

17. La santé et la nutrition

I. Résumé et Vision 2024

La vision pour 2024 pour les secteurs santé et nutrition est d’avoir un meilleur accès équitable à des services de qualité qui promeuvent le bien-être de la population en tant que principal facteur d’une meilleure santé et d’une plus grande productivité de la population. Les prestations de services seront développées de manière équitable pour assurer un meilleur accès de la population à des services de santé et de nutrition de qualité. La prestation de services sera plus résiliente grâce au renforcement focalisé des mécanismes aux niveaux primaire et communautaire. Les systèmes de santé et de nutrition seront souples pour faire face aux priorités épidémiologiques changeantes grâce à des prises de décisions basées sur des preuves. L’appui des bailleurs et les ressources de l’État bénéficieront de mécanismes pour optimiser l’efficacité des allocations. Le secteur privé jouera un rôle beaucoup plus important, complémentaire de celui du secteur public. De plus, il y aura une collaboration plus efficace entre les secteurs pour faire face aux questions de nature multisectorielle qui jouent un rôle décisif dans l’amélioration des résultats en matière de santé et de nutrition. Les citoyens auront un plus grand rôle dans la demande de services. Ayant mis en place une feuille de route à long terme, le pays évoluera progressivement vers une approche de couverture sanitaire universelle.

Cet avenir est réalisable car Madagascar sort de la dernière crise sans que les systèmes de santé et de nutrition ne soient complètement détruits. Ceci est partiellement dû aux financements des bailleurs pour atténuer certains des impacts négatifs de la crise sur la prestation de services pendant la crise. La détérioration rapide de la prestation des services essentiels résulte principalement de la diminution des ressources internes et externes. En outre, des ressources fiscales imprévisibles et l’absence de leadership affirmé ont contribué à des situations d’inefficacité au niveau de la planification stratégique et des dépenses. Avec le budget interne disponible pour la santé et la nutrition, le gouvernement ne paie, en général, que les salaires au niveau central et régional. La gestion et la gouvernance des secteurs santé et nutrition ont aussi été affaiblis à tous les niveaux. Le leadership stratégique et le contrôle des systèmes de prestation de services publics ont été endommagés et la redevabilité a chuté, ce qui a compromis la qualité de la prestation des services. Ces problèmes ont réduit l’accès aux services essentiels et la disponibilité des intrants, et augmenté le fardeau des dépenses pour les familles. Les dépenses des familles en matière de santé ont augmenté au moment même où la pauvreté atteignait des niveaux alarmants. Le défi est de préserver la disponibilité des services publics du côté de l’offre tout en faisant face aux obstacles à la demande, à savoir les barrières financières et géographiques à l’accès, surtout pour les pauvres.

La présente note cherchera à définir pourquoi il est important d’améliorer les résultats en matière de santé et de nutrition dans ce pays. Ces résultats sont étroitement liés à la croissance et la prospérité partagées, à une fourniture inclusive des services, ainsi qu’à la gouvernance. Vu les indicateurs clés de résultats, tels que les résultats dans le domaine de l’éducation et la productivité à plus long terme, l’amélioration des résultats de santé et de nutrition devrait demeurer au cœur des priorités du gouvernement central. Madagascar possède des systèmes déjà en place pour offrir des services à sa population. La résilience des mécanismes de prestation de services peut être améliorée en autonomisant les niveaux déconcentrés des secteurs santé et nutrition, en renforçant ou en redynamisant les mécanismes de gouvernance et de redevabilité sociale pour améliorer la transparence et l’efficacité des allocations de ressources, et en mettant en œuvre des mécanismes novateurs pour améliorer les résultats en matière de santé. L’accès équitable aux services peut être priorisé grâce à des politiques et des actions, et grâce au secteur privé en tant que partenaire dans la prestation de services de santé. Le gouvernement et les bailleurs peuvent améliorer la coordination et l’harmonisation en renouvelant leur engagement envers les principes du SWAP et en instituant les mécanismes nécessaires pour assurer une meilleure collaboration. Bien que l’appui accru des

baillleurs soit vital à court terme, l'État peut viser à accroître les financements internes pour la santé et la nutrition à moyen et plus long termes. La mise en œuvre de ces actions constitue les fondations qui permettront aux systèmes de santé et de nutrition de Madagascar de prendre le chemin d'une approche soins de santé universels sur le long terme.

II. Vue d'ensemble

Tout d'abord, il est important de préciser qu'au cours des quatre dernières années, il a été difficile de recueillir des données fiables dans le secteur de la santé. La présente note s'appuie sur trois études récentes : l'Enquête en Grappe à Indicateurs Multiples régionale pour Madagascar (MICS4)²¹⁹, l'étude sur les Formations Sanitaires 2012²²⁰ et la récente enquête sur les OMD à Madagascar²²¹. L'Enquête nationale auprès des ménages sur le suivi des indicateurs des OMD (ENSOMD), réalisée de septembre 2012 à octobre 2013, a été réalisée pour recueillir des données permettant d'évaluer les progrès du pays vers la réalisation des OMD.

a. *Etat de santé de la population*

Madagascar a réalisé des progrès significatifs sur certains indicateurs de santé et de nutrition, surtout avant la crise. Néanmoins, les OMD liés à la santé ont peu de chances d'être atteints étant donné la stagnation des progrès et l'inversion des tendances positives (voir Annexe 1). La santé de l'enfant s'est améliorée, avec une baisse significative de la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans, qui est passée de 163 décès pour 1000 naissances vivantes en 1997 à 72 pour 1000 en 2008/09. Néanmoins, cet indicateur a stagné au niveau national depuis 2007 (62 décès pour 1000 naissances vivantes en 2012). La prévalence de la malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans est l'une des plus importantes au monde : 53% souffrent d'un retard de croissance (ils sont petits pour leur âge) et 5,8% sont chétifs (trop maigres pour leur taille).²²² Au cours des dernières années, les taux de malnutrition sévère ont augmenté de plus de 50% depuis 2012 dans certaines des régions les plus exposées à l'insécurité alimentaire, c'est-à-dire dans le Sud-Est, le Sud-Ouest, et le centre du pays. Les ratios de mortalité maternelle sont également restés relativement élevés et stables au cours des cinq dernières années : de 469 décès pour 100.000 naissances vivantes en 2003 à 478 pour 100.000 naissances vivantes en 2012. En 2010, près de 40% de la charge totale de morbidité dans le pays était subie par les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans.²²³

L'espérance de vie à Madagascar (environ 60 ans) est supérieure à la moyenne des pays d'Afrique subsahariennes (SSA), probablement grâce à un climat favorable et une prévalence du VIH exceptionnellement faible. Madagascar est considéré comme une anomalie en ce qui

²¹⁹L'enquête Madagascar MICS4, financée par la Banque Mondiale et l'UNICEF, a été menée en 2012 par l'Institut National de Statistiques dans le Sud du pays. L'enquête s'est concentrée sur quatre régions du Sud de Madagascar : Androy, Anosy, Atsimo Andrefana, et Atsimo Atsinanana avec un échantillon représentatif de 2.897 foyers. L'enquête a collecté des données sur les membres des foyers, les caractéristiques de la maison, des informations sur les femmes âgées entre 15 et 49 ans et les enfants de moins de cinq ans. Les résultats des enquêtes MIC régionales offrent des informations sur les conditions des femmes et des enfants et sont en grande partie orientés vers les besoins de suivi des progrès vers les Objectifs de Développement du Millénaire et d'autres engagements convenus au niveau mondial. En outre, les résultats de l'enquête seront utilisés pour mieux planifier les interventions pour les quatre régions.

²²⁰L'Enquête Nationale sur les Centres de Santé 2012, la troisième depuis 2003, a recueilli des informations sur i) l'infrastructure et l'équipement des centres de santé, ii) la qualité des services de santé et iii) l'utilisation des services de santé à travers une étude de sortie. En outre, l'étude fournit des informations détaillées sur les ressources humaines et les pouvoirs de prise de décision actuels des différents niveaux administratifs: central, régional, district, hôpital et centres de santé. L'enquête porte sur un échantillon de 231 centres de santé publics et privés ainsi que 1 018 ménages et 80 groupes communautaires.

²²¹C'est une enquête OMD qui a été réalisée, car l'Enquête Nationale Démographique et de Santé ne peut pas être financé par l'USAID dans le contexte actuel du pays.

²²² UNICEF 2012.

²²³ Base de données de la charge de morbidité mondiale.

concerne l'épidémie de VIH/SIDA. Malgré une prévalence élevée des infections sexuellement transmissibles (IST), en particulier, une prévalence de la syphilis dans la population générale de 6,3%, des changements de partenaires sexuels (5% des hommes), et un faible usage du préservatif (seulement 8% des hommes disent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernière relation sexuelle), la prévalence du VIH/SIDA dans l'ensemble de la population est de moins de 1%. Néanmoins, la prévalence du VIH dans l'ensemble de la population adulte (15 - 49 ans) montre une augmentation constante, de 0,02% en 1989 à 0,13% en 2007 et 0,5% en 2012.²²⁴

Près de 40 pour cent de tous les décès sont encore attribuables à des maladies infectieuses et parasitaires évitables, y compris les maladies tropicales négligées (MTN).²²⁵ Près de 26.182 personnes ont contracté la tuberculose en 2012,²²⁶ ce qui représente un bond de plus de 26% par rapport à 2009 et environ 0,49 pour cent des cas de tuberculose sont multi résistante²²⁷. Le paludisme n'est pas aussi répandu que dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne et son incidence a diminué au cours des dernières années en raison des activités de prévention, mais il y a eu des pics dans le nombre de cas au cours des dernières années. Les MTN sont répandues dans la majeure partie du pays avec une morbidité anormalement élevée chez les pauvres.

b. Etat de la fourniture de soins de santé

La couverture des services de santé de base, en particulier les services essentiels de santé maternelle et infantile, est très faible et s'est encore détériorée depuis la crise. L'accès aux soins prénatals de qualité et des soins anténatals est un défi permanent (qui est probablement en train de s'aggraver à Madagascar) avec seulement 38 % des naissances qui ont lieu dans un centre de santé. Parmi celles-ci, seulement 44% sont assistés par du personnel qualifié.²²⁸ Ce taux est inférieur à la moyenne des pays en développement, où environ 58% de tous les accouchements se font en présence de professionnels de la santé, et plus de 50% des naissances surviennent dans les centres de santé. Les politiques démographiques visant à réduire la fécondité en encourageant les pratiques de planification familiale ont entraîné une augmentation notable de l'utilisation de méthodes modernes de contraception, soit une augmentation de plus de 15 % avant 2009, mais le taux de prévalence de la contraception est encore très faible (33 %).

