
29. Baganda, B.M., Makali, S.L., Karemere, H. (2024). Analyse des coûts des soins de santé chez les enfants de moins de 5 ans dans la Zone de santé de Bagira et implications pour la couverture sanitaire universelle. *International Journal of Innovation and Applied Studies*. 43(1), 14-27.
30. Velardo, F., Essilini, A., Decroix, C. (2025). Evaluation du projet d'appui au développement intégré de la santé orale, prévention et contrôle des infections au Laos et à Madagascar. AOI -13-191. <https://www.aoi-fr.org/wp-content/uploads>
31. Franke MA, Neumann A, Nordmann K, Suleymanova D, Ravololohanitra OG, Emmrich JV et al. (2025). Impact of a Mobile Money–Based Conditional Cash Transfer Intervention on Health Care Utilization in Southern Madagascar: Mixed-Methods Study. *JMIR mHealth and uHealth*, 13(1), 1-15. <https://doi.org/10.2196/60811>
32. Samba, M., Thiam, I, Sarr, M.L.D. (2024). Health financing issues in Senegal: a review of the scientific literature using the scoping review method. *International Journal of Accounting, Finance, Auditing, Management and Economics*, 5(4), 327-40.
33. Mbeva, J.K., Prudence, M.N., Nguemeleu, E.T, Nzanzu, M., Nyavanda, L.K., Syayipuma Kambere, J.S., (2023). Issues and challenges of universal health coverage in the Democratic Republic of Congo: A critical interpretative synthesis of the literature. *International Journal of Innovation and Scientific Research*, 66(1), 42-
34. OMS (2024) Matrice des Progrès en matière de Financement de la Santé. 11-53. http://www.who.int/health_financing
35. Chasles, V. (2022). Les inégalités de santé dans les pays émergents, le cas de l'Inde. *Géoconfluences* (1), 1-11.