La couverture vaccinale est l'une des principales variables prédictives du taux de mortalité infantile ; elle peut également être utilisée comme un indicateur indirect de la disponibilité des soins de santé de base dans un pays. Selon l'EDS 2008/2009, la couverture vaccinale complète pour les enfants de 12 à 23 mois à Madagascar en 2008 était de 62%. Les données de la récente étude sur les OMD indiquent une diminution de la couverture vaccinale complète (51,1%), tandis que les données du MICS régional indiquent une nouvelle baisse de la couverture vaccinale totale (environ 33,4%)%. Cette diminution de la couverture est également confirmée par les données de routine recueillies auprès des établissements de santé, en particulier pour le BCG au cours des cinq dernières années (figure 1).

²²⁴ ONUSIDA (2012)

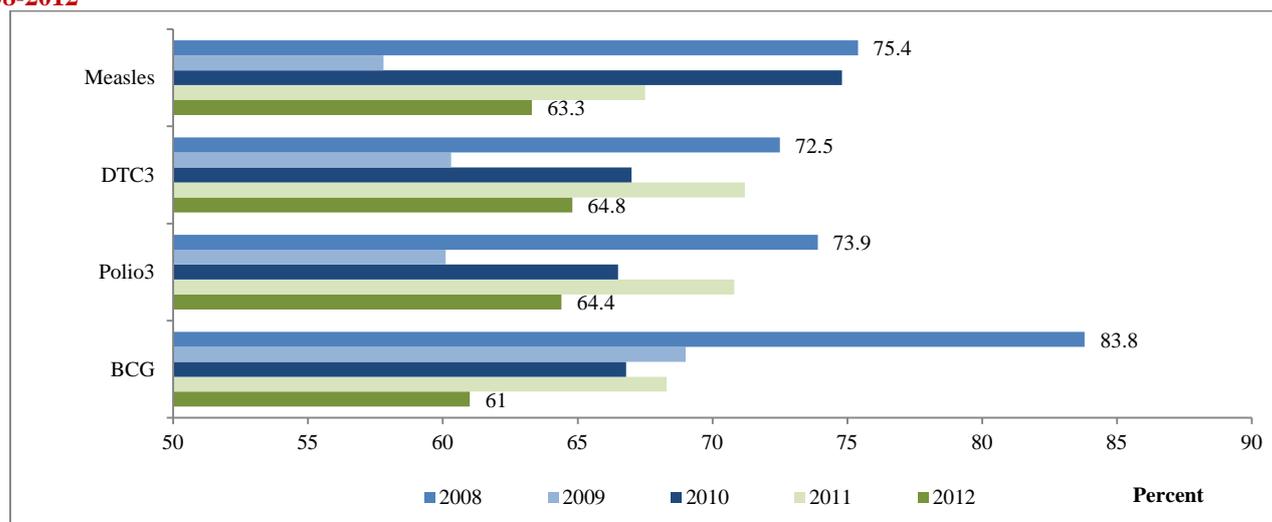
²²⁵ Plus de 1 milliard de personnes, soit un sixième de la population mondiale, souffrent d'une ou de plusieurs maladies tropicales négligées (MTN). Les MTN sont un groupe de maladies infectieuses qui sont la source de terribles souffrances à cause de leurs conséquences défigurantes, débilitantes, et parfois mortelles. Elles sont dites négligées car elles ont été éradiquées dans les pays développés et persistent uniquement dans les pays pauvres et les zones de conflits. La stigmatisation sociale est une conséquence majeure des MTN. En plus de causer des souffrances physiques et psychologiques, ces maladies dévastatrices entravent la capacité d'une personne à travailler, empêchent les enfants d'aller à l'école, et empêchent les familles et les communautés de prospérer.

²²⁶ Ministère de la Santé 2012.

²²⁷ Organisation mondiale de la santé.

²²⁸ Enquête MDG 2012/2013

Figure 1: Couverture vaccinale pour le DTC, polio et la rougeole chez les enfants âgés de moins d'un an, 2008-2012



Source: Annuaire de statistiques de Santé, 2008-2012

Depuis 2009, des tendances à la baisse des indicateurs clés de la performance du système de santé ont également été observées. Par exemple, le taux de satisfaction des prescriptions, un indicateur clé de la disponibilité des médicaments, a fortement diminué, passant de 69 % à 59 % au niveau des établissements, et le taux d'utilisation dans les centres de santé de base a diminué d'au moins 20%.

c. Cadre Institutionnel et politique

La santé maternelle et infantile, la nutrition et la lutte contre les maladies transmissibles et le VIH/SIDA sont des objectifs clés de la stratégie de réduction de la pauvreté du pays : le Madagascar Action Plan 2007 - 2011. Dans ce cadre, et avant la crise, le gouvernement a mis en place les éléments nécessaires pour une approche sectorielle intégrée (SWAp) pour relever les défis dans le secteur de la santé. L'élaboration et l'adoption, dans une approche de collaboration, du Plan National de Développement du Secteur Santé et de la Protection Sociale 2007-2011 (PDSSPS) et du Cadre de Dépenses à Moyen Terme, ainsi que l'élaboration d'un projet initial de plan de développement des ressources humaines, ont aidé le secteur à progresser sur l'harmonisation des actions pour atteindre les objectifs clés des PDSSPS, qui portait également sur l'amélioration de la santé maternelle et infantile. En 2007, le ministère de la Santé a organisé des revues semestrielles du secteur de la santé avec la participation de toutes les parties prenantes (représentants de la société civile, du secteur privé, des ministères concernés et des partenaires au développement), offrant la possibilité d'évaluer l'avancement du programme national.²²⁹ Ces efforts, associés à d'autres actions pour une meilleure coordination et l'harmonisation, ont été couronnés par la signature de l'initiative mondiale du « Partenariat international pour la santé + » par le Gouvernement Malgache en tant que pays membre en mai 2008²³⁰, avec 22 partenaires acceptant la signature du pacte de santé en faveur de cette initiative et acceptant de se coordonner selon les principes généraux de l'approche sectorielle.²³¹

²²⁹Toutefois, les enquêtes n'ont pas été menées depuis 2009 en raison de la crise

²³⁰ Les directives internationales réunissant tous les partenaires au développement autour d'une stratégie nationale de santé chiffrée, un cadre de suivi-évaluation (SE), et un processus de revue conjointe, améliorant ainsi l'harmonisation, axés sur les résultats et la redevabilité mutuelle pour atteindre les OMD liées à la santé.

²³¹ L'approche sectorielle (SWAp) est une approche de développement international qui "rassemble les gouvernements, les donateurs et autres parties prenantes dans n'importe quel secteur. Elle est caractérisée par un ensemble de principes de fonctionnement plutôt qu'un ensemble spécifique de politiques ou d'activités. L'approche implique, sous la direction du gouvernement, le progrès à terme vers l'élargissement du dialogue politique, l'élaboration d'une politique sectorielle unique (qui aborde les questions des secteurs privé et public) et un programme réaliste de dépenses communes, des modalités de suivi communes, ainsi que des procédures

Une stratégie sectorielle intérimaire pour la santé a été mise en place. Elle développait les principaux objectifs des PDSSPS pour les concentrer sur la santé maternelle et infantile et la protection des autres groupes vulnérables, mettant l'accent sur l'objectif à court terme de préservation de la fourniture de services essentiels et de protection de l'accès, ainsi que de l'utilisation des services de santé essentiels. Le processus d'élaboration de la stratégie intérimaire a mis en lumière certains des défis actuels au niveau institutionnel, y compris le manque de leadership du Ministère de la Santé, la faiblesse des fonctions de planification, un mauvais alignement et des problèmes de coordination entre les donateurs et le Ministère de la Santé ainsi qu'au sein de l'ensemble des bailleurs de fonds. Le gouvernement vient de commencer les préparatifs pour le développement de la nouvelle stratégie du secteur de la santé (2014-2018), qui constitue une bonne occasion d'aligner le secteur avec les objectifs clés de la santé qui seront exposées dans la Stratégie.

En 2005, l'Office National de Nutrition (ONN) a été créé et rattaché directement à la Primature (décret n° 2004-1072 du 30 novembre 2004). Il devait assurer la coordination de toutes les interventions multisectorielles liées à la nutrition à Madagascar. Cette institutionnalisation a augmenté la visibilité et la priorisation du programme de nutrition du pays. L'ONN comprend deux divisions opérationnelles, dont l'une est chargée de la mise en œuvre du Programme National de Nutrition Communautaire (PNNC SEECALINE). Après plusieurs années d'appui des bailleurs, le gouvernement avait progressivement augmenté depuis 2004 sa part de soutien au Programme National de Nutrition Communautaire, et avait décidé de le prendre totalement en charge financièrement à la fin de l'année 2009. . A mesure que la crise s'installait, cet engagement n'a pas pu être respecté. Malgré ces défis, le secteur nutrition a mis au point une nouvelle Stratégie Nationale de Nutrition qui s'étend de 2012 à 2015. Les résultats d'une étude d'impact à long terme, à séries multiples, du Programme National de Nutrition Communautaire (1998-2011) ont contribué à la stratégie et ont fait reconnaître le besoin de recentrer les priorités sur les 1000 premiers jours de la vie de l'enfant, ainsi que sur la nutrition maternelle. Le Gouvernement malgache a également lancé officiellement la mise à l'échelle nationale du Mouvement pour le Renforcement de la Nutrition (Scaling Up Nutrition ou SUN) le 12 Septembre 2013 (dans le cadre du mouvement mondial SUN) et présenté son programme de mise en œuvre pour accélérer les progrès sur la réduction du taux de malnutrition dans le pays. L'Office National de Nutrition assume la coordination multisectorielle des interventions liées à la nutrition dans le pays, y compris le Programme National de Nutrition Communautaire mis en œuvre dans les sites de nutrition par l'Unité PNNC et dont la Banque mondiale est le principal bailleur de fonds.

III. Défis principaux

Enjeu 1: Financement de la santé: Entre 2004 et 2008, une forte croissance économique et un regain d'intérêt pour les secteurs sociaux ont conduit à l'augmentation des ressources du secteur santé provenant de sources nationales et étrangères, même si le secteur se débattait encore avec une allocation budgétaire globale insuffisante et une priorisation sous-optimale de l'enveloppe budgétaire. Le budget alloué au Ministère de la Santé a augmenté à la fois en valeur réelle (de 11% entre 2004 et 2009), et en %agedu budget (bien que Madagascar ait dépensé moins sur la santé par rapport à d'autres pays d'Afrique subsaharienne²³²). Malgré tous les efforts de décentralisation et d'amélioration du financement des administrations régionales, le budget est resté en grande partie attribué à l'administration centrale, avec peu de ressources transférées directement aux services travaillant sur le terrain. Outre les salaires, seulement 38% du budget de fonctionnement total (hors salaires) a été affecté au niveau régional.

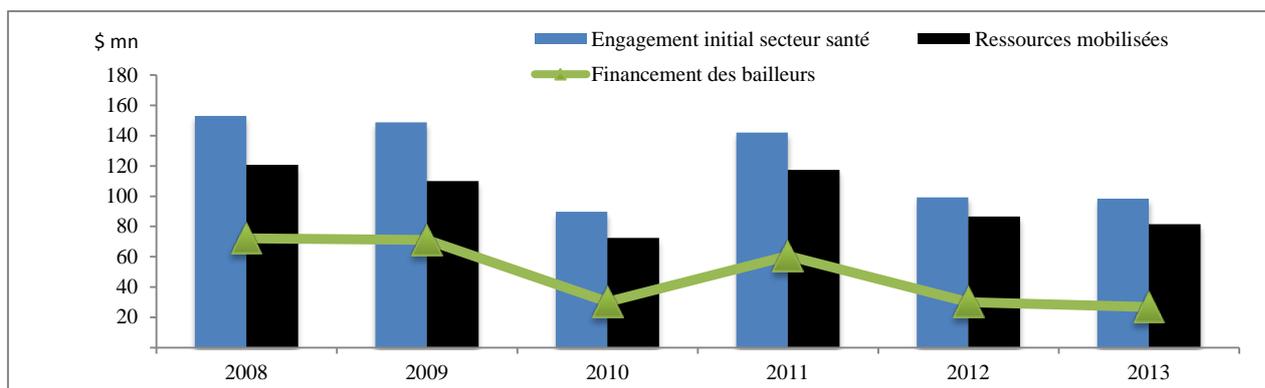
plus coordonnées de financement et de passation des marchés." (Organisation mondiale de la santé, Rapport mondial sur la santé 2000).

²³² Sharp, Maryanne; Kruse, Ioana. 2011. Santé, nutrition et population à Madagascar 2000-09. Banque mondiale.

Actuellement, le financement du secteur de la santé souffre de deux problèmes principaux :

- a. **Une enveloppe globale très faible, assortie d'une mauvaise prévisibilité des financements :** Comme illustré à la figure 1, le secteur luttait contre un déficit global de financement à partir de 2008. Un faible financement national de la santé, associé à une forte baisse du financement extérieur, qui a toujours représenté plus de 50% du budget de la santé, a conduit à la réduction de l'enveloppe budgétaire pour le secteur. Le financement réel réalisé comparé aux engagements budgétaires initiaux variait de 74 % en 2009 à 87 % en 2012, avec une baisse progressive de l'enveloppe de financement globale (figure 2). Comme le soulignent les prévisions budgétaires trimestrielles du Ministère de la Santé, la prévisibilité du financement est une question préoccupante. Les engagements ne sont pas honorés, sans aucun avis ou dans un délai très court.

Figure 2. Baisse des financements nationaux et internationaux pour le secteur santé (en USD)



Source : Ministère de la Santé

Suite à la crise, la plupart des donateurs ont suspendu le financement du secteur et ont stoppé la préparation de nouveaux engagements en 2009/2010. L'essentiel des financements²³³ en 2011 a repris pour des raisons humanitaires, uniquement et en grande partie à travers des institutions spécialisées et Organisations Non Gouvernementales (ONG) en contournant le système national de santé publique. Outre l'aide ponctuelle, non remboursable, à emploi spécifique du Fonds Mondial en 2011 (20 millions USD sur une période de cinq ans), l'enveloppe budgétaire extérieure a diminué de façon constante depuis 2008 (figure 2). Le financement des donateurs dans le cadre de l'ensemble des ressources du secteur de la santé est passé de 60% en 2008 à 33% en 2013.

- b. **Inefficacité des dépenses de santé:** D'après une analyse récente des ressources nationales du secteur, menée par le Ministère de la Santé, les allocations destinées aux salaires représentaient 77% des dépenses en 2013, et d'autres coûts administratifs continuent d'être prioritaires par rapport aux investissements dans la prestation des interventions médicales, les achats de matériels médicaux clés et les besoins en infrastructure du secteur, ce qui indique des contraintes majeures dans la fourniture de services de santé.²³⁴ D'autres facteurs contribuant à l'inefficacité des dépenses de santé

²³³En 2009, l'AFD a avancé un nouveau financement qui avait été initialement prévu comme un effort de financement regroupé complémentaire à une opération de l'IDA qui a été retiré de la Commission suite à la crise. La Banque mondiale a suspendu ses décaissements dans le cadre du portefeuille en mars 2009, mais a repris certaines opérations pour des raisons humanitaires. Depuis 2011, un nouveau financement pour le secteur de la santé a été financé par l'AFD, la Banque mondiale et l'UE. Les ressources de l'AFD et de la Banque mondiale sont gérées par l'UGP du ministère et l'UE finance le secteur en grande partie par les ONG. USAID offrent ses financements uniquement par le biais des ONG.

²³⁴Bachrach, P., Analyse du financement du secteur de la santé depuis 2004: modalités proposées de développement et de distribution du budget de l'Etat pour 2014. Analyse financé par le Fonds japonais, novembre 2012

comprennent: a) la faiblesse institutionnelle, notamment les changements d'organigramme fréquents du Ministère et la lenteur de la mise en œuvre d'une décentralisation efficace (pas moins de cinq Ministres de la Santé ont été nommés depuis 2009) b) le manque d'informations à jour sur le secteur, notamment des informations plus détaillées concernant les infrastructures, le personnel, les finances et la performance globale du secteur et c) une mauvaise planification des stratégies et des ressources pour l'ensemble du secteur.

Une question particulièrement importante à souligner sur le financement de la santé dans le contexte de Madagascar est celle des dépenses de santé non remboursées. La diminution de l'accès aux services de santé²³⁵ dans les zones rurales et le manque de produits de base permettant d'offrir des interventions au médicales primaires sont quelques-uns des facteurs qui contribuent à la hausse des coûts de soins de santé primaires pris en charge par les individus et les ménages. L'expérience d'autres pays montre que des dépenses de santé non remboursées, même relativement modestes, entraînent souvent l'endettement et peuvent conduire à la pauvreté. Les dépenses de santé non remboursées gardent les pauvres dans la pauvreté et peuvent faire sombrer les quasi-pauvres en dessous du seuil de pauvreté.²³⁶ Une étude menée sur 15 pays d'Afrique a révélé que, en moyenne, 30% des ménages finançaient leurs dépenses de santé non remboursables par des emprunts et la vente de biens.²³⁷ Les implications de cette découverte sont particulièrement pertinentes à Madagascar étant donné que la majorité de la population vit dans une pauvreté extrême. En 2008, les dépenses non remboursables représentaient 21% des dépenses de santé, mais leur part est passée à plus de 35% en 2011.^{238 239} L'expérience d'autres pays montre que, lorsque les dépenses non remboursées dépassent 20% des dépenses des ménages, cela peut conduire à l'augmentation du nombre de ménages vivant dans la pauvreté.²⁴⁰ En outre, la nécessité de dépenser plus peut également signifier que les ménages retardent les soins ou ne se font pas du tout soigner lorsque cela est nécessaire. Cela est très probablement le cas pour Madagascar où les consultations externes et prénatales ont diminué de plus de 20% entre 2008 et 2011.

Enjeu 2. L'inégalité de la délivrance des services de santé a deux dimensions essentielles dans le contexte de Madagascar: a) l'accessibilité financière et b) l'accessibilité géographique.

- a) **Accessibilité financière:** Les résultats médiocres et inégaux en matière de santé trouvent leurs racines dans les disparités en termes de revenus des ménages. Les dépenses non remboursées pour les services de santé ont augmenté alors qu'un plus grand nombre de ménages s'enfoncent dans la pauvreté. En conséquence, la population est plus vulnérable et court un plus grand risque de tomber et de rester dans la pauvreté en payant pour des services de santé.²⁴¹ Ces enjeux ont un impact plus important sur la prestation des services de santé que sur les services de nutrition étant donné que le Programme National de Nutrition Communautaire atteint tous les quintiles de populations cibles en offrant gratuitement des interventions nutritionnelles directes aux femmes enceintes / allaitantes et les enfants de moins de cinq ans. Les résultats de la récente enquête OMD ont montré que les obstacles financiers et la distance sont les principaux obstacles à l'accès aux soins de santé de qualité.²⁴² A l'exception du coût des prescriptions, les services de soins de santé

²³⁶ Sambo *et al* "Financement de la santé dans la région Afrique: 2000-2009 analyse de données " Archives Médicales internationales 2013, 6:10

²³⁷ Leive A, Xu K: Faire face aux dépenses de santé non remboursées: données empiriques provenant de 15 pays. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* 2008, 86(11): 849-856

²³⁸ OMS 2012

²³⁹ Op cit.

²⁴⁰ Ibid.

²⁴¹ EPM 2010.

²⁴² L'enquête a révélé que la plupart des femmes (84 %) ont identifié au moins un obstacle important pour le traitement ou les conseils médicaux. Parmi les raisons les plus citées figurent la disponibilité de l'argent pour le

primaires sont offerts gratuitement au niveau des établissements. Cependant, en pratique l'utilisation des services de santé implique également des frais non remboursables, tels que les approvisionnements et le transport.

Une analyse plus profonde de l'équité, utilisant les résultats de l'enquête MICS régionale, montre que les interventions en matière de santé maternelle et infantile, comme les soins prénatals et la vaccination, atteignent effectivement plus de quintiles de la population (annexe 2). Dans un effort pour aborder certains des enjeux entourant les obstacles financiers à l'accès aux services de santé, un Fonds d'Equité de la Santé a été créé par le gouvernement pour fournir des médicaments gratuits aux plus pauvres. Dans le cadre du mécanisme de recouvrement des coûts au niveau des centres de santé, un petit pourcentage de fonds (provenant de la vente de médicaments) est placé dans un fonds d'équité destiné à offrir un accès gratuit aux médicaments pour les populations les plus vulnérables, sans ajouter de fardeau au budget de la santé. De par sa conception, sa solvabilité est directement liée au taux d'utilisation des centres de santé par la population. Il existe de grandes variations de la viabilité financière des Fonds d'Equité, même au sein d'un district, et la couverture globale est très faible. Cependant, la viabilité financière n'est pas le plus grand défi dans l'efficacité du Fonds d'Equité ; en fait, les fonds sont sous-utilisés car le ciblage des personnes éligibles est très difficile et est lié à des nuances culturelles concernant l'identification des personnes que l'on peut considérer comme pauvres.²⁴³

- b) Accessibilité géographique:** des barrières géographiques existent et sont susceptibles de s'aggraver. De nombreuses communautés sont isolées de façon saisonnière pendant plusieurs mois de suite, de sorte que des populations entières – et pas seulement les pauvres – ont un accès limité aux centres de santé. Même les communautés isolées dotées d'un centre de santé souffrent pendant la saison des pluies car les transferts vers les hôpitaux sont impossibles, le ravitaillement en médicaments est plus lent, et les visites de supervision sont pratiquement inexistantes. Avant la crise, l'OMS a indiqué que seulement 60% de la population malgache avait accès aux services de santé. En 2013, environ 856 centres de santé de base ont fermé en raison des effets de la crise. Ceci a conduit à une surcharge de travail dans les établissements de santé qui continuent à fonctionner, avec un nombre d'utilisateurs par centre de santé qui a augmenté de près de 47 % dans les zones rurales. Ainsi, l'accès aux centres de santé est probablement encore plus limité actuellement. En outre, près de 78 % des centres n'ont pas la capacité de transporter les patients à l'hôpital pour un traitement plus poussé. L'enjeu de l'accès géographique est particulièrement préoccupant étant donné les liens avec la mortalité et la morbidité maternelles.

L'allocation et l'organisation des ressources humaines ne sont pas non plus équitables. Le nombre de personnel qualifié et formé semble suffisant mais il existe des problèmes de répartition : les centres de santé en milieu rural n'ont pas de personnel approprié, ce qui contribue davantage aux inégalités dans l'accès aux services de santé.²⁴⁴ Les données du ministère de la Santé révèlent qu'environ 640 centres de santé ruraux ont fermé depuis 2007 en raison d'un manque de personnel. Parmi les CSB fonctionnels, plus de 30% ne

traitement (69 % et jusqu'à 88 % dans certaines régions), la distance au centre de santé (42 %), la disponibilité du service (37 %) et des médicaments (40 %).

²⁴³ L'analyse de la pauvreté et de l'impact Social de 2008 a révélé que l'un des principaux problèmes est la stigmatisation sociale liée à l'identification comme pauvre. Un autre inconvénient est que les personnes dans le besoin sont généralement pas bien informées sur le système ou la façon d'accéder des Fonds d'Equité. Alors que 95 000 bénéficiaires potentiels ont été identifiés, seulement 14 pour cent d'entre eux ont reçu le soutien de ce mécanisme. Bien que les communautés soient responsables d'identifier l'admissibilité au Fonds d'Equité, il n'existe aucun mécanisme de redevabilité des communautés pour l'utilisation de ces fonds.

²⁴⁴ Source: Bachrach, P., Analyse du financement du secteur de la santé depuis 2004: modalités proposées de développement et la distribution du budget de l'Etat pour 2014. Analyse financée par le Fonds japonais. novembre 2012

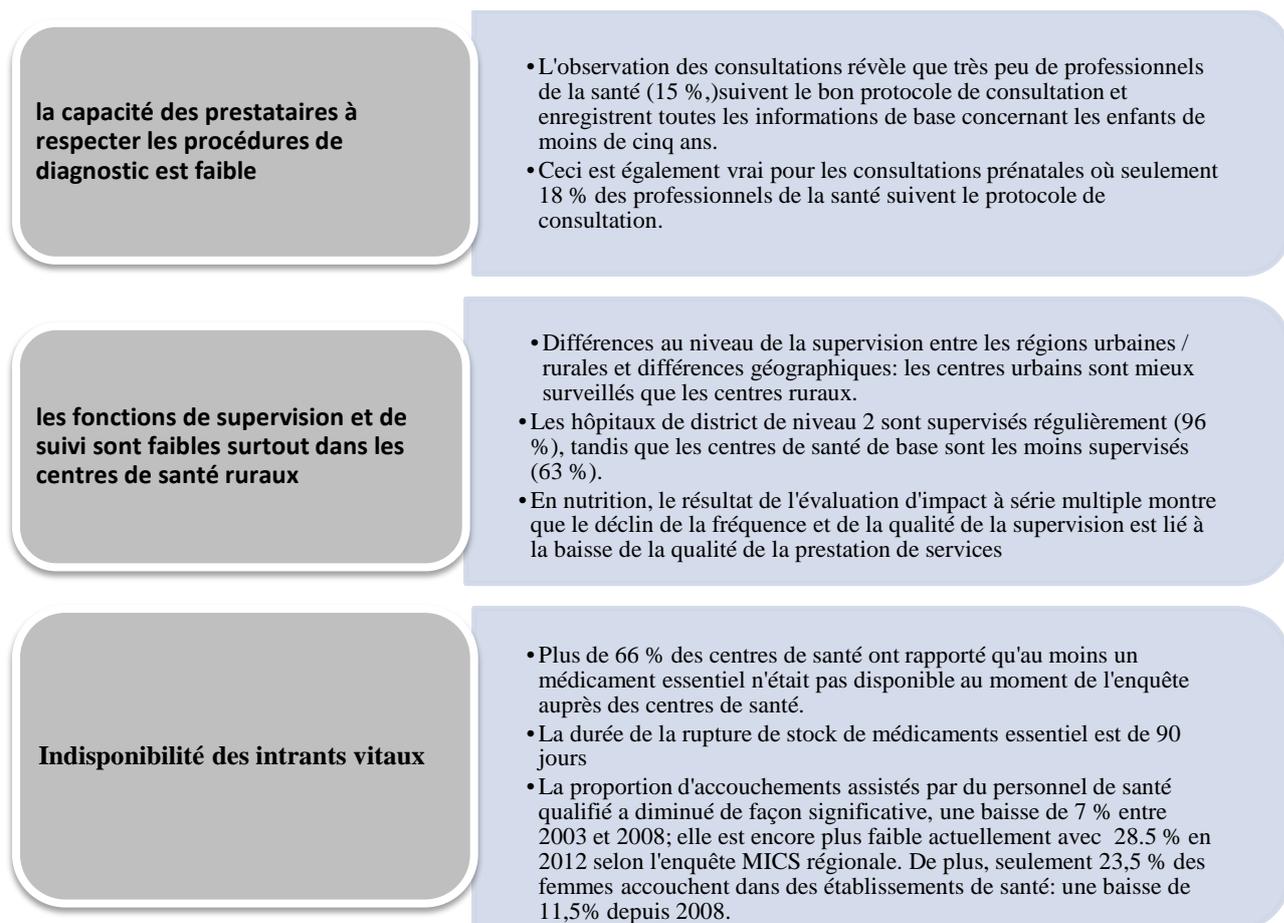
sont pas conformes aux exigences fixées par le ministère en termes de personnel. Il y a trois fois plus de médecins dans les zones urbaines que dans les zones rurales. Dans le secteur public, la plus forte concentration de médecins se trouve dans les centres urbains de la province d'Antananarivo. En moyenne, un centre de santé public en milieu urbain a douze employés dont trois médecins et cinq employés ayant reçu une formation médicale. Par contre, les centres de santé publics en milieu rural sont dotés en moyenne de *seulement* deux personnes qui ne sont pas forcément médecins. Les efforts de recrutement de médecins généralistes et d'infirmières pour les zones rurales ont eu un succès limité et il y a eu une réduction de 50 pour cent dans le nombre de sages-femmes entre 2007 et 2011.²⁴⁵ En outre, le ratio d'infirmières et sages-femmes par rapport aux médecins est très faible (compris entre 1,9 et 2,0 entre 2007 et 2011).²⁴⁶ Un problème supplémentaire est que près de 50% du personnel médical public est âgé de plus de 50 ans et partira à la retraite dans moins de dix ans. Les politiques actuelles de ressources humaines du secteur santé ne prévoient pas les effets de cette future contrainte sur la prestation de services.

Enjeu 3: Qualité des Services de santé. La qualité des services de santé est mauvaise, surtout dans les régions rurales du pays. Bien qu'il existe de nombreux services et composants du système qui sont de qualité médiocre, la prestation des services de santé primaires peut être quantifiée autour de quelques indicateurs clés et ceux-ci reflètent les principaux enjeux du système de santé à Madagascar: a) la capacité des prestataires à respecter les procédures de diagnostic, b) la faiblesse des fonctions de supervision et de suivi et c) la disponibilité des intrants essentiels.

²⁴⁵ Le nombre de sages-femmes était de 2.810 en 2007 et 1.449 en 2011. Source: Bachrach, P., Analyse du financement du secteur de la santé depuis 2004: modalités proposées de développement et la distribution du budget de l'Etat pour 2014. Analyse financée par le Fond japonais. novembre 2012

²⁴⁶ Les résultats de l'étude des Centres de Santé 2012 révèlent l'importance du rôle des sages-femmes dans le secteur public, réduisant la charge de travail du personnel médical qualifié à 92 patients par mois dans les zones urbaines, et 108 patients par mois dans les zones rurales.

Figure 3. Mauvaise qualité des services dans les établissements de santé



IV. Recommandations et conclusion

La crise politique a eu un effet négatif sur le secteur de la santé, et les progrès effectués ont été compromis par des coupes importantes dans les programmes et les initiatives au cours des cinq dernières années. Ceci est évident étant donné que le pays a stagné dans sa progression vers la réalisation des OMD. Dans ces circonstances, il est essentiel d'identifier et de prioriser les actions et les réformes clés dans le court et moyen terme. Le gouvernement et les partenaires doivent fournir de toute urgence des services de santé et de nutrition essentiels aux populations les plus vulnérables tout en œuvrant pour améliorer la performance des systèmes dans le moyen et long terme. La définition des priorités pour le court et moyen terme est critique surtout dans une situation où l'enveloppe budgétaire est limitée. Dans ce contexte, il faut saisir l'opportunité de mieux aligner le secteur et de plaider en faveur d'une augmentation des ressources auprès des bailleurs, pour défendre sur un nouveau plan stratégique pour la santé. Ainsi, les recommandations formulées dans cette note sont destinées à contribuer à l'élaboration de la nouvelle stratégie du secteur de la santé et du plan opérationnel, qui est une priorité essentielle à court terme. Si elles sont appliquées, ces recommandations serviront également à orienter le système de santé vers l'objectif à long terme d'un système de santé universel. Le secteur de la nutrition dispose d'une stratégie et d'un plan d'action dont les priorités sont clairement définies pour les cinq prochaines années. Il faudra continuer à se concentrer sur l'élargissement de l'accès aux services de nutrition et l'amélioration de la qualité de la prestation des services en direction des populations vulnérables.

La récente évolution de la situation politique du pays offre une occasion unique aux secteurs sociaux de réclamer des ressources supplémentaires indispensables provenant de sources de financements

externes et internes, tout en s'efforçant de faire en sorte que les financements disponibles soient maximisés pour obtenir de meilleurs résultats dans le secteur de la santé et la nutrition. Trois priorités devraient influencer la prise de décision sur les dépenses: (i) assurer un accès équitable à des interventions médicales et nutritionnelles vitales, en particulier pour les populations vulnérables, (ii) améliorer la qualité de la prestation des services de santé et de nutrition et (iii) renforcer et réorienter le système pour fournir de manière équitable des services de santé et de nutrition de qualité.

- i) **Assurer un accès équitable aux services de santé et de nutrition** avec des efforts visant à offrir des services essentiels de santé et de nutrition à fort impact pour les mères et les enfants dans les zones rurales.

a. **Éliminer les obstacles financiers limitant l'accès (à court et à moyen terme)**

À court terme, l'élimination des obstacles financiers à l'accès aux services de santé et de nutrition est cruciale et peut encourager l'utilisation des services. Par exemple, le secteur de la nutrition à Madagascar offre un ensemble d'initiatives nutritionnelles directes et rentables, offertes gratuitement dans les sites de nutrition communautaire ; elles ont réussi à atteindre tous les quintiles de la population. Plusieurs initiatives et expériences existantes peuvent être mises à l'échelle et / ou renforcées:

- *Supprimer les frais non remboursables au niveau des centres de santé afin de stimuler l'utilisation des services.* Par exemple, en 2008, l'introduction de kits d'accouchement sans risques (pour les accouchements normaux et les césariennes) dans les centres de santé en milieu rural a permis la gratuité des accouchements et une augmentation du nombre de femmes accouchant dans les centres. La fourniture de ces kits a été réintroduite récemment grâce au financement d'urgence IDA dans cinq régions du pays pour éliminer les obstacles financiers à l'accès aux services. L'utilisation de ces kits peut être élargie à d'autres régions du pays
- *Renforcer les mécanismes de filet de sécurité tels que le **Fonds d'Équité pour la Santé** pour améliorer l'accès des plus vulnérables aux services de santé.* Dans l'ensemble, la gestion des fonds d'actions peut être améliorée, et en particulier, en ce qui concerne le ciblage des bénéficiaires et la redevabilité des gestionnaires de fonds. Une évaluation en profondeur du modèle de fonds d'équité peut contribuer à la refonte du mécanisme pour le rendre plus efficace dans l'amélioration de l'accès aux soins.

b. **Réduire les obstacles géographiques (à court et à moyen terme)**

- *Financer les activités et les approches de sensibilisation existantes.* Par exemple, les centres de santé dans les zones rurales peuvent être dotés de ressources suffisantes pour mettre en œuvre le programme de "*Stratégie Avancée*" au niveau des centres de santé. Il s'agit de fournir aux communautés, dans un rayon de 5 km, des services de santé essentiels assurés par un personnel bien formé. Dans certaines régions du pays, grâce au financement des partenaires, le rayon d'action a été étendu à 15 km, afin d'augmenter l'accès aux services. L'extension de cette activité sur d'autres régions est une option à considérer pour accroître l'accès aux services.
- *Investir dans la fonctionnalité des centres de santé de niveau 1 en milieu rural.* Étant donné le nombre de centres de santé qui ont été fermés au cours des cinq dernières années, le gouvernement devrait accorder la priorité à des activités visant à créer en zones rurales davantage de centres fonctionnels

dotés du minimum d'équipement pour réaliser des interventions d'urgences pour les populations vulnérables. Il est nécessaire de mettre en place un plan chiffré et réalisable afin d'orienter et de prioriser les investissements pour la réhabilitation et l'expansion dans ce secteur.

- c. ***Protéger et renforcer les interventions fondées sur des données probantes au niveau communautaire (à moyen terme).*** Comme indiqué dans le Rapport Mondial sur le Développement, relatif aux conflits et à la fragilité, le renforcement des mécanismes primaires et communautaires peut favoriser la résilience dans la prestation de services. A Madagascar, où la malnutrition et le retard de croissance touchent près de la moitié des enfants de moins de cinq ans, le programme national de nutrition communautaire mis en œuvre dans les sites de nutrition appelés «Seecaline » s'est avéré très efficace dans la prévention de la malnutrition à tous les stades critiques du cycle de la vie de la population et plus particulièrement dans la réduction de l'insuffisance pondérale chez les enfants souffrant de malnutrition. Le programme a continué à fonctionner malgré la crise en raison de la forte adhésion de la communauté (encadré 1) soutenue par l'engagement continu des Gouvernements successifs. Ce programme de nutrition communautaire atteint tous les quintiles de la population avec des services de nutrition gratuits pour les enfants de moins de cinq ans. Il peut être mis à l'échelle rapidement, compte tenu des expériences positives des approches et stratégies mises en œuvre jusqu'ici dans la lutte contre la malnutrition ainsi que des bonnes pratiques au niveau global. Ce type d'approche communautaire peut également remédier à la pénurie de ressources humaines tout en répondant à la nécessité de toucher les populations vulnérables dans les zones rurales reculées. Des initiatives passées telles que le projet de l'USAID, « Commune Championne », a produit d'excellents résultats dans la réduction de l'incidence de la diarrhée et du paludisme, l'augmentation du taux de vaccination des enfants, des consultations prénatales et la promotion des activités de planification familiale. Des stratégies telles que la formation d'agents de santé communautaires pour administrer des contraceptifs injectables et piloter des interventions de soins d'urgence obstétricaux et néonataux au niveau communautaire devraient être encouragées et mises à l'échelle, le cas échéant.

Encadré 1: Interventions du Programme National de Nutrition Communautaire

Le programme a bénéficié d'une étude d'impact à long terme, à séries multiples dont les résultats renforcent la conception et la mise en œuvre du Programme National. La période entre la conception et le deuxième anniversaire de l'enfant offre une «fenêtre d'opportunité» critique pour améliorer les chances de survie, la croissance et le développement de l'enfant, après l'âge de deux ans, la malnutrition aura causé des dommages irréversibles. Par conséquent, il est crucial d'investir pendant cette période. À l'heure actuelle, environ le tiers des enfants de moins de cinq ans sont inscrits dans le Programme National de Nutrition Communautaire du Gouvernement, qui comprend des activités de surveillance de la croissance et de promotions régulières pour sensibiliser les mères sur l'importance de la malnutrition. L'agent communautaire de nutrition (ACN) réaffirme les messages clés de nutrition: l'importance de l'allaitement maternel exclusif (au moins jusqu'à six mois), le moment et la composition de l'introduction d'aliments complémentaires, et les pratiques d'alimentation appropriées et les soins aux enfants en cas de maladie, l'utilisation des services de soins de santé primaires et la supplémentation par des micronutriments. Par ailleurs, tout en pesant les enfants, le programme fournit des conseils individuels aux mères sur l'état nutritionnel de l'enfant, et organise des visites à domicile avec les mères des enfants ayant des difficultés à prendre suffisamment de poids. Des démonstrations culinaires sont fournies pour promouvoir des pratiques de sevrage appropriées, et encourager les mères à préparer des recettes basées sur des produits disponibles localement pour promouvoir une alimentation diversifiée. Des séances mensuelles spéciales sont également organisées pour les femmes enceintes, en mettent l'accent sur l'importance des consultations prénatales dans les centres de santé, d'une alimentation variée et améliorée pendant la grossesse, et des suppléments alimentaires post-partum comme le fer, l'acide folique et la vitamine A. Les résultats de l'évaluation montrent que le programme a été un succès dans la lutte à long terme contre la malnutrition aiguë. Les enfants inscrits au programme avant 2003 ont également obtenu de très bons résultats aux tests cognitifs dix ans plus tard. En outre, les résultats du programme ont contribué à définir l'ordre de priorité dans la Stratégie Nationale sur la Nutrition ainsi que d'informer la prochaine génération de recherche opérationnelle sur la nutrition dans le pays.

ii) Amélioration de la qualité des services de santé

- a. **Assurer la disponibilité des produits de base et des médicaments essentiels au niveau primaire (à court et moyen terme).** La disponibilité des produits et médicaments essentiels pour les soins primaires dans les zones rurales est essentielle. La santé maternelle et néonatale, par exemple, est étroitement dépendante de la disponibilité de l'équipement et des matériels nécessaires pour fournir des Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence dans tous les centres de santé de base. En outre, il est essentiel que le ministère envisage d'investir dans l'entretien de la fonctionnalité des établissements de santé existants en particulier dans les zones rurales afin qu'ils puissent être équipés pour fournir un niveau basique de soins.
- b. **Investir dans la supervision et le suivi aux niveaux inférieurs (à court et moyen terme).** Un facteur clé pour améliorer la qualité des services de santé est la supervision et le contrôle aux niveaux décentralisés du système de santé. L'élaboration d'une politique de supervision claire est essentielle et définira les rôles et responsabilités des superviseurs. Elle permet également d'établir comment les ressources de supervision seront allouées. En outre, des ressources devraient être allouées à au recyclage régulier des superviseurs et du personnel médical. La formation doit tenir compte de l'utilité de la supervision systématique ainsi que des avantages de la collecte de données précises au niveau du centre de santé. Des mesures simples comme le développement de listes de contrôle, la publication des données des établissements de santé et l'introduction de boîtes à suggestions, aideront le personnel ainsi que les patients à mieux comprendre la disponibilité des services.²⁴⁷ En ce qui concerne les zones enclavées, le ministère peut envisager d'adopter des mesures incitatives pour les superviseurs affectés dans les zones d'accès difficile, et de travailler avec les ONG et le secteur privé pour soutenir les activités de supervision.
- c. **Renforcer les plans adéquats pour alimenter les actions prioritaires d'amélioration de la qualité (moyen terme):**
 - *Mettre à jour et mettre en œuvre le Plan National de Développement des Ressources Humaines*, qui a porté sur l'opérationnalisation des centres de santé ruraux enclavés et sur l'intégration de la formation continue et des promotions de l'ensemble du personnel de santé, qui n'a pas été finalisée à ce jour. Ce plan sera essentiel dans l'élaboration d'un plan pour assurer le déploiement de personnel qualifié dans les zones reculées ainsi que dans la formation et le renforcement des capacités d'agents de santé et de nutrition communautaires supplémentaires. (à moyen terme).
 - *Développer et mettre en œuvre un Plan National de Qualité parallèlement au Plan Stratégique National de Santé.* Elaboration d'un Plan National de Qualité sur trois à cinq ans pouvant prioriser les actions critiques pour le secteur dans l'amélioration de la qualité des prestations des services de santé.

iii) Renforcer et réorienter le système pour fournir des services de santé de qualité de manière équitable.

- a. **Renforcer la transparence et la redevabilité par rapport aux résultats.** Dans un contexte budgétaire à fortes contraintes, il devient essentiel de faire le lien entre les résultats et le financement, afin d'accélérer les progrès dans les domaines où Madagascar connaît des problèmes persistants, comme la mortalité maternelle et la

²⁴⁷Rohde, Jon. "La supervision formative pour améliorer les soins de santé primaires intégrés." *MSH Publication hors série n ° 2* (2006.)

malnutrition. Des projets pilotes de financements axés sur les résultats²⁴⁸, planifiés et en cours à Madagascar pour le renforcement des systèmes de santé grâce à une meilleure redevabilité par rapport aux résultats améliorent la fourniture des services de santé. Ces projets comprennent le recrutement d'ONG de mise en œuvre sur la base des performances, le paiement de primes de résultats aux centres de santé et au personnel, de primes d'éloignement pour le personnel qualifié dans les milieux ruraux. Les leçons de ces projets pilotes doivent être tirées par le biais d'un processus contrôlé pouvant soutenir le Gouvernement dans l'affinement et la mise à l'échelle des approches efficaces.

L'expérience de l'application des mécanismes de redevabilité sociale a mis en évidence leur efficacité dans la réduction de l'absentéisme, l'amélioration du traitement des patients, et l'augmentation de l'utilisation des services de santé. Il peut être envisagé de mettre à l'échelle les fiches d'évaluation communautaires dans la totalité du secteur de la santé. Des mécanismes de redevabilité sociale supplémentaires tels qu'un système de bons pour assurer la gratuité des médicaments pour la mère et les enfants et les TIC et améliorer la transparence budgétaire sont actuellement mis à l'essai dans le pays. En outre, la supervision par une tierce partie et la vérification externe par les ONG sont utilisées dans le secteur de la santé, et ont prouvé leur efficacité dans la promotion de la redevabilité des prestataires des services de santé et de nutrition.

- b. ***Améliorer l'efficacité des dépenses et prioriser le financement des interventions pour la fourniture de services de santé (à court terme).*** L'élaboration de la nouvelle stratégie nationale du secteur de la santé et du plan opérationnel chiffré offre une occasion unique de mieux aligner le financement avec les priorités stratégiques. Il est essentiel que le budget soit plus équitablement alloué vers les priorités du secteur (telles que la santé maternelle) et les budgets de fonctionnement, hors salaires, des infrastructures et les services sur le terrain (fonctionnement de la chaîne du froid, les ressources pour la supervision et le suivi). Une plus grande attention à l'amélioration de l'exécution du budget à tous les niveaux est également nécessaire. Les audits internes et externes ainsi que des contrôles fiduciaires internes qui ont été introduits avant la crise doivent être rétablis. En parallèle, une analyse des comptes nationaux de la santé, similaires à celle effectuée en 2007, peut être envisagée afin de comprendre comment le secteur a alloué ses ressources.
- c. ***Renforcer la coordination et l'harmonisation entre tous les acteurs concernés (à court et moyen terme).*** Comme indiqué, le financement extérieur a toujours représenté près de la moitié du budget du gouvernement et a été la principale source de financement pour les investissements dans les secteurs sociaux. A court terme, ce sera probablement la principale source de financement pour le secteur. À cet égard, le développement de la stratégie nationale du secteur de la santé peut guider la coordination et l'harmonisation des efforts dans le secteur. Les groupes de donateurs sectoriels se réunissent régulièrement et demeurent un mécanisme efficace dans le pays pour coordonner l'appui technique et financier. Cette coordination implique que les partenaires de développement utilisent principalement les mêmes agences de mise en œuvre, partagent les coûts de mise en œuvre, financent des activités similaires, et coordonnent les régions prises en charge afin de couvrir toutes les régions de la façon la plus complète possible. Les

²⁴⁸ Pour essayer de renforcer les systèmes de santé par l'amélioration de la redevabilité aux résultats et améliorer la prestation des services de santé, plusieurs pays d'Afrique utilisent de plus en plus l'approche de financement axée sur les résultats (RBF) dans leurs programmes de santé. Le principe est que, en liant le financement aux résultats, on obtient des améliorations dans les systèmes de santé et les indicateurs de santé sur les résultats, ainsi que de la redevabilité dans le secteur de la santé.

baillleurs de fonds et les partenaires devraient également adopter une vision à long terme pour soutenir les secteurs sociaux à Madagascar, ce qui contribuera à la durabilité du système face aux chocs exogènes. Cela nécessitera une coordination étroite avec tous les ministères ainsi que les ONG, la société civile et les partenaires internationaux pour assurer une approche harmonisée ainsi que la mise en œuvre efficiente et efficace des interventions. Dans ce contexte, le Ministère de la Santé, avec l'appui des partenaires du secteur de la santé, doit mettre en place un processus de collaboration pour le développement de la Stratégie Nationale d'ici l'année prochaine avec un plan opérationnel chiffré et hiérarchisé. Tout d'abord, il convient de souligner que les mécanismes de suivi doivent être renforcés. Le dialogue politique sur les progrès réalisés et l'évaluation des principaux facteurs déterminants des résultats de santé doit être guidé par un mécanisme de suivi trimestriel. Dans ce contexte, il est également important que les Revues Conjointes du Secteur de la Santé reprennent, pour faciliter l'identification des blocages et des contraintes de capacité des prestations de services. Ces revues sont également un mécanisme de suivi des progrès accomplis vers la réalisation des OMD à moyen terme.

- d. ***Améliorer la planification et la prise de décisions fondée sur des données probantes (à moyen terme).*** Il est essentiel de poursuivre le renforcement des capacités de suivi-évaluation à tous les niveaux du secteur afin d'assurer une planification et une allocation efficientes et efficaces des ressources. Cela implique des investissements dans le suivi systématique ainsi que le renforcement du lien entre la collecte des données et la production de conclusions d'une part, et la prise de décisions d'autre part. Il est également essentiel que le Système de Gestion des Informations Sanitaires soit renforcé pour permettre de meilleures mesures de l'impact des actions et interventions prioritaires et d'avoir des informations précises pour la prise de décision fondée sur des données probantes.²⁴⁹ Comme décrit plus haut, les résultats d'une étude d'impact à long terme, à séries multiples du Programme National de Nutrition Communautaire (1998-2011) ont contribué à la stratégie de nutrition et ont appuyé la priorisation des 1000 premiers jours de la vie de l'enfant ainsi que la nutrition de la mère. De même, des paquets intégrés de santé avec un bon rapport coût / efficacité ont été mis à l'échelle sur la base de données nationales montrant que la concentration sur les interventions critiques mène à l'amélioration des indicateurs de santé de la mère et de l'enfant. La prise de connaissance, le pilotage et la documentation systématique des données sont essentiels pour assurer une fourniture efficace des services dans un environnement ayant des contraintes de ressources. Le gouvernement et les partenaires mènent plusieurs activités de recherche sur les opérations dans les secteurs de la santé et la nutrition, ce qui continuera à offrir une occasion essentielle de s'assurer que la production de données est utilisée dans le dialogue politique.

Conclusion

Le développement du nouveau plan sectoriel pour la santé offre une opportunité au Gouvernement et aux partenaires de reconcentrer leurs efforts sur l'amélioration des indicateurs de la santé dans le pays. Etant donné le niveau élevé de pauvreté et de morbidité, il est important de maintenir l'attention sur les populations vulnérables (les femmes enceintes et allaitantes et les enfants de moins de cinq ans) dans les zones rurales et enclavées du pays à travers des interventions pour la santé à large impact et à bon rapport coût / efficacité. Compte tenu de l'environnement aux ressources limitées, il est essentiel que le secteur mette l'accent sur l'aspect équitable de la prestation de

²⁴⁹Sharp, Maryanne; Kruse, Ioana. 2011. Définition des priorités dans le secteur de la santé pour plus d'efficacité de la Banque mondiale.

services. Parallèlement, il est nécessaire d'améliorer l'efficacité des dépenses publiques et de trouver des moyens d'établir des partenariats avec diverses parties prenantes et de renforcer la redevabilité entre les prestataires et les patients.

Sur la base des résultats des études en cours actuellement (étude d'impact du LNS, ...), le développement du prochain plan d'action et d'un plan opérationnel pour le secteur nutrition s'avère nécessaire afin de prioriser la mise à l'échelle des interventions à fort impact et le ciblage des bénéficiaires, d'améliorer le système de collecte de données et la qualité des prestations de services au niveau des intervenants à tous les niveaux, de focaliser la lutte contre la malnutrition chronique des enfants de moins de 5 ans et de renforcer la lutte contre l'insécurité alimentaire des ménages vulnérables durant la prochaine décennie 2016-2025.

Annexe 1. Stagnation des progrès vers les OMD

OMD concerné	Indicateurs de santé	EDS 2003/04	EDS 2008/09	Rapport OMD Madagascar 2013
4	Taux de mortalité infantile / 1,000 naissances vivantes	58	48	42
4	Taux de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans / 1,000 naissances vivantes	94	72	62
4	Taux de vaccination contre la rougeole	59	70	62
5a	Ratio de mortalité maternelle / 100,000 naissances vivantes	469	498	478
5a	Naissances ayant eu lieu dans un centre de santé (%)	32	35	37.9
5a	Accouchements assistés par du personnel de santé qualifié (%)	51	44	44.3
5b	Couverture des soins prénatals - au moins une visite (%)	80	86	Pas disponible dans le rapport OMD. Uniquement disponible pour 1-3
5b	Couverture des soins prénatals - quatre visites ou plus (%)	40	49	51.1
5b	Taux de prévalence des méthodes contraceptives modernes (pourcentage de femmes mariées)	18	29	53.1
5b	Taux de fécondité des adolescentes (naissances pour 1000 femmes âgées de 15-19 ans)	150	148	163
5b	Besoins non satisfaits de planification familiale - femmes mariées souhaitant espacer ou limiter les naissances et n'ayant pas accès aux services de planification familiale (%)	24	19	18
6	Taux de prévalence de la tuberculose / population de 100,000 personnes (Source: OMS 2012 Profile de la Tuberculose à	359	417	442
6	Personnes vivant avec le HIV, 15-49 ans (percent) (Source: ONUSIDA 2012 Profile de Madagascar)	<1%	<1%	0.50%

Annexe 2: Analyse de l'équité utilisant l'enquête en Grappes à Indicateurs Multiples régionale 2012 (MICS4)

L'enquête Madagascar MICS4, financée par la Banque Mondiale et l'UNICEF, a été menée en 2012 par l'Institut National de Statistiques dans le Sud du pays. L'enquête s'est concentrée sur quatre régions du Sud de Madagascar : Androy, Anosy, Atsimo Andrefana, et Atsimo Atsinanana avec un échantillon représentatif de 2.897 foyers. L'enquête a collecté des données sur les membres des foyers, les caractéristiques de la maison, des informations sur les femmes âgées entre 15 et 49 ans et les enfants de moins de cinq ans. Le sud est une région particulièrement vulnérable aux catastrophes naturelles telles que les cyclones et les sécheresses. De plus, dans les quatre régions où la MICS a été menée, plus de 80% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté. Étant donné ce contexte, il est clair que les foyers dans les quatre régions ont particulièrement souffert au cours des cinq dernières années.

Ci-dessous des données sélectionnées et des interventions sur la santé de l'enfant provenant des récentes études MICS dans le sud de Madagascar. Ces indicateurs ont été choisis pour avoir une meilleure compréhension des inégalités dans l'utilisation des services de soins médicaux.²⁵⁰

Tableau 1. Couverture des interventions sur la santé maternelle et infantile selon les quintiles de revenus.

Interventions dans la santé maternelle et infantile	q1 (Les plus pauvres)	q2	q3	q4	q5 (Les plus riches)	Total
vaccination complète	23.2	24.7	33.8	37.9	50.9	33.4
Traitement de la diarrhée	31.2	28	27	43.1	39.7	33.2
Traitement médical des infections respiratoires aiguës	63.8	53.1	56.8	63.6	78.5	61.6
Utilisation de moustiquaire par les enfants	61.4	56.2	62.2	66.4	68.5	62.4
Soins prénatals qualifiés	63.3	68.4	76.7	81.1	91.2	74.6
Soins prénatals qualifiés (4 visites et +)	34.5	37.9	40.6	48.8	63.7	43.3
Assistance d'accoucheuses qualifiées	10.6	15.2	25.7	39	71	28.5
Utilisation moustiquaire par les femmes enceintes	55	68.5	68.3	64.2	68.5	64.9

Interventions dans le domaine de la santé de l'enfant

Le taux de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans dans la région Sud, qui est de 102 selon les MICS, est largement supérieur au taux enregistré pour la totalité du pays (62) selon le dernier rapport MDG 2012. Le taux de mortalité infantile est particulièrement élevé dans les régions Anosy(105) et Atsimo Atsinanana (120). La mortalité infantile était également plus élevée dans les régions rurales et les foyers les plus pauvres. De plus, les résultats de l'enquête ont montré que les enfants avaient de plus grands risques de mourir lorsque leurs mères sont jeunes (moins de 20 ans) et si les enfants de la même fratrie étaient nés à court intervalle. Les enfants nés à moins de deux ans d'intervalle courent un risque de décès deux fois plus important que ceux nés à un intervalle de quatre ans ou plus (96 % contre 46 %).

Parmi les quatre interventions de santé de l'enfant figurant dans le tableau 1, la couverture était plus grande dans les quintiles les plus riches (Q4 et Q5). Les données transnationales d'un certain nombre d'enquêtes sur les ménages indiquent que les enfants pauvres sont plus exposés aux risques de maladies liées à l'eau et l'assainissement, la pollution de l'air intérieur, le surpeuplement, les

²⁵⁰ Banque mondiale, Equité de la Santé et de la Protection Financière Fiche Madagascar 2012

mauvaises conditions de logement, et une forte exposition aux vecteurs de maladies. En outre, les enfants pauvres sont moins susceptibles d'avoir accès à des interventions de santé ou d'être emmenés aux centres de santé lorsqu'ils sont malades.²⁵¹

Tableau 2. Couverture DTC3 et taux d'abandon DTC3

Quintile	DTC 1	DTC 2	DTC 3	Taux d'abandon DTC 1- DTC 3
q1 (Les plus pauvres)	59.1	43	34.5	41.6
q2	62.1	50.2	35.6	42.7
q3	74.1	67.5	48.3	34.8
q4	67.3	58.2	48.6	27.8
q5 (Les plus riches)	87.8	82	71.3	18.8
Total	69.4	59.3	46.7	32.7

La couverture vaccinale est l'une des principales variables de prédiction du taux de mortalité infantile et elle peut également être utilisée comme un indicateur indirect de la disponibilité des soins de santé primaires dans les pays en développement. Selon l'EDS 2008/2009, la couverture vaccinale complète chez les enfants de 12 à 23 mois en 2008 était de 62 %. Les données des MICS régionales de 2008 montrent une différence substantielle par rapport aux couvertures antérieures. La couverture vaccinale totale est faible avec 33,4 %, les enfants du quintile le plus riche ont la couverture la plus élevée avec 50,9 %. Les différences les plus importantes sont dues au niveau d'éducation: seulement 27,5 % des enfants de mères sans instruction ont été complètement vaccinés, contre 35,4 % pour les enfants de mères qui ont terminé leur éducation primaire et 48,2 % pour ceux des mères ayant fait des études secondaires ou supérieures.

Faible accès et faible utilisation

La couverture Diphtérie-Tétanos-Coqueluche (DTC3) constitue une bonne mesure du potentiel du système de santé pour vacciner complètement les enfants avec les trois doses de la série ainsi que la satisfaction des patients²⁵². La couverture totale de DTC3 n'est que de 46,7 % (voir le tableau 2), ce qui est bien en deçà de l'objectif de 80 % fixé au niveau du district et 90% au niveau national²⁵³. La faible couverture DTC1 indique le faible accès tandis que le taux d'abandon élevé pour le DTC3 met en évidence des problèmes liés à l'utilisation. La couverture DTC1 est la plus faible parmi les ménages les plus pauvres et augmente avec le quintile de revenu, ce qui montre que l'accès aux centres de santé augmente avec le revenu du ménage. La couverture DTC3 est la plus élevée (71,3%), pour les ménages les plus riches, mais est inférieure à 50% pour les autres ménages. De toute évidence, même les ménages qui ont accès aux services de santé ne les utilisent pas.

Le taux d'abandon global DTC1-DTC3 pour les quatre régions a été de 32,7 %, avec les taux d'abandon les plus élevés (plus de 40 %) dans les deux quintiles de revenu les plus faibles. Ces taux sont loin de l'objectif de 10 % pour Madagascar.²⁵⁴ Ces résultats indiquent que les ménages pauvres ont un accès limité et une mauvaise utilisation des services de santé et que l'ensemble du système a un suivi très limité sur les enfants des ménages les plus pauvres.

Interventions pour la santé maternelle

²⁵¹ Ibid.

²⁵² Gavi Alliance – Indicateurs des Objectifs du Système de Santé (<http://www.gavialliance.org/results/goal-level-indicators/health-systems-goal-indicators/#sthash.DtfzL1et.dpuf>).

²⁵³ Plan pluriannuel complet Programme élargi de vaccination: Mise à jour du PPAC 2011-2015. Mise à jour 20 Décembre, 2012.

²⁵⁴ Ibid.

Interventions dans la santé maternelle et infantile	q1 (Les plus pauvres)	q2	q3	q4	q5 (Les plus riches)	Total
vaccination complète	23.2	24.7	33.8	37.9	50.9	33.4
Traitement de la diarrhée	31.2	28	27	43.1	39.7	33.2
Traitement médical des infections respiratoires aiguës	63.8	53.1	56.8	63.6	78.5	61.6
Utilisation de moustiquaire par les enfants	61.4	56.2	62.2	66.4	68.5	62.4
Soins prénatals qualifiés	63.3	68.4	76.7	81.1	91.2	74.6
Soins prénatals qualifiés (4 visites et +)	34.5	37.9	40.6	48.8	63.7	43.3
Présence d'accoucheuses qualifiées	10.6	15.2	25.7	39	71	28.5
Utilisation moustiquaire par les femmes enceintes	55	68.5	68.3	64.2	68.5	64.9

La couverture de soins prénatals offerts par du personnel qualifié (médecins, infirmières, sages-femmes ou assistants médicaux) est relativement élevée (75 %). Cependant, les femmes les plus pauvres ont eu beaucoup moins accès à des soins prénatals qualifiés que les femmes relativement plus riches (voir le tableau 1). Moins de la moitié (43,3 % des femmes interrogées) avaient des visites prénatales systématiques (4 + visites). Les femmes les plus riches dans les deux quintiles supérieurs sont allées à des centres de santé pour des soins prénatals beaucoup plus fréquemment que les femmes les plus pauvres. Il est clair que la capacité à payer le traitement et les médicaments ainsi que la distance par rapport aux centres de santé sont des obstacles importants pour la plupart des femmes enceintes à Madagascar.²⁵⁵

La plupart des décès néonataux surviennent au cours de la première semaine de vie et le taux de morts-nés est de 32 mort-nés pour 1000 naissances, dont 24 à 37% se produisent au cours de la grossesse.^{256,257} Darmstadt e. a.²⁵⁸ [1] a démontré que lorsque les soins prénatals communautaires délivrés dans les centres de santé sont utilisés dans des conditions idéales et dans une population avec une couverture de cliniques anténatales de 99%, et lorsque ces services de soins sont accompagnés d'une assistance médicale qualifiée à l'accouchement, il est possible de réduire la mortalité néonatale de plus de 70%. Il est nécessaire d'avoir un investissement continu dans les activités de sensibilisation, la formation du personnel médical, une meilleure supervision des centres de santé ainsi que le Fonds d'Équité pour la Santé afin d'améliorer l'accès aux services de soins pré- et postnatals pour toutes les femmes enceintes.

Conclusion

Une analyse plus poussée des indicateurs et des données supplémentaires est nécessaire pour avoir une meilleure idée des inégalités en matière de santé, non seulement dans la région du Sud, mais pour l'ensemble de Madagascar. Les résultats d'une analyse d'équité plus approfondie seront utilisés pour mieux planifier les interventions en faveur des pauvres pour les quatre régions.

²⁵⁵ Les résultats de l'enquête OMD5 a révélé que la plupart des femmes (84 %) ont identifié au moins un obstacle important au traitement ou aux conseils médicaux. Parmi les raisons les plus fréquemment citées figurent la disponibilité de l'argent pour le traitement (69 % et jusqu'à 88 % dans certaines régions), la distance au centre de santé (42 %), la disponibilité du service (37 %) et des médicaments (40 %).

²⁵⁶ Lawn JE, Cousens S, Zupan J: 4 millions de décès néonataux: Quand? Où? Pourquoi? *Lancet* 2005, 365:891-900

²⁵⁷ Stanton C, Lawn JE, Rahman H, Wilczynska-Ketende K, Hill K: taux de mort-nés: estimations de naissances dans 190 countries.

²⁵⁸ Darmstadt GL, Bhutta ZA, Cousens S, Adam T, Walker N, De Bernis L: Interventions efficaces fondées sur des preuves: combien de bébés nouveau-né pouvons-nous sauver? *Lancet* 2005, 365:977-988.

Bibliographie

- Abou Zahr, C. et Wardlaw, T. (2003). Mortalité maternelle en 2000: Estimations développées par OMS, UNICEF et UNFPA. Genève : OMS
- Bachrach, P., Analyse du financement du secteur santé depuis 2004 : Proposition de termes d'élaboration et de distribution du budget de l'État en 2014. Analyse financée par le Fonds Japonais. Novembre 2012
- Bhutta ZA, Ahmed T, Black RE, Cousens S, Dewey K, Giugliani E, Haider BA, Kirkwood B, Morris SS, Sachdev HPS, Shekar M, pour le Groupe d'Études de la Malnutrition maternelle et Infantile. Qu'est-ce qui fonctionne ? Intervention pour la malnutrition et la survie maternelle et infantile. Lancet: 371: 417-40.
- Bulletin de l'Alimentation et de la Nutrition, Nutrition maternelle, infantile et des jeunes enfants : Maximiser les impacts sur l'état de la croissance et des micronutriments des enfants en se concentrant sur la nutrition maternelle, les pratiques de prestation et l'amélioration de l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants. Volume 30, numéro 2 (supplément), Juin 2009.
- Hernandez-Corea, JC Mortalité maternelle et facteurs de risques au Département d'Économie Communautaire Western Michigan University
- Kashima S, Suzuki E, Okayasu T, Jean Louis R, Eboshida A, et al. (2012) Association entre proximité du centre de santé et mortalité des jeunes enfants à Madagascar. PLoS ONE 7(6): e38370.
- INSTAT 2012 Enquête sur l'État des Formations Sanitaires EEFS
- Leive A, Xu K: Faire face aux dépenses de santé des ménages : preuves empiriques de 15 pays. Bull World Health Organ 2008, 86(11): 849-856
- Sharp, Maryanne; Kruse, Ioana. 2011. Santé, Nutrition, et Population à Madagascar 2000-09. Banque Mondiale. © Banque Mondiale.
- Sharp, Maryanne; Kruse, Ioana. 2011. Définition des priorités dans le secteur santé pour qu'il soit plus efficace Banque Mondiale. © Banque Mondiale.
- Sud de Madagascar, Enquête en Grappes à Indicateurs Multiples (Multiple Indicator Cluster Survey – MICS) 2012 INSTAT, UNICEF, Banque Mondiale
- Sambo et al. Financement de la Santé dans la Région Afrique : 2000–2009 analyse de données, Archives internationales de médecine 2013, 6:10
- Enquête Nationale de Suivi des Objectifs du Millénaire pour le Développement de Madagascar INSTAT 2012/2013 Rapport National sur l'OMD4-Mortalité infantile, OMD5 – Mortalité maternelle ; OMD6 : Combattre le VIH-SIDA, la Tuberculose et le Paludisme
- OMS 2012 Profil de la Tuberculose à Madagascar
- ONUSIDA 2012 Madagascar : Profil du pays

Liste des Acronymes

Santé et Nutrition	
DTC	Diphtérie-Tétanos-Coqueluche
EDS	Enquête Démographique et de Santé
MDG/OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
MICS	grappes à indicateurs multiples
MICS4	Indicateurs Multiples régionale pour Madagascar
MTN	maladies tropicales négligées
PDSSPS	Plan National de Développement du Secteur Santé et de la Protection Sociale
PNCC	Programme National de Nutrition Communautaire
SUN	Scaling up Nutrition / Renforcement de la Nutrition
UNICEF	Organisation des nations Unies pour l'Enfance Fonds de Développement Local